



Asistencia Sanitaria Business Plus

Condiciones generales

1. Cláusula preliminar

El contrato de seguro suscrito con Mutua General de Cataluña, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija, en adelante la Mutua, se rige por lo expuesto en la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, del Contrato de Seguro, por el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de Octubre, Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, por el Reglamento que lo desarrolla, Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, y por cualquier otra disposición que regule las obligaciones y los derechos de las partes y en concreto, por aquello convenido en las condiciones generales y particulares y, en su caso, en el documento complementario de condiciones específicas.

La Mutua dispone de un servicio de Atención al Mutualista, ubicado en la c/ Tuset, núms. 5-11, 08006 de Barcelona, para atender las quejas y/o reclamaciones relacionadas con la actuación de la propia entidad o de sus agentes de seguros, de acuerdo con el procedimiento previsto en la Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo, de Protección al Consumidor.

En todas las oficinas de la mutualidad se encuentra disponible, para su consulta, el Reglamento regulador del Servicio de Atención al Mutualista.

Transcurrido el plazo de dos meses sin obtener respuesta por parte del Servicio de Atención al Mutualista o no siendo esta de su conformidad, pueden dirigirse al Comisionado para la Defensa del Cliente de Servicios Financieros, con domicilio en el Paseo de la Castellana, número 44, 28046 de Madrid.

En todo caso, el cliente puede acudir a los Tribunales de justicia competentes o bien someterse a la decisión de un órgano arbitral aceptado por ambas partes.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición del seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar a la Mutua en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

2. Definiciones

A los efectos de esta póliza de seguro, se entiende por:

- **Accidente:** hecho producido durante la vigencia del seguro por una causa externa, súbita, violenta y ajena a la voluntad de la persona protegida y que produce una lesión.
- **Acto médico:** Visita médica, prueba de diagnóstico, acto terapéutico, traslado en ambulancia, sesión de rehabilitación, intervención quirúrgica, acto anestésico y cualquier otro acto asimilable. En caso de Hospitalización, y a efectos de la aplicación

de la franquicia por acto, en su caso, se computará como acto médico cada día de estancia.

- **Actuación preventiva:** acción o asistencia dirigida a evitar lesiones o enfermedades antes de que éstas no se produzcan efectivamente, o encaminada a prevenir posibles complicaciones de enfermedades o lesiones ya existentes pero que no se encuentran en fase aguda.
- **Asistencia:** servicio necesario prestado por un profesional sanitario legalmente habilitado.
- **Causa no patológica:** aquella que no deriva de una enfermedad ni de una lesión.
- **Declaración de Salud:** formulario suministrado por la Mutua y cumplimentado y firmado por una persona física, que contiene una declaración sobre el estado de salud de ésta o bien sobre el estado de salud de una persona que está bajo su tutela.
- **Enfermedad:** alteración del estado de salud diagnosticada por un médico, producida durante la vigencia del seguro y no derivada de accidente, que hace necesaria una asistencia médica.
- **Franquicia:** parte del importe del gasto generado por el siniestro que, en aquellos casos específicamente establecidos, va a cargo de la persona protegida.
- **Hospital, clínica o centro hospitalario:** centro, público o privado, legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones que cumple las condiciones siguientes:
 1. Estar provisto de los medios necesarios para realizar diagnósticos y para practicar tratamientos médicos y/o intervenciones quirúrgicas.
 2. Admitir únicamente el ingreso de personas enfermas o lesionadas.
 3. Disponer de médicos y personal sanitario durante las 24 horas del día.
 4. Practicar los tratamientos médicos y las intervenciones quirúrgicas necesarias exclusivamente mediante profesionales cualificados.

En ningún caso se consideran hospitales los balnearios, las casas de reposo, los asilos, los centros dedicados al tratamiento de enfermedades crónicas ni los establecimientos o las instituciones similares a los citados.

- **Lesión:** cambio patológico en un tejido o en un órgano sano que altera la integridad física o el equilibrio funcional y que comporta un daño anatómico o fisiológico.
- **Médico:** doctor o licenciado en medicina legalmente capacitado y autorizado para tratar médica o quirúrgicamente una enfermedad o lesión.
- **Mutua:** la Mutua General de Cataluña, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija.
- **Periodo de carencia:** intervalo de tiempo durante el cual, a pesar de que el seguro permanece vigente, no se tiene derecho a recibir una prestación determinada. Cuando se establezca un período de carencia, no se tendrá derecho a la prestación hasta que éste no haya transcurrido totalmente. El pago del importe equivalente a las primas del período de carencia no generará el derecho a la prestación.
- **Persona protegida:** persona física expuesta al riesgo asegurado.
- **Póliza:** documento o documentos que contienen las cláusulas y los pactos reguladores del contrato de seguro. Forman parte integrante e inseparable de la póliza estas condiciones generales y, siempre que existan, las condiciones particulares o específicas, así como los apéndices que recojan, en su caso, las modificaciones acordadas durante la vigencia del contrato. La solicitud de seguro y la declaración de salud también forman parte de la póliza.
- **Prestación:** obligación o conjunto de obligaciones que asume la Mutua para con el tomador, la persona protegida o el beneficiario.
- **Prima:** precio de la cobertura, el importe del cual, junto con los impuestos, tasas o recargos que correspondan, ha de ser satisfecho por el tomador o por el asegurado según las condiciones establecidas en la póliza.
- **Proceso:** serie de asistencias encaminadas a curar o mejorar una misma lesión o enfermedad. En ningún caso se considera proceso el conjunto de asistencias o actuaciones sanitarias realizadas para tratar situaciones crónicas.

