

Condicions generals d'assistència sanitària



“La Mútua”

MUTUALITAT NOSTRA SENYORA DEL CARME
MUTUALITAT DE PREVISIÓ SOCIAL

A l'empara d'allò que disposa l'article 50 dels Estatuts Socials i d'acord amb tot el que determinen aquestes condicions generals, la Mutualitat Nostra Senyora del Carme de Previsió Social garantirà als seus associats la cobertura de l'assistència sanitària de les especialitats o els serveis que es regulen a continuació.

1. OBJECTE DE L'ASSEGURANÇA

Article 1. Amb aquest reglament, la Mutualitat Nostra Senyora del Carme de Previsió Social cobrirà l'assistència sanitària, a conseqüència de malaltia o accident (sinistre), que, per prescripció facultativa, sigui necessari aplicar o practicar als assegurats, dins dels límits fixats en aquestes condicions generals i dels que s'estableixin en les condicions particulars i especials dels productes contractats.

Article 2. Per tal de rebre l'esmentada assistència, l'entitat podrà aplicar una franquícia per prestació sol·licitada i/o realitzada.

2. SUBJECTES DE LA RELACIÓ DE L'ASSEGURANÇA I DEFINICIONS

Article 3. La Mutualitat Nostra Senyora del Carme de Previsió Social és la persona jurídica que assumeix el risc contractual pactat (assegurador), rep les quotes i es responsabilitza de l'assegurança regulada en aquest reglament.

- A. Associat és la persona física o jurídica que, per compte propi o aliè, subscriu (signa) la pòlissa amb la Mutualitat i a la qual corresponen les obligacions que se'n desprenguin; com a tal, gaudeix dels drets i deures que descriuen els estatuts de l'entitat.
- B. Contracte d'assegurança és l'acord pel qual l'assegurador, mitjançant el cobrament d'una prima i en el cas que es produeixi l'esdeveniment el

risc del qual és l'objecte de la cobertura, s'obliga a indemnitzar o a atendre, dins els límits pactats, el dany produït a l'assegurat.

- C. Persona protegida (assegurat) és la persona física exposada al risc o a l'esdeveniment relacionat amb ella i sobre la qual s'estableix la prestació.
- D. Beneficiari és la persona que, acomplides les normes de protecció descrites i regulades en el condicionat del producte, rebrà la prestació corresponent recollida en aquest reglament.
- E. Títol d'associat, pòlissa o document d'inscripció és el document que conté les condicions reguladores de l'assegurança.
- F. Condició particular és el document que s'adjunta amb el títol d'associat i que descriu les prestacions assistencials assegurades i les seves particularitats.
- G. Edat per a la determinació de la quota que haurà de pagar l'associat. Es computarà com a edat de la persona protegida la que correspongui a l'aniversari més proper, tant per defecte com per excés.
- H. Quota és el preu de l'assegurança contractada.
- I. Carència és el període de temps comptat a partir de la data d'efecte de la relació de protecció durant el qual no entren en vigor les garanties o cobertures especificades al document d'associació o en els reglaments. Els sinistres iniciats durant el període de carència establert als reglaments corresponents no comporten el naixement d'obligacions de la Mutualitat.
- J. Reglament o condicions és el conjunt de normes que recullen els termes i pactes del contracte d'assegurança.
- K. Malaltia congènita és aquella que neix amb l'individu (existent en la naixença o des de la naixença), bé perquè és hereditària o perquè es va contreure dins l'úter matern, hagi donat o no simptomatologia.
- L. Malaltia preexistent és tota aquella que ja va ser diagnosticada, tractada, o que va ser motiu de consulta a un metge o que, sense haver-ho estat, va manifestar-se abans de la data d'efecte del naixement d'obligacions per a la Mutualitat.
- M. Franquícies són les quantitats expressament pactades que van a càrrec de l'assegurat per cadascun dels actes mèdics coberts per la pòlissa.
- N. Prestació és cadascun dels actes o serveis mèdics (visites, visites d'urgències, exploracions, proves diagnòstiques, actes terapèutics, trasllats en ambulància, sessions de rehabilitació, intervencions quirúrgiques, actes anestèsics, hospitalitzacions i qualsevol altre assimilable) destinats a donar assistència sanitària.
- O. Pòlissa és aquest document contractual, juntament amb les condicions particulars i, si n'hi ha, les condicions especials, com també les possibles clàusules, suplementos o certificats individuals d'assegurança que siguin emesos per completar-la o modificar-la.

- P. Cobertura o garantia és el compromís acceptat per l'assegurador en virtut del qual es fa càrrec, fins al límit estipulat, de les conseqüències derivades d'un sinistre. A efectes d'aquest condicionat general es defineixen sota els epígrafs de l'A a l'N.
- Q. Subgarantia és cadascun dels serveis o les especialitats compresos sota una garantia que engloba un conjunt de prestacions.
- R. Sinistres són totes les malalties o els accidents, les conseqüències dels quals estan cobertes per algunes de les garanties de la pòlissa.
- S. Urgència és la necessitat immediata de tractament mèdic o quirúrgic per tal d'evitar un dany irreparable a la salut de l'assegurat. S'entén com a tal aquella situació en la qual la demora per més de sis hores en la realització de la intervenció o el tractament posa en perill la vida de l'assegurat.
- S. Urgència vital és aquella situació aguda que requereix atenció mèdica immediata perquè hi ha compromesa la vida del pacient.
- T. Quadre facultatiu concertat és el conjunt de metges facultatius, centres de diagnòstic, centres proveïdors assistencials i establiments hospitalaris determinats per l'entitat als efectes de la cobertura de les pòlisses.

3. REQUISITS DE LA INSCRIPCIÓ I DURADA DE L'ASSEGURANÇA

Article 4. En aquesta assegurança s'admetrà la inscripció de les persones protegides que els associats hi puguin inscriure, prèvia acceptació de la Mutualitat, les quals gaudiran dels beneficis que l'assegurança atorga i hauran de complir els mateixos requisits i condicions que estableixin els Estatuts.

Article 5. Les altes cursades al llarg d'un mes seran efectives el dia 1 del mes següent, moment en què naixerà la relació de protecció.

Article 6. Aquest reglament permet tres classes d'inscripció:

- A. Individual: document d'inscripció que comprèn una persona física que simultàniament reuneix la condició de soci, persona protegida i beneficiari.
- B. Familiar: document d'inscripció que comprèn una persona física en qualitat de soci que designa com a persones protegides i beneficiaris les persones físiques vinculades amb ella per raons familiars o de convivència.
- C. Col·lectiva: document d'inscripció que comprèn una persona física o jurídica en qualitat de soci que té la facultat de designar com a persones protegides i beneficiaris les persones físiques vinculades amb ella per raons de treball o d'associació.

Article 7. La inscripció de la persona protegida es podrà sol·licitar abans que aquesta compleixi l'edat de 65 anys. En cas de defunció de l'associat, les persones inscrites per ell podran seguir assegurades, sempre que es mantinguin

al corrent en el pagament de les quotes corresponents a les inscripcions realitzades. En el supòsit d'indicació inexacta de l'edat de la persona protegida, la Mutualitat quedarà alliberada en relació amb la validesa del contracte d'assegurança.

Article 8. És obligatori, abans de ser alta a la pòlissa, omplir el qüestionari de salut que l'entitat posarà a disposició dels sol·licitants de la inscripció. L'associat o les persones protegides inscrites per ell tenen l'obligació de comunicar a la Mutualitat les 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 d'haver-se realitzat, s'hauria fet en condicions diferents. L'esmentada comunicació, o l'incompliment d'aquesta obligació, produirà els efectes legalment previstos en els estatuts de l'entitat.

