Seguro de Salud

Documento de información sobre el producto de seguro (IPID)

Empresa: Mútua del Personal de "la Caixa" M.P.S.

Producto: Subsidio Médico Quirúrgico (Reembolso)

Este documento es un resumen de las características más relevantes del seguro, no tiene valor contractual. La información contractual completa se facilitará en las Condiciones Generales (Reglamento del Servicio Médico Quirúrgico) y en las condiciones particulares del contrato.

¿En qué consiste este tipo de seguro?

El Servicio Médico Quirúrgico es un seguro de **REEMBOLSO** destinado al colectivo de empleados del Grupo "la Caixa" y familiares hasta 3.er grado, que te permite acceder a una amplia gama de coberturas como hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas, psicoterapias, pruebas diagnósticas, tratamientos rehabilitadores, odontología, ortodoncia, prótesis externas, etc., con libertad de elección de centro y especialista y con cobertura internacional.

¿Qué se asegura?

- ✓ Hospitalización
- ✓ Intervenciones quirúrgicas
- ✓ Intervenciones oftalmológicas
- ✓ Urgencias
- ✓ Tratamientos oncológicos
- ✓ Prótesis internas
- ✓ Embarazo y parto
- ✓ Tratamientos psiquiátricos y/o psicoterapéuticos.
- ✓ Hospitalización psiquiátrica aguda
- ✓ Pruebas diagnósticas
- ✓ Fisioterapia asistida
- ✓ Acupuntura, reflexoterapia, magnetoterapia, ozonoterapia.
- ✓ Cámara hiperbárica, electroterapia
- ✓ Logofoniatría
- ✓ Infiltraciones traumatológicas o vasculares
- ✓ Tratamientos rehabilitadores en centros sociosanitarios, excluidos gastos de estancia.
- ✓ Odontología
- ✓ Ortodoncia
- ✓ Pruebas diagnósticas odontológicas (Rx-Tac)
- ✓ Prótesis dentales e implantes
- ✓ Férulas de descarga y DAM
- ✓ Intervenciones quirúrgicas practicadas por odontólogos o cirujanos maxilofaciales y hospitalizaciones.
- ✓ Audífonos
- ✓ Silla de ruedas
- ✓ Plantillas ortopédicas
- ✓ Muletas y andadores
- ✓ Cristales de gafas y lentillas graduadas
- ✓ Ortesis rígidas y semirrígidas
- ✓ Accidentes durante el periodo de carencia

¿Qué no está asegurado?

- ✗ Consultas o visitas médicas
- ✗ Medicamentos o vacunas (excepto en caso de ingreso).
- ✗ Patologías congénitas o preexistentes no declaradas; causas excluidas.
- ✗ Desplazamientos (excepto urgencia aprobada) y extras de habitación.
- ✗ Tratamientos estéticos
- ✗ Reproducción asistida: solo altas anteriores al 1/04/2024.

¿Existen restricciones en cuanto a la cobertura?

- ! Periodos de carencia generales de 0, 3 o 6 meses, según la antigüedad.
- ! Carencia específica de 12 meses en grupos como odontología y cristales de gafas/lentillas.
- ! Exclusiones derivadas de la declaración de estado de salud o del informe odontológico.
- ! Reembolso parcial y variable según la prestación. Compensación del 40% y 50%, y en ciertas coberturas hasta el 90%.
- ! Puede haber importes máximos de reembolso (límites por grupo), anuales o de por vida.
- ! Para tener derecho al reembolso: presentar las facturas dentro del plazo establecido (2 meses), aportar el justificante de pago (importes ≥ 1.000€) y la documentación médica requerida.

¿Dónde estoy cubierto?

✓ La cobertura es de ámbito nacional e internacional, con libertad de elección de centro y especialista.

¿Cuáles son mis obligaciones?

