

III. OTRAS DISPOSICIONES

MINISTERIO DE JUSTICIA

985 *Resolución de 5 de enero de 2022, de la Mutualidad General Judicial, por la que se publica el concierto para la asistencia sanitaria en territorio nacional de beneficiarios durante 2022, 2023 y 2024 y la relación de entidades de seguro que han suscrito el mismo.*

En aplicación de lo previsto en el artículo 17 del Real Decreto 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, el 30 de diciembre de 2021, la Mutualidad General Judicial (MUGEJU) ha suscrito con diversas Entidades de Seguro Concierto para el aseguramiento del acceso a la prestación de asistencia sanitaria en territorio nacional a los beneficiarios de la misma durante 2022, 2023 y 2024, en adelante Concierto.

Con objeto de dar público conocimiento del contenido completo del Concierto y de las Entidades de Seguro que lo han suscrito, la Gerencia de MUGEJU resuelve:

Primero.

Publicar, como anexo a esta Resolución, el texto del «Concierto de la Mutualidad General Judicial con Entidades de Seguro para el aseguramiento del acceso a la asistencia sanitaria en territorio nacional a los beneficiarios de la misma, durante 2022, 2023 y 2024».

Segundo.

Hacer público que el Concierto ha sido suscrito con las siguientes Entidades de Seguro de asistencia sanitaria:

- ASISA, Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, SAU.
- DKV, Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima Española.
- Mapfre España, Compañía de Seguros y Reaseguros, SA.
- Nueva Mutua Sanitaria del Servicio Médico, Mutua de Seguros Prima Fija.
- Segurcaixa Adeslas, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros.
- SANITAS, Sociedad Anónima de Seguros.

Madrid, 5 de enero de 2022.–El Gerente de la Mutualidad General Judicial, José Juan Tomás Porter.

ANEXO

Concierto de la Mutualidad General Judicial con entidades de seguro para el aseguramiento del acceso a la asistencia sanitaria en territorio nacional a los beneficiarios de la misma durante 2022-2024

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 Colectivo protegido.
- 1.3 Nacimiento y extinción del derecho a recibir la asistencia sanitaria de la Entidad.
- 1.4 Cambio de Entidad.
- 1.5 Tarjeta sanitaria.

1.6 Actuaciones de la Entidad relativas a su oferta de servicios.

Capítulo II. Cartera servicios.

- 2.1 Normas generales.
- 2.2 Cartera de servicios de Atención Primaria.
- 2.3 Cartera de servicios de Atención Especializada.
- 2.4 Cartera de Servicios de Atención de Urgencia y Emergencia.
- 2.5 Programas preventivos.
- 2.6 Cuidados paliativos.
- 2.7 Rehabilitación.
- 2.8 Salud bucodental.
- 2.9 Prestación farmacéutica y con productos dietéticos. Otros productos sanitarios.
- 2.10 Transporte para la asistencia sanitaria.
- 2.11 Otras prestaciones.
- 2.12 Actualización de la Cartera de Servicios del Concierto.

Capítulo III. Medios de la entidad.

- 3.1 Normas generales.
- 3.2 Criterios de disponibilidad de medios.
- 3.3 Catálogo de Proveedores.
- 3.4 Responsabilidad de edición y entrega del Catálogo de Proveedores e información en la página web de la Entidad.
- 3.5 Oferta de medios.
- 3.6 Principio de continuidad asistencial.

Capítulo IV. Normas de utilización de los medios de la entidad.

- 4.1 Norma General.
- 4.2 Identificación.
- 4.3 Mutualistas no adscritos a Entidad y sus beneficiarios.
- 4.4 Procedimiento de acceso y prestación de la asistencia en consulta.
- 4.5 Procedimiento de acceso y prestación en asistencia domiciliaria.
- 4.6 Procedimiento de acceso y prestación en asistencia de urgencia y emergencia.
- 4.7 Procedimiento de acceso y prestación de asistencia en régimen de hospitalización.
- 4.8 Requisitos adicionales para la utilización de medios.
- 4.9 Hospitales privados no concertados.
- 4.10 Supuesto especial.

Capítulo V. Utilización de medios no concertados.

- 5.1 Norma general.
- 5.2 Denegación injustificada de asistencia.
- 5.3 Asistencia urgente de carácter vital en medio no concertado.
- 5.4 Procedimiento de reclamación abreviado.

Capítulo VI. Información y documentación sanitaria.

- 6.1 Normas generales.
- 6.2 Información general sobre actividad.
- 6.3 Información económica.
- 6.4 Información relativa a los medios disponibles.
- 6.5 Documentación sanitaria.

Capítulo VII. Régimen jurídico del concierto.

- 7.1 Naturaleza y régimen del Concierto y de las relaciones en él basadas.
- 7.2 Comisiones mixtas.
- 7.3 Procedimiento para las reclamaciones.
- 7.4 Procedimiento de ejecución de reclamaciones estimadas.
- 7.5 Descuentos por gastos de farmacia.

Capítulo VIII. Duración, régimen económico y precio del concierto.

- 8.1 Duración del concierto.
- 8.2 Régimen económico del concierto.
- 8.3 Precio del concierto.

- Anexo 1. Asistencia sanitaria transfronteriza.
- Anexo 2. Convenios de asistencia en el medio rural.
- Anexo 3. Criterios de disponibilidad de medios por niveles asistenciales.
- Anexo 4. Instrucciones para la elaboración y difusión del catálogo de proveedores.
- Anexo 5. Relación de servicios que precisan autorización previa de la Entidad y procedimiento para su obtención.
- Anexo 6. Sistema de información asistencial.
- Anexo 7. Compensaciones económicas por incumplimiento de obligaciones del Concierto.
- Anexo 8. Actuaciones prescritas por los órganos de valoración de incapacidades.
- Anexo 9. Baremo para el reintegro de pruebas prescritas por los órganos de valoración de incapacidades.
- Anexo 10. Tarifas para el reembolso de los gastos por la asistencia sanitaria transfronteriza.
- Anexo 11. Consultorios en los edificios judiciales de MUGEJU.

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 De conformidad con lo establecido 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 Real Decreto 1026/2011 por el que se aprueba el Reglamento de la Mutualidad General Judicial (en adelante, Reglamento de la Mutualidad General Judicial), el objeto del Concierto entre la Mutualidad General Judicial (en adelante, MUGEJU) y la Entidad firmante (en adelante, la Entidad) es asegurar el acceso a la prestación de asistencia sanitaria en el territorio nacional, a los mutualistas y demás beneficiarios de MUGEJU que opten por recibir la asistencia a través de Entidades de seguro (en adelante, beneficiarios).

1.1.2 Las contingencias cubiertas por el 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 las actuaciones preventivas recogidas en el Concierto.

1.1.3 La asistencia sanitaria se prestará conforme a la Cartera de Servicios establecida en el Concierto que incluirá, cuando menos, la Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud (en adelante, SNS) de acuerdo con lo establecido en 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 la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad y en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de

cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, y en sus respectivas normas de desarrollo.

1.1.4 Para hacer efectiva la prestación de la asistencia sanitaria integral conforme a tal Cartera de Servicios, la Entidad pondrá a disposición de los beneficiarios adscritos a ella, todos los medios propios o concertados precisos (en adelante, medios de la Entidad) de conformidad con lo que se establece en el capítulo 3 del 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 del 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 el anexo 1 del Concierto.

1.1.6 Por su parte y al mismo fin, MUGEJU se obliga a abonar a la Entidad la cantidad por mes y persona que se prevé en el capítulo 8 del Concierto con sujeción a las especificaciones y procedimiento contenidos en la cláusula 8.3.

1.1.7 Las Entidades se obligan a la prestación de asistencia primaria en los Consultorios implantados por MUGEJU, o de futura implantación, en los edificios judiciales para la atención de mutualistas en activo, de conformidad con lo regulado en el anexo 11 del Concierto.

1.2 Colectivo protegido.

1.2.1 A los efectos del Concierto, son beneficiarios todos los mutualistas y demás beneficiarios de asistencia sanitaria a quienes MUGEJU, conforme a la normativa aplicable, haya reconocido dicha condición y los haya adscrito a la Entidad a efectos de su asistencia sanitaria.

A ciertos fines de gestión y siempre que así se derive del propio texto de las cláusulas, los beneficiarios del Concierto pueden ser denominados mutualistas, si poseen documento de afiliación a MUGEJU propio, o simplemente beneficiarios, cuando figuren como tales en el documento de afiliación de un mutualista. Los beneficiarios estarán adscritos a la Entidad mientras lo esté el mutualista del que dependan, salvo las excepciones que determine MUGEJU.

1.2.2 La condición de mutualista o beneficiario se acredita mediante el documento de afiliación expedido por MUGEJU.

1.2.3 A los efectos del Concierto, los lugares en los que residan habitual o temporalmente los beneficiarios se asimilarán al domicilio.

1.2.4 MUGEJU comunicará diariamente a la Entidad las altas, bajas y variaciones en los datos de los beneficiarios adscritos a la misma. La comunicación se podrá realizar de forma telemática, depositándose la información en un directorio seguro con acceso por parte de la Entidad. MUGEJU podrá poner a disposición de las Entidades una conexión *online* a su base de datos para que puedan conocer la situación real de adscripción de un determinado o beneficiario.

1.3 Nacimiento y extinción del derecho a recibir la asistencia sanitaria de la Entidad.

1.3.1 El derecho a recibir la asistencia sanitaria prestada por la Entidad comienza en la fecha en que el beneficiario haya quedado adscrito a esta por MUGEJU, 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 atienda a la madre durante el primer mes de vida desde el momento del parto, cubriendo la Entidad, en todo caso, el proceso asistencial hasta el alta hospitalaria. Transcurrido el primer mes, el citado derecho queda condicionado a la

formalización de la adscripción del recién nacido con los consiguientes efectos económicos.

1.3.3 El mutualista que en el momento de precisar asistencia sanitaria para sí o sus beneficiarios aún no hubiera formalizado su afiliación a MUGEJU (y en consecuencia no hubiera ejercido todavía su derecho de opción a una de las Entidades concertadas) podrá requerir dicha asistencia de la Entidad y tendrá derecho a recibirla, o que sea prestada a sus beneficiarios, en los términos previstos en la cláusula 4.3 del Concierto.

1.4 Cambio de Entidad.

1.4.1 Sin perjuicio de la posibilidad de optar por recibir la asistencia sanitaria a través de la red sanitaria pública, de acuerdo con lo previsto en el artículo 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 y en el artículo 71 del Reglamento de MUGEJU, los mutualistas 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 MUGEJU.
- b) Con carácter extraordinario:

1. 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 o isla, en el plazo y la forma que se establezca por MUGEJU.

2. Al margen del supuesto anterior, cuando manteniendo su localidad de destino, el mutualista cambie su domicilio a otra provincia o isla.

3. Cuando el mutualista obtenga la conformidad expresada por escrito de las dos Entidades afectadas.

4. 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 MUGEJU 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 MUGEJU.

1.4.2 La fusión de una Entidad con otra u otras de las concertadas con MUGEJU 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.

1.4.3 Continuarán adscritos a la Entidad los titulares que lo estuvieran a 31 de diciembre de 2021 y que no opten por quedar adscritos a la red sanitaria pública o por el cambio a otra de las Entidades firmantes de este Concierto.

1.5 Tarjeta sanitaria.

1.5.1 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 MUGEJU.

1.5.2 En la tarjeta deberá figurar de forma destacada el teléfono de atención de urgencia gratuito de la Entidad, previsto en la cláusula 3.1.1.c) al que el beneficiario

pueda llamar en caso de urgencia o emergencia sanitaria. En todo caso en el anverso de la tarjeta constará el número de afiliación y la identificación de MUGEJU.

1.5.3 Mediante Resolución de la Gerencia de MUGEJU podrá determinarse y podrá modificarse las especificaciones de las tarjetas y de sus sistemas de almacenamiento de la información, así como la estructura, formato y contenido de los datos que, al margen de los que la Entidad requiera para su propia gestión, deban incluirse.

1.5.4 En el caso de que un titular hubiera optado por quedar adscrito a la Entidad y no hubiera recibido, para sí o sus beneficiarios, la tarjeta provisional o la identificación que haga posible la utilización de los medios concertados habiéndolo solicitado expresamente, MUGEJU emitirá un certificado en el que hará constar que todos los gastos que se ocasionen por la asistencia a dicho titular y a sus beneficiarios por los facultativos, servicios y centros incluidos en el Catálogo de Proveedores de la Entidad podrán ser facturados directamente a MUGEJU para la materialización del correspondiente abono. Posteriormente, el importe de estos gastos será deducido de las cuotas mensuales que deban abonarse a la Entidad.

