



*mútua* de l'associació  
del personal *de la Caixa*

---

**REGLAMENTO  
DEL  
SUBSIDIO ECONÓMICO MÉDICO-QUIRÚRGICO  
(SEM-Q)**

Vigente desde el día 1 de Noviembre de 2011



## ÍNDICE

### REGLAMENTO DEL SUBSIDIO ECONÓMICO MÉDICO-QUIRÚRGICO

<b>Artículo 1º</b> – Objeto del seguro .....	Pág. 5
<b>Artículo 2º</b> – Libertad de elección .....	Pág. 5
<b>Artículo 3º</b> – Requisitos para el alta al SEM-Q (asegurar el riesgo) .....	Pág. 5
<b>Artículo 4º</b> – Requisitos para tener derecho a las prestaciones .....	Pág. 6
<b>Artículo 5º</b> – Periodos de carencia (generales y de Grupo) .....	Pág. 6
<b>Artículo 6º</b> – Causas de baja y duración del seguro .....	Pág. 7
<b>Artículo 7º</b> – Adheridos .....	Pág. 8
<b>Artículo 8º</b> – Bajas de adheridos y excepciones .....	Pág. 8
<b>Artículo 9º</b> – Cuotas .....	Pág. 8
<b>Artículo 10º</b> – Sanciones .....	Pág. 9
Requisitos necesarios para tener derecho a la compensación de las solicitudes .	Pág. 9
Contingencias cubiertas .....	Pág. 9
Riesgos no cubiertos .....	Pág. 10

### CONTINGENCIAS POR GRUPOS

<b>Grupo 1:</b> Intervenciones quirúrgicas .....	Pág. 11
<b>Grupo 2:</b> Tratamientos especiales .....	Pág. 13
<b>Grupo 3:</b> Pruebas de diagnóstico y de prevención .....	Pág. 14
<b>Grupo 4:</b> Rehabilitación .....	Pág. 15
<b>Grupo 5:</b> Medicina preventiva .....	Pág. 15
<b>Grupo 6:</b> Odontología .....	Pág. 16
<b>Grupo 7:</b> Prótesis externas y órtesis .....	Pág. 17
<b>Cuadro resumen</b> .....	Pág. 19



# **REGLAMENTO DEL SUBSIDIO ECONÓMICO MÉDICO-QUIRÚRGICO**

## **CONDICIONES GENERALES**

### **Artículo 1º. – Objeto del seguro**

El SUBSIDIO ECONÓMICO MÉDICO-QUIRÚRGICO, en adelante SEM-Q, es una prestación económica para compensar al mutualista los gastos ocasionados por actos médico-quirúrgicos, cuya cobertura y condiciones se establecen en este Reglamento.

La voluntad de la MUTUA es la de cubrir las necesidades médico-quirúrgicas de los mutualistas y sus adheridos. A este fin, tanto las contingencias cubiertas como los porcentajes de compensación serán objeto de constante adaptación por parte de la Junta Directiva, y puntualmente comunicadas a los interesados.

La Mutua sólo complementará, de acuerdo con los porcentajes establecidos en el Reglamento, el gasto económico que no le haya sido o no le pueda ser satisfecho al mutualista por otros sistemas o regímenes en los que esté inscrito, y esto hasta cubrir, como máximo, todo el gasto aprobado.

En consecuencia los porcentajes se aplicaran sobre todo el gasto aprobado y el mutualista está obligado a comunicar a la Mutua los importes percibidos o a percibir.

### **Artículo 2º. - Libertad de elección**

La MUTUA reconoce a todos los mutualistas, una absoluta libertad de elección de facultativos y centros de hospitalización.

Asimismo, para recibir cualquier asistencia médica en países no miembros de la Unión Europea y obtener la cobertura, será necesaria la notificación previa del hecho por parte del mutualista y la aprobación de la Junta Directiva.

No obstante, en casos de no notificación, la Junta Directiva tiene la facultad de aprobar la cobertura.

Respetando el principio de libertad, y para que el gasto sea menor, la MUTUA tiene acuerdos de precios especiales con los principales facultativos y centros de hospitalización del Estado.

### **Artículo 3º. - Requisitos para el alta al SEM-Q (asegurar el riesgo)**

Para estar dado de alta y tener derecho a cualquier prestación, el solicitante tendrá que reunir las condiciones siguientes:

- 3.1. Estar dado de alta en la Associació del Personal de “la Caixa”.
- 3.2. Superar los requisitos médicos o de cualquier otro tipo determinados por la MUTUA.
- 3.3. Ausencia de disfunciones o enfermedades que supongan un agravamiento del riesgo.

