

mutuacat
ASSEGURANCES



REGLAMENT D'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA

TOT SALUT BÀSIC

V20251217

ÍNDEX

REGLAMENT DE TOT SALUT BÀSIC	4
Art.1. OBJECTE I REGULACIÓ LEGAL.....	4
Art.2. DEFINICIONS.....	5
Art.3. OBJECTE DE L'ASSEGURANÇA	9
Art.4. GARANTIES EN ASSISTÈNCIA SANITÀRIA.....	9
4.1. MEDICINA PRIMÀRIA.....	10
4.2. ESPECIALITATS.....	10
4.3. PROVES COMPLEMENTÀRIES DIAGNÒSTIQUES.....	12
4.4. MEDICINA PREVENTIVA:.....	13
Art. 5. ASSISTÈNCIA EN VIATGE	14
Art. 6. TRAMITACIÓ I GESTIÓ DE SERVEIS AMB AUTORITZACIÓ DE MUTUACAT, MPS	14
Art. 7. LÍNIA MÈDICA (ORIENTACIÓ MÈDICA TELEFÒNICA)	15
Art. 8. SEGONA OPINIÓ	15
Art. 9. INSCRIPCIÓ.....	16
Art. 10. PRESTACIÓ DE SERVEIS.....	17
Art. 11. SINISTRES.....	18
Art.12. PERSONES ASSEGURABLES	18
Art.13. NAIXEMENT, DURADA I FI DE LA RELACIÓ DE PROTECCIÓ.....	19
Art.14. DRETS DEL SUBJECTE PROTEGIT	20
Art.15. OBLIGACIONS I DEURES DE L'ASSOCIAT I/O DEL SUBJECTE PROTEGIT	20
Art.16. OBLIGACIONS DE LA MUTUALITAT	21
Art.17. PAGAMENT DE QUOTES.....	21
Art.18. RESCISSIÓ I INDISPUTABILITAT DEL CONTRACTE.....	22
Art.19. COMUNICACIÓ	23
Art. 20. CONTROVÈRSIES	23
Art. 21. PRESCRIPCIÓ I COMPETÈNCIA	24
Art. 22. PROTECCIÓ DE DADES.....	24
Art. 23. MONEDA D'APLICACIÓ	25
Art. 24. RISCOS EXCLOSOS	25
Art. 25. COMÚ A TOTES LES GARANTIES ANTERIORS.....	28
Art. 26. LÍMITS MÀXIMS ANUALS	29

REGLAMENT DE TOT SALUT BÀSIC

La Junta Directiva de Mútua Manresana, Mutualitat de Previsió Social (*), en data dinou de desembre de dos mil divuit, va aprovar el present Reglament d'assistència sanitària, el qual serà d'aplicació en les relacions entre la mutualitat i el prenedor de l'assegurança i/o els subjectes protegits que aquests inscrivin, conjuntament amb els Estatuts, el Reglament general de les persones, condicions particulars i especials, que formen part del condicionat del present reglament en tot allò que sigui d'aplicació.

(* Des d'ara Mutuacat).

CAPÍTOL PRELIMINAR

Art.1. OBJECTE I REGULACIÓ LEGAL

Per mitjà d'aquest Reglament la mutualitat ofereix la cobertura, als subjectes protegits, dels riscos que expressament s'hi especifiquen, previ cobrament de la quota corresponent.

Aquest reglament es regeix per:

1.- Estat membre i autoritat als quals correspon el control de l'activitat de l'entitat asseguradora. Espanya, Direcció General de Política Financera, Assegurances i Tresor (Generalitat de Catalunya).

2.- Legislació aplicable al Reglament. Llei 10/2003, de 13 de juny, sobre mutualitats de previsió social, Llei 50/1980, de contracte d'assegurança, Decret 279/2003, de 4 de novembre, de desplegament de determinats aspectes de la Llei 10/2003, de 13 de juny, sobre mutualitats de previsió social, Reglament de Mutualitats (RD 1430/2002), Llei 20/2015, d'ordenació, supervisió i solvència de les entitats asseguradores i reasseguradores i Reial decret 1060/2015, d'ordenació, supervisió i solvència de les entitats asseguradores i reasseguradores, Reial decret llei 3/2020, de 4 de febrer, de mesures urgents, pel qual s'incorporen a l'ordenament jurídic espanyol diverses directives de la Unió Europea en l'àmbit de la contractació pública en determinats sectors; d'assegurances privades; de plans i fons de pensions; de l'àmbit tributari i de litigis fiscals (llibre segon), Llei 22/2010, de 20 de juliol, del codi de consum de Catalunya.

Quant a la protecció de dades personals, són d'aplicació la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals i el Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell, de 27 d'abril de 2016, relatiu a la protecció de les persones físiques pel que fa al tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades, i pel qual es deroga la Directiva 95/46 / CE (Reglament general de protecció de dades).

Art.2. DEFINICIONS

Tot i les definicions estipulades al Reglament general de les persones, també, a efectes d'aquest Reglament s'entén per:

Accident: Tota lesió corporal fortuïta que deriva d'una causa violenta, sobtada, externa i involuntària que requereix atenció mèdica immediata.

Assistència: Tota prestació de serveis mèdics realitzats per un professional sanitari legalment habilitat, destinada a atendre o vetllar per la salut del subjecte protegit.

Assistència mèdica extrahospitalària: Assistència primària, assistència per metges especialistes, tractaments mèdics i mitjans complementaris de diagnòstic, sempre que el pacient no origini un ingrés hospitalari de mínim una estada. No queda inclosa en aquest apartat la cirurgia major ambulatoria.

Associat: Persona física o jurídica que forma part de la mutualitat. Li corresponen les obligacions derivades d'aquest Reglament, excepte les que per la seva naturalesa hagin de ser realitzades pels subjectes protegits.

Carència: Període de temps comptat per mesos a partir de la data d'efecte de l'assegurança durant el qual no entren en vigor algunes de les cobertures incloses dins de les garanties de l'assegurança.

Centre hospitalari: Qualsevol centre d'assistència, hospital, clínica o dispensari, públic o privat, legalment autoritzat i previst amb els mitjans tècnics i humans necessaris per a efectuar diagnòstics, tractaments i intervencions quirúrgiques, on s'admetin només persones malaltes o lesionades, per tal d'ésser ateses les 24 hores del dia per personal qualificat. A l'efecte d'aquest Reglament, no són considerats centres hospitalaris els balnearis, asils, residències geriàtriques, cases de repòs, centres d'estètica, instal·lacions dedicades a l'internament i/o tractament de drogoaddictes o alcohòlics o centres similars, i els centres dedicats al tractament de malalties cròniques o terminals.

Col·lectiu asseguable: Grup de persones individuals que, sense lligams familiars, estan units per circumstàncies de treball o de convivència.

Condicions especials: Qualsevol modalitat d'assegurança que regula l'abast de les garanties i que proporciona la mutualitat, tant per a l'assegurança principal com per a cadascuna de les cobertures complementàries.

Condicions particulars: Recullen les dades pròpies o individuals de cada contracte d'assegurança com la identificació de les parts, determinació i qualificació de les garanties assegurades, règim de quotes, etc.

