Aprobación Consejo de Administración 19 de septiembre de 2023

Asistencia Sanitaria Cuadro Médico Ampliado

Condiciones generales

1. Cláusula preliminar

El contrato de seguro suscrito con MGC Insurance, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija, en adelante MGC Mutua, se rige por lo expuesto en la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, del Contrato de Seguro, la ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, por el Reglamento que lo desarrolla, Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, y por cualquier otra disposición que regule las obligaciones y los derechos de las partes y en concreto, por aquello convenido en las condiciones generales y particulares y, en su caso, en el documento complementario de condiciones específicas.

El control de la actividad de MGC Mutua corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital del Estado español.

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

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

Transcurrido el plazo de dos meses sin obtener respuesta por parte del Servicio de Atención al Mutualista o no siendo ésta de su conformidad, pueden dirigirse al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, con domicilio en el Paseo de la Castellana, número 44, 28046 de Madrid.

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

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

2. Definiciones

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

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

  En ningún caso se consideran hospitales los balnearios, las casas de reposo, los asilos, los centros dedicados al tratamiento de enfermedades crónicas ni los establecimientos o las instituciones similares a los citados.
- **Lesión**: cambio patológico en un tejido o en un órgano sano que altera la integridad física o el equilibrio funcional y que comporta un daño anatómico o fisiológico.

- **Médico**: doctor o licenciado en medicina legalmente capacitado y autorizado para tratar médica o quirúrgicamente una enfermedad o lesión.
- **MGC Mutua**: MGC Insurance, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija.
- **Periodo de carencia**: intervalo de tiempo durante el cual, a pesar de que el seguro permanece vigente, no se tiene derecho a recibir una prestación determinada. Cuando se establezca un período de carencia, no se tendrá derecho a la prestación hasta que éste no haya transcurrido totalmente. El pago del importe equivalente a las primas del período de carencia no generará el derecho a la prestación
- **Persona protegida**: persona física expuesta al riesgo asegurado.
- **Póliza**: documento o documentos que contienen las cláusulas y los pactos reguladores del contrato de seguro. Forman parte integrante e inseparable de la póliza estas condiciones generales y, siempre que existan, las condiciones particulares o específicas, así como los apéndices que recojan, en su caso, las modificaciones acordadas durante la vigencia del contrato. La solicitud de seguro y la declaración de salud también forman parte de la póliza.
- **Prestación**: obligación o conjunto de obligaciones que asume MGC Mutua para con el tomador, la persona protegida o el beneficiario.
- **Prima**: precio de la cobertura, el importe del cual, junto con los impuestos, tasas o recargos que correspondan, ha de ser satisfecho por el tomador o por el asegurado según las condiciones establecidas en la póliza.
- **Proceso**: serie de asistencias encaminadas a curar o mejorar una misma lesión o enfermedad. En ningún caso se considera proceso el conjunto de asistencias o actuaciones sanitarias realizadas para tratar situaciones crónicas.
- **Relación de protección**: relación entre MGC Mutua y el tomador, la persona protegida y el beneficiario, que procura una protección consistente en la prestación de que se trate en cada caso.
- **Servicios autorizados**: médicos, otros profesionales sanitarios, hospitales y centros sanitarios que figuran en el Cuadro Facultativo y de Servicios Asistenciales Autorizados de MGC Mutua –con todos los cuales ésta tiene formalizado un contrato o convenio de colaboración- o que figuran en un Cuadro Médico gestionado por un tercero en nombre de MGC Mutua.

  La persona protegida puede escoger libremente, entre los servicios autorizados, al médico, profesional sanitario, hospital o centro sanitario que le prestará la asistencia sanitaria requerida. **Sobre los servicios autorizados recae exclusivamente la responsabilidad de prestar correctamente la asistencia sanitaria de que se trate en cada caso, respecto a la cual MGC Mutua actúa como gestora para su realización y pago, en los términos establecidos en estas condiciones generales.**
- **Tomador**: persona que suscribe el seguro.
- **Unidad asegurada:** cualquiera de los colectivos siguientes:
  1. Unidad familiar tipo A: El matrimonio o pareja de hecho y, si tienen, los hijos menores de 18 años que convivan con ellos.

2. Unidad familiar tipo B: El padre o la madre que no tengan cónyuge ni pareja de hecho y los hijos menores de 18 años que convivan con él/ella.

   Ambos casos (tipo A y tipo B) incluyen los hijos comunes y los del uno o del otro.

3. Unidad familiar tipo C: Familiares con primer grado de parentesco y convivencia común.
4. Unidad tipo D: Grupo de personas aseguradas mediante la póliza contratada por una persona física actuando en representación de una empresa, o por una persona jurídica, tomadora del seguro.

- **Urgencia**: situación grave que requiere una asistencia inmediata porque el retraso podría ocasionar un daño irreparable en la integridad física de la persona protegida.
- **Urgencia hospitalaria**: urgencia que requiere una asistencia hospitalaria inmediata. No tienen esta consideración, por lo tanto, las situaciones siguientes:
  1. Aquéllas que, a pesar de ser graves, no precisen una atención hospitalaria inmediata y puedan ser tratadas correctamente por consulta externa.
  2. Las asistencias y los servicios sanitarios practicados por los servicios ordinarios del hospital después de haber sido atendida la urgencia por parte de los servicios específicos de urgencias del centro.

3. Objeto

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

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

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

4. Nacimiento de la relación de protección

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

1. Tener la persona protegida menos de 55 años de edad.
2. Realizar y mantener la inscripción completa de la unidad asegurada de tipo A, B, C o D definidas en la cláusula 2. En todo caso, para que el menor de edad pueda ser asegurados deberán estar aseguradas las personas a quién corresponda su patria potestad o tutela.