Para cumplir los dos últimos puntos, deberá presentar los requisitos médicos siguientes:

- Declaración de Estado de Salud, cumplimentada y firmada por el mutualista y por cada uno de sus adheridos mayores de 5 años. En el caso de menores de 18 años, ha de estar firmada por quien tenga la patria potestad o la tutela legal.
- Los mayores de 65 años deberán presentar también un informe del médico de cabecera sobre su estado de salud en general.
- Informe Odontológico del mutualista y cada uno de sus adheridos, cumplimentado y firmado por un dentista.
- Informe del Pediatra en niños menores de 5 años y mayores de 6 meses.
- Informe neonatal en recién nacidos inscritos después de los 30 días del su nacimiento.

La Junta Directiva tendrá la facultad de condicionar cualquier incorporación y reincorporación estableciendo las exclusiones que se deriven de la Declaración del Estado de Salud, o del resultado de las pruebas específicas que se le requieran.

Asimismo, el solicitante que se negase a que le fuese practicada una prueba médica para detectar la existencia o no de disfunciones y enfermedades, tendrá excluida la cobertura de las contingencias que se pudiesen derivar.

### **Inscripciones recién nacidos.**

El mutualista podrá solicitar la inscripción de los hijos o nietos en gestación, momento en que deberá hacer efectiva la cuota de alta en la Mutua y por tanto ya tendrán cobertura.

La cuota periódica se cobrará a partir del día del nacimiento y el recién nacido estará exento de exclusión, por eso el mutualista deberá informarlo a la Mutua lo antes posible.

En el caso de inscribirlo antes de los 30 días siguientes al nacimiento, el recién nacido estará exento también de cualquier exclusión.

En el caso de maternidad, la cobertura de la madre se hace extensiva al recién nacido por un período máximo de 30 días, a contar desde el momento del nacimiento.

### **Artículo 4º. - Requisitos para tener derecho a las prestaciones**

Para tener derecho a cualquier prestación será necesario que concurran en el mutualista las condiciones generales, y también las siguientes:

- 4.1. Que los conceptos sean los que se definen en este Reglamento.
- 4.2. Que se adjunte documentación acreditativa de la certeza y de las circunstancias de la contingencia.
- 4.3. Que se someta a las revisiones médicas y comprobaciones que la Junta Directiva considere necesarias.

La solicitud de compensación económica y la aportación de la documentación exigida se efectuarán dentro del plazo máximo de los dos meses siguientes a la liquidación del gasto.

### **Artículo 5º. - Períodos de carencia (generales y de Grupo)**

Son los períodos de tiempo mínimos que ha de esperar el mutualista para tener derecho a las prestaciones.

Hay dos tipos de carencias, que se aplicaran conjuntamente:

- Generales: en función de los años transcurridos desde la incorporación a “la Caixa”
- De Grupo: específicos de cada Grupo de contingencias

#### **Carencias generales:**

- 5.1. No habrá período de carencia cuando el solicitante presente su solicitud de alta al SEM-Q dentro de los 12 meses siguientes a su incorporación como empleado fijo en “la Caixa”.
- 5.2. Habrá 6 meses de período de carencia para los que presenten su solicitud de alta al SEM-Q transcurridos más de 1 año y menos de 3.
- 5.3. Habrá 12 meses de período de carencia para los que presenten su solicitud de alta al SEM-Q transcurridos más de 3 años.

- 5.4. Habrá 3 años de período de carencia para los que presenten su solicitud de alta al SEM-Q transcurridos más de 20 años.
- 5.5. Los períodos expresados se contarán, tanto para los mutualistas como para sus adheridos, a partir del momento en que reúnan los requisitos para ser dados de alta en la Mutua, según el vínculo de que se trate.
- 5.6. Los períodos de carencia se iniciarán a partir del primer día del mes siguiente al de la aprobación del alta por la Junta Directiva.
- 5.7. Durante el período de carencia, el mutualista pagará la correspondiente cuota periódica y solamente tendrá derecho a las prestaciones derivadas de accidentes. También podrá hacer uso de los servicios de los Centros y Facultativos concertados por la Mutua, reservados a los mutualistas y sus adheridos.
- 5.8. Durante el período de carencia, el mutualista estará obligado a cumplimentar los requisitos médicos determinados por la Mutua. En el caso de no haberlo hecho a la finalización de la carencia, ésta se prolongará por un único período de 3 meses, pasados los cuales sin haber aportado la documentación médica que le haya sido requerida, causará baja en el SEM-Q.
- 5.9. En las solicitudes de reingreso, se aplicará el período de carencia más largo de los previstos en el Reglamento.