Despeses raonables: Les despeses raonables o acostumades són aquelles que, sense que la mutualitat les consideri excessives, s'utilitzaran per reembossar al subjecte protegit. A aquest efecte, es consideraran despeses excessives aquelles que superin en un 150% les tarifes concertades per la mutualitat, per una mateixa especialitat, patologia o intervenció quirúrgica o dels honoraris professionals que consten en el nomenclàtor vigent del Col·legi de Metges de Barcelona.

DUI / infermer / ATS: Persona diplomada universitària en infermeria, legalment capacitada i autoritzada per prestar atenció d'infermeria en cas de malaltia o lesió que origini alguna de les garanties compreses en l'assegurança.

Durada de l'assegurança: Període de 12 mesos de cobertura, renovables cada anualitat.

Edat actuarial: És l'edat del subjecte protegit més pròxima al seu aniversari (encara que no s'hagi complert).

Franquícia: Percentatge o quantitat sobre l'import total de les despeses, objecte de l'assegurança que va a càrrec del subjecte protegit o associat.

Habitació convencional: Habitació d'una sola estança o habitacle, dotada amb instal·lacions sanitàries de buit i oxigen. No s'entén com a habitació convencional, les suites i les habitacions amb avantsala.

Hospital de dia: Règim d'ingrés no superior a 24 hores per a realitzar tractaments mèdics i/o quirúrgics.

Hospitalització a domicili: Assistència d'un metge de medicina general i/o especialista i ATS o DUE, al subjecte protegit en el domicili que consti al títol, quan la patologia del malalt requereixi atenció especial sense haver de requerir ingrés hospitalari, sempre amb prèvia prescripció mèdica.

Lesió: Alteració patològica que es produeix en un teixit o un òrgan sa i que comporta un dany anatòmic o fisiològic, és a dir, una pertorbació de la integritat física o de l'equilibri funcional.

Malalt: Subjecte protegit que pateix una pertorbació de l'estat de salut.

Malaltia: Tota alteració de l'estat de salut d'un individu que pateix l'acció d'una patologia que no és conseqüència d'accident, el diagnòstic i la confirmació de la qual l'ha fet un metge o un odontòleg legalment reconegut, i que fa necessària l'assistència facultativa.

Malaltia congènita: És aquella que existeix en el moment del naixement, com a conseqüència de factors hereditaris o afeccions adquirides durant la gestació.

Malaltia preexistent: És la que sota el punt de vista mèdic existia ja abans de la contractació de l'assegurança o d'alta d'aquesta.

Material d'osteosíntesi osteotaxi: Peces o elements metàl·lics o de qualsevol altra mena utilitzats per a la unió dels extrems d'un os fracturat o per soldar extrems articulars.

Material ortopèdic: Peces anatòmiques o elements de qualsevol naturalesa utilitzats per prevenir o corregir les deformitats del cos.

Metge: Facultatiu legalment qualificat i autoritzat en el lloc on professa i exerceix per tractar medicament o quirúrgicament la malaltia o lesió que es produeixi en l'assegurat durant la vigència de l'assegurança.

Mitjans concertats: Conjunt de metges i centres hospitalaris adscrits al Servei d'Assistència Sanitària de la mutualitat, detallats en una guia mèdica.

Mitjans no concertats: Tots aquells metges i centres hospitalaris que no estan adscrits al Servei d'Assistència Sanitària de la mutualitat.

Naixement: Sortida del claustre matern del fetus.

Odontòleg: Facultatiu capacitat i autoritzat per realitzar les activitats de prevenció, diagnosi i tractament relatiu a les anomalies i malalties de les dents, de la boca, dels maxil·lars i dels seus teixits annexos, tant sobre individus aïllats com de forma comunitària.

Odontologia: Activitats de prevenció, diagnosi i tractament relatius a les anomalies i malalties de la boca.

Pacient: Malalt que rep l'assistència mèdica i/o quirúrgica.

Pròtesi: Qualsevol element de qualsevol naturalesa que reemplaça temporalment o permanentment la falta d'un òrgan, teixit, fluid orgànic o membre. A títol d'exemple, tenen aquesta consideració els elements mecànics o biològics com: recanvis valvulars cardíacs; substitucions articulars; pell sintètica; lents intraoculars; materials biològics com la còrnia, fluids, gels i líquids sintètics o semisintètics substitutius d'humors o líquids orgànics; reservoris de medicaments; sistemes d'oxigenoteràpia ambulants, etc.

Puericultor/a: Metge a qui es lliura la cura del nen sa, tant dels aspectes físics, com dels dentals del seu desenvolupament.

Rehabilitació: Tots els actes dirigits per un metge especialista en rehabilitació per rehabilitar o auxiliar en un centre idoni, que es dediquin a restituir el funcionament d'aquelles parts de l'aparell

locomotor afectades per les conseqüències d'una malaltia o accident o les originades durant la vigència de l'assegurança.

Servei: L'activitat o especialitat mèdica dedicada a atendre en cada moment les necessitats pròpies de la salut del subjecte protegit.

Servei a domicili: Visita en el domicili que figura al títol i la sol·licitud del subjecte protegit per un metge de capçalera (metge generalista), pediatre - puericultor, ATS o DUE en aquells casos en què el subjecte protegit es trobi, per raons de la seva malaltia, incapacitat per traslladar-se al consultori del metge, ATS o DUI. No inclou les despeses generades d'assistència de tipus social, hostaleria, llenceria, alimentació, medicació, seguiment, material sanitari i cures no específiques pel metge general ATS o DUE, ni la permanència continuada dels professionals sanitaris al domicili de l'assegurat.

Servei d'urgència a domicili: Assistència al domicili que figuri al títol en casos d'urgència prestada per un metge generalista i/o ATS/DUE.

Sinistre: Esdeveniment greu, fortuït, de qualsevol mena, que dóna lloc a la prestació dels serveis assistencials mèdics previstos en aquest Reglament. Considerem com un únic sinistre totes les despeses ocorregudes en un mateix diagnòstic o tractament d'una mateixa malaltia o accident, així com totes les afeccions degudes a les mateixes causes o a causes relacionades.

Subjecte protegit: Persona física inscrita en aquest Reglament, exposada a un risc relacionat amb la seva salut i que, una vegada complertes les normes establertes en els estatuts i reglaments, rebrà les prestacions mèdiques i/ o assistencials contractades amb la mutualitat.

Suma assegurada: Límit econòmic anual per subjecte protegit, dels serveis o reemborsaments que pot prestar la mutualitat per les despeses medicoquirúrgiques hospitalàries originades per cada subjecte, fixat al reglament, al títol o a les condicions particulars.

Termini de disputabilitat: Període de temps durant el qual l'Entitat pot negar les prestacions o impugnar el contracte al·legant l'existència de malalties anteriors del subjecte protegit i no declarades per ell. Transcorregut aquest termini, la mutualitat només tindrà aquesta facultat en cas que el subjecte protegit hagi actuat amb dol.

Títol de soci: És el document que conté les condicions reguladores de l'assegurança. Formen part integrant de la pòlissa: les condicions generals; les especials, si n'hi hagués; les particulars, que individualitzen el risc i els suplementos i apèndixs que s'emetin per completar o modificar la pòlissa.

Urgència vital: Necessitat apressant d'atenció mèdica deguda a un canvi sobtat de l'estat de salut d'una persona, d'un retard de la qual, es podria derivar un compromís vital i posar en perill la vida de l'assegurat.