3. Formalizar una Declaración de Salud, mediante los impresos establecidos u otros medios telemáticos, telefónicos o propios de nuevas tecnologías habilitados al efecto y, cuando MGC Mutua lo hubiese requerido previamente, pasar una revisión médica.

Según las circunstancias que concurran en cada caso, podrán ser admitidos colectivos familiares en los cuales una persona supere los 54 años de edad y sea menor de 64 años, siempre que la media del colectivo familiar del cual aquella forme parte no supere los 54 años y exista entre todos sus miembros un parentesco de primer grado, ya sea por consanguinidad o por afinidad.

Los recién nacidos quedan incorporados a la póliza de la unidad asegurada a la que pertenezcan, a partir de su nacimiento, previa comunicación por parte del tomador dentro de los 15 días hábiles siguientes a aquella fecha, con el correspondiente derecho a las coberturas aseguradas. **Si se comunica con posterioridad al mencionado plazo, deberá formalizarse la declaración de salud que corresponga, sujeta a las exclusiones de cobertura que de ella se deriven.**

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

Los asegurados como integrantes de una unidad familiar de tipo A, B o C causarán baja del seguro cuando dejen de convivir de forma habitual en el domicilio familiar, al vencimiento del período de cobertura en curso. Aquellas personas podrán mantener los derechos adquiridos si, en el plazo de un mes a contar desde la fecha de la baja, suscriben una nueva póliza de asistencia sanitaria con MGC Mutua.

5. Descripción de la cobertura

Las prestaciones cubiertas por esta póliza son las siguientes:

5.1. Asistencia hospitalaria. - En concepto de asistencia hospitalaria, MGC Mutua asume el coste de la asistencia médica o quirúrgica en un hospital prescrita por un médico. Esta asistencia incluye en todo caso los gastos siguientes:

5.1.1. Gastos de hospitalización, incluida la manutención del paciente y la habitación con cama de acompañante siempre y cuando sea posible.

5.1.2. Gastos por estancia en unidades de vigilancia o cuidados intensivos.

5.1.3. Gastos de intervención quirúrgica.

5.1.4. Gastos con motivo de parto.

5.1.5. Honorarios de cirujanos, médicos y colaboradores de éstos en las intervenciones que se lleven a cabo.

5.1.6. Tratamientos necesarios.

5.1.7. Exploraciones complementarias para efectuar el diagnóstico.

5.1.8. Gastos por material sanitario.

5.1.9. Gastos por medicación.

La cobertura de hospitalización psiquiátrica, sea en régimen de internamiento o de hospital de día, no podrá superar los 90 días naturales al año, tanto si éstos son seguidos como si son consecuencia de diversas hospitalizaciones durante el año.

Los gastos con motivo de parto incluyen los correspondientes a la sala de parto, la habitación con cama para acompañante, la manutención de la madre y del bebé, los cuidados y el material necesario para efectuarlos, los honorarios del tocólogo, el anestesista, la comadrona y el pediatra, así como los medicamentos necesarios.

Por otra parte, también previa autorización de MGC Mutua y respetando los criterios de cobertura que ésta establezca, la persona protegida podrá hacer uso de su derecho de internamiento en clínica, hospital o centro autorizado para ser tratada por un facultativo ajeno a los servicios autorizados.

5.2. Asistencia extrahospitalaria. - En concepto de asistencia extrahospitalaria, MGC Mutua asume en los términos establecidos en la póliza los gastos siguientes:

5.2.1. Asistencia médica en consultorio y asistencia médica de urgencia en el propio domicilio por parte del médico de cabecera o del pediatra.

5.2.2. Pruebas diagnósticas, actos terapéuticos y cirugía de día (aquélla que no requiere hospitalización) o ambulatoria (aquélla que tiene como objeto intervenciones menores) practicada a la persona protegida por prescripción médica.

5.2.3. Gastos por asistencia odontológica en consultorio, extracciones y cuidados estomatológicos e higienes dentales.

5.2.4. Gastos por visitas de psicología.

5.2.5. Gastos por servicio de podología (sesiones de quiropodia anuales).

5.2.6. Cursos de preparación al parto.

5.2.7. Revisión médica oficial para la expedición o renovación de los permisos de conducción de vehículos a motor A1, A y B.

5.2.8. Tratamiento de las degeneraciones maculares oculares y de la medicación utilizada al efecto: Verteporfin, Avastin, Lucentis, Macugen, Eylea (aflibercept), Beovu, de acuerdo con el límite de sesiones establecido en el anexo II.

5.2.9. Los gastos correspondientes a los siguientes productos farmacéuticos, en las condiciones que se expresan:

a) Aquéllos que sean específicamente citostáticos, así como también los productos antieméticos y los protectores gástricos o similares, que sean utilizados en quimioterapia antineoplásica.

b) Los siguientes anticuerpos monoclonales (descritos por el nombre del compuesto) que sean utilizados en los tratamientos oncológicos y administrados de forma endovenosa, reservándose MGC Mutua el derecho a establecer un gasto máximo cubierto por cada administración de un anticuerpo monoclonal igual al precio del compuesto genérico aplicado más económico existente en cada momento: Rituximab, Trastuzumab, Cetuximab, Bevacizumab, Panitumumab y Bortezomib.

5.2.10. Test genético de diagnóstico prenatal no invasivo en sangre materna: El estudio para la detección de aneuploidías mediante el ADN fetal en sangre materna será autorizado cuando se cumpla, como mínimo, una de las siguientes condiciones:

a) Resultado anormal de la prueba de triple escreening realizada durante el primer trimestre de la gestación.

b) Antecedentes personales de embarazo previo con trisomía.

c) Presencia de alguna alteración detectada por ecografía fetal en el seguimiento de la gestación.