### **Carencias de Grupo**

- 5.10. No habrá período de carencia cuando el mutualista presente su solicitud de alta al SEM-Q dentro de los 12 meses siguientes a su incorporación como fijo en “la Caixa”. La misma norma se aplicará al cónyuge o a la persona con la que conviva maritalmente y a sus hijos, cuando se solicite el alta dentro de estos primeros 12 meses.
- 5.11. Las carencias de Grupo establecidas son las siguientes:
  - Grupo 1 - Intervenciones Quirúrgicas: 1 año en el caso de tratamientos de fertilidad, embarazos y partos.
  - Grupo 6 - Odontología: 1 año para cualquier tratamiento (exceptuando las higienes dentales que no tienen)  
5 años para tratamientos de ortodoncia
  - Grupo 7 – Prótesis externas y órtesis: 1 año

### **Artículo 6º. - Causas de baja y duración del seguro**

El seguro en esta prestación tiene una duración indefinida y se inicia el día primero del mes siguiente de ser aprobada la solicitud por la Junta Directiva.

La cobertura se extinguirá por cualquiera de las causas siguientes:

- a) Por la pérdida de la condición de mutualista, es decir, causar baja en la Associació del Personal.
- b) A petición propia, comunicada por escrito a la Junta Directiva, caso en que la extinción tendrá efecto el primer día del tercer mes natural siguiente a la fecha de recepción del escrito, de acuerdo con lo que obliga la ley.
- c) Por el impago de las cuotas, en cuyo caso no se permitirá el reingreso.

## **Artículo 7º. - Adheridos**

El mutualista podrá inscribir como adheridos a esta prestación las siguientes personas:

- 7.1 El cónyuge del mutualista o con quien conviva maritalmente
- 7.2 Cualquier familiar del mutualista hasta al tercer grado de consanguinidad o afinidad, también las personas que convivan maritalmente con ellos.
- 7.3 En caso de segundas o posteriores nupcias del mutualista, los hijos del cónyuge fruto de un anterior matrimonio de éste, y también sus nietos.
- 7.4 Los menores que el mutualista tenga en acogida simple o en preadopción, así como los menores o los incapacitados sometidos a la tutela del mutualista.

## **Artículo 8º. - Bajas de adheridos y excepciones**

La baja de un mutualista comportará la baja de sus adheridos.

### **Excepciones.**

**Caso 1 - Defunción del mutualista:** la persona que tenga atribuida la condición de cabeza de familia, el representante legal o la persona que sea designada por grupo familiar, puede solicitar la continuidad como adherido para ella y el resto de sus adheridos. En este caso, los adheridos lo serán a través de la Associació.

**Caso 2 – Separación o divorcio:** el cónyuge separado que tenga la custodia de los hijos comunes podrá continuar como adherido a la Mutua, con sus hijos, por medio del propio mutualista o de la Associació.

**Caso 3 – Otros motivos:** el mutualista podrá prorrogar su permanencia en la Mutua durante un período máximo de 6 meses, a contar desde el día de la baja. El mutualista lo tiene que pedir por escrito.

En los tres casos el plazo para solicitar la continuidad como adherido es de 6 meses desde producirse el hecho causante.

## **Artículo 9º - Cuotas**

Las aportaciones de los inscritos vendrán determinadas por las normas siguientes:

- 9.1. **Cuota periódica:** es la cantidad que deben abonar los inscritos con periodicidad mensual, o cualquier otra previamente fijada por la Junta Directiva. Se determina por el sistema de cuota de riesgo estimada en base a la siniestralidad de la prestación y, para cubrir el coste y las provisiones técnicas de la misma. Tiene el carácter de cuota anticipo o a cuenta.
- 9.2. **Cuota de reajuste o derrama:** Puede tener el carácter de pasiva o activa.  
La cuota de reajuste o derrama pasiva es la cuantía que cada inscrito debe aportar si la cuota periódica resulta insuficiente para cubrir los gastos del período considerado.  
La cuota de reajuste o derrama activa, es la cuantía que se devolverá a cada inscrito si la cuota periódica resulta excesiva para cubrir los gastos del período.

## **Artículo 10º. - Sanciones**

Se establecen sanciones para casos de incumplimiento grave de los deberes del mutualista en los siguientes casos

- En el caso de alteración de la fecha: suspensión durante un período mínimo de 6 meses y máximo de 3 años.
- En el caso de alteración del importe: expulsión sin derecho a reingreso.
- En el caso de falsificación de documento: expulsión sin derecho a reingreso.
- En los casos de impago: expulsión sin derecho a reingreso.
- En todos los supuestos anteriores, el mutualista no tendrá derecho a la compensación económica que haya sido motivo del incumplimiento.