- Presentar la Declaración de Estado de Salud y la documentación médica requerida; aceptar condiciones particulares.
- Aportar el Informe Odontológico (a partir de 15 años) para disponer de cobertura odontológica.
- Comunicar importes percibidos o por percibir de otros sistemas/aseguradoras (principio de complementariedad).
- Pagar las cuotas y presentar correctamente facturas y prescripciones cuando proceda.

¿Cuándo y cómo debo efectuar los pagos?

Cuota mensual por persona: 26,53 € (domiciliación bancaria).
Cuota de reajuste o derrama: pasiva si la cuota es insuficiente; activa si hay excedente.

¿Cuándo comienza y finaliza la cobertura?

Inicio: primer día del mes siguiente a la fecha de recepción. Duración indefinida.
Extinción: pérdida de la condición de mutualista por impago de cuotas o baja voluntaria comunicada por escrito.

¿Cómo puedo rescindir el contrato?

A petición propia mediante comunicación por escrito a la Mutua, con un preaviso mínimo de 1 mes.

Mútua del Personal de la "La Caixa", M.P.S, con domicilio social en Gran Via Carles III, 84, 6.ª Planta, 08028 Barcelona, con CIF G-60327798, e inscrita en el Registro de Previsión Social Voluntaria de Cataluña con el número 176.
Teléfono: 934188170 - Email: mutua@mutuapersonalcaixa.com

mútua
del personal de la Caixa

SMQ

REGLAMENTO DEL SUBSIDIO ECONÓMICO MÉDICO QUIRÚRGICO

1 de Abril 2025

ÍNDICE

REGLAMENTO DEL SUBSIDIO ECONÓMICO MÉDICO-QUIRÚRGICO

Artículo 1º: Objeto del seguro ..... Pág. 3

Artículo 2º: Libertad de elección..... Pág. 3

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

Artículo 4º: Requisitos para tener derecho a las prestaciones ..... Pág. 4

Artículo 5º: Periodos de carencia (generales y de Grupo) ..... Pág. 4

Artículo 6º: Causas de baja y duración del seguro ..... Pág. 5

Artículo 7º: Adheridos ..... Pág. 6

Artículo 8º: Bajas de familiares asociados y excepciones ..... Pág. 6

Artículo 9º: Cuotas ..... Pág. 6

Artículo 10º: Sanciones ..... Pág. 7

Requisitos necesarios para tener derecho a la compensación de las solicitudes ..... Pág. 7

Contingencias cubiertas ..... Pág. 8

Riesgos no cubiertos ..... Pág. 8

CONTINGENCIAS POR GRUPOS

Grupo 1: Intervenciones quirúrgicas ..... Pág. 9

Grupo 2: Psicoterapias ..... Pág. 11

Grupo 3: Pruebas de diagnóstico..... Pág. 12

Grupo 4: Tratamientos rehabilitadores..... Pág. 13

Grupo 5: Reproducción Asistida (sólo aplicable a altas anteriores al 1/04/2024) ..... Pág. 14

Grupo 6: Odontología ..... Pág. 15

Grupo 7: Prótesis externas y órtesis ..... Pág. 16

Cuadro resumen ..... Pág. 17

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 aplicarán 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.
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:

3.0. Reunir las condiciones de los Estatutos
3.1. Superar los requisitos médicos o de cualquier otro tipo determinados por la MUTUA.
3.2. 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, realizada telemáticamente y verificada por nuestra asesoría médica. En el caso de menores de 18 años, se contactará con quien tenga la patria potestad o la tutela legal.
– Informe Odontológico del mutualista y cada uno de sus familiares asociados (a partir de los 15 años de edad), cumplimentado y firmado por un dentista. Sin este documento, no habrá cobertura odontológica.
– Informe neonatal en recién nacidos inscritos después de los 30 días del su nacimiento, si la asesoría médica lo considera necesario.

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, del Informe Odontológico o del resultado de los informes o pruebas específicas que se le requieran.

Se podrán readmitir a los mutualistas que hayan estado de baja por impago si satisfacen la deuda pendiente.

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.

Inscripción 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.