- **Relación de protección:** relación entre la Mutua y el tomador, la persona protegida y el beneficiario, que procura una protección consistente en la prestación de que se trate en cada caso.
- **Servicios autorizados:** médicos, otros profesionales sanitarios, hospitales y centros sanitarios que figuran en el Cuadro Facultativo y de Servicios Asistenciales Autorizados de la Mutua –con todos los cuales ésta tiene formalizado un contrato o convenio de colaboración- o que figuran en un Cuadro Médico gestionado por un tercero en nombre de la Mutua. La persona protegida puede escoger libremente, entre los servicios autorizados, al médico, profesional sanitario, hospital o centro sanitario que le prestará la asistencia sanitaria requerida. **Sobre los servicios autorizados recae exclusivamente la responsabilidad de prestar correctamente la asistencia sanitaria de que se trate en cada caso, respecto a la cual la Mutua actúa como gestora para su realización y pago, en los términos establecidos en estas condiciones generales.**
- **Tomador:** persona que suscribe el seguro.
- **Unidad familiar:** cualquier colectivo de los siguientes: 1.- Unidad familiar del tipo A: Grupo formado por el matrimonio o pareja de hecho y los hijos menores de 18 años que convivan con ellos; 2.- Unidad familiar del tipo B: El padre o la madre, que no tengan cónyuge ni pareja de hecho, y los hijos menores de 18 años que convivan con él/ella. Ambos casos (Tipo A y tipo B) incluyen los hijos comunes y los de uno o del otro; 3.- Unidad familiar del tipo C: Grupo de personas aseguradas mediante la póliza contratada por una persona física tomadora del seguro que no constituyen Unidad familiar del tipo A ni del tipo B.
- **Urgencia:** situación grave que requiere una asistencia inmediata porque el retraso podría ocasionar un daño irreparable en la integridad física de la persona protegida.
- **Urgencia hospitalaria:** urgencia que requiere una asistencia hospitalaria inmediata. No tienen esta consideración, por lo tanto, las situaciones siguientes:
 1. Aquéllas que, a pesar de ser graves, no precisen una atención hospitalaria inmediata y puedan ser tratadas correctamente por consulta externa.
 2. Las asistencias y los servicios sanitarios practicados por los servicios ordinarios del hospital después de haber sido atendida la urgencia por parte de los servicios específicos de urgencias del centro.

3. Objeto

Mediante este seguro la Mutua cubre los gastos razonables y usuales derivados de la asistencia sanitaria practicada a la persona protegida, en los términos establecidos en la póliza.

La obligación aseguradora de la Mutua consiste en poner a los profesionales y centros sanitarios del Cuadro Facultativo y de Servicios Asistenciales Autorizados al alcance y libre elección del mutualista, y en hacer frente al coste asegurado dentro de los parámetros contractuales, **no siendo responsable de los actos asistenciales negligentes, culposos o dolosos cometidos frente al mutualista por los mencionados profesionales y/o centros sanitarios.**

La libertad de elección de médico y centro comporta la ausencia de responsabilidad directa, solidaria o subsidiaria de la Mutua por los actos de aquéllos.

4. Nacimiento de la relación de protección

Para que pueda originarse la relación de protección objeto de este seguro es necesario formalizar la suscripción correspondiente y que se cumplan las condiciones siguientes:

1. Tener la persona protegida menos de 55 años de edad.
2. Realizar y mantener la inscripción completa de la unidad familiar de tipo A, B o C definidas en el artículo 2. En todo caso, para que los menores de edad pueda ser asegurados deberán estar aseguradas las personas a quién corresponda su patria potestad o tutela.
3. Formalizar una Declaración de Salud, mediante los impresos establecidos y, cuando la Mutua lo hubiese requerido previamente, pasar una revisión médica.

La baja en el seguro de uno de los miembros de cualquier tipo de unidad familiar comportará la baja de todos aquellos que integren la unidad familiar correspondiente.

Los asegurados como integrantes de un colectivo familiar de tipo A o B causarán baja del seguro cuando dejen de convivir de forma habitual en el domicilio familiar, al vencimiento del periodo de cobertura en curso. Aquellas personas podrán mantener los derechos adquiridos si, en el plazo de un mes a contar desde la mencionada comunicación, suscriben una nueva póliza con las mismas coberturas que entonces tenían.

5. Descripción de la cobertura

Las prestaciones cubiertas por esta póliza son las siguientes:

5.1. Medicina primaria

Los servicios se prestarán por los profesionales del Cuadro Facultativo y de Servicios Asistenciales Autorizados, en régimen de consulta externa. Excepcionalmente, determinadas prestaciones se podrán realizar a domicilio cuando exista la posibilidad de concertar el servicio y cuando la patología del enfermo le impida desplazarse, y en el caso de enfermería, previa prescripción de un médico del Cuadro Facultativo y de Servicios Asistenciales Autorizados.

- 5.1.1.** Medicina general, asistencia en consulta y a domicilio, y prescripción de los medios diagnósticos básicos.
- 5.1.2.** Pediatría en consulta y a domicilio, y prescripción de los medios diagnósticos básicos.
- 5.1.3.** Enfermería, asistencia en consulta y a domicilio.

5.2. Urgencias

- 5.2.1.** Traslado sanitario: La Mutua asume todo el coste del traslado de la persona protegida, en vehículo sanitario terrestre y siempre que sea necesario por prescripción médica, para ser ingresada en un hospital; asimismo asume el coste del traslado en vehículo sanitario terrestre de la persona protegida hasta su domicilio, siempre que sea necesario por prescripción médica, una vez dada de alta del hospital donde este ingresada.

El traslado se efectuará con los medios mas adecuados en función del estado de salud de la persona protegida.

Excepto en los casos de urgencia vital, el traslado deberá ser coordinado y autorizado previamente por la Mutua.