1.5.5 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 centros de su Catálogo de Proveedores.

1.5.6 Una vez que queden adscritos a la Entidad, los beneficiarios no podrán hacer uso de las tarjetas sanitarias de la otra Entidad o Servicio Público de Salud de la Comunidad Autónoma a que hubieran estado adscritos para su asistencia sanitaria en territorio nacional o, en su caso, en el exterior, siendo responsable de su uso indebido el titular del derecho.

1.6 Actuaciones de la Entidad relativas a su oferta de servicios.

1.6.1 La Entidad podrá hacer publicidad sobre su oferta de servicios a lo largo de la vigencia del Concierto, siempre que dicha publicidad no se realice dentro de recintos de instituciones u organismos de carácter público. En las campañas publicitarias que efectúe la Entidad, no podrá utilizar el logotipo o cualquier otro identificativo de MUGEJU o de la Administración de Justicia.

1.6.2 En ningún caso la Entidad podrá ofertar obsequios a los beneficiarios, directa o indirectamente a través de terceros, en especial durante el periodo de cambio ordinario y en los procesos de alta de colectivos profesionales específicos.

1.6.3 En ningún caso la Entidad podrá ofrecer servicios diferentes a los contenidos en el presente concierto, sin consentimiento expreso del beneficiario.

1.6.4 La Entidad deberá publicitar en su página web los servicios y prestaciones adicionales ofertados, con indicación de su contenido y condiciones de acceso, así como, en su caso, el precio y la rebaja que este supone respecto al precio ofertado al público en general.

CAPÍTULO II

Cartera servicios

2.1 Normas generales.

2.1.1 La asistencia sanitaria a los beneficiarios de MUGEJU adscritos a la Entidad se prestará conforme a la Cartera de Servicios establecida en el Concierto.

La Cartera de Servicios es el conjunto de servicios, técnicas o procedimientos, entendiéndose por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias.

2.1.2 La Cartera de Servicios objeto del Concierto comprende como mínimo todas las prestaciones que conforman la Cartera Común de Servicios del SNS, con el contenido que, en cada momento, determine la normativa sanitaria de aplicación en el

mismo, y las que se detallan en este Capítulo que, asimismo, recoge las especificidades de cada una de ellas.

2.1.3 La Cartera de Servicios objeto del Concierto se estructura en las siguientes prestaciones:

- a) Atención Primaria.
- b) Atención Especializada.
- c) Atención de Urgencia y Emergencia.
- d) Programas Preventivos.
- e) Cuidados Paliativos.
- f) Rehabilitación.
- g) Salud Bucodental.
- h) Prestaciones farmacéutica y con productos dietéticos.
- i) Transporte para la asistencia sanitaria.
- j) Otras prestaciones (Podología, Terapias Respiratorias, Prestación Ortoprotésica, y prestación de ayuda para morir).

2.1.4 Las prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios se garantizan mediante la provisión de recursos asistenciales necesarios por niveles y ámbitos geográficos y de población establecidos en el Capítulo 3 del Concierto y en el anexo 3, con los procedimientos y normas de utilización de estos medios que se describen en el Capítulo 4. En el anexo 5 se enumeran los servicios que requieren autorización previa de la Entidad y se establece el procedimiento para su tramitación y obtención, en su caso.

2.1.5 La Entidad impulsará actuaciones orientadas a potenciar la coordinación entre los niveles de Atención Primaria, Atención Especializada y Servicios de Urgencias y Emergencias, con objeto de garantizar la continuidad asistencial y la atención integral de los pacientes.

2.2 Cartera de servicios de Atención Primaria.

2.2.1 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) Atención paliativa a enfermos terminales.

2.3 Cartera de servicios de Atención Especializada.

2.3.1 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 médico o quirúrgico.
- c) Hospitalización en régimen de internamiento.
- d) Hospitalización domiciliaria.
- e) Procedimientos médicos y terapéuticos

2.3.2 Especificaciones de la Cartera de Servicios de Atención Especializada.

A) Salud mental.

1. Comprende el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, incluido el tratamiento farmacológico y la psicoterapia individual, de grupo o familiar. La atención a la salud mental se realizará en régimen de hospitalización, consultas externas y urgencias, garantizando en cualquier caso la necesaria continuidad asistencial.

2. Se incluye la psicoterapia individual, de grupo o familiar, siempre que haya sido prescrita por psiquiatra de la Entidad (u oncólogo, en el caso que proceda), 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 y en los casos de víctimas de violencia de género y sus beneficiarios en que se facilitarán todas las sesiones que el psiquiatra responsable de la asistencia considere necesarias para la correcta evolución del caso.

3. Formando parte de la prestación de salud mental, las Entidades atenderán especialmente las necesidades específicas del niño y del adolescente, para prestar asistencia a los trastornos del neurodesarrollo como el autismo o la psicosis de inicio temprano, con personal y medios adecuados a la edad del paciente.

4. Se excluyen el psicoanálisis, la psicoterapia psicoanalítica, la hipnosis, la narcolepsia ambulatoria y el internamiento social.

B) Cirugía plástica, estética y reparadora.

La Entidad atenderá la cobertura de la cirugía plástica, estética y reparadora cuando guarde relación con accidente, enfermedad o malformación congénita.

En los supuestos de accidente en acto de servicio o enfermedad profesional y en los casos de víctimas de violencia de género 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.

C) Reproducción humana asistida.

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 2021, 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. 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:

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

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 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 transmisión 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 SNS.

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 beneficiaria 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:

- 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.

- 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.

- 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 Cartera de Servicios de Atención de Urgencia y Emergencia.

Es aquella que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata. Se dispensa tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente y la atención in situ, durante las 24 horas del día todos los días del año, mediante la atención médica y de enfermería y con la colaboración de otros profesionales, comprende además:

2.4.1 La atención telefónica, a través del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias de la Entidad, previsto en la cláusula 3.1.1 c), que incluye la información y asignación de los recursos propios o en coordinación con los servicios de emergencias del 112 con objeto de ofrecer la respuesta más adecuada a la demanda asistencial.

2.4.2 La asistencia urgente hospitalaria que estará disponible de acuerdo con los criterios establecidos en el Anexo 3. No obstante, en los municipios con un nivel asistencial inferior al Nivel II de Atención Especializada donde exista un centro hospitalario dependiente del Servicio de Salud de la correspondiente Comunidad Autónoma, se atenderá la cobertura de la asistencia por su servicio de urgencias a los beneficiarios que sufran situaciones clínicas agudas que obliguen a una atención no demorable, siempre que no se disponga de centros concertados en el municipio en el que se encuentre el beneficiario que origine la asistencia.

2.4.3 El transporte sanitario urgente regulado en la cláusula 2.10.1.

2.5 Programas preventivos.

2.5.1 La Entidad realizará las actuaciones establecidas por la normativa sanitaria en materia de prevención y promoción de la salud que incluyen:

a) Vacunaciones en todos los grupos de edad y, en su caso, grupos de riesgo, según el calendario común de vacunación del SNS, en los términos establecidos por las administraciones sanitarias competentes, así como cualquier otro programa, calendario o campaña de vacunación que determinen las autoridades sanitarias.

b) Indicación y administración, en su caso, de quimioprofilaxis antibiótica en los contactos con pacientes infecciosos para los problemas infectocontagiosos que así 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).

Teniendo en consideración lo anterior, así como el desarrollo de los programas preventivos del cáncer ginecológico incluidos en el Plan del Cáncer de la Entidad, se realizarán, entre otras, las actividades siguientes encaminadas a los cribados de:

1. Cáncer de mama: cribado poblacional con mamografía cada dos años en las mujeres de 50 a 69 años.

2. Cáncer de cuello de útero (cervix): citología de Papanicolaou en mujeres de 25-65 años. Al principio, dos citologías con una periodicidad anual y después cada tres-cinco años, de conformidad con las pautas recomendadas por las sociedades científicas o las autoridades sanitarias competentes.

3. Cáncer colorrectal: cribado poblacional con determinación de sangre oculta en heces cada dos años en hombres y mujeres de 50 a 69 años.

En todos los casos se garantizará la valoración del riesgo individual, incluyendo en el caso del cáncer de mama y del cáncer colorrectal, si procede, la realización de estudio y consejo genético de las personas que cumplen criterios de riesgo de cáncer familiar o hereditario y, en caso de confirmarse, su seguimiento específico.

4. Cribado neonatal de las siguientes enfermedades: hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, fibrosis quística, deficiencia de acil coenzima A deshidrogenada de cadena media (MCADD), deficiencia de 3-hidroxi acil-CoA deshidrogenasa de cadena larga (LCHADD), acidemia glutárica tipo I (GA-I), anemia falciforme, homocistinuria y enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce.

2.5.2 La Entidad dispondrá de los medios necesarios para llevar a efecto los programas preventivos incluidos en la Cartera de Servicios, garantizando la información adecuada a los beneficiarios, así como el calendario, direcciones y horarios de los centros donde se llevarán a cabo las vacunaciones y los programas de prevención. En todo caso la información sobre estos programas preventivos deberá figurar en la página web de la Entidad.

La Entidad remitirá a MUGEJU relación detallada de los centros de vacunación de 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 antes mencionados, deberá atender la cobertura de las actuaciones realizadas a los beneficiarios en el marco del programa de prevención desarrollado por la correspondiente administración sanitaria

2.5.3 MUGEJU podrá informar específicamente a los beneficiarios y a través del medio que en cada caso estime más oportuno sobre la conveniencia de la realización de determinados programas preventivos incluidos en la Cartera de Servicios.

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, así como de las personas a ellas vinculadas. Su objetivo terapéutico es la mejora de la calidad de vida, con respeto a su sistema de creencias, preferencias y valores.

2.6.2 Para la atención en cuidados paliativos la Entidad contará con un modelo organizativo explícito de acuerdo a las exigencias de medios recogidas en el Anexo 3 y a lo establecido en el Plan en Cuidados Paliativos de la misma. En la prestación de los cuidados paliativos participarán los profesionales de Atención Primaria y Atención Especializada responsables del proceso patológico del paciente con el soporte y apoyo de dispositivos a los que, en caso necesario, los pacientes pueden ser derivados en función de su grado de complejidad.

2.6.3 El nivel de complejidad del enfermo determinará el lugar más adecuado para proporcionar la atención de cuidados paliativos, que se prestará en el domicilio del paciente, si fuera preciso, en régimen de hospitalización, estableciendo los mecanismos necesarios para garantizar la continuidad asistencial y la coordinación con otros recursos.

Los servicios de atención primaria serán responsables de los cuidados paliativos de los enfermos en el domicilio y deberán tener asignado un equipo de cuidados paliativos de referencia para apoyo y/o soporte domiciliario.

En caso de complejidad, esta atención se complementará con la intervención de equipos de soporte en cuidados paliativos tanto en el ámbito domiciliario como hospitalario, o bien con la derivación e ingreso de estos pacientes en Unidades de Cuidados Paliativos Hospitalarias.

La continuidad de la asistencia en las franjas horarias en las que cesan su actividad los recursos en cuidados paliativos en atención domiciliaria, se proporcionará a través del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias de la Entidad, para lo que se articularán los procedimientos de coordinación y derivación precisos.

2.6.4 Los beneficiarios que precisen cuidados paliativos por equipos de soporte específicos o bien el ingreso en Unidades de Cuidados Paliativos Hospitalarias deberán, salvo en los casos de urgencia, solicitar autorización previa a la Entidad, de acuerdo con el procedimiento previsto en el punto 2 del anexo 5.

2.7 Rehabilitación.

2.7.1 Comprende los procedimientos de diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de pacientes con déficit funcional recuperable, realizados, según corresponda, a través de médico rehabilitador, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y logopeda.

2.7.2 Incluye la rehabilitación de las afecciones del sistema musculoesquelético, del sistema nervioso, del sistema cardiovascular y del sistema respiratorio, a través de fisioterapia, adaptación de métodos técnicos (ortoprótesis), terapia ocupacional, y logopedia que tenga relación directa con procesos patológicos de los que ya vengán siendo tratados por estar incluidos en la Cartera de Servicios. No se consideran incluidos los denominados Trastornos del Aprendizaje cuya atención es competencia del sistema educativo.