Article 9. L'entitat atorgarà les cobertures descrites en les condicions particulars de les pòlisses basant-se en les declaracions realitzades de l'associat i/o les persones protegides, d'acord amb els qüestionaris que aquella li presenti, sobre l'estat de salut, professió habitual, pràctica d'esports i, en general, qualsevol altra circumstància que, en relació amb la persona protegida, permeti a l'entitat l'avaluació del risc. En el cas de menors d'edat, la declaració jurada de salut serà emplenada i signada per qui en tingui la pàtria potestat o tutela. Així mateix, l'entitat tindrà en consideració els reconeixements mèdics que hagi requerit, que constituïran part integrant d'aquesta pòlissa.

Les declaracions de l'associat i/o els assegurats hauran de ser verídiques i exactes, ja que d'això depèn la validesa del contracte.

Article 10. La durada de la pòlissa s'ajustarà a l'any natural, i aquesta s'estendrà prorrogada per anys naturals. No obstant això, qualsevol de les parts podrà oposar-se a la pròrroga mitjançant una notificació escrita adreçada a l'altra part afectada, amb un termini de dos mesos d'antelació a la conclusió del període de l'assegurança en curs.

Amb relació al paràgraf anterior, en el cas que l'associat vulgui donar de baixa una o més de les persones protegides per la pòlissa subscrita haurà de comunicar-ho personalment i signar el document de baixa que a aquest efecte es troba a l'entitat.

En cas de defunció de l'associat i per tal de procedir a la tramitació de la seva baixa, els familiars hauran de notificar l'òbit mitjançant el certificat de defunció. Si per circumstància justificada no fos possible accomplir els tràmits de baixa descrits, l'entitat determinarà els tràmits equivalents en funció de cada cas.

En qualsevol cas, la data d'efecte de la baixa serà el primer dia del mes entrant.

4. ACTUALITZACIÓ I PAGAMENT DE QUOTES I FRANQUÍCIES

Article 11. La forma i el lloc de pagament de les quotes seran els previstos al document d'inscripció, sens perjudici del que estableixen els estatuts.

Article 12. L'associat està obligat al pagament de la quota per la inscripció efectuada a favor propi o d'altri de conformitat amb el que estableixen els estatuts de l'entitat.

Article 13. L'obligació del pagament de les quotes per part de l'associat es produirà en el mateix moment en què causi l'alta la seva inscripció.

Article 14. Es podrà convenir el pagament fraccionat de les quotes mitjançant un recàrrec sobre la quota anual i segons la temporalitat del fraccionament, tal com constarà a les condicions particulars.

Article 15. La Mutualitat només queda obligada pels rebuts lliurats pels seus representants o persones legalment autoritzades.

Article 16. La Mutualitat queda alliberada de l'obligació de fer-se càrrec de la cobertura de qualsevol sinistre regulat en aquest reglament en cas que l'associat no aboni la quota corresponent.

En cas que l'associat incompleixi les seves obligacions en referència al pagament de la quota, serà d'aplicació la normativa legal vigent, disposada a la Llei 50/1980 de Contracte d'Assegurança i, en concret, els articles número catorze i quinze.

Article 17. D'acord amb allò que disposen els Estatus a aquest efecte, els associats seran baixa de "La Mútua" per falta de pagament de les quotes o derrames que s'acordin. La baixa esdevindrà efectiva 60 dies després del requeriment de pagament que faci l'entitat.

No obstant això, si la relació amb la Mutualitat no ha quedat resolta o extingida segons el que estableix l'apartat anterior, la cobertura torna a esdevenir efectiva l'endemà del dia en què el soci hagi pagat la quota.

Article 18. El preu de la pòlissa podrà ser augmentat anualment en proporció igual o inferior a l'increment que experimenti l'índex de preus al consum (IPC), publicat per l'Institut Nacional de Estadística, o bé per qualsevol altre organisme que el substitueixi, i corresponent a l'any anterior, previ informe a l'òrgan de control. L'entitat també podrà modificar anualment les quotes i/o franquícies fonamentant-se en els càlculs tecnicoactuarials realitzats i basats en les modificacions dels costos assistencials dels serveis i en les innovacions tecnològiques que sigui necessari incorporar.

5. GARANTIA

Article 19. Les cobertures que formen part d'aquestes condicions generals són les que s'emmarquen en els següents conceptes:

- A. Especialitats en consultoris
Assistència mèdica en règim ambulatori. Especialitats mèdiques reconegudes, susceptibles de ser realitzades en un consultori. Les especialitats cobreixen tota classe de visites i consultes, com també les cures i petites intervencions susceptibles de ser portades a terme a la consulta mèdica. Les visites successives, a criteri del facultatiu, podran ser objecte d'autorització per l'entitat.
- B. Exploracions complementàries
Són aquelles que necessiten els professionals de la medicina per tal d'arribar al diagnòstic i/o verificar-lo. Les proves de diagnòstic en tots els casos han de ser prescrites per un facultatiu autoritzat per l'entitat.

- C. **Serveis complementaris**
Són aquells serveis o tractaments especials que complementen l'assistència mèdica. Aquests serveis complementaris han de ser prescrits per un facultatiu autoritzat per l'entitat.
Entre d'altres i, sense que aquesta enumeració sigui limitativa esmentarem: ambulàncies per traslladar malalts en situació d'urgència des del seu domicili al centre més proper concertat, i a l'inrevés, mitjançant prescripció d'un metge autoritzat. No és objecte de cobertura el transport de l'assegurat pel que fa a la diàlisi, a la fisioteràpia i rehabilitació, cures, tractaments oncològics ambulatoris i en general cap trasllat per raons socio-sanitàries o de dificultats de mobilitat de l'assegurat diferents de les estrictament previstes com a objecte de la cobertura.
Llevadores, en l'assistència hospitalària al part i preparacions al part i al postpart mitjançant sessions teoricopràctiques destinades a una òptima preparació per al moment del part i la seva posterior recuperació, sempre que hi hagi professionals disponibles a la zona o localitat geogràfica de què es tracti.
- D. **Serveis d'urgència**
Són aquells serveis que, davant de malalties o traumatismes de caràcter greu, requereixen l'aplicació immediata i ineludible d'un tractament adequat.
- E. **Superespecialitats i tractaments quirúrgics específics**
Aquelles especialitats que, per raons de la seva complexitat o especificitat, necessiten uns professionals i unes instal·lacions especials per tal de desenvolupar la seva tasca, com per exemple cirurgia cardiovascular, toràcica... Les visites han de ser prèviament prescrites per un facultatiu autoritzat per l'entitat.
- F. **Part**
Acció de parir, expel·lir el fetus fruit de la gestació. Inclou vigilància de l'embaràs pel metge o tocòleg, l'assistència al part, el diagnòstic prenatal en els casos d'embaràs de risc elevat segons criteris mèdics científicament reconeguts, les ecografies de control i les despeses d'incubadora en cas que fos necessari, així com l'assistència pediàtrica al nadó.
- G. **Hospitalització quirúrgica**
És aquella que es produeix quan la naturalesa de la malaltia exigeix una intervenció quirúrgica en el decurs de l'ingrés hospitalari. Prèvia prescripció d'un facultatiu i autoritzat per l'entitat, excepte en casos d'urgència. Inclou hospitalització en unitat de cures o vigilància intensives. No comprèn l'assistència i l'internament hospitalaris el tractament dels quals, un cop superada la fase aguda o crítica, passa a ser de caràcter pal·liatiu, no curatiu. No comprèn internaments hospitalaris per raons de tipus social. A efectes del còmput total de dies coberts, es comptabilitzaran com a tals totes les estades produïdes sota aquesta garantia.
- H. **Reconeixements mèdics**
Exploració d'una persona aparentment sana o sense símptomes, realitzada per un metge de medicina general o de medicina familiar i comunitària, que inclou una exploració física, mesura de la tensió arterial, una otoscòpia, un electrocardiograma i una analítica de sang i d'orina amb les determinacions que, a aquest efecte, consideri adequades l'esmentat facultatiu.