Art.3. OBJECTE DE L'ASSEGURANÇA

Pel present reglament, la mutualitat proporciona, dins dels límits i condicions establertes en les condicions generals i mitjançant l'aplicació de la prima que en cada cas correspongui, l'assistència mèdica extrahospitalària que li sigui prestada com a conseqüència d'una malaltia, accident, embaràs, a través del quadre mèdic concertat per la mutualitat en el territori nacional, en tota classe de malalties o lesions compreses dins les especialitats i modalitats que figurin dins del present reglament.

L'import abonat per la mutualitat al subjecte protegit en cap cas podrà superar el límit màxim establert en cada una de les garanties assegurades, així com, tampoc podrà superar el conjunt de totes elles.

Art.4. GARANTIES EN ASSISTÈNCIA SANITÀRIA

- 4.1.- Medicina primària
- 4.2.- Especialitats
- 4.3.- Proves complementàries diagnòstiques
- 4.4.- Medicina preventiva

4.1. MEDICINA PRIMÀRIA

La Mutualitat donarà assistència mèdica en cas de malaltia, accident i seguiment de l'embaràs. La prestació es donarà sempre a través de facultatius i centres mèdics concertats, quan el procés estigui cobert pel present reglament i es produeixi en el transcurs de vigència de la pòlissa.

Comprèn:

4.1.1.- Assistència primària

- Medicina general
- Pediatria.
- Infermeria

Inclou l'assistència a la consulta del professional o al domicili del subjecte protegit, per bé que en aquest cas, es tindrà en compte quan el malalt no pugui desplaçar-se a conseqüència de la malaltia o la lesió que pateixi i hi hagi disponibilitat de professionals en la població i/o zona.

(Cal veure el límit màxim anual de l'art. 26)

4.2. ESPECIALITATS

- Inclou l'assistència a la consulta del facultatiu
- Al·lèrgologia: s'exclouen les vacunes, així com els productes farmacològics.
- Anestesiologia
- Angiologia i cirurgia vascular.
- Aparell digestiu.
- Cardiologia.
- Cirurgia cardiovascular
- Cirurgia general i digestiva
- Cirurgia maxil·lofacial
- Cirurgia pediàtrica
- Cirurgia plàstica (només es cobrirà en cas d'accident)
- Cirurgia toràcica
- Dermatologia.
- Endocrinologia i nutrició
- Geriatria.
- Ginecologia i obstetrícia
- Hematologia
- Medicina interna

- Nefrologia
- Neurologia
- Odontoestomatologia: només quedaran cobertes les consultes d'odontoestomatologia, extraccions de peces dentals (excepte queixals del seny) i una higiene dental anual.
- Oftalmologia: es cobriran únicament les malalties o accidents.
- Oncologia
- Otorinolaringologia.
- Pneumologia
- Psiquiatria i psicologia ambulatoria: la mutualitat cobrirà, per aquest concepte, un màxim de 7 visites anuals entre totes dues especialitats. Podran prestar aquest servei tant professionals del quadre mèdic, com de lliure elecció, sempre amb el límit màxim de 7 visites anuals. En el cas que l'assegurat esculli la lliure elecció del professional, es farà el reemborsament del 50% de l'import de la visita. Aquest reemborsament no superarà, en cap cas, els 30€. Caldrà presentar l'original de la factura del professional i el justificant de pagament.
- Reumatologia.
- Traumatologia i cirurgia ortopèdia.
- Urologia.

(Cal veure el límit màxim anual de l'art. 26)

4.2.1.- Fisioteràpia i rehabilitació

Es fixa un període de carència de 6 mesos per fisioteràpia i rehabilitació.

Sempre de curt termini i quan el tractament hagi estat prescrit pel facultatiu del quadre mèdic de l'entitat i sigui degut a una malaltia o accident coberts pel present Reglament en relació amb l'aparell locomotor. S'efectuarà sempre en un centre concertat per l'entitat, prèvia autorització de la mutualitat.

Queden cobertes 50 sessions a l'any.

(Cal veure el límit màxim anual de l'art. 26)

4.2.2.- Embaràs i seguiment

Exclosos els tractaments esterilitzants sense finalitat terapèutica.

Es fixa un període de carència de 8 mesos per a visites i proves complementàries de seguiment d'embaràs.

S'inclouen, només, les proves per la determinació d'anomalies del nadó quan esdevingui una de les circumstàncies següents: dones majors de 35 anys o fill anterior amb anomalia cromosòmica, alteracions a l'ecografia, alteracions en el triple *screening* i antecedents d'avortaments anteriors i antecedent fins al 1r o 2n grau de consanguinitat.

(Cal veure el límit màxim anual de l'art. 26)

4.2.3.- Planificació familiar

Una vegada superat el període de carència de 8 mesos, la mutualitat cobrirà les visites prèvies a la intervenció de vasectomia o esterilització tubàrica.

4.2.4.- Podologia

Es cobriran 4 visites anuals per subjecte protegit. Sempre prèvia autorització de la mutualitat.

(Cal veure el límit màxim anual de l'art. 26)

No existirà cap tipus carència en cas d'accident, urgència vital.

4.3. PROVES COMPLEMENTÀRIES DIAGNÒSTIQUES

Per a les analítiques clíniques i anatomopatològiques, les radiografies simples i les ecografies serà necessària la prescripció d'un facultatiu del quadre mèdic.

Per a un altre tipus de proves complementàries diagnòstiques diferents a les indicades anteriorment, serà necessària la prescripció facultativa i l'autorització de la mutualitat.

S'estableix un període de carència d'un mes per les analítiques bàsiques. En totes les altres proves, el període de carència serà de 6 mesos.

- Contrast radiològic en proves complementàries de diagnòstic

S'inclouran els productes farmacèutics utilitzats en proves diagnòstiques cobertes per aquest reglament, per fer visibles directament o indirectament òrgans o zones del cos humà, amb el mateix període de carència que per a la prova diagnòstica en la qual s'ha d'utilitzar el contrast radiològic. Els contrastos inclosos seran els següents:

- Contrasts baritats
- Contrasts iodats, iònics i no iònics
- Contrasts magnètics
- Contrasts radioactius

- Proves complementàries diagnòstiques d'alta tecnologia

Ressonància nuclear magnètica, tomografia axial computeritzada, tomodensitometria, proves de medicina nuclear, estudis polisomnogràfics de la son, gammagrafia. Sempre sota prescripció facultativa i autorització de la mutualitat.

(Cal veure el límit màxim anual de l'art. 26)

CARÈNCIES:

Seran 6 mesos de carència per:

- Proves diagnòstiques, excepte analítiques i radiografies bàsiques i ecografies.
- Proves diagnòstiques d'alta tecnologia.
- Contrast radiològic.

No existirà cap tipus carència en cas d'accident, urgència vital.

LÍMIT DE GARANTIES:

Només quedaran limitades les garanties que estiguin expressament indicades en les característiques de la seva pròpia cobertura.

4.4. MEDICINA PREVENTIVA:

Es cobriran els controls ginecològics, d'urologia, cardiològics, pediàtrics i oftalmològics que detallem a continuació i amb la periodicitat que en aquest apartat s'estableix.

Revisió ginecològica: Amb una freqüència d'un cop a l'any, el subjecte protegit podrà gaudir d'una revisió ginecològica, incloent exploració clínica, ecografia abdominovaginal, citologia vaginal i anàlisis (sanguínia, coagulació, transaminasses, colesterol i protrombina).

