

III. OTRAS DISPOSICIONES

MINISTERIO DE JUSTICIA

10591 *Resolución de 8 de septiembre de 2017, de la Mutualidad General Judicial, por la que se convoca la presentación de solicitudes por entidades de seguro para suscribir concierto con esta Mutualidad, para la asistencia sanitaria de beneficiarios durante 2018, con previsión de prórrogas.*

En aplicación de lo previsto en el artículo 17 del Real Decreto Legislativo 3/2000 de 23 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de las disposiciones legales vigentes sobre el Régimen Especial de Seguridad Social del Personal al Servicio de la Administración de Justicia y en el artículo 72 del Real Decreto 1026/2011, de 15 de julio por el que se aprueba el Reglamento de la Mutualidad General Judicial, (en adelante, Reglamento de Mugeju),

Esta Gerencia ha dispuesto convocar la presentación de solicitudes para suscribir concierto para la prestación de la asistencia sanitaria en el territorio nacional a beneficiarios de Mugeju durante 2018, con previsión de prórrogas para 2019, 2020 y 2021, con arreglo a las siguientes

Bases

1. Objeto de los conciertos

1.1 El objeto de los conciertos es asegurar el acceso a la prestación de asistencia sanitaria en todo el territorio nacional a beneficiarios de la Mutualidad General Judicial que opten por recibirla a través de una Entidad de seguros durante 2018, con previsión de prórrogas para 2019, 2020 y 2021, a cambio de la correspondiente contraprestación económica por parte de Mutualidad General Judicial.

Esta asistencia se prestará de conformidad con la Ley 14/1986 General de Sanidad, de 25 de abril, la Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y el Real Decreto Legislativo 3/2000 de 23 de junio por el que se aprueba el Texto Refundido de las disposiciones legales vigentes sobre el Régimen Especial de Seguridad Social del personal al servicio de la Administración de Justicia.

2. Naturaleza y régimen jurídico de los conciertos

2.1 El régimen jurídico de los conciertos es el regulado en el artículos 17 del Real Decreto Legislativo 3/2000, de 23 de junio, que aprueba el texto refundido de las disposiciones legales vigentes sobre el Régimen Especial de Seguridad Social del Personal al Servicio de la Administración de Justicia, en los artículos 71 y siguientes del Reglamento de la Mutualidad General Judicial y en la disposición adicional vigésima del Real Decreto Legislativo 3/2011 por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del sector público (en adelante, Ley de Contratos del Sector Público).

2.2 Los conciertos que se suscriban quedan sometidos a las presentes bases, así como al modelo denominado «Concierto con la Mutualidad General Judicial para la asistencia sanitaria de beneficiarios durante 2018, con previsión de prórrogas para 2019, 2020 y 2021» que se contiene en el anexo A de esta Resolución.

2.3 Para lo no previsto en las disposiciones aludidas, la convocatoria se regirá por la legislación básica del Estado en materia de contratos públicos, es decir, por la Ley de Contratos del Sector Público y supletoriamente, se aplicarán las restantes normas de derecho administrativo, y en su defecto, las normas de derecho privado.

2.4 El orden jurisdiccional competente para el conocimiento de las cuestiones litigiosas relativas a la preparación, adjudicación, efectos, cumplimiento y extinción del Concierto será el contencioso-administrativo, sin perjuicio de que, en su caso, proceda la

interposición de cualquiera de los recursos regulados en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, Ley 39/2015).

3. Condiciones generales

3.1 Obtención de la documentación: Las Entidades interesadas podrán obtener un ejemplar de la presente Resolución y de sus anexos A, B, C y D, en los servicios centrales de la Mutualidad General Judicial (calle Marqués del Duero, n.º 7, 28001 Madrid), durante el plazo de presentación de solicitudes. Asimismo se podrá obtener un ejemplar de la referida documentación en la página Web de la Mutualidad General Judicial: www.mugeju.es.

Las Entidades podrán solicitar, en las direcciones señaladas, información sobre la convocatoria y la documentación complementaria durante el plazo habilitado a tal efecto, que comprende desde el día de publicación del anuncio de la presente Resolución en el «Boletín Oficial del Estado» hasta la fecha límite para la presentación de solicitudes.

3.2 Lugar de presentación de las solicitudes: Las solicitudes se presentarán en el Registro General de los servicios centrales de la Mutualidad General Judicial (calle Marqués del Duero, n.º 7, 28001 Madrid) o a través de alguno de los medios indicados en el artículo 16.4 de la Ley 39/2015.

Cuando la documentación se envíe por correo, la Entidad de Seguro deberá justificar la fecha de imposición del envío en la oficina de Correos y anunciar a la Gerencia de la Mutualidad General Judicial la remisión de la oferta mediante correo electrónico o fax en el mismo día. Sin la concurrencia de ambos requisitos (justificación de la fecha de imposición del envío y anuncio a la Gerencia de la Mutualidad General Judicial) no será admitida la proposición si es recibida con posterioridad a la fecha y hora de la terminación del plazo señalado en el punto 3.3 de estas bases. No obstante, transcurridos los diez días naturales siguientes a la indicada fecha sin haberse recibido la documentación, ésta no será admitida en ningún caso.

3.3 Plazo de presentación de las solicitudes: El plazo de presentación de solicitudes será de treinta días hábiles, contados desde el siguiente al de la publicación de esta Resolución en el «Boletín Oficial del Estado».

4. Requisitos para concertar

Puede concurrir a esta convocatoria toda Entidad que reúna los siguientes requisitos:

4.1 Tener plena capacidad de obrar y no estar incurso en prohibición de contratar con la Administración.

4.2 Estar constituida como Sociedad de Seguros, con autorización para actuar en todo el territorio nacional en el ramo de Enfermedad, modalidad de asistencia sanitaria, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 20 y siguientes de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y su anexo (en adelante, Ley 20/2015).

4.3 Acreditar suficiente solvencia técnica para la prestación de los servicios, para lo cual habrá de garantizarse la disponibilidad al menos, de los siguientes recursos:

a) Disponer de medios propios o concertados para la prestación de la atención primaria y especializada fijada en el Concierto y que se acreditarán según lo previsto en el punto 5.3 B) de estas bases.

b) Centro de atención de llamadas, con cobertura para el territorio nacional, que dé soporte las 24 horas del día, los 365 del año, con llamada gratuita para los beneficiarios de la Mutualidad General Judicial que precisen atención urgente.

c) Delegación propia en todas las capitales de provincia y en Ceuta y Melilla.

d) En el supuesto de que una Entidad no disponga de los medios aludidos en una o varias provincias o Ciudades Autónomas, podrá subconcertar con otra u otras Entidades autorizadas para actuar en el seguro de asistencia sanitaria, como mínimo, en el respectivo

ámbito provincial o de la correspondiente Ciudad Autónoma. El número de provincias o ciudades autónomas para las que se formalicen subconciertos no podrá ser superior a veinte.

Los subconciertos se acomodarán al modelo que figura como anexo B de esta Resolución.

En su caso, los subconciertos no producirán relaciones entre la Mutualidad General Judicial y la Entidad subconcertada, por lo que las obligaciones contenidas en el Concierto se entenderán siempre como de responsabilidad exclusiva de la Entidad concertada.

4.4 Acreditar la solvencia económica y financiera para la prestación de los servicios.

Las Entidades de Seguro que concurren a la convocatoria deberán haber emitido, en concepto de primas, en seguros de salud, por seguro directo o reaseguro aceptado, un mínimo de 3.000.000 euros, como promedio de los tres últimos ejercicios, salvo que se hubiera constituido con posterioridad a 2014, en cuyo supuesto será necesario que su capital social sea igual o superior a dicha cifra.

5. Documentación: Contenido y forma de presentación de las solicitudes

5.1 Junto con la solicitud, de la que se ofrece un modelo orientativo en el anexo C de esta Resolución, cada Entidad solicitante deberá presentar la documentación que se detalla en los siguientes epígrafes, en cualquiera de las formas admitidas en el artículo 28 de la Ley 39/2015. De presentarla en formato papel deberá incorporarse en un único sobre cerrado, identificado en su exterior con indicación del nombre y razón social de la Entidad, número de teléfono y de fax y dirección de correo electrónico.

5.2 Documentación acreditativa de la personalidad jurídica y de la capacidad de obrar.

5.2.1 En el caso de entidades aseguradoras españolas:

A) Escritura de constitución o, en su caso, de modificación de la sociedad, debidamente inscrita en el Registro Mercantil, cuando este requisito fuera exigible conforme a la legislación mercantil que sea aplicable. Si no lo fuere, la acreditación de la capacidad de obrar se realizará mediante la escritura o documento de constitución, de modificación, estatutos o acto fundacional, en el que consten las normas por las que se regula su actividad, debidamente inscritos, en su caso, en el Registro público que corresponda, según el tipo de persona jurídica de que se trate.

B) Copia debidamente legalizada de la tarjeta de identificación fiscal de la Entidad.

C) Certificación de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, acreditativa de que en la fecha de su libramiento, la Entidad mantiene vigente la autorización administrativa concedida para el ejercicio de la actividad aseguradora y de que la no está incurso en causa de disolución.

5.2.2 En caso de entidades aseguradoras de otros Estados miembros de la Unión Europea:

A) Certificación de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, acreditativa de que en la fecha de su libramiento, la entidad mantiene vigente la autorización administrativa concedida en España para el ejercicio de la actividad aseguradora y de que no está incurso en causa de disolución. En caso de que hubieran obtenido la autorización en su país de origen, la certificación anterior se contraerá al extremo de conocer si han presentado ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, los documentos que acreditan que respetan la normativa española.

B) Declaración de someterse a la jurisdicción de los Juzgados y Tribunales españoles de cualquier orden para todas las incidencias que, de modo directo o indirecto, pudieran surgir del Concierto, con renuncia en su caso al fuero jurisdiccional extranjero que pudiera corresponder a la Entidad.

5.2.3 En caso de entidades aseguradoras de terceros países:

A) Certificación de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones acreditativa de que la entidad de seguros extranjera ha sido autorizada para establecer sucursales en España.

B) Declaración de someterse a la jurisdicción de los Juzgados y Tribunales españoles de cualquier orden para todas las incidencias que, de modo directo o indirecto, pudieran surgir del Concierto, con renuncia en su caso al fuero jurisdiccional extranjero que pudiera corresponder a la Entidad.

5.2.4 Acreditación de la representación:

A) Poder de la persona que solicite la formalización del Concierto y, si fuera distinta, de la persona que lo suscribiría en representación de la Entidad, que será suficiente a cada uno de los efectos. El poder deberá figurar inscrito en el Registro Mercantil, excepto si se trata de un poder para acto concreto.

B) Copia debidamente legalizada de su Documento Nacional de Identidad o del documento que, en su caso, haga las veces de éste, de las personas que actúen en representación de la Entidad.

5.2.5 Acreditación de no estar incurso en prohibiciones para contratar con el Sector Público.

A estos fines, la Entidad aportará declaración responsable de no estar incurso la Entidad en las prohibiciones para contratar recogidas en el artículo 60 de Ley de Contratos del Sector Público, firmada por el representante de la misma.

5.3 Documentación justificativa de la solvencia técnica:

A) Declaración responsable de que la Entidad dispone, como mínimo de: Centro de atención de llamadas, con cobertura para todo el territorio nacional, que proporcione soporte las 24 horas del día, los 365 del año, con llamada gratuita para los beneficiarios de Mugeju que precisen atención urgente y de una delegación propia en todas las capitales de provincia y en Ceuta y Melilla, debiendo acompañarse de la relación de delegaciones con direcciones, teléfonos y correos electrónicos.

B) Relación de los medios propios y concertados con el formato contenido en el anexo D de estas bases en cada provincia, Ceuta y Melilla.

C) En caso de que se formalicen subconciertos de acuerdo con lo previsto en la base 4.3.d), se aportarán los subconciertos, conforme al modelo incluido en el anexo B y declaración de que las entidades subconcertadas no se hallan incursas en procedimientos de liquidación intervenida, suspensión de pagos o quiebra, así como los documentos señalados en los apartados 5.2.1.C), 5.3.B) y 5.3.D) de estas bases, para cada Entidad subconcertada.

D) Declaración responsable de la Entidad que exprese que su vinculación con los servicios, centros y facultativos de sus catálogos de proveedores tienen vigencia, al menos hasta el día 31 de diciembre de 2018.

5.4 Documentación acreditativa de la solvencia económica y financiera:

A) Declaración responsable de que la Entidad ha tenido un volumen de negocios de al menos, 3.000.000 euros en primas devengadas de seguros de salud, por seguro directo y reaseguro aceptado, como promedio de los tres últimos ejercicios económicos, o bien, informe de conformidad de las cuentas anuales correspondientes a los tres últimos ejercicios económicos, emitido por una firma de auditoría de primer orden.

B) Las Entidades de nueva creación deberán presentar informe favorable de, al menos, una firma de auditoría, en el que se haga constar que disponen de la capacidad necesaria para hacer frente al Concierto. Dicha certificación, no supondrá en ningún caso la asunción de responsabilidad solidaria o subsidiaria para la Entidad financiera.

5.5 En caso de ser exigible según la normativa sanitaria aplicable en el ámbito territorial de que se trate, la Entidad aportará documentación acreditativa de que dispone de autorización de la administración sanitaria correspondiente para realizar su actividad en el respectivo territorio.

5.6 En el caso de que se opte por presentar la documentación exigida en estas bases en formato papel, todos los documentos habrán de ser originales o copias que, conforme a la legislación vigente, tengan el carácter de auténticas.

5.7 Durante el período de valoración de la documentación acreditativa del cumplimiento de los requisitos recogidos en estas bases, la Mutualidad General Judicial podrá solicitar cualquier otra documentación no prevista en esta convocatoria, que considere oportuna para la verificación de los mismos.

6. Resolución de la convocatoria

6.1 Por Resolución de la Gerencia de la Mutualidad General Judicial se declarará el derecho a suscribir el concierto para todas las Entidades que cumplan los requisitos establecidos en las presentes bases.

Dicho derecho, así como, en su caso, el referente a cada una de las prórrogas, quedará sometido a la condición suspensiva de existencia de crédito adecuado y suficiente para financiar las obligaciones derivadas del concierto en el año de que se trate.

6.2 La Resolución se notificará a todas las Entidades que hayan presentado solicitud.

6.3 Contra la Resolución dictada por la Gerencia de la Mutualidad General Judicial podrá interponerse recurso de alzada ante el Ministro de Justicia, de acuerdo con lo previsto en el artículo 121 de la Ley 39/2015, y el punto primero de la Disposición Adicional Primera del Real Decreto 1206/2006, de 20 de octubre.

7. Formalización de los conciertos: Derecho y renuncia

7.1 La firma de los conciertos con las Entidades a las que se haya reconocido el correspondiente derecho se realizará antes del 31 de diciembre de 2017, debiendo entenderse formalizados bajo la condición suspensiva de existencia de crédito adecuado y suficiente para financiar las obligaciones derivadas de los conciertos.

7.2 El reconocimiento del derecho a la firma del concierto quedará sin efecto si no se llega a suscribir en el plazo señalado, por causa imputable a la Entidad.

7.3 Antes de la fecha fijada para la firma del concierto, las Entidades podrán renunciar a la firma del mismo, dirigiendo comunicación escrita a la Gerencia de la Mutualidad General Judicial.

8. Publicación

Una vez firmados los Conciertos, y mediante Resolución de la Gerencia de la Mutualidad General Judicial, se publicará en el «Boletín Oficial del Estado» el texto del Concierto suscrito, así como la relación de Entidades firmantes.

9. Fianza

9.1 Las Entidades que suscriban el concierto deberán tener adscritos, con efectos de las cero horas del día 1 de febrero del 2018, un mínimo de 400 personas, comprendiendo titulares y beneficiarios.

9.2 La Entidad que no alcanzase dicha cifra deberá depositar, dentro del plazo que a dicho fin se le conceda, en la cuenta corriente que indique la Mutualidad General Judicial, para los fines previstos en las cláusulas 5.5.3, 5.6, 5.7 y 7.1.3 del Concierto, la cantidad resultante de multiplicar el precio del Concierto por persona menor de 60 años/mes por el doble del número de personas que falten para alcanzar la cifra de 400, con un mínimo de 10.000 euros.

9.3 Si la Entidad no cumplierse lo establecido en la base precedente, se considerará resuelto el Concierto a las cero horas del día 1 de marzo siguiente, haciéndose efectiva a la Entidad únicamente la cantidad resultante de multiplicar el precio del Concierto por persona menor de 60 años /mes, por el número de personas que hubiesen estado adscritos a ella durante el mes de febrero.

10. *Subconciertos posteriores al 1 de enero de 2018.*

Si la Entidad suscribiese subconciertos con posterioridad a 1 de enero de 2018, éstos deberán reunir los requisitos señalados en la base 4.3.d) y la correspondiente comunicación a la Mutualidad General Judicial deberá ir acompañada de un ejemplar de los subconciertos suscritos y de la documentación indicada en la base 5, apartado 3.

11. *Obligaciones de las partes relativas a la confidencialidad de la información*

Las Entidades que suscriban los conciertos quedarán obligadas a tratar de forma confidencial y reservada la información recibida, así como a tratar los datos conforme a las instrucciones y condiciones de seguridad que establezca la Gerencia de Mutualidad General Judicial.

Las Entidades deberán respetar el carácter confidencial de aquella información a la que tengan acceso con ocasión de la ejecución de los conciertos a la que se le haya dado el referido carácter o que, por su propia naturaleza, deba ser tratada como tal. Asimismo, estarán obligadas a guardar sigilo respecto de los datos o antecedentes que, no siendo públicos o notorios, estén relacionados con el objeto de los conciertos, de los que tengan conocimiento durante la vigencia de éstos, posteriormente durante el plazo de garantía y durante los cinco años posteriores a su vencimiento en los términos del artículo 140 de la Ley de Contratos del Sector Público.

Las Entidades no podrán utilizar para sí ni proporcionar a terceros dato alguno de los trabajos contratados ni publicar, total o parcialmente, el contenido de los mismos sin autorización escrita de la Gerencia de la Mutualidad General Judicial.

Las Entidades adquieren, igualmente, el compromiso de la custodia fiel y cuidadosa de la documentación que se le entregue para la realización del trabajo y, con ello, la obligación de que ni la documentación ni la información que ella contiene o a la que acceda como consecuencia del trabajo llegue, en ningún caso, a poder de terceras personas.

La Gerencia de Mutualidad General Judicial no podrá divulgar la información facilitada por las Entidades que éstas hayan designado como confidencial, carácter que afecta, en particular, a los secretos técnicos o comerciales y a los aspectos confidenciales que pudiera contener la documentación adjunta a su solicitud de participar en la presente convocatoria. A estos efectos, las Entidades podrán designar como confidenciales alguno o algunos de los documentos aportados, circunstancia que deberá reflejarse claramente (sobreimpresa, al margen o de cualquier otra forma) en el propio documento señalado como tal.

Las Entidades y todas las personas que intervengan en la prestación contractual quedan obligadas por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y su normativa de desarrollo. Esta obligación seguirá vigente una vez que los Conciertos hayan finalizado o hayan sido resueltos.

La infracción de estos deberes por parte de las Entidades generará, además de responsabilidad contractual, la responsabilidad de índole civil, penal o administrativa que corresponda con arreglo a la legislación vigente. En todo caso, las Entidades serán responsables de los daños y perjuicios que se deriven del incumplimiento de esta obligación.

12. *Conciertos vigentes en el año 2017*

Las Entidades que suscribieron concierto con la Mutualidad General Judicial, vigente a 31 de diciembre de 2017 y no suscriban el previsto en la presente convocatoria, solo quedarán vinculadas a la Mutualidad General Judicial a efectos de la continuidad asistencial previstos en la cláusula 7.1 del concierto vigente a 31 de diciembre de 2017.

Madrid, 8 de septiembre de 2017.–El Gerente de la Mutualidad General Judicial, Gustavo E. Blanco Fernández.

ANEXO A

CONCIERTO CON LA MUTUALIDAD GENERAL JUDICIAL PARA LA ASISTENCIA SANITARIA DE BENEFICIARIOS DURANTE 2018, CON PRÉVISION DE PRORROGAS PARA 2019, 2020 Y 2021

Contenido

CAPÍTULO I. OBJETO DEL CONCIERTO, ALCANCE DE LA ACCIÓN PROTECTORA Y ÁMBITO DE APLICACIÓN.

- 1.1. OBJETO DEL CONCIERTO Y ALCANCE DE LA ACCIÓN PROTECTORA.
- 1.2. BENEFICIARIOS DEL CONCIERTO.
- 1.3. NACIMIENTO Y EXTINCIÓN DE DERECHOS DE LOS BENEFICIARIOS.
- 1.4. CAMBIO DE ENTIDAD.
- 1.5. IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS.
- 1.6. TARJETAS SANITARIAS.

CAPÍTULO II. CARTERA DE SERVICIOS

- 2.1. NORMAS GENERALES.
- 2.2. CONTENIDO DE LA CARTERA DE SERVICIOS.
- 2.3. CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.
- 2.4. CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA.
- 2.5. CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DE URGENCIA.
- 2.6. CUIDADOS PALIATIVOS.
- 2.7. ATENCIÓN A LA SALUD BUCODENTAL.
- 2.8. PRESTACIÓN FARMACÉUTICA Y CON PRODUCTOS DIETÉTICOS.
- 2.9. TRANSPORTE PARA RECIBIR ASISTENCIA SANITARIA.
- 2.10. OTRAS PRESTACIONES .
- 2.11. SUPUESTO ESPECIAL.

CAPÍTULO III. MEDIOS DE LA ENTIDAD

- 3.1. NORMAS GENERALES.
- 3.2. ALCANCE.
- 3.3. PRINCIPIOS GENERALES DE UTILIZACIÓN DE LOS MEDIOS DE LA ENTIDAD.
- 3.4. CRITERIOS DE DISPONIBILIDAD DE MEDIOS.
- 3.5. CATÁLOGO DE PROVEEDORES.
- 3.6. EDICIÓN Y ENTREGA DEL CATÁLOGO DE PROVEEDORES E INFORMACIÓN EN LA PÁGINA WEB DE LA ENTIDAD .
- 3.7. INVARIABILIDAD DE LOS CATÁLOGOS DE PROVEEDORES DE LA ENTIDAD.
- 3.8. PRINCIPIO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL.

CAPÍTULO IV. UTILIZACIÓN DE MEDIOS NO CONCERTADOS.

- 4.1. CRITERIO GENERAL.

- 4.2. DENEGACIÓN INJUSTIFICADA DE ASISTENCIA
- 4.3. ASISTENCIA URGENTE DE CARÁCTER VITAL EN MEDIOS NO CONCERTADOS.
- 4.4. ASISTENCIA TRANSFRONTERIZA.

CAPÍTULO V. RÉGIMEN JURÍDICO DEL CONCIERTO

- 5.1. RÉGIMEN JURÍDICO DEL CONCIERTO
- 5.2. NATURALEZA Y RÉGIMEN DE LAS RELACIONES ASISTENCIALES
- 5.3. COMISIONES MIXTAS
- 5.4. PROCEDIMIENTO PARA LAS RECLAMACIONES.
- 5.5. PROCEDIMIENTO DE EJECUCIÓN DE RECLAMACIONES ESTIMADAS
- 5.6. COMPENSACIONES ECONÓMICAS POR INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEFINIDAS EN EL CONCIERTO
- 5.7. DESCUENTOS POR GASTOS DE FARMACIA.

CAPÍTULO VI. INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN SANITARIA

- 6.1. NORMAS GENERALES.
- 6.2. INFORMACIÓN GENERAL SOBRE ACTIVIDAD.
- 6.3. INFORMACIÓN ECONÓMICA.
- 6.4. INFORMACION RELATIVA A LOS MEDIOS DISPONIBLES.
- 6.5. DOCUMENTACIÓN SANITARIA

CAPÍTULO VII. DURACIÓN, RÉGIMEN ECONÓMICO Y PRECIO DEL CONCIERTO

- 7.1. DURACIÓN DEL CONCIERTO
- 7.2. RÉGIMEN ECONÓMICO DEL CONCIERTO
- 7.3. PRECIO DEL CONCIERTO.

ANEXO 1 MEDIOS DE ASISTENCIA EN ZONAS RURALES

ANEXO 2 RELACIÓN DE SERVICIOS QUE PRECISAN AUTORIZACIÓN PREVIA DE LA ENTIDAD Y PROCEDIMIENTO PARA SU OBTENCIÓN

ANEXO 3 CRITERIOS DE DISPONIBILIDAD DE MEDIOS POR NIVELES ASISTENCIALES

ANEXO 4 PATOLOGÍAS CON RIESGO DE CARÁCTER VITAL

ANEXO 5 SISTEMAS DE INFORMACIÓN ASISTENCIAL

ANEXO 6 INSTRUCCIONES PARA LA ELABORACIÓN Y DIFUSIÓN DEL CATÁLOGO DE PROVEEDORES Y ESTRUCTURA DE LA BASE DE DATOS DE MEDIOS DE LA ENTIDAD

ANEXO 7 ACTUACIONES PRESCRITAS POR LOS ÓRGANOS DE VALORACIÓN DE INCAPACIDADES Y BAREMO PARA SU REINTEGRO

ANEXO 8 ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA 92

CAPÍTULO I.

OBJETO DEL CONCIERTO, ALCANCE DE LA ACCIÓN PROTECTORA Y ÁMBITO DE APLICACIÓN.

1.1. OBJETO DEL CONCIERTO Y ALCANCE DE LA ACCIÓN PROTECTORA

- 1.1.1. El objeto del Concierto es asegurar el acceso a la prestación de asistencia sanitaria en el territorio nacional, a los mutualistas y demás beneficiarios de la Mutualidad General Judicial que opten por recibirla a través de Entidades de Seguro. Esta asistencia se prestará conforme a lo establecido en el Real Decreto Legislativo 3/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de las disposiciones legales vigentes sobre el Régimen Especial de Seguridad Social del personal al servicio de la Administración de Justicia, en el Real Decreto 1026/2011 por el que se aprueba el Reglamento de la Mutualidad General Judicial (en adelante, Reglamento de la Mutualidad General Judicial), en la Ley 14/1986 General de Sanidad y en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- 1.1.2. Las contingencias cubiertas por este Concierto son las derivadas de enfermedad común o profesional, lesiones derivadas de accidente, cualquiera que sea la causa, incluso si se trata de un acto de terrorismo, por embarazo, parto y puerperio y en las actuaciones preventivas recogidas en el Concierto.
- 1.1.3. La asistencia sanitaria se prestará conforme a la Cartera de Servicios establecida en el presente Concierto que incluirá, cuando menos, la Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, y demás normas que lo sustituyan, modifiquen o desarrollen.
- 1.1.4. Para hacer efectiva la prestación de la asistencia sanitaria integral conforme a tal Cartera de Servicios, la Entidad firmante del Concierto (en adelante, Entidad) pondrá a disposición de los beneficiarios adscritos a ella (en adelante, beneficiarios), todos los medios propios o concertados precisos (en adelante, medios de la Entidad) de conformidad con lo que se establece en el CAPÍTULO II. de este Concierto.

Si excepcionalmente la Entidad no dispusiera de tales medios, se hará cargo directamente del gasto ocasionado por la utilización de medios no concertados de conformidad con las cláusulas de este Concierto.
- 1.1.5. Asimismo, la Entidad se obliga a la cobertura de la asistencia sanitaria transfronteriza de su colectivo protegido, conforme a lo dispuesto en el Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación, según lo dispuesto en la cláusula 4.4 y el ANEXO 8 del Concierto.
- 1.1.6. Por su parte y al mismo fin, la Mutualidad General Judicial se obliga a abonar a la Entidad la cantidad por mes y persona que se prevé en el CAPÍTULO VII. del Concierto con sujeción a las especificaciones y procedimiento contenidos en la cláusula 7.3.

1.2. BENEFICIARIOS DEL CONCIERTO

- 1.2.1. Sin perjuicio de lo que se establece en el punto siguiente, son beneficiarios a los efectos del presente Concierto, todos los mutualistas y demás beneficiarios de asistencia sanitaria de la Mutualidad General Judicial, determinados conforme a sus propias normas. El reconocimiento de la condición de beneficiario corresponde a la Mutualidad General Judicial.
- 1.2.2. A ciertos fines de gestión y siempre que así se derive del propio texto de las cláusulas, los beneficiarios del Concierto pueden ser denominados titulares si son mutualistas titulares de la Mutualidad General Judicial, o

simplemente beneficiarios cuando figuren como beneficiarios de un titular. En todo caso, estos últimos estarán adscritos a la Entidad mientras lo esté el titular del que dependan. Excepcionalmente, el beneficiario podrá quedar adscrito a una Entidad distinta a la del titular que causa el derecho, cuando lo determine la Mutualidad General Judicial.

- 1.2.3. Estarán adscritos a la Entidad, los titulares y beneficiarios que lo estén a 31 de diciembre de 2017, los que opten por tal Entidad conforme a la cláusula 1.4 del Concierto y los que la elijan cuando se produzca su alta en la Mutualidad General Judicial.

1.3. NACIMIENTO Y EXTINCIÓN DE DERECHOS DE LOS BENEFICIARIOS

- 1.3.1. Sin perjuicio de lo establecido en el párrafo siguiente y en la cláusula 1.5, los derechos de los beneficiarios comienzan en la fecha en que hayan quedado adscritos a la Entidad por la Mutualidad General Judicial, sin que existan plazos de carencia para ningún tipo de asistencia.
- 1.3.2. A los efectos citados, se presume en todo caso que el recién nacido está adscrito a la Entidad que atiende a la madre, desde el momento del parto hasta transcurrido un mes. A partir de entonces, el derecho queda condicionado a la formalización de la adscripción a la Entidad, con los consiguientes efectos económicos.
- 1.3.3. Los derechos de los beneficiarios se extinguen en la fecha en que Mutualidad General Judicial acuerde su baja en la misma o en la Entidad.
- 1.3.4. La Mutualidad General Judicial comunicará las altas, las bajas y las variaciones de datos de los beneficiarios a la Entidad, diariamente de forma telemática.

1.4. CAMBIO DE ENTIDAD

- 1.4.1. Los titulares adscritos a la Entidad podrán optar por recibir asistencia para sí y sus beneficiarios a través de otra Entidad de las concertadas en los siguientes supuestos:
- a) Con carácter ordinario y general, una vez al año, durante el mes de enero, en la forma que establezca la Mutualidad General Judicial.
 - b) Con carácter extraordinario:
 - Cuando se produzca un cambio de destino del mutualista en activo o de residencia del mutualista jubilado o del titular no mutualista, que implique en ambos casos, cambio de provincia, en el plazo y la forma que se establezca por la Mutualidad General Judicial.
 - Al margen del supuesto anterior, cuando manteniendo su localidad de destino, el mutualista cambie su domicilio a otra provincia
 - Cuando el interesado obtenga la conformidad expresada por escrito de las dos Entidades afectadas.
 - Cuando, por concurrir circunstancias objetivas que justifiquen el cambio de una pluralidad de titulares afectados por el mismo problema de asistencia sanitaria, la Gerencia de la Mutualidad General Judicial acuerde la apertura de plazo especial de cambio de Entidad.
 - En los casos en que por concurrir circunstancias excepcionales, se determine por Resolución de la Gerencia de la Mutualidad General Judicial.

- 1.4.2. La fusión de una Entidad con otra u otras de las concertadas por la Mutualidad General Judicial no supondrá la apertura de plazo especial de cambio, quedando automáticamente adscritos a la Entidad absorbente o resultante de la fusión los beneficiarios que, en el momento de la fusión, se encontraran adscritos a la/s Entidad/es extinguida/s o a cada una de las Entidades fusionadas, y obligándose la Entidad absorbente resultante, desde ese momento, a garantizar todos los derechos de los beneficiarios en los términos previstos en el presente Concierto.