Los productos farmacéuticos referidos en los dos anteriores apartados quedan cubiertos siempre y cuando sean prescritos, expedidos y administrados directamente en un centro hospitalario específicamente autorizado por MGC Mutua para el tratamiento antineoplásico, se expidan en el mercado farmacéutico y se encuentren debidamente autorizados por las autoridades sanitarias competentes del Estado Español, en las indicaciones que figuran en la ficha técnica del producto.

5.2.11. Ecografía gestacional 3D-4D, **con el límite establecido en el anexo II, y sujeto al periodo de carencia previsto en la póliza.**

5.3. Traslado en vehículo sanitario. - MGC Mutua asume el coste del traslado de la persona protegida, en vehículo sanitario y siempre que sea necesario por prescripción médica, para ser ingresada en un hospital; asimismo asume el coste del traslado en vehículo sanitario de la persona protegida hasta su domicilio, siempre que sea necesario por prescripción médica, una vez dada de alta del hospital donde hubiese sido ingresada.

El traslado se efectuará siempre con el medio más conveniente en función del estado de salud de la persona protegida.

5.4. Rehabilitación. - Por este concepto MGC Mutua asume el coste de la rehabilitación ambulatoria (no hospitalaria) de la persona protegida, prescrita por un médico especialista rehabilitador y practicada en un centro idóneo por fisioterapeutas titulados, dirigida a restituir las disfunciones producidas por enfermedad o accidente **incluida la que comporte la utilización de ondas de choque o de tecarterapia (terapia de transferencia eléctrica capacitiva-resistiva – INDIBA) en tratamientos de patologías del aparato locomotor, en las condiciones establecidas en la póliza**.

5.5. Visita ambulatoria preventiva en centros concertados. - Por este concepto MGC Mutua asume el coste de una visita ambulatoria al año efectuada a las personas protegidas mayores de 14 años con carácter preventivo y por prescripción de un médico, siempre y cuando existan razones probadas que hagan aconsejable esta visita.

5.6. Reproducción asistida. - Por este concepto MGC Mutua asume el coste de los gastos de inseminación artificial y de fecundación in vitro de la persona protegida a causa de la infertilidad de la pareja, de acuerdo con la legislación vigente y las condiciones siguientes:

5.6.1. Requisitos para tener derecho a esta cobertura:

- No tener la pareja descendencia común.

- No haber sido ninguno de los dos miembros de la pareja sometido a intervención de cirugía anticonceptiva, vasectomía o ligadura de trompas ni a cualquier otro método de anticoncepción permanente.
- Tener la mujer una edad inferior a 40 años.
- Aportar a MGC Mutua los estudios de esterilidad correspondiente y la documentación clínica adicional que aquélla requiera.
- Haber transcurrido el periodo de carencia establecido.
- Estar inscritos en este seguro los dos miembros de la pareja.

5.6.2. Alcance de la cobertura:

- Se tiene derecho a dos intentos consecutivos de inseminación artificial y a dos intentos de implantación de embriones, así mismo consecutivos, ya sea FIV (fecundación in vitro) o ICSI (inyección de esperma intracitoplasmática) por pareja y vigencia de la cobertura.
- Se cubre también el coste de la congelación y el mantenimiento de embriones que sean necesarios hasta completar, si procede, el segundo intento de fecundación.
- El tratamiento deberá ser previamente autorizado por MGC Mutua y se efectuará en los centros médicos u hospitales y por los facultativos designados y autorizados por MGC Mutua, que no necesariamente se encontrarán en la provincia donde la persona protegida tenga su domicilio.

  Asimismo, se asume el coste de los estudios y exploraciones complementarias dirigidas a determinar posibles causas de infertilidad o esterilidad.

5.7. Servicios complementarios de diagnóstico prescritos por servicios ajenos. - La prestación de servicios complementarios de diagnóstico, prescrita por facultativos ajenos a los servicios autorizados por MGC Mutua, sólo se puede llevar a cabo con autorización previa de ésta.

5.8. Conservación de células madre de cordón umbilical. Por este concepto, MGC Mutua asume el coste de los gastos de recogida, procesamiento y almacenaje de células madre de cordón umbilical, con el límite económico establecido en el anexo II, en función de la opción de servicio escogida, de entre tres ofrecidas por el proveedor de MGC Mutua que también se indican. La cobertura incluye también el coste de mantenimiento, con el límite económico y temporal previsto así mismo en el anexo II, sujeta al periodo de carencia establecido en la póliza y a que se cumplan las condiciones siguientes:

a) Que el servicio lo preste un proveedor de MGC Mutua con el que mantengamos un acuerdo de colaboración.

b) Que la póliza esté vigente.

c) Que se mantenga la inscripción de la totalidad de los miembros de la unidad asegurada.

6. Forma de prestación de la cobertura

6.1. Asistencia practicada por servicios autorizados

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

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

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

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

a) Con la máxima antelación posible, en el caso de que deban practicarse a la persona protegida un ingreso hospitalario, una intervención quirúrgica, o cualquier prueba o tratamiento autorizable. En todos estos casos, se deberá presentar una certificación del médico que atienda a la persona protegida afectada en la que conste el número de asegurado, su nombre y apellidos, la fecha y hora de admisión hospitalaria prevista, el diagnóstico provisional, el tratamiento o la prueba indicada, así como la estancia hospitalaria prevista si ésta procede.

b) En caso de hospitalización urgente, intervención quirúrgica urgente o servicio de urgencia, en el plazo máximo de 24 horas contadas desde el momento en que se haya efectuado el ingreso. En este caso, la persona protegida presentará una certificación del médico que la atienda en la que conste el número de asegurado, su nombre y apellidos, la fecha y hora de admisión hospitalaria y el diagnóstico provisional.

c) En el plazo máximo de 7 días a contar desde aquel día que haya finalizado la permanencia en el hospital, se deberá presentar una certificación indicando la evolución del proceso y el diagnóstico definitivo, firmada por el médico que haya atendido a la persona protegida y por la administración del centro hospitalario, acreditando la fecha de alta y los servicios efectuados.