Queda prevista dins d'aquesta cobertura la implantació del DIU, que és a compte del subjecte protegit.

La mutualitat cobrirà una mamografia bilateral amb una periodicitat anual.

Revisió d'urologia: Per a majors de 45 anys, amb una freqüència d'un cop a l'any. Aquesta revisió inclou una exploració clínica, anàlisi d'orina, ecografia vesical i analítica (PSA).

Revisió pediàtrica: Les revisions i vacunacions s'efectuaran a les edats recomanades que es fixen en el calendari establert per la comunitat autònoma de residència del subjecte protegit. Les vacunes són sempre a càrrec de l' associat.

Revisió cardiològica: El subjecte protegit que tingui més de 50 anys es podrà efectuar, amb una freqüència d'una vegada a l'any, una revisió cardiològica.

Aquesta revisió inclou exploració clínica, analítica de sang, electrocardiograma i ecografia cardíaca.

Revisió oftalmològica: Es podrà efectuar amb una freqüència d'una vegada a l'any.

Revisió mèdica: Aquesta revisió constarà d'una visita mèdica, radiografia del tòrax, electrocardiograma i una anàlisi estàndard. La seva freqüència d'utilització es fixa d'acord amb l'edat del subjecte protegit:

Més de 20 anys i inferior a 40 anys 1 revisió cada 4 anys.
40 o més anys..... 1 revisió cada 2 anys.

Queden exclosos qualsevol altre control que no s'hagi especificat en aquest apartat.

CARÈNCIES:

Es fixarà un període de carència de 12 mesos.

Art. 5. ASSISTÈNCIA EN VIATGE

Mitjançant aquesta prestació el subjecte protegit tindrà cobertura en el cas que pateixi una malaltia no preexistent i/o accident, així com qualsevol cas fortuït, indicat en el tríptic adjunt, que impedeixi el bon transcurs del viatge.

Serà imprescindible per sol·licitar l'assistència en viatge que el subjecte protegit truqui al telèfon (34) 938 773 333, en el qual se l'informarà dels tràmits a seguir en cada cas.

Aquesta cobertura té validesa arreu del món i, a Espanya, a partir de 25 km de la residència habitual del subjecte protegit.

Per tal de poder beneficiar-se de les prestacions garantides, el subjecte protegit ha de tenir el seu domicili a Espanya i residir-hi habitualment, i el seu temps de **permanència fora de l'esmentada residència habitual no pot excedir els 90 dies per viatge o desplaçament.**

Art. 6. TRAMITACIÓ I GESTIÓ DE SERVEIS AMB AUTORITZACIÓ DE MUTUACAT, MPS

Els serveis autoritzables són els que per tal de poder-ne fer ús cal que siguin prèviament autoritzats per la Mutualitat.

L'autorització podrà ser obtinguda pel beneficiari o pel propi facultatiu trucant al 938 773 333. Així mateix, la gestió també es podrà realitzar enviant un missatge al whatsapp 608 692 133, a l'adreça electrònica auto@mutuacat.cat o directament a través de l'app de salut de Mutuacat

Requeriran autorització, les intervencions quirúrgiques, les proves complementàries, tractaments i tècniques especials. ambulàncies, tractaments quimioteràpics, radioteràpics i rehabilitació.

No necessiten autorització els següents actes mèdics i/o proves: (únicament la petició del metge)

ACTE/PROVA

- Visites mèdiques
- Anàlisis clíniques
- Citologies
- Ecografies simples i radiologia en la consulta del facultatiu
- Proves al·lèrgiques

Art. 7. LÍNIA MÈDICA (ORIENTACIÓ MÈDICA TELEFÒNICA)

Per aquesta cobertura, l'entitat li ofereix el servei de Línia Mèdica Mutuacat, MPS, que li permetrà accedir a un assessorament mèdic telefònic les 24 hores al dia, tots els dies de l'any.

L'accés al servei Línia Mèdica de Mutuacat, MPS es fa a través del Centre d'Atenció i Coordinació Mèdica a través del telèfon 938 773 333, amb el qual podrà parlar directament amb un metge consultor sobre qualsevol qüestió relativa a la seva salut.

Art. 8. SEGONA OPINIÓ

En cas de malaltia greu, Mutuacat ofereix al mutualista la disposició d'una segona opinió mèdica telefònica donada pels més prestigiosos professionals d'àmbit mundial que l'ajudaran a confirmar el diagnòstic realitzat i a conèixer altres opcions de tractament.

A més, en aquesta cobertura, s'ajuda a identificar i seleccionar telefònicament tant a nivell nacional com internacional, l'especialista més adequat i amb millor coneixement de cada una de les patologies.

Aquest servei podrà ser utilitzat en cas que sigui diagnosticada alguna de les següents malalties:

- Càncer
- Malalties cardiovasculars
- Trasplantaments d'òrgans

- Malalties neurològiques i neuroquirúrgiques
- Malaltia idiopàtica de Parkinson
- Malaltia d'Alzheimer
- Esclerosi múltiple
- Paràlisi
- Insuficiència renal crònica
- SIDA

En cas que sigui diagnosticada una de les malalties anteriorment indicades i previstes en aquesta cobertura, un equip d'experts professionals del més alt nivell revisarà l'historial clínic del mutualista i li aportarà una avaluació de la seva condició mèdica en un informe que li serà remès a partir del moment de la recepció de la informació mèdica necessària. Aquest informe avaluarà el diagnòstic i recomanarà les opcions de tractament més adequades en cada cas.

El mutualista tindrà accés a la Segona Opinió de Mutuacat, MPS a través del nostre centre d'atenció i coordinació mèdica mitjançant el telèfon 398 773 333.

Art. 9. INSCRIPCIÓ

9.1.- Per formalitzar la inscripció en aquest Reglament, l'interessat ha de complir els requisits següents:

- a) Subscriure la sol·licitud d'inscripció i declaració de salut.
- b) Cada subjecte protegit ha d'emplenar una declaració de salut i, en cas que la mutualitat ho consideri necessari, sotmetre's a un reconeixement mèdic, el cost del qual anirà a càrrec de la mutualitat.

En el cas dels menors d'edat, la sol·licitud i la declaració de salut ha d'anar signada pel titular de l'assegurança o, en cas que sigui diferent, aquella persona qui en tingui la pàtria potestat.

9.2.- S'admeten en aquesta prestació tres classes d'inscripcions:

- a) **Individual:** Comprèn una sola persona, exceptuant els menors de 14 anys, que hauran d'ésser assegurats juntament amb un adult. El titular de les pòlisses de persones entre 14 i 18 anys, haurà de ser el seu pare, mare o tutor.
- b) **Familiar:** Comprèn el titular, cònjuge de l'associat/ada o la parella, fills, pares o col·laterals fins al segon grau, sempre que convisin en el domicili de l'associat.
- c) **Col·lectiva:** Comprèn grups de persones individuals que, sense lligams familiars, estiguin units per circumstàncies de treball o d'una altra índole, excepte els menors de 14 anys, que hauran d'ésser assegurats, cada un d'ells, juntament amb un adult. El titular de les pòlisses de persones entre 14 i 18 anys, haurà de ser el seu pare, mare o tutor.