- 5.2.2.** Teleconsulta: Servicio telefónico de urgencias y consultas, las 24 horas del día, atendido por personal médico y para-médico especializado, para solicitar información sobre situaciones de urgencia y primeros auxilios.
- 5.2.3.** Servicio permanente de urgencia en los centros específicamente indicados en el Cuadro Facultativo y de Servicios Asistenciales Autorizados.

5.3. Especialidades

Asistencia sanitaria prestada por los profesionales del Cuadro Facultativo y de Servicios Asistenciales Autorizados, en régimen ambulatorio u hospitalario, de las siguientes especialidades:

- 5.3.1. Alergología e inmunología. Las vacunas son a cargo de la persona protegida.
- 5.3.2. Anestesiología, reanimación y tratamiento del dolor. Incluida la anestesia epidural.
- 5.3.3. Angiología y cirugía vascular.
- 5.3.4. Aparato digestivo. Incluida la implantación del balón gástrico, exclusivamente en caso de obesidad mórbida.
- 5.3.5. Aparato respiratorio (Neumología). Incluido el estudio de los trastornos del sueño.
- 5.3.6. Cardiología. Incluida la hemodinámica diagnóstica y terapéutica y la rehabilitación cardíaca posterior a un infarto agudo de miocardio.
- 5.3.7. Cirugía cardiovascular.
- 5.3.8. Cirugía general y digestiva. Incluida la cirugía bariátrica, **exclusivamente en caso de obesidad mórbida.**
- 5.3.9. Cirugía maxilofacial. **Excluida la cirugía preprotésica dental y la implantología.**
- 5.3.10. Cirugía pediátrica.
- 5.3.11. Cirugía plástica reparadora. **Excluida la cirugía con finalidades estéticas**, excepto la reconstrucción mamaria posterior a una mastectomía.
- 5.3.12. Cirugía torácica.
- 5.3.13. Dermatología. Incluida la epiluminescencia y el Mole-max. **Excluida la dermatología estética/cosmética.**
- 5.3.14. Endocrinología y nutrición. Incluidas las consultas a causa de obesidad.
- 5.3.15. Ginecología y obstetricia. Incluida la vigilancia del embarazo, y la utilización del triple screening y del EBA screening, planificación familiar.
- 5.3.16. Hematología y hemoterapia.
- 5.3.17. Medicina interna.
- 5.3.18. Medicina intensiva, **exclusivamente en internamientos en las unidades de curas intensivas.**
- 5.3.19. Medicina nuclear.
- 5.3.20. Nefrología
- 5.3.21. Neurocirugía
- 5.3.22. Neurofisiología clínica.
- 5.3.23. Neurología.
- 5.3.24. Odontología: dos higienes dentales anuales, extracción de piezas dentales, visitas diagnósticas y radiología intraoral y curas estomatológicas. Hasta los 14 años está cubierto, también, el sellado de fisuras.
- 5.3.25. Oftalmología. Incluido el trasplante de córnea y el láser quirúrgico. **Excluido el tratamiento quirúrgico y el tratamiento con láser para la corrección de los defectos de la refracción.**

5.3.26. Oncología médica.

5.3.27. Otorrinolaringología. Incluida la cirugía de los cornetes y la radiofrecuencia. Incluida la cirugía del roncadador y de la apnea obstructiva del sueño.

5.3.28. Proctología. Incluido el tratamiento de la patología rectal y hemorroidal.

5.3.29. Psiquiatría.

5.3.30. Reumatología.

5.3.31. Traumatología y cirugía ortopédica. Incluida la cirugía ortopédica y artroscópica, nucleotomía percutánea, quimionucleosis, vertebroplastia y cifoplastia.

5.3.32. Urología. Incluido el láser quirúrgico para el tratamiento de la hipertrófia benigna prostática, vasectomía, el diagnóstico de la impotencia y la rehabilitación del suelo pélvico por incontinencia urinaria.

5.4. Medios diagnósticos

Deberán ser prescritos por el médico del Cuadro Facultativo y de Servicios Asistenciales Autorizados que corresponda, con indicación del motivo de la exploración, y realizados en los centros específicamente concertados. En aquellos medios diagnósticos que sea necesaria la autorización previa de la Mutua, esta podrá indicar el centro específico para su realización. Los medios de contraste serán siempre a cargo de la Mutua.

5.4.1. Análisis clínico: bioquímica, hematología, microbiología, parasitología y estudios genéticos para el diagnóstico y/o para la prescripción de tratamientos.

5.4.2. Anatomía patológica: citopatología, inmunohistoquímica y estudios genéticos para el diagnóstico y/o para la prescripción de tratamientos.

5.4.3. Radiodiagnóstico: Radiología general, ecografías, ecografía Doppler, mamografía, angiografía y arteriografía digital.

5.4.4. Medios de diagnóstico cardiovascular: electrocardiograma, ergometría, ecocardiograma, claudiometría, Doppler cardíaco, Holter de tensión, Holter electro-cardiográfico, estudios electrofisiológicos, y Tilt Test.

5.4.5. Medios de diagnóstico neurológico: electromiograma, electroencefalograma y electroneurofisiología clínica.

5.4.6. Endoscopia diagnóstica: ecoendoscopia, enteroscopia diagnóstica, manometría esofágica y anusrectal, pH-metría, biofeedback anusrectal y la colangiografía retrógrada endoscópica.

5.4.7. Medios diagnósticos de alta tecnología: tomografía por emisión de positrones (PET), resonancia magnética (RNM), scanner (TAC), diagnóstico por multidetectores (DMD).

5.4.8. Estudio polisomnográfico y poligrafías respiratorias.

5.4.9. Otros medios: urodinámica, test del aliento, dermatoscopia digital, densitometría ósea, espirometrías y pruebas funcionales respiratorias, broncoscopias, técnicas diagnósticas en oftalmología.