1.5. IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS.

- 1.5.1. La condición de beneficiario se acredita, ante la Entidad, mediante la tarjeta sanitaria o el documento de afiliación a la Mutualidad General Judicial. Este documento puede ser puntualmente sustituido por un certificado individual de la situación de alta en la Mutualidad General Judicial, emitido por la misma.
- 1.5.2. En los casos en que, por razones de urgencia, no sea posible aportar la documentación anterior, el beneficiario deberá identificarse con su DNI u otro documento que acredite su personalidad y remitir a la Entidad la documentación señalada en la cláusula 1.5.1 en el plazo máximo de cuarenta y ocho horas.

1.6. TARJETAS SANITARIAS

- 1.6.1. Emisión de la tarjeta sanitaria provisional de la Entidad.

En el momento en que la Entidad, por cualquier cauce, tenga conocimiento del alta de un beneficiario, le entregará una tarjeta provisional o cualquier documento que haga posible la utilización de los medios concertados desde el momento del alta.

Posteriormente, se emitirá la correspondiente tarjeta sanitaria definitiva, que será enviada al domicilio del beneficiario en el plazo máximo de siete días naturales desde la comunicación del alta en la Mutualidad General Judicial .

Cuando ante la solicitud expresa de un beneficiario de alta en la Entidad, no le fuera facilitada la tarjeta provisional o el documento que la sustituya, la Mutualidad General Judicial emitirá una Resolución en la que se hará constar que todos los gastos que se ocasionen por la asistencia de los beneficiarios a través de los medios incluidos en el Catálogo de proveedores de la Entidad, durante un período máximo de treinta días podrán ser facturados directamente a la Mutualidad General Judicial para su abono por cuenta de la Entidad. Posteriormente, el importe de estos gastos será deducido de las cuotas mensuales que deban abonarse a la Entidad, conforme al procedimiento previsto en la cláusula 5.5.3 del Concierto sin perjuicio de las compensaciones económicas que pudieran acordarse.

- 1.6.2. Formato de la tarjeta sanitaria.

Con objeto de favorecer la identificación de los usuarios ante los dispositivos sanitarios y facilitar la interoperabilidad de los diferentes sistemas de información clínica y de gestión, la Entidad adaptará la tarjeta sanitaria a las especificaciones técnicas, contenido y formato que se determinen por Resolución de la Gerencia de la Mutualidad General Judicial. En todo caso, las tarjetas sanitarias deberán contener la identificación de la Mutualidad General Judicial y el número de afiliación del usuario.

Si la tarjeta fuera emitida por una Entidad subconcertada, deberá llevar el logotipo de la Entidad concertada con la Mutualidad General Judicial, a efectos de facilitar la utilización de medios fuera de las provincias donde esté implantada la Entidad subconcertada.

Además, en las tarjetas deberá figurar de forma destacada el teléfono único y gratuito de atención permanente de Urgencia para todo el territorio nacional, disponible las 24 horas de todos los días del año.

Mediante Resolución de la Gerencia de la Mutuality General Judicial, se determinarán y podrán modificarse las especificaciones de las tarjetas y de sus sistemas de almacenamiento de datos, en especial en relación con la implantación de la prescripción electrónica recogida en la cláusula 2.8.2 de este Concierto.

1.6.3. Acceso a los servicios.

El beneficiario deberá presentar la tarjeta sanitaria individual cuando acuda a los medios de la Entidad.

En cualquier caso, la no presentación de la tarjeta sanitaria en el momento de la asistencia, cuando la Entidad no la hubiera emitido o en situaciones de urgencia, no impide ni condiciona el derecho del beneficiario a hacer uso de los medios de la Entidad, pudiendo el beneficiario, en esos casos identificarse según lo determinado en la cláusula 1.5 del Concierto.

La Entidad se obliga a informar y poner en marcha los mecanismos necesarios para el cumplimiento de lo establecido en las cláusulas anteriores por parte de los profesionales y de los centros de su Catálogo de proveedores.

CAPÍTULO II. CARTERA DE SERVICIOS

2.1. NORMAS GENERALES

- 2.1.1. La Cartera de Servicios establecida en este concierto comprende el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiéndose por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento científico, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias.
- 2.1.2. Las prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios a facilitar por la Entidad se garantizan mediante la provisión de recursos asistenciales necesarios por niveles, ámbitos geográficos y de población establecidos en el CAPÍTULO III. y en el ANEXO 3 de este Concierto.

2.2. CONTENIDO DE LA CARTERA DE SERVICIOS

2.2.1. Prestaciones.

El contenido de las prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios se ajustará al establecido en cada momento para el resto del Sistema Nacional de Salud, con las especificidades recogidas en el Concierto.

La Cartera de Servicios se estructura en las siguientes prestaciones:

- a) Atención Primaria.
- b) Atención Especializada.
- c) Atención de Urgencias.
- d) Cuidados Paliativos.
- e) Atención a la salud bucodental.
- f) Prestación Farmacéutica, productos dietéticos y otros productos sanitarios.
- g) Transporte para recibir asistencia sanitaria.
- h) Otras prestaciones: programas preventivos, prestación ortoprotésica, terapias respiratorias y podología.

2.2.2. Incorporación de nuevos medios de diagnóstico y tratamiento.

La Cartera de Servicios determinada en este Capítulo se actualizará de forma automática por actualización de la Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud.

De conformidad con lo previsto en el artículo 68.5 del Reglamento de la Mutualidad General Judicial, cualquier nueva técnica de diagnóstico o tratamiento que aparezca después de la firma del Concierto constituirá medio obligatorio para la Entidad cuando la misma se aplique a pacientes del Sistema Nacional de Salud en algunos de los centros propios o concertados de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas o INGESA. En caso de duda, se estará a lo dispuesto en el Real Decreto 1030/2006, en la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y en las normas que la sustituyan, modifiquen o desarrollen.

2.3. CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

2.3.1. Contenido.

La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención sanitaria y se facilitará por especialistas en medicina familiar y comunitaria o médicos generalistas, especialistas en pediatría y profesionales de enfermería, sin menoscabo de la colaboración de otros profesionales.

La atención primaria comprende:

- a) La asistencia sanitaria a demanda, programada, y urgente, tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.
- b) La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- c) Atenciones y servicios específicos relativos a las mujeres, que incluirán la detección y tratamiento de las situaciones de violencia de género; la infancia; la adolescencia.
- d) Atención a los adultos; la tercera edad; los grupos de riesgo y los enfermos crónicos. Comprende en general la valoración del estado de salud y de factores de riesgo, los consejos sobre estilos de vida saludable, la detección de los problemas de salud, la valoración de su estado clínico, la atención y seguimiento de personas polimedicadas y con pluripatologías, la información y consejo sanitario sobre su enfermedad, los cuidados precisos al paciente y cuidador/a en su caso.
- e) Atención paliativa a enfermos terminales.

2.3.2. Modalidades.

La atención primaria se presta mediante: asistencia en consulta, asistencia domiciliaria y urgente.

2.3.2.1. Asistencia en consulta.

El beneficiario se dirigirá directamente al profesional sanitario elegido de atención primaria para recibir la asistencia que precise, sin más requisitos que acreditar su condición de beneficiario adscrito a la Entidad.

2.3.2.2. Asistencia domiciliaria.

La asistencia sanitaria domiciliaria se prestará por los profesionales de atención primaria en el domicilio del paciente, que por razón de su enfermedad no pueda desplazarse o pacientes inmovilizados crónicos que precisen ayuda de otra persona para las actividades básicas de la vida diaria y enfermos terminales según se regula en la cláusula 2.6.1.

La asistencia domiciliaria comprende:

- a) Acceso a los exámenes y procedimientos diagnósticos no realizables en el domicilio del paciente, incluyendo las extracciones y/o recogida de muestras a domicilio que sean precisas.
- b) Realización y seguimiento de los tratamientos o procedimientos terapéuticos que necesite el paciente, entre ellos tratamientos parenterales, curas y sondajes.
- c) Información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.

2.3.2.3. Asistencia urgente.

La asistencia urgente podrá recabarse de los facultativos de medicina general, pediatría y enfermería de la Entidad del modo previsto en la cláusula 2.5 y con la disponibilidad de medios exigida en el ANEXO 3.

2.4. CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

2.4.1. Contenido.

La atención especializada incluye las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de prevención, cuya naturaleza hace necesaria la intervención de facultativos especialistas y comprende:

- a) Asistencia especializada en consultas.
- b) Asistencia especializada en hospital de día.
- c) Hospitalización en régimen de internamiento.
- d) Hospitalización domiciliaria.
- e) Rehabilitación y fisioterapia
- f) Reproducción humana asistida
- g) Salud mental
- h) Otras prestaciones:
 - Cirugía plástica, estética o reparadora
 - Trasplantes

2.4.2. Asistencia especializada en consultas.

Comprende las actividades preventivas, asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación que se prestan en el ámbito de la atención especializada en régimen ambulatorio, realizados para facilitar el correcto seguimiento del paciente y la continuidad y la seguridad de la atención y de los cuidados.

El beneficiario podrá dirigirse directamente a las consultas de atención especializada, sin más requisitos que acreditar su condición sin perjuicio de lo dispuesto en la cláusula 3.3.3 y en el ANEXO 2 del Concierto.

2.4.3. Asistencia especializada en hospital de día.

Comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación, destinadas a pacientes que requieren cuidados especializados continuados, incluida la cirugía mayor ambulatoria, que no precisan que el paciente pernocte en el hospital.

La indicación para la utilización de este recurso corresponde al facultativo especialista responsable de la asistencia al paciente, precisando la autorización de la Entidad.

A los efectos del Concierto, se considera que los tratamientos de Hemodiálisis y de Quimioterapia oncológica ambulatorios se realizan siempre en régimen de hospital de día.

2.4.4. Hospitalización en régimen de internamiento.

2.4.4.1. Contenido.

La asistencia hospitalaria en régimen de internamiento se facilitará cuando el paciente necesite previsiblemente cuidados especiales y continuados, no susceptibles de ser prestados de forma ambulatoria o a domicilio.

Comprende la asistencia médica, quirúrgica, obstétrica y pediátrica o la realización de tratamientos o procedimientos diagnósticos, a pacientes que requieren cuidados continuados que precisan su internamiento.

2.4.4.2. Requisitos.

Los ingresos programados en un Hospital precisarán prescripción por médico de la Entidad, con indicación del Centro y autorización de la Entidad.

En los supuestos de ingresos efectuados a través de los servicios de urgencia y de hospitalización por maternidad, el propio centro realizará los trámites precisos ante la Entidad.

2.4.4.3. Duración.

La hospitalización persistirá hasta el alta hospitalaria, emitida por el médico responsable de la asistencia al considerar que ya no existe la necesidad de asistencia en régimen hospitalario, sin que puedan ser motivo para prolongar la estancia razones de tipo social.

2.4.4.4. Tipo de Habitación.

La hospitalización se efectuará en habitación individual con baño o ducha y cama de acompañante, debiendo proporcionarse por la Entidad de superior nivel cuando no hubiera disponible del tipo señalado. En ningún caso podrán excluirse habitaciones que formen parte de la capacidad de alojamiento del Centro.

Mugeju podrá autorizar que la Entidad disponga de centros hospitalarios que no cumplan el requisito del párrafo anterior en su Catálogo de proveedores de Centros.

En los supuestos de hospitalización psiquiátrica no será exigible cama de acompañante.

2.4.4.5. Hospitalización por maternidad.

En el momento del ingreso, se recabará la autorización de la Entidad directamente por el correspondiente centro hospitalario.

A efectos de la asistencia al recién nacido se tendrá en cuenta lo dispuesto en la cláusula 1.3.2.

Si en el momento del parto se decidiera la práctica de la ligadura de trompas y no hubiera sido indicada en la prescripción del ingreso, la Entidad está obligada a cubrir los gastos causados por este concepto.

2.4.4.6. Hospitalización en centros o unidades de media y larga estancia.

Este tipo de hospitalización está destinada a pacientes con deterioro funcional o afectados por procesos crónicos y/o patologías asociadas al envejecimiento que, una vez superada la fase aguda de la enfermedad, precisan cuidados sanitarios continuos, médico quirúrgicos, de rehabilitación y de enfermería, hasta su estabilización. En ningún caso se entiende incluido en este tipo de hospitalización, los internamientos de carácter social.

2.4.4.7. Hospitalización psiquiátrica.

Se facilitará en los procesos tanto agudos como crónicos que precisen ingreso hospitalario u hospitalización de día.

Igualmente, se incluye el ingreso de aquellos pacientes psiquiátricos en centros o unidades de media y larga estancia, cuando una vez superada la fase aguda del proceso y la evolución no sea satisfactoria, precisen un mayor grado de estabilización y recuperación para su integración en su medio familiar y/o social.

El ingreso deberá realizarse en centros concertados por la Entidad.

No obstante, si el ingreso se hubiera producido en un centro no concertado por causas clínicas justificadas, sin autorización previa de la Entidad, la misma abonará al interesado los gastos de hospitalización, con el límite de 87 euros por día hasta el alta hospitalaria. El reintegro deberá efectuarse dentro de los 10 días naturales siguientes a la fecha en que se presenten los justificantes de dichos gastos ante la Entidad.

2.4.5. Hospitalización domiciliaria.

- 2.4.5.1. La asistencia en régimen de hospitalización domiciliaria comprende las actividades diagnósticas y terapéuticas que han de ser llevadas a cabo de forma coordinada por la Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD) como consecuencia de procedimientos iniciados en el nivel de atención especializada, de forma que se garantice la continuidad en la atención prestada al paciente, siempre previa aceptación de éste.

La hospitalización domiciliaria podrá llevarse a cabo en aquellos casos en que el estado del enfermo lo permita, pueda beneficiarle y sea aconsejable. Dicha hospitalización se realizará en su domicilio, especialmente si es por cuidados paliativos y siempre que las condiciones familiares, domésticas y de proximidad al hospital lo permitan.

- 2.4.5.2. Durante esta hospitalización, la responsabilidad del seguimiento del paciente corresponde a la UHD y será prestada por los especialistas (médicos de familia o internistas) y el personal de enfermería que conforma dicha UHD, la cual deberá estar coordinada con la unidad de hospitalización médica o quirúrgica correspondiente a la patología del paciente y con el área de urgencias del hospital, con la finalidad de garantizar la continuidad asistencial.
- 2.4.5.3. El ingreso en la UHD podrá realizarse desde un servicio hospitalario mediante el correspondiente informe de derivación y desde atención primaria o especializada ambulatoria. En estos dos últimos casos, corresponderá a la UHD valorar si el paciente cumple los criterios de ingreso en dicha unidad. El ingreso en la UHD estará sujeto a los mismos requisitos previstos para el ingreso en un hospital. Las atenciones clínicas que reciba el paciente serán las mismas que hubiera recibido en el hospital, y de ellas se harán las mismas anotaciones de seguimiento y evolución de médicos y enfermería en la historia clínica. La UHD informará al paciente y su familia, por escrito, de cómo contactar con la citada unidad, las 24 horas, para dar respuesta a las eventuales incidencias. Cuando se produzca el alta, el médico de la UHD emitirá el correspondiente informe médico de alta en los términos previstos por la ley.
- 2.4.5.4. Mientras el paciente permanezca ingresado en la UHD, son a cuenta de la Entidad y no podrán ser imputadas por ningún medio ni al mutualista ni a la Mutualidad General Judicial, todas las atenciones, productos y materiales que precise, como en toda hospitalización, además de toda la medicación, material de curas, nutriciones no comunes, pruebas complementarias, interconsultas, absorbentes, sondas, hemodiálisis domiciliaria y oxigenoterapia. Quedan excluidas, en todo caso, las dotaciones domésticas ordinarias, la nutrición común y los servicios de auxiliares de clínica.
- 2.4.5.5. La Entidad deberá comunicar a la Mutualidad General Judicial la relación de beneficiarios que se encuentran en la modalidad de Hospitalización Domiciliaria, haciendo constar la fecha del inicio y, en su caso, de finalización de dicho servicio.

2.4.6. Rehabilitación y Fisioterapia.

- 2.4.6.1. Contenido: La prestación de rehabilitación y fisioterapia comprende los procedimientos de diagnóstico, evaluación y tratamiento de pacientes con déficit funcional recuperable, encaminados a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de reintegrarlo en su medio habitual. Asimismo, comprende la rehabilitación de las afecciones del sistema musculoesquelético, del sistema nervioso, del sistema cardiovascular y del sistema respiratorio, a través de fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia y adaptación de métodos técnicos (ortoprótesis).
- 2.4.6.2. Condiciones: Los tratamientos de rehabilitación y fisioterapia deberán ser prescritos por los médicos rehabilitadores o por los médicos especialistas responsables de las patologías susceptibles de dichos tratamientos.

La valoración de evolución del paciente y la determinación del alta serán responsabilidad del médico rehabilitador o, en su caso, del facultativo especialista que solicitó dicho tratamiento.

Los tratamientos podrán ser aplicados por médico rehabilitador, fisioterapeuta, logopeda y terapeuta ocupacional, según corresponda.

- 2.4.6.3. Duración: El número de sesiones está supeditado al criterio facultativo y a la situación del paciente, siendo orientativas las tablas de duración de las sesiones aprobadas por la Sociedad Española de Rehabilitación u otras sociedades científicas.

La obligación de la Entidad terminará cuando se haya conseguido la recuperación funcional totalmente o el máximo posible de ésta por haber entrado el proceso en un estado de estabilización insuperable, al tratarse de una atención dirigida a pacientes con déficit funcional recuperable, atendándose en cualquier caso la rehabilitación que se indique por reagudización del proceso.

2.4.7. Reproducción humana asistida.

2.4.7.1. Condiciones generales.

Las técnicas de reproducción humana asistida serán a cargo de la Entidad cuando la mujer sobre la que se vaya a realizar tenga la condición de beneficiaria, conforme a lo previsto en la cláusula 1.2, debiendo atenderse asimismo la cobertura de las pruebas incluidas en la cartera de servicios que hayan de realizarse al otro miembro de la pareja en el curso del tratamiento. Se excluye la financiación de los tratamientos farmacológicos a los que haya de someterse el otro miembro de la pareja.

Los tratamientos de reproducción humana asistida tienen la finalidad de ayudar a lograr la gestación en aquellas personas con imposibilidad de conseguirlo de forma natural, no susceptibles a tratamientos exclusivamente farmacológicos, o tras el fracaso de los mismos.

También se podrá recurrir a estos procedimientos a fin de evitar enfermedades o trastornos genéticos graves en la descendencia y cuando se precise de un embrión con características inmunológicas idénticas a las de un hermano afecto de un proceso patológico grave, que no sea susceptible de otro recurso terapéutico.

Estarán comprendidas todas las técnicas incluidas en la cartera común básica del Sistema Nacional de Salud, con arreglo a la Ley 17/2006, de 26 de mayo sobre técnicas de Reproducción Humana Asistida.

No obstante, cuando estuviera en curso un tratamiento, al amparo de las previsiones recogidas en el Concierto vigente en 2017, la Entidad mantendrá su cobertura hasta la finalización del ciclo en curso, por los mismos servicios, siempre que no se realice un cambio de Entidad.

2.4.7.2. Criterios generales de acceso a tratamientos de reproducción humana asistida:

Aplicables a todas las técnicas de reproducción humana asistida incluidas en el Concierto, salvo aquellos aspectos que se contemplan en los criterios específicos de cada una de ellas.

Los tratamientos de reproducción humana asistida se aplicarán a las personas que cumplan los siguientes criterios o situaciones de inclusión:

- a) Mujeres mayores de 18 años y menores de 40 años y hombres mayores de 18 años y menores de 55 años en el momento del inicio del estudio de esterilidad
- b) Personas sin ningún hijo, previo y sano. En caso de parejas, sin ningún hijo común, previo y sano.

- c) La mujer no presentará ningún tipo de patología en la que el embarazo pueda entrañarle un grave e incontrolable riesgo, tanto para su salud como para la de su posible descendencia.

Los tratamientos de reproducción humana asistida no se aplicarán a las personas que presenten alguno de los siguientes criterios o situaciones de exclusión:

Esterilización voluntaria previa.

- a) Existencia de contraindicación médica documentada para el tratamiento de la esterilidad.
- b) Existencia de contraindicación médica documentada para la gestación.
- c) Existencia de situación médica documentada que interfiera de forma grave sobre el desarrollo de la descendencia.
- d) Incapacidad para cumplir el tratamiento por motivos relacionados con la salud u otros motivos familiares o relacionados con el entorno social.
- e) Existencia de situación documentada referida a cualquier otra circunstancia que pueda interferir de forma grave sobre el desarrollo de la descendencia.

2.4.7.3. Criterios generales de cobertura de los tratamientos de reproducción humana asistida.

Los tratamientos de reproducción humana asistida (RHA) a cargo de la Entidad, incluidos en la cartera común básica de servicios del Sistema Nacional de Salud se realizarán con fin terapéutico o preventivo y en determinadas situaciones especiales:

- a) Tratamientos de RHA con fin terapéutico.

La Entidad se hará cargo de las actuaciones y estudios precisos para obtener el diagnóstico de esterilidad de las personas (en caso de parejas de ambos miembros), que cumplan los criterios generales de acceso que se recogen en el apartado 2.4.7.2, que se encuentren en alguna de las siguientes situaciones:

- Existencia de un trastorno documentado de la capacidad reproductiva, constatada tras el correspondiente protocolo diagnóstico y no susceptible de tratamiento médico o tras la evidente ineficacia del mismo.
- Ausencia de consecución de embarazo tras 12 meses de relaciones sexuales con coito vaginal sin empleo de métodos anticonceptivos.

Con carácter general, para el cómputo del número de ciclos, se tendrá en cuenta el número total de ciclos realizados con independencia del financiador. Por ello en el caso de que una persona se acoja a la cobertura de este Concierto, tras haberse sometido previamente a un tratamiento de RHA se tendrá en cuenta el número de ciclos que se hubieran realizado hasta ese momento y se dará cobertura a los que correspondan, hasta completar el número máximo de ciclos establecidos.

- b) Tratamientos de RHA con fin preventivo:

Estos tratamientos tienen por objeto prevenir la transmisión de enfermedades o trastornos de base genética grave, o la trasmisión o generación de enfermedades graves de otro origen, de aparición precoz, no susceptibles de tratamiento curativo posnatal con arreglo a los conocimientos científicos actuales, y que sean evitables mediante la aplicación de estas técnicas. Se realizarán a las personas que cumplan los criterios generales de acceso a los tratamientos de RHA y los criterios específicos de acceso definidos para cada técnica.

c) Tratamientos de RHA en situaciones especiales:

Además de los tratamientos previstos en los apartados anteriores, se atenderá la cobertura de los tratamientos de RHA con los siguientes fines:

1. Selección embrionaria, con destino a tratamiento de terceros.
2. Preservación de gametos o preembrión para uso autólogo diferido por indicación médica.

Estas situaciones especiales se atenderán con los criterios y condiciones aplicados en el resto del Sistema Nacional de Salud.

2.4.7.4. Técnicas de RHA incluidas en la Cartera de Servicios. Criterios de acceso y condiciones específicas de aplicación.

a) Inseminación artificial.

1. Inseminación artificial con semen de la pareja.

Para el acceso a esta técnica se tendrán en cuenta los siguientes criterios específicos:

- Existencia de indicación terapéutica reconocida.
- Edad de la mujer en el momento de indicación tratamiento inferior a 38 años.
- Número máximo de ciclos: cuatro.

2. Inseminación artificial con gameto de donante.

Para el acceso a esta técnica se tendrán en cuenta los siguientes criterios específicos:

- Existencia de indicación terapéutica.
- Edad de la mujer en el momento de indicación del tratamiento inferior a 40 años.
- Número máximo de ciclos: seis.

b) Fecundación in vitro.

Se incluye la fecundación in vitro convencional (FIV), o mediante técnicas de micromanipulación, y las técnicas de tratamiento y conservación de gametos y preembriones derivados de las mismas.

Para el acceso a estas técnicas se tendrán en cuenta los siguientes criterios específicos:

1. Fecundación in vitro con gametos propios.

- Edad de la mujer en el momento del tratamiento inferior a 40 años.
- Ausencia de evidencias de mala reserva ovárica.
- Límite máximo de ciclos de tratamiento: Tres ciclos con estimulación ovárica. Este límite podrá reducirse en función del pronóstico, y en particular del resultado de los tratamientos previos

2. Fecundación in vitro con gametos donados.

a) Con espermatozoides donados:

- Edad de la mujer en el momento del tratamiento inferior a 40 años.
- Ausencia de evidencias de mala reserva ovárica.
- Diagnóstico de esterilidad primaria o secundaria sin hijo sano.

- Límite máximo de ciclos de tratamiento: Tres ciclos con estimulación ovárica. Este límite podrá reducirse en función del pronóstico, y en particular del resultado de los tratamientos previos.
- b) Con ovocitos donados:
- Edad de la mujer en el momento del tratamiento: inferior a 40 años.
 - Fallo ovárico clínico prematuro establecido antes de los 36 años, espontáneo o iatrogénico.
 - Trastorno genético de la mujer sólo evitable mediante sustitución de ovocitos.
 - Ovarios inaccesibles o no abordables para la extracción de ovocitos.
 - Límite máximo de ciclos de tratamiento: Tres ciclos con recepción de ovocitos donados. Este límite podrá reducirse en función del pronóstico, y en particular del resultado de los tratamientos previos.

El coste de los medicamentos que requieran las donantes y demás gastos derivados serán a cargo de la Entidad al formar parte del coste de la técnica utilizada. En ningún caso podrá repercutirse sobre la mutualista receptora de la donación.

Para la correcta interpretación y aplicación de los límites establecidos en cada caso, se tendrá en cuenta los siguientes criterios:

- Para considerar que una paciente ha realizado un ciclo de FIV, deberá haber llegado al menos a la fase de recuperación de ovocitos.
 - Cuando existan preembriones congelados sobrantes, procedentes de ciclos de FIV autorizados, la transferencia de los mismos, forma parte del mismo ciclo FIV en el que se obtuvieron los preembriones.
 - No se autorizará un nuevo ciclo de FIV cuando existan preembriones sobrantes criopreservados procedentes de ciclos anteriores.
- c) Criopreservación de preembriones y su transferencia.
- Los preembriones criopreservados podrán ser transferidos para uso propio o podrán ser donados. En el caso de la transferencia de preembriones criopreservados para uso propio se aplicará el criterio específico de que las mujeres sean menores de 50 años con esterilidad primaria o secundaria.
- d) Criopreservación de gametos o de preembriones para uso propio diferido para preservar la fertilidad en situaciones asociadas a procesos patológicos especiales.

Criterios específicos para acceder a esta técnica:

1. Se realizará en pacientes con posible riesgo de pérdida de su capacidad reproductiva asociada a exposición a tratamientos gametotóxicos o a procesos patológicos con riesgo acreditado de fallo ovárico prematuro o riesgo acreditado de fallo testicular primario.
2. El uso de los gametos o preembriones criopreservados se llevará a cabo en mujeres menores de 50 años, siempre y cuando no presenten ningún tipo de patología en la que el embarazo pueda entrañarle un grave e incontrolable riesgo, tanto para su salud como para la de su posible descendencia. En el caso de los hombres, la preservación se atenderá hasta el día anterior al cumplimiento de 55 años.
3. Se realizará exclusivamente por indicación médica, no incluyéndose cuando sea únicamente a petición propia del paciente para uso diferido.

- e) Técnicas de lavado seminal para prevenir la transmisión de enfermedades virales crónicas.

El lavado seminal se podrá aplicar a hombres seropositivos al virus de la hepatitis C o al VIH tanto en la asistencia a parejas estériles serodiscordantes con infección viral crónica, como en la prevención de la transmisión de infecciones virales crónicas en parejas sin diagnóstico de esterilidad.

En el caso de parejas seroconcordantes, solo será preciso el lavado, no siendo necesario el posterior estudio de la presencia de partículas virales.

Los criterios para la aplicación de los tratamientos y técnicas de reproducción humana asistida requeridos en estos casos serán los descritos en los correspondientes apartados de dichas técnicas.

- f) Diagnóstico genético preimplantacional (DGP).

Incluye:

1. DGP con finalidad de prevención de la transmisión de enfermedades o trastornos de origen cromosómico o genético graves, de aparición precoz y no susceptible de tratamiento curativo con arreglo a los conocimientos científicos actuales, con objeto de llevar a cabo la selección embrionaria de los preembriones no afectos para su transferencia.

Las situaciones que pueden dar lugar a DGP con finalidad preventiva son:

- Enfermedades monogénicas susceptibles de diagnóstico genético preimplantatorio.
- Anomalía cromosómica estructural materna o paterna.

El DGP se realizará con este fin cuando se cumplan los siguientes criterios específicos:

- Exista alto riesgo de recurrencia de la enfermedad presente en la familia.
- El trastorno genético genere graves problemas de salud.,
- El diagnóstico genético sea posible y fiable.
- Que sea posible realizar un procedimiento de fecundación in vitro/inyección espermática intracitoplasmática (FIV-ICSI) con una respuesta adecuada tras estimulación ovárica controlada.
- Los criterios específicos para FIV con gametos propios.

Será necesario, además de los criterios anteriores, una autorización administrativa cuando proceda, en base a lo establecido en el artículo 12 de la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida.

2. DGP con fines terapéuticos a terceros: DGP en combinación con la determinación de los antígenos de histocompatibilidad HLA (antígeno leucocitario humano) de los preembriones in vitro para la selección del embrión HLA compatible.

Los criterios específicos para acceder a esta técnica son:

- a) Pacientes con edad menor o igual a 40 años con una reserva ovárica suficiente para el fin del tratamiento que se persigue.

- b) Existencia de indicación reconocida, es decir, hijo previo afecto de enfermedad que precise tratamiento con precursores hematopoyéticos procedente de hermano histocompatible.
- c) Autorización expresa de la autoridad sanitaria correspondiente previo informe favorable de la Comisión nacional de reproducción humana asistida (CNRHA), según establece el artículo 12 de la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida.
- d) Límite máximo de ciclos de tratamiento: Tres ciclos con estimulación ovárica y tres ciclos adicionales tras valoración clínica o por la CNRHA de los resultados obtenidos en los tres ciclos iniciales. Este límite podrá reducirse en función del pronóstico, y en particular del resultado de los tratamientos previos.

2.4.8. Salud mental.

- a) Comprende la atención a la salud mental y la asistencia psiquiátrica que incluye el diagnóstico y seguimiento clínico, el tratamiento farmacológico y la psicoterapia individual, de grupo o familiar. La atención a la salud mental se realizará en régimen de hospitalización y en régimen de consultas externas u hospital de día, garantizando en cualquier caso la necesaria continuidad asistencial.

La hospitalización, por procesos psiquiátricos agudos y crónicos, se atenderá a lo previsto en la cláusula 2.4.4.7.

- b) Se incluye la psicoterapia individual, de grupo o familiar, siempre que haya sido prescrita por psiquiatra de la Entidad, realizada en medios concertados con la misma y que su finalidad sea el tratamiento de patologías psiquiátricas. La Entidad está obligada a facilitar un número máximo de 20 sesiones por año natural (psicoterapia breve o terapia focal), salvo para los casos de trastornos de la alimentación, en que se facilitarán todas las sesiones que el psiquiatra responsable de la asistencia considere necesarias para la correcta evolución del caso.
- c) Se excluyen el psicoanálisis, la psicoterapia psicoanalítica, la hipnosis y la narcolepsia ambulatoria, así como el internamiento social de pacientes afectados de demencias neurodegenerativas tales como Alzheimer y otras.

2.4.9. Otras Prestaciones.

- a) Cirugía plástica, estética y reparadora.

Queda excluida la cirugía plástica, estética y reparadora que no guarde relación con accidente, enfermedad o malformación congénita.

En los supuestos de accidente en acto de servicio o enfermedad profesional, se practicará en toda su amplitud, incluyendo, si fuera necesario, la cirugía plástica, estética y reparadora en los casos en que, aun habiendo sido curadas las lesiones, quedaran deformaciones o mutilaciones que produzcan alteraciones del aspecto físico o dificulten la total recuperación del paciente.