2.7.3 Los tratamientos podrán ser requeridos a la Entidad por los médicos rehabilitadores o por los médicos especialistas responsables de las patologías susceptibles de dichos tratamientos.

El seguimiento del paciente y la determinación del alta serán responsabilidad del médico rehabilitador, salvo en los tratamientos de rehabilitación cardíaca, vestibular y de suelo pélvico, que serán responsabilidad del facultativo especialista que solicitó dicho tratamiento.

2.7.4 El número de sesiones está supeditado al criterio facultativo y a la situación del paciente. Al tratarse de una atención dirigida a pacientes con déficit funcional recuperable, 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, conforme al informe del médico rehabilitador o del facultativo especialista que solicitó el tratamiento. Se atenderá en cualquier caso la rehabilitación que se indique por reagudización del proceso.

2.8 Salud bucodental.

2.8.1 Comprende las actividades asistenciales, diagnósticas y terapéuticas, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y preventiva dirigida a la atención de la salud bucodental.

2.8.2 La Cartera de Servicios del Concierto en salud bucodental incluye el tratamiento de las afecciones estomatológicas en general, toda clase de extracciones y la limpieza de boca una vez por año, o más si fuera necesario, previo informe justificativo del facultativo especialista.

También incluye el programa de salud bucodental dirigido a los niños menores de 15 años, consistente en revisiones periódicas, aplicación de flúor tópico, y en las piezas permanentes: selladores oclusales, obturaciones, empastes o reconstrucciones, tratamientos pulpares (endodoncias), tartrectomías y tratamientos de incisivos y caninos en caso de enfermedad, malformaciones o traumatismos. Además, a este programa se incorporarán las actuaciones que se incluyan en el Plan de Salud Bucodental Infantil para el conjunto del SNS, 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.

Serán también a cargo de la Entidad los gastos de hospitalización, de quirófano y anestesista necesarios para la realización de los tratamientos y prestaciones odontológicas excluidos de la cobertura del Concierto a pacientes discapacitados psíquicos, siempre que los tratamientos se efectúen con medios de la Entidad.

Asimismo, serán a cargo de la Entidad los gastos de ortodoncia en menores por maloclusiones severas tras intervenciones quirúrgicas de fisura palatina, labio leporino u otra malformación esquelética facial para niños entre seis y 15 años.

2.8.3 Se incluyen a cargo de la Entidad las prótesis de maxilar superior e inferior tanto implantosoportadas como las no implantosoportadas, para pacientes con malformaciones congénitas que cursan con anodoncia, grandes traumatismos y para pacientes con procesos oncológicos que afectan a la cavidad oral que impliquen la pérdida de dientes relacionada directamente con la patología o su tratamiento. En ambos supuestos se precisa prescripción previa de facultativo especialista de la Entidad, para su autorización por esta.

2.8.4 Cuando mediara accidente en acto de servicio o enfermedad profesional serán a cargo de la Entidad todos los tratamientos y actuaciones, incluidas las prótesis dentarias, la ortodoncia y los implantes osteointegrados, así como su colocación. Para todos estos tratamientos, será necesaria prescripción de facultativo especialista de la Entidad, para su autorización por esta.

2.8.5 Quedan excluidos, con las salvedades previstas en las cláusulas anteriores, los empastes, la endodoncia, la periodoncia, las prótesis dentarias, los implantes osteointegrados, la ortodoncia, tanto en lo referente a su coste como a su colocación, así como los tratamientos con finalidad exclusivamente estética y la realización de pruebas complementarias para la valoración y seguimiento de tratamientos excluidos de la Cartera de Servicios.

2.9 Prestación farmacéutica y con productos dietéticos. Otros productos sanitarios.

2.9.1 La prestación farmacéutica comprende los medicamentos y productos sanitarios, y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible.

Esta prestación se regirá por lo dispuesto en el Texto Refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio de 2015 (en adelante, Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios), y demás disposiciones aplicables.

Los medicamentos y productos sanitarios prescritos y dispensados al colectivo protegido por el Concierto lo son en el ámbito del SNS, con independencia de a quien corresponda su cobertura, a los efectos que correspondan.

En el caso del acceso a medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas, y dado su carácter excepcional, se estará a lo dispuesto en el Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales.

Quedan expresamente excluidos del objeto del Concierto los medicamentos dispensados en tratamiento ambulatorio a los beneficiarios por los servicios de farmacia de los centros hospitalarios a cargo de MUGEJU, sin perjuicio de lo establecido en la cláusula 2.9.3.

La prestación con productos dietéticos comprende los tratamientos dietoterápicos para las personas que padezcan determinados trastornos metabólicos congénitos y la nutrición enteral domiciliaria para pacientes a los que no es posible cubrir sus necesidades nutricionales, a causa de su situación clínica, con alimentos de consumo ordinario.

2.9.2 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 SNS.

Dichas actividades deberán efectuarse por los profesionales de la Entidad en las recetas oficiales de MUGEJU, identificando el principio activo del medicamento o la denominación genérica del producto sanitario, de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente.

La Entidad adoptará todas las medidas necesarias para impulsar, y hacer efectiva la implantación de la Receta Electrónica propia de MUGEJU. Para las prescripciones manuales en formato papel, exigirá a sus facultativos la cumplimentación de dichas recetas, mediante un sello que permita su legibilidad, en el figuren los datos mínimos obligatorios: nombre y dos apellidos, número de colegiado y provincia donde ejerza.

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 dietéticos que precisen los pacientes que estén siendo atendidos en este ámbito asistencial (internamiento, hospital de día, hospitalización domiciliaria, urgencias, unidad de diálisis y otras unidades dependientes del hospital), con las especificaciones que se establecen en las cláusulas 2.9.4 y 2.9.5.

2.9.3 Asimismo, como norma general, la Entidad garantizará que la dispensación hospitalaria para pacientes ambulatorios se realice en el mismo hospital en que se ha prescrito el medicamento, excepto en supuestos excepcionales en cuyo caso, la Entidad establecerá el procedimiento necesario para garantizar el correcto y seguro acceso a la medicación por parte del beneficiario, incluida la posibilidad de dispensación domiciliaria prevista en el punto 4 de la cláusula 2.9.5.

2.9.4 Medicamentos para tratamientos ambulatorios de ámbito hospitalario a cargo de la Entidad. El suministro de los medicamentos precisos para el tratamiento de pacientes ambulatorios correrá 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 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, según lo establecido en el Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales. En los casos de tratamientos con Hormona de Crecimiento, se garantizará el suministro hasta la obtención de una nueva Resolución por parte del Comité Asesor de la Hormona de Crecimiento y Sustancias Relacionadas del Ministerio de Sanidad, siempre y cuando la renovación del tratamiento se haya solicitado por el beneficiario antes de la fecha de caducidad de la resolución vigente en ese momento.

2. Los medicamentos no comercializados en España, estén o no 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 y siempre que no se trate de ensayos clínicos. La dispensación debe ser previamente autorizada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

3. Los medicamentos, productos farmacéuticos y otros productos sanitarios financiados en el SNS, tengan o no cupón precinto, que según lo establecido en su ficha técnica requieran para su administración la participación de facultativos especialistas o profesionales sanitarios debidamente formados, sin perjuicio de su dispensación a través de oficina de farmacia.

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

5. Las vacunas cuya dispensación en el ámbito del SNS deba realizarse exclusivamente por los Servicios Farmacéuticos o Centros Sanitarios autorizados y que estén desprovistas de cupón precinto por Resolución de la Dirección General de Cartera

Común de Servicios del SNS y Farmacia, en los grupos de riesgo para los que quede restringida su prescripción y uso.

6. Los colirios de suero autólogo, cuando hayan sido debidamente indicados por el especialista correspondiente de la Entidad.

2.9.5 Medicamentos para tratamientos ambulatorios de ámbito hospitalario facturados a MUGEJU. Los servicios de farmacia de los hospitales concertados dispensarán los medicamentos precisos para tratamientos ambulatorios, a cargo de MUGEJU, en los siguientes supuestos:

1. Los medicamentos que, sin tener la calificación de uso hospitalario, tienen establecidas reservas singulares en el ámbito del SNS 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 participación de facultativos especialistas.

Estos medicamentos se facturarán para su abono por MUGEJU en las condiciones establecidas por el Ministerio de Sanidad, al precio de venta del laboratorio (PVL), que tiene carácter máximo, más impuestos, de financiación para el SNS, al que, en su caso, se aplicará la deducción prevista en el artículo 9 del Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público, con las excepciones previstas en su artículo 10. Todo ello sin perjuicio de los acuerdos de financiación específicos a los que pudiera llegar el Ministerio de Sanidad con los laboratorios farmacéuticos.

2. Los medicamentos sometidos a reservas singulares en su prescripción y dispensación mediante visado, cuya dispensación autorice MUGEJU para tratamientos de determinados pacientes, ante la existencia de dificultades para su dispensación a través de oficinas de farmacia.

Para su facturación, MUGEJU los abonará al precio de venta del laboratorio más impuestos (PVL) de financiación para el SNS, al que se aplicará la deducción prevista en el artículo 9 del Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público, con las excepciones previstas en su artículo 10.

3. En el marco de la legislación sanitaria, la Entidad promoverá protocolos para la dispensación de medicamentos en modalidad no presencial, en centros sanitarios o en establecimientos sanitarios autorizados próximos al domicilio del paciente, o en su propio domicilio.

El suministro de los medicamentos hasta el lugar de destino, así como el seguimiento farmacoterapéutico será responsabilidad del servicio de farmacia dispensador. El transporte y entrega del medicamento deberá realizarse de manera que se asegure que no sufre ninguna alteración ni merma de su calidad.

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

a) Los sistemas de administración de nutrición enteral domiciliaria, cánulas de traqueotomía y laringuectomía, sus accesorios y sondas vesicales especiales, así como otras sondas especiales y productos de ostomía, que no sean dispensables mediante receta de MUGEJU, cuando dichos productos hubieran sido debidamente indicados por un especialista de la Entidad.

b) Los dispositivos intrauterinos (DIU) que hayan sido prescritos por un especialista de la Entidad, incluidos los sistemas de liberación intrauterinos (DIUs hormonales) y los pesarios.

c) Las tiras reactivas para la medición en pacientes diabéticos de glucemia, glucosuria y combinadas glucosa/cuerpos cetónicos, así como el glucómetro y las lancetas necesarias, de acuerdo con los criterios y estándares establecidos por las administraciones sanitarias y sociedades científicas. En todo caso, la Entidad deberá

proporcionar aquellos productos que a juicio del profesional responsable de la indicación o prescripción se adapten mejor a las necesidades y habilidades del paciente.

d) Las bombas de infusión local para la administración parenteral de insulina y otros fármacos.

e) El material fungible, ya sea para la administración parenteral de insulina, fármacos antidiabéticos u otros fármacos, como las jeringuillas de insulina y las agujas correspondientes, las agujas para inyectores y sistemas precargados de antidiabéticos de administración parenteral que carezcan de ellas, así como el material fungible de las bombas de infusión de insulina.

f) Los sistemas de monitorización de glucosa (tipo flash), o de medición continua en tiempo real, siempre y cuando el beneficiario cumpla con los requisitos establecidos por el Ministerio de Sanidad, y sean prescritos por el médico especialista (pediatra o endocrino) de la Entidad.

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 beneficiario podrá adquirir directamente el producto y solicitar el reintegro a la Entidad.

2.9.7 Los medicamentos a cargo de MUGEJU que estén sometidos a fijación de «techo máximo de gasto» por parte del Ministerio de Sanidad, se facturarán en el plazo de un mes desde la fecha de su dispensación.

MUGEJU remitirá a la Entidad la información pertinente y actualizada sobre estos medicamentos e informará a la Entidad la fecha en que se ha alcanzado el techo máximo de gasto para algún medicamento, a partir de la cual este se debe dispensar sin coste, para que la trasladen a los hospitales dispensadores.

En aquellos casos en los que, previa comunicación del Ministerio de Sanidad, se alcance el techo máximo de gasto para los medicamentos a cargo de MUGEJU, la Mutualidad informará a las Entidades tanto del alcance del Techo Máximo de Gasto, como de la forma de reembolso.

En el caso de los medicamentos a cargo de MUGEJU, que en la autorización de financiación por parte del Ministerio de Sanidad, estén sometidos a acuerdos de financiación específicos, MUGEJU no podrá superar los límites que correspondan.