- I. **Reconeixements ginecològics**
Exploració de l'aparell genital femení que inclou unes proves diagnòstiques complementàries. Consta de visita mèdica ginecològica, colposcòpia, ecografia ginecològica abdominal o vaginal, citologia vaginal i el resultat del laboratori, i exploració de mames. Inclou mamografia de control en els casos en què, a criteri del facultatiu, es consideri necessari.
- J. **Assistència en desplaçaments (viatge)**
Acte la finalitat del qual és la de donar atenció o cura a la salut del malalt en els desplaçaments. A efectes d'aquesta garantia, s'entendrà com a preexistent qualsevol patologia anterior a la realització del viatge.
- K. **Assistència domiciliària**
Acte la finalitat del qual és donar atenció o cura a la salut del malalt en el seu domicili quan estigui enllitat. Les visites mèdiques i d'infermeria a domicili és realitzaran sempre que l'estat del malalt ho requereixi, prèvia autorització per un facultatiu autoritzat, i que hi hagi facultatius disponibles a la zona o localitat geogràfica de la qual es tracti. Les visites o actes assistencials d'infermeria es faran prèvia prescripció d'un facultatiu.
- L. **Hospitalització mèdica**
És aquella que es produeix quan la naturalesa de la malaltia requereix un internament en un centre hospitalari. Prèvia prescripció d'un facultatiu i autoritzat per l'entitat, excepte en casos d'urgència. Inclou hospitalització en unitat de cures o vigilància intensives. Inclou hospitalització psiquiàtrica, únicament en casos aguts o crònics aguditzats diagnosticats per un especialista autoritzat per l'entitat. No comprèn l'assistència i l'internament hospitalaris el tractament dels quals, un cop superada la fase aguda o crítica, passa a ser de caràcter pal·liatiu, no curatiu. No comprèn internaments hospitalaris per raons de tipus social. A efectes del còmput total de dies coberts, es comptabilitzaran com a tals totes les estades produïdes sota aquesta garantia.
- M. **Planificació familiar**
Conjunt de tècniques i/o actes mèdics que tenen com a objectiu ajudar els processos d'actuació i decisió pel que fa a la descendència. Seran objecte de la cobertura exclusivament el control del tractament amb anovulatoris, la lligadura de trompes, la inseminació artificial, la vasectomia, l'amniocentesi, el consell genètic i l'espermograma pel que fa a l'estudi de la mobilitat.
- N. **Medicina alternativa**
Aquella que, no formant part de la medicina convencional, constitueix una eina més per a la praxi de la medicina.

Aquestes garanties comprenen subgaranties, definides en les condicions particulars de cada pòlissa, de les quals deriven les prestacions o els serveis objecte de la cobertura.

Article 20. Les subgaranties objecte d'aquestes cobertures són únicament i exclusivament les que es detallen en les condicions particulars de cada pòlissa.

Article 21. La Mutualitat no es fa càrrec dels honoraris dels facultatius aliens ni dels serveis assistencials realitzats fora de les seves instal·lacions, amb excepció dels que tingui concertats dins dels límits definits en les pòlisses contractades.

6. EXCLUSIONS

Article 22. No són objecte de la cobertura, excepte que s'incloguin expressament en les condicions particulars, els casos que s'enumeren a continuació:

- A. Les lesions o malalties congènites, definides com a tals en la classificació internacional de malalties (CIM), o concretes amb anterioritat a l'ingrés a la Mutualitat (les anomenades preexistències), així com les seves seqüeles, tant físiques com mentals.
- B. Les lesions o malalties produïdes o ocasionades per: epidèmies declarades oficialment, embriaguesa, alcoholisme crònic, drogoaddicció, baralles, desafiament, toxicomania, intent de suïcidi, autolesions, alteracions de l'ordre públic, actes terroristes, motí o guerra civil o estrangera i explosions nuclears o radioactives, inundacions, terratrèmols o qualsevol altre fenomen de caràcter extraordinari o catastròfic, les seves complicacions, tractaments i seqüeles.
- C. Els accidents de circulació; les lesions derivades d'accidents de treball per compte propi o aliè, i les malalties professionals.
- D. Les lesions o malalties derivades de la pràctica d'un esport en qualitat de federat i les derivades de la pràctica d'esports de risc, com, per exemple: curses de braus, espeleologia, parapent, entrenaments de rugbi, salt de pont o similars.
- E. Les pròtesis, material d'osteosíntesi i les ortesis i ortodòncies en odontologia, peces anatòmiques i ortopèdiques.
- F. Tot tipus de tractament per a la prevenció, curació o diagnòstic de l'esterilitat, infertilitat, la fecundació *in vitro*, inseminació artificial i en general qualsevol tècnica de reproducció assistida. Tampoc és objecte de cobertura la interrupció no espontània de l'embaràs en qualsevol dels supòsits legals, i les proves diagnòstiques relacionades amb aquesta interrupció.
- G. Els tractaments experimentals o no reconeguts per organismes científics com l'Agència d'Avaluació Tecnològica i Recerca Mèdica.
- H. Els medicaments, tant si són productes farmacèutics com fórmules magistrals, prescrits en règim ambulatori, l'obtenció d'autovacunes, les vacunes i el subministrament d'extractes en processos al·lèrgics.
- I. La cirurgia estètica, les cures d'aprimament, i els tractaments estètics dermatològics.

- J. Les anàlisis o altres exploracions que siguin necessàries per a l'expedició de certificacions, emissió d'informes i el lliurament de qualsevol tipus de document que no tingui una funció assistencial clara.
- K. Els accidents produïts com a passatger o tripulant de qualsevol mitjà de navegació aèria no autoritzat per al transport públic de viatgers. En qual sevol cas, només es prestarà l'assistència d'urgències.
- L. Les psicoanàlisis, hipnosis, psicoteràpia en sessions individuals o de grup, narcolèpsia ambulatoria, tests psicològics i tots els derivats de prestacions similars.
- M. Tractament de sida i les seves complicacions.
- N. Les assistències i els tractaments en centres no hospitalaris com hotels, centres de diagnòstic, asils, centres dedicats a tractaments d'aprimament, balnearis o residències.
- O. La correcció quirúrgica de la miopia, l'astigmatisme i la hipermetropia, així com l'ortoqueratologia.
- P. Les despeses per ús de telèfon, televisió o pensió alimentària de l'acompanyant en la clínica, així com altres serveis no imprescindibles per a la necessària assistència hospitalària.
- Q. Qualsevol tipus de trasplantament, inclòs com a tractament coadjuvant. Per extensió, s'entén inclòs dins d'aquesta exclusió el cost de l'òrgan, així com el de les proves, tractaments i mitjans de diagnosi, excepte trasplantament de còrnia.
- R. Les hospitalitzacions basades en problemes de tipus social o familiar, així com les que siguin substituïbles per una assistència domiciliària o ambulatoria.
- S. Els tractaments de desintoxicació per alcoholisme i drogoaddicció, les seves complicacions, tractaments i seqüeles.
- T. Tractament i diagnòstic de la impotència sexual, quan no sigui per causa orgànica.
- U. Proves o tests genètics que tinguin per finalitat conèixer la predisposició de l'assegurat o de la seva descendència a patir malalties relacionades amb el mapa genètic.