La Junta Directiva en otros casos podrá fijar sanciones consistentes en la suspensión temporal de la condición de mutualista o la expulsión definitiva sin derecho a reingreso.

La sanción empezará a contar el día siguiente al de la fecha en que se haya tomado la decisión.

## **Requisitos necesarios para tener derecho a la compensación de las solicitudes**

Documentación necesaria:

Facturas o recibos originales emitidos por facultativos, centros médicos o establecimientos reconocidos oficialmente por el organismo sanitario competente con:

- constancia de pago
- nombre del paciente
- datos fiscales
- fecha
- importe desglosado por partidas y conceptos del servicio o suministro efectuado

Plazo para la presentación de la solicitud de compensación:

- 2 meses desde la fecha de pago de los gastos

## **Contingencias cubiertas**

Las contingencias que cubre este Reglamento están definidas en los siguientes Grupos:

- Grupo 1: Intervenciones Quirúrgicas
- Grupo 2: Tratamientos Especiales
- Grupo 3: Pruebas de Diagnóstico y de Prevención
- Grupo 4: Rehabilitación
- Grupo 5: Medicina Preventiva (queda incluido en el Grupo 3)
- Grupo 6: Odontología
- Grupo 7: Prótesis externas y órtesis

## **Riesgos no cubiertos**

Este Reglamento ofrece cobertura solamente a aquello que explícitamente está reconocido.

A continuación se detallan algunas de las situaciones o contingencias que no darán derecho a percibir ninguna compensación:

- Las consultes o visitas médicas, incluso las de control o seguimiento. (\*)
- Los medicamentos y vacunas. (\*)
- Las situaciones que provengan de una causa expresamente excluida, con carácter general o particular.
- Las motivadas por un proceso clínico de causas congénitas o preexistentes no declaradas al contratar la prestación.
- Los tratamientos prescritos por personas que no sean médicos colegiados y no estén facultadas por el organismo sanitario competente.
- Las que no sean clínicamente comprobables.
- Los gastos de desplazamiento. (\*\*)

(\*) Se exceptúan los que formen parte de un proceso de hospitalización o cirugía.

(\*\*) Se exceptúan el uso de ambulancias u otros medios de transporte sanitario cuando resulten necesarios por causa de los servicios que incorporen o por su rapidez, a criterio del facultativo que lo prescriba, y así lo apruebe la Junta Directiva.

## **GRUPO 1: INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS**

### **Coberturas.**

Intervenciones quirúrgicas de cualquier tipo:

- Traumatismos y quemaduras que no precisen internamiento
- Hospitalización para intervención quirúrgica, maternidad, tratamiento médico, establecer diagnóstico, enfermedad terminal, traumatismo y quemaduras
- Urgencias
- Radioterapia, quimioterapia, electrocoagulación, criocoagulación y láser, para tratamiento oncológico
- Fecundación artificial
- Litotricias
- Termoterapia prostática
- Tratamientos medicamentosos realizados en centros médicos (ozonoterapia, factores de crecimiento, etc.)

### **Requisitos.**

- Certificado médico con el diagnóstico y justificación de la necesidad de la hospitalización, cuando la Junta Directiva lo estime necesario.
- Urgencias: presentación del documento de ingreso y de alta, que la justifique.

### **Inclusiones.**

- Honorarios médicos de la intervención y hospitalización
- Estancia en clínica u hospital
- Anestesia, quirófano, UCI- UVI
- Pruebas de diagnóstico
- Medicación y las curas suministradas o aplicadas en el centro médico
- Pernoctación del acompañante del paciente
- Prótesis quirúrgicas fijas o internas, a excepción de las que se implanten por motivos estrictamente estéticos.
- Bombas de insulina y antiálgicas

### **Porcentaje de compensación.**

Se hará por tramos y en los porcentajes siguientes:

Hasta 2.000 €:	60%
A partir de 2.000 € y hasta 5.000 €:	70%
A partir de 5.000 € y hasta 10.000 €:	80%
Más de 10.000 €:	90%

Cuando la facturación se efectúe por "forfait" y no se puedan desglosar los conceptos y los importes correspondientes, como norma general se descontará un 15% al importe que resulte de aplicar los porcentajes señalados.