En estos casos, la Entidad deberá asegurar, en todo momento, la continuidad necesaria en los tratamientos instaurados a los beneficiarios y previamente autorizados por MUGEJU sin suponer coste alguno para ésta.

2.9.8 MUGEJU remitirá a la Entidad la información pertinente actualizada sobre los medicamentos con acuerdos específicos de financiación, con independencia de la calificación que tengan para que las trasladen a los centros propios o concertados.

2.10 Transporte para la asistencia sanitaria.

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

- a) Transporte sanitario urgente.
- b) Transporte sanitario no urgente.
- c) Transporte en medios ordinarios.

2.10.1 Transporte sanitario urgente.

Se considera transporte sanitario el transporte terrestre, aéreo o marítimo, asistido o no asistido, según lo requiera la situación clínica del paciente, en los casos en que sea preciso para su adecuado traslado al centro sanitario que pueda atender de forma óptima la situación de urgencia.

2.10.2 Transporte sanitario no urgente.

Se considera transporte sanitario no urgente aquel que consiste en el desplazamiento de enfermos o accidentados que no se encuentran 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. El transporte sanitario no urgente debe ser accesible a las personas con discapacidad.

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

A) Tipos de traslados transporte sanitario no urgente.

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:

1. Traslado desde un centro sanitario al domicilio, si fuera necesario, tras el alta hospitalaria o tras atención en un servicio de urgencias.
2. Traslado puntual del paciente desde el domicilio a consultas, centros sanitarios y/o traslado desde centro sanitario al domicilio.
3. Traslados periódicos del paciente desde el domicilio a centros sanitarios y/o traslado desde centro sanitario al domicilio.
4. Traslado del paciente desplazado transitoriamente a un municipio distinto al de su residencia habitual que hubiera recibido asistencia urgente, con o sin ingreso hospitalario, y se decida su traslado al municipio de residencia habitual, bien al domicilio o a otro centro sanitario.

Se entiende por domicilio del paciente el lugar de residencia habitual o temporal, de conformidad con lo dispuesto en la cláusula 1.2.3.

B) Criterios clínicos de indicación de transporte sanitario no urgente.

La necesidad de transporte sanitario se justificará mediante la prescripción escrita del correspondiente facultativo que valorará tanto el estado de salud como el grado de autonomía del paciente para poder desplazarse en medios de transporte ordinarios.

La prescripción del transporte se considerará justificada siempre que el paciente cumpla 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.

Cuando la incapacidad física u otras causas médicas desaparezcan como criterios de indicación de transporte sanitario y los pacientes puedan utilizar los medios de transporte ordinario, conforme al criterio del facultativo manifestado por escrito, el transporte sanitario se suspenderá, independientemente de la duración o tipo de asistencia que se esté llevando a cabo.

C) Compensación de gastos. Cuando el paciente se haya visto obligado a realizar los traslados en taxi o vehículo particular, al no haberse facilitado transporte sanitario por la Entidad, pese a haberse solicitado previamente por el interesado, y se cumplan los criterios previstos en la letra B) de esta cláusula, la Entidad debe atender el pago de los gastos generados por los desplazamientos en taxi o, de haberse utilizado un vehículo particular, el pago de una ayuda compensatoria por importe

de 15 euros por trayecto, más 0,25 euros por kilómetro adicional en desplazamientos interurbanos superiores a 25 kilómetros.

2.10.3 Transporte en medios ordinarios.

A) Tipos de transporte ordinario.

Se considera transporte en medios ordinarios, a los fines asistenciales previstos en el Concierto, el que se realiza en automóvil, autobús, ferrocarril, o si procediese por tratarse de provincias insulares o en las ciudades de Ceuta o Melilla, en barco, en avión o helicóptero.

B) Criterios de cobertura.

Se tendrá derecho a este tipo de transporte en los siguientes supuestos:

1. Cuando no existan los medios exigidos, de forma que el beneficiario venga obligado a desplazarse desde la localidad en que resida, con carácter temporal o permanente, a la localidad más próxima donde aquellos estén disponibles o a la localidad a la que la Entidad haya derivado al beneficiario, previo consentimiento de este.

2. A servicios de Nivel IV y a Servicios de Referencia ubicados en provincia o isla distinta a la de residencia.

3. En los supuestos de traslados necesarios a otra localidad distinta de la de residencia para recibir asistencia sanitaria derivada de accidente en acto de servicio o enfermedad profesional.

C) Valoración de los traslados.

Los traslados se valorarán siempre por su coste, en clase normal o turista, en líneas regulares de transporte en autobús, ferrocarril, barco, avión o helicóptero.

D) Transporte del acompañante.

Tendrán derecho a los gastos de transporte de acompañante los desplazamientos efectuados, conforme a los párrafos anteriores, por pacientes:

1. Menores de quince años, y en el caso de las ciudades de Ceuta y Melilla y provincias insulares los menores de dieciocho años.

2. Aquellos que acrediten un grado de discapacidad igual o superior al 65 %.

3. Residentes en las ciudades de Ceuta y Melilla y las provincias insulares cuando así lo prescriba su médico responsable, en cuyo caso deberán aportar prescripción escrita del facultativo.

2.11 Otras prestaciones.

2.11.1 Podología.

Comprende la atención podológica para pacientes con pie diabético 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 de sesiones máximo por paciente será de seis al año.

2.11.2 Terapias Respiratorias domiciliarias.

Comprende la cobertura de cualquiera de las técnicas oxigenoterapia crónica a domicilio, oxigenoterapia en modalidad ambulatoria y ventilación mecánica a domicilio utilizadas en el SNS, cuando las circunstancias del paciente así lo requieran, incluyendo, entre otros, los concentradores de oxígeno fijos y portátiles, los cilindros de oxígeno comprimidos y el uso de mochilas o dispositivos portátiles de oxígeno líquido.

También se incluye el tratamiento del síndrome de apnea-hipopnea del sueño mediante CPAP, autoCPAP y servoventilador, así como los equipos de monitorización nocturna para su diagnóstico (monitor de apnea, poligrafía cardiorrespiratoria, etc.)

Igualmente se encuentran incluidas en las terapias respiratorias domiciliarias la aerosolterapia con nebulizadores y los equipos de apoyo, como son la pulsioximetría, los asistentes de la tos y los aspiradores de secreciones.

2.11.3 Prestación Ortoprotésica.

Están incluidos en la cobertura del 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. También se incluyen la renovación de cualquiera de sus accesorios, incluidos los externos y los materiales utilizados para realizar técnicas de osteosíntesis.

Asimismo se incluyen los estudios de monitorización de acuerdo con lo establecido en la Orden SSI/1356/2015, de 2 de julio, por la que se modifican los anexos II, III y IV del Real Decreto 1030/2006, de 15 septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización.

Quedan excluidos los implantes osteointegrados para prótesis dentarias, excepto cuando los mismos deriven de accidente en acto de servicio o enfermedad profesional y en los supuestos regulados en la cláusula 2.8.3.

La prescripción y adaptación de prótesis externas y demás ortoprotésis que sean objeto de prestaciones a cargo de MUGEJU se realizará bajo la indicación y supervisión del correspondiente especialista.

2.11.4 Prestación de la ayuda para morir.

Corresponde a la Entidad la cobertura de la prestación de la ayuda para morir en cualquiera de sus modalidades, dentro de las previsiones recogidas en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, ya sea realizada en centro sanitario o en el domicilio, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabados por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realice.

2.12 Actualización de la Cartera de Servicios del Concierto.

2.12.1 La Cartera de Servicios que se determina en este Capítulo, se actualizará de forma automática por actualización de la Cartera Común de Servicios del SNS.

2.12.2 La incorporación de nuevos servicios, técnicas o procedimientos a la Cartera de Servicios o la exclusión de los ya existentes que no se correspondan con la Cartera Común de Servicios del SNS, y que tengan un carácter relevante, se efectuará por Resolución de la Gerencia de MUGEJU, previa audiencia de las Entidades, y se procederá, en su caso, conforme con las disposiciones sobre modificación de contratos establecidas en la normativa vigente sobre contratación del sector público.

Lo dispuesto en el párrafo anterior no se aplicará a la prestación farmacéutica, que se registrá por su propia normativa. Tampoco se aplicará a los servicios, técnicas o procedimientos que supongan un cambio menor de otros ya existentes o incorporen dispositivos o productos con modificaciones técnicas menores, salvo que por las evidencias científicas y/o las repercusiones bioéticas y sociales, la Gerencia de MUGEJU considere oportuno limitar su incorporación a la Cartera de Servicios para indicaciones concretas, elaborando el correspondiente protocolo.

CAPÍTULO III

Medios de la entidad

3.1 Normas generales.

3.1.1 A los efectos de la aplicación del Concierto, se considera que los medios de la Entidad son los servicios, propios o concertados, asignados para la asistencia sanitaria de los beneficiarios de la misma. A los fines asistenciales del 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 y servicios propios de la Entidad o concertados por la misma, bajo cualquier régimen jurídico, así como los centros y servicios privados no concertados, conforme a lo previsto en el Anexo 3 (punto 3.6.3), que quedan asimilados a los medios de la Entidad.

c) El Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias de la Entidad accesible a través de 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 disponibles para este tipo de atención.

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 2, y en los supuestos previstos en los puntos 2.4, 2.5 y 2.6 del anexo 3, quedan asimilados a los medios de la Entidad.

e) Medios de otra Entidad adscritos mediante subconciertos con las Entidades a los fines de este Concierto.

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

3.1.3 La Entidad deberá habilitar los medios necesarios (correo postal o electrónico, teléfono, página web, etc.) para que el beneficiario pueda realizar las comunicaciones previstas en el Capítulo 5 y solicitar las autorizaciones del Anexo 5, durante las 24 horas del día, todos los días del año, y que permitan dejar constancia de dichas comunicaciones.

3.1.4 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 estarán debidamente autorizados conforme a lo dispuesto en el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, en la normativa autonómica vigente y, en su caso, en la normativa específica que regule su 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, y estar colegiados de acuerdo a las normas que a tal efecto establezca la Organización Colegial correspondiente. La Entidad deberá tener registrado y actualizado el número de colegiado de cada profesional incluido en su Catálogo de Proveedores.

Si MUGEJU tiene conocimiento del posible incumplimiento de dichos requisitos de carácter general, lo pondrá en conocimiento de la autoridad sanitaria competente.

3.1.5 La Entidad garantizará que todos los medios que haga constar en su Catálogo de Proveedores dispongan de acceso a medios electrónicos suficientes para integrarse en las acciones contempladas en la cláusula 6.2, así como en otros programas y actuaciones conducentes a la mejora de la calidad asistencial y de la salud.

3.1.6 La Entidad facilitará el acceso a los centros y servicios que consten en su Catálogo de proveedores, a fin de que MUGEJU pueda comprobar la adecuación de estos medios respecto a la oferta de servicios realizada.

3.1.7 La Entidad, sobre la base de los informes médicos u otros documentos que previamente le sean remitidos por MUGEJU, deberá emitir un informe detallado de los medios de los que dispone para prestar una asistencia concreta a un beneficiario.

3.1.8 La Entidad, en la concertación con los medios, promoverá acciones encaminadas a evitar actuaciones de aquellos que supongan diferencia de trato a los beneficiarios del Concierto, en relación con el resto de usuarios, especialmente respecto al acceso a la asistencia o al contenido de la misma.

3.1.9 La Entidad no realizará acciones encaminadas a promover el cambio de adscripción a entidad distinta del beneficiario por causas debidas a su patología.

3.2 Criterios de disponibilidad de medios.

3.2.1 Las prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios que debe facilitar la Entidad se estructurarán territorialmente por niveles asistenciales, determinados por el tamaño de población (de acuerdo con las últimas cifras oficiales publicadas por el Instituto Nacional de Estadística) y por el colectivo protegido residente, entre otros criterios.

3.2.2 De conformidad con lo establecido en la cláusula 2.1 del Concierto, se distinguen los siguientes niveles asistenciales:

a) El nivel de Atención Primaria, cuyo marco geográfico y poblacional es el municipio y en el que se establece como principio de actuación de la Entidad la garantía de la atención sanitaria.

b) El nivel de Atención Especializada será accesible en municipios o agrupaciones con población a partir de 20.000 habitantes relacionados en el punto 3 del anexo 3.

c) El marco geográfico y poblacional de los niveles I y IV es la Comunidad Autónoma.

d) Los Servicios de Referencia cuyo marco geográfico y poblacional es el territorio nacional.