Altres exclusions expressament consignades a les condicions particulars de cada producte assegurador contractat.

No obstant això, en les lesions produïdes per embriaguesa, baralles, autolesions i intents de suïcidi i en els supòsits A i D, queda inclosa en la cobertura de l'assegurança la primera assistència, si és de caràcter urgent. Si l'esmentada assistència requereix hospitalització i, sempre dins els límits dels productes contractats, la cobertura de l'assegurança finalitzarà vint-i-quatre hores després de l'ingrés del pacient en el centre assistencial.

7. CARÈNCIES

Article 23. La cobertura o relació de protecció que l'entitat garanteix als assegurats entrarà en vigor, d'acord amb el que estableix l'article 5, el dia 1 del mes següent pel que fa a les altes cursades al llarg del mes en curs, moment a partir del qual s'inicia el període de carència.

Les carències d'aplicació a la persona protegida per tenir dret a les garanties assistencials són les que es mencionen tot seguit:

- A. Reben drets immediats les garanties A, D i N, és a dir, Especialitats en consultoris, Serveis d'urgència i Medicina alternativa.
- B. Tenen un període de carència de tres mesos, les garanties B, C, H, I, J i K, és a dir, Exploracions complementàries, Serveis complementaris, Reconeixements ginecològics, Assistència en desplaçaments i Assistència domiciliària.
- C. Tenen un període de carència de sis mesos, les garanties E, G, L i M, és a dir, Superespecialitats i tractaments quirúrgics específics, Hospitalització quirúrgica, Hospitalització mèdica.
- D. La garantia F, Part, té un període de carència de deu mesos.
- E. Té un període de carència de divuit mesos, la garantia M, és a dir, Planificació familiar.

Article 24. No estan subjectes a cap carència els supòsits d'urgència vital, siguin o no d'aparició sobtada.

8. TRAMITACIÓ DE SINISTRES

Article 25. L'assegurat i els beneficiaris estan obligats a comunicar l'esdeveniment del sinistre a l'entitat en el termini màxim de set dies després d'haver ocorregut i a utilitzar tots els mitjans al seu abast per minorar les seves conseqüències. L'incompliment d'aquests deures podrà alliberar l'entitat dels seus compromisos contractuals.

Rebut l'avis del sinistre, l'entitat podrà disposar que els seus metges o empleats visitin l'assegurat tants cops com ho estimi oportú.

9. AUTORITZACIÓ A L'ACCÉS D'INFORMACIÓ MÈDICA

Article 26. La persona protegida presta la seva expressa autorització a la Mutualitat perquè, en els casos en què hagi de ser atesa en un altre centre aliè, la Mutualitat pugui reclamar i obtenir d'aquell centre el seu historial clínic, i a l'inrevés, facilitar-li les dades que siguin necessàries, amb l'objectiu de tenir els antecedents per a un correcte seguiment, si es produeix una futura atenció mèdica a la Mutualitat o en aquell centre.

Article 27. La Mutualitat podrà sol·licitar a la persona protegida, sense perjudici d'allò que s'ha descrit anteriorment, la signatura de l'autorització en els casos en què sigui necessari.

Article 28. La Mutualitat es compromet a tractar totes les dades de caràcter personal sota la seva responsabilitat d'acord amb la legislació actualment vigent en matèria de protecció de dades de caràcter personal, prenent les mesures de seguretat que en garanteixen la confidencialitat. A aquests efectes, s'adoptaran les mesures necessàries per tal d'evitar-ne l'alteració, la pèrdua o el tractament o l'accés no autoritzats.

10. ALTRES OBLIGACIONS DE LA MUTUALITAT

Article 29. La Mutualitat Nostra Senyora del Carme de Previsió Social lliurarà a l'associat una còpia d'aquestes condicions generals i de les condicions particulars. La Mutualitat també lliurarà a l'associat el document d'inscripció de les persones protegides.

Article 30. La Mutualitat Nostra Senyora del Carme de Previsió Social lliurarà a cada associat un títol de soci o document on es justifiqui el dret d'assistència i els beneficiaris reconeguts oficialment.

Article 31. La Mutualitat Nostra Senyora del Carme de Previsió Social indicarà a l'associat els facultatius als quals haurà de dirigir-se, els locals on els esmentats facultatius presten els seus serveis i tots aquells detalls que es considerin necessaris per a una millor prestació de l'assistència sanitària assegurada.

11. SERVEI D'ATENCIÓ AL MUTUALISTA

Article 32. D'acord amb la normativa legal d'aplicació, la Mutualitat disposa d'un servei d'atenció al mutualista, que rep i resol les queixes o reclamacions presentades pels mutualistes i que fan referència a l'activitat asseguradora.

Si el servei d'atenció al mutualista desestima la queixa del reclamant o aquest no queda conforme amb la resolució, pot recórrer al defensor del mutualista, la decisió del qual és vinculant per a "La Mútua". Això no obstant, quan el defensor del mutualista tingui coneixement de la tramitació simultània d'una queixa o reclamació i d'un procediment administratiu, arbitral o judicial sobre la mateixa matèria, s'abstindrà de tramitar la queixa o reclamació.

12. JURISDICCIO COMPETENT

Article 33. Per a resoldre els conflictes que puguin sorgir entre la Mutualitat i l'associat, per raó o per causa de la interpretació o l'acompliment d'aquest reglament, la jurisdicció competent serà determinada en la disposició final dels Estatuts, de conformitat amb la normativa legal d'aplicació.

13. PÈRDUA I INDISPUTABILITAT DE DRETS

Article 34. Les relacions contractuals entre la Mutualitat i l'associat prenedor de l'assegurança es regeixen per allò que disposa la Llei 50/1980, de 8 d'octubre, de contracte d'assegurança (Butlletí Oficial de l'Estat de 17 d'octubre), per la Llei 30/1995 d'Ordenació i Supervisió de les assegurances privades, per les

normes de les disposicions reglamentàries que li siguin aplicables, i per aquest reglament.

Article 35. De conformitat amb això, l'associat perd el dret a la prestació garantida:

- A. En cas de reserva o inexactitud en formalitzar el qüestionari, si va existir dol o culpa greu (article 10 de la Llei de contracte).
- B. En cas d'agreujament del risc, si els associats no ho comuniquen a la Mutualitat i han actuat amb mala fe (article 13 de la Llei de contracte).
- C. Si el fet garantit sobrevé abans que s'hagi pagat la primera quota, llevat que hi hagi pacte en contra (article 15 de la Llei de contracte).
- D. Quan el sinistre hagi estat causat per mala fe de l'associat (article 17 de la Llei de contracte).

Article 36. Si no s'hagués practicat reconeixement mèdic i/o no s'hagués reconegut la plenitud de drets, el Reglament serà indisputable transcorreguts dos anys des de la conclusió del contracte, llevat que l'associat hagi actuat amb dol.

14. COMUNICACIONS

Article 37. Les comunicacions a la Mutualitat per part dels associats es realitzaran al domicili social de la Mutualitat, personalment o bé per escrit.

Les comunicacions de la Mutualitat als associats es realitzaran al domicili d'aquests últims, tal com queda recollit en la sol·licitud d'inscripció, llevat que haguessin notificat a la Mutualitat el canvi del seu domicili.

Condiciones generales de asistencia sanitaria



“La Mútua”

MUTUALIDAD NUESTRA SEÑORA DEL CARME
MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL

Al amparo de lo que dispone el artículo 50 de los Estatutos Sociales y de acuerdo con todo lo que determinan estas condiciones generales, la Mutualidad Nuestra Señora del Carmen de Previsión Social garantizará a sus asociados la cobertura de la asistencia sanitaria de las especialidades que se regulan a continuación.