Cuando el "forfait" incluya el importe de las consultas o visitas médicas previas al ingreso hospitalario o a la intervención quirúrgica, la Junta Directiva estimará el importe a deducir para estos conceptos.

Cuando las diversas partes que integren una actuación médica sean objeto de más de una factura, los tramos y porcentajes para su compensación se aplicarán a la suma de todas ellas, sin perjuicio de que cada factura tiene que respetar el plazo de los dos meses, desde la fecha de pago, para su presentación.

En el caso de hospitalización o tratamiento prolongado, con facturación parcial periódica, el porcentaje de cada factura se establecerá sumando su importe al de las facturas presentadas desde el inicio de la afección que se esté tratando, atendiendo si procede, a los límites de tiempo de cobertura y de porcentaje.

### **Topes.**

Habitaciones:

- El importe a abonar del precio de la habitación será como máximo de 150 € por día. La duración máxima de la hospitalización a compensar será de 90 días en el período de 12 meses, a contar desde el primer día de la hospitalización en este período.
- El importe a abonar del precio para la pernoctación del acompañante será como máximo de 30 € por noche. La duración máxima de la pernoctación del acompañante a compensar será de 5 noches en el período de 30 días.

### **Excepciones:**

- En los ingresos por quemaduras y traumatismos, la cobertura de 90 días se prolongará hasta el límite de 15 meses más. La necesidad de continuar la hospitalización después de 3 meses será justificada con certificado médico. El período total de 18 meses tiene que ser continuado.
- Si el enfermo está en fase terminal, también serán de aplicación estas condiciones.

### **No cubierto.**

- Las intervenciones quirúrgicas motivadas por causas estéticas (\*)
- Los ingresos socio-asistenciales
- La estancia en balnearios
- Los gastos ocasionados por el acompañante del paciente
- Las hospitalizaciones para tratamientos psiquiátricos, que tienen la cobertura prevista en el Grupo 2
- Las intervenciones, hospitalizaciones y prótesis para tratamientos odontológicos, que tienen la cobertura prevista en el Grupo 6
- Las consultas o visitas médicas previas y las de control o seguimiento posteriores

(\*) Excepto las derivadas de traumatismos y quemaduras producidas por accidente o intervención quirúrgica de afección oncológica, y las que aunque tengan un origen congénito o derivado del crecimiento o/y del desarrollo del cuerpo, manifiesten una deformidad grave, disimetría o asimetría.

### **Carencias.**

Tratamiento de fertilidad, embarazos y partos: 1 año desde la fecha de alta a la MUTUA.

## **GRUPO 2: TRATAMIENTOS ESPECIALES**

### **Coberturas.**

- Tratamientos psicoterapéuticos prescritos por un psiquiatra y realizados por un psiquiatra o psicólogo clínico.
- Psicoterapia, para los tratamientos de la anorexia y la bulimia.
- Tratamientos Psiquiátricos: Hospitalización para tratamientos de procesos agudos.
- PUVA, para el tratamiento de la psoriasis.

La Junta Directiva podrá solicitar los informes médicos complementarios que considere oportunos.

### **Requisitos.**

Para estos tratamientos se deberá presentar siempre la prescripción facultativa previa con certificación donde conste:

- Diagnóstico
- Tipo de tratamiento
- Duración
- Frecuencia

En caso de tener y presentar la prescripción a mitad del tratamiento, se compensarán sólo las facturas posteriores a la fecha de la prescripción y en ningún caso las anteriores.

El tratamiento deberá ser realizado por un especialista o centro médico reconocido por el organismo sanitario competente.

### **Porcentaje de compensación.**

40% sobre el importe presentado.

### **Topes.**

- Máximo de 4.000 € de importe presentado durante 12 meses consecutivos, computados desde la fecha de las facturas emitidas por los facultativos. Después de 18 meses de continuar el tratamiento, éste se considerará crónico.
- Máximo de 2.000 € de importe presentado en el período de 12 meses, en los casos de crónicos. Estos no tienen limitación en el tiempo de cobertura.

### **No cubierto.**

Las consultas o visitas médicas, inclusive las de control o seguimiento.