3.2.3 Cada nivel asistencial incluye todos los servicios de los niveles inferiores. En el Anexo 3 se establecen los criterios de disponibilidad de medios por niveles asistenciales.

3.2.4 Garantía de accesibilidad a los medios.

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.

Si no existieran medios ni privados ni públicos en el correspondiente nivel asistencial, la Entidad deberá facilitarlos donde estén disponibles, priorizando criterios de cercanía al domicilio del beneficiario y asumiendo el coste de los gastos de transporte conforme a la cláusula 2.10.

Si a pesar de existir medios disponibles en el nivel asistencial correspondiente, la Entidad realizara una oferta asistencial fuera del mismo, se considerará válida siempre y cuando sea aceptada por el beneficiario.

En caso de que la Entidad no ofertara el recurso exigible, el beneficiario podrá acudir a los facultativos o centros de su elección existentes en el marco geográfico del referido nivel, debiendo la Entidad asumir directamente los gastos que pudieran facturarse. Si existiera discrepancia con la Entidad, el beneficiario podrá presentar reclamación a MUGEJU según el procedimiento abreviado de reclamación regulado en la cláusula 5.4.

La Entidad podrá establecer modalidades de consulta no presencial a través de plataforma de telemedicina, como consulta telefónica, videoconsulta, chatbot, etc., sin que en ningún caso supongan una sustitución de la consulta presencial a efectos de los criterios de disponibilidad de medios fijados en el anexo 3.

3.3 Catálogo de Proveedores.

3.3.1 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.

También figurarán las delegaciones provinciales u otro tipo de oficinas de que disponga la Entidad, o en su defecto, recogerá los datos de la oficina virtual y procedimiento de actuación de la misma.

3.3.2 En el Catálogo de Proveedores debe 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 del Concierto, con el formato y en los términos que se recoge en el Anexo 6, así como los servicios de telemedicina disponibles.

3.3.3 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.

3.3.4 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.

3.3.5 El Catálogo será específico para MUGEJU y único para toda la vigencia del Concierto, tendrá ámbito provincial y se adaptará a los niveles asistenciales establecidos en el Concierto.

3.3.6 La Entidad editará el Catálogo en soporte electrónico, de acuerdo con las instrucciones que se detallan en el Anexo 4, acogiendo el formato común de obligado, al objeto de que su tratamiento sea homogéneo entre las distintas Entidades concertadas.

Cuando se detecte que algún Catálogo 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 4, MUGEJU comunicará este incumplimiento a la Entidad, que dispondrá de un plazo de diez días naturales para subsanar los defectos detectados y entregar en los Servicios centrales de MUGEJU la nueva edición del Catálogo, con los cambios realizados.

3.4 Responsabilidad de edición y entrega del Catálogo de Proveedores e información en la página web de la Entidad.

3.4.1 Antes del 20 de diciembre del año anterior al de inicio de la vigencia del Concierto, la Entidad deberá entregar en formato electrónico en los servicios centrales y delegaciones provinciales de MUGEJU los Catálogos de Proveedores de la Entidad correspondientes a todas las provincias. Asimismo, a partir del 1 de enero de 2022, la Entidad facilitará a los beneficiarios que tenga adscritos y lo soliciten el Catálogo de Proveedores de la correspondiente provincia en formato electrónico o, a elección del beneficiario, en edición de papel, mediante su envío a la dirección electrónica o, en su caso, postal 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 naturales desde la solicitud.

3.4.2 La Entidad en su página web debe disponer de una sección específica que informe a los beneficiarios de MUGEJU sobre el contenido de los catálogos correspondientes a todas las provincias, incluido el número de teléfono del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias de la Entidad, previsto en la cláusula 3.1.1.c), diferenciándolo claramente de otros números de teléfono de información o de servicios de la Entidad.

Para evitar confusiones con las prestaciones ofrecidas a asegurados ajenos al presente Concierto, esta información deberá aparecer en una sección específica

de MUGEJU perfectamente identificable y accesible e incluir para cada provincia los contenidos que aparecen especificados en el anexo 4. La información de la página web deberá actualizarse siempre que existan modificaciones, según lo establecido en la cláusula 3.5.1, haciendo constar la fecha de la última modificación. Esta información será accesible desde la página web de MUGEJU.

La Entidad deberá publicitar en su página web los servicios y prestaciones adicionales ofertados, conforme a la cláusula 6.3.5.a) del Concierto, con indicación de su contenido y condiciones de acceso, así como, en su caso, el precio y la rebaja que éste supone respecto al precio ofertado al público en general.

3.4.3 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 vigente o en su página web.

3.4.4 En el mismo plazo que el fijado en la cláusula 3.4.1, cuando por el cambio de Concierto se produzcan bajas de centros o servicios hospitalarios en los Catálogos, la Entidad deberá entregar en los servicios centrales y en cada delegación provincial afectado un documento donde se haga constar el detalle a nivel provincial de los centros y servicios hospitalarios que han dejado de estar concertados.

3.5 Oferta de medios.

3.5.1 La oferta de medios de la Entidad debe mantenerse estable para garantizar la continuidad asistencial de los pacientes y evitar la transferencia de riesgos entre Entidades.

3.5.2 Las bajas que se deban al fallecimiento o incapacidad del facultativo para el ejercicio de su profesión, por cese de actividad o traslado a otro municipio, a petición del especialista o centro, no requerirán de acreditación o justificación previa a MUGEJU y no requerirán ser sustituidas siempre que se cumplan los criterios de disponibilidad de medios.

3.5.3 Las bajas de algún medio por otras causas, deberán ser acreditadas y justificadas ante MUGEJU, la cual determinará si la Entidad está obligada a sustituir al profesional o centro.

Si la baja afecta a centros o servicios, MUGEJU podrá solicitar a la Entidad la remisión de la relación de beneficiarios que están siendo atendidos en dichos centros o servicios

3.5.4 La Entidad deberá remitir en formato electrónico las variaciones que, en consecuencia, se produzcan en el registro de medios sanitarios del Anexo 6. Asimismo, la Entidad deberá editar una adenda al Catálogo de Proveedores que incorpore las modificaciones producidas, la cual será publicada en la página web de la Entidad.

3.6 Principio de continuidad asistencial.

3.6.1 Independientemente de lo previsto en la cláusula 3.5.4, si se produce la baja de algún profesional del Catálogo de Proveedores, la Entidad garantizará la continuidad asistencial con el mismo facultativo a los pacientes en tratamiento de procesos patológicos graves durante los seis meses siguientes a la fecha en que la baja se hubiera producido, siempre que el facultativo pueda continuar el ejercicio de su profesión y hubiese conformidad por su parte.

3.6.2 Si la baja se refiere a un centro sanitario o servicio hospitalario, la Entidad garantizará a los pacientes que están siendo atendidos de un determinado proceso patológico la continuidad del tratamiento del mismo en ese centro o servicio, durante todo el tiempo que persista la necesidad del mismo o hasta que se haya obtenido el alta del proceso. Dicha continuidad asistencial se realizará en cualquier caso por un período máximo de un año siempre que la Entidad disponga de una alternativa asistencial válida para tratar ese proceso patológico.

3.6.3 La Entidad informará, a instancia del paciente en tratamiento de procesos patológicos graves afectados por la baja de algún profesional con el que viene siendo atendido o por la baja de algún centro sanitario en el que se encuentra recibiendo tratamiento, sobre su derecho a mantener el tratamiento y la continuidad asistencial a través de dicho profesional o en dicho centro o servicio, con cargo a la Entidad, incluyendo información sobre la alternativa asistencial válida para la continuidad del tratamiento del paciente a través de medios propios.

3.6.4 Cuando por el cambio de Concierto se produzcan bajas de centros o servicios hospitalarios en las especialidades de oncología y psiquiatría, así como de los servicios de diálisis, con respecto al Catálogo de Proveedores de 2022, el período máximo previsto en la cláusula 3.6.2 será de 24 meses, en idénticas condiciones que la misma prevé, así como las establecidas sobre el deber de información en la cláusula 3.6.3.

3.6.5 Cuando a la finalización del Concierto la Entidad suscriba el Concierto de asistencia sanitaria en territorio nacional que lo sustituya, deberá atender las obligaciones previstas en esta cláusula 3.6.

CAPÍTULO IV

Normas de utilización de los medios de la entidad

4.1 Norma General.

Los beneficiarios deberán recibir la asistencia a través de los medios de la Entidad definidos en la cláusula 3.1.1 y podrán elegir libremente facultativo y centro de entre los que figuran en los Catálogos de Proveedores de la Entidad en todo el territorio nacional.

4.2 Identificación.

El beneficiario deberá acreditar su derecho a la asistencia sanitaria mediante la presentación de la tarjeta sanitaria individual o cualquier medio de identificación que le facilitará la Entidad de acuerdo con lo previsto en la cláusula 1.5, o en su caso, el documento acreditativo de su condición de beneficiario de MUGEJU.

En los casos en que, por razones de urgencia, no sea posible aportar en el acto la documentación anterior, el beneficiario deberá identificarse con su DNI u otro documento que acredite su personalidad y presentar aquella documentación en el plazo más breve posible.

4.3 Mutualistas no adscritos a Entidad y sus beneficiarios.

En el supuesto previsto en la cláusula 1.3.3, la Entidad prestará la asistencia a los mutualistas y sus beneficiarios. En el plazo de los tres días naturales siguientes, la Entidad notificará los hechos a MUGEJU para que proceda al alta del mutualista y sus beneficiarios en la Entidad con efectos del quinto de los citados días y al abono de los gastos de la asistencia prestada hasta la fecha de efectos del alta.

4.4 Procedimiento de acceso y prestación de la asistencia en consulta.

El beneficiario se dirigirá directamente al médico elegido de Atención Primaria y/o Especializada para recibir la asistencia que precise presentando la correspondiente tarjeta sanitaria. Además, para acudir a las consultas de las especialidades que deben estar disponibles desde el Nivel IV (descritas en la tabla 1 del punto 3.9 del anexo 3) y para las de los médicos consultores se necesitará la prescripción de otro facultativo especialista y la autorización de la Entidad.

Asimismo, será necesario obtener autorización previa de la Entidad para el acceso a las consultas de especialidades previstas en el punto 3.6.3 del anexo 3, conforme lo dispuesto en el anexo 5.

4.5 Procedimiento de acceso y prestación en asistencia domiciliaria.

4.5.1 La asistencia sanitaria se prestará por los profesionales de Atención Primaria en el domicilio del paciente, siempre que la situación clínica así lo requiera, en los siguientes casos:

- a) Cuando se trate de pacientes que por razón de su enfermedad no puedan desplazarse.
- b) Cuando se trate de pacientes inmovilizados crónicos que precisen ayuda de otra persona para las actividades básicas de la vida diaria.
- c) Cuando se trate de enfermos terminales.
- d) Cuando se establezcan mecanismos específicos por la Entidad.

4.5.2 La asistencia domiciliaria a estos pacientes incluye las extracciones y/o recogidas de muestras a domicilio que sean precisas, así como todos aquellos procedimientos propios de la Atención Primaria, entre ellos tratamientos parenterales, curas y sondajes.

4.6 Procedimiento de acceso y prestación en asistencia de urgencia y emergencia.

4.6.1 Cuando el beneficiario precise atención de urgencia o de emergencia sanitaria deberá solicitarla marcando el teléfono 900.../800... gratuito de la Entidad que consta en su tarjeta sanitaria, en el Catálogo de Proveedores y en la página web de la misma, y que le dé acceso de forma inmediata al Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias de la Entidad destinado a garantizar la accesibilidad y coordinación de todos los medios disponibles para este tipo de atención las 24 horas del día de todos los días del año, en todo el territorio nacional.

4.6.2 Igualmente, en el teléfono de atención de urgencia y emergencia o en el de información de la Entidad, el beneficiario podrá recabar información sobre los medios de Atención de Urgencias hospitalarias, ambulatorios y de Atención Primaria de que dispone la Entidad en que pueden ser atendidos, y en general sobre cualquier otro aspecto relacionado con esta modalidad asistencial.

4.6.3 La asistencia urgente también podrá requerirse en los Servicios de Urgencia de Atención Primaria y Especializada de la Entidad, o bien directamente a los facultativos de medicina general, pediatría y enfermería de la Entidad en sus horarios de consulta.