1. OBJETO DEL SEGURO

Artículo 1. Por el presente Reglamento la Mutualidad Nuestra Señora del Carmen de Previsión Social cubrirá la asistencia sanitaria a consecuencia de enfermedad o accidente (siniestro) que, por prescripción facultativa, sea necesario aplicar o practicar a los asegurados, dentro de los límites fijados en este Reglamento y de los que se establezcan en las condiciones particulares y especiales de los productos contratados.

Artículo 2. Para recibir dicha asistencia, la entidad podrá aplicar una franquicia por prestación solicitada y/o realizada.

2. SUJETOS DE LA RELACIÓN DE LA PRESTACIÓN Y DEFINICIONES

Artículo 3. La Mutualidad Nuestra Señora del Carmen de Previsión Social es la persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado (asegurador), recibe las cuotas y se responsabiliza del seguro regulado en este Reglamento.

- A. Asociado es la persona física o jurídica que suscribe (firma) la póliza, por cuenta propia o ajena, con la Mutualidad y a la que corresponden las obligaciones que de ella se desprendan como tal, y disfruta de los derechos y deberes que describen los Estatutos de la Entidad.
- B. Contrato de seguro es el acuerdo por el cual el asegurador se obliga, por medio del cobro de una prima y para el caso en que se produzca

una situación cuyo riesgo es el objeto de la cobertura, a indemnizar o atender, dentro de los límites pactados, el daño producido al asegurado.

- C. Persona protegida (asegurado) es la persona física expuesta al riesgo o al acontecimiento relacionado con ella y sobre la cual se establece la prestación.
- D. Beneficiario es la persona que, cumplida las normas de protección descritas y reguladas en los condicionados del producto, recibirá la prestación correspondiente recogida en este Reglamento.
- E. Título de asociado, póliza o documento de inscripción es el documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro.
- F. Condición particular es el documento que se adjunta al título de asociado y que describe las prestaciones asistenciales aseguradas y sus particularidades.
- G. Edad para la determinación de la cuota a pagar por parte del asociado. Se computará como edad de la persona protegida la que corresponda al aniversario más cercano, tanto por defecto como por exceso.
- H. Cuota es el precio del seguro contratado.
- I. Carencia es el período de tiempo contado a partir de la fecha del efecto de la relación de protección durante el cual no entran en vigor las garantías o coberturas especificadas en el documento de asociación o en los reglamentos. Los siniestros iniciados durante el período de carencia establecido en los reglamentos correspondientes no comportan el nacimiento de obligaciones para la Mutualidad.
- J. Reglamento o condiciones es el conjunto de normas o condiciones que recogen los términos y pactos del contrato de seguro o prestación.
- K. Enfermedad congénita es aquella que nace con el individuo (existe en el nacimiento o desde el nacimiento) bien por ser hereditaria o bien por haberse contraído dentro del útero materno, haya producido o no sintomatología.
- L. Enfermedad preexistente es toda aquella que ya fue diagnosticada, tratada, o que fue motivo de consulta por un médico o que, sin haberlo sido, se manifestó antes de la fecha de efecto del nacimiento de obligaciones para la Mutualidad.
- M. Franquicias son las cantidades expresamente pactadas que corren a cargo del asegurado para cada uno de los actos médicos cubiertos por la póliza.
- N. Prestación es cada uno de los actos o servicios médicos (visitas, visitas a urgencias, exploraciones, pruebas diagnósticas, actos terapéuticos, traslados en ambulancia, sesiones de rehabilitación, intervenciones quirúrgicas, actos anestésicos, hospitalizaciones y cualquier otro asimilable) destinados a dar asistencia sanitaria.

- O. Póliza es el presente documento contractual, incluyendo las condiciones particulares y, si existieran, las condiciones especiales, así como sus posibles cláusulas, suplementos o certificados individuales del seguro que sean emitidos para completarla o modificarla.
- P. Cobertura o garantía es el compromiso aceptado por el asegurador en virtud del cual se hace cargo hasta el límite estipulado de las consecuencias derivadas de un siniestro. A efectos de este condicionado general se definen bajo los epígrafes de la A a la N.
- Q. Subgarantía es cada uno de los servicios o especialidades comprometidos bajo una garantía que engloba un conjunto de prestaciones.
- R. Siniestro es cualquiera de las enfermedades o accidentes cuyas consecuencias están cubiertas por alguna de las garantías de la póliza.
- S. Urgencia es la necesidad inmediata de tratamiento médico o quirúrgico para evitar un daño irreparable a la salud del asegurado. Se entiende como tal aquella situación en la que la demora de más de seis horas en la realización de la intervención o tratamiento ponga en peligro la vida del asegurado.
- T. Urgencia vital es la situación aguda que requiere atención médica inmediata por estar comprometida la vida del paciente.
- U. Cuadro facultativo concertado es el conjunto de médicos facultativos, centros de diagnóstico, centros proveedores asistenciales y establecimientos hospitalarios, determinados por la entidad a efectos de la cobertura de las pólizas.

3. REQUISITOS DE LA INSCRIPCIÓN Y DURACIÓN DEL SEGURO

Artículo 4. En este seguro se admitirá la inscripción de las personas protegidas que los asociados puedan inscribir, previa aceptación por parte de la Mutualidad; dichas personas disfrutarán de los beneficios que la prestación otorga y deberán cumplir los mismos requisitos y condicionantes que establecen los Estatutos.

Artículo 5. Las altas cursadas a lo largo de un mes serán efectivas el día 1 del mes siguiente, momento en que nacerá la relación de protección.

Artículo 6. El presente Reglamento permite tres clases de inscripción:

- A. Individual: documento de inscripción que comprende a una persona física que simultáneamente reúne la condición de socio, persona protegida y beneficiaria.
- B. Familiar: documento de inscripción que comprende una persona física en calidad de socio, que designa como personas protegidas y beneficiarias a aquellas personas físicas con ella vinculadas por razones familiares o de convivencia.

- C. Colectiva: documento de inscripción que comprende una persona física o jurídica en calidad de socio que tiene la facultad de designar como personas protegidas y beneficiarias a aquellas personas físicas con ella vinculadas por razones de trabajo o de asociación.

Artículo 7. La inscripción de la persona protegida se podrá solicitar antes de que ésta cumpla la edad de 65 años. En caso de defunción del asociado, las personas por ella inscritas podrán seguir aseguradas, siempre que se mantengan al corriente en el pago de las cuotas correspondientes a las inscripciones realizadas.

En el supuesto de indicación inexacta de la edad de la persona protegida, la Mutualidad quedará liberada en relación a la validez del contrato de seguro.

Artículo 8. Es obligatorio antes de ser alta en la póliza rellenar el cuestionario de salud que la entidad pondrá a disposición de los solicitantes de la inscripción. El asociado o las personas protegidas por él inscritas tienen la obligación de comunicar a la Mutualidad las circunstancias que agraven el riesgo y sean de naturaleza tales que, si hubiesen sido conocidas en el momento de la inscripción, ésta no se habría efectuado o, en caso de haberse realizado, se habría hecho en condiciones diferentes.

La referida comunicación o el incumplimiento de esta obligación producirán los efectos legalmente previstos en los Estatutos de la entidad.