Adopciones y Gestaciones Subrogadas (Vientres de alquiler)

En ambos casos no se aplicará ni la posibilidad de hacer preinscripciones, ni la exención de enfermedades congénitas por haber estado inscrito dentro de los 30 días posteriores al nacimiento.
Las coberturas empezarán a aplicarse cuando se cumplan dos requisitos:

- Que el infante esté inscrito oficialmente al libro de familia de sus padres legales
- Que el infante ya se encuentre en el país de residencia de sus padres legales

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 tiene que 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 CaixaBank o empresas del Grupo ”la Caixa”.
- **De Grupo:** específicas de cada Grupo de contingencias, aplicables a todas las nuevas altas independientemente de la carencia general.

Carencias generales:

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

5.4. Los períodos expresados se contarán, tanto para los mutualistas como para sus familiares asociados, a partir del momento en que reúnan los requisitos para ser dados de alta en la Mutua, según el vínculo de que se trate.
5.5. Los períodos de carencia se iniciarán a partir del primer día del mes siguiente al de la aprobación del alta por la Junta Directiva.
5.6. 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 familiares asociados.
5.7. 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.
5.8. En las solicitudes de reingreso, se aplicará el período de carencia más largo de los previstos en el Reglamento.

Carencias de Grupo:

5.9. Las carencias de Grupo establecidas son las siguientes:

Grupo 1 - Intervenciones Quirúrgicas:	1 año para todas las intervenciones oftalmológicas, embarazo y parto.
Grupo 5 - Reproducción Asistida:	1 año (cobertura sólo aplicable a altas anteriores al 1/04/2024)
Grupo 6 - Odontología:	1 año para cualquier tratamiento (exceptuando las higienes dentales, que tienen la carencia general).
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
b) A petición propia, comunicada por escrito a la Junta Directiva, caso en que la extinción tendrá efecto el primer día del segundo 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.

Baja temporal: Cuando un mutualista solicite la baja alegando motivos económicos, la Junta Directiva podrá ofrecerle una suspensión temporal de un año en dicha prestación. Si el mutualista se acoge a ésta, estará exento de pagar las cuotas y los reajustes meritados entre las fechas de inicio y final de este periodo, ni tampoco tendrá cobertura.

Artículo 7º. – Familiares asociados

El mutualista podrá inscribir como familiares asociados 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.
7.5 Los familiares asociados a través de la Asociación podrán incluir a nuevos familiares de 1º y 2º grado.

Artículo 8º. - Bajas de familiares asociados y excepciones

La baja de un mutualista comportará la baja de sus familiares asociados.

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 familiar asociado para ella y el resto de sus familiares.

Caso 2 – Separación o divorcio: el cónyuge separado que tenga la custodia de los hijos comunes podrá continuar como familiar asociado a la Mutua, con sus hijos

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 familiar asociado 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 u omisión de información: expulsión sin derecho a reingreso.
- En los casos de impago: baja por impago.
- 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 que hay que presentar online (Portal del mutualista) o físicamente:

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

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

Informe Odontológico del mutualista y cada uno de sus adheridos, cumplimentado y firmado per un dentista. La recepción de este documento y la aceptación de las condiciones particulares derivadas, son requisitos imprescindibles para el reembolso de cualquier solicitud de odontología.

En facturas de importes iguales o superiores a 1.000€ se deberá presentar siempre el comprobante de pago bancario que acredite el gasto, en caso contrario se denegará la solicitud de compensación.
En cualquier caso, la Mutua podrá requerir al solicitante la prestación de la documentación original.

Plazo para la presentación de la solicitud de compensación:

> 2 meses desde la fecha de pago de los gastos. No obstante, en casos de superación de este plazo, la Junta Directiva podrá considerar excepcionalmente su aprobación siempre y cuando el mutualista lo justifique razonablemente y no haya superado un año desde la fecha de pago de la factura.

Informe Odontológico del mutualista y cada uno de sus adheridos, cumplimentado y firmado por un dentista. La recepción de este documento y la aceptación de las condiciones particulares derivadas son requisitos imprescindibles para el reembolso de cualquier solicitud de odontología.