4.7 Procedimiento de acceso y prestación de asistencia en régimen de hospitalización.

4.7.1 La asistencia en régimen de hospitalización comprende la asistencia médico-quirúrgica incluida la realización de los tratamientos y procedimientos diagnósticos que precisen los pacientes que requieren cuidados continuados en régimen de hospitalización, así como los servicios hoteleros básicos inherentes a la misma.

4.7.2 Los beneficiarios que precisen asistencia en régimen de hospitalización deberán solicitar autorización previa de la Entidad, conforme a lo dispuesto en el Anexo 5, aportando la preceptiva prescripción del médico de la Entidad con indicación del centro hospitalario. En los ingresos efectuados a través de los servicios de urgencia esta tramitación deberá efectuarse en el plazo más breve posible.

4.7.3 En el caso que un beneficiario se encuentre ingresado en un centro hospitalario ajeno a la Entidad por una situación de urgencia, puede solicitar su ingreso en un centro concertado de la Entidad para la continuidad de la asistencia sin que sea necesaria la prescripción de un médico de la Entidad, para ello además de la solicitud deberá aportar el informe médico del proceso por el que está siendo atendido.

4.7.4 La hospitalización persistirá mientras que, a juicio del facultativo responsable de la asistencia al enfermo, subsista la necesidad, sin que razones de tipo social puedan ser motivo para prolongar la estancia.

4.7.5 La hospitalización se efectuará en habitación individual con baño o ducha y cama de acompañante. En ningún caso podrán excluirse habitaciones que formen parte de la capacidad de alojamiento del centro concertado. MUGEJU podrá autorizar que la Entidad disponga en su Catálogo de Proveedores de centros hospitalarios que no cumplan este requisito. En los supuestos de hospitalización psiquiátrica no se exige cama de acompañante.

4.7.6 La Entidad cubre todos los gastos médico-quirúrgicos durante la hospitalización del paciente desde su ingreso hasta el alta hospitalaria, incluyendo el tratamiento farmacológico y la alimentación del paciente según dieta prescrita.

4.7.7 Tipos de hospitalización.

1. Hospitalización de día.

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

b) Serán por cuenta de la Entidad todos los gastos de hospitalización que se puedan producir en el centro sanitario durante la estancia en el mismo para la realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos.

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

Este tipo de hospitalización está destinada especialmente a pacientes con deterioro funcional o afectos de 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.

3. Hospitalización domiciliaria.

a) Comprende el conjunto de tratamientos y cuidados sanitarios proporcionados en el domicilio del paciente, de una complejidad, intensidad y duración comparables a las que recibiría ese mismo paciente en el hospital convencional, y que por esos motivos no pueden ser asumidos por el nivel de Atención Primaria.

b) La hospitalización domiciliaria podrá llevarse a cabo en aquellos casos en que el estado del enfermo lo permita.

c) Durante esta hospitalización, la responsabilidad del seguimiento del paciente corresponde a la Unidad de Hospitalización a Domicilio (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.

d) 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.

e) El ingreso en la UHD estará sujeto a los mismos requisitos que el ingreso en un hospital, recibiendo las mismas atenciones que hubiera recibido de estar ingresado en un hospital. La documentación clínica correspondiente a dichas atenciones se cumplimentará con los mismos criterios que en la hospitalización convencional.

f) La UHD informará por escrito al paciente y su familia acerca de cómo contactar con la unidad a cualquier hora del día, con el objeto de dar respuesta a las eventuales incidencias. Cuando se produzca el alta, el médico de la UHD emitirá el correspondiente parte médico de alta en los términos previstos por la ley.

g) Mientras el paciente permanezca ingresado en la UHD, correrán por cuenta de la Entidad y no podrán ser imputadas ni al beneficiario ni a MUGEJU, todas las atenciones y productos que precise el paciente, 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.

4. Hospitalización por maternidad.

En el momento del ingreso, o en todo caso antes del alta hospitalaria, deberá presentarse en el centro hospitalario la autorización de la Entidad. A efectos de la asistencia al recién nacido se tendrá en cuenta lo dispuesto en la cláusula 1.3.2.

Si la práctica de la ligadura de trompas se decidiera en el mismo momento del parto sin haberse indicado en la prescripción del ingreso, los gastos causados por este concepto serán también a cargo de la Entidad.

5. Hospitalización psiquiátrica.

Comprende la asistencia psiquiátrica de todos 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, sin perjuicio de lo establecido en la cláusula 3.2.4 y en el punto 3.6.3 del anexo 3.

No obstante lo dispuesto en el párrafo anterior, 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 hasta el alta hospitalaria, con el límite de 87 euros por día. 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.

4.8 Requisitos adicionales para la utilización de medios.

4.8.1 En los casos expresamente previstos en el Concierto, la Entidad podrá exigir los requisitos adicionales que procedan, tales como prescripción médica o autorización previa de la Entidad. La Entidad, a través de los profesionales sanitarios que prescriban o realicen las pruebas diagnósticas o tratamientos que precisen autorización, deberá informar de la existencia de este requisito al beneficiario.

4.8.2 En ningún caso se denegará una solicitud de un medio diagnóstico o terapéutico incluido en la Cartera de Servicios establecida en el Concierto, indicado por un facultativo de la Entidad. Excepcionalmente podrá solicitarse del facultativo un informe complementario motivado de indicación de la prestación solicitada.

4.8.3 A los efectos del párrafo anterior, cuando no se cumplan los requisitos de disponibilidad de medios previstos en el Concierto en el nivel correspondiente, será válida la prescripción de facultativo no concertado, que será acompañada siempre de informe motivado de indicación de la prestación solicitada.

4.8.4 No podrán efectuarse con cargo al beneficiario las pruebas no autorizadas si no se le ha informado antes de la necesidad de tal autorización previa. Tampoco serán a cargo del beneficiario los actos médicos o quirúrgicos realizados en el momento de la consulta cuando no haya existido tiempo para obtener su autorización por la Entidad.

4.8.5 El anexo 5 contiene una relación exhaustiva de los supuestos de utilización de los medios que precisan autorización previa de la Entidad, así como el procedimiento para su obtención.

4.9 Hospitales privados no concertados.

El acceso a los servicios en centros privados no concertados, según lo previsto en el punto 3.6.3 del anexo 3, requerirá autorización previa de la Entidad conforme a lo establecido en el punto 1.7 del anexo 5.

4.10 Supuesto especial.

Cuando, por decisión propia y para una determinada intervención quirúrgica, 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.

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.

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.

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 V

Utilización de medios no concertados

5.1 Norma general.

De conformidad con lo establecido en el artículo 72.1 del Reglamento de MUGEJU, en relación con la cláusula 3.1 del 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.

5.2 Denegación injustificada de asistencia.

5.2.1 De acuerdo con lo previsto en el artículo 72.3 a) del Reglamento de MUGEJU, se produce denegación injustificada de asistencia, además de cuando se deniegue el libre al acceso al catálogo de proveedores o a la cartera común de servicios del SNS, en los siguientes casos:

a) Cuando la Entidad no autorice o no ofrezca una solución asistencial válida antes de que concluya el quinto día hábil siguiente a la fecha de solicitud del beneficiario de alguna de las prestaciones o servicios recogidas en el anexo 5, en el nivel que corresponda, y que haya sido prescrita por un médico concertado, o deniegue una prestación incluida en la Cartera de Servicios cubierta por el Concierto. La respuesta de la Entidad deberá realizarse por escrito o por cualquier otro medio que permita dejar constancia de la misma.

b) Cuando la Entidad no cumpla con las exigencias de disponibilidad de medios previstos en el Concierto y no ofrezca el acceso a alguno de los recursos asistenciales existentes en el nivel correspondiente. En este supuesto, el beneficiario podrá acudir a los facultativos o centros de su elección que existan en el referido nivel de conformidad con lo estipulado en la cláusula 3.2.4.

c) 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 ni 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.

d) Cuando un beneficiario haya acudido o esté ingresado en un centro de la Entidad para recibir asistencia y según criterio del facultativo que le atiende no existan o no estén disponibles los recursos asistenciales necesarios. En este supuesto se presume que se produce una situación de denegación injustificada de asistencia cuando desde el medio de la Entidad se haya remitido al paciente a centro no concertado.

e) Cuando el beneficiario esté ingresado en un centro no concertado a causa de una situación médica que requiera una atención inmediata de urgencia, y éste (o los familiares o terceros responsables) lo comunique a la Entidad dentro de las 48 horas posteriores al ingreso y no le ofrezca una solución asistencial válida antes de que concluyan las 48 horas siguientes a la comunicación, bien comprometiéndose a asumir los gastos que se ocasionen, bien gestionando su traslado a un centro de la Entidad, propio o concertado, siempre que el traslado sea medicamente posible.

La solicitud a la Entidad se realizará por un medio que permita dejar constancia de la misma (preferiblemente a través de su Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias) e incluirá una breve descripción de los hechos y circunstancias en que se ha producido el ingreso.

5.2.2 Obligaciones de la Entidad.

a) En cualquiera de los supuestos de denegación injustificada de asistencia descritos en la cláusula 5.2.1, la Entidad viene obligada a asumir los gastos derivados de la asistencia. En caso de incumplimiento de esta obligación, el beneficiario podrá presentar reclamación a MUGEJU según el procedimiento abreviado de reclamación regulado en la cláusula 5.4.

En el supuesto contemplado en su letra e), si la Entidad ha ofrecido una solución asistencial válida en el plazo establecido el beneficiario deberá hacerse cargo de los gastos ocasionados por la asistencia hasta su traslado al centro propio o concertado.

b) Cuando la Entidad ofrezca medios propios o concertados, la oferta debe ser gestionada por la Entidad, especificando además el nombre del facultativo, servicio o centro que vaya a asumir la asistencia y que pueda llevar a cabo la técnica diagnóstica o terapéutica prescrita.

c) Cuando el beneficiario haya acudido a medios no concertados a consecuencia de una denegación de asistencia ocasionada porque la Entidad no ha ofrecido una alternativa asistencial válida en los plazos establecidos en la cláusula 5.2.1, o porque haya autorizado la remisión a un facultativo o centro no concertado, la Entidad debe asumir, sin exclusiones, los gastos ocasionados por el proceso asistencial hasta el alta del mismo.

No obstante, transcurrido un año desde la denegación de asistencia o desde la fecha de la última autorización, el beneficiario deberá solicitar a la Entidad la renovación de la continuidad de la asistencia, a fin de que, antes de que concluya el décimo día hábil siguiente a la presentación, la autorice u ofrezca una alternativa asistencial válida con sus medios, conforme a las especificaciones que se establecen en el punto b) anterior.

d) Cuando la Entidad reciba del beneficiario la comunicación de la asistencia prestada en medios ajenos por alguna de las circunstancias previstas en la cláusula 5.2.1, realizará las gestiones oportunas ante el proveedor para que emita la correspondiente factura a nombre de la Entidad y hacerse cargo de los gastos ocasionados por dicha asistencia.

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

5.2.3 La aceptación por la Entidad o, en su caso, la declaración por MUGEJU 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 el interesado, en su caso, habrá de acudir a la vía jurisdiccional ordinaria correspondiente.

5.3 Asistencia urgente de carácter vital en medio no concertado.

5.3.1 A los fines previstos en el artículo 72.3.b) del Reglamento de MUGEJU, se considera situación de urgencia de carácter vital aquella en que se haya producido una patología cuya naturaleza y síntomas hagan presumible 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 vital, el medio ajeno al que se dirija o sea trasladado el paciente deberá ser 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.

5.3.2 Situaciones especiales de urgencia.

a) Se considerará que siempre reúnen la condición de urgencias de carácter vital y que la asistencia recibida en medios ajenos posee también el requisito previsto en el segundo párrafo de la cláusula anterior, en las siguientes situaciones especiales:

b) Cuando el beneficiario se encuentre en la vía o lugares públicos y los equipos de emergencias sanitarias públicos sean activados por persona distinta a aquél o a sus familiares en caso de que se encuentre acompañado.

c) Cuando la activación de los equipos de emergencias sanitarias públicos sea realizada por los cuerpos de seguridad del Estado u otras estructuras de emergencias no sanitarias.

d) Cuando el mutualista sufra un accidente en acto de servicio y sea atendido por los equipos de emergencias sanitarias públicos en el lugar donde se ocasione.

e) Cuando el beneficiario resida en un centro de mayores asistido o en un centro para crónicos y los equipos de emergencias sanitarias públicos sean activados por el personal del centro, o cuando aquél resida en domicilio particular, y estos equipos sean activados por un Servicio de teleasistencia de financiación pública, en ambos casos siempre y cuando aquél o su familia hayan comunicado al centro o servicio su adscripción a la Entidad a efectos de su asistencia sanitaria.