5.5. Asistencia hospitalaria

Se realizará en un centro del Cuadro Facultativo y de Servicios Asistenciales Autorizados y deberá de ser prescrita por el médico del Cuadro que corresponda, previamente autorizada por la Mutua. **En ningún caso se prolongará la duración de la estancia hospitalaria por problemas o causas de cariz familiar o social.**

5.5.1. Hospitalización quirúrgica. Incluidos los gastos de estancia en habitación individual convencional y cama para el acompañante (siempre que el centro

disponga del servicio), manutención de la persona protegida, quirófano, anestesia, medicación, material, curas, exploraciones y tratamientos.

- 5.5.2. Hospitalización obstétrica. Incluidos los gastos de estancia en habitación individual convencional y cama para el acompañante (siempre que el centro disponga del servicio), manutención de la persona protegida, quirófano o sala de partos, anestesia (incluida la "epidural"), medicación, material, curas, exploraciones y tratamientos, así como la asistencia al recién nacido en la nursery.
- 5.5.3. Hospitalización médica. Incluidos los gastos de estancia en habitación individual convencional y cama para el acompañante (siempre que el centro disponga del servicio), manutención de la persona protegida, medicación, material, curas, exploraciones y tratamientos. La duración de la estancia será determinada por el médico del Cuadro Facultativo y de Servicios Asistenciales Autorizados.
- 5.5.4. Hospitalización en UCI/UVI. Incluida la hospitalización convencional, la incubadora y la hospitalización del recién nacido prematuro o patológico. Incluidos los gastos de estancia, manutención de la persona protegida, medicación, material, curas, exploraciones y tratamientos. **No incluye ni la cama ni el mantenimiento del acompañante.**
- 5.5.5. Hospitalización psiquiátrica por procesos agudos. Incluidos los gastos de estancia, manutención de la persona protegida, medicación, material, curas, exploraciones y tratamientos. **No incluye ni la cama ni el mantenimiento del acompañante. Este tipo de internamiento también podrá efectuarse en régimen de hospital de día. En este último supuesto, no tendrá cobertura la medicación. La cobertura de hospitalización psiquiátrica, sea en régimen de internamiento o de hospital de día, no podrá superar los 90 días naturales al año.**

5.6. Prótesis

La Mutua se hará cargo del coste de las prótesis suministradas por las empresas que ella designe, hasta un máximo de 10.000 €, previa prescripción del médico especialista del Cuadro Facultativo y de Servicios Asistenciales Autorizados, después de su específica autorización. **La garantía alcanza exclusivamente las prótesis que se describen a continuación:**

- 5.6.1. Aparato Cardiocirculatorio: marcapasos, válvulas cardíacas, endoprótesis vasculares (stents), prótesis de bypass vascular, oclisor coronario y oclisor vascular o cardíaco.
- 5.6.2. Aparato Locomotor: fijadores de columna vertebral, prótesis de codo, prótesis de rodilla, prótesis de cadera, prótesis de muñeca, prótesis de tobillo, prótesis de espalda, prótesis de mandíbula-mentón, prótesis de falange o similares, bóveda craneal, material necesario para cifoplastia-vertebroplastia y material de osteosíntesis.
- 5.6.3. Ginecología: oclisores tubáricos, prótesis de mama y expansores, **exclusivamente en la mama afectada por una cirugía tumoral previa, cubierta por la póliza.**
- 5.6.4. Neurocirugía: plastias sintéticas neuroquirúrgicas de duramáter, válvulas hidrocefalia.
- 5.6.5. Oftalmología: lente intraocular monofocal, bifocal y multifocal para la cirugía de cataratas, implante palpebral, implante vías lagrimales, válvula intraocular antiglaucoma.

- 5.6.6. Otorrinolaringología: cartílago y tabique nasal y tubos de drenaje.
- 5.6.7. Urología: prótesis testicular por orquidectomía, por proceso oncológico o accidente.
- 5.6.8. Otras Prótesis: reservorios para el tratamiento del dolor, port-a-cath para tratamientos de quimioterapia, botón gastrostomía, prótesis biliar, prótesis esofágica, prótesis intestinal, mallas sintéticas para la reconstrucción de la pared abdominal o torácica y para el suelo pélvico.

5.7. Tratamientos especiales

La Mutua se hará cargo del coste de los tratamientos que se describen a continuación, siempre que hayan sido prescritos por un médico del Cuadro Facultativo y de Servicios Asistenciales Autorizados y se obtenga autorización previa de la Mutua.

En el caso de los tratamientos señalados en los apartados 5.7.1, 5.7.2 y 5.7.5, la Mutua podrá indicar el centro específico donde deberán realizarse.

- 5.7.1. Radioterapia. Incluido el acelerador lineal de electrones, los isótopos radioactivos, la cobaltoterapia, la radioterapia de intensidad modular y la braquiterapia.
- 5.7.2. Quimioterapia. Incluida la medicación específicamente citostática de productos que se comercialicen en el territorio nacional y que estén autorizados por el Ministerio de Sanidad, siempre y cuando hayan sido prescritos, dispensados y administrados directamente por un centro hospitalario, así como los reservorios implantables de perfusión endovenosa, los antieméticos y los protectores gástricos.
- 5.7.3. Aerosolterapia, oxigenoterapia y ventiloterapia, en patología pulmonar y únicamente en régimen hospitalario o a domicilio.
- 5.7.4. Psicología clínica: **7 sesiones por año.**
- 5.7.5. Rehabilitación y fisioterapia. La Mutua asume el coste de la rehabilitación ambulatoria (no hospitalaria) de la persona protegida, prescrita por un médico especialista rehabilitador y practicada en un centro idóneo por fisioterapeutas titulados, dirigida a restituir las disfunciones producidas por enfermedad o accidente y hasta conseguir el máximo de rehabilitación funcional **con un límite máximo de 90 sesiones anuales.** Incluida la laserterapia y la magnetoterapia.
- 5.7.6. Logopedia y foniatría: tratamiento de las alteraciones de la voz causadas por patologías de origen orgánico que precisen de tratamiento quirúrgico, **con un límite de 90 sesiones anuales.**
- 5.7.7. Litotricias utilizadas en el tratamiento de las litiasis renales.