Tratamientos de quiropodia

Tratamientos homeopáticos

## **GRUPO 3: PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO Y DE PREVENCIÓN**

### **Coberturas.**

- Analítica química y biológica. Anatomía patológica.
- Técnicas de imagen: radioscopia, radiografía, tomografía simple y con contraste, mamografía, TAC, endoscopia, angiografía, resonancia magnética, ecografía, eco-doppler, eco-doppler color, por emisiones de partículas (por ejemplo, gammagrafía densitometría ósea, pet o spect, estadiaje oncológico) y exploraciones vestibulares.
- Exploraciones alérgicas cutáneas: epicutáneas del prick-test y del patch-test y las intradérmicas.
- Del aliento (helicobacter pylori).
- Electrodiagnóstico: electroencefalograma, electromiograma, electrocardiograma, electrocardiografías (convencional y de 24 horas), eco cardiografías y electrocardiografías de esfuerzo, potenciales evocados: auditivos, tronco-cerebrales y somestésicos.
- Exploraciones funcionales respiratorias: espirometrías simples y dinámicas, de provocación bronquial, de difusión pulmonar y pletismografías pulmonares.
- Exploraciones manométricas: esofágica, anorectal, urológica.
- Polisomnografía (estudio del sueño).
- Exploraciones oftalmológicas: campimetría computerizada, topografía corneal y paquiotopografía, electrooculograma, electronistagmografía, electroretinografía, angiografía retiniana, potenciales evocados visuales, ecografía ocular.
- Revisión completa anual
- Cualquier otra prueba de diagnóstico, aprobada por la Junta Directiva.

### **Requisitos.**

Para estos tratamientos se tendrá que presentar siempre la prescripción facultativa.

### **Porcentaje de compensación.**

Hasta 2.000 €:	60%
A partir de 2.000 € y hasta 5.000 €:	70%
A partir de 5.000 € y hasta 10.000 €:	80%
Más de 10.000 €:	90%

### **Topes.**

No tiene.

### **No cubierto.**

Las consultas o visitas médicas, inclusive las de control o seguimiento.

## **GRUPO 4: REHABILITACIÓN**

### **Coberturas.**

Fisioterapia asistida.

Electroterapia, magnetoterapia.

Acupuntura, aurículo-puntura y reflexoterapia.

Fangoterapia y baños termales, excluidos los gastos de estancia.

Logofoniatría, para el tratamiento de las lesiones neurológicas y de las causadas por intervenciones quirúrgicas.

### **Requisitos.**

Para estos tratamientos se deberá presentar siempre la prescripción facultativa previa con certificación donde conste:

- Diagnóstico
- Tipo de tratamiento
- Duración
- Frecuencia

En caso de tener y presentar la prescripción a mitad del tratamiento, se compensarán sólo las facturas posteriores a la fecha de la prescripción y en ningún caso las anteriores.

El tratamiento deberá ser realizado por un especialista o centro médico reconocido por el organismo sanitario competente.

### **Porcentaje de compensación.**

40% sobre el importe presentado.

### **Topes.**

- Máximo de 4.000 € de importe presentado durante 12 meses consecutivos, computados desde la fecha de las facturas emitidas por los facultativos. Después de 18 meses de continuar el tratamiento, éste se considerará crónico.
- Máximo de 2.000 € de importe presentado en el período de 12 meses, en los casos de crónicos. Estos no tienen limitación en el tiempo de cobertura.

### **No cubierto.**

Las consultas o visitas médicas, inclusive las de control o seguimiento.

## **GRUPO 5: MEDICINA PREVENTIVA**

Están cubiertas todas las pruebas preventivas periódicas, que quedan incluidas dentro del Grupo 3.

## **GRUPO 6: ODONTOLOGÍA**

### **Coberturas.**

- Cualquier tratamiento odontológico (a excepción de los medicamentosos)
- Ortodoncia
- Pruebas de diagnóstico
- Implantación de prótesis, fijas o móviles
- Intervenciones quirúrgicas practicadas por odontólogos o cirujanos máxilofaciales y hospitalización

### **Porcentaje de compensación.**

40% sobre el importe presentado.

### **Excepciones.**

Las intervenciones de odontología ortognática tendrán la consideración de afecciones del Grupo 1 y por tanto se compensarán por tramos con sus correspondientes porcentajes (pág. 11).

No obstante, los implantes y prótesis dentales o tratamientos de ortodoncia que se necesiten como consecuencia de estas intervenciones tendrán consideración de Grupo 6 (40% de compensación), pero sin topes.

### **Topes.**

- Máximo de 4.000 € de importe presentado durante 12 meses consecutivos, computados desde la fecha de las facturas emitidas por los facultativos.
- Ortodoncia: 4.000 € de importe presentado por beneficiario, con independencia de cuál sea la duración del tratamiento y de por vida.

### **No cubierto.**

Las consultas o visitas médicas, inclusive las de control o seguimiento.

### **Carencia.**

Tratamientos odontológicos: 1 año desde la fecha de alta en la Mutua. (\*)

Tratamientos de ortodoncia: 5 años desde la fecha de alta en la Mutua.