Contingencias cubiertas

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

– Grupo 1: Intervenciones Quirúrgicas
– Grupo 2: Psicoterapias
– Grupo 3: Pruebas de Diagnóstico
– Grupo 4: Tratamientos Rehabilitadores
– Grupo 5: Reproducción Asistida (sólo aplicable a altas anteriores al1/04/2024)
– 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 ingreso hospitalario.
(**) Se exceptúan el uso de ambulancias u otros medios de transporte cuando resulten necesarios por causa de los servicios que incorporen o en casos de urgencia, por su rapidez, a criterio del facultativo que lo prescriba, y así lo apruebe la Junta Directiva.

GRUPO 1: INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Coberturas.

- Hospitalización para intervenciones quirúrgicas, maternidad, tratamientos médicos, establecimiento de diagnóstico, enfermedad terminal, traumatismos y quemaduras.
- Intervenciones quirúrgicas ambulatorias.
- Tratamientos oncológicos.
- Urgencias.

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, reconstructivos y reparadores

Porcentaje de compensación.

Se hará por tramos y en los porcentajes siguientes:

Hasta 20.000 €: 50%
A partir de 20.001 € y hasta 40.000 €: 70%
A partir de 40.001 € y hasta 60.000 €: 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% y sobre el importe resultante se aplicarán los porcentajes señalados.

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.

En todos los casos (intervenciones, hospitalizaciones y tratamientos) se aplicará un tope máximo de 60.000€ de importe presentado en el período de 12 meses consecutivos, computados desde la fecha de las facturas emitidas por los facultativos.

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, reconstructivas y reparadoras (**)
- Los tratamientos dermatológicos (ni las intervenciones quirúrgicas, ni los tratamientos medicamentosos ni los tratamientos con láser, ni los tratamientos fotodinámicos) (**)
- Los tratamientos por lipedema (ni las intervenciones quirúrgicas, ni los tratamientos medicamentosos) ni por sus complicaciones y/o posibles recidivas
- Los tratamientos por alopecia (ni las intervenciones quirúrgicas, ni los tratamientos medicamentosos)
- Los ingresos socio-asistenciales y/o las hospitalizaciones para tratamientos rehabilitadores, que tienen la cobertura prevista en el Grupo 4
- 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
- Extracción y conservación del cordón umbilical

(**) Excepto las derivadas de traumatismos y quemaduras producidas por accidente o intervención quirúrgica de afección oncológica.

Carencias.

Intervenciones oftalmológicas, embarazo y parto: 1 año desde la fecha de alta en la MUTUA.

GRUPO 2: PSICOTERAPIAS

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.

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

Requisitos.

Para estos tratamientos se deberá presentar siempre la prescripción facultativa previa del psiquiatra 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 psiquiatra o psicólogo clínico.

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, excepto para aquellos casos en los que se justifique una discapacidad mínima de un 65%.

– 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 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 paquitopografía, 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 20.000 €: 50%
A partir de 20.001 € y hasta 40.000 €: 70%
A partir de 40.001 € y hasta 60.000 €: 90%

Topes.

No tiene.

No cubierto.

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

GRUPO 4: TRATAMIENTOS REHABILITADORES

Coberturas.

Fisioterapia asistida.
Electroterapia, magnetoterapia, cámara hiperbárica, terapia neural, ozonoterapia.
Acupuntura, aurículopuntura y reflexoterapia.
Logo-foniatría.
Tratamientos de rehabilitación realizados en centros sociosanitarios, excluidos gastos de estancia.
Infiltraciones por causas de origen traumatológico o vascular.

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 no 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, excepto para aquellos casos en los que se justifique una discapacidad mínima de un 65%.

– 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
- Tratamientos de sueroterapia, vitaminas, détox, bótox o cualquier otra de características similares.