5.8. Medicina preventiva

Quedan cubiertos los controles preventivos adecuados a la edad del asegurado, prescritos por un médico del Cuadro Facultativo y de Servicios Asistenciales Autorizados, realizados en consulta, con los medios y técnicas cubiertas por el seguro, previamente autorizados por la Mutua.

- 5.8.1. Pediatría. Incluidos los controles preventivos del desarrollo infantil, en centros de referencia concertados.
- 5.8.2. Ginecología y obstetricia: exámenes periódicos dirigidos al diagnóstico precoz de neoplasias de mama y ginecológicas; revisión ginecológica anual, que incluye consulta de revisión, colposcopia, citología, ecografía ginecológica y mamografía, según protocolos aceptados por la sociedad española de ginecología y obstetricia.

- 5.8.3.** Cardiología: programa de prevención del riesgo coronario para mayores de 40 años, que incluye una revisión cardiológica básica anual, que consiste en la consulta de revisión, analítica básica de sangre y orina, radiografía de tórax, electrocardiograma, ecocardiograma y prueba de esfuerzo, si es necesario.
- 5.8.4.** Aparato digestivo; programa de prevención del cáncer colorectal en población de riesgo, que incluye consulta médica y exploración física, test específico para detectar sangre oculta en heces y colonoscopia, si es necesario.
- 5.8.5.** Urología: programa de prevención del cáncer de próstata para hombres mayores de 45 años, que incluye consulta médica y exploración física, análisis de sangre y orina, con determinación del antígeno prostático específico, ecografía transrectal y biopsia, si es necesario.

5.9. Otros servicios

La Mutua asume el coste de los servicios que se describen a continuación, los cuales deberán realizarse en los centros del Cuadro Facultativo y de Servicios Asistenciales Autorizados. Los servicios descritos en los apartados 5.9.2, 5.9.3 y 5.9.4 deberán de estar previamente autorizados por la Mutua.

- 5.9.1.** Podología: gastos por el servicio de podología, **hasta un máximo de doce sesiones de quiropodia anuales**, asimismo, la Mutua podrá autorizar mas sesiones si son prescritas por el médico responsable del paciente en los casos de pie diabético.
- 5.9.2.** Comadronas: durante la asistencia hospitalaria en el parto.
- 5.9.3.** Cursos de preparación al parto.
- 5.9.4.** Revisión médica oficial para la expedición o la renovación de los permisos de conducir de vehículos a motor A1, A y B.

6. Forma de prestación de la cobertura

Las prestaciones cubiertas serán practicadas por los servicios autorizados. Para tener derecho a la cobertura se deberán cumplir todas las condiciones establecidas en la póliza y específicamente las siguientes:

- Ser persona protegida.
- Haber estado la prestación prescrita y efectuada por un servicio autorizado por la Mutua, salvo las excepciones previstas en la póliza.
- Haber transcurrido los períodos de carencia si éstos existiesen.
- Estar al corriente de pago de la prima.
- Abonar la franquicia correspondiente en los casos en que esté establecida.
- Posibilitar que la Mutua efectúe las comprobaciones que considere necesarias sobre el estado de salud de la persona protegida, y facilitar la información que aquélla requiera en relación con las circunstancias y consecuencias de la enfermedad o accidente, así como del tratamiento médico correspondiente.

La persona protegida puede elegir a los profesionales y centros del Cuadro Facultativo y de Servicios Asistenciales Autorizados, y acceder libremente a sus servicios, para todas las prestaciones que no requieran autorización.

Cuando sea preceptiva la autorización de la Mutua para poder acceder a una prestación, la asistencia precisada se deberá comunicar en los términos siguientes:

- a) Con la máxima antelación posible, en el caso de que deba practicarse a la persona protegida un ingreso hospitalario, una intervención quirúrgica, o cualquier prueba o tratamiento autorizable. En todos estos casos, se deberá

presentar una certificación del médico que atienda a la persona protegida afectada en la que conste el número de asegurado, su nombre y apellidos, la fecha y hora de admisión hospitalaria prevista, el diagnóstico provisional, el tratamiento o la prueba indicada, así como la estancia hospitalaria prevista si ésta procede.

- b) En caso de hospitalización urgente, intervención quirúrgica urgente o servicio de urgencia, en el plazo máximo de 24 horas contadas desde el momento en que se haya efectuado el ingreso. En este caso, la persona protegida presentará una certificación del médico que la atienda en la que conste el número de asegurado, su nombre y apellidos, la fecha y hora de admisión hospitalaria y el diagnóstico provisional.
- c) En el plazo máximo de 7 días a contar desde aquel día que haya finalizado la permanencia en el hospital, se deberá presentar una certificación indicando la evolución del proceso y el diagnóstico definitivo, firmada por el médico que haya atendido a la persona protegida y por la administración del centro hospitalario, acreditando la fecha de alta y los servicios efectuados.

A criterio y por decisión de la Mutua, la documentación citada podrá ser sustituida por una certificación global del centro hospitalario que contenga la misma información.

Cuando la asistencia se practique en servicios autorizados, la Mutua abonará directamente a quien la hubiese prestado el importe de aquélla. En este caso, la persona protegida solamente deberá abonar el importe de la franquicia en los casos en que la misma esté establecida.