(\*) Exceptuando las higienes dentales, que no tendrán carencia.

## **GRUPO 7: PRÓTESIS EXTERNAS Y ÓRTESIS**

### **Coberturas.**

Prótesis

Plantillas

Lentes de gafas y lentillas graduadas

Audífonos

Órtesis rígidas y semirrígidas

Sillas de ruedas para enfermos crónicos e incurables, con incapacidad para caminar.

### **Requisitos.**

- Prescripción médica con expresión del diagnóstico.
- Silla de ruedas: certificado de incapacidad para caminar y subvención del organismo sanitario o asistencial oficial.

### **Porcentaje de compensación.**

40% sobre el importe presentado

### **Topes.**

- Silla de ruedas: Máximo de 9.000 € de importe presentado. La subvención de la Mutua será complementaria a la oficial y cualquier otra que se pueda recibir. La cobertura del 40% se aplicará sobre lo que quede después de descontar estas subvenciones al coste de la silla.

### **No cubierto.**

- Consultas o visitas médicas, incluso las de control o seguimiento
- Botas ortopédicas
- Collarines y fajas elásticas
- Medias y calcetines
- Bastones, muletas, caminadores
- Tapones para los oídos
- Dispositivo intrauterino (DIU)

### **Carencia.**

1 año desde la fecha de alta en la Mutua.

**NOTA**

En caso de duda sobre la información o coberturas del CUADRO RESUMEN de la página 19, se ha de considerar como válido lo que está escrito en el Reglamento.

# CUADRO RESUMEN - REGLAMENTO DEL SUBSIDIO ECONÓMICO MÉDICO-QUIRÚRGICO (SEM-Q)

<b>CUOTAS</b>	Asociación: 29 €/anuales, sólo mutualista (en CAMPAÑA, GRATIS el 1er. Año) Entrada: 20 € por persona (1 vez) Mensual: 20 € por persona
<b>REQUISITOS</b>	Alta Asociación Informe Otonológico del Dentista (a partir de los 5 años de edad) Fotocopia Libro de Familia (para cónyuges) Declaración del Estado de Salud (Menores de 5 años sólo informe pediátrico) En caso de parejas de hecho, padrón o declaración jurada de convivencia
<b>CARENCIAS GENERALES</b>	Empleado de menos de 12 meses - NO HAY CARENCIA Empleado entre 12 y 36 meses - 3 MESES (EN CAMPAÑA) Empleado de más de 36 meses - 6 MESES (EN CAMPAÑA)
<b>SOLICITUD DE COMPENSACIÓN</b>	La solicitud de compensación (original firmada) se enviará por cartera (Centro 9099) acompañada por las facturas originales (con nº y fecha de factura y sello de cobrado) o recibo original en el plazo de los 2 MESES SIGUIENTES A LA LIQUIDACIÓN DEL GASTO
<b>ADHERIDOS</b>	- Cónyuge o parejas de hecho, hijos y parejas, nietos mutualista - En caso de segundas o posteriores nupcias del mutualista, los hijos del cónyuge fruto de un anterior matrimonio y también sus nietos. - Cualquier familiar del mutualista hasta el 3er grado de consanguinidad y las personas que convivan maritalmente con ellos - Los menores en acogida simple o preadopción. L menores o incapacitados tutelados por el mutualista
<b>NO CUBIERTO</b>	Consultas o visitas médicas. Medicamentos o vacunas Gastos de transporte público Gastos de hotel Gastos extra habitación (TV, teléfono, etc.)