9.3.- Els nadons poden ser inscrits amb les mateixes condicions en què estigui inscrita la seva mare o el seu pare, sempre que ho sol·licitin durant els 15 dies posteriors a la data naixement. Per a la inscripció del nadó haurà de fer-se segons el que estableix l'apartat 10.1

El document d'inscripció constarà d'una sol·licitud i una declaració de salut, els quals hauran de ser signats i emplenats en tots els seus apartats. Els esmentats documents presentats constitueixen les bases per l'acceptació del risc de l'assegurança i en formen part.

Si el subjecte protegit ha omès dolosament qualsevol circumstància que li fos coneguda i que pugui influir en la valoració de risc, la mutualitat podrà rescindir l'assegurança durant els trenta dies següents a la data en què hagi sabut aquesta omissió.

L'assegurança serà indisputable quan hagi transcorregut un any des de la data d'efecte de l'entrada en vigor, llevat que el subjecte protegit hagi actuat dolosament.

En cas que no s'hagi indicat amb exactitud la data de naixement del subjecte protegit, la mutualitat només podrà impugnar el contracte si l'edat real del subjecte protegit en el moment de l'entrada en vigor de l'assegurança excedeix els límits d'admissió que aquell hagi establert.

Si passa altrament que, com a conseqüència d'una declaració de salut inexacta de l'edat, la quota pagada és inferior a la que correspondria pagar, el subjecte protegit estarà obligat a abonar a la mutualitat la diferència existent entre les quantitats efectivament pagades en concepte de quotes i les que li hauria correspost pagar segons la seva edat real.

Si, en canvi, la prima pagada fos superior a la que s'hauria d'haver abonat, la mutualitat estarà obligada a retornar l'excés de les primes percebudes sense interessos.

Art. 10. PRESTACIÓ DE SERVEIS

10.1.- Prestació de serveis a través de facultatius i centres mèdics concertats: Segons les condicions generals, es prestarà assistència mèdica en totes les ciutats on la mutualitat tingui facultatius adscrits dins el quadre mèdic. Quan en qualsevol de les poblacions on hi hagi els facultatius o centres mèdics concertats no hi hagi algun dels serveis compresos dins les condicions generals, la mutualitat indicarà a l'assegurat on pot anar a consulta mèdica o bé a tractament.

La mutualitat no es farà càrrec dels honoraris dels facultatius aliens al quadre mèdic, ni de les despeses d'hospitalització, sigui quin sigui el tipus d'aquesta ni dels serveis que els facultatius aliens o no al quadre mèdic, poguessin ordenar fora d'aquest.

En l'assistència domiciliària, la mutualitat s'obliga a donar els serveis exclusivament en el domicili que figuri en la pòlissa o condicions particulars, i qualsevol canvi d'aquest haurà de ser notificat amb una antelació mínima de 8 dies abans de la necessitat de qualsevol servei.

Art. 11. SINISTRES

11.1.- En cas de sinistre cobert pel present reglament, la mutualitat està obligada a pagar la prestació indicada en cada garantia, si així s'escau, excepte si el sinistre hagués estat produït per mala fe del subjecte protegit:

11.2.- Comunicació dels serveis de facultatius i centres mèdics concertats.

Per tal d'accedir als facultatius i centres mèdics concertats caldrà:

- Identificar-se mitjançant el document que vincula amb l'entitat (targeta identificativa de l'assegurat).
- Presentar l'últim rebut pagat (acreditatiu d'estar al corrent del pagament), en cas que ho sol·liciti el facultatiu.
- Sol·licitar per escrit l'autorització, en cas d'urgència, a la mutualitat en les 48 hores següents a la prestació del servei assistencial i/o a l'ingrés hospitalari.
- Prèvia prescripció d'un facultatiu del quadre mèdic, cal obtenir l'autorització escrita de la mutualitat abans de la prestació del servei assistencial si així s'esmenta en l'art. 7

11.3.- Indemnització dels serveis de facultatius i centres mèdics concertats.

La mutualitat abonarà les factures i honoraris directament als facultatius i centres mèdics del quadre mèdic.

11.4.- Sempre que la mutualitat ho requereixi, el subjecte protegit haurà de sotmetre's a reconeixements dels metges que la mutualitat designi i traslladar-se, per compte d'aquesta, al lloc on correspongui, fer el reconeixement.

11.5.- La prestació d'un servei o la indemnització com a conseqüència d'un sinistre no establirà un precedent amb relació a prestacions o indemnitzacions posteriors, derivades del mateix sinistre o d'una mateixa malaltia.

Art.12. PERSONES ASSEGURABLES

L'edat d'ingrés d'aquesta cobertura serà dels 0 als 65 anys, no obstant això, també es podran admetre sol·licituds de persones d'edat superior, sempre que formin part d'una inscripció familiar o col·lectiva i que sigui acceptada per la mutualitat.

Aquestes sol·licituds quedaran limitades per les condicions següents:

Els subjectes protegits acceptats amb edat igual o superior als 65 anys, un cop assoleixin l'edat de 70 anys, seran exclosos de les garanties següents:

- **Psiquiatria**
- **Revisions periòdiques**

En cas de defunció de l'associat, les persones per ell inscrites, podran seguir assegurades. Tindrà la condició de titular, la persona que designin com a tal.

Els menors de 14 anys que vulguin inscriure's individualment no podran ésser admesos si no és que un o més familiars formin part de la mateixa sol·licitud.

Art.13. NAIXEMENT, DURADA I FI DE LA RELACIÓ DE PROTECCIÓ

El dret a rebre les prestacions d'aquest Reglament començarà, excepte per als casos en què es fixin períodes de carència, a partir del dia 1 del mes següent de la data de signatura de la sol·licitud d'inscripció, sempre que s'hagi efectuat el pagament o s'hagi expedit l'ordre de pagament de la quota corresponent.

La mutualitat pot facilitar a l'associat, en el moment de la signatura de la sol·licitud i un cop abonada la quota, un document de cobertura provisional. En aquest cas, les obligacions de la mutualitat entraran en vigor a partir del dia següent a aquell en què es lliuri l'esmentat document.

La prestació s'estipula pel període de temps previst en el document d'inscripció i s'entendrà, com a mínim, per anualitats o per la part d'anualitat en curs que resti per finalitzar, bé per períodes de dotze mesos, o bé les dites anualitats naturals comptadores a partir de la data d'inici de la cobertura.

El venciment de la prestació, d'acord amb l'article 22 de la Llei del contracte d'assegurança, es prorrogarà tàcitament per períodes no superiors a un any. No obstant això, qualsevol de les parts pot oposar-se a la pròrroga mitjançant una notificació escrita adreçada a l'altra part afectada, amb una antelació no inferior a dos mesos del final del període.

La mutualitat no pot rescindir el contracte mentre l'associat estigui en curs de tractament i fins que el facultatiu responsable no determini la seva alta mèdica o hospitalària, excepte en cas de renúncia del subjecte protegit a seguir el tractament.

La cobertura de l'associat i dels que d'ell depenen finirà de forma automàtica al temps d'extinció de la relació mutual, bé per l'expiració del seu termini bé per voluntat de les parts, manifestada segons el que estableixen els paràgrafs anteriors, i quan es produeixi alguna de les causes de rescissió establertes en aquest Reglament.