En caso de que la persona protegida, en el momento de precisar una asistencia sanitaria, se encuentre en un lugar del Estado español que no conste en el Cuadro Médico de la zona geográfica que le corresponda, lo comunicará previamente a la Mutua, siempre que ello sea posible, y ésta le indicará los centros médicos o los facultativos que la puedan atender.

La asunción por la Mutua del importe de la asistencia requiere que la persona protegida presente en los servicios autorizados los documentos siguientes:

- a) Documento Nacional de Identidad o, en su caso, tarjeta de residencia.
- b) Identificación y acreditación de la condición de persona protegida.
- c) Acreditación, mediante el recibo correspondiente, de haber pagado el último recibo de la prima a la Mutua.
- d) Autorización previa y expresa de la Mutua siempre y cuando se trate de intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, métodos terapéuticos y pruebas diagnósticas.

Cuando sea preceptiva autorización de la Mutua –excepto en caso de hospitalización urgente, intervención quirúrgica urgente o servicio de urgencia- ésta dispondrá de un período mínimo de dos días laborables para expedir la correspondiente autorización.

7. Períodos de carencia

Las prestaciones que la Mutua asume en virtud de la póliza se facilitarán desde la fecha en vigor del contrato para cada uno de los asegurados, **excepto las relacionadas a**

continuación, las cuales tienen los períodos de carencia que seguidamente se establecen:

a) Asistencia hospitalaria:

- Intervenciones quirúrgicas y hospitalizaciones: 10 meses

Se exceptúan de la misma las intervenciones quirúrgicas y hospitalizaciones provenientes de accidentes y de urgencias de carácter vital, de acuerdo con lo que se especifica en las definiciones de los seguros.

b) Asistencia extra hospitalaria:

- Cualquier prestación que precise autorización previa a su realización: 10 meses.

c) Recién nacidos: las prestaciones por asistencia a los recién nacidos hijos de mutualistas o personas protegidas que en el momento del parto hayan finalizado el periodo de carencia correspondiente, tendrán derecho a la cobertura de este seguro sin periodo de carencia, siempre que se inscriban como personas protegidas en el plazo de 15 días hábiles contados a partir de su nacimiento.

d) Parto: 10 meses. No obstante, siempre que en la fecha prevista para el parto haya finalizado el periodo de carencia pero aquél se produzca prematuramente, se tendrán los mismos derechos como si hubiese transcurrido totalmente el periodo de carencia. Se tendrá derecho a las prestaciones autorizables relacionadas con la gestación siempre que el parto esté cubierto de acuerdo con los requisitos expuestos.

e) Vasectomía y esterilización tubárica: 12 meses.

No se podrá acceder en ningún caso a las prestaciones de asistencia hospitalaria ni a las prestaciones que requieran autorización de la Mutua si la persona protegida no ha superado íntegramente el periodo de carencia establecido, ya sea en este seguro o bien en otro seguro de la Mutua de cobertura análoga.

En el caso de gestación o parto, tampoco se podrá acceder a las prestaciones de asistencia hospitalaria ni a las prestaciones autorizables, si en el momento de la fecha prevista para el parto no hubiera finalizado el periodo de carencia específico para el parto.

En caso que al efectuar la alta en el seguro, el asegurado proviniese de coberturas análogas en otras aseguradoras y hubiese finalizado en éstas el periodo de carencia establecido, no deberá respetar el mismo en el seguro de la Mutua, salvo para las prestaciones de gestaciones, partos, vasectomías y esterilizaciones tubáricas, y visita ambulatoria preventiva. Deberá justificar esta circunstancia mediante certificación de la aseguradora en la que conste la fecha del alta, la fecha de inicio de la cobertura y el tipo de seguro.

8. Franquicias

Se establecen las franquicias relacionadas en el anexo.

El importe de las franquicias establecidas en estas condiciones generales podrá ser incrementado por la Mutua para los actos médicos que deban ser practicados en aquellos servicios autorizados que registren una notable desviación del coste de dichos actos médicos en el que se basen económicamente los cálculos actuariales del seguro. El importe de las franquicias será, en tales casos, el que técnicamente corresponda para ajustar la base de los referidos cálculos actuariales, sin que pueda superar el triple del importe general de la franquicia establecido para cada anualidad, y será comunicado a los tomadores tanto su importe concreto como el momento en el que tome efectos su eventual aplicación.

9. Riesgos excluidos

Quedan expresamente excluidos y no causan derecho a ninguna prestación los gastos siguientes:

9.1. Generados por enfermedades, defectos, lesiones o malformaciones en los que concurra alguna de las circunstancias relacionadas a continuación:

- 9.1.1. Previos a la contratación del seguro o derivados de la valoración técnica de la declaración de salud. Sin embargo, esta exclusión no se aplicará a los hijos de los asegurados que tengan presentada la solicitud de contratación del seguro antes de la octava semana de gestación.**
- 9.1.2. Derivados de autolesiones o de intentos de suicidio.**
- 9.1.3. Derivados de causas no patológicas o de tratamientos producidos por dichas causas.**
- 9.1.4. Internamiento de carácter médico o quirúrgico a causa de obesidad no mórbida.**
- 9.1.5. Corrección quirúrgica de la presbicia y de los defectos de la refracción.**
- 9.1.6. Interrupción voluntaria del embarazo sin causa médica justificada y pruebas diagnósticas relacionadas con esta.**
- 9.1.7. Tratamiento del bruxismo –excepto la corrección de sus efectos en la articulación Temporomandibular (ATM) mediante intervención quirúrgica, la cual está cubierta por el seguro-.**
- 9.1.8. La diálisis y la hemodiálisis; sin embargo, quedan expresamente cubiertas la diálisis y la hemodiálisis en caso de urgencia o de insuficiencia renal aguda.**
- 9.1.9. Complicaciones del embarazo cuando la persona protegida se encuentre en periodo de carencia.**
- 9.1.10. Derivados de drogadicciones, de intoxicaciones por drogas, incluida la embriaguez, o del consumo de medicamentos efectuado sin prescripción médica o sin observar la forma prescrita.**
- 9.1.11. Derivados de enfermedades profesionales, de accidentes de trabajo cubiertos por el seguro laboral, de accidentes de vehículos a motor**

cubiertos por el seguro de suscripción obligatoria, de accidentes de caza o de otras situaciones cubiertas por seguro obligatorio o por un tercer responsable.