Artículo 9. La entidad otorgará las coberturas descritas en las condiciones particulares de las pólizas basándose en las declaraciones realizadas por el asociado y/o las personas protegidas, de acuerdo con los cuestionarios que éste le presente sobre su estado de salud, profesión habitual, práctica de deportes y en general, cualquier otra circunstancia que, en relación a la persona protegida, permita a la entidad la evaluación del riesgo. En el caso de los menores de edad, serán quienes ostenten la patria potestad o la tutela los que deberán rellenar la declaración jurada de salud. La entidad tendrá en consideración los reconocimientos médicos requeridos, que constituirán parte integrante de esta póliza.

Las declaraciones del asociado y/o asegurados deberán ser verídicas y exactas, ya que de este factor depende la validez del contrato.

Artículo 10. La duración de la póliza se ajustará al año natural y ésta se entenderá prorrogada por años naturales. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante una notificación escrita dirigida a la otra parte afectada en un plazo de dos meses de antelación a la conclusión del período del seguro en curso.

En relación al párrafo anterior, en el caso de que el asociado quiera dar de baja a una o más personas protegidas por la póliza suscrita deberá comunicarlo personalmente y firmar el documento de baja, que a tal efecto se encuentra en la entidad.

En caso de defunción del asociado y para proceder a la tramitación de la baja, los familiares deberán notificar el deceso por medio del certificado de defunción. Si por circunstancia justificada no fuese posible cumplir los trámites de baja descritos, la entidad determinará los trámites equivalentes en función de cada caso. En todos los casos, la fecha a partir de la cual se realizará la baja se corresponde con el primer día del mes siguiente.

4. ACTUALIZACIÓN, PAGO DE CUOTAS Y FRANQUICIAS

Artículo 11. La forma y el lugar de pago de las cuotas serán los previstos en el documento de inscripción, sin perjuicio de lo establecido en los Estatutos.

Artículo 12. El asociado está obligado al pago de la cuota por la inscripción efectuada a favor propio o de otro, de conformidad con lo establecido en los Estatutos de la entidad.

Artículo 13. La obligación del pago de las cuotas por parte del asociado nacerá en el mismo momento en que cause alta su inscripción.

Artículo 14. Se podrá convenir el pago fraccionado de las cuotas por medio de un recargo sobre la cuota anual y según la temporalidad del fraccionamiento, tal como constará en las condiciones particulares.

Artículo 15. La Mutualidad sólo queda obligada por los recibos librados por sus representantes o personas legalmente autorizadas.

Artículo 16. La Mutualidad queda liberada de la obligación de hacerse cargo de la cobertura de cualquier siniestro regulado en este reglamento en caso de que el asociado no abone la cuota correspondiente.

En caso de que el asociado incumpla sus obligaciones en referencia al pago de la cuota, será de aplicación la normativa legal vigente, según dispone la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, en sus artículos número catorce i quince.

Artículo 17. De acuerdo con lo que disponen los Estatutos a tal efecto, los asociados serán baja de "La Mutua" por falta de pago de las cuotas o derramas que se acuerden. La baja se hará efectiva a partir de los 60 días siguientes al requerimiento del pago por parte de la entidad.

No obstante, si la relación con la Mutualidad no ha quedado resuelta o extinguida según lo que establece el apartado anterior, la cobertura volverá a ser efectiva al día siguiente del pago de la cuota por parte del asociado.

Artículo 18. El precio de la póliza se podrá aumentar anualmente, previo informe al órgano de control, en proporción igual o inferior al incremento que experimente el índice de precios al consumo (IPC), publicado por el Instituto Nacional de Estadística o bien por cualquier otro organismo que lo sustituya, correspondiente al año anterior. La entidad también podrá modificar anualmente las cuotas y/o franquicias, en función de los cálculos técnico actuariales realizados y basados en las modificaciones de los costes asistenciales de los servicios, y en las innovaciones tecnológicas que sea necesario incorporar.

5. GARANTIA

Artículo 19. Las coberturas que forman parte de estas condiciones generales son las que se enmarcan en los siguientes conceptos:

- A. Especialidades en consultorios
Asistencia medica en régimen ambulatorio. Especialidades médicas reconocidas, susceptibles de ser realizadas en un consultorio. Las

especialidades cubren toda clase de visitas y consultas, y también las curas y pequeñas intervenciones susceptibles de poder realizarse en la consulta médica.

Las visitas sucesivas, según el criterio facultativo, podrán ser objeto de autorización por parte de la entidad.

- B. **Exploraciones complementarias**
Son aquellas que necesitan los profesionales de la medicina para llegar a efectuar un diagnóstico y/o verificarlo. Las pruebas de diagnóstico en todos los casos deben ser prescritas por un facultativo autorizado por la entidad.
- C. **Servicios complementarios**
Son aquellos servicios o tratamientos especiales que complementen la asistencia médica. Estos servicios complementarios deben ser prescritos por un facultativo autorizado por la entidad.
Se incluyen, entre otros, y sin que la enumeración implique limitación, los siguientes servicios complementarios:
Ambulancias, para traslado de enfermos en situación de urgencia al centro concertado más cercano, desde el domicilio del asegurado hasta el centro y al revés, siempre bajo prescripción de un facultativo autorizado. No es objeto de cobertura el transporte del asegurado en casos de diálisis, fisioterapia y rehabilitación, ni curas, tratamientos oncológicos ambulatorios, ni en general ningún traslado por razones sociosanitarias o de dificultad de la movilidad del asegurado, siempre que sean distintas de las estrictamente contempladas como objeto de la cobertura.
Comadronas en la asistencia hospitalaria al parto y preparaciones del parto y el postparto, por medio de sesiones teorico-prácticas destinadas a la óptima preparación para el momento del parto y su posterior recuperación, siempre que exista disponibilidad en la zona o localidad geográfica de que se trate.
- D. **Servicios de urgencia**
Son aquellos servicios que, frente a la enfermedad o el traumatismo de carácter grave, requieren la aplicación inmediata e ineludible de un tratamiento adecuado.
- E. **Superespecialidades y tratamientos quirúrgicos específicos**
Aquellas especialidades que por razones de su complejidad o especificidad necesitan de unos profesionales y de unas instalaciones especiales para poder desarrollar su tarea, como por ejemplo cirugía cardiovascular, torácica... Las visitas deberán ser previamente prescritas por un facultativo autorizado por la entidad.
- F. **Parto**
Acción de parir, expulsar el feto fruto de la gestación. Incluye la vigilancia del embarazo por el médico o el tocólogo, la asistencia al parto, el diagnóstico prenatal en los casos de embarazo de riesgo elevado según los criterios médicos científicamente reconocidos, las ecografías de control y los gastos de incubadora, en caso necesario. Así mismo, incluye la asistencia pediátrica al neonato.
- G. **Hospitalización quirúrgica**
Es aquella que se produce cuando la naturaleza de la enfermedad exige

una intervención quirúrgica en el curso del ingreso hospitalario. Previa prescripción de un facultativo autorizado por la entidad, excepto en caso de urgencia, incluye la hospitalización en la unidad de curas o vigilancia intensivas. No comprende la asistencia y el internamiento hospitalarios que, una vez superada la fase aguda o crítica, pasan a ser de carácter paliativo, no curativo. No incluye internamientos hospitalarios por razones de tipo social. A efectos del cómputo total de días cubiertos se contabilizarán como tales todas las estancias producidas bajo esta garantía.

H. Reconocimientos médicos

Exploración de una persona aparentemente sana o sin síntomas realizada por un médico de medicina general o de medicina familiar y comunitaria, que incluya una exploración física, el control de la presión arterial, una otoscopia, un electrocardiograma y una analítica de sangre y de orina con las determinaciones que, a este efecto, considere adecuadas el facultativo autorizado.