Art.14. DRETS DEL SUBJECTE PROTEGIT

Al domicili de la mutualitat s'estableix un servei de suggeriments i reclamacions a disposició de tots els associats inscrits en aquest Reglament, mitjançant el qual poden consignar-se les deficiències, les anomalies o els suggeriments que puguin aportar millores quant a l'organització assistencial, amb la finalitat que tinguin coneixement immediat i veraç de qualsevol alteració que es produeixi. La mutualitat les estudiarà per, si escau, corregir-les.

Els associats, per exercir els seus drets en cas de faltes o deficiències en l'assistència prestada, han de fer-ho sempre per escrit. En cas contrari, no seran ateses les queixes o reclamacions que puguin originar-se.

Totes les divergències que sorgeixin entre els associats i els altres subjectes protegits i la mutualitat, en l'ordre assistencial sanitari, sense haver-se resolt de forma convincent per al reclamant, es poden plantejar davant la Direcció General de Recursos Sanitaris del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya.

Per a les divergències que es plantegin entre els mutualistes i la mutualitat sobre la interpretació i el compliment dels drets i obligacions de les parts, se seguiran els procediments establerts en la Llei 28/1991, de les mutualitats de previsió social i en la Llei 50/80, del contracte d'assegurança.

En qualsevol cas, podran acudir als jutjats i tribunals competents.

Art.15. OBLIGACIONS I DEURES DE L'ASSOCIAT I/O DEL SUBJECTE PROTEGIT

Els subjectes protegits tenen les obligacions següents:

- Comunicar a la mutualitat, tan aviat com sigui possible, els canvis de domicili, així com les altes i les baixes que es produeixin durant la vigència de la relació de protecció. Aquestes tindran efecte des del dia primer del mes següent a la data de la notificació.
- Comunicar a la mutualitat, durant la vigència de la pòlissa i tan aviat com sigui possible, totes aquelles circumstàncies que agreugin el risc i siguin de naturalesa tal que, si haguessin estat conegudes en el moment de la inscripció, aquesta no s'hauria efectuat o, en cas que s'hagués fet, s'hauria produït en condicions diferents. La comunicació o l'incompliment d'aquesta obligació produiran els efectes legalment previstos.

Les comunicacions han d'efectuar-se per escrit al domicili social de la mutualitat o bé a qualsevol delegació establerta.

Art.16. OBLIGACIONS DE LA MUTUALITAT

A més de prestar l'assistència contractada, la mutualitat lliurarà a l'associat el títol de soci, el present Reglament, els Estatuts de la Mutualitat, el Reglament general de les persones i altres documents que hagi subscrit i que formen part integrant del present contracte.

Així mateix, la mutualitat lliurarà a tots els inscrits en aquest reglament un carnet que acredita el dret a rebre assistència sanitària, una guia de serveis mèdics on figuraran tots els facultatius i centres d'assistència o hospitalaris als quals han d'adreçar-se els subjectes protegits per rebre la prestació dels diferents serveis d'assistència, així com totes les indicacions necessàries perquè aquestes es realitzin de la manera més eficient i tota la documentació necessària per a la utilització dels serveis contractats.

Art.17. PAGAMENT DE QUOTES

L'associat està obligat al pagament de la quota per la inscripció efectuada a favor seu i/o dels seus subjectes protegits, de conformitat amb les condicions estipulades en aquest Reglament. L'obligació de pagament neix a partir del moment d'entrada en vigor de la relació de protecció establerta a l'article 9.

El rebut podrà incloure aquells recàrrecs o impostos que siguin d'aplicació legal en cada moment.

La quota és anual, fraccionada en semestres, trimestres o mensualitats, i es pot aplicar el corresponent recàrrec per fraccionament. S'ha de satisfer dins els cinc primers dies del període que compregui.

El pagament de les quotes tindrà com a domicili el de la mutualitat, però les parts poden acordar-ne un altre, que ha de constar en el sol·licitud d'inscripció i de declaració de salut.

Les parts poden establir la domiciliació bancària de la quota. En aquest cas, l'associat ha de lliurar a la mutualitat una carta dirigida a la seva entitat financera amb l'ordre de pagament dels rebuts.

La mutualitat queda obligada únicament pel lliurament de rebuts dels seus representants o persones legalment autoritzades.

El pagament d'un rebut no pressuposa haver-ne fet efectius els anteriors.

Si la primera quota o derrama no ha estat pagada per causa atribuïble a l'associat, la mutualitat té el dret de donar de baixa de la prestació o d'exigir el pagament de la quota no pagada per via executiva sobre la base del document d'inscripció.

Si no s'estableix expressament el contrari, la mutualitat, en cas que es produeixi un sinistre i encara no hagi estat pagada la quota, queda deslliurada de les seves obligacions.

En cas de falta de pagament d'una de les quotes següents a la primera, la cobertura de la mutualitat resta suspesa un mes després del dia del seu venciment. Si la mutualitat no reclama el pagament dins els sis mesos següents al venciment de la quota, s'entendrà que el contracte queda extingit. La Mútua, quan el contracte estigui en suspens, només podrà exigir el pagament de la quota del període en curs.

Si el contracte no hagués estat resolt o extingit, conforme al que estableix el paràgraf anterior, la cobertura tornaria a tenir efecte al cap de les vint-i-quatre hores del dia en què l'associat pagués la quota.

La manca de pagament de les derrames passives o de les aportacions obligatòries és causa de baixa del soci, un cop transcorreguts seixanta dies des del requeriment per al pagament. No obstant això, la relació amb la mutualitat continua vigent fins al venciment següent del període de cobertura en curs, moment en el qual queda extingida, amb subsistència de la responsabilitat del soci pels deutes pendents.

Les quotes que han d'abonar els associats i/o els seus subjectes protegits seran les establertes en cada moment. Atès que s'estructuren per edats, en el moment en què un afiliat assoleixi, durant el període de vigència de la relació mutual, l'edat corresponent a un altre grup, la quota corresponent a aquest nou grup serà d'aplicació automàtica.

La quantia de les quotes podrà ésser elevada anualment o acumulada en diferents anys, en proporció igual o inferior a l'increment que hagi experimentat l'any o anys anteriors l'índex de preus al consum, IPC, publicat per l'Institut Nacional d'Estadística, o per qualsevol altre organisme que el substitueixi, previ informe a l'òrgan de control. El nou import de la quota produirà efectes per als associats a partir de la seva notificació, per part de la mutualitat, d'aquest nou import.

Art.18. RESCISSIÓ I INDISPUTABILITAT DEL CONTRACTE

El subjecte protegit perd el dret a la prestació garantida i queda el contracte rescindit quan:

- Hi hagi un emplenament inexacte, tant de la sol·licitud com de la declaració de salut, ometent-ne o falsejant-ne dolosament el contingut.
- El subjecte protegit no hagi comunicat circumstàncies que agreugin el risc, actuant amb mala fe.
- La prestació garantida succeeix abans del primer pagament de la prima.
- Quan el sinistre s'hagués causat per mala fe del subjecte protegit.
- Dins la pòlissa resti només un menor de 14 anys com a subjecte protegit.

L'assegurança serà indisputable quan hagin transcorregut dos anys des de la formalització del contracte, excepte que el subjecte protegit hagi actuat amb mala fe o tingués coneixement de la dada omesa o falsejada o del seu estat de salut anterior a la firma de la sol·licitud d'inscripció i declaració de salut.