- b) Trasplantes

Queda incluida la cobertura de los trasplantes de todo tipo: de órganos, de tejidos y de células de origen humano, así como los injertos óseos. La obtención y trasplante de órganos se realizará conforme a lo establecido en la legislación sanitaria vigente, correspondiendo a la Entidad asumir todos los gastos de obtención y trasplante del órgano o tejido, incluyendo los estudios de compatibilidad.

2.5. CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DE URGENCIA

2.5.1. Contenido.

La atención de urgencia se dispensa tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente y la atención in situ, todos los días del año, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de enfermería, y con la colaboración de otros profesionales.

La atención de urgencia comprende también la atención telefónica, a través del Centro Coordinador de Urgencias de la Entidad, que incluye la información y asignación de los recursos propios o en coordinación con los servicios de información emergencias del 112 con objeto de ofrecer la respuesta más adecuada a la demanda asistencial y el transporte sanitario urgente, en las condiciones previstas en la cláusula 2.9.1.

La Entidad dispondrá de un Centro Coordinador con teléfono gratuito que canalizará la demanda de atención de urgencias y emergencias, garantizando la accesibilidad y la coordinación de los recursos precisos para este tipo de atención, las 24 horas todos los días del año, en todo el territorio nacional.

Además, la Entidad deberá disponer de servicios de Urgencias hospitalarios y extrahospitalarios a los que podrán acudir los beneficiarios en todo momento y contarán con los médicos de guardia precisos y los medios personales y materiales necesarios para su función, conforme a los criterios de disponibilidad establecidos en la cláusula 3.4 y en el ANEXO 3 de este Concerto.

2.5.2. Condiciones de acceso.

Cuando el titular o beneficiario precise atención de urgencia o de emergencia sanitaria deberá solicitarla al Centro Coordinador de Urgencias, a través del teléfono de atención de urgencia gratuita de la Entidad que figura en su tarjeta sanitaria, en el Catálogo de proveedores y en la página web de la misma.

La asistencia urgente también podrá demandarse directamente de los facultativos de medicina general o de familia, pediatría y enfermería de la Entidad y, fuera de los horarios de consulta y en cualquier caso, de los Servicios de Urgencia propios de dispositivos asistenciales específicos o de centros hospitalarios de la Entidad.

A través del teléfono de atención de urgencia o del de información de la Entidad, podrá recabarse información sobre los medios de atención de urgencia hospitalarios, ambulatorios y de Atención Primaria disponibles y, en general, sobre cualquier otro aspecto relacionado con este tipo de atención, así como a efectos de lo previsto en la cláusula 3.5.

2.5.3. Servicios de urgencia hospitalaria.

Los servicios de urgencia hospitalaria estarán disponibles en los niveles II, III y IV de atención especializada. El Servicio de Urgencia Hospitalaria facilitará el acceso a cualquier especialidad que fuera precisa, debiendo contarse con especialistas de presencia física o localizados. No obstante, si la guardia fuera localizada, deberá garantizarse la disponibilidad de los correspondientes especialistas, una vez que sean requeridos por el Médico de Urgencias, en el plazo más breve posible en función de la patología y estado clínico del paciente.

2.6. CUIDADOS PALIATIVOS

2.6.1. Comprende la atención integral, individualizada y continuada, de personas con enfermedad en situación avanzada no susceptible de recibir tratamientos con finalidad curativa y con una esperanza de vida limitada, con el objetivo principal de aliviar el sufrimiento, así como el de las personas a ellas vinculadas. Esta atención, especialmente humanizada y personalizada, se prestará en el domicilio del paciente o en el centro sanitario, si fuera preciso, estableciendo los mecanismos necesarios para garantizar la continuidad asistencial. El lugar más adecuado para proporcionar los cuidados paliativos es el domicilio, pero en cada momento estará determinado

por el nivel de complejidad del enfermo, la disponibilidad de apoyos familiares adecuados y la elección del paciente y su familia, entre otras variables.

- 2.6.2. Las Entidades médicas contarán con un plan de cuidados paliativos teniendo en cuenta la Estrategia Nacional del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, que contendrá los medios con que cuenta la Entidad desagregados por Comunidades Autónomas.

2.7. ATENCIÓN A LA SALUD BUCODENTAL.

- 2.7.1. Comprende el tratamiento de las afecciones estomatológicas en general, incluyendo toda clase de exodoncias, tartrectomía una vez por año o previo informe justificativo del facultativo especialista.

Asimismo, incluye el programa de salud bucodental dirigido a los niños menores de quince años, consistente en revisiones periódicas, tartrectomías, aplicación de flúor tópico, selladores oclusales en dientes permanentes, obturaciones o reconstrucciones en dientes permanentes, tratamientos pulpares (endodoncias) en dientes permanentes y tratamiento de incisivos y caninos permanentes en caso de enfermedad, malformaciones o traumatismos. Además, a este programa se incorporarán las actuaciones que se incluyan en el Plan de Salud Bucodental para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, con el mismo contenido, alcance y ritmo de implantación.

A las beneficiarias embarazadas se les realizará un seguimiento preventivo de la cavidad oral con aplicación de flúor tópico de acuerdo con las necesidades individuales.

- 2.7.2. Quedan excluidos, tanto en lo referente a su coste como a su colocación, las obturaciones y endodoncias (excepto en el ámbito del programa de salud bucodental), las prótesis dentarias, los implantes osteointegrados y la ortodoncia.
- 2.7.3. No obstante, cuando mediara enfermedad profesional o accidente en acto de servicio serán a cargo de la Entidad todos los tratamientos y actuaciones, incluidas las prótesis dentarias y los implantes osteointegrados.
- 2.7.4. Se incluyen los implantes dentales para pacientes con procesos oncológicos que afecten a la cavidad oral que impliquen la pérdida de dientes relacionada directamente con la patología o su tratamiento, y pacientes con malformaciones congénitas que cursen con anodoncia (fisurados, malformaciones linfáticas, displasia ectodérmica, síndromes craneofaciales, etc.).
- 2.7.5. Para la tractectomía, así como, en caso de accidente en acto de servicio o enfermedad profesional para las prótesis dentarias e implantes, será necesaria prescripción de facultativo especialista de la Entidad. En el caso de prótesis dentarias e implantes será necesario, además, la presentación de un presupuesto para su autorización por la Entidad.
- 2.7.6. Serán a cargo de la Entidad, los gastos de hospitalización, de quirófano, anestesista y sedación necesarios para la realización de los anteriores tratamientos y prestaciones odontológicas, a personas con discapacidad que, a causa de su deficiencia no son capaces de mantener, sin ayuda de tratamientos sedativos, el necesario autocontrol que permita una adecuada atención a su salud bucodental, y en el caso de discapacitados psíquicos también serán a cargo de la Entidad los gastos de hospitalización, quirófano, anestesista y sedación para la realización de los tratamientos odontológicos incluso los excluidos de la cobertura del Concierto, siempre que los tratamientos se efectúen con medios de la Entidad.

2.8. PRESTACIÓN FARMACÉUTICA Y CON PRODUCTOS DIETÉTICOS

2.8.1. Contenido.

a) Ámbito no hospitalario.

En el caso de pacientes tratados en el ámbito no hospitalario, la cartera de servicios a facilitar por la Entidad comprende la indicación y prescripción de los medicamentos y productos incluidos en la prestación farmacéutica y con productos dietéticos del Sistema Nacional de Salud por los facultativos de la Entidad, en las recetas oficiales de la Mutualidad General Judicial, identificando el principio activo del medicamento o la denominación genérica, de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente.

b) Ámbito hospitalario.

En el caso de pacientes tratados en el ámbito hospitalario, la cartera de Servicios a facilitar por la Entidad, comprende la indicación prescripción y dispensación a su cargo de todos aquellos productos farmacéuticos, sanitarios y productos dietéticos que precisen los pacientes que están siendo atendidos en este ámbito asistencial (internamiento, hospital de día hospitalización domiciliaria, urgencias, unidad de diálisis y otras unidades dependientes del hospital).

2.8.2. Prescripción.

Los facultativos de la Entidad prescribirán los medicamentos y demás productos farmacéuticos precisos para el tratamiento de pacientes tratados en el ámbito no hospitalario en las recetas oficiales de la Mutualidad General Judicial que, les facilitarán los beneficiarios, o mediante receta electrónica, todo ello con sujeción a lo dispuesto en el Texto Refundido de la Ley de garantías y uso racional del medicamento y productos sanitarios, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2015 de 24 de julio, y demás disposiciones aplicables, así como en el Real Decreto 1718/2010 de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación, y el Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula, con carácter excepcional, la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales, en relación con el acceso a medicamentos en condiciones diferentes a las indicaciones autorizadas.

La Entidad adoptará las medidas necesarias para facilitar la implementación de la prescripción electrónica, con los criterios de normalización que se establezcan por la Mutualidad General Judicial, a través de un programa para el desarrollo de la receta electrónica que se implantará de forma progresiva.

Hasta su puesta en marcha y para las prescripciones manuales en formato papel la Entidad exigirá a sus facultativos que en la cumplimentación de dichas recetas figuren sus datos mínimos obligatorios: nombre y dos apellidos, número de colegiado, y provincia donde ejerza, y firma.

2.8.3. Medicamentos y productos sanitarios a cargo de la Entidad.

a) Medicamentos para tratamiento de pacientes ambulatorios:

Los medicamentos precisos para el tratamiento de pacientes ambulatorios serán suministrados a cargo de la Entidad, en los siguientes supuestos:

1. Los medicamentos comercializados como de Uso Hospitalario, cuya dispensación se realiza a través de los servicios de Farmacia Hospitalaria, conforme a lo establecido en el Real Decreto Legislativo 1/2015 de 24 de julio Texto Refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, cualesquiera que sean sus indicaciones y/o condiciones de utilización.
2. Los medicamentos no autorizados en España, pero comercializados en otros países, cuya dispensación, conforme a la normativa aplicable, deba realizarse a través de Servicios de Farmacia Hospitalaria, al quedar restringida su utilización al medio hospitalario.
3. Los medicamentos y productos farmacéuticos financiados en el Sistema Nacional de Salud que tengan o no cupón precinto, y que requieran para su administración la intervención expresa de facultativos especialistas, según lo establecido en su ficha técnica.

4. Los medios, elementos o productos farmacéuticos precisos para la realización de técnicas diagnósticas, tales como medios de contraste, laxantes drásticos u otros.

b) Productos sanitarios.

Serán a cargo de la Entidad y suministrados por sus medios a los beneficiarios los productos sanitarios que se relacionan a continuación:

1. Los sistemas de administración de nutrición enteral domiciliaria, cánulas de traqueotomía, laringectomía y sondas vesicales especiales que no sean dispensables mediante receta oficial de la Mutualidad General Judicial, cuando dichos productos hubieran sido debidamente indicados por un especialista de la Entidad.
2. Los dispositivos intrauterinos (DIU) que hayan sido prescritos por un especialista de la Entidad, incluidos los sistemas de liberación intrauterinos (DIUS hormonales).
3. Las bombas de infusión local para la administración parenteral de insulina y otros fármacos.
4. Las jeringuillas para la administración de insulina u otros fármacos antidiabéticos incluidas las agujas correspondientes u otros sistemas no precargados de administración, así como el material fungible de las bombas de insulina y las agujas para el suministro de los sistemas precargados de insulina u otros fármacos antidiabéticos que carezcan de ellos.
5. Las tiras reactivas para medición de glucemia, glucosuria y combinadas glucosa/cuerpos cetónicos, así como El glucómetro y las lancetas necesarias para la medición, en los pacientes diabéticos, de acuerdo con los criterios y estándares establecidos por las administraciones sanitarias y sociedades científicas. En todo caso, la Entidad deberá garantizar a dichos pacientes cualquiera de los productos existentes en el mercado cuando a juicio del facultativo prescriptor se adapten mejor a sus necesidades individuales y a sus habilidades personales, siempre y cuando estén incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud.

Todos estos productos se suministrarán atendiendo a criterios de diligencia, proporcionalidad y máxima atención a la situación del paciente.

En aquellos supuestos en que, por causas imputables a la Entidad, el suministro no se ajustara a estos criterios, el mutualista podrá adquirir directamente el producto y solicitar el reintegro a la Entidad.

2.8.4. Dispensación por servicios de farmacia hospitalarios en supuestos especiales.

Por los servicios de farmacia de centros hospitalarios concertados se dispensarán los medicamentos precisos para tratamientos ambulatorios a cargo de la Mutualidad General Judicial, en los siguientes supuestos:

- a) Los medicamentos que, sin tener la calificación de uso hospitalario, tienen establecidas reservas singulares en el ámbito del Sistema Nacional de Salud consistentes en limitar su dispensación a los pacientes no hospitalizados en los servicios de farmacia de los hospitales, por lo que no están dotados de cupón precinto, y que para su administración no requieren la intervención expresa de facultativos especialistas, se dispensarán al beneficiario por los servicios de farmacia hospitalaria. Estos medicamentos se facturarán para su abono directo por la Mutualidad General Judicial al precio de financiación para el Sistema Nacional de Salud, más impuestos.
- b) Los medicamentos de Diagnóstico Hospitalario cuya dispensación se solicite expresamente por la Mutualidad General Judicial para el tratamiento de un determinado paciente, ante la existencia de dificultades para su dispensación en oficinas de farmacia por problemas de desabastecimiento u otros, se dispensarán al beneficiario por los servicios de farmacia hospitalarios. Estos medicamentos se facturarán

para su abono directo por la Mutualidad General Judicial, al precio de venta la público (PVP), de financiación para el Sistema Nacional de Salud.

2.8.5. Uso racional del medicamento.

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad de Sistema Nacional de Salud, la Entidad impulsará el conjunto de actuaciones encaminadas a que las prescripciones de sus facultativos se ajusten a las dosis precisas, según los requerimientos individuales de los pacientes, durante el periodo de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y la comunidad.

2.9. TRANSPORTE PARA RECIBIR ASISTENCIA SANITARIA

El transporte para la asistencia sanitaria contemplada en este Concierto incluye las siguientes modalidades:

- Transporte sanitario urgente.
- Transporte sanitario no urgente.
- Transporte en medios ordinarios.

2.9.1. Transporte sanitario urgente.

El transporte sanitario urgente forma parte de la cartera de servicios de la atención de urgencia y consiste en el desplazamiento de enfermos o accidentados que se encuentren en situación de urgencia o emergencia.

Se entiende por transporte sanitario urgente, terrestre, aéreo o marítimo, asistido o no asistido, según requiera la situación clínica de los pacientes, el que sea preciso para el adecuado traslado al centro sanitario que pueda atender de forma óptima la situación de urgencias, desde el lugar donde se ha producido la emergencia hasta el primer centro o dispositivo sanitario con capacidad para atender al paciente. Puede requerir una primera asistencia en el lugar donde se ha producido la emergencia por parte del personal cualificado.

El transporte sanitario urgente debe ser prescrito por facultativos o por el Centro Coordinador de Urgencias de la Entidad, salvo en los casos de urgencia en que no haya sido posible comunicar con los Servicios de Urgencias y/o de ambulancias de la Entidad y no resulte adecuada otra alternativa. En estos supuestos, el beneficiario podrá solicitar directamente del Servicio de Ambulancias existente en la localidad el traslado al Servicio de Urgencias de la Entidad a la que se encuentre adscrito y la Entidad deberá asumir o reintegrar los gastos del traslado.

2.9.2. Transporte sanitario no urgente.

2.9.2.1. Contenido.

El transporte sanitario no urgente, consiste en el desplazamiento de enfermos o accidentados que no se encuentren en situación de urgencia o emergencia, y que por causas exclusivamente clínicas están incapacitados para desplazarse en los medios ordinarios de transporte a un centro sanitario para recibir asistencia sanitaria o a su domicilio tras recibir la atención sanitaria correspondiente, y que pueden precisar o no atención sanitaria durante el trayecto. Este transporte deberá ser accesible a las personas con discapacidad.

2.9.2.2. Tipos de traslado.

El transporte sanitario no urgente, según el origen y destino del traslado del paciente, así como por el carácter de periodicidad, comprende los siguientes tipos de traslados:

- Traslados periódicos del paciente desde su domicilio a centros sanitarios y/o traslado desde centro sanitario a su domicilio.
- Traslado puntual del paciente desde su domicilio a centros sanitarios y/o traslado desde centro sanitario a su domicilio.
- Se entiende por domicilio del paciente el lugar de residencia habitual o temporal, en el momento de la prescripción del transporte sanitario.
- Los centros sanitarios de origen y/o destino deben ser centros concertados con la Entidad, o haber sido objeto de autorización específica.

2.9.2.3. Medios para transporte sanitario no urgente.

La cartera de servicios de transporte sanitario no urgente incluye el transporte sanitario asistido para el traslado de enfermos o accidentados que requieren asistencia técnico-sanitaria en ruta, y transporte sanitario no asistido, que es el indicado para el traslado especial de enfermos o accidentados que no requieren asistencia técnico-sanitaria en ruta.

2.9.2.4. Criterios de indicación.

Los criterios de indicación del transporte sanitario no urgente serán evaluados por el médico prescriptor, que valorará el estado de salud y el grado de autonomía del paciente para poder desplazarse en medios de transporte ordinario, entre su domicilio y un centro sanitario o viceversa, independientemente del problema de salud que esté en el origen.

El paciente deberá cumplir al menos uno de los dos criterios siguientes:

1. Limitación para el desplazamiento autónomo y que requiere el apoyo de terceras personas.
2. Situación clínica del paciente que le impida el uso de medios de transporte ordinario

El paciente puede ir acompañado cuando la edad o la situación clínica lo requieran.

Para la indicación del acompañante el facultativo prescriptor tendrá en consideración especialmente las siguientes circunstancias:

1. Pacientes con minusvalía cognitiva, sensorial o psíquica que le limite la comprensión y la comunicación con el medio durante su traslado.
2. Pacientes que por la evolución de su enfermedad, se encuentren en el momento del traslado en una situación de gran deterioro físico o psíquico.

2.9.2.5. Reevaluación de la necesidad de transporte sanitario.

En los casos de transporte sanitario periódico, como hemodiálisis, radioterapia, rehabilitación u otros contemplados en este Concierto, la Entidad podrá proponer la reevaluación periódica del paciente por el médico responsable de la asistencia para que determine si se mantiene las causas médicas o la incapacidad física que justifiquen la necesidad de transporte sanitario o, en caso contrario, pueden utilizarse ya los medios de transporte ordinario.

En este caso, la Entidad podrá suspender el transporte, independientemente de la duración o tipo de asistencia que se esté llevando a cabo.

2.9.3. Transporte en medios ordinarios.

2.9.3.1. Contenido.

La Entidad deberá atender los gastos de transporte por los desplazamientos que precisen los beneficiarios cuando utilicen los servicios asignados, siempre que el desplazamiento se realice al municipio más próximo al de residencia habitual o temporal en el que la Entidad disponga de medios, en los siguientes supuestos:

- a) Desplazamientos motivados por la indisponibilidad de los medios exigidos en el correspondiente municipio, según le corresponda, conforme a lo dispuesto en la cláusula 3.3.
- b) Desplazamientos a servicios del nivel IV y servicios de referencia, ubicados en una provincia distinta a la de residencia, o en un municipio dentro de la misma que diste más de 25 km del lugar de residencia, cuando en la provincia de residencia o de estancia no se disponga de este tipo de servicios.
- c) Desplazamientos a un municipio distinto al de residencia para la recibir asistencia sanitaria derivada de accidente en acto de servicio o enfermedad profesional.

2.9.3.2. Modalidades de transporte a cargo de la Entidad.

Se considera medio de transporte ordinario, a los fines anteriores, el automóvil, autobús, ferrocarril o, si procediese por tratarse de provincias insulares o las ciudades de Ceuta o Melilla, el barco o avión.

Estos traslados se valorarán siempre por su coste menor, en clase normal o turista, en líneas regulares de transporte en autobús o ferrocarril o, si procediese por tratarse de provincias insulares o las ciudades de Ceuta y Melilla, en barco o avión, hasta el municipio más próximo en que la Entidad disponga de medios para completar la asistencia requerida. La prestación comprenderá el traslado de regreso.

2.9.4. Transporte del acompañante.

La Entidad deberá hacerse cargo de los gastos de transporte del acompañante en los siguientes casos:

- a) Desplazamientos de beneficiarios menores de 15 años, y en el caso de Ceuta y Melilla y provincias insulares, menores de 18 años.
- b) Desplazamientos de beneficiarios que acrediten un grado de discapacidad superior al 65%.
- c) Desplazamientos de beneficiarios cuando así lo indique su médico responsable, circunstancia que se acreditará mediante la presentación de la prescripción escrita del facultativo.

2.10. OTRAS PRESTACIONES

2.10.1. Programas preventivos

La Entidad facilitará las actuaciones establecidas en el apartado 3.1.2 del ANEXO 2 del Real Decreto 1030/2006 que incluyen:

- a) Vacunaciones en todos los grupos de edad y, en su caso, grupos de riesgo, según el calendario de vacunación del Sistema Nacional de Salud en los términos establecidos por las administraciones sanitarias competentes, así como aquellas que puedan indicarse, en la población general o en grupos de riesgo, por situaciones que epidemiológicamente determinen las autoridades sanitarias. En especial se facilitará el desarrollo de:
 1. Calendarios oficiales de vacunación sistemática del niño de cada una de las Comunidades Autónomas y ciudades con Estatuto de Autonomía.
 2. Vacunación antitetánica en adultos.
 3. Campañas de vacunación antigripal en grupos de riesgo.
 4. Vacunación de la Hepatitis "B" a grupos de riesgo.

- b) Indicación y administración, en su caso, de quimioprofilaxis antibiótica en los contactos con pacientes infecciosos para los problemas infectocontagiosos que así lo requieran.
- c) Actividades para prevenir la aparición de enfermedades actuando sobre los factores de riesgo (prevención primaria) o para detectarlas en fase presintomática mediante cribado o diagnóstico precoz (prevención secundaria), entre ellas:
1. Cribado de cáncer de mama. Detección precoz del cáncer de mama con los siguientes criterios:
 - Población objetivo: mujeres comprendidas entre 50-69 años de edad
 - Prueba de cribado: mamografía
 - Intervalo entre exploraciones: dos años
 2. Cribado de cáncer de cérvix uterino. Detección precoz con los siguientes criterios:
 - Población objetivo: mujeres con edades comprendidas entre 25 y 65 años.
 - Prueba de cribado: citología cervical.
 - Intervalo de exploraciones: de tres a cinco años.
 3. Cribado de cáncer de colorrectal. Detección con los siguientes criterios:
 - Población objetivo: hombres y mujeres comprendidos entre 50-69 años de edad.
 - Prueba de cribado: sangre oculta en heces.
 - Intervalo entre exploraciones: dos años.
- d) Cribado neonatal de las siguientes enfermedades endocrino-metabólicas: hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, fibrosis quística, deficiencia de acil coenzima A deshidrogenasa de cadena media (MCADD), deficiencia de 3-hidroxi-acil-Coenzima A-deshidrogenasa de cadena larga (LCAHADD), academia glutárica tipo I (GA-I), y anemia falciforme.

La Entidad facilitará las actuaciones que correspondan en el ámbito de la atención primaria y especializada y dispondrá de los medios necesarios para llevar a efecto los citados programas preventivos, garantizando la información adecuada a los beneficiarios, así como el calendario, direcciones y horarios de los centros donde se llevarán a cabo.

Asimismo la Entidad remitirá a las Delegaciones de la Mutualidad General Judicial y a las oficinas centrales relación detallada de los centros de vacunación disponibles en la respectiva provincia con direcciones, teléfonos, horarios y programas preventivos que se incluyen en los mismos.

En los casos en que la Entidad no hubiera desarrollado alguno de los programas específicos señalados, deberá atenderla cobertura de las actuaciones realizadas a los beneficiarios en el marco de un programa de prevención desarrollado por las correspondientes administraciones sanitarias.

La Mutualidad General Judicial podrá informar específicamente a sus beneficiarios y a través del medio que en cada caso estime más oportuno, sobre la conveniencia de la realización de determinados programas preventivos de los incluidos en la cartera de servicios.

2.10.2. Prestación Ortoprotésica.

2.10.2.1. Implantes quirúrgicos.

Están incluidos en la cobertura de este concierto los implantes quirúrgicos, terapéuticos o diagnósticos, entendiéndose por tales aquellos productos sanitarios diseñados para ser implantados total o parcialmente en el cuerpo humano mediante un determinado acto médico o intervención

quirúrgica, que estén comprendidos en la oferta de productos ortoprotésicos de los centros y servicios del SNS, incluyendo aquellos implantes sometido a estudios de monitorización autorizados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Asimismo se incluyen la renovación de los implantes y la de cualquiera de sus accesorios, incluidos los externos corriendo a cargo de la Entidad todos los costes asociados, incluyendo los materiales utilizados para realizar técnicas de osteosíntesis.

Quedan excluidos los implantes osteointegrados para prótesis dentarias, excepto en los siguientes supuestos:

- a) Pacientes con lesiones derivadas de accidente en acto de servicio o enfermedad profesional
- b) Pacientes con procesos oncológicos que afecten a la cavidad oral e impliquen pérdida de dientes relacionada directamente con esta patología o su tratamiento.
- c) Pacientes con malformaciones congénitas que cursen con anodoncias.

2.10.2.2. Productos ortoprotésicos de dispensación ambulatoria.

La indicación, prescripción de las prótesis externas y demás productos sanitarios incluidos en la prestación ortoprotésica de la Mutuality General Judicial y de su oportuna renovación, se realizará por los especialistas de los servicios asignados, quedando bajo su supervisión la adaptación de estos productos.

Asimismo, la adaptación de los productos quedará bajo la supervisión del especialista que haya formulado la indicación y, en el caso de productos que requieran una adaptación específica de complejidad alta al paciente y de los productos elaborados a medida, el especialista deberá de verificar la adecuación del producto suministrado con la prescripción, así como la idoneidad de la adaptación, proponiendo en su caso, las modificaciones que considere oportunas, que se reflejarán en el correspondiente informe.

2.10.3. Terapias respiratorias.

Comprende la prestación de cualquiera de las técnicas de terapia respiratoria a domicilio atendidas por el Sistema Nacional de Salud, cuando las circunstancias del paciente así lo requieran, incluyendo el uso de las mochilas de oxígeno líquido, o concentradores portátiles de oxígeno, la pulsioximetría, la aerosolterapia y el suministro de aspiraciones de secreciones.

Requieren la prescripción escrita de un especialista de la Entidad y autorización previa de la misma.

2.10.4. Podología.

Se incluye la atención podológica para pacientes diabéticos insulino dependientes así como para pacientes diagnosticados de pie neuropático de etiología distinta a la diabetes.

La atención por el podólogo requiere prescripción médica y autorización previa de la Entidad. El número máximo de sesiones cubierto por paciente es de seis al año.

2.10.5. Asistencia en el marco de estudios de monitorización.

La Entidad facilitará el acceso a las técnicas, tecnologías o procedimientos incluidos en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, sometidos a estudios de monitorización, de los beneficiarios que cumplan los criterios de inclusión establecidos en los correspondientes protocolos de los estudios conforme a lo previsto en la Orden SSI/2356/2015, de 2 de julio, por la que se modifican los ANEXOS II, III y VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema

Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización y se regulan los estudios de monitorización de técnicas, tecnologías y procedimientos.

Sólo se podrá realizar una técnica, tecnología o procedimiento sometido a estudio de monitorización en los centros que cuenten con la autorización de la correspondiente Comunidad Autónoma. Cuando en el conjunto del territorio nacional la Entidad no disponga de un centro concertado habilitado al efecto, deberá autorizar y facilitar el traslado del beneficiario a un centro autorizado y asumir los costes asociados.

2.11. SUPUESTO ESPECIAL

1. Cuando, por decisión propia y para una determinada intervención, un beneficiario elija a un médico ajeno a la Entidad, podrá solicitar de ésta que se haga cargo del internamiento en un Centro de la misma, siempre que la petición esté fundada en la continuidad asistencial en procesos patológicos graves o en que el médico sea familiar suyo, incluyendo el concepto de familiar hasta el quinto grado de parentesco, tanto por consanguinidad como por afinidad.
2. La Entidad deberá autorizar el internamiento, a su cargo, si concurre alguna de dichas circunstancias y si, además, el médico reúne las condiciones exigidas por el Centro para actuar profesionalmente en el mismo.
3. El internamiento será autorizado por el período de tiempo que se estime habitualmente suficiente para la intervención de que se trate, sin perjuicio de su prórroga en caso de que exista causa médica que la justifique.
4. La Entidad cubrirá los gastos del internamiento en los términos de la cláusula 2.4.4, con excepción de los honorarios de los médicos y, en caso de parto, los de la matrona, que serán por cuenta del beneficiario.

CAPÍTULO III. MEDIOS DE LA ENTIDAD

3.1. NORMAS GENERALES

A los efectos previstos en los artículos 17 del Texto Refundido de las Disposiciones Legales vigentes sobre el Régimen Especial de Seguridad Social del personal al servicio de la Administración de Justicia, aprobado por Real Decreto Legislativo 3/2000 de 23 de junio y del artículo 72 del Reglamento de la Mutualidad General Judicial, se considera que los medios de la Entidad son los servicios, propios o concertados, asignados para la asistencia sanitaria de los beneficiarios adscritos a la misma.

Los medios de la Entidad deberán cumplir los requisitos establecidos con carácter general por la normativa sanitaria vigente, bajo la supervisión que, con igual carácter, pueda proceder por parte de la Administración Sanitaria competente.

Los centros, establecimientos y servicios concertados deberán estar debidamente autorizados conforme a lo dispuesto en el Real Decreto 1277/2003 de 10 de octubre en el que se establecen las bases sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitaria así como en la normativa autonómica vigente, en su caso, y en la normativa específica que regule la actividad.

Los profesionales sanitarios deberán ser titulados de acuerdo con la regulación establecida en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias o la normativa que la modifique, sustituya o complete.

Si la Mutualidad General Judicial tuviera conocimiento del posible incumplimiento de dichos requisitos de carácter general, lo pondrá en conocimiento de la autoridad sanitaria competente.

La Entidad facilitará el acceso a los centros y servicios incluidos en la Cartera de Servicios a fin de que la Mutualidad General Judicial pueda comprobar la adecuación de los medios de la institución respecto a la oferta de servicios realizada.

3.2. ALCANCE

A los fines asistenciales de este Concierto, los medios de la Entidad son los siguientes:

- a) Personal sanitario dependiente de la Entidad mediante una relación de carácter laboral o vinculado a la misma mediante una relación de carácter civil.
- b) Centros, instalaciones o establecimientos propios de la Entidad o concertados por la misma bajo cualquier régimen jurídico.
- c) Medios de que disponga otra Entidad y que queden adscritos mediante subconcierto con la Entidad concertada, a los fines de este Concierto.
- d) Los servicios de atención primaria y de urgencias de la Red Sanitaria Pública concertados por cuenta de la Entidad, conforme a lo previsto en el ANEXO 1 que quedan asimilados a los medios de la Entidad.
- e) El Centro Coordinador de Urgencias de la Entidad accesible a través un teléfono gratuito y único para todo el territorio nacional, disponible las 24 horas de todos los días al año, que canalizará la demanda de urgencias y emergencias sanitarias, garantizando la accesibilidad y coordinación de los recursos disponible para este tipo de atención

La Entidad podrá coordinar sus dispositivos de emergencias sanitarias con otros centros coordinadores de urgencias y emergencias, incluidos aquellos dependientes de otras administraciones públicas.

3.3. PRINCIPIOS GENERALES DE UTILIZACIÓN DE LOS MEDIOS DE LA ENTIDAD

3.3.1. Garantía de accesibilidad.

La Entidad debe garantizar el acceso a los medios que en cada nivel asistencial exige la Cartera de Servicios en los términos establecidos en el ANEXO 3, salvo que no existan medios privados ni públicos, en cuyo caso lo facilitará en el municipio más próximo donde estén disponibles.