I. Reconocimientos ginecológicos

Exploración del aparato genital femenino que incluye unas pruebas diagnósticas complementarias. Consta de visita médica ginecológica, colposcopia, ecografía ginecológica abdominal o vaginal, citología vaginal y el resultado del laboratorio y la exploración de las mamas. Incluye mamografía de control en los casos en que el facultativo lo considere necesario.

J. Asistencia en desplazamientos (viaje)

Servicio a través del cual la Mutuality presta atención o cuidado a la salud del enfermo en los desplazamientos. A efectos de esta garantía se entenderá como preexistente cualquier patología anterior a la realización del viaje.

K. Asistencia domiciliaria

Servicio a través del cual la Mutuality presta atención o cuidado a la salud del enfermo en su domicilio cuando el enfermo se encuentre en cama. Las visitas médicas y de enfermería a domicilio se realizarán siempre que el estado del enfermo lo requiera, previa autorización del facultativo autorizado y siempre y cuando se disponga de facultativos en la zona o la localidad geográfica en que se encuentre. Las visitas o actos asistenciales de enfermería se realizarán previa prescripción del facultativo.

L. Hospitalización médica

Es aquella que se produce cuando la naturaleza de la enfermedad requiere el ingreso en un centro hospitalario. Previa prescripción de un facultativo autorizado por la entidad, exceptuando los casos de urgencia, incluye la hospitalización en la unidad de curas o vigilancia intensivas. Incluye hospitalización psiquiátrica, únicamente en los casos agudos o crónicos agudizados diagnosticados por un especialista autorizado por la entidad. No incluye la asistencia ni el internamiento hospitalario, el tratamiento de los cuales, una vez superada la fase crítica, pasa a ser de carácter paliativo, no curativo. No incluye internamiento hospitalario por razones de tipo social. A efectos del cómputo total de días cubiertos se contabilizarán como tales todas las estancias producidas bajo esta garantía.

- M. **Planificación familiar**
Conjunto de técnicas y/o actos médicos que tienen como objetivo ayudar en los procesos de actuación y decisión con respecto a la descendencia. Serán objeto de la cobertura exclusivamente el control del tratamiento con anovulatorios, la ligadura de trompas, la inseminación artificial, la vasectomía, la amniocentesis, el consejo genético y el espermiograma en lo que se refiere al estudio de la movilidad.
- N. **Medicina alternativa**
Aquella que, no formando parte de la medicina convencional, supone una herramienta más para la praxis de la medicina. Estas garantías comprenden subgarantías, definidas en las condiciones particulares de cada póliza, de las cuales se derivan las prestaciones o servicios objeto de la cobertura.

Artículo 20. Las subgarantías objeto de estas coberturas son única y exclusivamente las detalladas en las condiciones particulares de cada póliza.

Artículo 21. La Mutualidad no se hace cargo de los honorarios de los facultativos ajenos ni de los servicios asistenciales realizados fuera de sus propias instalaciones, con excepción de los que tenga concertados dentro de los límites definidos en las pólizas contratadas.

6. EXCLUSIONES

Artículo 22. No son objeto de la cobertura, excepto que se incluyan expresamente en las condiciones particulares, las que se relacionan a continuación:

- A. Las lesiones o enfermedades congénitas definidas como tales en la clasificación internacional de enfermedades (CIM) o contraídas con anterioridad al ingreso en la Mutualidad (las llamadas preexistentes), así como sus secuelas, tanto físicas como mentales.
- B. Las lesiones o enfermedades producidas u ocasionadas por epidemias declaradas oficialmente, la embriaguez, alcoholismo crónico, drogadicción, peleas, toxicomanía, intento de suicidio, autolesiones, alteraciones del orden público, actos terroristas, motín, guerra civil o extranjera, explosiones nucleares o radioactivas, inundaciones, terremotos o cualquier otro fenómeno de carácter extraordinario o catastrófico, y sus complicaciones, tratamientos y secuelas.
- C. Los accidentes de circulación, las lesiones derivadas de accidentes de trabajo por cuenta propia o ajena y las enfermedades profesionales.
- D. Las lesiones o enfermedades derivadas de la práctica de algún deporte en calidad de federado y las derivadas de la práctica de deportes de riesgo, como por ejemplo: corridas de toros, espeleología, parapente, entrenamientos de rugby, saltos desde puentes o similares.
- E. Las prótesis materiales de osteosíntesis y las ortesis y ortodoncias en odontología, piezas anatómicas y ortopédicas.

- F. Todo tipo de tratamientos para la prevención, curación o diagnóstico de la esterilidad, infertilidad, la fecundación *in vitro*, inseminación artificial y en general cualquier técnica de reproducción asistida. Tampoco es objeto de la cobertura la interrupción no espontánea del embarazo en cualquiera de los supuestos legales ni las pruebas diagnósticas relacionadas con esta interrupción.
- G. Los tratamientos experimentales o no reconocidos por organismos científicos como la Agencia de Evaluación Tecnológica e Investigación Médica.
- H. Los medicamentos, tanto productos farmacéuticos como fórmulas magistrales, prescritos en régimen ambulatorio, la obtención de vacunas y el suministro de extractos en procesos alérgicos.
- I. La cirugía estética, curas de adelgazamiento y tratamientos estéticos dermatológicos.
- J. Análisis u otras exploraciones que se precisen para la expedición de certificaciones, emisión de informes y el libramiento de cualquier tipo de documento que no tenga una clara función asistencial.
- K. Los accidentes producidos como pasajero o tripulante de cualquier medio de navegación aérea no autorizado para el transporte público de viajeros. En cualquier caso, solo se prestará la asistencia de urgencias.
- L. Los psicoanálisis, hipnosis, psicoterapia en sesiones individuales o de grupo, narcolepsia ambulatoria, tests psicológicos y todos los derivados de similares prestaciones.
- M. Tratamiento del sida y sus complicaciones.
- N. Las asistencias y tratamientos en centros no hospitalarios, tales como: hoteles, centros de diagnóstico, asilos, centros dedicados a tratamientos de adelgazamiento, balnearios o residencias.
- O. La corrección quirúrgica de la miopía, astigmatismo e hipermetropía, así como la ortoqueratología.
- P. Los gastos por uso de teléfono, televisión o pensión alimenticia del acompañante en clínica, así como los de otros servicios no imprescindibles para la necesaria asistencia hospitalaria.
- Q. Cualquier tipo de trasplante incluido como tratamiento coadyuvante. Por extensión, se entiende incluido dentro de esta exclusión el coste del órgano, así como el de las pruebas, tratamientos y medios de diagnosis del mismo, excepto trasplante de córnea.
- R. Las hospitalizaciones basadas en problemas de tipo social o familiar, así como las que sean sustituibles por una asistencia domiciliaria o ambulatoria.
- S. Los tratamientos de desintoxicación por alcoholismo y drogadicción, sus complicaciones, tratamientos y secuelas.

- T. El tratamiento y diagnóstico de la impotencia sexual, cuando no sea producida por causa orgánica.
- U. Pruebas o tests genéticos que tengan como finalidad conocer la predisposición del asegurado o de su descendencia a sufrir enfermedades relacionadas con el mapa genético.
Otras exclusiones expresamente consignadas en las condiciones particulares de cada producto asegurador contratado.
No obstante, en las lesiones producidas por embriaguez, peleas, autolesiones e intentos de suicidio, y en los supuestos A y D, queda incluida la cobertura del seguro de la primera asistencia, si es de carácter urgente. Si dicha asistencia requiere hospitalización y siempre dentro de los límites de los productos contratados, la cobertura del seguro finalizará veinticuatro horas después del ingreso del paciente en el centro asistencial.