Art.19. COMUNICACIÓ

Les comunicacions a la mutualitat per part de l'associat i/o del subjecte protegit amb aquest Reglament, es realitzaran al domicili social de la mutualitat que figura al títol; així mateix, en el cas que es facin a un assessor d'assegurances de la Mútua, tindran els mateixos efectes que si s'haguessin fet directament a la mutualitat, d'acord amb l'article 21 de la Llei.

Les comunicacions efectuades per un corredor d'assegurances en nom de l'associat i/o del subjecte protegit tindran els mateixos efectes que si s'haguessin fet per l'associat i/o el subjecte protegit mateix

Les comunicacions de la mutualitat a l'associat i / o subjecte protegit amb les cobertures de aquest Reglament, es faran al seu domicili especificat al títol, excepte en el cas que s'hagi modificat el canvi de domicili a la Mútua.

Són competents per al coneixement de les accions derivades de la present relació de protecció els jutges i tribunals corresponents al domicili de l'associat. Pel que fa a les relacions societàries, són competents els tribunals corresponents al domicili de la mutualitat.

Art. 20. CONTROVÈRSIES

En cas de desacord sobre l'origen o naturalesa de la malaltia o assistència prestada, així com de les despeses mèdiques considerades raonables o acostumades emparades sota la pòlissa, cada part designarà un perit mèdic i haurà de constar per escrit l'acceptació d'aquests. Si una de les parts no hagués fet la designació, estaria obligada a realitzar-la en els vuit dies següents a la data en què fos requerida per a la qual s'hagués designat el seu perit. Si no s'hagués fet en aquest últim termini s'entendria que accepta l'acord determinat pel perit i hi queda vinculat.

En el supòsit que els perits arribin a un acord, es reflectirà en una acta conjunta, en la qual es farà constar les causes del sinistre, qualsevol altra circumstància que influeixi en la determinació del reemborsament de despeses i la proposta de l'import líquid d'aquest reemborsament.

En el supòsit que no hi hagi acord entre els perits, ambdues parts designaran un tercer perit. Els honoraris d'aquest tercer perit els abonarà la part que no hi hagi estat conforme. En aquest cas, l'acord pericial s'emetrà en el termini assenyalat per les dues parts, o si no n'hi ha, en el termini de trenta dies a partir de l'acceptació del seu nomenament pel tercer perit.

L'acord dels perits, per unanimitat o per majoria, es notificarà a les parts de manera immediata i de forma indubtable, i serà vinculant per a aquestes, excepte que s'impugni judicialment per alguna de les parts en el termini de trenta dies, en el cas de l'assegurador, i de cent vuitanta en el de l'assegurat, computats ambdós des de la data de la seva notificació. Si no s'interrompessin, dins dels esmentats terminis, la corresponent acció, l'acord pericial esdevindria inatacable.

Si l'acord dels perits no fos impugnable, l'assegurador hauria d'abonar l'import de reemborsament assenyalat per l'acord pericial en un termini de cinc dies.

En el supòsit que, per demora de l'assegurador en el pagament de l'import de reemborsament esdevingut inatacable, l'assegurat es veïés obligat a reclamar-lo judicialment, la indemnització corresponent quedaria incrementada amb un interès anual igual a l'interès legal del diner vigent en el moment en què esdevingués, incrementat en el 50%. No obstant això transcorreguts dos anys des de la producció del sinistre, l'interès anual no podrà ser inferior al 20%.

Art. 21. PRESCRIPCIÓ I COMPETÈNCIA

Les accions del subjecte protegit i/o titular de la pòlissa per reclamar judicialment contra la negativa de pagar una prestació o contra la negativa de pagar un import de reemborsament prescriuran al cap de cinc anys a partir de la data que es podrien exercir.

En el cas que s'hagi de resoldre qualsevol acció derivada del títol de soci, es farà a través del jutge competent al domicili de la persona protegida i/o titular de l'assegurança.

Art. 22. PROTECCIÓ DE DADES

El subjecte protegit i/o titular de la pòlissa autoritza expressament Mutuacat, MPS perquè totes aquelles dades proporcionades que siguin necessàries per la correcta valoració i delimitació del risc, així com per la iniciació i manteniment de la relació de l'assegurança, puguin ser cedides a altres entitats per raons de coassegurança, de reassegurança, de cessió o administració de cartera, de prevenció del frau o de peritació, així com a altres organismes públics o privats relacionats amb el sector assegurador.

La confidencialitat de les dades d'origen personal facilitades està protegida per la Llei 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal.

Art. 23. MONEDA D'APLICACIÓ

La moneda utilitzada en totes les càrregues i abonaments que es facin per raó de l'assegurança, així com els imports que s'expressen en aquest contracte, és l'euro.

Art. 24. RISCOS EXCLOSOS

Com a norma general, la mutualitat no prestarà cap assistència per a aquelles malalties o per a les conseqüències dels sinistres que hagin quedat expressament exclosos de cobertura en el títol d'associat, ni per les conseqüències, de malalties i/o accidents professionals i accidents de circulació.

Queden expressament excloses les despeses o prestacions medicoquirúrgiques o hospitalàries originades per:

- **Tota classe d'ingressos i atencions en cas d'urgències.**
- **Tota classe de proves que requereixin qualsevol tipus d'ingrés (ambulatori, hospitalar i, hospital de dia, etc.)**
- **Tota classe de cirurgia major i cirurgia menor ambulatoria, ja sigui que requereixin processos quirúrgics o altres intervencions senzilles.**
- **Tota classe d'accidents produïts o malalties preexistents, contretes i manifestades abans de l'entrada en vigor del títol, encara que no s'hagin diagnosticat de forma concreta; les seqüeles produïdes per elles, així com defectes o deformacions físiques preexistents i anomalies o defectes congènits que hagi sofert el subjecte protegit amb anterioritat a la inscripció en el Reglament, llevat que hagin estat manifestades en la sol·licitud d'inscripció i/o declaració de salut i la mutualitat hagi fet constar expressament la seva cobertura en el títol d'associat.**
- **Les assistències, anàlisis, exploracions diagnòstiques, proves i hospitalitzacions prescrites per facultatius aliens al quadre mèdic de la mutualitat (excepte la cobertura de lliure elecció i/o l'assistència mèdica urgent en localitats sense centres concertats); o les ordenades per metges de la mutualitat en centres o serveis que no pertanyin al quadre mèdic de la nostra entitat.**