GRUPO 5: REPRODUCCIÓN ASISTIDA (*)

*(*) solamente tienen cobertura para esta contingencia los mutualistas i familiares asociados inscritos en el SMQ con anterioridad al **1 de Abril de 2024.** **No se aplica a las altas posteriores a esta fecha.***

Coberturas.

Tratamientos de Reproducción Asistida realizados al mutualista o familiar asociado, incluyendo todas las pruebas diagnósticas necesarias para llevarlos a cabo, que culminaran con la fecundación y la implantación embrionaria. La duración de un tratamiento no puede superar el plazo de 3 años entre las fechas de inicio y finalización.
Las facturas se compensarán, agrupadas, al finalizar el tratamiento.

Porcentaje de compensación.

40% sobre el importe presentado.

Topes.

– Máximo de 8.000 € de importe presentado por beneficiario, con independencia de la duración del tratamiento y de por vida.

No cubierto.

– Los gastos, analíticas y cualquier otra intervención realizadas en concepto de donación (óvulos o semen). En el caso que no se puedan desglosar los gastos de los tratamientos realizados a la mutualista, se aprobará el 20% del total de la factura y sobre el importe resultante se aplicará el 40% de compensación.
– Los gastos del otro progenitor si no es mutualista.
– Los procesos consistentes en “vientres de alquiler”.
– Las consultas o visitas médicas, incluso las de control o seguimiento.
– La conservación de óvulos o semen.
– La preservación de la fertilidad.

Carencia.

1 año desde la fecha de alta en la Mutua.

GRUPO 6: ODONTOLOGÍA

Coberturas.

– Cualquier tratamiento odontológico
– Pruebas de diagnóstico (ortopantomografía, RX, TAC)
– Prótesis e implantes dentales
– Férulas de descarga y D.A.M.
– Intervenciones quirúrgicas practicadas por odontólogos o cirujanos maxilofaciales y hospitalización
– Tratamientos ortodónticos: se considera tratamiento de ortodoncia:

- todos los procesos y actuaciones previas necesarias para el tratamiento: estudio, RX, ortopantomografía, TAC, moldes, etc.
- fase inicial de la ortopedia funcional con aparatología removible
- colocación de brackets (ortodoncia fija) u ortodoncia invisible
- fase final con colocación de retenedores

Porcentaje de compensación.

40% sobre el importe presentado.

Excepciones.

Las intervenciones de odontología ortognática se compensarán por tramos con sus correspondientes porcentajes (pág. 11).

No obstante, los implantes y prótesis dentales o tratamientos de ortodoncia que sean necesarios 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.

Importante: los topes de odontología y ortodoncia son independientes, no se acumulan.

No cubierto.

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

Carencias.

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

(*) Exceptuando las higienes dentales, que tendrán la carencia general.

Las piezas afectadas, previas al alta, quedaran excluidas.
Es imprescindible presentar el Informe Odontológico y aceptar las condiciones particulares derivadas, para poder reembolsar cualquier solicitud de odontología.

GRUPO 7: PRÓTESIS EXTERNAS Y ÓRTESIS

Coberturas.

Lentes de gafas y lentillas graduadas
Audífonos.
Prótesis extremidades.
Plantillas
Órtesis rígidas y semirrígidas
Muletas y caminadores
Sillas de ruedas para enfermos crónicos, 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 o bien denegación del certificado y prescripción médica.

Porcentaje de compensación.

40% sobre el importe presentado

Topes.

- Audífonos: Máximo de 4.000€ de importe presentado en 12 meses consecutivos, computados desde la fecha de las facturas emitidas por facultativos.
- Cristales de gafas: Máximo de 1.000 € de importe presentado en 12 meses consecutivos, computados desde la fecha de las facturas emitidas por los facultativos. En caso de que no haya desglose entre cristales y monturas, se aprobará el 50% del importe presentado, sobre el que se aplicará el porcentaje de compensación.
- Silla de ruedas: Máximo de 4.000 € de importe presentado. La subvención de la Mutua será complementaria a la oficial y cualquier otra que se pueda percibir. 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
- Compra de máquinas, aparatos o accesorios (CPAP, magnetoterapia, ondas de choque, ultrasonidos, radiofrecuencia, electroterapia o cualquier otro de similares características)
- Collarines y fajas elásticas
- Medias y calcetines
- Bastones
- Tapones para los oídos

Carencia.