9.1.12. Producidas como consecuencia de la práctica profesional o competitiva de cualquier deporte o actividad deportiva, de la realización federada de cualquier tipo de deporte, de la práctica de deportes de aventura y de la práctica como aficionado de deportes o actividades de riesgo o que comporten una especial peligrosidad (entre aquellos y aquellas se incluyen, a título meramente enunciativo y no limitativo, los deportes de montaña, la escalada, los de combate, el rugby, los toros, los deportes hípicos, la caza, la práctica de deportes aéreos, y en general los deportes similares a los anteriores, o de nueva creación, los cuales puedan considerarse de riesgo).

9.1.13. Ocasionados por conductas o actos realizados con ánimo fraudulento.

9.1.14. Derivados de alteración del orden público, de peleas, de desafíos o de cualquier otra acción punible según la legislación penal vigente y atribuible a la persona protegida.

9.1.15. Producidos como consecuencia de situaciones excepcionales (como guerras, insurrecciones, rebeliones, revoluciones, alzamientos, actos de terrorismo, maniobras militares o catástrofes naturales y epidemias declaradas oficialmente) o derivadas de radiación nuclear o de contaminación radioactiva.

9.2. Generados por los tratamientos siguientes:

9.2.1. Tratamientos de logopedia y foniatría, siempre y cuando no sean necesarios de acuerdo con el que se establece en el punto 5.7.6. Se excluyen específicamente los tratamientos de reeducación y las terapias educativas.

9.2.2. Consultas y tratamientos de ortodoncia, actuaciones preprotésicas, ortodoncias, implantaciones, profilaxis, mantenimiento e intervenciones dentales no expresamente autorizados por la póliza.

9.2.3. Tratamientos por esterilidad o infertilidad, así como las exploraciones encaminadas a su diagnóstico.

9.2.4. Los trasplantes de órganos, excepto los trasplantes de cornea y el trasplante autólogo de médula ósea.

9.2.5. El tratamiento del SIDA y de las enfermedades causadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

9.2.6. Prótesis de cualquier tipo, ortesis, así como piezas anatómicas, ortopédicas que no estén expresamente recogidas en la póliza, apartado 5.6. Están también excluidos los materiales e instrumentos necesarios para colocar prótesis, material de osteosíntesis y de osteotaxi no cubiertos.

9.2.7. Determinaciones del mapa genético, que tienen por finalidad conocer la predisposición a sufrir determinadas enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas, y las que, aún siendo de

carácter o con finalidad diagnóstica, no influyan o no aporten ningún elemento al tratamiento aplicable.

- 9.2.8. Actuaciones preventivas, específicamente las revisiones y exámenes médicos generales de carácter preventivo, no expresamente autorizados por la póliza.
- 9.2.9. Consultas, servicios y tratamientos con finalidades puramente estéticas o cosméticas.
- 9.2.10. Servicios consistentes en tratamientos en balnearios o en meras actividades de ocio, confort, reposo o deporte.
- 9.2.11. Servicios consistentes en técnicas de diagnóstico o en tratamientos que no tengan contrastada científicamente una positiva aportación para la curación.
- 9.2.12. Tratamientos y técnicas no aprobados por las autoridades sanitarias y científicas competentes del Estado Español, o que sean experimentales o se encuentren en fase de estudio, o que no estén previstos de forma generalizada y pautada en el protocolo habitual de la disciplina o especialidad médica correspondiente.
- 9.3. Generados por los suministros y servicios siguientes:
 - 9.3.1. Productos farmacéuticos, salvo los expresamente cubiertos por la póliza.
 - 9.3.2. Vacunas de toda clase, incluida la administración de las mismas.
 - 9.3.3. Viajes y desplazamientos, salvo los realizados en vehículo sanitario, excepto los expresamente cubiertos por la póliza.
 - 9.3.4. Técnicas quirúrgicas asistidas por robótica (Da Vinci y similares o equiparables).
 - 9.3.5. La utilización de los Neuronavegadores, a excepción de los utilizados para la cirugía de las patologías o lesiones que afecten al sistema nervioso central, las ablaciones y/o intervenciones cardíacas dónde sea imprescindible.
- 9.4. Derivados de asistencias en las que concurra alguna de las circunstancias siguientes:
 - 9.4.1. Injustificadas médicamente o insuficientemente contrastadas científicamente.
 - 9.4.2. Requeridas por la persona protegida con manifiesto abuso de derecho.
 - 9.4.3. Tratamientos claramente superados por otros disponibles y cubiertos por la póliza.
 - 9.4.4. Tratamientos que no tengan suficientemente probada una contribución eficaz, entre ellos la Mesoterapia, la Hidroterapia, la Quiropraxia, la Osteopatía, la Ozonoterapia, la Presoterapia y otros similares. Sin embargo, los tratamientos de Ozoterapia quedarán cubiertos en los casos de Hernia Discal y Espondilitis Anquilopoyética, siempre que sean practicados por servicios autorizados.