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

Cuando la asistencia se practique en servicios autorizados, MGC Mutua abonará directamente a quien la hubiese prestado el importe de aquélla. En este caso, la persona protegida solamente deberá abonar el importe de la franquicia en los casos en que la misma esté establecida. El importe de las franquicias abonadas por prestaciones de acupuntura será reembolsado por MGC Mutua a la persona protegida siempre que aquellas prestaciones tengan por objeto el tratamiento de lumbalgias crónicas de más de dos años de evolución.

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

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

1. Documento Nacional de Identidad o, en su caso, tarjeta de residencia.
2. Identificación y acreditación de la condición de persona protegida.
3. Acreditación, mediante el recibo correspondiente, de haber pagado el último recibo de la prima a MGC Mutua.
4. Autorización previa y expresa de MGC Mutua siempre y cuando se trate de intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, métodos terapéuticos y pruebas diagnósticas. Se exceptúan de esta autorización las pruebas y los tratamientos siguientes:
    - Aerosolterapia
    - Análisis clínicos (excepto citogenética, biología molecular, genética y genética molecular)
    - Audiometría
    - Broncoespirometría
    - Campimetría ocular
    - Citologías
    - Claudicometría simple
    - Colposcopias
    - Desbridamiento de abscesos sin anestesia general
    - Doppler
    - Ecografías
    - Electrocardiograma
    - Estudios anatomopatológicos de biopsias y piezas quirúrgicas
    - Extracción de biopsia en consulta
    - Extracciones de piezas dentarias
    - Fibroendoscopias nasal, rinofaríngea y laríngea, y salpingoscopia

- Impedanciometría
- Infiltraciones articulares y artrocentesis
- Pletismografía
- Pruebas alérgicas (excepto de alto riesgo)
- Radiología digestiva con contraste baritado
- Radiología general sin contraste
- Radiología urológica con contraste yodado (excepto urodinámica)
- Rectoscopia
- Tratamiento ortopédico con escayola

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

6.2. Asistencia practicada por servicios no autorizados

6.2.1. **Excepcionalmente, MGC Mutua cubre, en los términos seguidamente establecidos, las siguientes asistencias practicadas por servicios no autorizados:**

a) **Asistencias de urgencia que haya sido imposible practicar, por razones justificadas, por los servicios autorizados, hasta una cobertura económica máxima de 12.000 euros, calculados según la factura satisfecha y aportada por la persona protegida.**

b) **Intervenciones u hospitalizaciones que no puedan ser practicadas por ninguno de los servicios autorizados de MGC Mutua, tanto si se debe realizar en España como en el extranjero, siempre que consistan en una técnica homologada y consensuada por la comunidad científica y que no tenga carácter experimental. Esta cobertura tiene como límite la cantidad de 42.000 euros por proceso.**

c) **Las visitas de acupuntura están cubiertas, con una cobertura económica máxima establecida en el anexo II, siempre que tengan por objeto el tratamiento de lumbalgias crónicas de más de dos años de evolución, y quedarán excluidas de cobertura en los otros casos.**

En los anteriores casos, la persona protegida notificará a MGC Mutua la asistencia sanitaria requerida, siempre con carácter previo a la realización de aquélla en el anterior caso b), y en el plazo más breve posible en el anterior caso a). La cobertura descrita en el mencionado caso b) (asistencia que no pueda ser practicada por ninguno de los servicios autorizados) precisará siempre la autorización previa de MGC Mutua.

6.2.2. Siempre que proceda la cobertura, MGC Mutua podrá optar entre hacerse cargo del abono de la asistencia sanitaria al centro que la

hubiese practicado o bien rembolsar la cantidad correspondiente a la persona protegida.

6.2.3. Para proceder al reembolso se deberán cumplir las condiciones siguientes, que podrán ser realizadas por la propia persona protegida o bien por otra persona en su nombre:

- Presentación de un informe médico en el que conste la información siguiente:
  a) Persona a quien se haya realizado la asistencia.
  b) Naturaleza, fecha e importe de los actos médicos realizados.
  c) Persona o personas, físicas o jurídicas, que hayan prestado la asistencia, con indicación del nombre, domicilio, número de colegiado y número de identificación fiscal.
- En caso de intervención quirúrgica, hospitalización, y realización de pruebas diagnósticas y/o métodos terapéuticos, remisión a MGC Mutua de un informe médico en el que consten los datos siguientes:
  a) Persona protegida.
  b) Diagnóstico y naturaleza de la enfermedad.
  c) Tipo de tratamiento efectuado y probable duración.
  d) Centro asistencial de ingreso.
  e) Fecha y hora del ingreso.
- Para las prestaciones de acupuntura cubiertas será suficiente la presentación de un informe médico que contenga el diagnóstico y justifique el tratamiento requerido.
- En los casos de hospitalización, comunicación del periodo de internamiento una vez finalizado.
- Presentar las facturas originales de los gastos generados.
- Informe de alta médica, en el cual se hará constar la continuidad asistencial oportuna cuando ésta fuese necesaria, salvo para las prestaciones de acupuntura.
- Rellenar debidamente el impreso de solicitud de reembolso.

6.2.4. Toda la documentación será aportada mediante documentos originales redactados de forma fácilmente legible en lengua catalana o castellana. Siempre que los documentos fuesen redactados en otras lenguas, la persona protegida deberá hacerlos traducir a su cargo.

6.2.5. El incumplimiento de las condiciones expuestas en los párrafos anteriores liberará a MGC Mutua de la obligación de rembolsar los gastos de asistencia, salvo que aquél fuese debido a circunstancias de fuerza mayor.