Si los medios exigidos en cada nivel asistencial no estuvieran disponibles, la Entidad se obliga a facilitar el acceso de los beneficiarios a otros servicios privados que existan en el mismo municipio o, de no existir éstos, a los correspondientes servicios públicos, asumiendo directamente los gastos que pudieran facturarse.

3.3.2. Libertad de elección de facultativo y centro.

Los beneficiarios podrán elegir libremente facultativo y centro de entre los que figuran en los Catálogos de proveedores de la Entidad en todo el territorio nacional. El acceso a los médicos consultores se realizará previa derivación por otro especialista y con autorización de la Entidad.

3.3.3. Requisitos adicionales: autorización previa, prescripción médica.

- a) Para los casos expresamente previstos en el Concierto, la Entidad podrá exigir los requisitos adicionales de prescripción médica o autorización previa de la Entidad.
- b) La Entidad, a través de los facultativos que prescriban o realicen las pruebas diagnósticas o tratamientos que precisen autorización, deberá informar debidamente de este requisito al beneficiario. En ningún caso podrán efectuarse con cargo al beneficiario las pruebas no autorizadas, si no se le ha informado antes de la necesidad de tal autorización previa o por falta de tiempo, en el caso de actos médicos o quirúrgicos realizados en el momento de la consulta.
- c) La autorización de un determinado medio diagnóstico o terapéutico deriva de la necesidad de ordenar y canalizar las prestaciones por parte de la Entidad, para facilitar el servicio y evitar demoras, pero nunca puede suponer una restricción al acceso a las prestaciones reconocidas en la Cartera de Servicios. En ningún caso se denegará una solicitud de un medio diagnóstico o terapéutico, indicado por un facultativo de la Entidad, que figure en la Cartera de Servicios establecida en este Concierto. Excepcionalmente podrá solicitarse del facultativo un informe complementario motivando la indicación de la prestación solicitada.
- d) El ANEXO 2 contiene una relación exhaustiva de los supuestos de utilización de los medios que exigen autorización previa de la Entidad y el procedimiento para su obtención.

3.4. CRITERIOS DE DISPONIBILIDAD DE MEDIOS

Las prestaciones incluidas en la cartera de servicios a facilitar por la Entidad se estructurarán por niveles asistenciales y tamaños de población. De conformidad con lo establecido en la cláusula 2.2.1 del presente Concierto, se distinguen los siguientes niveles asistenciales:

1. El nivel de Atención Primaria de Salud, que tiene como marco geográfico y poblacional el municipio.
2. El nivel de Atención Especializada, que tiene como marco geográfico y territorial el municipio a partir de 20.000 habitantes.
3. Para los Servicios de Referencia el marco geográfico y poblacional será el del conjunto del territorio del Estado.

Cada nivel superior incluye todos los servicios de los niveles inferiores.

En el ANEXO 3 se establecen los criterios de disponibilidad de medios por niveles asistenciales y municipios.

3.5. CATÁLOGO DE PROVEEDORES

- 3.5.1. El Catálogo de proveedores contiene la relación detallada de los medios de la Entidad y la información necesaria para que los beneficiarios puedan utilizar dichos medios.
- 3.5.2. En el Catálogo de proveedores deben figurar sin exclusiones, todos los facultativos y centros asistenciales propios o concertados por la Entidad que se hayan hecho constar en la base de datos aportada para la suscripción de este Concierto según se recoge en el ANEXO 6.
- 3.5.3. La Entidad podrá determinar que en su Catálogo de proveedores aparezcan como consultores determinados facultativos para áreas específicas y complejas de su especialidad, siempre que dicha especialidad disponga de especialistas no consultores.
- 3.5.4. Cuando un beneficiario sea atendido por un profesional que forme parte del equipo de un facultativo o servicio concertado incluidos en el Catálogo de proveedores, se entenderá que forma parte de los medios de la Entidad y deberá ser incluido, a la mayor brevedad posible en la tabla de profesionales sanitarios prevista en el ANEXO 6 y en la página web de la Entidad.
- 3.5.5. La Entidad editará el Catálogo de proveedores de acuerdo con las instrucciones que se detallan en el ANEXO 6, que tendrá, tanto en papel como en soporte electrónico, un formato común de obligado cumplimiento, al objeto de que su tratamiento sea homogéneo.
- 3.5.6. El Catálogo de proveedores será específico para la Mutualidad General Judicial, tendrá ámbito provincial, y se adaptará a los niveles asistenciales establecidos en el Concierto. No incluirá publicidad, ni información relativa a otros productos o servicios de la Entidad.
- 3.5.7. Cuando se detecte que algún Catálogo de proveedores no se identifica con la imagen corporativa de la Entidad o en su elaboración no se ha atendido al formato común de obligado cumplimiento establecido en el ANEXO 6, la Mutualidad General Judicial comunicará este incumplimiento a la Entidad, que dispondrá de un plazo de siete días hábiles para subsanar los defectos detectados y entregar en las Delegaciones Provinciales y en los Servicios centrales de la Mutualidad General Judicial, la nueva edición del Catálogo de proveedores en el formato y número de ejemplares que se le haya requerido.

3.6. EDICIÓN Y ENTREGA DEL CATÁLOGO DE PROVEEDORES E INFORMACIÓN EN LA PÁGINA WEB DE LA ENTIDAD

- 3.6.1. Antes del 20 de diciembre del año anterior al de vigencia del Concierto, la Entidad deberá entregar en los Servicios centrales y Delegaciones Provinciales de la Mutualidad General Judicial, los Catálogos de proveedores de la Entidad correspondientes a todas las provincias en el formato y número de ejemplares que se establecen en el ANEXO 6. Asimismo, a partir del 1 de enero, La Entidad facilitará a los beneficiarios que tenga adscritos y lo soliciten, el Catálogo de proveedores de la correspondiente provincia en edición de papel o, a elección del beneficiario, en formato electrónico, mediante su envío a la dirección postal o electrónica que indique el interesado o poniéndolo a su disposición en los locales y delegaciones de la Entidad. La entrega deberá efectuarse en un plazo no superior a siete días hábiles desde la solicitud.
- 3.6.2. La Entidad, en su página web, debe disponer de una sección específica que informe a los beneficiarios de la Mutualidad General Judicial sobre el contenido de los Catálogos de proveedores correspondientes a todas las

provincias, incluido el número de teléfono del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias de la Entidad, previsto en la cláusula 2.5.1, diferenciándolo claramente de otros números de teléfono de información o de servicios de la Entidad.

Esta información deberá aparecer en una sección específica de la Mutualidad General Judicial perfectamente identificable y accesible e incluir para cada provincia los contenidos que aparecen especificados en el ANEXO 6. La información de la página web deberá actualizarse siempre que existan modificaciones, haciendo constar la fecha de la última modificación.

- 3.6.3. En el supuesto de que la Entidad no cumpliera lo establecido en los dos apartados anteriores, se obliga a asumir los gastos que se deriven de la utilización por los beneficiarios de los servicios que presten los centros y facultativos incluidos en el último Catálogo de proveedores vigente o en su página web.
- 3.6.4. Las obligaciones de la Entidad señaladas en los párrafos anteriores, se entienden también referidas a las actualizaciones de los Catálogos de proveedores o "Adenda" a los mismos que, en su caso, vayan a tener vigencia en los años 2019, 2020 y 2021.

3.7. INVARIABILIDAD DE LOS CATÁLOGOS DE PROVEEDORES DE LA ENTIDAD

- 3.7.1. El Catálogo de proveedores de la Entidad debe mantenerse estable y garantizar los principios de continuidad asistencial de los pacientes. Por ello, la oferta de medios de la Entidad publicitada en el Catálogo de proveedores únicamente podrá registrar altas de nuevos servicios, sin que puedan producirse bajas a lo largo de la vigencia del Concerto, salvo aquellas que se lleven a cabo a petición del especialista o centros, por fallecimiento o incapacidad del facultativo para ejercer la profesión, cese de actividad o traslado a otro municipio o aquellas que obedecieran a circunstancias excepcionales debidamente acreditadas. En este caso, las bajas deberán ser comunicadas a la Mutualidad General Judicial, justificando los motivos, con 30 días de antelación, salvo que sean sobrevenidas.
- 3.7.2. Si la baja afecta a centros o servicios hospitalarios, la Entidad debe informar a la Mutualidad General Judicial de los beneficiarios que están siendo atendidos en dichos centros o servicios.
- 3.7.3. En cualquier caso, la Entidad está obligada a sustituir en el menor plazo posible al profesional u hospital que haya causado baja, debiendo comunicar a la Mutualidad General Judicial, los servicios, centros o facultativos que hayan de sustituir a las bajas producidas. Asimismo, deberá dirigir una comunicación, con carácter generalizado, a los beneficiarios sobre las altas o bajas producidas en los Catálogos de proveedores de la Entidad.

3.8. PRINCIPIO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

- 3.8.1. Si se produce la baja de algún profesional de los Catálogos de proveedores, la Entidad se obliga a garantizar a los pacientes en tratamiento de procesos patológicos graves, la continuidad asistencial para el proceso patológico del que viene siendo tratado, con el mismo facultativo, durante los seis meses siguientes a la fecha en que la baja se hubiera producido, siempre que el facultativo pueda continuar en el ejercicio de su profesión y hubiese conformidad del facultativo.
- 3.8.2. Si la baja se refiere a un centro sanitario o servicio hospitalario, la Entidad se obliga a garantizar a los pacientes que están siendo atendidos de un determinado proceso patológico, la continuidad del tratamiento de dicho proceso en ese centro o servicio, durante todo el tiempo que persista la necesidad del mismo o hasta que se haya obtenido el alta definitiva en el proceso. Dicha continuidad asistencial se realizará en cualquier caso por un período máximo de seis meses, siempre que la Entidad ofrezca una alternativa asistencia válida para tratar ese proceso patológico.

- 3.8.3. La Entidad deberá informar por escrito a cada uno de los beneficiarios, en un plazo no superior a cinco días hábiles a contar desde la fecha de la baja del centro o servicio, sobre su derecho a mantener el tratamiento y la continuidad asistencial en dicho centro o servicio, con cargo a la Entidad. En el caso de que se produjeran reingresos o revisiones en dichos centros o servicios, por el mismo proceso, la Entidad seguirá haciéndose cargo de los mismos, y el beneficiario deberá cumplir los requisitos establecidos en el Concierto, en cuanto a prescripción (por médico concertado o no concertado perteneciente a dicho centro o servicio) y autorización previa de la Entidad.
- 3.8.4. Cuando a la finalización de este Concierto la Entidad suscriba el Concierto de asistencia sanitaria que lo sustituya, deberá atender las obligaciones previstas en los puntos 3.8.1, 3.8.2 y 3.8.3 anteriores.

CAPÍTULO IV. UTILIZACIÓN DE MEDIOS NO CONCERTADOS.

4.1. CRITERIO GENERAL

De conformidad con lo establecido en el artículo 72.1 del Reglamento de la Mutualidad General Judicial, en relación con la cláusula 3.2 del presente Concierto, cuando un beneficiario, por decisión propia o de sus familiares, utilice medios no concertados con la Entidad, deberá abonar, sin derecho a reintegro, los gastos que puedan ocasionarse, excepto en los casos de denegación injustificada de asistencia y en los de asistencia urgente de carácter vital.

4.2. DENEGACIÓN INJUSTIFICADA DE ASISTENCIA

4.2.1. Supuestos de denegación injustificada de asistencia.

En aplicación de lo previsto en el artículo 72.3 a) del Reglamento de la Mutualidad General Judicial, se produce denegación injustificada de asistencia:

- a) Cuando se deniegue al beneficiario el libre acceso al Catálogo de proveedores de la Entidad.
- b) Cuando el beneficiario solicite por escrito a la Entidad la prestación de una determinada asistencia sanitaria prescrita por un médico concertado por la Entidad y ésta no le ofrezca, y antes del quinto día hábil siguiente a la comunicación, la solución asistencial válida en el nivel que corresponda. La respuesta de la Entidad deberá realizarse por escrito o por cualquier otro medio que permita dejar constancia de la misma.
- c) Cuando la Entidad no cumpla con las exigencias de disponibilidad de medios previstos en el presente Concierto.

En este supuesto, el beneficiario podrá acudir a los facultativos o centros privados que existan en el nivel correspondiente, o de no existir éstos, a los correspondientes servicios públicos, de conformidad con lo estipulado en la cláusula 3.3.1.

- d) Cuando el beneficiario solicite autorización a la Entidad para acudir a un facultativo o centro no concertado (previa prescripción por escrito de un facultativo de la Entidad con exposición de las causas médicas justificativas de la necesidad de remisión al medio no concertado) y la Entidad no lo autorice ni ofrezca una alternativa asistencial válida con sus medios antes de que concluya el décimo día hábil siguiente a la presentación de la solicitud de autorización.

Si la Entidad ofrece medios propios o concertados, la oferta debe especificar expresamente el facultativo, servicio o centro que vaya a prestar la asistencia y que puede llevar a cabo la técnica diagnóstica o terapéutica prescrita.

- e) Si la Entidad autoriza la remisión a un facultativo o centro no concertado, debe asumir los gastos ocasionados por el proceso asistencial, sin exclusiones. No obstante, transcurridos seis meses desde el inicio de la asistencia, el beneficiario deberá solicitar a la Entidad la renovación de la prestación o la continuidad de la asistencia, a fin de que, antes de que concluya el décimo día hábil siguiente a la fecha de solicitud, la Entidad autorice la renovación.
- f) Cuando en un medio de la Entidad al que un beneficiario haya acudido para recibir asistencia o en el que esté ingresado, no existan o no estén disponibles los recursos adecuados, según criterio del facultativo de la Entidad o del centro que tenga a su cargo la asistencia, y ello se manifieste implícitamente en la remisión del beneficiario a centro no concertado.

4.2.2. Obligaciones de la Entidad.

En cualquiera de los supuestos de denegación injustificada de asistencia descritos en la cláusula anterior, la Entidad viene obligada a asumir los gastos derivados de la asistencia, dentro de los diez días hábiles siguientes al de la presentación de la reclamación en la Entidad por el beneficiario.

Cuando la Entidad reciba comunicación de que el beneficiario ha recibido asistencia en medios ajenos, ésta realizará las gestiones oportunas ante el correspondiente proveedor para que emita la correspondiente factura a la Entidad, que se hará cargo de su abono.

Si el beneficiario hubiera abonado los gastos directamente al proveedor sanitario, la Entidad deberá efectuar el reintegro dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que el beneficiario presente los justificantes de los gastos.

4.2.3. Procedimiento de reclamación en los supuestos de denegación injustificada de asistencia.

El beneficiario podrá presentar reclamación ante la Delegación de la Mutualidad General Judicial de la provincia donde hayan tenido lugar los hechos, cuando la Entidad incurra en alguno de los supuestos de denegación injustificada de asistencia previstos en la cláusula 4.2.1, y no hubiera abonado directamente al proveedor o reintegrado al beneficiario los gastos ocasionados.

En estos supuestos, la Mutualidad General Judicial documentará el oportuno expediente y dará audiencia a la Entidad para que, en el plazo de diez días formule las alegaciones que considere oportunas, trámite que se realizará vía FAX o correo electrónico.

Si la reclamación ha sido presentada en la Delegación Provincial, esta remitirá el expediente a los servicios centrales. Sobre el asunto recaerá Resolución de la Gerencia de la Mutualidad General Judicial.

En su caso, se procederá al pago de las correspondientes prestaciones por cuenta de la Entidad, conforme al procedimiento regulado en la cláusula 5.5.3 del presente Concierto.

4.2.4. Otros efectos.

La aceptación por la Entidad o, en su caso, la declaración por la Mutualidad General Judicial de que existe un supuesto de denegación injustificada de asistencia, no supone la aceptación o declaración, respectivamente, de que haya existido denegación de asistencia a otros fines civiles o penales, para lo que, en su caso, el beneficiario habrá de acudir a la vía jurisdiccional ordinaria correspondiente.

4.3. ASISTENCIA URGENTE DE CARÁCTER VITAL EN MEDIOS NO CONCERTADOS.

4.3.1. Concepto y requisitos.

A los fines previstos en el artículo 72.3 b) del Reglamento de la Mutualidad General Judicial, se considera situación de urgencia de carácter vital aquella en que se haya producido una patología cuya naturaleza y síntomas hagan previsible un riesgo vital inminente o muy próximo o un daño irreparable para la integridad física de la persona, de no obtenerse una actuación terapéutica de inmediato.

Para que el beneficiario tenga derecho a la cobertura de los gastos producidos por utilización de medios ajenos en situación de urgencia de carácter vital, debe concurrir que el medio ajeno al que se dirija o sea trasladado el paciente sea razonablemente elegido, teniendo en cuenta las circunstancias de lugar y tiempo en que la patología se haya producido, así como la capacidad de decisión del enfermo y, en su caso, de las personas que prestaron los primeros auxilios.

La asistencia que precisen los titulares y beneficiarios de la Mutualidad General Judicial como consecuencia o con ocasión de actos cometidos por personas integradas en bandas o grupos organizados y armados, se considerará siempre que reúnen inicialmente las características de urgencia de carácter vital y que la asistencia recibida, de haberse utilizado medios ajenos, posee también inicialmente el requisito previsto en el párrafo anterior.

En todo caso tendrá la consideración de urgencia de carácter vital la prestada por equipos de emergencia ajenos a la Entidad en los casos de accidente en acto de servicio.

4.3.2. Alcance.

La situación de urgencia de carácter vital, se extiende desde el ingreso hasta el alta hospitalaria del paciente (incluyendo los posibles traslados a otros centros por causas asistenciales ineludibles), salvo en los dos supuestos siguientes:

- a) Cuando la Entidad, con la conformidad del equipo médico que estuviese prestando la asistencia, ofrezca una alternativa asistencial que posibilite el traslado del paciente a un centro propio o concertado adecuado y el enfermo o sus familiares responsables se nieguen a ello.
- b) Cuando el paciente sea remitido a un segundo centro ajeno y no existan causas que impidan la continuidad del tratamiento en un centro de la Entidad.

4.3.3. Comunicación a la Entidad.

El beneficiario u otra persona en su nombre, comunicará a la Entidad, por cualquier medio que permita dejar constancia de la comunicación, la asistencia recibida con medios ajenos dentro de las 48 horas siguientes al inicio de la asistencia, salvo que concurran circunstancias excepcionales debidamente justificadas que hayan impedido comunicar la asistencia recibida con medios ajenos y sin que la falta de comunicación condicione la cobertura de la urgencia de carácter vital. Asimismo, se deberá aportar el correspondiente informe médico de urgencias.

4.3.4. Obligaciones de la Entidad.

Cuando la Entidad reciba la comunicación del beneficiario referida en la cláusula 4.3.3, deberá contestar por cualquier medio que permita dejar constancia, dentro de las 48 horas siguientes a la recepción de la comunicación, si acepta la situación de urgencia de carácter vital y, por tanto, el pago de los gastos producidos, incluido el transporte sanitario urgente, en su caso, o por el contrario, si no se considera obligada al pago por entender que no ha existido una situación de urgencia de carácter vital.

En el primer caso, la Entidad deberá comunicar al proveedor que se hace cargo directamente de los gastos ocasionados, a fin de que por parte de este se emita factura a la Entidad salvo que el interesado hubiera adelantado el pago, supuesto en que procederá a su reintegro en el mismo plazo.

Cuando el beneficiario no haya efectuado la comunicación en tiempo y forma, la Entidad reintegrará el importe de la asistencia dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que el beneficiario presente los justificantes.

4.3.5. Procedimiento de reclamación en los supuestos de asistencia urgente de carácter vital.

El beneficiario podrá presentar reclamación en la correspondiente Delegación de la Mutualidad General Judicial o en servicios centrales, cuando la Entidad incumpla las obligaciones previstas en la cláusula 4.3.4, en caso de discrepancia con el criterio de la Entidad o ante la falta de respuesta en el plazo establecido al efecto.

4.4. ASISTENCIA TRANSFRONTERIZA.

Con los límites y condiciones establecidos en el Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación, y en la normativa específica de la Mutuality General Judicial, especialmente en la Resolución de 18/04/2016 (BOE 06/05/2016), por la que se regula la asistencia sanitaria fuera del territorio nacional, los beneficiarios podrán solicitar a la Mutuality General Judicial el reembolso de gastos por asistencia sanitaria transfronteriza a cargo de la Entidad.

El procedimiento para la solicitud y el reconocimiento de la prestación se establecen en el ANEXO 8 de este Concierto.

Cuando se reconozca el derecho al reembolso de gastos por asistencia sanitaria transfronteriza a un beneficiario adscrito a la Entidad, la Mutuality General Judicial repercutirá a la misma el importe de los gastos que correspondan a prestaciones que sean objeto del Concierto, por el procedimiento establecido en la cláusula 5.5.3 de este Concierto.

En ningún caso se repercutirán a la Entidad los gastos que correspondan a la dispensación ambulatoria de productos dietéticos, material ortoprotésico, medicamentos y otros productos sanitarios que sean objeto de las prestaciones con productos dietéticos, ortoprotésica y farmacéutica, para tratamientos ambulatorios.

CAPÍTULO V. RÉGIMEN JURÍDICO DEL CONCIERTO

5.1. RÉGIMEN JURÍDICO DEL CONCIERTO

5.1.1. El presente Concierto tiene naturaleza administrativa de contrato de gestión de servicios públicos, de acuerdo con lo previsto en la disposición adicional vigésima del texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público, aprobado por el Real Decreto Legislativo 3/2011 de 14 de noviembre, y su régimen jurídico es el establecido en el Real Decreto Legislativo 3/2000, de 23 de junio, que aprueba el texto refundido de las disposiciones legales vigentes sobre el Régimen Especial de Seguridad Social del personal al servicio de la Administración de Justicia, y en el Reglamento de la Mutualidad General Judicial.

Por lo tanto, el presente Concierto se rige por:

- a) El Real Decreto Legislativo 3/2000 de 23 de junio, que aprueba el Texto Refundido de las disposiciones legales vigentes sobre el Régimen Especial de Seguridad Social del personal al servicio de la Administración de Justicia, especialmente las previsiones contenidas en su artículo 5.2 que señala que el régimen de los Conciertos para la prestación de los servicios de asistencia sanitaria y farmacéutica será el establecido por su legislación específica de aplicación.
- b) El Reglamento de la Mutualidad General Judicial, con especial referencia al artículo 129.3 que regula el régimen de la contratación de la Mutualidad General Judicial.
- c) La Resolución por la que se convoca la presentación de solicitudes por entidades de seguro para suscribir concierto con la mutualidad general judicial para la asistencia sanitaria de beneficiarios durante 2018, con previsión de prórrogas para 2019, 2020 y 2021.
- d) El propio Concierto.

Para lo no previsto en las disposiciones aludidas, el Concierto se regirá por la legislación básica del Estado en materia de contratos públicos, es decir, por el Texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público, aprobado por el Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre y por el Reglamento General de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, aprobado por Real Decreto 1098/2001, de 12 de Octubre, (RGLCAP). Supletoriamente, se aplicarán las restantes normas de derecho administrativo y, en su defecto, las normas de derecho privado.

5.1.2. Son relaciones basadas en el Concierto:

- a) Las relaciones entre la Mutualidad General Judicial y la Entidad, con motivo del cumplimiento de los derechos y obligaciones del presente Concierto.
- b) Las relaciones entre los beneficiarios y la Entidad, con motivo del cumplimiento por la misma de las obligaciones señaladas en el presente Concierto.

5.1.3. Las cuestiones que surjan en el ámbito de las relaciones enumeradas en el apartado b) de la cláusula anterior tendrán naturaleza administrativa, y serán resueltas por la Gerencia de la Mutualidad General Judicial, previo el procedimiento, si procede, que en este Capítulo se determina. Contra los acuerdos adoptados cabe recurso de alzada ante el Ministro de Justicia. El Orden Jurisdiccional competente es el Contencioso Administrativo.

5.1.4. Corresponde a la Gerencia de la Mutualidad General Judicial, la facultad de interpretar el Concierto, resolver las dudas que ofrezca su cumplimiento, modificarlo por razones de interés público, acordar su resolución por incumplimiento de la Entidad y determinar los efectos de ésta.

5.2. NATURALEZA Y RÉGIMEN DE LAS RELACIONES ASISTENCIALES

5.2.1. El presente Concierto no supone ni hace surgir ninguna relación entre la Mutualidad General Judicial y los facultativos o centros de la Entidad que presten la asistencia. Las relaciones entre la Entidad y los facultativos o centros son, en todo caso, ajenas al Concierto.

5.2.2. Consecuentemente, son también ajenas al conjunto de derechos y obligaciones que determinan los fines del Concierto y se configuran como relaciones autónomas entre las partes:

- a) Las relaciones de los beneficiarios con los facultativos de la Entidad por causa que afecte o se refiera al ámbito propio del ejercicio profesional de dichos facultativos.
- b) Las relaciones de los beneficiarios con los centros de la Entidad propios o concertados, por causa de la actividad asistencial de dichos medios o del funcionamiento de sus instalaciones o por motivo que afecte o se refiera al ámbito propio del ejercicio profesional de los facultativos que, bajo cualquier título, desarrollen actividad en dichos centros.

Las relaciones de los apartados a) y b) precedentes seguirán siendo ajenas a los fines del Concierto aun cuando, en virtud de las vinculaciones existentes entre los facultativos y centros y la Entidad, puedan generar efectos directos o subsidiarios sobre éstas.

5.2.3. Las relaciones mencionadas en la cláusula precedente tendrán la naturaleza que, con arreglo a derecho, corresponda a su contenido y el conocimiento y decisión de las cuestiones que puedan surgir en las mismas serán competencia de la jurisdicción ordinaria civil o, en su caso, de la penal.

5.3. COMISIONES MIXTAS

5.3.1. Tipos y régimen de funcionamiento.

Existirán Comisiones Mixtas Provinciales y una Comisión Mixta Nacional.

Su régimen de funcionamiento será el regulado en las cláusulas siguientes y, en lo no previsto en ellas, se aplicarán las previsiones recogidas en la Ley 39/2015 de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las Administraciones Públicas sobre funcionamiento de órganos colegiados.

5.3.2. Composición.

- a) Las Comisiones Mixtas Provinciales estarán compuestas por dos representantes de la Mutualidad General Judicial y uno o dos representantes de la Entidad con facultades decisorias suficientes. El Presidente será el Delegado provincial de la Mutualidad General Judicial y como Secretario actuará un funcionario o colaborador de la Mutualidad General Judicial, con voz pero sin voto. Podrá asistir a las reuniones un asesor médico.
- b) La Comisión Mixta Nacional estará compuesta por dos representantes de la Mutualidad General Judicial y dos de la Entidad. El Presidente será el Gerente de la Mutualidad General Judicial o persona en quien delegue y como Secretario actuará un funcionario de La Mutualidad General Judicial, con voz pero sin voto.

5.3.3. Funciones.

Las Comisiones Mixtas, con composición paritaria, tienen por cometido en su respectivo ámbito territorial:

- a) El seguimiento, análisis y evaluación del cumplimiento del presente Concierto.
- b) El conocimiento de las reclamaciones que pudieran formularse por los beneficiarios o, en su caso, de oficio por la Mutuality General Judicial, con arreglo a lo previsto en el Concierto.

En todo caso, corresponde a la Comisión Mixta Nacional:

- a) El análisis de las iniciativas sobre los descuentos o compensaciones económicas previsto en el Concierto.
- b) El conocimiento de las incidencias o reclamaciones sobre deducciones por asistencia sanitaria transfronteriza.

Se entiende que con la intervención de la Entidad en la Comisión Mixta tiene lugar para la misma el cumplimiento del trámite de audiencia establecido en el artículo 82 de la Ley 39/2015 del procedimiento administrativo común de las Administraciones Públicas.

Las funciones señaladas se desempeñarán por las Comisiones Mixtas Provinciales cuando los hechos hayan tenido lugar en el ámbito provincial y por la Comisión Mixta Nacional cuando afecten a todo el territorio nacional o no haya podido concluirse en acuerdo la reclamación ante la Comisión Mixta Provincial.

En el caso de Madrid, la Comisión Mixta Nacional desempeñará también las funciones de Comisión Mixta Provincial.

La Gerencia de La Mutuality General Judicial podrá acordar mediante Resolución que la Comisión Mixta Nacional asuma las funciones de las Comisiones Mixtas Provinciales.

5.3.4. Funcionamiento.

El funcionamiento de las Comisiones Mixtas Provinciales se ajustará a las siguientes previsiones:

- a) Siempre que hubiera asuntos que tratar, la Comisión celebrará reunión con carácter ordinario. Con carácter extraordinario, la Comisión se reunirán a petición de una de las partes integrantes.
- b) Si los representantes de la Entidad no asisten a la reunión en la fecha señalada en la convocatoria, sin que medie causa debidamente justificada, se entenderá que, ésta acepta los acuerdos que adopte la Mutuality General Judicial en relación con los asuntos incluidos en el orden del día de la reunión.

En caso de que la falta de asistencia de los representantes de la Entidad sea por causa debidamente justificada, la reunión se celebrará en el plazo más breve posible siguiente a la referida fecha

- c) De cada sesión se levantará acta por el Secretario, la cual será firmada por las partes, entendiéndose entonces aprobada. De existir discrepancias sobre el contenido del acta, se solventarán mediante las gestiones oportunas entre ambas partes y, en todo caso, en la reunión siguiente.

5.3.5. El funcionamiento de la Comisión Mixta Nacional se ajustará a las mismas normas señaladas para las Comisiones Mixtas Provinciales.

5.4. PROCEDIMIENTO PARA LAS RECLAMACIONES.

5.4.1. Los beneficiarios podrán reclamar de la Mutualidad General Judicial que, con arreglo a lo previsto en la cláusula 5.1, acuerde la procedencia de alguna actuación por parte de la Entidad en los siguientes supuestos:

- a) Cuando la Entidad deniegue alguna de las autorizaciones específicamente contempladas en el Concierto o cuando no conteste, a la petición de las mismas y además, no esté previsto un efecto positivo para dicha ausencia de contestación.
- b) Cuando la Entidad estando obligada a asumir directamente algún gasto o a reintegrar su importe, no lo haga previa petición del beneficiario
- c) Cuando la Entidad incumpla cualquier otra de las obligaciones que le corresponden según los términos del Concierto.

No será utilizable esta vía administrativa para reclamaciones sobre cuestiones referentes a las relaciones mencionadas en la cláusula 5.2.1 y 5.2.2. En caso de plantearse, se contestará al interesado que, por razón de incompetencia de la Mutualidad General Judicial, no resulta posible resolver sobre el fondo de la reclamación, con indicación de que puede actuar si se estima oportuno, frente a los facultativos, centros o la propia Entidad, en la vía jurisdiccional ordinaria que corresponda según la naturaleza de los hechos.

En aquellos supuestos excepcionales en los que el beneficiario no pueda presentar reclamación y se haya producido una facturación a su nombre por una asistencia que la Entidad podría estar obligada a reintegrar, la Mutualidad General Judicial podrá iniciar de oficio la reclamación ante la Comisión Mixta que considere oportuna, motivando la causa de esa iniciación de oficio.