1 año desde la fecha de alta en la Mutua.

NOTA

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

RESUMEN - REGLAMENTO DEL SUBSIDIO ECONÓMICO MÉDICO QUIRÚRGICO (SMQ) 1 Abril 2025

CUOTAS	Mensual por persona: **25,50€** + 1€ de aportación a reservas voluntarias durante 44 meses
REQUISITOS	Declaración del Estado de Salud realizada telemáticamente y verificada por nuestra asesoría médica. (En el caso de los menores de 18 años, se contactará con quien tenga su patria potestad o la tutela legal) Informe Odontológico del Dentista: del mutualista y cada uno de sus adheridos, cumplimentado y firmado por un dentista (a partir de los 15 años). Informe Neonatal de recién nacidos: inscritos después de los 30 días de su nacimiento, si la asesoría médica lo considera necesario.
CARENCIAS GENERALES Y GRUPO	*GENERAL: Empleado de CaixaBank o empresas del Grupo "la Caixa" - De menos de 12 meses: NO HAY CARENCIA - Empleado entre 12 y 36 meses: 3 MESES - Empleado de más de 36 meses: 6 MESES GRUPO: 1 año. Aplicable a todas las nuevas altas independientemente de la carencia general.
SOLICITUD DE COMPENSACIÓN	Las facturas se enviarán online (portal mutualista) en el plazo de los 2 MESES SIGUIENTES A LA LIQUIDACIÓN DEL GASTO. En facturas de importes iguales o superiores a 1.000€ es necesario presentar el comprobante de pago bancario que acredite el gasto. En caso de duda,de podrá solicitar la documentación original.
ADHERIDOS	- 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 y menores o incapacitados tutelados por el mutualista
NO CUBIERTO	Consultas o visitas médicas. Gastos de transporte público Gastos extra habitación (TV, teléfono, etc.) Medicamentos o vacunas Gastos de hotel

