



Este documento contiene una descripción de las principales características del producto. La información precontractual y contractual completa relativa al seguro se facilita en otros documentos, como la solicitud, el documento de asociación y reglamentos del producto, y que regulan la relación entre las partes.

¿En qué consiste este tipo de seguro?

Salut Plus es un seguro de asistencia sanitaria sin copago, donde el asegurado puede acceder a un amplio cuadro médico concertado por la Mutualidad. Si tiene contratada la modalidad de reembolso, podrá optar por profesionales y centros no concertados; en este caso la Mutualidad pagará al asegurado un porcentaje de la factura con unos determinados límites.



¿Qué se asegura?

- ✓ Medicina general, pediatría, servicio de enfermería.
- ✓ Urgencias ambulatorias y domiciliarias.
- ✓ Especialidades médicas y quirúrgicas.
- ✓ Medios de diagnóstico.
- ✓ Hospitalización médica, quirúrgica y unidad de curas intensivas (UCI).
- ✓ Embarazo y parto.
- ✓ Tratamientos especiales: trasplantes de órganos, quimioterapia, podología, diálisis, vasectomía, ligadura de trompas, láser verde holmium y tulio en intervenciones de próstata, entre otros.
- ✓ Psicología clínica y logopedia*.
- ✓ Fisioterapia y rehabilitación funcional.
- ✓ Prótesis
- ✓ Servicio de ambulancia.
- ✓ Programa de medicina preventiva.
- ✓ Segundo diagnóstico internacional para enfermedades graves.
- ✓ Cobertura dental: visita revisión y urgencia, limpieza bucal, radiografías, extracciones simples...
- ✓ Avantsalud: consejo médico y psicológico telefónico 24h, acceso a coste preferente a servicios de bienestar (ópticos, audiófonos, ortopedia, dietética, ...)
- ✓ Asistencia en viaje: 18.000 €.
- ✓ Fondo Social: devolución de cuotas en caso de desocupación o incapacidad temporal, hasta 1.000€.
- ✓ Liberación del pago de cuotas: en caso de muerte del mutualista con algún hijo menor de 18 años.

* Exclusivamente por Reembolso

El detalle completo de las coberturas incluidas queda especificado en el Reglamento del Producto.



¿Qué no está asegurado?

- ✗ Enfermedades, lesiones o estados de salud anteriores al momento de contratación o alta en el seguro, y sus secuelas.
- ✗ Enfermedades y accidentes derivados de guerras, terrorismo, epidemias, radiación nuclear y cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico.
- ✗ Enfermedades o lesiones derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte y de actividades de riesgo, así como la participación en apuestas y competiciones.
- ✗ Tratamiento, pruebas, así como enfermedades o estados patológicos producidos por ingesta de alcohol o alcoholismo, tabaquismo o cualquier droga.
- ✗ Cualquier tipo de medicación y/o productos farmacéuticos, excepto los administrados en un ingreso hospitalario.
- ✗ Cirugía estética y cualquier otro tratamiento con finalidad estética o cosmética.
- ✗ Las técnicas médicas que no hayan estado ratificadas por las Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias.
- ✗ La hospitalización cuando no haya posibilidad de curación, o sea de carácter social o familiar, mantenimiento y/o para la mejora.
- ✗ La asistencia en centros públicos.

El detalle completo de las coberturas excluidas queda especificado en el Reglamento del Producto.



¿Existen restricciones en lo que respecta a la cobertura?

- ! Periodo de carencia (Periodo en el que aún no se puede disfrutar de la cobertura):
 - Seis meses: medios de diagnóstico de alta tecnología como la resonancia magnética, TAC y PET-PET/TC, tratamientos como la fisioterapia, psicología, así como los tratamientos que no sean causa de un accidente, excepto los de urgencia vital.
 - Diez meses: hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas (incluidas ligaduras de trompas o vasectomía) y prótesis.
- ! Prótesis: límite de 12.000 € por asegurado y año.
- ! Hospitalización psiquiátrica: límite de 30 días anuales en centros concertados por la Mutualidad.
- ! Podología: en consultorio hasta un máximo de 12 sesiones anuales.
- ! Asistencia en viaje: 18.000 € anuales; la estancia máxima en el extranjero no podrá exceder de 90 días consecutivos por viaje o desplazamiento.
- ! Reembolso (si está contrada esta modalidad): 80% del coste de la factura, sujeto a determinados límites anuales por asegurado:
 - Pruebas diagnósticas y honorarios médicos: 2.500 €.
 - Hospitalización e intervención: 15.000 € por hospitalización, 4.000 € por intervenciones quirúrgicas y 3.000 € por pruebas diagnósticas no ambulatorias. Hasta 3.000 € por parto y gastos de maternidad.

El detalle completo de las restricciones queda especificado en el Reglamento del Producto y el documento de asociación.



¿Dónde estoy cubierto?

- ✓ Las prestaciones de asistencia sanitaria en centros concertados y la modalidad de reembolso tienen cobertura en el territorio español, siempre que el domicilio habitual del asegurado no sea en el extranjero. En caso de asistencia en viaje la cobertura es en todo el mundo.



¿Cuáles son mis obligaciones?

- Devolver firmado el contrato a la Mutualidad y abonar el precio del seguro.
- Declarar antes de la formalización del contrato, toda la información conocida que pueda influir en la valoración del riesgo según su estado de salud.
- Facilitar la información y documentación médica que sea requerida por la Mutualidad.
- Identificarse con la tarjeta sanitaria, que es personal e intransferible.



¿Cuándo y cómo tengo que efectuar los pagos?

Periodicidad de pago: la cuota es anual, a pesar de que se puede fraccionar de forma trimestral o mensual. El fraccionamiento no libera de la obligación de abonar la totalidad de la cuota.

Forma de pago: domiciliación bancaria, en la cuenta designada por el solicitante.

El primer pago se realizará en el momento de la contratación y los sucesivos días 1 de cada periodo.



¿Cuándo comienza y finaliza la cobertura?

Fecha de inicio: una vez pagado el primer recibo y firmado el contrato, empezará en la fecha acordada por las partes, que constará en el contrato.

Fecha de finalización: 31 de diciembre de cada año.

Renovación: automática por anualidades. La Mutualidad no anulará el contrato, siempre que el asegurado cumpla con sus obligaciones.



¿Cómo puedo rescindir el contrato?

El mutualista podrá rescindir el contrato, oponiéndose a la prórroga, mediante notificación escrita y firmada a la Mutualidad, con un mínimo de un mes de anticipación a la finalización del periodo del seguro en curso (31 de diciembre)