- Les situacions patològiques derivades de tractaments prescrits per facultatius aliens al quadre mèdic, així com tots aquells professionals sense títol acreditat.
- Les visites mèdiques, assistències, tractaments, intervencions quirúrgiques i hospitalitzacions per a l'esterilitat i/o infertilitat, amb tots dos sexes, (inseminació artificial, fecundació "in vitro", impotència) i la interrupció voluntària de l'embaràs, seqüeles i proves diagnòstiques relacionades amb aquesta interrupció.
- Les determinacions del mapa genètic que tenen com a finalitat conèixer la predisposició del subjecte protegit o de la seva descendència present o futura a patir alguna malaltia relacionada amb alteracions genètiques.
- Totes aquelles malalties o accidents produïts practicant, com a aficionat, boxa, rugby, arts marcial, toros, proves de velocitat o resistència amb vehicles de motor, esports aeris en general, aquàtics, subaquàtics, escalada, espeleologia, sal de pont, esgrima i esquí de competició, així com la pràctica d'esports realitzats professionalment o participant en qualsevol altre tipus de competició.
- Els tractaments de tipus experimental, així com tots aquells procediments diagnòstics, terapèutics i quirúrgics, la seguretat i eficàcia dels quals no siguin contrastats científicament.
- Així mateix, no resten compreses en la cobertura del present Reglament, mentre no es faci constar expressament, les possibles noves tècniques complementàries de diagnòstic o terapèutiques que vagin apareixent en el camp assistencial sanitari. En tot cas, la mutualitat procurarà incorporar-les en aquest Reglament un cop la seva utilitat i eficàcia hagi quedat plenament contrastada.
- Quedarà exclosa l'assistència sanitària i/o tractaments terapèutics, així com la rehabilitació derivada de la drogoaddicció o de toxicomanies, d'alcoholisme crònic, psicofàrmacs, estupefaents o al·lucinògens, intoxicació deguda a l'abús d'alcohol, així com totes aquelles lesions o malalties que l'afiliat s'autoinflingeixi, i les seves seqüeles. També quedaran excloses les conseqüències d'intent de suïcidi, independentment de les facultats mentals del subjecte protegit.
- Els productes farmacèutics o de qualsevol tipus fora dels centres hospitalaris o en règim ambulatori (excepte en règim de cirurgia ambulatoria, hospital de dia), així com vacunes, autovacunes i extractes en cas de naturalesa al·lèrgica i la medicació aerosolteràpia, i, en cas d'oncologia, la radioteràpia, la quimioteràpia i la cobaltoteràpia quedaran només cobertes en la medicació citostàtica, la qual haurà de ser expedida en el mercat nacional i degudament autoritzada pel Ministeri de Sanitat.

- La psicoteràpia individual o de grup, els tests psicològics, la hipnosi, les cures de la son... així com la teràpia educativa, ocupacional i diabetològica.
- Les cures d'aprimament i els tractaments dietètics, excepte si són com a conseqüència d'una malaltia coberta per aquest Reglament i sota prescripció mèdica.
- La cirurgia plàstica o reparadora i qualsevol altra actuació que tingui caràcter purament estètic o cosmètic, excepte la derivada d'accident cobert pel present Reglament i dins de les normes establertes. Hi són exclosos també els tractaments de bellesa.
- Qualsevol hospitalització mèdica amb problemes de caire familiar i/o social, processos senils, degeneratius i en tots aquells casos en els quals l'estada en el centre hospitalari fos considerada innecessària pel cap del servei de l'especialitat mèdica corresponent o pel gerent del centre assistencial.
- La participació del subjecte protegit en tota mena d'actes delictius, baralles, lluites, avalots, així com les malalties i/o accidents produïts com a conseqüència d'actuacions del subjecte protegit manifestament temeràries, excepte en els casos de salvament de béns o persones o en legítima defensa.
- Les malalties i/o accidents que es produeixin com a conseqüència de conflictes bèl·lics, civils o internacionals, amb declaració de guerra o sense; actes de terrorisme, insurreccions o avalots populars, moviments sísmics, erupcions volcàniques, inundacions, així com les conseqüències directes i indirectes de reaccions nuclears, contaminació radioactiva i, en general, tots aquells fenòmens catastròfics o extraordinaris i aquells esdeveniments qualificats com a calamitosos o catastròfics per les autoritats competents.
- Les malalties i les seves seqüeles declarades epidèmiques per l'autoritat competent, mentre no es declari igualment de manera oficial la seva extinció.
- L'assistència sanitària que estigui coberta per una assegurança d'accidents de treball, i malalties professionals; o una assegurança de subscripció obligatòria de vehicles de motor, segons les legislacions específiques.
 - En el darrer cas, si el subjecte protegit ho sol·licita i la mutualitat ho accepta, prestarà l'assistència sanitària necessària, i quedarà, en aquest cas, subrogada en tots els drets i accions del subjecte protegit per procedir contra el tercer responsable o la respectiva entitat asseguradora, i per reclamar per la via judicial per rescabalar-se de les despeses sanitàries originades. En aquest sentit, el subjecte protegit està obligat a facilitar a la mutualitat tots aquells tràmits i documents encaminats a dur a terme la subrogació.

- L'assistència mèdica i/o hospitalària prestada per persones lligades al subjecte protegit per relació conjugal o de parentiu fins al quart grau de consanguinitat o afinitat, inclusiu.
- Exàmens mèdics de caràcter preventiu, excepte els indicats a l'art. 4.4
- En odontoestomatologia, els tractaments periodontals, pròtesis, ortodòncies, endodòncies, empastaments i/o obturacions, i implants, així com les exploracions radiològiques, medicació, analítiques generades per aquests serveis, excepte el que indica l'art. 4.2
- Tractaments de logopèdia i logofoniatría, quan la seva causa sigui patologia orgànica per processos congènits, psíquics i d'educació i/o reeducació del llenguatge.
- L'adquisició, manteniment i reparació d'aparells terapèutics, així com qualsevol tipus d'ortesis i aparells externs (membres externs), així com qualsevol pròtesi i/o material d'osteosíntesi.
- Trasllats del subjecte protegit amb ambulància o qualsevol altre mitjà de transport per tal de rebre tractament mèdic i/o quirúrgic.

Art. 25. COMÚ A TOTES LES GARANTIES ANTERIORS

Una vegada deduït el percentatge de l'autoassegurança, si n'hi hagués, la indemnització màxima assegurada per esdeveniment serà la quantia fixada com a màxim en les condicions particulars per a cada garantia. Els límits establerts per a cada garantia seran els màxims d'indemnitzacions a què tingui dret l'assegurat en cada anualitat de l'assegurança.

Art. 26. INSTÀNCIES DE RECLAMACIÓ

La persona mutualista, en cas de disconformitat amb la Mutualitat, pot exposar les seves queixes o reclamacions davant del Servei d'Atenció al Client, que ha d'emetre una resolució de la queixa o reclamació plantejada en el termini màxim de dos mesos des de la seva presentació. La reclamació es pot presentar en suport paper o correu electrònic

Denegada l'admissió de queixa o reclamació, o desestimada totalment o parcialment, o transcorregut el termini de dos mesos sense resolució expressa, la persona interessada podrà

presentar una reclamació davant el Defensor de Mutualista també mitjançant suport paper o correu electrònic

La persona mutualista podrà interposar les accions que consideri derivades de l'assegurança davant els Tribunals de Primera Instància del domicili de la persona mutualista.

Art. 26. LÍMITS MÀXIMS ANUALS

El límit màxim anual per subjecte protegit de totes les garanties és de 40.000€.

GARANTIES	CARÈNCIA	IMPORT LÍMIT ANUAL
Assistència primària	No n'hi ha	40.000€
Especialitats mèdiques	No n'hi ha	
Fisioteràpia i rehabilitació	6 mesos	
Part	8 mesos	
Planificació familiar	8 mesos	
Podòleg	No n'hi ha	
Proves complementàries diagnòstiques	6 mesos (excepte analítiques bàsiques, radiografies i ecografies simples)	
Medicina preventiva	6 mesos	

TELÈFONS D'INTERÈS

SERVEIS	NÚM. DE TELÈFON
Gestió i tramitació d'autoritacions i consultes Orientació mèdica telefònica Segona opinió mèdica	938 773 333
Assistència en viatge	(34) 938 773 333

Oficines Centrals

Mossèn Serapi Farré, 39-41

08242 Manresa

Tel. 938 773 333

mutuacat
ASSEGUANCES