7. CARENCIAS

Artículo 23. La cobertura o relación de protección que la entidad garantiza a sus asegurados entrará en vigor de acuerdo con lo que se establece en el artículo 5, el día 1 del mes siguiente, en las altas que se realicen a lo largo del mes en curso, momento a partir del que se inicia el período de carencia.

Las carencias de aplicación a la persona protegida para tener derecho a las garantías asistenciales son las que se relacionan a continuación:

- A. Tienen derechos inmediatos las garantías A, D y N, es decir, Especialidades en consultorios, Servicios de urgencia y Medicina alternativa, respectivamente.
- B. Tienen un periodo de carencia de tres meses, las garantías B, C, H, I, J y K, es decir, Exploraciones complementarias, Servicios complementarios, Reconocimientos médicos, Reconocimientos ginecológicos, Asistencia en desplazamientos y Asistencia domiciliaria.
- C. Tienen un periodo de carencia de seis meses las garantías E, G, L y M, es decir, Superespecialidades y tratamientos quirúrgicos específicos, Hospitalización quirúrgica y Hospitalización médica.
- D. La garantía F, Parto, tiene un período de carencia de diez meses.
- E. La garantía M, Planificación familiar, tiene un período de carencia de dieciocho meses.

Artículo 24. No están sujetos a ninguna carencia los supuestos de urgencia vital, sean o no de aparición inesperada.

8. TRAMITACIÓN DE SINIESTROS

Artículo 25. El asegurado y sus beneficiarios están obligados a comunicar el siniestro a la entidad en un período máximo de siete días después de haber ocurrido, y a utilizar todos los medios a su alcance para disminuir sus consecuencias.

El incumplimiento de esta obligación podrá liberar a la entidad de sus compromisos contractuales.

Una vez recibido el aviso de siniestro, la entidad podrá efectuar reconocimientos al asegurado tantas veces como estime oportuno el equipo médico o empleados.

9. AUTORIZACIÓN DE ACCESO A LA INFORMACIÓN MÉDICA

Artículo 26. La persona protegida presta su expresa autorización a la Mutualidad para que, en los casos que tenga que ser atendida en algún otro centro ajeno, pueda la Mutualidad reclamar y obtener de aquel centro su historial clínico y, al contrario, facilitarle cuantos datos sean precisos, con el objetivo de tener los antecedentes para un correcto seguimiento en orden a una futura atención médica en la Mutualidad o en aquel centro.

Artículo 27. La Mutualidad podrá solicitar a la persona protegida, sin perjuicio de lo anteriormente descrito, la firma de dicha autorización en los casos en que fuese necesario.

Artículo 28. La Mutualidad se compromete a tratar todos los datos de carácter personal bajo su responsabilidad de acuerdo con lo que establece la legislación vigente en materia de protección de datos personales, tomando las medidas de seguridad oportunas para garantizar su confidencialidad. A tales efectos se adoptaran las medidas necesarias para evitar la alteración, la pérdida, el tratamiento o el acceso no autorizado a estos datos.

10. OTRAS OBLIGACIONES DE LA MUTUALIDAD

Artículo 29. La Mutualidad Nuestra Señora del Carmen de Previsión Social librará al asociado una copia de estas condiciones generales y de las condiciones particulares. La Mutualidad también librará al asociado el documento de inscripción de las personas protegidas.

Artículo 30. La Mutualidad Nuestra Señora del Carmen de Previsión Social librará a cada asociado un título de socio o documento donde se justifique el derecho de asistencia y los beneficios reconocidos oficialmente.

Artículo 31. La Mutualidad Nuestra Señora del Carmen de Previsión Social indicará a los asociados los facultativos a los que deberán dirigirse, los locales donde dichos facultativos presten sus servicios y todos aquellos detalles que se consideren necesarios para la mejor percepción de la asistencia sanitaria asegurada.

11. SERVICIO DE ATENCIÓN AL MUTUALISTA

Artículo 32. De acuerdo con la normativa legal de aplicación, la Mutualidad dispone de un servicio de atención al mutualista que recibe y resuelve las quejas o reclamaciones presentadas por los mutualistas cuando hacen referencia a la actividad aseguradora.

Si el servicio de atención al mutualista desestima la queja del reclamante o éste no está de acuerdo con la resolución, puede recorrer al defensor del mutualista,

cuya decisión es vinculante para "La Mútua". No obstante, cuando el defensor del mutualista tenga conocimiento de la tramitación simultánea de una queja o reclamación y de un procedimiento administrativo, arbitral o judicial sobre la misma materia, se abstendrá de tramitar queja o reclamación.

12. JURISDICCIÓN COMPETENTE

Artículo 33. Para resolver los conflictos que puedan surgir entre la Mutualidad y el asociado inscrito en esta prestación, por razón o por causa de la interpretación o cumplimiento del presente Reglamento, la jurisdicción competente será determinada en la disposición final de los Estatutos, de conformidad con la normativa legal de aplicación.

13. PÉRDIDA E INDISPUTABILIDAD DE DERECHOS

Artículo 34. Las relaciones contractuales entre la Mutualidad y el asociado tomador del seguro se rigen por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de contrato de seguro (Boletín Oficial del Estado de 17 de Octubre), por la Ley 30/1995 de Ordenación y Supervisión de los seguros privados, por las normas de las disposiciones reglamentarias que le sean aplicables, y por este Reglamento.

Artículo 35. De conformidad con todo lo anterior, el asociado pierde el derecho a la prestación garantizada:

- A. En caso de reserva o inexactitud al formalizar el cuestionario, si existió dolo o culpa grave (artículo 10 de la Ley de contrato).
- B. En caso de agravamiento del riesgo, si los asociados no lo comunican a la Mutualidad y han actuado con mala fe (artículo 12 de la Ley del contrato).
- C. Si el hecho garantizado sobreviene antes de que se haya pagado la primera cuota, salvo pacto en contra (artículo 15 de la Ley de contrato).
- D. Cuando el siniestro haya sido causado por mala fe del asociado (artículo 17 de la Ley de contrato).

Artículo 36. Si no se hubiera practicado reconocimiento médico y/o no se hubiera reconocido la plenitud de derechos, el Reglamento será indisputable transcurridos dos años desde la conclusión del contrato, salvo que el asociado haya actuado con dolo.

14. COMUNICACIONES

Artículo 37. Las comunicaciones a la Mutualidad por parte de los asociados se realizarán en el domicilio social de la Mutualidad, personalmente o bien por escrito.

Las comunicaciones de la Mutualidad a los asociados se realizarán al domicilio de estos últimos, tal como queda recogido en la solicitud de inscripción, salvo que hayan notificado el cambio de su domicilio a la Mutualidad.

La Mutualitat Ntra. Senyora del Carme, MPS és una entitat sense ànim de lucre amb seu a Granollers i amb més de 50 anys d'història. "La Mútua" és l'única entitat asseguradora del Vallès Oriental que disposa de clínica pròpia.

GRANOLLERS

Piça Pau Casals, s/n 08402
Tel. 93 860 01 56 . Fax 93 870 43 55

CALDES DE MONTBUI

Pi i Margall, 55 08140
Tel. 93 865 35 04

MATARÓ

Palau, 39 Baixos 08301
Tel. 93 796 51 87 (Delegació comercial)

SANT CELONI

Dos de Maig, 1 08470
Tel. 93 867 45 06

ARBÚCIES

Francesc Camprodon, 52-56, local 2
17401 Tel. 972 86 00 03 (Girona)

www.mutua.org comercial@mutua.org



Premi de la Generalitat a la innovació i al progrés en assegurances.