IMPRESCINDIBLE PRESCRIPCIÓN FACULTATIVA PREVIA (*)							
	GRUPO 1 <i>Cirugía, traumatología y hospitalización</i>	GRUPO 2 <i>Tratamientos especiales</i>	GRUPO 3 <i>Pruebas Diagnóstico</i>	GRUPO 4 <i>Rehabilitación</i>	GRUPO 5 <i>Medicina Preventiva</i>	GRUPO 6 <i>Odontología</i>	GRUPO 7 <i>Prótesis externas</i>
<b>COBERTURAS</b>	Intervenciones quirúrgicas Traumatismos y quemaduras ambulatorias Hospitalización por: - intervención quirúrgica - maternidad - tratamiento médico - establecimiento de diagnóstico - enfermedad terminal - traumatismos y quemaduras Tratamientos oncológicos Fecundación artificial Litoticias Tratamientos medicamentosos realizados en centros médicos (infiltraciones) Urgencias	Siempre que haya prescripción psiquiátrica previa y sean realizados por un psicólogo clínico:  Tratamientos psicoterapéuticos Tratamientos psiquiátricos (hospitalización por procesos agudos). Psicoterapia para anorexia y bulimia PUVA para psoriasis	Todas, en general:  - Analíticas - Técnicas de imagen - Exploraciones alérgicas respiratorias, oftálmicas, manométricas. - Estudio del sueño - Prueba de aliento	Cualquier tipo siempre que haya prescripción médica médica. Tales como: - Fisioterapia asistida - Electroterapia, magnetoterapia - Acupuntura, auriculopuntura y reflexoterapia - Fango terapia y baños termales, excluidos los gastos de estancia - Logoponiatría, para tratamiento de lesiones neurológicas y de las causadas por intervenciones quirúrgicas.	GRUPO 3 <b>ESTÁ IGUALMENTE CUBIERTO, PERO SE COMPENSARÁ SIEMPRE COMO GRUPO 3</b>	Tratamientos Prótesis Implantes Ortodoncia  <b>Excepciones:</b> - Cirugía ortognática se compensará como Grupo 1. - Los implantes, prótesis u ortodoncia de estas intervenciones ortognáticas tendrán consideración de Grupo 6 (40% de compensación), pero sin topes.  (*) necesario certificado de incapacidad para caminar y documento de la subvención oficial o bien denegación del certificado y prescripción médica.	Prótesis extremidades Vidrios de gafas Lentillas Aurifonos Órtesis rígidas y semirrígidas Plantillas Sillas de ruedas (*)
<b>CARENCIAS REGLAMENTARIAS DE GRUPO</b>	1 año: Embarazo y Parto. 1 año: Fecundación artificial	NO	NO	NO	GRUPO 3 <b>ESTÁ IGUALMENTE CUBIERTO, PERO SE COMPENSARÁ SIEMPRE COMO GRUPO 3</b>	1 año: Odontología en general, exceptuando las higienes dentales, que no tendrán. 5 años: Ortodoncia Las piezas afectadas tendrán exclusiones pero no se añadirán años de carencia.	1 año
<b>% COMPENSACIÓN</b>	< 2.000 €: 60% > 2.000 € - 5.000 €: 70% > 5.000 € - 10.000 €: 80% > 10.000 €: 90%  Habitación: 150 € (máx. 90 días) Noche acompañante: 30 € (máx. 5 días) Forfaits: se descontará un 15% y sobre el importe restante se aplicarán los tramos	40%	< 2.000 €: 60% > 2.000 € - 5.000 €: 70% > 5.000 € - 10.000 €: 80% > 10.000 €: 90%	40%	GRUPO 3 <b>ESTÁ IGUALMENTE CUBIERTO, PERO SE COMPENSARÁ SIEMPRE COMO GRUPO 3</b>	40%	40%
<b>TOPE</b>		Normales: 4.000 € / 12 meses (presentado) Periodo máximo: 18 meses  Crónicos: 2.000 € / 12 meses (presentado) Sin límite de tiempo		Normales: 4.000 € / 12 meses (presentado) Periodo máximo: 18 meses  Crónicos: 2.000 € / 12 meses (presentado) Sin límite de tiempo	GRUPO 3 <b>ESTÁ IGUALMENTE CUBIERTO, PERO SE COMPENSARÁ SIEMPRE COMO GRUPO 3</b>	4.000 € / 12 meses 4.000 € en total: Ortodoncia	Silla de ruedas: 9.000 €
<b>EXCLUSIONES ESPECÍFICAS</b>	Intervenciones estética Hospitalizaciones socio-asistenciales Gastos extra hospitalarios (TV, teléfono, etc.) Tratamientos paliativos	Tratamientos quiropróticos Tratamientos homeopáticos			GRUPO 3 <b>ESTÁ IGUALMENTE CUBIERTO, PERO SE COMPENSARÁ SIEMPRE COMO GRUPO 3</b>	Revisiones Blanqueamiento	Collarines y fajas elásticas Medias y calcetines Bastones, muletas, caminadores Tapones para los oídos Dispositivo Intrauterino (DIU)



---

**MÚTUA DE L'ASSOCIACIÓ DEL PERSONAL DE "LA CAIXA"**  
Teodor Roviralta, 65 – 08035 Barcelona  
Tel. 93 418 81 70 – Fax. 93 417 35 98  
e-mail: [mutua@mutuaassociacio.com](mailto:mutua@mutuaassociacio.com)  
[www.mutuaassociacio.com](http://www.mutuaassociacio.com)