6.2.6. Una vez recibida toda la documentación preceptiva y realizada, si proceden, las comprobaciones oportunas, MGC Mutua rembolsará el importe de los gastos de la asistencia o, si éste no fuese aceptado, consignará la cantidad garantizada, en un plazo máximo de diez días laborables.

6.2.7. El importe de los gastos de asistencias practicadas en el extranjero y abonadas en monedas diferentes al euro se calculará según el cambio oficial del euro en el momento en que la persona protegida efectuó el pago.

7. Periodos de carencia

Las prestaciones que MGC Mutua asume en virtud de la póliza se facilitarán desde la fecha en vigor del contrato para cada uno de los asegurados, **excepto las relacionadas a continuación, las cuales tienen los períodos de carencia que seguidamente se establecen:**

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

   Recién nacidos: las prestaciones precisadas por el recién nacido hijo de la persona protegida se disfrutarán sin periodo de carencia, siempre que, en el momento del parto, la madre biológica hubieses finalizado el periodo de carencia por parto establecido en el apartado a), que el parto hubiese sido cubierto por MGC Mutua, y el recién nacido estuviese inscrito en el seguro dentro del plazo establecido en el último párrafo de la cláusula 4.

b) **Visita ambulatoria preventiva en centros concertados: 10 meses.**

c) **Vasectomía y esterilización tubárica: 12 meses.**

d) **Reproducción asistida: 6 años para cada miembro de la pareja.**

e) **Test genético de diagnóstico prenatal no invasivo en sangre materna: 10 meses.**

f) **Rehabilitación ambulatoria (no hospitalaria) con el tratamiento de tecarterapia (terapia de transferencia eléctrica capacitiva-resistiva – INDIBA) en el aparato locomotor: 3 años.**

g) **Tratamientos con cirugía robótica (Da Vinci y similares o equiparables) para las patologías cubiertas por el seguro: 3 años.**

h) **Conservación de células madre del cordón umbilical: 3 años.**

i) **Ecografía gestacional 3D-4D: 10 meses.**

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

En caso de gestación o parto, tampoco se podrá acceder a las prestaciones de asistencia hospitalaria ni a las prestaciones

autorizables, si en el momento de la fecha prevista para el parto no hubiera finalizado el periodo de carencia específico para el parto.

8. Franquicias

Se establecen las franquicias relacionadas en el anexo I.

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

9. Riesgos excluidos

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

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

9.1.1. **Previos a la contratación del seguro o derivados de la valoración técnica de la declaración de salud. Sin embargo, esta exclusión no se aplicará a los recién nacidos hijos de la persona protegida cuando el tomador presente la solicitud de inscripción del seguro antes de la octava semana de gestación, o bien, cuando haya comunicado, con motivo de su nacimiento, la inscripción al seguro con posterioridad al plazo indicado en la cláusula 4.**

9.1.2. **Derivados de autolesiones o de intentos de suicidio.**

9.1.3. **Derivados de causas no patológicas o de tratamientos producidos por dichas causas.**

9.1.4. **Complicaciones del embarazo cuando la persona protegida se encuentre en periodo de carencia.**

9.1.5. **Derivados de drogadicciones, de intoxicaciones por drogas, incluida la embriaguez, o del consumo de medicamentos efectuado sin prescripción médica o sin observar la forma prescrita.**

9.1.6. **Derivados de enfermedades profesionales, de accidentes de trabajo cubiertos por el seguro laboral, de accidentes de vehículos a motor cubiertos por el seguro de suscripción obligatoria, de accidentes deportivos cubiertos por el seguro obligatorio deportivo, de accidentes de caza o de otras situaciones cubiertas por seguro obligatorio o por un tercer responsable.**

9.1.7. **Producidos como consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte o actividad deportiva, i de todos aquellos que esten amparados por l Real Decreto 849/1993, de 4 de junio, que determina las prestacions mínimes del seguro obligatorio deportivo o por un seguro especifico de accidentes deportivos. Asimismo, queda excluida la práctica de deportes de aventura y la práctica como aficionado de deportes o de actividades de riesgo o que comporten una especial peligrosidad (entre aquellos y aquellas se incluyen, a título meramente enunciativo y no limitativo, la escalada, la espeleologia, el rafting, el barranquisme, la travesia de glaciares, el paso de montaña con cordada, el descenso de montaña o downhill, el enduro de cross country, el ala delta, el paracaidismo, el parapente, el puenting, el hidrospeed, la motonàutica, el esquí acuático, el surf y sus modalidades, los de combate, el rugbi, los toros, los deportes hípicos, la caza, el esquí fuera de pistas, y en general los deportes similares a los anteriores, o de nueva creación, los cuales puedan considerarse de riesgo).**

9.1.8. **Ocasionados por conductas o actos realizados con ánimo fraudulento.**

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

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

En los casos de accidentes laborales y en el de enfermedades profesionales -cuando la persona protegida trabaje por cuenta ajena-, de accidentes de circulación y de accidentes de caza, MGC Mutua podrá acordar hacerse cargo de la asistencia cuando concurran los requisitos siguientes:

- Solicitud por escrito por parte de la persona protegida.
- Asistencia sanitaria prestada en servicios autorizados por MGC Mutua.
- Cesión a MGC Mutua de todos los derechos de subrogación que tuviese la persona protegida.
- Suministro a MGC Mutua de todos los documentos y la colaboración que ésta considere necesarios.

9.2. Generados por los tratamientos siguientes:

9.2.1. **Interrupción voluntaria del embarazo sin causa médica justificada, o los supuestos que se encuentren fuera de los**

establecidos por la legislación vigente sobre la materia, y pruebas diagnósticas relacionadas con la misma.