		IMPRESCINDIBLE PRESCRIPCIÓN FACULTATIVA PREVIA (*)			**Aplicable a altas anteriores a 01/04/2024**		
	GRUPO 1 **Intervenciones Quirúrgicas**	**GRUPO 2** **Psicoterapias**	**GRUPO 3** **Pruebas Diagnóstico**	**GRUPO 4** **Rehabilitación**	**GRUPO 5** **Reproducción asistida**	**GRUPO 6** **Odontología**	**GRUPO 7** **Prótesis externas**
COBERTURAS	- Intervenciones quirúrgicas ambulatorias o con hospitalización - Tratamientos oncológicos - Prótesis internas - Maternidad	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	Todas, en general: - Analíticas - Técnicas de imagen - Exploraciones alérgicas respiratorias, oftálmicas, manométricas. - Estudio del sueño - Prueba del aliento	Cualquier tipo, siempre que haya prescripción médica previa, tales como: - Fisioterapia asistida - Electroterapia, magnetoterapia cámara hiperbárica, terapia neural y ozonoterapia - Acupuntura y reflexoterapia - Logofoniatría -Tratamientos de rehabilitación realizados en centros sociosanitarios, excluidos gastos de estancia - Infiltraciones por causas de origen traumatológico o vascular	Tratamientos de Reproducción Asistida realizados al mutualista o familiar asociado, incluyendo todas las pruebas de diagnóstico necesarias para llevarlos a cabo. Las facturas se compensarán, agrupadas, al finalizar el tratamiento, es decir, una vez realizada la fecundación y la implantación embrionaria. La duración de un tratamiento no puede superar el plazo de 3 años.	- Tratamientos odontológicos - Higienes y periodoncias - Prótesis e implantes - Ortodoncia **Excepciones:** - Cirugía ortognática se compensará como Grupo 1. - Los implantes, prótesis u ortodoncia de estas interv. ortognáticas tendrán consideración de Grupo 6 (40% de compensación), pero sin topes.	- Cristales de gafas - Lentillas - Audífonos - Plantillas - Ortesis rígidas y semirrígidas - Prótesis extremidades - Muletas y caminadores - Sillas de ruedas (*) (*) necesario certificado de incapacidad para caminar y documento de la subvención oficial o bien denegación del certificado y prescripción médica.
CARENCIAS REGLAMENTARIAS	1 año: Intervenciones oftalmológicas, embarazo y parto.	*Carencia general	*Carencia general	*Carencia general	1 año	1 año: Odontología en general, exceptuando las higienes dentales, que se les aplicará la carencia general. Las piezas afectadas tendrán exclusiones.	1 año
% COMPENSACIÓN por TRAMOS	Hasta 20.000€: 50% A partir 20.001€ - 40.000€: 70% A partir 40.001€ - 60.000€: 90% (IMPORTE PRESENTADO) 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%	Hasta 20.000€: 50% A partir 20.001€-40.000€: 70% A partir 40.001€-60.000€: 90% (IMPORTE PRESENTADO)	40%	40%	40%	40%
TOPE	60.000€ en 12 meses (IMPORTE PRESENTADO)	Normales: 4.000 € / 12 meses (IMPORTE PRESENTADO) Después de 18 meses, pasaran a crónicos, excepto en caso de discapacidad mínima de un 65% Crónicos: 2.000 € / 12 meses (IMPORTE PRESENTADO) Sin límite de tiempo		Normales: 4.000 € / 12meses (IMPORTE PRESENTADO) Después de 18 meses, pasaran a crónicos, excepto en caso de discapacidad mínima de un 65% Crónicos: 2.000 € / 12 meses (IMPORTE PRESENTADO) Sin límite de tiempo	8.000 € en total (IMPORTE PRESENTADO)	4.000 € / 12 meses (IMPORTE PRESENTADO) 4.000 € en total: Ortodoncia (IMPORTE PRESENTADO) **Importante**: los topes de odontología y ortodoncia son independientes, no se acumulan.	**Cristales de gafas:** 1.000€ / 12 meses (IMPORTE PRESENTADO) **Audífonos:** 4.000€ / 12 meses (IMPORTE PRESENTADO) **Silla de ruedas:** 4.000 € / 12 meses (IMPORTE PRESENTADO)
EXCLUSIONES ESPECÍFICAS	- Intervenciones estética, reconstructiva y reparadora. - Los tratamientos o intervenciones dermatológicas - Los tratamientos por lipedema (ni las intervenciones ni los tratamientos medicamentosos) - Los tratamientos por alopecia (ni las intervenciones ni los tratamientos medicamentosos). - Hospitalizaciones socio-asistenciales. - Tratamientos paliativos. - Extracción y conservación cordón umbilical.			- Tratamientos quiropódicos - Tratamientos homeopáticos - Tratamientos de suerología vitaminas, botox, detox u otros similares	- Los gastos en concepto de donación y conservación de óvulos o semen. - Los gastos del otro progenitor, si no es mutualista - Vientres de alquiler - Preservación fertilidad	- Revisiones y visitas - Blanqueamientos dentales	- Monturas de gafas - Líquidos de lentillas - Collarines y fajas elásticas - Medias y calcetines -Tapones para los oídos - Bastones - Compra de aparatos, máquinas o accesorios (CPAP, ultrasonidos, magnetoterapia, ondas de choque, electroterapia u otros similares

MUTUA DEL PERSONAL DE “LA CAIXA”
Edificios Trade (Torre Sur), Gran Vía Carles III, 84, 6a. planta - 08028 Barcelona
Tel. 93 418 81 70 - mutua@mutuapersonalcaixa.com
www.mutuapersonalcaixa.com