5.3.3 La asistencia que precisen los beneficiarios con ocasión de actos cometidos por personas integradas en bandas o grupos organizados y armados, se considera siempre que reúne la consideración de urgencia vital y que la asistencia recibida de haberse utilizado medios ajenos posee también el requisito previsto en el segundo párrafo de la cláusula 5.3.1.

5.3.4 A efectos de la cobertura de los gastos producidos, 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 no concertados por causas asistenciales), 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.

5.3.5 El beneficiario, u otra persona en su nombre, comunicará a la Entidad la asistencia con medios ajenos por cualquier medio que permita dejar constancia de la comunicación, aportando el correspondiente informe médico de urgencias, a la mayor brevedad posible.

Cuando la Entidad reciba la comunicación de la asistencia de un beneficiario en medios no concertados deberá contestar, dentro de las 48 horas siguientes a la recepción de la comunicación y por cualquier medio que permita dejar constancia de la misma, si reconoce la existencia de la situación de urgencia vital y, por tanto, acepta el pago de los gastos producidos o si, por el contrario, no se considera obligada al pago por entender que no ha existido una situación de urgencia de carácter vital.

En el supuesto de que la Entidad reconozca la existencia de la situación de urgencia vital deberá comunicar al proveedor sanitario que se hace cargo directamente de los gastos ocasionados, a fin de que por parte de éste se emita la correspondiente factura a la Entidad.

Si el beneficiario hubiera abonado los gastos, la Entidad deberá efectuar el pago dentro de los diez días naturales siguientes a la fecha en que el beneficiario solicite el reintegro, presentando los justificantes de los gastos.

En caso de incumplimiento de esta obligación, el beneficiario podrá presentar reclamación a MUGEJU según el procedimiento abreviado de reclamación regulado en la cláusula 5.4.

En el supuesto de que la Entidad no se considere obligada al pago por entender que no ha existido la situación de urgencia vital, emitirá, en un plazo máximo de siete días diez días naturales, informe argumentando y fundamentando tal circunstancia y dará traslado del mismo al beneficiario y MUGEJU.

5.4 Procedimiento de reclamación abreviado.

Se establece un procedimiento abreviado de reclamación para los siguientes supuestos:

Incumplimiento por parte de la Entidad de la obligación de reembolso de los gastos derivados del uso de medios ajenos por falta de disponibilidad de medios, recogida en la cláusula 3.2.4.

Incumplimiento por parte de la Entidad de la obligación recogida en la cláusula 5.2.2.a) de hacerse cargo de los gastos derivados de la asistencia en los supuestos de denegación injustificada de asistencia descritos en la cláusula 5.2.1.

Incumplimiento por parte de la Entidad de la obligación de reintegro de gastos al beneficiario en el plazo de diez días, en el caso de que la Entidad haya reconocido un supuesto de urgencia vital, según lo previsto en la cláusula 5.3.6.

En estos supuestos, el beneficiario podrá presentar reclamación ante la delegación de MUGEJU de la provincia donde hayan tenido lugar los hechos. La delegación de MUGEJU 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 por correo electrónico o por cualquier otro medio electrónico.

Transcurrido ese plazo, de no alcanzarse un acuerdo, la delegación provincial de MUGEJU remitirá en el plazo de 10 días el expediente a los servicios centrales de MUGEJU para su resolución por parte de la Gerencia de MUGEJU.

En su caso, MUGEJU procederá a pagar al beneficiario los gastos correspondientes por cuenta de la Entidad, conforme al procedimiento regulado en la cláusula 7.5.4 del Concierto.

CAPÍTULO VI

Información y documentación sanitaria

6.1 Normas generales.

A fin de que MUGEJU disponga de la información necesaria para la evaluación de las prestaciones sanitarias que han de ser cubiertas por el Concierto, su planificación y toma de decisiones, la Entidad facilitará todos los datos sobre los servicios prestados a los beneficiarios que se especifican en este Capítulo. Igualmente lo hará sobre aquellos que sin estar especificados pudieran ser demandados por el Ministerio de Sanidad, en el contexto de desarrollo del Sistema de Información del SNS durante la vigencia del Concierto. Asimismo, la Entidad 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 Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, en relación con la información y documentación sanitaria relativa a los beneficiarios de MUGEJU, 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.

Además, la Entidad está obligada a cumplir y hacer cumplir a los profesionales y centros sanitarios incluidos en su Catálogo de Proveedores las disposiciones contenidas en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, en orden a garantizar el derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir.

6.2 Información general sobre actividad.

La Entidad dispondrá de un sistema de información que permita conocer el número, tipo y coste de los servicios proporcionados a los beneficiarios de MUGEJU con medios propios o concertados.

La Entidad facilitará a MUGEJU, en soporte electrónico, 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 6 del Concierto.

6.3 Información económica.

La Entidad deberá facilitar a requerimiento de MUGEJU 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, dentro del Sistema de Información Sanitaria del SNS. Todo ello en el formato y con la periodicidad que le sean requeridos por MUGEJU, para su posterior traslado al Ministerio de Sanidad.

6.4 Información relativa a los medios disponibles.

La Entidad remitirá a MUGEJU en soporte electrónico antes de la entrada en vigor del Concierto, la información actualizada de los medios propios y concertados que haya ofertado para la suscripción del mismo. Esta remisión se realizará con arreglo a las instrucciones que se recogen 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:

Cumplimentar los partes de enfermedad, accidente o riesgo durante el embarazo y maternidad establecidos por MUGEJU, 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-10).

- a) Colaborar con los facultativos en los procedimientos dirigidos a la comprobación de la patología que origina la licencia por enfermedad de los mutualistas y sus prórrogas.
- b) Facilitar los antecedentes e informes médicos previstos para la tramitación de los procedimientos de jubilación de mutualistas por incapacidad permanente para el servicio.
- c) Editar y emitir los informes médicos establecidos por la MUGEJU a sus beneficiarios para las prestaciones gestionadas por MUGEJU.
- d) Requerir a sus facultativos y centros de su Catálogo de Proveedores para que bajo las condiciones y el régimen establecido en el anexo 8 realicen a los mutualistas los informes, exploraciones o pruebas de diagnóstico que se especifican en dicho anexo.
- e) 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.
- f) 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 MUGEJU.
- g) Emitir el parte de lesiones cuando se detecte una situación de violencia de género y remitirlo a los órganos judiciales competentes.

CAPÍTULO VII

Régimen jurídico del concierto

7.1 Naturaleza y régimen del Concierto y de las relaciones en él basadas.

7.1.1 El 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 Real Decreto 1026/2011 por el que se aprueba el Reglamento de la Mutualidad General Judicial, con especial referencia al artículo 129.3 que regula el régimen de la contratación de MUGEJU.
- c) La Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público (LCSP), por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014, y su desarrollo reglamentario.

7.1.2 Son relaciones basadas en el Concierto:

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

7.1.3 Las cuestiones que surjan en el ámbito de las relaciones enumeradas en la letra b) de la cláusula anterior tendrán naturaleza administrativa y serán resueltas por la Gerencia de MUGEJU, previo el procedimiento que se determina en este Capítulo. Contra cualquiera de los acuerdos así dictados cabrá recurso de alzada ante el Ministro de Justicia. El orden jurisdiccional competente, en su caso, será el contencioso-administrativo. Las partes podrán acudir, de forma voluntaria y libre, a cualquier método adecuado de resolución de conflictos (mediación, conciliación, otros) tanto en la vía administrativa como en el caso de que el conflicto se haya judicializado.

7.1.4 Corresponde a la Gerencia de MUGEJU 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. Asimismo, corresponde a la Gerencia de MUGEJU acordar las compensaciones económicas por incumplimientos parciales de obligaciones según lo previsto en el anexo 7.

7.1.5 Naturaleza y régimen de las relaciones asistenciales.

El Concierto no supone ni hace surgir ninguna relación entre MUGEJU 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.

7.1.6 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 mencionadas en las letras a) y b) de la presente cláusula 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.

7.1.7 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.

7.2 Comisiones Mixtas.

7.2.1 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.

7.2.2 Composición.

a) Las Comisiones Mixtas Provinciales estarán compuestas por dos representantes de MUGEJU y uno o dos representantes de la Entidad con facultades decisorias suficientes. El Presidente será el delegado provincial de MUGEJU y como Secretario actuará un funcionario o colaborador de la MUGEJU, con voz pero sin voto. Podrá asistir a las reuniones un asesor médico.

b) La Comisión Mixta Nacional estará compuesta por dos representantes de MUGEJU y dos de la Entidad. El Presidente será el Gerente de MUGEJU o persona en quien delegue y como Secretario actuará un funcionario de MUGEJU, con voz pero sin voto.

7.2.3 Funciones.

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

- a) El seguimiento, análisis y evaluación del cumplimiento del Concierto.
- b) El conocimiento de las reclamaciones que pudieran formularse por los beneficiarios o, en su caso, de oficio por MUGEJU, 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 MUGEJU podrá acordar mediante Resolución que la Comisión Mixta Nacional asuma las funciones de las Comisiones Mixtas Provinciales.

7.2.4 Normas de Funcionamiento.

El funcionamiento de las Comisiones Mixtas Provinciales y Nacional se ajustará a las siguientes normas:

- 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 MUGEJU 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.

En lo no previsto se aplicarán las normas de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, especialmente las disposiciones sobre funcionamiento de órganos colegiados.

7.3 Procedimiento para las reclamaciones.

7.3.1 Los beneficiarios podrán reclamar de MUGEJU que, con arreglo a lo previsto en la cláusula 7.1, 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 7.2. En caso de plantearse, se contestará al interesado que, por razón de incompetencia de MUGEJU, 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. Las partes podrán acudir, de forma voluntaria y libre, a cualquier método adecuado de resolución de conflictos (mediación, conciliación, otros) tanto en la vía administrativa como en el caso de que el conflicto se haya judicializado.

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, MUGEJU podrá iniciar de oficio la reclamación ante la Comisión Mixta que considere oportuna, motivando la causa de esa iniciación de oficio.

7.3.2 La reclamación se presentará en cualquiera de los registros recogidos en el artículo 16 de la ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y se dirigirá a la delegación provincial de MUGEJU donde hayan tenido lugar los hechos, acompañando cuantos documentos puedan fundamentarla.

7.3.3 En las delegaciones provinciales de MUGEJU se realizarán las gestiones procedentes con la Entidad para la solución de la reclamación. De no prosperar esas gestiones, el expediente se analizará por la Comisión Mixta Provincial.

7.3.4 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.

7.3.5 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 MUGEJU y la Entidad sobre la reclamación planteada.

7.3.6 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.

7.3.7 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 MUGEJU.

7.3.8 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

beneficiario, con la conformidad de la Entidad, se seguirá el mismo criterio acordado con anterioridad, haciendo constar esta circunstancia en el acta.

7.3.9 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. La resolución del Gerente de MUGEJU, en procedimientos de comisión mixta nacional por aplicación de la cláusula 7.4.6, deberá acordarse en el plazo máximo 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.

7.4 Procedimiento de ejecución de reclamaciones estimadas.

7.4.1 En las reclamaciones resueltas positivamente por los Delegados Provinciales de MUGEJU, 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 48 horas 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 en el plazo de diez días, 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 diez días a partir de la notificación de la resolución, previa presentación, de los oportunos justificantes del gasto que serán devueltos al reclamante.

7.4.2 Dentro de los plazos citados en la cláusula anterior, la Entidad deberá comunicar a la Delegación provincial o a los servicios centrales de MUGEJU:

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.

7.4.3 Si MUGEJU 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 MUGEJU 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.

7.4.4 En el supuesto de reclamaciones resueltas positivamente por el Gerente de MUGEJU se seguirá el siguiente procedimiento:

a) El abono de la cantidad que en cada caso corresponda será realizado directamente por MUGEJU al interesado por cuenta de la Entidad, deduciendo el importe de las cuotas mensuales a abonar a la misma y facilitando a esta el documento que acredite haber realizado el pago por su cuenta.