9.2.2. **Tratamiento del bruxismo –salvo la corrección de sus efectos en la articulación Temporomandibular (ATM) mediante intervención quirúrgica, la cual queda cubierta por el seguro-,**

9.2.3. **La diálisis y la hemodiálisis; sin embargo, quedan expresamente cubiertas la diálisis y la hemodiálisis en caso de urgencia o de insuficiencia renal aguda.**

9.2.4. **Tratamientos de logopedia y foniatría, siempre y cuando no sean necesarios como consecuencia de una patología orgánica. Se excluyen específicamente los tratamientos de reeducación y terapias educativas, así como los derivados de problemas dentofaciales o preortodóncicos**.

9.2.5. **En reproducción asistida, el coste de la congelación y el mantenimiento de embriones de las situaciones no específicamente cubiertas; asimismo, se excluyen los costes correspondientes a la preparación del donante y a la obtención y preparación del semen y/o óvulo de donante.**

9.2.6. **Hospitalizaciones derivadas de problemas o causas de cariz familiar o social.**

9.2.7. **Asistencia motivada por procesos seniles, degenerativos y otros en los que la permanencia en régimen de internado no sea considerada necesaria por facultativo autorizado.**

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

9.2.9. **Prótesis de cualquier tipo, ortesis, así como piezas anatómicas, ortopédicas o biológicas, material de osteosíntesis y osteotaxis, así como los costes de procesamiento y preservación de órganos y tejidos humanos, salvo las amparadas por la cobertura de prótesis de MGC Mutua, siempre que la persona protegida esté previamemente asegurada en aquella póliza. Están también excluidos los materiales e instrumentos necesarios para colocar prótesis, material de osteosíntesis y de osteotaxi.**

9.2.10. **Intervenciones para la colocación de prótesis peneana cuando no se haga por indicación vascular o neurológica.**

9.2.11. **Tratamientos esclerosantes de las dilataciones venosas de las extremidades inferiores cuando éstos no sean sustitutivos del tratamiento quirúrgico de las varices patológicas.**

9.2.12. **Internamientos de carácter médico o quirúrgico a causa de obesidad no mórbida.**

9.2.13. **Intervenciones con láser quirúrgico o cosmético salvo las siguientes:**

- **Corrección quirúrgica de defectos de refracción ocular mediante láser u otras técnicas quirúrgicas cuando el número de dioptrías derivadas de una misma enfermedad o patología ocular, sea igual o superior a cinco en un mismo ojo.**
- **Láseres Yag, Argo, Diodo y de Hipertermia, utilizados en oftalmología.**
- **Láser quirúrgico para el tratamiento de la hipertrofia benigna prostática.**
- **Láser quirúrgico para el tratamiento de la hipertrofia de cornetes y la amigdaloadenoidectomia.**
- **Láser quirúrgico para la patologçia tumoral del cuello uterino.**
- **Láser quirúrgico para el tratamiento de las hemorroides.**
- **Láser para la fragmentación o destrucción de cálculos urinarios asociados a técnicas endoscópicas (Lasertripsia endoureteral).**
- **Láser quirúrgicco para la patología tumoral maligna de laringe.**

9.2.14. **Determinaciones del mapa genético, que tienen por finalidad conocer la predisposición a sufrir determinadas enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas, y las que, aún siendo de carácter o con finalidad diagnóstica, no influyan o no aporten ningún elemento al tratamiento aplicable.**

9.2.15. **Actuaciones preventivas, específicamente las revisiones y exámenes médicos generales de carácter preventivo, no expresamente autorizadas por la póliza.**

9.2.16. **Consultas, servicios y tratamientos con finalidades puramente estéticas o cosméticas. Sin embargo, quedan incluidos los siguientes:**

- **Consultas a endocrinólogos o dietistas a causa de obesidad.**
- **Tratamientos de cirugía dermatológica menor por lesiones patológicas mínimas de tipo benigno.**
- **Remodelación mamaria contralateral en caso de neoplasia de mama.**

9.2.17. **Servicios consistentes en tratamientos en balnearios o en meras actividades de ocio, confort, reposo o deporte.**

9.2.18. **Servicios consistentes en técnicas de diagnóstico o en tratamientos que no tengan contrastada científicamente una positiva aportación para la curación.**

9.2.19. **Tratamientos y técnicas no aprobados por las autoridades sanitarias y científicas competentes del Estado Español, o que sean experimentales o se encuentren en fase de estudio, o que no estén previstos de forma generalizada y pautada en el protocolo habitual de la disciplina o especialidad médica correspondiente.**

9.2.20. **Corrección quirúrgica de la presbicia (vista cansada).**

9.2.21. **Tratamientos que requieran de la utilización de la Cámara Hiperbárica.**

9.2.22. **Trasplantes de órganos, así como las visitas o consultas y pruebas para determinar la posibilidad de ser donante. No obstante, quedan cubiertos por el seguro, el trasplante de córnea y el autotrasplante de médula de hueso.**

9.2.23. **Terapias Biológicas utilizadas para tratamientos oncológicos, a excepción de las especialmente autorizadas por la póliza, para los seguros que tengan cubiertos determinados anticuerpos monoclonales.**

9.2.24. **Tratamientos por ondas de choque, excepto para la litofragmentación urológica o para la rehabilitación de las patologías del aparato locomotor siguientes: lesiones de tendinitis de codo, rotuliana, aquilia, fascitis plantar con o sin espolón calcáneo, tendinopatías de los manguitos rotadores con o sin calcificaciones.**

9.3. Generados por los suministros y servicios siguientes:

9.3.1. **Productos farmacéuticos no distribuidos ni administrados en régimen de hospitalización. Asimismo, los anticuerpos monoclonales expresamente autorizados por la póliza y administrados en régimen de hospitalización quedaran cubiertos por el seguro siempre que sean utilizados en tratamientos oncológicos.**