- 5.4.2. El beneficiario podrá presentar la reclamación por escrito ante la correspondiente Delegación Provincial de la Mutualidad General Judicial donde hayan tenido lugar los hechos, acompañando cuantos documentos puedan fundamentarla.
- 5.4.3. Recibida cualquier reclamación, la Delegación Provincial, si considerase inicialmente que existen razones para su estimación, realizará de manera inmediata las gestiones oportunas ante la Entidad para obtener satisfacción a la misma, en cuyo caso se archivará sin más trámites con anotación de la solución adoptada.
- 5.4.4. En caso de que las citadas gestiones no prosperen y con independencia de su cuantía, la Delegación Provincial formalizará el oportuno expediente, lo incluirá en el orden del día de la inmediata reunión de la Comisión Mixta Provincial y estudiado el mismo, se levantará la correspondiente acta en la que constará necesariamente las posiciones de la Mutualidad General Judicial y la Entidad sobre la reclamación planteada.
- 5.4.5. En todos los supuestos en que las posiciones de las partes que componen la Comisión Mixta Provincial fueran concordantes, la reclamación será resuelta por el Delegado Provincial correspondiente.
- 5.4.6. En caso de que existan discrepancias en el seno de la Comisión Mixta Provincial, el expediente se elevará, antes de que transcurran seis meses desde la presentación, para su estudio por la Comisión Mixta Nacional, y será incluido en el orden del día de la primera reunión que se celebre. Estudiado por la misma, resolverá la Gerencia de la Mutualidad General Judicial.
- 5.4.7. Cuando se sometan a la Comisión Mixta Nacional reclamaciones por temas similares que ya hayan sido resueltos previamente de forma favorable a la pretensión del mutualista, con la conformidad de la Entidad, se seguirá el mismo criterio acordado con anterioridad, haciendo constar esta circunstancia en el Acta.
- 5.4.8. Las resoluciones de los Delegados Provinciales y en su caso del Gerente acordadas en procedimientos de comisión mixta provincial deberán dictarse en el plazo máximo de seis meses. Si la resolución correspondiese al Gerente de la Mutualidad General Judicial, según la cláusula 5.4.6, dicho el plazo máximo será asimismo de seis meses. Tales resoluciones serán notificadas a la Entidad y a los interesados. Contra estas resoluciones, se puede interponer recurso de alzada ante el Ministro de Justicia, de conformidad con el artículo 121 de la Ley 39/2015 y el punto primero de la Disposición Adicional Primera del Real Decreto 1206/2006, de 20 de octubre.

5.5. PROCEDIMIENTO DE EJECUCIÓN DE RECLAMACIONES ESTIMADAS

5.5.1. En las reclamaciones resueltas positivamente por los Delegados Provinciales de la Mutualidad General Judicial, el procedimiento de ejecución será el siguiente, en función del objeto de la reclamación:

- a) Cuando la reclamación tenga por objeto que se autorice una determinada asistencia sanitaria, la Entidad procederá, en el plazo de cinco días a partir de la notificación de la resolución, a emitir la correspondiente autorización.
- b) Cuando la reclamación tenga por objeto que la Entidad asuma directamente algún gasto, la Entidad procederá a efectuar el abono al correspondiente servicio sanitario, siendo a cargo en todo caso de la Entidad los posibles recargos o intereses de demora que hubieran podido generarse.
- c) Cuando la reclamación tenga por objeto el reembolso de los gastos reclamados, la Entidad procederá al reembolso, en el plazo de un mes a partir de la notificación de la resolución, previa presentación, de los oportunos justificantes del gasto que serán devueltos al reclamante.

Dentro de los plazos citados en la cláusula anterior, la Entidad deberá comunicar a la Delegación Provincial o a los servicios centrales de la Mutualidad General Judicial:

- a) Que ha procedido a emitir la autorización, a efectuar el abono directo al proveedor sanitario o a rembolsar los gastos.
- b) Que no ha procedido a realizar alguna de las actuaciones anteriores por causa ajena a su voluntad, especialmente porque el beneficiario no se ha presentado, por no haber aportado el beneficiario los justificantes oportunos o por no haber sido aceptado el pago por éste.

5.5.2. Si la Mutualidad General Judicial no hubiera recibido comunicación dentro del plazo indicado o si, superado este, tuviese conocimiento de que se hubiera denegado el pago, se iniciará el procedimiento para que la Mutualidad General Judicial pague directamente al proveedor sanitario o al beneficiario, por cuenta de la Entidad, deduciéndose de la inmediata liquidación de primas la cuantía, con un incremento del 20% si se trata de pago al beneficiario, en concepto de compensación por la demora.

5.5.3. En el supuesto de reclamaciones resueltas positivamente por la Gerencia de la Mutualidad General Judicial, el abono de la cantidad que en cada caso corresponda será realizado directamente por la Mutualidad General Judicial al interesado, por cuenta de la Entidad, deduciendo el importe de las cuotas mensuales a abonar a la misma y facilitando a ésta el documento que acredite haber realizado el pago por su cuenta.

Si la asistencia reclamada hubiera sido facturada al interesado y este aún no hubiera hecho efectivo el pago, la Mutualidad General Judicial podrá realizar el abono directo al proveedor, a partir de la fecha de la resolución estimativa, siempre y cuando el interesado autorice de forma expresa dicho abono directo a su nombre.

5.5.4. Serán a cargo de la Entidad los costes de posibles recargos de apremio o intereses de demora, cuando la causa de demora fuera imputable a la misma.

5.5.5. Las resoluciones administrativas o sentencias que resuelvan recursos interpuestos contra actos de la Mutualidad General Judicial en materia de reintegro de gastos sujetos al presente Concierto serán ejecutadas, en su caso, conforme al procedimiento establecido en la cláusula 5.5.3.

5.6. COMPENSACIONES ECONÓMICAS POR INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEFINIDAS EN EL CONCIERTO

5.6.1. Entrega de los Catálogos de proveedores superado el plazo previsto en la cláusula 3.6 o de las actualizaciones o adendas.

Si la Entidad no hiciera entrega de los Catálogos de proveedores en las Delegaciones o en los servicios centrales de la Mutualidad General Judicial antes del 20 de diciembre del año anterior al inicio de la vigencia del Concierto o, en su caso, de las adendas que vayan a tener vigencia en las prórrogas del mismo, vendrá obligada a abonar una compensación económica del 7% del importe de la prima mensual, correspondiente al colectivo de las provincias en las que no se hubieran entregado los catálogos dentro del plazo antedicho, cuando la entrega se efectúe durante el mes de enero. En el supuesto de dilatarse la entrega, se incrementará la compensación económica en un 5% adicional por cada mes transcurrido.

5.6.2. Denegación indebida de una prestación que, figurando en la Cartera de Servicios establecida en el Concierto, haya sido indicada por un facultativo del Catálogo de proveedores, cuando corresponda a una materia que ya hubiera sido abordada en Comisión Mixta Nacional de forma reiterada (en más de dos ocasiones), dando lugar a resolución estimatoria por la Gerencia de la Mutualidad General Judicial. En este caso, la Entidad vendrá obligada a abonar una compensación económica entre 1.000 y 6.000 €.

5.6.3. Procedimiento para la imposición de compensaciones económicas.

En los supuestos en los que se haya detectado un incumplimiento de las obligaciones recogidas en la cláusula anterior, la Delegación Provincial de la Mutualidad General Judicial o los servicios centrales, tras documentar el correspondiente expediente, lo remitirá a la Gerencia de la Mutualidad General Judicial, la cual, a su vez, dará audiencia a la Entidad para que, en el plazo de diez días formule las alegaciones que considere oportunas.

Sobre el asunto recaerá acuerdo de la Gerencia de la Mutualidad General Judicial contra el que podrá interponer recurso de alzada ante el Ministro de Justicia, de conformidad con el artículo 121 de la Ley 39/2015, y el punto primero de la Disposición Adicional Primera del Real Decreto 1206/2006. En su caso, se procederá a descontar la compensación económica en el siguiente pago mensual a la Entidad.

La Gerencia de la Mutualidad General Judicial establecerá los criterios para proceder a fijar estas compensaciones de forma que resulten proporcionales al perjuicio ocasionado.

5.7. DESCUENTOS POR GASTOS DE FARMACIA.

5.7.1. Cuando en el proceso de revisión de la facturación de recetas que realiza la Mutualidad General Judicial se detecten prescripciones de medicamentos y productos sanitarios realizadas en sus recetas oficiales, que deberían haber sido a cargo de la Entidad, según lo establecido en el Concierto, la Mutualidad General Judicial procederá a efectuar el descuento correspondiente en el pago mensual de las primas que ha de abonar a la misma.

La Entidad se compromete a reintegrar a los titulares, en un plazo no superior a quince días a contar desde la petición de reintegro, la cantidad que éstos hubieran abonado en la oficina de farmacia, con el único requisito de la presentación del documento acreditativo de esta circunstancia o de la correspondiente factura o justificante de pago de la farmacia.

5.7.2. En aquellos supuestos de dispensaciones de medicamentos y productos farmacéuticos que, estando financiados por el Sistema Nacional de Salud, no estén dotados de cupón precinto y estén sometidos a reservas singulares consistentes en limitar su dispensación a los servicios de farmacia de los hospitales y que se facturen la Mutualidad General Judicial a un precio superior o en condiciones distintas a las indicadas en la cláusula 2.8.4 a), la Mutualidad General Judicial procederá al pago de las facturas y, posteriormente repercutirá a la Entidad las diferencias entre el precio facturado y el precio de financiación para el Sistema Nacional de Salud, en el pago mensual de las primas.

CAPÍTULO VI. INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN SANITARIA

6.1. NORMAS GENERALES.

A fin de que la Mutualidad General Judicial disponga de la información necesaria para la evaluación de las prestaciones sanitarias que han de ser cubiertas por este Concierto, su planificación y toma de decisiones, la Entidad facilitará todos los datos sobre los servicios prestados a los mutualistas que se especifican en este Capítulo. Igualmente lo hará sobre aquellos que sin estar especificados pudieran ser demandados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en el contexto de desarrollo del Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud durante la vigencia del presente Concierto. Asimismo, se obliga a requerir de sus profesionales la cumplimentación de cuantos documentos se especifican en este capítulo.

En cualquier caso la Entidad se obliga a cumplir y hacer cumplir a los profesionales y centros sanitarios incluidos en su Catálogo de proveedores, todos los requisitos establecidos en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, en relación con la información y documentación sanitaria relativa a los beneficiarios de la Mutualidad General Judicial, así como a salvaguardar el ejercicio de los derechos de los pacientes recogidos en el artículo 10 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, prestando especial atención a lo referente al consentimiento informado y al respeto de las instrucciones previas, conforme a lo dispuesto en los artículos 10 y 11 de la citada Ley 41/2002.

6.2. INFORMACIÓN GENERAL SOBRE ACTIVIDAD.

- 6.2.1. La Entidad dispondrá de un sistema de información que permita conocer el número, tipo y coste de los servicios proporcionados a los beneficiarios de la Mutualidad General Judicial con medios propios o concertados.
- 6.2.2. La Entidad facilitará a La Mutualidad General Judicial, en soporte informático, los datos sobre actividad asistencial relativos a los distintos servicios, ambulatorios y hospitalarios, que hayan sido prestados, según el formato que aparece en el ANEXO 5 del presente Concierto.

6.3. INFORMACIÓN ECONÓMICA.

La Entidad deberá facilitar a requerimiento de la Mutualidad General Judicial los datos estadísticos legalmente establecidos de las Cuentas Satélites del Gasto Sanitario Público del Plan Estadístico Nacional, así como aquellos otros datos que sean solicitados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, dentro del Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Todo ello en el formato y con la periodicidad que le sean requeridos por la Mutualidad General Judicial, para su posterior traslado al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

6.4. INFORMACION RELATIVA A LOS MEDIOS DISPONIBLES.

La Entidad deberá facilitar a la Mutualidad General Judicial antes de la entrada en vigor del presente Concierto, la información relativa a los medios disponibles para facilitar las prestaciones que son objeto del Concierto, en soporte informático. Esta información se facilitará en una base de datos con la estructura que se establece en el ANEXO 6.

6.5. DOCUMENTACIÓN SANITARIA

La Entidad se ocupará activamente de que los profesionales y centros sanitarios incluidos en sus Catálogos de proveedores cumplan con las siguientes obligaciones:

- a) Cumplimentar los partes de enfermedad, accidente o riesgo durante el embarazo y maternidad establecidos por la Mutualidad General Judicial, para la valoración y concesión, en su caso, de las licencias por enfermedad de los funcionarios, así como aquellos informes que sean necesarios para acreditar estas situaciones, con estricto cumplimiento de la legalidad vigente. En dichos partes el diagnóstico deberá figurar codificado según las normas de clasificación internacional de enfermedades (CIE-9-MC, DSM-IV).
- b) Solicitar de los facultativos su colaboración en los procedimientos dirigidos a la comprobación de la patología que origina la licencia por enfermedad de los mutualistas y sus prórrogas.
- c) Facilitar los antecedentes e informes médicos previstos para la tramitación de los procedimientos de jubilación de mutualistas por incapacidad permanente para el servicio.
- d) Emitir los informes médicos establecidos por la Mutualidad General Judicial a sus beneficiarios para determinadas prestaciones sanitarias o complementarias de éstas.
- e) Requerir a sus facultativos y centros de su Catálogo de proveedores para que bajo las condiciones y el régimen establecido en el ANEXO 7 realicen a los mutualistas los informes, exploraciones o pruebas de diagnóstico que en dicho ANEXO se especifican.
- f) Emitir la documentación o certificación médica de nacimiento, defunción y demás extremos para el Registro Civil, y otros informes o certificados sobre el estado de salud exigibles por disposición legal o reglamentaria.
- g) Cumplimentar, en las prescripciones de material ortoprotésico, el código del producto ortoprotésico que prescriben, según figure en el Catálogo de General de Material Ortoprotésico de la Mutualidad General Judicial.

CAPÍTULO VII. DURACIÓN, RÉGIMEN ECONÓMICO Y PRECIO DEL CONCIERTO

7.1. DURACIÓN DEL CONCIERTO

- 7.1.1. Los efectos del presente Concierto se iniciarán a las cero horas del día uno de enero de 2018 y se extenderán hasta las veinticuatro horas del día treinta y uno de diciembre de 2018, sin perjuicio de lo que se establece en las cláusulas siguientes.
- 7.1.2. Para 2019, 2020 y 2021, el presente Concierto podrá ser prorrogado, año a año, por mutuo acuerdo de las partes, expresado por escrito antes del 31 de octubre del año precedente al de la prórroga. El cómputo del inicio y finalización del periodo de la prórroga, referido al año de que se trate, se hará de igual forma que la establecida en la cláusula 7.1.1.
- 7.1.3. Si no existiese acuerdo de prórroga del Concierto para el año 2019, la Entidad continuará obligada por el contenido de éste en 2018, para el colectivo que tuviera adscrito al treinta y uno de diciembre de dicho año, hasta el treinta y uno de enero de 2019 o, en los casos en que se estuviese prestando en dicha fecha una asistencia en régimen de hospitalización o una asistencia por maternidad, cuando el parto estuviese previsto para el mes de febrero, hasta el día en que, respectivamente, se produzca el alta o se concluya la asistencia por maternidad, respectivamente. En el supuesto de que la necesidad de hospitalización se prolongue, la Entidad asumirá la cobertura hasta la finalización del mes de junio, fecha a partir de la cual la nueva Entidad de adscripción asumirá la cobertura.
- 7.1.4. La Entidad tendrá derecho a percibir, por el mes de enero de 2019 y por el colectivo adscrito a treinta y uno de diciembre de 2018, el precio por persona/mes que se establezca para las Entidades que suscriban la prórroga del Concierto para 2019. No obstante, del importe a abonar por dicho mes, la Mutualidad General Judicial retendrá un diez por ciento hasta el treinta y uno de diciembre de 2019, con la finalidad exclusiva de hacer frente, por cuenta de la Entidad, a los reembolsos de gastos que sean acordados durante el citado año, al amparo del presente Concierto. Si la cantidad estimada se agotase o los reembolsos se acordaran con posterioridad a la fecha indicada, la Entidad se obliga a satisfacerlos directa e inmediatamente.

El colectivo adscrito a la Entidad que no suscribe la prórroga, deberá elegir nueva Entidad durante el plazo que establezca la Mutualidad General Judicial y la elección tendrá efectos a las cero horas del día uno de febrero de 2019, sin perjuicio, en todo caso, de lo previsto para hospitalizaciones y maternidad en el párrafo primero de esta cláusula.

- 7.1.5. Cuanto se dispone en la cláusula 7.1.3 será de plena aplicación para el caso de que, prorrogado el Concierto para 2019, no se prorrogase, para 2020, o que prorrogado para 2020, no se prorrogase para 2021, entendiéndose que las referencias de fechas en aquella contenidas se desplaza a los años siguientes.

7.2. RÉGIMEN ECONÓMICO DEL CONCIERTO

- 7.2.1. Sin perjuicio del nacimiento y extinción para los beneficiarios de los derechos derivados del Concierto en los términos previstos en las cláusulas correspondientes, las altas causarán efectos económicos a las cero horas del día uno del mes siguiente a aquél en que se produzcan, las bajas a las veinticuatro horas del último día del mes en que hubieran tenido lugar.
- 7.2.2. Consiguientemente, cada pago mensual tendrá en cuenta el número de titulares y de beneficiarios existentes a las cero horas del día uno del mes de que se trate, a cuyos efectos, la Mutualidad General Judicial emitirá la oportuna certificación comunicando la cifra de titulares y beneficiarios adscritos a la Entidad, diferenciados por edad, según los parámetros establecidos en la cláusula 7.3.1.

El pago se efectuará por la Mutualidad General Judicial, por transferencia bancaria, dentro de los quince primeros días naturales del mes siguiente, previas las retenciones o los descuentos que procedan con arreglo a la Resolución de Convocatoria y al Concierto, con sus ANEXOS. El pago mensual correspondiente a diciembre podrá anticiparse, total o parcialmente, a los diez últimos días de dicho mes.

- 7.2.3. La Mutualidad General Judicial pondrá a disposición de la Entidad, en los primeros quince días de cada mes un fichero electrónico con la relación completa con todos los datos del colectivo, incluyendo las altas, bajas y variaciones producidas durante el mes anterior, referida a las veinticuatro horas del último día del mes precedente.
- 7.2.4. El fichero electrónico con la relación del colectivo podrá ser comprobada por la Entidad, a fin de que, si estimara que existen diferencias, pueda formular las siguientes reclamaciones:
- Las relativas a los titulares, incluidos las que afecten a sus beneficiarios, si existen.
 - Las relativas a beneficiarios exclusivamente.
- 7.2.5. La Entidad presentará las reclamaciones separadamente, conforme a la clasificación anterior, y acompañará de fichero electrónico con las mismas características técnicas que el entregado por la Mutualidad General Judicial, conteniendo la información en la que se funda la reclamación. Las reclamaciones deberán ser presentadas en el plazo máximo de tres meses a partir de la comunicación mensual del estado del colectivo y relación de incidencias. Transcurrido ese plazo sin que se hubiese formulado reclamación, se entenderá que existe conformidad por parte de la Entidad, adquiriendo firmeza el pago efectuado en función de dicho colectivo. Las reclamaciones presentadas serán resueltas por la Mutualidad General Judicial, dentro de los tres meses siguientes a la fecha de presentación de las mismas.

La consolidación de la firmeza del pago, a que se refiere el párrafo anterior, se entiende sin perjuicio de que en ningún caso pueda originarse una atribución patrimonial sin causa para la Mutualidad General Judicial o para la Entidad.

- 7.2.6. Todos los impuestos, arbitrios, tasas y exacciones que graven este Concierto o los actos que de él se deriven serán por cuenta de la Entidad.
- 7.2.7. En el supuesto de asistencia sanitaria por lesiones producidas o enfermedad derivada o agravada por accidentes cubiertos por cualquier modalidad de seguro obligatorio o cuando el coste de la asistencia sanitaria prestada deba ser satisfecho legal o reglamentariamente por organismos públicos distintos de la Mutualidad General Judicial o por Entidades privadas, la Entidad, sin perjuicio de cubrir en todo caso la asistencia, podrá subrogarse en los derechos y acciones de los beneficiarios relativos al importe de los gastos derivados de dicha asistencia sanitaria, realizando a su cargo las gestiones necesarias para reintegrarse del coste de la misma. Los beneficiarios, por su parte, estarán obligados a facilitar a la Entidad los datos necesarios para ello.

7.3. PRECIO DEL CONCIERTO.

7.3.1. Primas.

- La Mutualidad General Judicial abonará a la Entidad la cantidad de 93,29 € por mes, por cada beneficiario protegido que tuviese 70 o más años de edad a las cero horas del 1 de enero de cada año.
- La Mutualidad General Judicial abonará a la Entidad la cantidad de 73,34 € por mes, por cada beneficiario protegido que tuviese una edad comprendida entre 60 o más años e inferior a los 70 de edad a las cero horas del 1 de enero de cada año.

- c) La Mutualidad General Judicial abonará a la Entidad la cantidad 63,72 € por mes, por cada beneficiario protegido que tuviese menos de 60 años de edad a las cero del 1 de enero de cada año.

Las cantidades serán satisfechas con cargo al concepto 13.102.312 E.251 dentro de las disponibilidades presupuestarias del Organismo.

En ningún caso, durante la vigencia del concierto, el importe de la prima sufrirá alteración alguna aunque el beneficiario a lo largo del año cambie de grupo de edad.

En el supuesto de incorporación de nuevos beneficiarios durante la vigencia del Concierto, el importe de la prima a abonar será el correspondiente al grupo de edad del beneficiario el día de en el que cause alta en la Mutualidad General Judicial.

7.3.2. Descuentos y deducciones.

Siempre que exista sentencia judicial firme en la que se ordene a la Mutualidad General Judicial el pago de una indemnización, derivada de responsabilidad directa o subsidiaria por actuaciones asistenciales incluidas en el objeto del Concierto, la Mutualidad General Judicial, sin perjuicio de ejecutar la sentencia, repercutirá el importe abonado a la Entidad concertada correspondiente, de acuerdo con el procedimiento previsto en la cláusula 5.5.3 del presente Concierto.

Asimismo, del importe que cada mes deba abonarse a la Entidad, en concepto de primas se deducirán:

- Las compensaciones económicas que deban aplicarse, conforme a lo previsto en la cláusula 5.6.
- El importe de los pagos que hayan debido realizarse por cuenta de la Entidad, atendiendo a las previsiones establecidas las cláusulas 1.6.1, 4.4, 5.4, 5.6 y en el ANEXO 1.
- Los descuentos contemplados en la cláusula 5.7.

7.3.3. Revisión de precios

En caso de prórroga del concierto, el precio experimentará una variación sobre el precio abonado el año anterior que tendrá en cuenta la variación de los créditos de la política de sanidad, así como a las disponibilidades presupuestarias de la Mutualidad General Judicial. El nuevo precio se hará efectivo en la primera mensualidad del año y se mantendrá fijo durante los doce meses del año natural.

El Baremo para Reintegros contenido en el ANEXO 7 apartado 2 y la cantidad recogida en la cláusula 2.4.4.7 se incrementarán en el mismo porcentaje que lo haga el precio del concierto.

ANEXO 1

MEDIOS DE ASISTENCIA EN ZONAS RURALES

1. NORMAS GENERALES

De acuerdo con el presente Concierto, la Entidad debe disponer de medios propios o concertados en todo el territorio nacional según los respectivos niveles asistenciales. Sin embargo, en algunas zonas rurales no existen medios privados que puedan llevar a cabo dicha asistencia, disponiendo de medios adecuados los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

Para hacer posible la prestación de servicios sanitarios en ese ámbito territorial a los beneficiarios adscritos a la Entidad, la Mutualidad General Judicial podrá convenir con los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas la prestación de los mismos.

2. HABILITACIÓN A LA MUTUALIDAD GENERAL JUDICIAL

Mediante la firma de este Concierto, la Entidad concede su expresa y total autorización a la Mutualidad General Judicial para convenir dichos servicios. Esta autorización ampara también la autorización para la prórroga de los Convenios suscritos al mismo fin con anterioridad al 1 de enero de 2018.

La autorización no impedirá que las Entidades puedan suscribir por su parte acuerdos con idéntico objeto y ámbito con las administraciones competentes, siempre y cuando sus cláusulas no se opongan a lo dispuesto en este ANEXO.

3. OBJETO

Los servicios que figurarán en dichos convenios son:

- a) Servicios sanitarios de asistencia primaria en municipios de hasta 20.000 habitantes en los que la Entidad no disponga de medios propios o concertados suficientes.
- b) Servicios de urgencias en municipios de hasta 20.000 habitantes, que se prestan a través de los Servicios de Atención Primaria.

4. CONTENIDO

- 4.1. Cada convenio será común para todas las Entidades firmantes del Concierto. El contenido asistencial, la contraprestación económica y la relación de municipios convenidos con las respectivas Comunidades Autónomas serán comunicados a cada una de ellas.
- 4.2. La contraprestación económica que se establezca en cada convenio podrá estipularse:
 - a) En función del colectivo afectado, mediante la fijación de un precio mensual por persona y tipo de servicio.
 - b) Por acto médico, mediante la aplicación de los precios públicos o tarifas que la correspondiente Comunidad Autónoma apruebe por la prestación de servicios sanitarios.
- 4.3. El importe final de cada convenio, conforme a lo previsto en el punto 4.2 a) de este ANEXO, será satisfecho con cargo al precio que, la Mutualidad General Judicial debe abonar a cada Entidad por el presente Concierto, entendiéndose realizado el pago por cuenta de la misma.

La Mutalidad General Judicial realizará cada pago mensual con cargo al importe del mismo mes que deba abonar a la Entidad por el Concierto, trasladándole la justificación correspondiente.

- 4.4. En aquellos convenios en los que la contraprestación económica, conforme a lo previsto en el punto 4.2 b), se estipule por acto médico, la Entidad procederá al pago directo a la respectiva Comunidad Autónoma en los términos que se establezca el convenio correspondiente.

En el supuesto de existir obligaciones económicas pendientes con alguna Comunidad Autónoma como consecuencia del pago directo o compromiso de pago por la Entidad, la Mutalidad General Judicial procederá al abono de éstas, en los términos del punto anterior, entendiéndose realizado el pago por cuenta de la misma, trasladándole la justificación correspondiente.

5. MEDIOS PARA LA ASISTENCIA EN MUNICIPIOS DE COMUNIDADES AUTÓNOMAS CON LAS QUE NO SE HAYA FORMALIZADO CONVENIO

En los municipios de menos de 20.000 habitantes pertenecientes a Comunidades Autónomas con las que no se hayan formalizado Convenios de colaboración o éstos sólo tengan por objeto la asistencia sanitaria de urgencias, y en los que la Entidad no disponga de medios propios o concertados y no existan medios privados, ésta facilitará el acceso de los beneficiarios a los servicios de Atención Primaria dependientes de la correspondiente Comunidad Autónoma, tanto para la asistencia ordinaria como de urgencia, asumiendo la Entidad directamente los gastos que puedan facturarse.

ANEXO 2

RELACIÓN DE SERVICIOS QUE PRECISAN AUTORIZACIÓN PREVIA DE LA ENTIDAD Y PROCEDIMIENTO PARA SU OBTENCIÓN

1. SERVICIOS QUE PRECISAN AUTORIZACIÓN PREVIA

De conformidad con lo previsto en la cláusula 3.3 c) del Concierto, la prestación de los servicios que se indican a continuación precisa autorización previa de la Entidad:

1. Hospitalización.
2. Hospitalización de día.
3. Hospitalización domiciliaria.
4. Cuidados paliativos a domicilio por equipos de soporte.
5. Cirugía ambulatoria.
6. Odontología: Tartrectomía. Prótesis dentarias e implantes osteointegrados en accidente en acto de servicio o enfermedad profesional y en los supuestos previstos en la cláusula 2.10.2.1.
7. Rehabilitación, Fisioterapia y Logopedia.
8. Terapias Respiratorias: Oxigenoterapia, Ventiloterapia y Aerosolterapia a domicilio.
9. Tratamiento de Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis.
10. Oncología: Inmunoterapia y Quimioterapia, Cobaltoterapia, Radiumterapia e Isótopos Radiactivos, Braquiterapia y Acelerador Lineal.
11. Diagnóstico por imagen: Tomografía Axial Computerizada, Resonancia Magnética, Ortopantomografía, Mamografía, PET-TC, Gammagrafía, Doppler y Densitometría Ósea.
12. Estudios neurofisiológicos.
13. Test y estudios neuropsicológicos para el diagnóstico de patologías con deterioro cognitivo.
14. Estudio y tratamiento endoscópico.
15. Cardiología: Estudios y tratamientos hemodinámicos.
16. Obstetricia: Amniocentesis.
17. Oftalmología: Retinografía y tratamiento láser, Tomografía Óptica de Coherencia, Tomografía Óptica con Láser Confocal (HTR - Heidelberg Retina Tomograph), Polarimetría Láser GDX, y Tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) por Terapia Fotodinámica o Inyección intravítrea de antiangiogénicos.
18. Tratamiento en Unidad del Dolor.
19. Estudio y tratamiento en Unidad del Sueño.
20. Litotricia renal extracorpórea.
21. Psicoterapia.
22. Asistencia a médicos consultores.
23. Podología.
24. Los servicios correspondientes al Nivel IV y los Servicios de Referencia (excepto consultas ambulatorias).

2. PROCEDIMIENTO PARA LA OBTENCIÓN DE AUTORIZACIÓN PREVIA

La Entidad dispondrá los recursos organizativos necesarios para facilitar que los beneficiarios de la Mutualidad General Judicial que lo precisen obtengan la autorización previa para la prestación de los servicios que se indican en el punto 1 de este ANEXO, por cualquiera de los medios siguientes:

- a) Presencialmente, en cualquiera de sus delegaciones.
- b) Telefónicamente.
- c) Por fax.
- d) A través de la página web de la Entidad.
- e) Otros procedimientos telemáticos

Los beneficiarios que lo precisen podrán tramitar la solicitud de autorización previa, enviándola a la Entidad por cualquiera de los medios disponibles.

Las solicitudes de autorización previa contendrán la siguiente información, cualquiera que sea el medio utilizado para su envío a la Entidad:

I. Datos personales del solicitante:

1. Nombre y apellidos.
2. Número de tarjeta sanitaria de la Entidad.
3. Teléfono de contacto, dirección de correo electrónico o fax.

II. Datos del servicio para el que se solicita autorización previa:

1. Provincia en la que se realizará la prestación.
2. Identificación del servicio solicitado.
3. Fecha de prescripción.
4. Identificación del facultativo que realiza la prescripción, con firma y sello del mismo.
5. Fecha prevista para la realización de la prestación, en su caso.
6. Centro sanitario en el que se realizará la prestación, en su caso.

En el caso de accidente en acto de servicio o enfermedad profesional para las prótesis dentarias será necesaria, además de la prescripción de facultativo especialista concertado, el presupuesto para su autorización por la Entidad.

La autorización emitida por la Entidad tendrá un número de identificación, que será único y específico para la prestación solicitada y detallará el profesional o centro sanitario donde ésta haya de realizarse.

El envío de la autorización al beneficiario por parte de la Entidad se realizará con la mayor celeridad posible, a fin de evitar eventuales demoras en el acceso a la prestación solicitada. Si no fuera posible la tramitación inmediata, la Entidad dispondrá como máximo de cinco días hábiles para su envío, excepto en el caso previsto en la cláusula 4.2.1 d) del Concierto, en el que dispondrá de diez días hábiles.

Con el fin de facilitar el acceso a las prestaciones, la Entidad prestará asesoramiento a los beneficiarios que así lo soliciten.

La información del procedimiento para la obtención de autorización previa constará en el Catálogo de proveedores de Proveedores, página web y, en su caso, demás medios de información dirigidos a los beneficiarios.

3. CAUSAS DE DENEGACIÓN DE AUTORIZACIÓN PREVIA.

La Entidad únicamente podrá denegar la autorización previa si la solicitud:

- a) Carece de la prescripción de facultativo.
- b) Carece de la información necesaria, en cuyo caso deberá ponerse en contacto inmediatamente con el solicitante con el objeto de completar la que falte.
- c) Se refiere a una prestación no incluida en la Cartera de Servicios.

La denegación de prestaciones que requieren autorización previa se producirá siempre por escrito y de manera motivada, a través de un medio que permita dejar constancia de su recepción.