- 9.4.5. Aplicadas a situaciones crónicas, incurables, y terminales que no tengan, estas últimas, justificación médica.
- 9.4.6. Consultas, servicios y situaciones patológicas derivados de un tratamiento prescrito o efectuado por una persona no autorizada o derivados del incumplimiento de las prescripciones del médico autorizado responsable de la curación.
- 9.4.7. Prestadas por personas vinculadas familiarmente con la persona protegida por relación conyugal o de parentesco hasta el segundo grado, incluido, de consanguinidad o de afinidad.

10. La prima

10.1. Pago del seguro (Primas)

El tomador del seguro está obligado al pago de la prima anual desde el momento de la perfección del contrato. No obstante y según el carácter anual de la prima, podrá ser abonada mediante recibos mensuales, trimestrales o semestrales; en estos casos, se aplicará el recargo que corresponda.

El fraccionamiento del pago de la prima no exime al tomador de su obligación de abonar la totalidad de la prima anual. Asimismo, cuando, por causa no imputable a la Mutua, no sea efectuado el pago de la prima o de sus fracciones periódicas en el momento establecido, se deberán abonar los gastos que genere aquella falta de pago y el interés de demora.

Cuando sea de aplicación una variación de la prima por llegar la persona protegida a una edad determinada, aquella tendrá efectos a partir del día 1 del mes siguiente al que se produzca el mencionado cambio de edad, sea cual sea la periodicidad establecida para el cobro de la prima.

10.2. Efectos del impago de la prima

Si, por culpa del tomador, la primera prima no fuese pagada o se produjese un impago de cualquiera de sus posibles fraccionamientos, la Mutua tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida por vía ejecutiva en base a la póliza.

En caso de falta de pago de la segunda o sucesivas primas, la cobertura de la Mutua queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, el asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, solo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

En ambos casos, si el contrato no hubiese sido resuelto o extinguido de acuerdo con los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el tomador pague la prima.

10.3. Actualización anual de las condiciones económicas de la póliza

La Mutua, para el período de cobertura siguiente al de la contratación o prórroga de la póliza, puede actualizar el importe de la prima y de las franquicias, en función de los correspondientes cálculos técnicos, financieros y actuariales, del incremento del coste de los servicios sanitarios, de la evolución de la siniestralidad general y de las prestaciones garantizadas.

El pago del primer recibo correspondiente a la prima anual de las prórrogas de la póliza, presupone la aceptación del conjunto de las nuevas condiciones.

11. Deberes del asegurado

Al margen de aquellas otras obligaciones que legalmente le corresponden, el tomador y/o el asegurado comunicarán a la Mutua todas las circunstancias que agraven el riesgo y que podrían condicionar, o incluso imposibilitar, la suscripción de la póliza por parte de la aseguradora.

El asegurado facilitará a la Mutua, si es necesario periódicamente, toda la información y los documentos que aquélla le requiera sobre las circunstancias y las consecuencias del siniestro, y tanto aquél como sus familiares posibilitarán que la Mutua lleve a cabo directamente cualquier comprobación sobre el siniestro que considere necesaria.

El asegurado perderá el derecho a la prestación si incumple las anteriores obligaciones con engaño o culpa.

12. Período de cobertura

La cobertura se inicia a partir de la fecha establecida en las condiciones particulares y por un período que concluye el 31 de diciembre del año en curso.

La cobertura se renovará automáticamente cada año por un período de un año natural, salvo que la Mutua, el tomador o la persona protegida comuniquen fehacientemente, antes de dos meses a la fecha de vencimiento, su voluntad de no renovarla.

13. Subrogación

Una vez satisfecha la prestación a la persona protegida, la Mutua puede ejercer contra los responsables del siniestro que haya requerido la asistencia prestada los derechos y las acciones legales que correspondiesen a aquella persona. Mediante esta subrogación la Mutua podrá reclamar a los responsables del siniestro el importe de los gastos de la asistencia sanitaria prestada a la persona protegida.

También procederá la subrogación de la Mutua en los derechos que tuviese la persona protegida cuando aquella hubiese asumido obligaciones que también hubiesen de ser prestadas por otras personas o entidades.

La subrogación en ningún caso podrá comportar un perjuicio al tomador o a la persona protegida, quienes se obligan a facilitar el ejercicio eficaz de la subrogación por parte de la Mutua.

14. Comunicaciones

Las comunicaciones entre la Mutua y el tomador y las personas protegidas se han de enviar a sus respectivos domicilios. Estos domicilios son los que constan en la póliza, salvo que se hubiese comunicado formalmente un cambio posterior.

Las conversaciones telefónicas mantenidas entre la Mutua y el asegurado o el beneficiario, derivadas de suscripciones de pólizas de seguro con la Mutua, podrán ser registradas por ésta última y utilizadas en los procesos de control de calidad o como medio de prueba en procedimientos judiciales o arbitrales, preservando siempre la debida confidencialidad.

Franquicias

Urgencias Hospitalarias

Atención de urgencia hospitalaria (puerta):

De 1 a 3

8,0 €

Más de 3

12,0 €

Medicina General, Pediatría, Especialidades y Urgencias Ambulatorias

Visitas a domicilio y urgencias en consultorio y ambulatorias

De 1 a 3

4,0 €

Más de 3

6,0 €

Visitas en consultorio medicina general y pediatría

Visita

2,5 €

Visitas en consultorio resto de especialidades

Visita

3,5 €

Enfermería

Visita/Acto

Por acto

1,5 €

Exploraciones, Tratamientos y Otros

De alta complejidad/coste

Por acto

6,0 €

Sesión de rehabilitación

Por sesión

2,0 €

Resto de actos

De 1 a 9

2,0 €

Más de 9

6,0 €