9.3.2. **Productos farmacéuticos distribuidos en régimen ambulatorio, salvo los expresamente autorizados por la póliza y en las condiciones generales establecidas en ésta.**

9.3.3. **Vacunas de toda clase, incluida la administración de las mismas.**

9.3.4. **Cama para el acompañante en unidades de vigilancia o cuidados intensivos, en servicios de atención a los recién nacidos (unidades de neonatología) y de psiquiatría.**

9.3.5. **Viajes y desplazamientos, salvo del traslado en vehículo sanitario de la persona protegida en los términos que prevea estas condiciones generales.**

9.3.6. **Técnica quirúrgica asistida por robótica (Da Vinci y similares o equiparables, excepto para el tratamiento de las siguientes patologías:**

- **Prostatectomía por patología tumoral maligna de próstata.**
- **Cirugía oncológica abdominal por cáncer colorectal.**
- **Endometriosis profunda infiltrativa.**

9.3.7. **Utilización de los Neuronavegadores, a excepción de los utilizados para la cirugía de las patologías o lesiones que afecten al sistema nervioso central, las ablaciones y/o intervenciones cardiacas dónde sea imprescindible.**

9.4. Derivados de asistencias en las que concurra alguna de las circunstancias siguientes:

9.4.1. **Injustificadas médicamente o insuficientemente contrastadas científicamente**.

9.4.2. **Requeridas por la persona protegida con manifiesto abuso de derecho.**

9.4.3. **Tratamientos claramente superados por otros disponibles y cubiertos por la póliza.**

9.4.4. **Tratamientos que no tengan suficientemente probada una contribución eficaz, entre ellos la Mesoterapia, la Hidroterapia, la Quiropraxia, la Osteopatía, la Ozonoterapia, la Presoterapia y otros similares. Sin embargo, los tratamientos de Ozonoterapia quedarán cubiertos en los casos de Hernia Discal y Espondilitis Anquilopoyética, siempre que sean practicados por servicios autorizados, y con los límites que se especifican en el anexo II.**

9.4.5. **Aplicadas a situaciones crónicas, incurables, y/o terminales que no tengan, estas últimas, justificación médica.**

9.4.6. **Consultas, servicios y situaciones patológicas derivados de un tratamiento prescrito o efectuado por una persona no autorizada o derivados del incumplimiento de las prescripciones del médico autorizado responsable de la curación.**

9.4.7. **Prestadas por personas vinculadas familiarmente con la persona protegida por relación conyugal o de parentesco hasta el segundo grado, incluido, de consanguinidad o de afinidad.**

9.4.8. Prestadas por hospitales, centros y otros establecimientos de titularidad pública, integrados en el sistema de la Seguridad Social de España y/o dependientes de las comunidades autónomas. En todo caso, MGC Mutua se reserva la facultad de reclamar a la persona protegida el recobro de los gastos que haya tenido que abonar al sistema sanitario público, por la asistencia médico-quirúrgica y hospitalaria prestada.

9.4.9. Estancias hospitalarias de la persona protegida para acompañar a su hijo o tutelado menor de edad.

9.4.10. Derivadas o consecuencia de prestaciones no cubiertas o excluidas de cobertura del seguro.

10. La Prima

10.1. Pago del seguro (primas)

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

El fraccionamiento del pago de la prima no exime al tomador de su obligación de abonar la totalidad de la prima anual. Si se produjera el impago de tres de los fraccionamientos mensuales o de uno de trimestral o semestral, quedará sin efecto la facilidad de pago aplazado y el importe pendiente de la prima anual será inmediatamente exigible. Así mismo, cuando, por causa no imputable a MGC Mutua, no se atienda algún de los fraccionamientos acordados, el tomador deberá abonar también los gastos que genere aquella falta de pago y el interés de demora.

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

10.2. Efectos del impago de la prima

Si, por culpa del tomador, la primera prima no fuese pagada o se produjese un impago de cualquiera de sus posibles fraccionamientos, MGC Mutua tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima anual devengada en base a la póliza, quedando liberada de su obligación mientras no se regularice la situación.

En caso de falta de pago de la prima anual o de uno de sus fraccionamientos acordados de alguna de las siguientes anualidades, el tomador dispone de un mes para hacer frente al pago, transcurrido el cual, la cobertura queda suspendida. Si MGC Mutua no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes desde la fecha de impago, se entenderá que el contrato queda extinguido.

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

10.3. Actualización anual de las condiciones económicas de la póliza

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

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

10.4. Descuentos en la prima de seguro

Podrá aplicarse el siguiente descuento en el importe de la prima del seguro a partir del momento en que sea solicitado:

10.4.1. Descuento generaciones. - Este descuento se aplicará en función de los descendientes que se incluyan en la misma póliza y quedará recogido en el importe de la prima que conste en las condiciones particulares.

11. Exención temporal del pago de cuotas por muerte de progenitores o tutores

Si se produce la muerte de uno o de ambos progenitores, o de todos los tutores nombrados judicialmente por defecto de aquéllos, MGC Mutua se hará cargo, durante doce meses, del importe de los recibos mensuales del seguro que correspondiesen a los hijos o tutelados menores de 18 años, siempre que unos y otros estuviesen previamente asegurados con esta misma póliza y, en su caso, el progenitor sobreviviente continúe de alta durante todo el período antes mencionado. En caso de inscripción inicial de los hijos y un sólo progenitor, la defunción de éste también comportará la gratuidad de los mencionados recibos mensuales de los hijos en los mismos términos descritos anteriormente.

La muerte que genere derecho a la exención de pago de los mencionados recibos mensuales deberá ser comunicada a MGC Mutua y acreditada, mediante la aportación del correspondiente certificado de defunción, en el plazo máximo de tres meses desde que se hubiese producido.