ANEXO 3

CRITERIOS DE DISPONIBILIDAD DE MEDIOS POR NIVELES ASISTENCIALES

1. CRITERIO GENERAL.

La Entidad debe garantizar el acceso a los medios que en cada Nivel exige la Cartera de Servicios del Concierto en los términos que se especifican a continuación, salvo que no existan medios privados ni públicos.

Cada Nivel superior incluye todos los servicios de los Niveles inferiores.

De conformidad con lo establecido en la cláusula 2.2.1 y 3.4 del Concierto, se distinguen los siguientes Niveles asistenciales:

- a) El Nivel de Atención Primaria de Salud, que tiene como marco geográfico y poblacional al municipio.
- b) El Nivel de Atención Especializada, que tiene como marco geográfico y territorial el municipio a partir de 20.000 habitantes.
- c) Para los Servicios de Referencia el marco geográfico y poblacional será el del conjunto del territorio de Estado.

2. ATENCIÓN PRIMARIA

2.1. Todos los municipios dispondrán de Atención Primaria, que comprenderá la asistencia sanitaria a nivel ambulatorio, domiciliario y de urgencia a cargo del médico general o de familia, pediatra, graduado o diplomado en enfermería, matrona, fisioterapeuta, odontólogo y podólogo, de acuerdo con los siguientes criterios:

- a) Los municipios de menos de 10.000 habitantes dispondrán siempre de médico general o de familia y graduado o diplomado en enfermería. Además, los municipios a partir de 5.000 habitantes dispondrán de pediatra.
- b) Los municipios de más de 10.000 habitantes dispondrán, además de acceso al servicio de odontología y fisioterapia.
- c) Los municipios de más de 20.000 habitantes dispondrán de un podólogo y una matrona.
- d) Los municipios de más de 100.000 habitantes dispondrán de servicios de Atención Primaria en todos los distritos postales o, en su defecto, en un distrito limítrofe.

2.2. La Atención Primaria de Urgencias se prestará, de forma continuada, durante las veinticuatro horas del día, mediante la atención médica y de enfermería en régimen ambulatorio y domiciliario.

2.3. Si, excepcionalmente, la Entidad no dispusiera de los medios propios o concertados precisos, deberá garantizar la cobertura de la asistencia por otros servicios privados que existan en el mismo municipio o, de no existir esos, por los correspondientes servicios públicos.

2.4. Como criterio supletorio se tendrá en cuenta que, en las zonas rurales expresamente previstas en los convenios a que se refiere el ANEXO 1 de este Concierto, la asistencia sanitaria a Nivel ambulatorio, domiciliario o de urgencia a cargo del médico general o de familia, pediatra, graduado o diplomado en enfermería y matrona se podrá prestar por los Servicios de Atención Primaria y de Urgencia de la Red Sanitaria Pública.

2.5. En los municipios de menos de 20.000 habitantes pertenecientes a Comunidades Autónomas con las que no se hayan formalizado los convenios de colaboración previstos en el punto anterior, y en los que la Entidad no disponga de medios propios o concertados, y no existieran medios privados, ésta facilitará el acceso de los beneficiarios a los servicios de Atención Primaria dependientes de la correspondiente Comunidad Autónoma, tanto para la asistencia ordinaria como de urgencia, asumiendo directamente los gastos que puedan facturarse.

3. ATENCIÓN ESPECIALIZADA

La Atención Especializada se dispensará en los municipios a partir de 20.000 habitantes.

Las distintas prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios de Atención Especializada a facilitar por la Entidad se estructuran en cuatro Niveles en orden creciente, en cuya definición se atiende a criterios de población general, así como distancia y tiempo de desplazamiento a los núcleos urbanos donde existe una mayor disponibilidad de recursos sanitarios privados.

A efectos de optimizar la disponibilidad de medios privados concertados, se agrupan algunos municipios por proximidad geográfica y facilidad de transporte, de manera que se considerará válida la oferta de los medios exigidos en ese Nivel en cualquiera de los municipios que aparecen agrupados en las relaciones correspondientes por Niveles de Atención Especializada.

Cada Nivel de Atención Especializada incluye los medios exigibles en los Niveles de Atención Especializada inferiores, además de los servicios de Atención Primaria que correspondan, de acuerdo a lo establecido en el punto 2. de este ANEXO.

En el punto 4. de este ANEXO se incluyen las siguientes tablas descriptivas:

- Tablas 1 ,2 y 3 que relacionan las especialidades exigidas en cada Nivel de Atención Especializada en consultas externas o en centros ambulatorios, hospital y urgencias hospitalarias.
- Tabla 4 que relaciona las unidades y equipos multidisciplinares por Niveles de atención.
- Tabla 5 que relaciona las especificaciones correspondientes a los contenidos de las diferentes especialidades.

3.1 NIVEL I DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

3.1.1 Municipios y agrupaciones de municipios Nivel I de atención especializada.

El marco territorial del Nivel I de Atención Especializada es el de los municipios y agrupaciones que con los criterios definidos anteriormente se relacionan en la siguiente Tabla:

PROVINCIA	MUNICIPIOS Y AGRUPACIONES NIVEL I
A CORUÑA	Cambre
A CORUÑA	Culleredo
A CORUÑA	Ribeira
ALBACETE	Almansa
ALBACETE	Villarrobledo
ALICANTE	Rojales
ALICANTE	Campello / Muxamel
ALICANTE	San Vicente de Raspeig / San Joan d' Alacant
ALMERÍA	Adra
ALMERÍA	Níjar
ALMERÍA	Vicar
ASTURIAS	Castrillón
BARCELONA	Masnou

PROVINCIA	MUNICIPIOS Y AGRUPACIONES NIVEL I
BARCELONA	Premiá de Mar
BARCELONA	Pineda de Mar
BARCELONA	San Pere de Ribes
BARCELONA	Sitges
BARCELONA	Santa Perpetua de Mogoda
BARCELONA	Castellar del Vallés
BARCELONA	Esparraguera / Olessa de Monserrat / Martorell
BARCELONA	Sant Andreu de la Barca / Molins del Rei / Sant Vicenc del
BIZKAIA	Basauri / Sestao
BIZKAIA	Durango
BIZKAIA	Erandio
BIZKAIA	Galdakao
BIZKAIA	Santurzi / Portugaleta
CÁDIZ	Barbate
CÁDIZ	Conil de la Frontera
CÁDIZ	Rota
CÁDIZ	San Roque
CANTABRIA	Piélagos
CASTELLÓN	Benicarló / Vinarós
CASTELLÓN	Burriana
CASTELLÓN	Onda
CASTELLÓN	Villa Real
CÓRDOBA	Baena
CÓRDOBA	Cabra
CÓRDOBA	Montilla
CÓRDOBA	Palma del Río
CÓRDOBA	Priego de Córdoba
GIRONA	Palafrugell
GIRONA	Sant Feliu de Guixols
GRANADA	Armilla
GRANADA	Baza
GRANADA	Almuñécar
GRANADA	Loja
GRANADA	Maracena
GIPUZKOA	(Arrasate) Mondragón
GIPUZKOA	Éibar
GIPUZKOA	Zarauz
HUELVA	Almonte
HUELVA	Isla Cristina
HUELVA	Ayamonte
HUELVA	Lepe
HUELVA	Moguer
ILLES BALEARS	(ISLA DE MALLORCA) - Calviá
ILLES BALEARS	(ISLA DE MALLORCA) - Inca
ILLES BALEARS	(ISLA DE MALLORCA) - Marratxi
ILLES BALEARS	(ISLA DE MENORCA) - Ciudadela de Menorca
ILLES BALEARS	(ISLA DE MENORCA) - Mahón

PROVINCIA	MUNICIPIOS Y AGRUPACIONES NIVEL I
JAÉN	Alcalá la Real
JAÉN	Martos
LAS PALMAS	(ISLA DE FUERTEVENTURA) - La Oliva
LAS PALMAS	(ISLA DE FUERTEVENTURA) - Pájara
LAS PALMAS	(ISLA DE GRAN CANARIA) - Agüimes
LAS PALMAS	(ISLA DE GRAN CANARIA) - Arucas
LAS PALMAS	(ISLA DE GRAN CANARIA) - Gáldar
LAS PALMAS	(ISLA DE GRAN CANARIA) - Ingenio
LAS PALMAS	(ISLA DE GRAN CANARIA) - Mogán
LAS PALMAS	(ISLA DE LANZAROTE) - Teguiise
LAS PALMAS	(ISLA DE LANZAROTE) - Tías
LOGROÑO	Calahorra
MADRID	Algete
MADRID	Arroyomolinos
MADRID	Mejorada del Campo
MADRID	Navalcarnero
MADRID	Villaviciosa
MADRID	Ciempozuelos
MÁLAGA	Alhaurín el Grande
MÁLAGA	Cártama
MÁLAGA	Coín
MÁLAGA	Nerja
MURCIA	Alcantarilla
MURCIA	Alhama de Murcia / Totana
MURCIA	Caravaca de la Cruz
MURCIA	Jumilla
MURCIA	Mazarrón
MURCIA	Molina de Segura / Torres de Cotillas
MURCIA	Torre Pacheco
NAVARRA	Barañain
PONTEVEDRA	A Estrada
PONTEVEDRA	Cangas
PONTEVEDRA	Lalín
PONTEVEDRA	Marín
PONTEVEDRA	Ponteareas
PONTEVEDRA	Redondela
SEVILLA	Bormujos
SEVILLA	Camas
SEVILLA	Carmona
SEVILLA	Coria de Río
SEVILLA	Lebrija
SEVILLA	Mairena de Alcor
SEVILLA	Mairena de Aljarafe
SEVILLA	Morón de la Frontera
SEVILLA	La Rinconada
SEVILLA	San Juan de Aznalfarache
SEVILLA	Tomares

PROVINCIA	MUNICIPIOS Y AGRUPACIONES NIVEL I
TARRAGONA	Calafell
TARRAGONA	Valls
TARRAGONA	Salou / Vila-Seca
TENERIFE	(ISLA DE TENERIFE) - Candelaria
TENERIFE	(ISLA DE TENERIFE) - Guía de Isora
TENERIFE	(ISLA DE TENERIFE) - Icod de los Vinos
TENERIFE	(ISLA DE TENERIFE) - Tacoronte
TENERIFE	(ISLA DE LA PALMA) - Llanos de Ariadne
TOLEDO	Illescas
VALENCIA	Alboraya
VALENCIA	Alfajar
VALENCIA	Algemesí
VALENCIA	Bétera
VALENCIA	Burjassot / Paterna / Mislata
VALENCIA	Catarroja,
VALENCIA	Cullera
VALENCIA	Moncada
VALENCIA	Paiporta
VALENCIA	Picassent
VALENCIA	Pobla de Valbona / Liria
VALENCIA	Quart de Poblet / Manises
VALENCIA	Requena
VALENCIA	Ribarroja de Turia
VALENCIA	Sueca
VALENCIA	Torrent
VALENCIA	Xàtiva
VALENCIA	Xirivella /Alaquás / Aldaia
VALLADOLID	Medina del Campo
VALLADOLID	Laguna del Duero
ZARAGOZA	Calatayud

3.1.2 Medios del Nivel I de Atención Especializada.

Estos municipios y agrupaciones dispondrán de los medios de Atención Especializada que se especifican en la tabla 1, que comprenderá la asistencia sanitaria en régimen de consultas externas o ambulatorias, con las especificaciones señaladas en la Tabla 5.

3.2 NIVEL II DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

3.2.1 Municipios y agrupaciones de municipios Nivel II de Atención Especializada.

El marco territorial del Nivel II de Atención Especializada es el de los municipios y agrupaciones que con los criterios definidos anteriormente se relacionan en la siguiente Tabla:

PROVINCIA	MUNICIPIOS Y AGRUPACIONES NIVEL II	URGENCIAS HOSPITALARIAS
A CORUÑA	Arteixo	
A CORUÑA	Carballo	
A CORUÑA	Ferrol / Narón	X

PROVINCIA	MUNICIPIOS Y AGRUPACIONES NIVEL II	URGENCIAS HOSPITALARIAS
A CORUÑA	Oleiros	
ALBACETE	Hellín	X
ALICANTE	Alfas del Pí / Altea / Benidorm / Villajoyosa / Calpe	X
ALICANTE	Alcoy / Ibi	X
ALICANTE	Denia / Javea	X
ALICANTE	Elche / Crevillent / Santa Pola / Aspe / Novelda	X
ALICANTE	Elda / Petrer / Villena	X
ALICANTE	Orihuela	X
ALICANTE	Torreveja	X
ALMERÍA	El Ejido	X
ALMERÍA	Roquetas de Mar	
ASTURIAS	Avilés	X
ASTURIAS	Langreo / Mieres	
ASTURIAS	Siero	
BADAJOS	Almendralejo / Mérida	X
BADAJOS	Don Benito / Villanueva de la Serena	X
BARCELONA	Badalona / Santa Coloma de Gramanet / San Adrià de Besos	
BARCELONA	Barbera del Vallés / Ripollet / Cerdanyola del Vallés	
BARCELONA	Castelldefels / Gavá / Viladecans	
BARCELONA	Granollers / Mollet del Vallés / Moncada i Reixac	X
BARCELONA	Hospitalet de Llobregat / Cornellá de Llobregat / San Boi de Llobregat	
BARCELONA	Igualada	X
BARCELONA	Mataró	
BARCELONA	Sabadell	X
BARCELONA	San Cugat del Vallés / Terrassa / Rubí	X
BARCELONA	San Feliu de Llobregat / Sant Joan Despí / El Prat de Llobregat / Esplugues de Llobregat	
BARCELONA	Vic / Manlleu	X
BARCELONA	Vilafranca del Penedés	X
BARCELONA/ TARRAGONA	Vilanova i la Geltrú / El Vendrell (Tarragona)	X
BIZKAIA	Baracaldo	
BIZKAIA	Leioa / Getxo	
BURGOS	Aranda de Duero	X
BURGOS	Miranda de Ebro	X
CÁCERES	Plasencia	X
CANTABRIA	Camargo	
CANTABRIA	Castro- Urdiales	
CANTABRIA	Torrelavega	X
CÁDIZ	Chiclana de la Frontera / Puerto Real	
CÁDIZ	Jerez de la Frontera / El Puerto de Santa María / Sanlúcar de Barrameda / Arcos de la Frontera	X
CASTELLÓN	Vall d'Uixó (La)	
CIUDAD REAL	Alcázar de San Juan	X
CIUDAD REAL	Puertollano	X
CIUDAD REAL	Tomelloso	X

PROVINCIA	MUNICIPIOS Y AGRUPACIONES NIVEL II	URGENCIAS HOSPITALARIAS
CIUDAD REAL	Valdepeñas	X
CÓRDOBA	Lucena / Puente Genil	X
GIRONA	Blanes / Lloret de Mar	X
GIRONA	Figuera	X
GIRONA	Olot	X
GRANADA	Motril	X
GUADALAJARA	Azuqueca de Henares	
GIPUZKOA	Irún / Errenteria	
ILLES BALEARS	(ISLA DE IBIZA) – Eivissa / Santa Eulalia de Río / San Josep de sa Talaia / Sant Antoni de Portmany	X
ILLES BALEARS	(ISLA DE MALLORCA) - Lluçmajor	
ILLES BALEARS	(ISLA DE MALLORCA) - Manacor	X
JAÉN	Andújar	X
JAÉN	Linares	X
JAÉN	Úbeda	X
LAS PALMAS	(ISLA DE FUERTEVENTURA) - Puerto del Rosario	X
LAS PALMAS	(ISLA DE GRAN CANARIA) - Santa Lucía de Tirajana / San Bartolomé de Tirajana	X
LAS PALMAS	(ISLA DE GRAN CANARIA) - Telde	
LAS PALMAS	(ISLA DE LANZAROTE) - Arrecife	X
LEÓN	Ponferrada	X
MADRID	Alcalá de Henares / Torrejón de Ardoz	X
MADRID	Aranjuez	X
MADRID	Arganda del Rey / Rivas-Vaciamadrid	
MADRID	Colmenar Viejo / Tres Cantos	
MADRID	Coslada / San Fernando de Henares	
MADRID	Galapagar / Collado Villalba / Torreloaños	X
MADRID	Fuenlabrada / Leganés	X
MADRID	Getafe / Parla	X
MADRID	Majadahonda / Las Rozas	
MADRID	Móstoles / Alcorcón	X
MADRID	Pinto / Valdemoro	
MADRID	San Sebastián de los Reyes / Alcobendas	
MÁLAGA	Alhaurín de la Torre	
MÁLAGA	Antequera	X
MÁLAGA	Marbella / Fuengirola / Mijas	X
MÁLAGA	Torremolinos / Benalmádena	X
MÁLAGA	Ronda	X
MÁLAGA	Vélez-Málaga / Rincón de la Victoria	
MURCIA	Águilas	
MURCIA	Cieza	X
MURCIA	Lorca	X
MURCIA	San Javier / San Pedro de Pinatar / Pilar de la Horadada	
MURCIA	Yecla	X
NAVARRA	Tudela	X
PONTEVEDRA	Villagarcía de Arousa	X
SEVILLA	Dos Hermanas / Alcalá de Guadaíra	

PROVINCIA	MUNICIPIOS Y AGRUPACIONES NIVEL II	URGENCIAS HOSPITALARIAS
SEVILLA	Écija	X
SEVILLA	Palacios y Villafranca	
SEVILLA	Utrera	X
TARRAGONA	Amposta / Tortosa	X
TARRAGONA	Reus / Cambrils	
TENERIFE	(ISLA DE TENERIFE) Arona / Adeje / Granadilla de Abona	X
TENERIFE	(ISLA DE TENERIFE) - La Orotava / Puerto de la Cruz / Los Realejos	
TENERIFE	(ISLA DE TENERIFE) - San Cristóbal de la Laguna	
TOLEDO	Talavera de la Reina	X
VALENCIA	Alzira / Carcaixent	X
VALENCIA	Gandía / Oliva	X
VALENCIA	Ontinyent	X
VALENCIA	Sagunto	

3.2.2 Medios del N II de Atención Especializada.

Estos municipios y agrupaciones dispondrán de los medios de Atención Especializada especificados en las tablas 1 y 3 que comprenderá la asistencia sanitaria en régimen de consultas externas o ambulatorias, y adicionalmente de urgencias hospitalarias en aquellos municipios expresamente señalados en la tabla anterior. La Entidad también asumirá, en su caso, los correspondientes ingresos o estancias hospitalarias que puedan derivarse de esas urgencias hospitalarias. En todos los casos la asistencia se prestará teniendo en cuenta las especificaciones señaladas en la Tabla 5.

3.2.3 No obstante lo anterior, si la Entidad no dispone de centro hospitalario concertado en algún municipio o agrupación de este Nivel II en el que exista un centro hospitalario privado, se obliga a proporcionar en este centro la asistencia sanitaria, en régimen de consultas externas y de hospitalización a los beneficiarios residentes en ese municipio o agrupación, así como la asistencia en régimen de urgencias hospitalarias a cualquier beneficiario del Concierto. A los fines asistenciales de este Concierto, esos centros hospitalarios privados quedan asimilados a los medios de la Entidad.

3.2.4 En el caso de centros privados concertados, la Entidad deberá disponer en las urgencias hospitalarias de médicos de presencia física para las especialidades señaladas en la Tabla 3. No obstante, si la guardia fuera localizada, deberá garantizarse la disponibilidad de los especialistas, una vez que sean requeridos por el médico de urgencias, en el plazo más breve posible en función de la patología y estado clínico del paciente, plazo no superior en cualquier caso a 30 minutos.

3.3 NIVEL III DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

3.3.1 Municipios del Nivel III de Atención Especializada.

El marco territorial del Nivel III de Atención Especializada es la provincia, por lo que todas las capitales de provincia y ciudades de Ceuta y Melilla contarán con los medios establecidos para este Nivel. En la tabla siguiente se relacionan, además de las capitales de provincia y las ciudades de Ceuta y Melilla, los municipios y agrupaciones que corresponden a este Nivel de Atención Especializada.

PROVINCIA	MUNICIPIOS Y AGRUPACIONES NIVEL III
A CORUÑA	Santiago de Compostela / Ames
ÁLAVA /ARABA	Vitoria-Gasteiz
ALMERÍA	Almería
ASTURIAS	Gijón
ÁVILA	Ávila
BARCELONA	Manresa
BURGOS	Burgos
CÁCERES	Cáceres
CÁDIZ	Algeciras / La Línea de la Concepción / Los Barrios
CÁDIZ	Cádiz / San Fernando
CASTELLÓN	Castellón de la Plana / Almazora
CEUTA	Ceuta
CIUDAD REAL	Ciudad Real
CUENCA	Cuenca
GIRONA	Gerona / Salt
GUADALAJARA	Guadalajara
GIPUZKOA	San Sebastián
HUELVA	Huelva
HUESCA	Huesca
JAÉN	Jaén
LEÓN	León / San Andrés de Rabanedo
LLEIDA	Lleida
LUGO	Lugo
MADRID	Pozuelo de Alarcón / Boadilla del Monte
MÁLAGA	Estepona
MELILLA	Melilla
MURCIA	Cartagena
OURENSE	Ourense
PALENCIA	Palencia
PONTEVEDRA	Pontevedra
SALAMANCA	Salamanca
SEGOVIA	Segovia
SORIA	Soria
TARRAGONA	Tarragona
TERUEL	Teruel
TOLEDO	Toledo
ZAMORA	Zamora

3.3.2 Medios de atención especializada III.

Estos municipios y agrupaciones dispondrán de los medios de Atención Especializada especificados en las tablas 1, 2, 3 y 4 que comprenderá la asistencia sanitaria en régimen de consultas externas o ambulatorias, de hospitalización, de urgencias hospitalarias y unidades multidisciplinarias, con las especificaciones señaladas en la Tabla 5.

La Entidad deberá disponer en las urgencias hospitalarias de médicos de presencia física para las especialidades señaladas en la Tabla 3. No obstante, si la guardia fuera localizada, deberá garantizarse la disponibilidad de los especialistas, una vez que sean requeridos por el médico de urgencias, en el plazo más breve posible en función de la patología y estado clínico del paciente, plazo no superior en cualquier caso a 30 minutos.

En caso de hospitalización, la oferta de la Entidad se considerará válida cuando el hospital ofertado se sitúe en otro municipio, siempre que esté a una distancia inferior a 20 kilómetros desde el núcleo urbano, o desde el más lejano en el caso de las agrupaciones de municipios.

3.4 NIVEL IV DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

3.4.1 Municipios y agrupaciones de Municipios del Nivel IV de atención especializada

El marco territorial del Nivel IV de Atención Especializada es la Comunidad Autónoma, por lo que al menos un municipio de cada Comunidad Autónoma contará con los medios establecidos para este Nivel. En la tabla siguiente se relacionan los municipios que corresponden al Nivel IV de Atención Especializada.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	PROVINCIA	MUNICIPIOS NIVEL IV
ANDALUCÍA	CÓRDOBA	Córdoba
	GRANADA	Granada
	MÁLAGA	Málaga
	SEVILLA	Sevilla
ARAGÓN	ZARAGOZA	Zaragoza
ASTURIAS	ASTURIAS	Oviedo
CANARIAS	LAS PALMAS	Las Palmas de Gran Canaria
	TENERIFE	Santa Cruz de Tenerife
CANTABRIA	CANTABRIA	Santander
CASTILLA LA MANCHA	ALBACETE	Albacete
CASTILLA LEÓN	VALLADOLID	Valladolid
CATALUÑA	BARCELONA	Barcelona
EXTREMADURA	BADAJOS	Badajoz
GALICIA	A CORUÑA	A Coruña
	PONTEVEDRA	Vigo
ILLES BALEARS	ILLES BALEARS	Palma de Mallorca
LA RIOJA	LA RIOJA	Logroño
C. DE MADRID	MADRID	Madrid
REGIÓN DE MURCIA	MURCIA	Murcia
NAVARRA	NAVARRA	Pamplona
PAÍS VASCO	BIZKAIA	Bilbao
C. VALENCIANA	VALENCIA	Valencia
	ALICANTE	Alicante

3.4.2 Medios del N IV de Atención especializada.

Los municipios incluidos en la tabla anterior dispondrán de los medios de Atención Especializada especificados en las Tablas 1, 2, 3 y 4 que comprenderá la asistencia sanitaria en régimen de consultas externas o ambulatorias, de hospitalización, de urgencias hospitalarias, con las especificaciones señaladas en la Tabla 5. Las unidades especializadas recogidas en la Tabla 4 deben estar disponibles al menos en un municipio en cada Comunidad Autónoma.

Con carácter excepcional, en caso de no disponer de medios propios o concertados de algunas de las especialidades en los municipios relacionados, la Mutualidad General Judicial podrá considerar una oferta

válida, a estos efectos, si dichos medios están disponibles en otra localidad de la Comunidad Autónoma a que pertenezca el municipio afectado. En el caso de las Comunidades Autónomas uniprovinciales, la oferta será válida en otra provincia limítrofe si en dicha Comunidad Autónoma no existieran medios privados adecuados.

La Entidad deberá disponer en las urgencias hospitalarias de médicos de presencia física para las especialidades señaladas en la Tabla 3. No obstante, si la guardia fuera localizada, deberá garantizarse la disponibilidad de los especialistas, una vez que sean requeridos por el médico de urgencias, en el plazo más breve posible en función de la patología y estado clínico del paciente, plazo que no podrá ser en ningún caso superior a 30 minutos.

En caso de hospitalización la oferta de la Entidad se considerará válida cuando el hospital ofertado se sitúe en otro municipio, siempre que esté a una distancia inferior a 20 kilómetros desde el núcleo urbano.

4. TABLAS DESCRIPTIVAS DE DISPONIBILIDAD DE MEDIOS SEGÚN TIPO DE ATENCIÓN Y NIVELES DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Tabla 1. Especialidades en consulta externa o en centros ambulatorios

CONSULTAS EXTERNAS/ CENTROS AMBULATORIOS	NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III	NIVEL IV
Alergología				
Análisis Clínicos				
Angiología y Cirugía vascular				
Aparato Digestivo				
Cardiología				
Cirugía Cardiovascular				
Cirugía General y Aparato digestivo				
Cirugía Maxilofacial				
Cirugía Ortopédica y Traumatología				
Cirugía Pediátrica				
Cirugía Plástica y Reparadora				
Cirugía Torácica				
Dermatología Medicoquirúrgica				
Endocrinología y Nutrición				
Ginecología y Obstetricia				
Reproducción Asistida				
Hematología y Hemoterapia				
Medicina Física y Rehabilitación				
Medicina Interna				
Medicina Nuclear				
Nefrología				
Neurocirugía				
Neumología				
Neurofisiología Clínica				
Neurología				

CONSULTAS EXTERNAS/ CENTROS AMBULATORIOS	NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III	NIVEL IV
Oftalmología				
Oncología Médica				
Oncología Radioterápica				
Otorrinolaringología				
Psiquiatría				
Psicología				
Radiodiagnóstico				
Reumatología				
Urología				

Tabla 2. Especialidades en hospital

HOSPITAL	NIVEL III	NIVEL IV
Alergología		
Análisis Clínicos		
Anatomía Patológica		
Anestesia y Reanimación /URPA		
Angiología y Cirugía vascular		
Aparato Digestivo		
Bioquímica		
Cardiología		
Cirugía Cardiovascular		
Cirugía General y Aparato digestivo		
Cirugía Maxilofacial		
Cirugía Ortopédica y Traumatología		
Cirugía Pediátrica		
Cirugía Plástica y Reparadora		
Cirugía Torácica		
Dermatología Medicoquirúrgica		
Endocrinología y Nutrición		
Farmacia		
Ginecología y Obstetricia		
Hematología		
Hemoterapia		
Microbiología y Parasitología		
Medicina intensiva/UCI		
Medicina Física y Rehabilitación		
Medicina Interna		
Medicina Nuclear		
Nefrología		
Neurocirugía		
Neumología		
Neurofisiología Clínica		
Neurología		
Oftalmología		

HOSPITAL	NIVEL III	NIVEL IV
Oncología Médica		
Oncología Radioterápica		
Otorrinolaringología		
Pediatría		
Psiquiatría		
Radiodiagnóstico		
Reumatología		
Urología		

Tabla 3. Especialidades en urgencias hospitalarias

URGENCIAS HOSPITALARIAS	NIVEL II	NIVEL III	NIVEL IV
Análisis Clínicos			
Anestesia y Reanimación/URPA			
Angiología y Cirugía vascular			
Aparato Digestivo			
Cardiología			
Cirugía Cardiovascular			
Cirugía General y Aparato digestivo			
Cirugía Maxilofacial			
Cirugía Ortopédica y Traumatología			
Cirugía Pediátrica			
Ginecología y Obstetricia			
Hematología y hemoterapia			
Medicina intensiva/UCI			
Medicina Interna			
Nefrología			
Neurocirugía			
Neurología			
Oftalmología			
Otorrinolaringología			
Pediatría			
Psiquiatría			
Radiodiagnóstico			
Urología			

Tabla 4. Unidades/equipos multidisciplinares/Consejo Genético/Tratamientos complejos del cáncer

UNIDADES/ EQUIPOS	NIVEL III	NIVEL IV
Cuidados Paliativos	Equipos de soporte CP	
	Unidad CP	
Unidad del Dolor		
Unidad de Ictus		
Unidad de T. Alimentación		
Unidad de Atención Temprana		
Unidad de Infecciosos		

UNIDADES/ EQUIPOS	NIVEL III	NIVEL IV
Consejo Genético		
Unidad de lesionados medulares		
Unidad de daño cerebral		
Unidad de grandes quemados		
Unidad de atención temprana		
Cirugía radioguiada		
Cirugía curativa del cáncer de esófago		
Cirugía curativa del cáncer pancreático		
Cirugía de las metástasis hepáticas		
Cirugía combinada de órganos pélvicos		
Trasplante de órganos, tejidos y células		
Cirugía robotizada		
Radiocirugía de SNC y extracraneal		

Tabla 5. Especificaciones según especialidad.

ESPECIALIDAD	ESPECIFICACIONES	NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III	NIVEL IV
Análisis clínicos	Genética/Citogenética				
	Inmunología				
Aparato digestivo	Endoscopia				
	Cápsula endoscópica				
Cardiología	Electrofisiología. marcapasos				
	Desfibrilador implantable				
	Ablación/cardioversión				
	Hemodinámica				
Ginecología obstetricia	Ecografía ginecológica				
	Diagnóstico Prenatal				
	Obstetricia alto riesgo				
Hematología	Hospital de día				
Medicina nuclear	Radioisótopos/ Gammagrafía				
	PET-TC				
Nefrología	Hemodiálisis y diálisis peritoneal				
Neurofisiología clínica	Potenciales evocados				
	Unidad del sueño				
Oncología medica	Hospital de día				
Otorrinolaringología	Rehabilitación vestibular				
Radiodiagnóstico	Radiología convencional				
	Ecografía				
	Mamografía				
	TC				
	RNM				
	Densitometría				

ESPECIALIDAD	ESPECIFICACIONES	NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III	NIVEL IV
	Radiología intervencionista				
Rehabilitación	Fisioterapia General				
	Logopedia				
	Rehabilitación Cardíaca				
	Rehabilitación suelo pélvico				
Urología	Litotricia				
	Láser Verde				

5. SERVICIOS DE REFERENCIA

- 5.1 La asistencia de enfermedades raras y de enfermedades que requieren técnicas, tecnologías y procedimientos, de elevado nivel de especialización, para los que es esencial la experiencia en su utilización, que sólo es posible alcanzar y mantener a través de ciertos volúmenes de actividad, aconseja la concentración de los casos en determinados centros, servicios o unidades de referencia.
- 5.2 Para ello, la Entidad facilitará el acceso a los servicios y unidades de referencia designados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial.
- 5.3 El seguimiento posterior del paciente se llevará a cabo por los servicios incluidos en el Catálogo de proveedores de la Entidad, conforme a las directrices del correspondiente servicio o unidad de referencia del Sistema Nacional de Salud.