La exención de pago de los mencionados recibos mensuales, durante el mencionado período máximo de doce meses, se aplicará a partir del día 1 del mes siguiente al que hubiese sido comunicada y acreditada, dentro del período establecido, la defunción o defunciones que la generen.

12. Deberes del asegurado

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

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

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

13. Período de cobertura

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

La cobertura se renovará automáticamente cada año por un período de un año natural, salvo que MGC Mutua, como mínimo dos meses antes de la fecha de vencimiento, o el tomador como mínimo un mes antes de la fecha mencionada, comuniquen por escrito su voluntad de no renovarla.

14. Subrogación

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

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

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

15. Comunicaciones

Las comunicaciones a MGC Mutua por parte del tomador deben dirigirse al domicilio de aquella señalado en la póliza.

Cualquier notificación o comunicación por parte de MGC Mutua relativa al contrato de seguro podrá ser enviada a la dirección postal, a la dirección electrónica, al teléfono fijo o al teléfono móvil del tomador del seguro. Estos datos serán los que consten en la póliza, salvo que se hubiese comunicado formalmente un cambio posterior.

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

ANEXO I

Franquicias

Por asistencia en centros concertados por la Entidad	Importe €
Urgencias Hospitalarias	
Atención de urgencia hospitalaria (puerta):	
De 1 a 3	8,00 €
Más de 3	12,00 €
Medicina General, Pediatría, Especialidades y Urgencias Ambulatorias	
Visitas a domicilio y urgencias en consultorio y ambulatorias	
De 1 a 3	4,00 €
Más de 3	6,00 €
Visitas en consultorio medicina general y pediatría	
Visita	2,50 €
Visitas en consultorio resto de especialidades	
Visita	3,50 €
Enfermería	
Visita/Acto	
Por acto	2,50 €
Exploraciones, Tratamientos y Otros	
De alta complejidad/coste	
Por acto	7,00 €
Sesión de rehabilitación	
Por sesión	2,00 €
Radiología oncológica	
Por acto	7,00 €
Radiología Vascular	
Por acto	7,00 €
Tomografía Axial Computerizada	
Por exploración	7,00 €
Resonancia Magnética Nuclear (RMN)	
Por acto	7,00 €
Tomografía por Emisión de Positrones (PET)	
Por acto	7,00 €
Amniocentesis / Biopsia de corion/Test diagnóstico Prenatal no invasivo Sangre materna	
Por exploración/tratamiento	7,00 €
PH-metria o similares	
Por exploración/tratamiento	7,00 €
Estudio Polisomnográfico	
Por acto	7,00 €
Fotocoagulación oftálmica ambulatoria	
Por acto	7,00 €
Medicina Nuclear	
Por exploración	7,00 €
Tratamiento del dolor	
Por tratamiento	7,00 €
Técnica quirúrgica asistida por robótica *(Da Vinci y similares o equiparables)*	
Por acto	10.000,00 €
Traslado ambulancia	
Por traslado	7,00 €

Ingresos Hospitalarios	
Por estancia	0,00 €
Por ingreso	7,00 €
Resto de actos	
De 1 a 9	3,00 €
Más de 9	7,00 €

ANEXO II

Límites a la asistencia practicada por servicios autorizados

Para las asistencias relacionadas a continuación se establece el número máximo de sesiones o tratamientos que se indican seguidamente:

- **Visitas de psicología clínica: 24 por persona protegida y año.**
- **Sesiones de logopedia: 90 por persona protegida y año, únicamente por indicación del médico especialista correspondiente, cuando la causa sea una patología orgánica, así como las realizadas inmediatamente después de una intervención quirúrgica (post intervención quirúrgica).**
- **Sesiones de quiropedia: 12 por persona protegida y año. Sin embargo, MGC Mutua podrá autorizar más sesiones si son prescritas por el médico responsable del paciente. En los casos de pie diabético prescritos médicamente, el número de sesiones cubiertas será ilimitado.**
- **Higienes dentales: 2 por persona protegida y año.**
- **Degeneración macular ocular: 6 por ojo y año.**
- **Ozonoterapia: 12 sesiones el primer año, correspondiente a la fase aguda del tratamiento, por persona protegida y patología y 4 anuales, de seguimiento, durante los años sucesivos, por persona protegida y patología.**
- **Sesiones de rehabilitación funcional: 90 por persona protegida y año.**
- **Sesiones de rehabilitación por ondas de choque en el aparato locomotor: 8 por persona protegida y año, únicamente para las patologías de tendinitis de codo, rotuliana, aquília, fascitis plantar con o sin espolón calcáneo, tendinopatías de los manguitos rotadores con o sin calcificaciones.**
- **Sesiones de rehabilitación por tecarterapia (terapia de transferencia eléctrica capacitiva-resitiva -INDIBA) en el aparato locomotor, conjuntamente con el reentreno muscular adecuado: 8 por persona protegida y año, únicamente para las patologías de tendinopatía del hombro, tendinitis rotuliana, esguince del ligamento lateral externo del tobillo y roturas musculares totales, subtotales o roturas de fascículos musculares.**
- **Ecografía 3D-4D para el seguimiento gestacional: 1 por gestación.**

Importes máximos de cobertura económica por contingencia proporcionada por un proveedor de MGC Mutua.

- **Conservación de células madre de cordón umbilical, en función de la opción de servicio escogida, de entre las tres que se indican a continuación por gestación. La cobertura incluye también el coste de mantenimiento hasta el límite de 90 euros durante 6 años, por gestación:**
  - **Servicio First: 300 euros**
  - **Servicio Advanced: 300 euros**
  - **Servicio Profiency: 300 euros**

Importes máximos por asistencias no practicadas por servicios autorizados

- **Visitas de acupuntura: 40 euros (incluye los tratamientos efectuados en la visita).**