6. CONDICIONES ESPECIALES PARA LAS ISLAS DE LOS ARCHIPIÉLAGOS BALEAR Y CANARIO.

La Entidad contará en las islas de los archipiélagos balear y canario con medios suficientes y estables para prestar asistencia sanitaria.

A efectos de valorar los requisitos de disponibilidad de medios para la prestación de Atención primaria se tomará como referencia la población de cada municipio y mientras que para la prestación de atención especializada se tomará como referencia la población de cada isla.

En las islas no capitalinas deberá facilitarse el acceso de los beneficiarios a los servicios urgencia hospitalarios establecidos para el Nivel II de Atención especializada.

En las siguientes tablas se relacionan las islas de cada archipiélago con el Nivel y modalidad de atención especializada que a cada una corresponden.

ILLES BALEARS				
ISLA	Nivel Atención especializada	Consultas Externas	Hospitalización*	Urgencias Hospitalarias
Mallorca	Nivel IV	X	X	X
Eivissa	Nivel II	X	X	X
Menorca	Nivel II	X	X	X
Formentera				X

ISLAS CANARIAS				
ISLA	Nivel Atención especializada	Consultas Externas	Hospitalización*	Urgencias Hospitalarias
Gran Canaria	Nivel IV	X	X	X
Lanzarote	Nivel II	X	X	X
Fuerteventura	Nivel II	X	X	X
Tenerife	Nivel IV	X	X	X
La Palma	Nivel II	X	X	X
La Gomera				X
El Hierro				X

(*) *Las especialidades en régimen de hospitalización en el Nivel II de atención especializada son las siguientes: Análisis Clínicos, Anatomía Patológica, Anestesia Reanimación/URPA, Aparato Digestivo, Bioquímica, Cardiología, Cirugía General y Aparato Digestivo, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Farmacia, Ginecología y Obstetricia, Hemoterapia, Medicina Física y Rehabilitación, Medicina Interna, Oftalmología, Otorrinolaringología, Pediatría y Radiodiagnóstico.*

La Entidad asumirá en todos los casos los gastos de desplazamiento interinsular para el acceso a las especialidades de Nivel III, salvo que disponga de medios concertados para prestar la asistencia en la isla donde se encuentre el beneficiario.

En el caso de Formentera, La Gomera y El Hierro, también se atenderán los gastos de desplazamiento interinsular para el acceso a las especialidades de N II.

En caso de inexistencia de los medios exigibles en cada isla, la Entidad garantizará la asistencia en la isla más próxima que disponga de los mismos, debiendo asumir los gastos de desplazamiento.

Si no estuviera disponible en la correspondiente Comunidad Autónoma la atención especializada de Nivel IV, esta se prestará en aquella que resulte más próxima en tiempo de desplazamiento, debiendo asumir la Entidad los gastos de desplazamiento.

En caso de que el paciente precise acompañante, los gastos de desplazamiento del acompañante serán a cargo de la Entidad. Para ello el beneficiario deberá aportar a la Entidad informe del facultativo en el que se justifique dicha necesidad.

ANEXO 4

PATOLOGÍAS CON RIESGO DE CARÁCTER VITAL

A título puramente indicativo y no exhaustivo, en los siguientes supuestos se entenderá que existe un riesgo inminente o muy próximo de no obtenerse una actuación terapéutica con carácter inmediato, por lo que, si concurren los requisitos exigibles según la cláusula 4.3.1, resultará procedente el reintegro de los gastos en caso de utilización de medios ajenos a la Entidad:

1. Hemorragias agudas intracraneales o intracerebrales, genitales, digestivas, respiratorias, renales o por rotura de vasos sanguíneos en general, con pérdida importante de sangre o con hemorragia interna.
2. Abortos completos o incompletos. Rotura uterina o la complicación de embarazo extrauterino. Toxicosis gravídica.
3. Shocks cardíaco, renal, hepático, circulatorio, traumático, tóxico, metabólico o bacteriano. Comas. Reacciones alérgicas con afectación del estado general.
4. Insuficiencia aguda respiratoria, renal o cardíaca.
5. Abdomen agudo formulado como diagnóstico, previo o de presunción. Dolor abdominal agudo.
6. Lesiones con desgarros externos con afectación de vísceras.
7. Fracturas de cadera o de la cabeza del fémur.
8. Accidentes cerebro-vasculares.
9. Intoxicaciones agudas. Sepsis agudas.
10. Anuria. Retención aguda de orina.
11. Difteria. Botulismo. Meningitis. Meningoencefalitis. Forma aguda de colitis ulcerosa. Gastroenteritis aguda con afectación del estado general.
12. Obstrucción de las vías respiratorias altas. Embolia pulmonar. Derrame pleural. Neumotórax espontáneo. Edema agudo de pulmón. Disnea. Crisis de asma bronquial.
13. Infarto de miocardio. Crisis hipertensiva. Embolia arterial periférica. Asistolia. Taquicardia paroxística.
14. Coma diabético. Hipoglucemia.
15. Convulsiones. Convulsiones de la infancia. Toxicosis del lactante.
16. Insuficiencia suprarrenal aguda. Fallo agudo de la circulación periférica. Alteraciones severas del metabolismo electrolítico.

ANEXO 5

SISTEMAS DE INFORMACIÓN ASISTENCIAL

1. REGISTRO DE ACTIVIDAD/COSTE

- 1.1. El Registro de actividad/coste comprende la información sobre actividad ambulatoria, actividad hospitalaria, actividad de urgencias, actividad quirúrgica y sobre otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- 1.2. Información sobre actividad ambulatoria.
- 1.2.1. Con periodicidad trimestral la Entidad comunicará en soporte electrónico a La Mutualidad General Judicial los datos acumulados de actividad ambulatoria desglosados por actividad de consulta médica, otra actividad ambulatoria y pruebas diagnósticas.
- 1.2.2. Actividad de consulta médica.

Tabla 1. Actividad de consulta médica		
Especialidad	Nº de consultas*	Coste
Medicina General Familiar		
Pediatría		
Alergología		
Anestesiología y Reanimación		
Angiología y Cirugía Vascul ar		
Aparato Digestivo		
Cardiología		
Cirugía Cardiovascular		
Cirugía General y del Aparato Digestivo		
Cirugía Oral y Maxilofacial		
Cirugía Ortopédica y Traumatología		
Cirugía Pediátrica		
Cirugía Plástica, Estética y Reparadora		
Cirugía Torácica		
Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología		
Endocrinología y Nutrición		
Estomatología/Odontología		
Geriatría		
Hematología y Hemoterapia		
Inmunología		
Medicina Intensiva		
Medicina Interna		
Medicina Nuclear		
Nefrología		
Neumología		
Neurocirugía		
Neurología		
Obstetricia y Ginecología		

Tabla 1. Actividad de consulta médica		
Especialidad	Nº de consultas*	Coste
Oftalmología		
Oncología Médica		
Oncología Radioterápica		
Otorrinolaringología		
Psiquiatría		
Rehabilitación		
Reumatología		
Tratamiento del dolor		
Urología		
Servicio concertado a precio fijo / pago caputivo		
Otros**		

* Se incluyen todas las consultas (primeras, revisiones y domiciliarias).

** Este apartado se utilizará cuando exista algún concepto que no tenga cabida en los apartados anteriores; en ese caso se deberá especificar cada concepto incluido.

1.2.3. Otra actividad ambulatoria.

Tabla 2. Otra actividad ambulatoria			
Actividad	Nº pacientes	Nº consultas / sesiones / servicios	Coste
D.U.E.			
Matrona			
Fisioterapia			
Foniatría / Logopedia			
Podología			
Psicoterapia			
Oxigenoterapia / Ventiloterapia			
Transporte para la asistencia sanitaria:			
▪ Ordinario			
▪ Sanitario			
OTRAS PRESTACIONES: Tiras reactivas de glucosa, jeringuillas de insulina, farmacia (V04, Uso Hospitalario...).			
INDEMNIZACIONES: Pagos directos a interesados por utilización de medios no concertados, CMP, CMN, asistencia en medio rural			
DIÁLISIS:			
▪ Hemodiálisis			
▪ Diálisis domiciliaria			
▪ Diálisis peritoneal ambulatoria continua (CAPD)			

1.2.4. Pruebas diagnósticas.

Tabla 3. Pruebas diagnósticas		
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN:	Nº de estudios	Coste
▪ Radiología Simple (cabeza, tronco, miembros, radiología estomatológica.)		
▪ Radiología Especial (radiología de contraste, mamografía...)		
▪ Radiología intervencionista		
▪ Ecografía/Doppler (no incluye ecocardiografía ni ecografía ginecológica)		
▪ Tomografía (TC)		
▪ Resonancia Magnética Nuclear (RMN)		
▪ Densitometría Ósea		
▪ Otras técnicas		
ANÁLISIS CLÍNICOS:	Nº de estudios	Coste
▪ Bioquímica		
▪ Endocrinología		
▪ Genética		
▪ Hematología		
▪ Inmunología		
▪ Microbiología		
▪ Parasitología		
▪ Otras determinaciones		
ANATOMÍA PATOLÓGICA:	Nº de estudios	Coste
▪ Biopsias		
▪ Citologías		
▪ PAAF		
▪ Otros		
MEDICINA NUCLEAR:	Nº de estudios	Coste
▪ Gammagrafías		
▪ PET-TC		
▪ Otros		
OTRAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS:	Nº de estudios	Coste
Alergia:		
▪ Pruebas alérgicas		
Cardiología:		
▪ ECG		
▪ Ecocardiografía / Eco doppler		
▪ Ergometría		
▪ Holter		
▪ Otros (excluye hemodinámica y electrofisiología)		
Digestivo:		
▪ Gastroscopias		
▪ Colonoscopias		
▪ Otros		
Ginecología:		

Tabla 3. Pruebas diagnósticas		
▪ Ecografías		
▪ Colposcopias		
▪ Otros		
Neumología:		
▪ Broncoscopias		
▪ Espirometrías		
▪ Otros		
Neurología / Neurofisiología:		
▪ Electroencefalografía		
▪ Electromiografía		
▪ Poligrafía sueño		
▪ Otros		
O.R.L.:		
▪ Otoemisiones acústicas		
▪ Potenciales evocados auditivos de tronco cerebral		
▪ Audiometrías		
▪ Otros		
Urología:		
▪ Endoscopias		
▪ Estudios urodinámicos		
▪ Otros		
OTROS*		

* Este apartado se utilizará cuando exista algún concepto que no tenga cabida en los apartados anteriores; en ese caso se deberá especificar cada concepto incluido.

1.3. Información sobre actividad hospitalaria.

1.3.1. Con periodicidad trimestral, la Entidad comunicará a la Mutualidad General Judicial los datos acumulados de actividad hospitalaria desglosados por hospitalización convencional y hospitalización de día y a domicilio.

1.3.2. Hospitalización convencional.

Tabla 4. Hospitalización convencional						
Hospitalización convencional	Nº ingresos		Estancias*		Coste	
	Centro concertado	Centro público	Centro concertado	Centro público	Centro concertado	Centro público
Médica						
Quirúrgica						
Obstétrica:						
▪ Partos						
▪ Cesáreas						
Pediátrica						
Salud mental						
Cuidados intensivos						
Neonatología						
Unidad de cuidados paliativos						

* Nº de estancias acumuladas trimestralmente por línea de actividad.

1.3.3. Hospitalización de día y a domicilio.

Tabla 5. Hospitalización de día y a domicilio			
Hospital de Día*	Nº de pacientes	Nº de sesiones / días**	Coste
▪ Oncohematológico			
▪ Psiquiatría			
▪ Otros			
Hospitalización a domicilio			
▪ Hospitalización a domicilio			

* Excluye el hospital de día quirúrgico.

** N° de sesiones acumuladas trimestralmente por línea de actividad

1.4. Información sobre actividad de urgencias.

Con periodicidad trimestral, la Entidad comunicará a la Mutualidad General Judicial los datos acumulados de actividad de urgencias desglosados por:

- a) Urgencia hospitalaria:
Son todas aquellas que han sido atendidas en los servicios de urgencia de un hospital, incluyendo aquellas urgencias que hayan acabado en ingreso hospitalario.
- b) Urgencia ambulatoria:
Son todas aquellas que hayan sido atendidas por los servicios de urgencias de los centros sanitarios no hospitalarios (policlínicas, servicios de urgencias externos, etc.).
- c) Urgencia domiciliaria:
Son todas aquellas asistencias urgentes atendidas en el domicilio del paciente por servicios de urgencias.
- d) Centro / Servicio de urgencia a precio fijo.
- e) Otros.

Tabla 6. Información sobre actividad de urgencias		
Actividad	Nº de urgencias	Coste
▪ Urgencia hospitalaria		
▪ Urgencia ambulatoria		
▪ Urgencia domiciliaria		
▪ Centro / Servicio de urgencia a precio fijo		
▪ Otros		

1.5. Información sobre actividad quirúrgica.

Con periodicidad trimestral, la Entidad comunicará a la Mutualidad General Judicial los datos acumulados de actividad quirúrgica desglosados por cirugía mayor y cirugía menor:

Tabla 7. Actividad quirúrgica		
Actividad	Nº de urgencias	Coste
Cirugía mayor	Intervenciones quirúrgicas programadas con hospitalización	
	Intervenciones quirúrgicas urgentes con hospitalización	
	Intervenciones quirúrgicas programadas ambulatorias en quirófano (CMA)	
	Intervenciones quirúrgicas urgentes ambulatorias en quirófano (CMA)	
Cirugía menor	Intervenciones de cirugía menor	

1.6. Otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Con periodicidad trimestral, la Entidad comunicará a la Mutualidad General Judicial los datos acumulados de actividad de otros procedimientos terapéuticos desglosados por:

Tabla 8. Otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos		
Procedimientos	Nº de procedimientos	Coste
Implante de neuroestimuladores intracraneales		
Radiocirugía simple		
Radiocirugía fraccionada		
Litotricias		
Implantes cocleares		
Radioterapia		
Hemodinámica cardiaca diagnóstica		
Hemodinámica cardiaca terapéutica:		
▪ Nº total de stents		
▪ Estudios electrofisiológicos diagnósticos		
Estudios electrofisiológicos terapéuticos:		
▪ Ablación		
▪ Implante/sustitución de desfibrilador		
▪ Otros		
Ciclos de Reproducción Humana Asistida		
OTROS*		

* Este apartado se utilizará cuando exista algún concepto que no tenga cabida en los apartados anteriores; en ese caso se deberá especificar cada concepto incluido.

2. INFORMACIÓN SOBRE ASISTENCIA SANITARIA TRANSFONTERIZA.

La Entidad facilitará a la Mutualidad General Judicial un archivo en soporte informático en el que se hará constar la siguiente información:

- Prestaciones que no han requerido autorización previa: indicando tipo de prestación, número de pacientes, y coste de la prestación e importe reembolsado.
- Prestaciones que no han requerido autorización previa: indicando tipo de prestación, número de pacientes, y coste de la prestación e importe reembolsado.

Todo ello, de acuerdo con la estructura e instrucciones que en cada momento determine la Mutualidad General Judicial.

ANEXO 6

INSTRUCCIONES PARA LA ELABORACIÓN Y DIFUSIÓN DEL CATÁLOGO DE PROVEEDORES Y ESTRUCTURA DE LA BASE DE DATOS DE MEDIOS DE LA ENTIDAD**1. INSTRUCCIONES PARA LA ELABORACIÓN Y DIFUSIÓN DEL CATÁLOGO DE PROVEEDORES.**

1.1. La Entidad publicará sus Catálogos de proveedores específicos para la Mutuality General Judicial.

El Catálogo, cuyo contenido se ajustará a lo previsto en la cláusula 3.5, será de ámbito provincial y equivalente al que suministre la Entidad en el registro de medios sanitarios descrito en el punto 2 de este ANEXO.

En los servicios centrales de la Mutuality General Judicial se entregarán los Catálogos en formato electrónico y dos ejemplares en papel de cada Catálogo de proveedores provincial. En las Delegaciones Provinciales, además del formato electrónico del respectivo catálogo, se entregarán al menos cinco ejemplares en papel.

1.2. La estructura e información tanto de los catálogos en papel como en formato electrónico será:

- I. En la portada deberán figurar el logotipo de la Mutuality General Judicial y el de la Entidad, así como el teléfono gratuito y único del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias de la Entidad de forma destacada.
- II. En la primera página deberán figurar los datos relativos a:
 1. Teléfono del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias de la Entidad.
 2. Teléfono de Información de la Entidad.
 3. Número de fax u otro sistema para autorizaciones.
 4. Página web de la Entidad.
 5. Dirección, teléfonos y horario de funcionamiento de la delegación provincial de la Entidad, así como de la/las oficina/s existente/s en la provincia para la atención presencial de los beneficiarios.
- III. En el margen derecho del encabezado de cada página deberá figurar el teléfono del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias.
- IV. A partir de la segunda página deberán figurar las direcciones de los centros de urgencias hospitalarias en toda la provincia, que en el caso de las provincias insulares se detallara por cada isla.
- V. Índice general del Catálogo.
- VI. Información general y normas de uso establecidas en el Concierto:
 1. Se incluirá un resumen de derechos y normas de uso de mayor relevancia recogida en el Concierto, que en ningún caso sustituyen el contenido de éste.
 2. La información mínima a incluir en este apartado se estructurará y ordenará de acuerdo a los siguientes epígrafes:
 - a) Identificación para el acceso a los medios concertados/Tarjeta Sanitaria de la Entidad.
 - b) Normas de utilización de los medios de la Entidad, incluida la libre elección de facultativo y centro concertado y la relación de servicios que precisan autorización previa de la Entidad y forma de obtención.
 - c) Especificaciones relativas a determinados servicios: asistencia domiciliaria, asistencia en régimen de hospitalización, incluida la hospitalización de día y domiciliaria.

- d) Transporte para la asistencia sanitaria. Modalidades y requisitos para su utilización.
- e) Garantía de accesibilidad a los medios.
- f) Utilización de medios no concertados.
- g) Asistencia urgente de carácter vital.
- h) Instrucciones precisas para la utilización de los servicios de Atención primaria del sistema público en el medio rural, en régimen ambulatorio, domiciliario y de urgencia, en los términos previstos en los convenios suscritos con los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas o, en su caso, cuando no se hayan formalizado Convenios.
- i) En ANEXO aparte se incluirá la relación detallada de los municipios afectados por dicho Convenio en el ámbito provincial.
- j) Información sobre asistencia sanitaria en caso de accidente cuando existe un tercero obligado al pago (accidentes de tráfico, deportistas federados, etc.).
- k) Servicios que, en cada municipio ofrezca la Entidad por encima de las exigencias establecidas en el Concierto, que constituirá su oferta diferenciada de servicios, como elemento para facilitar la elección de Entidad por parte de los mutualistas.

VII. Cuadro médico, con la siguiente estructura:

1. Los profesionales y centros sanitarios se relacionarán empezando por la capital de la provincia, seguida de los municipios por orden alfabético.
2. Todos los profesionales, centros y unidades funcionales deberán aparecer relacionados con sus datos de identificación (nombre y apellidos), debiendo figurar, además, la dirección, teléfono y horarios de funcionamiento.
3. Por cada municipio se relacionarán primero los medios disponibles en Atención de Urgencia, después los de Atención primaria y a continuación los correspondientes a la Atención especializada.
4. En Atención de Urgencia se relacionarán los servicios extrahospitalarios y, en su caso, hospitalarios disponibles, así como los de ambulancias.
5. En Atención primaria, en cada localidad, los medios disponibles se ordenarán de la siguiente forma:
 - a) Medicina general o de familia
 - b) Pediatría
 - c) Enfermería
 - d) Matronas
 - e) Fisioterapia
 - f) Odontología-Estomatología
 - g) Podología

En el caso de municipios de Nivel IV, por cada uno de los tipos o modalidades de asistencia, los recursos se consignarán agrupados por códigos postales, y, en todos los casos, ordenados alfabéticamente por el primer apellido del profesional.

Si en alguno de los municipios no existiese recurso concertado en Atención primaria, se hará constar, en su caso, su adscripción al convenio de medio rural con el sistema público correspondiente, con expresión de si es únicamente para urgencias o para el conjunto de la Atención primaria, debiendo figurar, además, la dirección del Centro de Salud o Punto de Atención Continuada (PAC) correspondiente al municipio.

6. En Atención especializada, primero se relacionarán las consultas externas o ambulatorias especificando, en su caso, la subespecialidad o unidad funcional, siguiendo el orden alfabético de la denominación oficial de la especialidad y después, si existieran, los referidos a la asistencia especializada en régimen de hospitalización. En todos los casos, ordenados alfabéticamente por los apellidos del profesional.

En los municipios de Nivel IV, los profesionales sanitarios de cada especialidad podrán agruparse por la denominación del centro hospitalario.

El Catálogo de proveedores de Atención especializada, en cada Nivel de asistencia sanitaria, se ajustará a las correspondientes tablas del ANEXO 3 del Concierto.

Cuando en el ámbito territorial de una provincia la Entidad no esté obligada a disponer de servicios de Nivel IV de Atención especializada, conforme a los criterios del ANEXO 3, en el correspondiente Catálogo de proveedores se harán constar los medios de que a tal fin disponga la Entidad en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma a la que pertenece la provincia.

Deberán relacionarse separadamente, en cada Catálogo de proveedores Provinciales, los Servicios de Referencia.

En provincias insulares los recursos deberán figurar en los Catálogos de proveedores diferenciados por islas, constando en primer lugar la capitalina. Dentro de cada isla, se colocará en primer lugar el núcleo urbano principal y a continuación el resto de los municipios o localidades por orden alfabético.

- VIII. Relación de los servicios de información, urgencias y ambulancias disponibles en las restantes provincias, a fin de facilitar su utilización en caso de desplazamiento de los beneficiarios.
- IX. Cartera de Servicios de Atención especializada en régimen de atención hospitalaria.
Incluirá los cuadros con los medios por Niveles de Atención especializada ofertada, según lo previsto en el ANEXO 3, desglosada por régimen de hospitalización y urgencias hospitalarias, indicando el nombre del hospital y el municipio en el que se localiza.
- X. Índice de facultativos por orden alfabético e índice de centros concertados.

2. ESTRUCTURA DE LA BASE DE DATOS DE MEDIOS DE LA ENTIDAD.

2.1. Registro de medios sanitarios.

La información de los medios propios y concertados que las Entidades ofertan para prestar el servicio de asistencia sanitaria a los beneficiarios en el territorio nacional se enviará en formato electrónico a la Mutualidad General Judicial con el formato indicado en las siguientes tablas.

Los datos enviados deben corresponder con todos los que consten en los Catálogos editados. Los datos de identificación profesional se deben adecuar a los establecidos por los distintos colegios y asociaciones profesionales.

La estructura de datos de localización en todas las tablas se corresponde con la estructura oficial del INE para su posible explotación mediante un sistema de información geográfica.

2.2. Tabla de profesionales sanitarios.

Contiene la información de todos los profesionales sanitarios concertados de la Entidad. Se cumplimentará una fila por cada profesional.

Campo	Tipo de dato	Long.	Descripción
cif_nif	cif_nif	9	CIF o NIF.
apellido1	Texto	50	Primer apellido.
apellido2	Texto	50	Segundo apellido.
nombre	Texto	50	Nombre.
colegiado	colegiado	9	Número de colegiado. Obligatorio únicamente si "actividad_profesional=1" (médico).
provincia	provincia	2	Código de la provincia.
municipio	municipio	4	Código INE del municipio.
especialidad	Especialidad	3	Código de especialidad según OMC. Obligatorio únicamente si "actividad_profesional=1" (médico).
especialista	Texto	75	Nombre literal de la especialidad. Obligatorio únicamente cuando el campo "especialidad" sea igual a 99.
Actividad_profesional	actividad_profesional	1	Código de la actividad profesional. Si su valor es "1" (médico) los campos "especialidad" y "colegiado" serán también obligatorios.
cif_centro	Texto	9	CIF del centro sanitario.
clínica_centro	Texto	150	Clínica u hospital donde el profesional desempeña su actividad. Obligatorio si se ha rellenado el campo "cif_centro".
dirección_tipo vía	tipo_vía	5	Tipo de vía donde se encuentra el centro.
dirección_nombrevía	Texto	150	Nombre de la vía donde se halla situado el centro hospitalario.
dirección_número	Texto	3	Número de la vía donde se halla situado el centro hospitalario.
localidad	Texto	50	Localidad donde está ubicado el centro sanitario.
código_postal	código_postal	5	Código postal.
correo_electrónico	correo_electrónico	60	Dirección de correo electrónico del profesional.
teléfono	teléfono	15	Teléfono de contacto del profesional.
equipo_informático	Si/no	1	Disponibilidad de equipo informático: S = Sí, N = No.
firma electrónica	Si/no	1	Disponibilidad de firma electrónica en la consulta: S = Sí, N = No.

Campo	Tipo de dato	Long.	Descripción
lector_dnie	Si/no	1	Disponibilidad de lector de DNI electrónico en la consulta: S = Sí, N = No.
prescripción_receta	Si/no	1	Indica si puede prescribir receta o no: S = Sí, N = No.

2.3. Tabla de clínicas y hospitales.

Contiene la información de todos los hospitales y clínicas (con internamiento) propios o concertados por la Entidad. Se cumplimentará una fila por cada hospital o clínica.

Campo	Tipo de dato	Long.	Descripción
hospital	hospital	6	Código del hospital según el Catálogo de proveedores Nacional de Hospitales.
clínica_hospital	Texto	150	Denominación de la clínica u hospital.
cif_nif	cif_nif	9	CIF/NIF del centro.
provincia	provincia	2	Código de la provincia.
municipio	municipio	4	Código del municipio.
numero_camras	Alfanumérico	4	Número de camas instaladas.
Nivel_ae	Nivel_ae	1	Nivel de atención especializada.
servicio_urgencias	sino	1	Indica si el centro dispone de servicio de urgencias o no.
dirección_tipovia	tipo_via	5	Tipo de vía donde se encuentra el centro.
dirección_nombre via	Texto	150	Nombre de la vía donde se halla situado el centro hospitalario.
dirección_número	Texto	3	Número de la vía donde se halla situado el centro hospitalario.
localidad	Texto	150	Localidad.
código_postal	código_postal	5	Código postal.
teléfono	teléfono	15	Teléfono del centro.
correo_electrónico	correo_electrónico	60	Dirección de correo electrónico de la clínica u hospital.

2.4. Tabla de centros sanitarios sin internamiento.

Contiene la información de todos los centros de diagnóstico y tratamiento sin internamientos propios o concertados por la Entidad. Se cumplimentará una fila por cada centro.

Campo	Tipo	Long.	Descripción
cif	Alfanumérico	9	CIF del centro o consulta.
clínica centro	Texto	150	Denominación del centro.
provincia	Alfanumérico	2	Código de la provincia.
municipio	Alfanumérico	4	Código del municipio.
tipo_centro	Alfanumérico	5	Código del centro sanitario según Anexo I del RD 1277/2003.
Dirección_tipovía	Texto	25	Tipo de vía donde se encuentra el centro (calle, plaza, avenida, glorieta, etc.).

Campo	Tipo	Long.	Descripción
dirección_nombrevia	Texto	150	Nombre de la vía donde se halla situado el centro.
dirección_número	Texto	3	Número de la vía donde se halla situado el centro.
localidad	Texto	150	Localidad del centro.
código_postal	Texto	5	Código postal.
correo_electrónico	Texto	60	Dirección de correo electrónico de la clínica u hospital.
teléfono	Texto	15	Teléfono del centro.
fax	Texto	15	Fax del centro.
oferta_servicios	Alfanumérico	3	Código de servicios y técnicas de diagnóstico.

2.5. Tabla de delegaciones provinciales de la Entidad.

Contiene los datos de información general de cada delegación provincial de la Entidad. Se cumplimentará una fila por cada una de las delegaciones provinciales de la Entidad.

Campo	Tipo	Long.	Descripción
provincia	Alfanumérico	2	Código de la provincia de la delegación provincial de la Entidad.
municipio	Alfanumérico	4	Código del municipio de la delegación provincial de la Entidad.
propia	Texto	1	Indicar si la Delegación es propia de la Entidad.
Nombre_responsable	Texto	50	Nombre de la persona de contacto en la Delegación.
Apellido1_responsable	Texto	50	Primer apellido de la persona de contacto en la Delegación.
Apellido2_responsable	Texto	50	Segundo apellido de la persona de contacto en la Delegación.
dirección_tipovía	Texto	25	Tipo de vía donde se encuentra la delegación (calle, plaza, avenida, glorieta, etc.).
dirección_nombrevia	Texto	150	Nombre de la vía donde se halla situada la delegación.
dirección_numero	Texto	3	Número de la vía donde se halla situada la delegación.
código_postal	Alfanumérico	5	Código postal de la delegación provincial de la Entidad.
teléfono	Texto	9	Teléfono de la delegación provincial de la Entidad.
fax	Texto	9	Número de fax de la delegación provincial de la Entidad.
teléfono_ambulancias	Texto	9	Teléfono de ambulancias de la Entidad.

2.6. Modificación de la estructura de ficheros y tablas.

La Gerencia de la Mutualidad General Judicial podrá introducir modificaciones en la estructura de los ficheros y tablas de medios sanitarios con el fin de actualizar sus contenidos o adecuarlos a necesidades sobrevenidas.

ANEXO 7

ACTUACIONES PRESCRITAS POR LOS ÓRGANOS DE VALORACIÓN DE INCAPACIDADES Y BAREMO PARA SU REINTEGRO

1. ACTUACIONES PRESCRITAS POR LOS ÓRGANOS DE VALORACIÓN DE INCAPACIDADES.

La Entidad, conforme a la cláusula 6.5 d) del Concierto facilitará la realización de los informes médicos, exploraciones o pruebas de diagnóstico que prescriban a los mutualistas de la Mutualidad General Judicial los facultativos de los órganos de valoración de incapacidades dentro del procedimiento de jubilación por incapacidad permanente para el servicio, o de los procedimientos de reclamación de gran invalidez o de una lesión permanente no invalidante, a cuyo fin queda obligada a realizar a los mutualistas que estén adscritos a ella los citados informes, exploraciones o pruebas a través de los facultativos, servicios o centros de su cartera de servicios y en la forma establecida en este ANEXO.

Por su parte y con el mismo fin, la Mutualidad General Judicial se obliga a abonar a la Entidad el importe señalado en el punto 2 de este ANEXO.

El mutualista a quien se prescriba la realización de una actuación de las indicadas en el punto precedente, presentará el impreso en el que se haya realizado la prescripción en la Mutualidad General Judicial para la correspondiente autorización.

La Mutualidad General Judicial autorizará la prescripción mediante firma y sello en el propio impreso.

A continuación, el mutualista presentará el mismo impreso en las oficinas de la Entidad. Ésta, a la vista de la autorización concedida por la Mutualidad General Judicial:

- Expedirá y entregará al mutualista con carácter inmediato el o los volantes necesarios para la realización de los informes, exploraciones o pruebas especificadas en la prescripción, con expresa indicación de los facultativos o centros en que deben ser realizadas.
- En el original del impreso autorizado por la Mutualidad General Judicial, se consignará la recepción por el mutualista del o de los volantes, bajo la fórmula que figura en el presente ANEXO. La recepción quedará acreditada con la firma del mutualista, o, en su caso, del receptor que no sea el mutualista, haciendo constar en este supuesto su DNI y su relación con aquél.
- Entregará al mutualista una copia del impreso.

Al término de cada trimestre, la Entidad remitirá a la Mutualidad General Judicial, relación de los informes, exploraciones o pruebas realizadas en el trimestre, con indicación expresa del precio correspondiente, que será, precisamente, el que figure en el baremo, que se contiene como punto 2 en este ANEXO. Cada informe, exploración o prueba que conste en la relación deberá ir justificada con el original del correspondiente impreso de prescripción, cumplimentado en la forma prevista en párrafo anterior y con las facturas originales.

Dentro del mes siguiente a la recepción de la relación, la Mutualidad General Judicial procederá a abonar a la Entidad el importe de los informes, exploraciones o pruebas que figuren en la misma.

Para la aplicación de lo dispuesto en este punto se utilizará los siguientes modelos:

MODELO DE SELLO PARA LA AUTORIZACIÓN DE PRESCRIPCIONES POR LA MUTUALIDAD GENERAL JUDICIAL:

Mutualidad General Judicial	
FECHA	
PRESCRIPCIÓN AUTORIZADA Presentar este impreso en las Oficinas de la Entidad médica del mutualista para asignación de facultativo	(ESPACIO PARA LA FIRMA DEL RESPONSABLE de la Mutualidad General Judicial)

Nota.- La firma podrá estar incluida en el sello.

FÓRMULA PARA ACREDITAR LA ENTREGA DE LOS VOLANTES POR LA ENTIDAD:

A consignar por la Entidad, siempre que sea posible, en la parte inferior derecha del impreso:

He recibido de la Entidad los documentos precisos para realizar a su cargo las actuaciones prescritas en este impreso.

....., a de de 20.....

(Firma del mutualista o, en su caso, de la persona que lo represente, consignando en este supuesto el número del DNI y su relación con aquél)

2. BAREMO DE REINTEGRO DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DENOMINACIÓN PRUEBA	COMPENSACIÓN MÁXIMA POR UNIDAD (EUROS)	CONTENIDOS
DETERMINACIONES ANALÍTICAS DE SANGRE		
Perfil básico (hemograma + bioquímica)	32,08	Parámetros y cifras de referencia
Perfil Cardíaco	61,29	Parámetros y cifras de referencia
Perfil Hepático	48,14	Parámetros y cifras de referencia
Perfil Reumatológico	48,11	Parámetros y cifras de referencia
Perfil Nefrourológico	58,43	Parámetros y cifras de referencia
Gasometría Arterial	27,85	Parámetros y cifras de referencia
Coagulación	16,81	Parámetros y cifras de referencia
Marcadores Hepáticos Virales	81,96	Parámetros y cifras de referencia
Determinación Carga Viral VIH	102,43	Parámetros y cifras de referencia
OTRAS PRUEBAS		
Radiografía simple (Tórax o Abdomen)	26,75	Placas en dos posiciones
Radiografías osteo-articular	26,75	Placas en dos posiciones por segmento
Tomografía Axial Computerizada (TAC)	186,10	Placa e informe
Tomografía Axial Computerizada con contraste (TAC + contraste)	211,35	Placa e informe
Resonancia Nuclear Magnética (RNM)	264,55	Placa e informe

DENOMINACIÓN PRUEBA	COMPENSACIÓN MÁXIMA POR UNIDAD (EUROS)	CONTENIDOS
Resonancia Nuclear Magnética con contraste (RNM + contraste)	326,73	Placa e informe
Densitometría Ósea	93,22	Informe
Gammagrafía Ósea	126,50	Registro e informe
Ecografía (todas las regiones)	95,97	Informe
Potenciales evocados (visuales; auditivos; somestésicos; cognitivos)	157,31	Informe
Electroencefalograma (EEG)	102,89	Registro e informe
Electromiograma (EMG)	157,22	Registro e informe
Electroneurograma (ENG)	89,98	Registro e informe
Electrocardiograma (ECG)	76,93	Registro e informe
Holter	104,10	Informe
Prueba de esfuerzo convencional (Protocolo de Bruce)	88,43	Informe
Prueba de esfuerzo NO convencional (por ECO de estrés)	108,99	Informe
Prueba de esfuerzo NO convencional por ECO con dubatamina)	70,49	Informe
Prueba de esfuerzo con determinación directa de consumo de O ₂ (Ergoespirometría)	134,04	Informe
Gammagrafía miocárdica (SPECT) con P de Bruce o estimulación farmacológica	234,69	Informe
Eco - Doppler cardiaco	114,44	Grafico; Informe y Datos (Fracción eyección y Gasto)
Eco - Doppler vascular	110,65	Informe
Espirometría forzada	42,70	Registro; Datos (CV; FEV1) en tres tomas
Espirometría forzada con broncodilatación	52,75	Registro; Datos (CV; FEV1) en 3 tomas antes/ después broncodilatación
Difusión alveolo-capilar (DLCO o TLCO)	60,42	Informe y datos
Pletismografía (volúmenes pulmonares)	38,71	Informe y datos
Polisomnografía	245,54	Informe
Campimetría visual digital	87,45	Grafico; Datos e informe
Electroretinograma	99,89	Informe
Electrooculograma	105,25	Informe
Audiometría tonal en cabina	35,85	Grafico ambos oídos con indicación vías aéreas y ósea
Pruebas vestibulares	165,99	Informe
Posturografía	116,25	Informe
Pruebas epicutáneas (contacto)	106,99	Resultado test; Valoración (graduación) de resultados
Informe valoración Neuro - Psicológico	110,62	Informe
Informe de Valoración Psiquiátrica	106,09	Informe escrito
Informe Médico especializado	94,22	Informe escrito
Informe Médico Requerido	102,91	Informe escrito

DENOMINACIÓN PRUEBA	COMPENSACIÓN MÁXIMA POR UNIDAD (EUROS)	CONTENIDOS
Balance articular y muscular de: Hombro; Codo o Muñeca por técnica de Biomecánica	315,69	Registro e informe
Balance articular y muscular de: Cadera; Rodilla o Tobillo por técnica de Biomecánica	240,78	Registro e informe
Valoración Funcional de la Capacidad de Marcha por técnica de Biomecánica	422,72	Registro e informe
Balance articular de columna: Cervical; Dorsal o Lumbar por técnicas de Biomecánica	224,74	Registro e informe
Valoración funcional de la Lumbalgia por técnica de Biomecánica	615,34	Registro e informe
Valoración funcional de la Cervicálgia por técnica de Biomecánica	615,34	Registro e informe
Valoración funcional del equilibrio postural, por técnicas de Biomecánica	422,72	Registro e informe
Informe Psicológico-Laboral	110,62	Informe escrito
Informe Valoración Puestos Trabajo (Requerimientos y/o Riesgos)	110,62	Informe escrito

ANEXO 8

ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA

De conformidad con lo dispuesto en la cláusula 4.4 del Concierto, la Entidad se obliga a la cobertura de la asistencia sanitaria transfronteriza de su colectivo protegido, conforme a lo previsto en el Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación, respecto a las prestaciones incluidas en la cartera de servicios que es objeto del Concierto. El ejercicio del derecho por parte de los beneficiarios, su alcance, las condiciones, requisitos y procedimiento para el reembolso de los gastos por dicha asistencia se establecen en este ANEXO.

La asistencia sanitaria transfronteriza es aquella que se recibe cuando el beneficiario decide acudir a servicios sanitarios ubicados en otro Estado Miembro de la Unión Europea. Por tanto, no incluye los supuestos de estancia temporal en que, por razones médicas sobrevenidas, el beneficiario haya recibido asistencia sanitaria, cuya cobertura, con carácter general, corresponde a la Mutualidad General Judicial directamente o a través de los mecanismos de coordinación con las instituciones del resto de Estados Miembros de la UE.

La asistencia sanitaria transfronteriza no incluye los gastos conexos o prestaciones accesorias o complementarias.

1. CONTENIDO

La asistencia sanitaria transfronteriza a cargo de la Entidad comprende las prestaciones sanitarias que conforman la Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud, cuya cobertura corresponde a la Entidad de acuerdo con lo establecido en el CAPÍTULO II. del Concierto.

Cuando en el proceso asistencial transfronterizo se generen gastos por la dispensación ambulatoria de medicamentos, productos dietéticos, y otros productos sanitarios objeto de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, así como de material ortoprotésico, en su caso, el reembolso de los mismos será a cargo de la Mutualidad General Judicial en los términos previstos en la normativa específica que regula estas prestaciones.

Están excluidas aquellas prestaciones que expresamente menciona el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, como son:

- Los servicios en el ámbito de los cuidados de larga duración, cuya finalidad sea ayudar a quienes requieran asistencia a la hora de realizar tareas rutinarias y diarias.
- La asignación de órganos y el acceso a éstos con fines de trasplante.
- Los programas de vacunación pública contra enfermedades infecciosas, que tengan por finalidad exclusiva la protección de la salud de la población y que estén sujetas a medidas específicas de planificación y ejecución, sin perjuicio de los relativos a la cooperación entre España y los demás Estados miembros en el ámbito de la Unión Europea.

En ningún caso serán objeto de reembolso los gastos derivados de la asistencia sanitaria prestada en territorio nacional por medios distintos a los asignados por la Mutualidad General Judicial al beneficiario a través de este Concierto.

En el caso de los tratamientos incluidos en el apartado 5 de este ANEXO será necesario haber obtenido autorización previa, conforme al procedimiento previsto para ello.

2. MODALIDAD

La modalidad de cobertura es a través del reembolso de gastos, mediante la aplicación de las tarifas aprobadas por la Mutualidad General Judicial, sin exceder del coste real de la asistencia efectivamente prestada, y con los límites, términos, condiciones y requisitos establecidos.

3. OTRAS OBLIGACIONES DE LA ENTIDAD

Los medios de la Entidad facilitarán el acceso de los beneficiarios que busquen asistencia sanitaria transfronteriza a su historial médico o, al menos, a una copia del mismo.

Con independencia del derecho al reembolso de los gastos derivados de la asistencia sanitaria transfronteriza, siempre que resulte necesario, la Entidad facilitará el seguimiento posterior del beneficiario, a través de los correspondientes servicios concertados, en las mismas condiciones que si la asistencia se hubiera llevado a cabo por medios de la Entidad.

4. PROCEDIMIENTO PARA EL REEMBOLSO DE LOS GASTOS POR ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA A CARGO DE LA ENTIDAD

- 4.1. El procedimiento se iniciará a instancia del interesado. No obstante, podrá iniciarse de oficio por la Mutualidad General Judicial, cuando el interesado haya presentado una solicitud de reintegro de gastos en el exterior y de la instrucción del expediente se deduzca que se trata de un supuesto de asistencia sanitaria transfronteriza.
- 4.2. La solicitud de reembolso se presentará por el interesado a la Mutualidad General Judicial, en un plazo máximo de tres meses a partir de la fecha de pago de la asistencia recibida, acompañada de:
 - a) Factura original del proveedor de la asistencia en la que quede acreditado su abono y en la que se detallen los conceptos asistenciales realizados y se identifique al paciente, al servicio o unidad clínica y al responsable de la asistencia.
 - b) Copia del informe clínico de la atención prestada, en el que se identifique el motivo clínico de la asistencia, los procedimientos diagnósticos o terapéuticos principales y secundarios realizados y las revisiones que se estimen.
- 4.3. Recibida la solicitud, la Mutualidad General Judicial realizará las comprobaciones oportunas para determinar el derecho al reembolso, la concurrencia de autorización previa en su caso y el importe correspondiente de acuerdo con las tarifas aplicables en cada caso.
- 4.4. Finalizada la Instrucción del procedimiento, la Mutualidad General Judicial dictará resolución en el plazo de tres meses a partir de la fecha de recepción de la solicitud, la cual se notificará al interesado con expresión de los recursos procedentes.
- 4.5. Siempre que se reconozca el derecho a reembolso, la Mutualidad General Judicial procederá al pago al interesado y repercutirá su importe a la entidad, conforme al procedimiento establecido en este Concierto.

5. PRESTACIONES SANITARIAS TRANSFRONTERIZAS SUJETAS A AUTORIZACIÓN PREVIA

La prestación de asistencia sanitaria transfronteriza estará sujeta a autorización previa de la Mutualidad General Judicial para las siguientes técnicas o procedimientos:

- a) Cualquier tipo de atención sanitaria que implique que el paciente tenga que pernoctar en el hospital al menos una noche.
- b) Independientemente de lo determinado en el apartado a), aquellas técnicas, tecnologías o procedimientos incluidos en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud que han sido seleccionadas en base a la exigencia del uso de procedimientos o equipos médicos sumamente especializados, a la necesidad de atención a pacientes con problemas complejos, o a su elevado coste económico:
 - Tomografía por emisión de positrones (PET), y combinada con el TC (PET-TC) y SPECT.
 - Reproducción humana asistida.
 - Diálisis.
 - Cirugía mayor ambulatoria intervencionista o que requiera la utilización de un implante quirúrgico.

- Tratamiento de radioterapia.
- Tratamiento farmacológicos o con productos biológicos cuyo importe mensual supere los 1.500 euros.
- Radiocirugía.
- Análisis genéticos orientados a diagnósticos de casos complejos, incluidos el diagnóstico prenatal y el preimplantacional, análisis genéticos presintomáticos y de portadores, análisis de farmacogenética y farmacogenómica.
- Tratamientos de discapacidades que requieran para su corrección o mejoría: sillas de ruedas eléctricas, prótesis de miembro superior excepto las prótesis parciales de mano, prótesis de miembro inferior excepto las prótesis parciales de pie, audífonos y bitutores.
- Tratamientos con fórmulas completas para nutrición enteral domiciliaria y módulos nutricionales para trastornos congénitos del metabolismo de los hidratos de carbono, aminoácidos y lípidos.
- Atención a patologías y realización de procedimientos para los cuales se han designado servicios de referencia de los recogidos en el Concierto o se han establecido redes de referencia en Europa.

6. PROCEDIMIENTO PARA LA OBTENCIÓN DE LA AUTORIZACIÓN PREVIA DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS TRANSFRONTERIZAS

- 6.1. La solicitud de autorización previa se presentará en la Mutualidad General Judicial. Si de la solicitud se apreciara que concurre alguno de los supuestos recogidos en el epígrafe 7 de este ANEXO, la Mutualidad General Judicial denegará la autorización, mediante Resolución motivada. En los demás casos, la Mutualidad General Judicial dará traslado de la solicitud a la Entidad para que esta, en el plazo de diez días emita informe en el que conste:
- a) La conformidad de la Entidad con la autorización del tratamiento.
 - b) La disconformidad de la Entidad a la autorización del tratamiento. En este supuesto la Entidad deberá indicar el motivo y en su caso, los medios asignados para facilitar la asistencia en territorio nacional.

De no emitirse el informe de la Entidad en el plazo de diez días, se entenderá que la misma está conforme con la autorización.

- 6.2. A la vista del informe emitido por la Entidad, o transcurrido el plazo de diez días sin que se haya recibido el mismo, la Mutualidad General Judicial dictará Resolución motivada.
- 6.3. El plazo máximo para la notificación de la mencionada resolución de concesión o, en su caso, denegación de la autorización previa será de cuarenta y cinco días a partir de la fecha de recepción de la solicitud.

7. CAUSAS DE DENEGACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN PREVIA DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS TRANSFRONTERIZAS

La Mutualidad General Judicial podrá denegar una autorización previa en los siguientes casos:

- a) Cuando se trate de una prestación no incluida en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.
- b) Cuando exista un grado razonable de certeza de que el paciente, según una evaluación clínica, vaya a exponerse a un riesgo que no pueda considerarse aceptable, teniendo en cuenta la evidencia del beneficio potencial que pueda obtener de la asistencia sanitaria transfronteriza solicitada.
- c) Cuando exista un grado razonable de certeza de que la población en general pueda quedar expuesta a un riesgo sustancial como consecuencia de la asistencia sanitaria transfronteriza considerada.
- d) Cuando la prestación vaya a ser proporcionada por un proveedor de asistencia sanitaria que suscite motivos graves y específicos de inquietud respecto a las normas y directrices de calidad y seguridad del paciente.
- e) Cuando la atención sanitaria pueda prestarse en el territorio nacional, en los términos estipulados en el Concierto sanitario en un plazo que sea médicamente justificable.

ANEXO B

MODELO DE SUBCONCIERTO 2018

En..... a..... de..... de 201.....

REUNIDOS:

De una parte, D....., en su calidad de..... de la Entidad..... y en representación de la misma, según los correspondientes poderes.

Y de otra, D....., en su calidad de..... de la Entidad..... y en representación de la misma, según igualmente los correspondientes poderes.

En la representación que para cada uno de ellos queda indicada,

MANIFIESTAN:

PRIMERO.- Que por la Entidad..... **se ha solicitado suscribir Concierto/se ha suscrito Concierto** con la Mutualidad General Judicial para la asistencia sanitaria de beneficiarios de la misma que queden adscritos a aquélla durante 2018 y, en caso de prórroga, durante 2019, 2020 y 2021.

SEGUNDO.- Que la mencionada Entidad carece de Delegación/es y/o de Servicios propio en la/s provincia/s de..... y, en cambio, la Entidad....., autorizada para actuar en tal/es provincia/s, cuenta en la/s misma/s con dicha/s Delegación/es y Servicios, por lo que consideran conveniente suscribir un Subconcierto, con la vigencia temporal del Concierto, en los términos que se expresan en el presente documento y de conformidad y al amparo de las previsiones establecidas en la Resolución de convocatoria de las solicitudes para suscribir dicho Concierto.

TERCERO.- Que la Entidad..... reúne los requisitos establecidos en la citada Resolución de convocatoria y conoce el contenido de la misma y del Concierto.

Por todo ello,

ACUERDAN:

PRIMERO. La Entidad....., como subconcertada, cumplirá en la/s provincia/de..... las obligaciones sobre asistencia sanitaria contenidas en el Concierto que la Entidad..... como subconcertante, **pretende suscribir/ha suscrito** con la Mutualidad General Judicial.

SEGUNDO. Dicho cumplimiento lo realizará la primera por cuenta de la segunda, teniendo especialmente en cuenta:

- A) Que las obligaciones de la Entidad subconcertante en la/s provincia/s citada/s se extienden a cuantos beneficiarios adscritos a la misma se encuentren o acudan a ella/s, cualquiera que sea su lugar de residencia.
- B) Que para utilizar los medios de la Entidad subconcertada no se precisará otra documentación que la establecida con carácter general en el Concierto, en la que constará la adscripción del titular a la Entidad subconcertante, debiendo aquélla admitir como propias las tarjetas de asistencia, así como los documentos de ésta.

TERCERO. La representación ante la Mutualidad General Judicial para todo cuanto se refiere a la ejecución, cumplimiento y efectos del Concierto **corresponderá/corresponde** exclusivamente a la Entidad subconcertante, a la que la Entidad subconcertada facilita los documentos señalados en la Resolución por la que se convoca la presentación de solicitudes para suscribir dicho Concierto.

No obstante lo anterior, en la/s provincia/s enumerada/s en el Acuerdo Primero, la Entidad subconcertada representará a la Entidad subconcertante en las relaciones ordinarias ante la Delegación de la Mutualidad General Judicial.

CUARTO. La contraprestación económica de la Entidad subconcertante a la Entidad subconcertada es objeto de determinación separada por ambas Entidades, con efectos exclusivos entre ellas, sin perjuicio de la aplicación del artículo 228 de la Ley de Contratos del Sector Público.

QUINTO. Este Subconcierto producirá plenos efectos desde XX/XX/21XX, siempre que la Entidad subconcertante suscriba con la Mutualidad General Judicial el Concierto para 2018, con previsión de prórrogas para 2019, 2020 y 2021 y desde que la Mutualidad General Judicial reciba un ejemplar del mismo, con la correspondiente documentación.

Y en señal de conformidad, para constancia de lo acordado y para presentar un ejemplar ante la Mutualidad General Judicial, firman tres ejemplares del presente documento.

NOTA.- Los textos en "negrita" contienen dos fórmulas alternativas. Utilícese la que corresponda, según el Subconcierto se firme antes después de iniciarse la vigencia del Concierto con la Mutualidad General Judicial (01/01/2018)

ANEXO C

MODELO DE SOLICITUD PARA CONCURRIR A LA CONVOCATORIA PARA LA SUSCRIPCIÓN DE CONCIERTO CON LA MUTUALIDAD GENERAL JUDICIAL PARA LA ASISTENCIA SANITARIA DE BENEFICIARIOS DURANTE 2018, CON PREVISIÓN DE PRÓRROGAS PARA 2019, 2020 Y 2021

D....., con DNI o documento equivalente (N.I.F, pasaporte, etc.).....en su calidad de.....(carga), en representación de..... (denominación de la Entidad) con poder bastante para formular solicitudes en su nombre, según se acredita en la documentación que se adjunta, conociendo el objeto, naturaleza jurídica, condiciones y requisitos exigibles para concurrir a la convocatoria para la suscripción de Concierto con la Mutualidad General Judicial para la prestación de asistencia sanitaria a beneficiarios, durante 2018, con previsión de prórroga para 2019, 2020 y 2021, según las bases establecidas en la Resolución de la Gerencia de Mugeju, dede de 2017,

SOLICITA

Suscribir Concierto con la Mutualidad General Judicial para la asistencia sanitaria de los beneficiarios de la misma que opten por recibirla a través de esta Entidad de Seguros, durante 2018, con previsión de prórrogas para 2019, 2020 y 2021.

Se acompaña la siguiente documentación en originales o copias auténticas, exigida en las bases de la convocatoria:

1.- Documentación acreditativa de la personalidad jurídica y de la capacidad de obrar.

- A) En el caso de Entidades de seguro españolas.
- Escritura de constitución o modificación.
 - Copia legalizada de la tarjeta de identificación fiscal de la Entidad.
 - Certificación de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones acreditativa de que, en la fecha de su libramiento, no ha sido revocada la autorización administrativa concedida para el ejercicio de su actividad y de que la Entidad no está incurso en causa de disolución.
- B) En el caso de Entidades de seguro de otros Estados miembros de la UE.
- Certificación de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, acreditativa de que, en la fecha de su libramiento, la Entidad mantiene vigente la autorización administrativa concedida en España para el ejercicio de la actividad aseguradora y de que no está incurso en causa de disolución.
 - En caso de hubieran obtenido la autorización en su país de origen, certificación de haber presentado ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones los documentos que acreditan que respetan la normativa española.
 - Declaración de someterse a la jurisdicción de los Juzgados y Tribunales españoles de cualquier orden para todas las incidencias que, de modo directo o indirecto, pudieran surgir del Concierto, con renuncia en su caso al fuero jurisdiccional extranjero que pudiera corresponder a la Entidad.
- C) En el caso de Entidades aseguradoras de terceros países.
- Certificación de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones acreditativa de que la entidad de seguros extranjera ha sido autorizada para establecer sucursales en España.
 - Declaración de someterse a la jurisdicción de los Juzgados y Tribunales españoles de cualquier orden para todas las incidencias que, de modo directo o indirecto, pudieran surgir del Concierto, con renuncia en su caso al fuero jurisdiccional extranjero que pudiera corresponder a la Entidad.

2.- Acreditación de la representación.

- Poder bastante de la persona que solicite la formalización del concierto.
- Documento Nacional de Identidad de la persona que represente a la Entidad o del documento que, en su caso, haga las veces de éste.

3.- Acreditación de no estar incurso en prohibiciones para contratar con el Sector Público.

- Declaración responsable de no estar incurso la Entidad en las prohibiciones para contratar recogidas en el artículo 60 de la Ley de contratos del sector público.

4.- Documentación acreditativa de la solvencia técnica.

- Relación de los medios propios y concertados con el formato contenido en el ANEXO D de estas bases en cada provincia y en Ceuta y Melilla.
- Declaración responsable de disponer de un Centro de atención de llamadas de urgencia.
- Relación de Delegaciones en las capitales de provincia y en Ceuta y Melilla, incluyendo direcciones, teléfonos y páginas web.
- Declaración responsable de la vinculación con los servicios, centros y facultativos de los Catálogos de proveedores tiene vigencia al menos hasta el día 31 de diciembre de 2018.
- En caso de que se formalicen subconciertos:
 - subconciertos suscritos, conforme al modelo incluido en el ANEXO B.
 - declaración de que las entidades subconcertadas no se hallan incurso en procedimientos de liquidación intervenida, suspensión de pagos o quiebra.
 - documentos señalados en los apartados **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia. ¡Error! No se encuentra el origen de la referencia., ¡Error! No se encuentra el origen de la referencia. ¡Error! No se encuentra el origen de la referencia. y ¡Error! No se encuentra el origen de la referencia. ¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** de las bases, para cada Entidad subconcertada.

5.- Documentación acreditativa de la solvencia económica y financiera.

- Declaración responsable de que haber tenido un volumen de negocios de, al menos, 3.000.000 euros en primas de seguros de salud, por seguro directo y reaseguro aceptado, como promedio de los tres últimos ejercicios económicos.

En caso de Entidades de nueva creación, informe favorable de una firma de auditoría, en el que se haga constar que disponen de la capacidad necesaria para hacer frente al Concierto.

6.- Otros.

- En caso de ser exigible según la normativa sanitaria aplicable en el ámbito territorial de que se trate, documentación acreditativa de que se dispone de autorización de la administración sanitaria correspondiente para realizar su actividad en el respectivo territorio.

En _____ a __ de _____ de 2017

firma

ANEXO D

ESTRUCTURA DE LA BASE DE DATOS DE MEDIOS DE LA ENTIDAD: REGISTRO DE MEDIOS SANITARIOS

La información de los medios propios y concertados que las entidades ofertan para prestar asistencia sanitaria a los beneficiarios de la Mutualidad General Judicial se enviará en formato electrónico a la Mutualidad General Judicial con la estructura indicada en las tablas que se contienen en este ANEXO.

Los datos consignados deben corresponder con todos los que consten en los Catálogos de proveedores editados. Los datos de identificación profesional se deben adecuar a los establecidos por los distintos colegios y asociaciones profesionales.

La estructura de datos de localización en todas las tablas se corresponde con la estructura oficial del INE para su posible explotación mediante un sistema de información geográfica.

2.7. Tabla de profesionales sanitarios.

Contiene la información de todos los profesionales sanitarios concertados de la Entidad. Se cumplimentará una fila por cada profesional.

Campo	Tipo de dato	Long.	Descripción
cif_nif	cif_nif	9	CIF o NIF.
apellido1	Texto	50	Primer apellido.
apellido2	Texto	50	Segundo apellido.
nombre	Texto	50	Nombre.
colegiado	colegiado	9	Número de colegiado. Obligatorio únicamente si "actividad_profesional=1" (médico).
provincia	provincia	2	Código de la provincia.
municipio	municipio	4	Código INE del municipio.
especialidad	especialidad	3	Código de especialidad según OMC. Obligatorio únicamente si "actividad_profesional=1" (médico).
especialista	Texto	75	Nombre literal de la especialidad. Obligatorio únicamente cuando el campo "especialidad" sea igual a 99.
Actividad_profesional	actividad_profesional	1	Código de la actividad profesional. Si su valor es "1" (médico) los campos "especialidad" y "colegiado" serán también obligatorios.
cif_centro	Texto	9	CIF del centro sanitario.
clínica_centro	Texto	150	Clínica u hospital donde el profesional desempeña su actividad. Obligatorio si se ha rellenado el campo "cif_centro".

Campo	Tipo de dato	Long.	Descripción
dirección_tipo via	tipo_via	5	Tipo de vía donde se encuentra el centro.
dirección_nombre via	Texto	150	Nombre de la vía donde se halla situado el centro hospitalario.
dirección_número	Texto	3	Número de la vía donde se halla situado el centro hospitalario.
localidad	Texto	50	Localidad donde está ubicado el centro sanitario.
código_postal	código_postal	5	Código postal.
correo_electrónico	correo_electrónico	60	Dirección de correo electrónico del profesional.
teléfono	teléfono	15	Teléfono de contacto del profesional.
equipo_informático	Si/no	1	Disponibilidad de equipo informático: S = Sí, N = No.
firma electrónica	Si/no	1	Disponibilidad de firma electrónica en la consulta: S = Sí, N = No.
lector_dnie	Si/no	1	Disponibilidad de lector de DNI electrónico en la consulta: S = Sí, N = No.
prescripción_receta	Si/no	1	Indica si puede prescribir receta o no: S = Sí, N = No.

2.8. Tabla de clínicas y hospitales.

Contiene la información de todos los hospitales y clínicas (con internamiento) propios o concertados por la Entidad. Se cumplimentará una fila por cada hospital o clínica.

Campo	Tipo de dato	Long.	Descripción
hospital	hospital	6	Código del hospital según el Catálogo de proveedores Nacional de Hospitales.
clínica_hospital	Texto	150	Denominación de la clínica u hospital.
cif_nif	cif_nif	9	CIF/NIF del centro.
provincia	provincia	2	Código de la provincia.
municipio	municipio	4	Código del municipio.
numero_camras	Alfanumérico	4	Número de camas instaladas.
Nivel_ae	Nivel_ae	1	Nivel de atención especializada.
servicio_urgencias	Si/no	1	Indica si el centro dispone de servicio de urgencias o no.
dirección_tipo via	tipo_via	5	Tipo de vía donde se encuentra el centro.
dirección_nombre via	Texto	150	Nombre de la vía donde se halla situado el centro hospitalario.
dirección_número	Texto	3	Número de la vía donde se halla situado el centro hospitalario.
localidad	Texto	150	Localidad.
código_postal	código_postal	5	Código postal.
teléfono	teléfono	15	Teléfono del centro.
correo_electrónico	correo_electrónico	60	Dirección de correo electrónico de la clínica u hospital.

2.9. Tabla de centros sanitarios sin internamiento.

Contiene la información de todos los centros de diagnóstico y tratamiento sin internamientos propios o concertados por la Entidad. Se cumplimentará una fila por cada centro.

Campo	Tipo	Long.	Descripción
cif	Alfanumérico	9	CIF del centro o consulta.
clínica centro	Texto	150	Denominación del centro.
provincia	Alfanumérico	2	Código de la provincia.
municipio	Alfanumérico	4	Código del municipio.
tipo_centro	Alfanumérico	5	Código del centro sanitario según Anexo I del RD 1277/2003.
Dirección_tipo vía	Texto	25	Tipo de vía donde se encuentra el centro (calle, plaza, avenida, glorieta, etc.).
dirección_nombre via	Texto	150	Nombre de la vía donde se halla situado el centro.
dirección_número	Texto	3	Número de la vía donde se halla situado el centro.
localidad	Texto	150	Localidad del centro.
código_postal	Texto	5	Código postal.
correo_electrónico	Texto	60	Dirección de correo electrónico de la clínica u hospital.
teléfono	Texto	15	Teléfono del centro.
fax	Texto	15	Fax del centro.
oferta_servicios	Alfanumérico	3	Código de servicios y técnicas de diagnóstico.

2.10. Tabla de delegaciones provinciales de la Entidad.

Contiene los datos de información general de cada delegación provincial de la Entidad. Se cumplimentará una fila por cada una de las delegaciones provinciales de la Entidad.

Campo	Tipo	Long.	Descripción
provincia	Alfanumérico	2	Código de la provincia de la delegación provincial de la Entidad.
municipio	Alfanumérico	4	Código del municipio de la delegación provincial de la Entidad.
propia	Texto	1	Indicar si la Delegación es propia de la Entidad.
Nombre_responsable	Texto	50	Nombre de la persona de contacto en la Delegación.
Apellido1_responsable	Texto	50	Primer apellido de la persona de contacto en la Delegación.
Apellido2_responsable	Texto	50	Segundo apellido de la persona de contacto en la Delegación.
dirección_tipovía	Texto	25	Tipo de vía donde se encuentra la delegación (calle, plaza, avenida, glorieta, etc.).
dirección_nombre via	Texto	150	Nombre de la vía donde se halla situada la delegación.

Campo	Tipo	Long.	Descripción
dirección_numero	Texto	3	Número de la vía donde se halla situada la delegación.
código_postal	Alfanumérico	5	Código postal de la delegación provincial de la Entidad.
teléfono	Texto	9	Teléfono de la delegación provincial de la Entidad.
fax	Texto	9	Número de fax de la delegación provincial de la Entidad.
teléfono_ambulancias	Texto	9	Teléfono de ambulancias de la Entidad.

2.11. Modificación de la estructura de ficheros y tablas.

La Gerencia de la Mutualidad General Judicial podrá introducir modificaciones en la estructura de los ficheros y tablas de medios sanitarios con el fin de actualizar sus contenidos o adecuarlos a necesidades sobrevenidas.