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

c) Cuando la reclamación tenga por objeto que se autorice una determinada asistencia sanitaria, la Entidad emitirá la correspondiente autorización en el plazo de 48 horas días hábiles a partir de la notificación de la resolución.

Si la Entidad no lo hace y el interesado se ve obligado al abono de los gastos de dicha asistencia, se procederá a su abono conforme al procedimiento establecido en el punto a) anterior.

d) Serán a cargo de la Entidad los costes de posibles recargos de apremio o intereses de demora generados desde el momento en que la obligación principal le fue reclamada, cuando la causa de demora fuera imputable a la Entidad.

7.4.5 Las resoluciones administrativas o sentencias que resuelvan recursos interpuestos contra actos de MUGEJU en materia de reintegro de gastos sujetos al presente Concierto serán ejecutadas, en su caso, conforme al procedimiento establecido en la cláusula 7.5.4.

7.5 Descuentos por gastos de farmacia.

7.5.1 Cuando en el proceso de revisión de la facturación de recetas que realiza MUGEJU se detectaran prescripciones de medicamentos y productos sanitarios realizadas en sus recetas oficiales, tanto en formato papel, como, en su caso, electrónico, que deberían haber sido a cargo de la Entidad según lo establecido en este Concierto, o cuando por otras circunstancias excepcionales y justificadas MUGEJU se hubiera visto obligada a asumir gastos de farmacia o de productos sanitarios correspondientes a la Entidad, MUGEJU procederá, previa comunicación a la Entidad, a efectuar el descuento correspondiente en el pago mensual de las cuotas que ha de abonar a la misma, de acuerdo con lo previsto en el Capítulo 8.

7.5.2 La Entidad se compromete a reintegrar a los beneficiarios, en un plazo no superior a diez 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, que MUGEJU les facilitará a estos efectos, o de la correspondiente factura de la farmacia.

7.5.3 En aquellos supuestos de dispensaciones de medicamentos y productos farmacéuticos que, estando financiados por el SNS, 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, se facturen a MUGEJU a un precio superior al indicado en la cláusula 2.9.5.1, se supere el techo máximo de gasto o que, estando sometidos a acuerdos de financiación específicos, este haya sido superado, y pudiera existir dificultad para el acceso de los pacientes a estos tratamientos, MUGEJU atenderá el pago de las facturas que se emitan por el hospital o centro y, posteriormente, repercutirá las diferencias sobre los límites fijados a la Entidad en el pago mensual de las primas.

CAPÍTULO VIII

Duración, régimen económico y precio del concierto

8.1 Duración del concierto.

8.1.1 Los efectos del Concierto se iniciarán a las cero horas del día uno de enero de 2022 y se extenderán hasta las veinticuatro horas del día treinta y uno de diciembre de 2024, sin perjuicio de lo que se establece en las cláusulas siguientes.

8.1.2 Si la Entidad no suscribiera un nuevo concierto con MUGEJU para 2025, continuará obligada por el contenido del presente concierto, para el colectivo que tuviera adscrito al treinta y uno de diciembre de 2024, hasta el treinta y uno de enero de 2025.

Además, si a treinta y uno de enero de 2025 estuviese prestando una asistencia en régimen de hospitalización o una asistencia por maternidad, cuando el parto estuviese previsto para el mes de febrero, la Entidad quedará obligada a seguir prestando la

asistencia en régimen de hospitalización o la asistencia por maternidad 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 de 2025, fecha a partir de la cual la nueva Entidad de adscripción asumirá la cobertura.

Esta obligación se extiende únicamente a los supuestos de hospitalización que conlleven internamiento y a los supuestos de hospitalización domiciliaria.

La Entidad tendrá derecho a percibir, por el mes de enero de 2025 y por el colectivo adscrito a treinta y uno de diciembre de 2024, el precio por persona/mes que se establezca para las Entidades que suscriban Concierto para 2025. No obstante, del importe a abonar por dicho mes, MUGEJU retendrá un diez por ciento hasta el treinta y uno de enero de 2025, 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 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.

8.1.3 El colectivo adscrito a la Entidad que no suscriba Concierto para 2025, deberá elegir nueva Entidad durante el plazo que establezca MUGEJU y la elección tendrá efectos a las cero horas del día uno de febrero de 2025, sin perjuicio, en todo caso, de lo previsto para hospitalizaciones y maternidad en el párrafo anterior.

8.2 Régimen económico del concierto.

8.2.1 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.

8.2.2 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, MUGEJU 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 8.3.1.

El pago se efectuará por MUGEJU, 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.

8.2.3 MUGEJU 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.

8.2.4 El fichero electrónico con la relación del colectivo podrá ser comprobado por la Entidad, a fin de que, si estimara que existen diferencias, pueda formular las siguientes reclamaciones:

- a) Las relativas a los titulares, incluidos las que afecten a sus beneficiarios, si existen.
- b) Las relativas a beneficiarios exclusivamente.

8.2.5 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 MUGEJU, conteniendo la información en la que se funda la reclamación.

8.2.6 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 MUGEJU, 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 MUGEJU o para la Entidad.

8.2.7 Todos los impuestos, arbitrios, tasas y exacciones que graven el Concierto o los actos que de él se deriven serán por cuenta de la Entidad.

8.2.8 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 MUGEJU 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.

8.2.9 Siempre que exista sentencia judicial firme en la que se ordene a MUGEJU el pago de una indemnización, derivada de responsabilidad directa o subsidiaria por actuaciones asistenciales incluidas en el objeto del Concierto, MUGEJU, sin perjuicio de ejecutar la sentencia, repercutirá el importe abonado a la Entidad concertada correspondiente, de acuerdo con el procedimiento previsto en la cláusula 7.6 del Concierto.

8.3 Precio del concierto.

8.3.1 El precio del Concierto se establece mediante una prima fija por cada año de vigencia del Concierto que se abonará por persona mensualmente y que varía en función de su edad. El importe de las primas fijas en euros (exento de IVA), por persona y mes, para los años de vigencia del Concierto, se distribuirá de la siguiente manera:

Grupos etarios	Prima €/persona y mes año 2022	Prima €/persona y mes año 2023	Prima €/persona y mes año 2024
0-59.	71,88	72,37	73,16
60-69.	82,73	83,29	84,21
70 o más años.	105,24	105,95	107,12

El importe de la prima fija a abonar será el correspondiente al grupo de edad del beneficiario a las cero horas del día uno de enero de cada año natural y por cada nuevo beneficiario será la que corresponda al grupo de edad en el que esté incluido en la fecha de adscripción a la Entidad por MUGEJU.

En ningún caso el importe de la prima fija de un beneficiario sufrirá alteración alguna dentro de cada año natural de vigencia del Concierto aunque a lo largo del año, por razón de edad, cambie de grupo etario.

8.3.2 Descuentos y deducciones:

Del abono por parte de MUGEJU a la Entidad de la cantidad resultante de la aplicación de la cláusula 8.3.1 se descontarán:

- Las compensaciones que deban aplicarse, conforme a lo previsto en la el anexo 7.
- El importe de los pagos realizados con cargo a la Entidad, según lo previsto en las cláusulas 1.5.5, 7.4 y en el punto 4.5 del anexo 1.

ANEXO 1**Asistencia sanitaria transfronteriza**

De conformidad con lo dispuesto en la cláusula 1.1.5 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 MUGEJU 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 SNS, cuya cobertura corresponde a la Entidad de acuerdo con lo establecido en el Capítulo 2 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 SNS, así como de material ortoprotésico, en su caso, el reembolso de los mismos será a cargo de la MUGEJU 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 MUGEJU al beneficiario a través del 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 MUGEJU, 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 MUGEJU, 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 MUGEJU, 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, MUGEJU 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, MUGEJU 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, MUGEJU procederá al pago al interesado y repercutirá su importe a la entidad, conforme al procedimiento establecido en la cláusula 7.5.4 a) del Concierto.

5. Prestaciones sanitarias transfronterizas sujetas a autorización previa

La prestación de asistencia sanitaria transfronteriza estará sujeta a autorización previa de MUGEJU 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 SNS 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 dirigirá a MUGEJU. Si de la solicitud se apreciara que concurre alguno de los supuestos recogidos en el epígrafe 7 de este Anexo, MUGEJU denegará la autorización, mediante Resolución motivada. En los demás casos, MUGEJU 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, MUGEJU 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

MUGEJU 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 SNS.
- 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 2

Convenios de asistencia en el medio rural

Para hacer posible la prestación de servicios sanitarios en las zonas rurales a los beneficiarios adscritos a la Entidad, MUGEJU podrá convenir con los Servicios de Salud de las comunidades autónomas la prestación de aquellos, de acuerdo con la posibilidad prevista en el artículo 48 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre.

1. *Habilitación a MUGEJU*

Mediante la firma del Concierto, la Entidad concede su expresa y total autorización a MUGEJU para convenir dichos servicios, que ampara también la autorización para las prórrogas que, en su caso, se puedan convenir.

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.

2. *Objeto*

Los servicios que podrán figurar 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.

3. *Contenido*

3.1 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.

3.2 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 aplique por la prestación de servicios sanitarios u otros de menor cuantía que se puedan convenir.

3.3 El importe final de cada convenio, conforme a lo previsto en el punto 1.3.2.a), será satisfecho con cargo al precio que, una vez devengado y librado, MUGEJU debe abonar a cada Entidad por el Concierto, entendiéndose realizado el pago por cuenta de la misma. MUGEJU realizará cada pago mensual con cargo al importe del mismo mes que deba abonar a la Entidad por el Concierto, trasladándole la justificación correspondiente.

También se podrá establecer que el importe final de cada convenio, conforme a lo previsto en el punto 1.3.2.a), sea abonado directamente por las Entidades en la forma que se determine en los convenios.

3.4 En aquellos convenios en los que la contraprestación económica, conforme a lo previsto en el punto 1.3.2.b), se estipule por acto médico, la Entidad procederá al pago directo a la respectiva Comunidad Autónoma en los términos que se estipulen en 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, MUGEJU procederá al abono de éstas con cargo al importe que deba abonar a la Entidad por el Concierto, entendiéndose realizado el pago por cuenta de la misma y trasladándole la justificación correspondiente.

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 y de conformidad con la cláusula 3.2.4.

2. Disponibilidad de medios de Atención Primaria

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

a) En los municipios de menos de 10.000 habitantes se deberá garantizar siempre de médico general o de familia y diplomado en enfermería. Además, los municipios a partir de 5.000 habitantes dispondrán de pediatra.

En los municipios de más de 10.000 habitantes se deberá garantizar, además, la asistencia de fisioterapeuta y odontoestomatólogo.

b) En los municipios de más de 20.000 habitantes se deberá garantizar, además, la podología, y asistencia de matrona.

c) En los municipios de más de 100.000 habitantes se deberá garantizar 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 de conformidad con lo dispuesto en la cláusula 3.2.4 y en los puntos siguientes.

2.4 Como criterio especial se tendrá en cuenta que, en las zonas rurales expresamente previstas en los convenios a que se refiere el anexo 2 del Concierto, y con el alcance y contenido estipulado en cada uno de ellos, la asistencia sanitaria a nivel ambulatorio, domiciliario o de urgencia a cargo del médico general o de familia, pediatra, diplomado en enfermería y matrona se podrá prestar por los Servicios de Atención Primaria y de Urgencia de la Red Sanitaria Pública. En todo caso, los beneficiarios residentes en los municipios incluidos en los respectivos convenios rurales, podrán optar por ser atendidos en los medios de que disponga la Entidad en los municipios próximos.

En todo caso, y a los fines asistenciales del Concierto, quedan asimilados a los medios de la Entidad los servicios de Atención Primaria y de urgencias de los Servicios

Públicos de Salud concertados por cuenta de la Entidad, conforme a lo previsto en los convenios rurales a que se refiere el Anexo 2 de este Concierto.

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, o éstos sólo tengan por objeto la asistencia sanitaria de urgencias, con el fin de facilitar el servicio de Atención Primaria, la Entidad podrá prestarla por médico general o de familia y diplomado en enfermería en régimen domiciliario a solicitud de los beneficiarios mediante cita previa, garantizando una respuesta asistencial en una plazo no superior a 72 horas desde que se efectuó el aviso a la Entidad.

2.6 En los municipios de menos de 20.000 habitantes en los que la Entidad no preste la Atención Primaria conforme a lo establecido en el punto 2.4 o 2.5 de este anexo y no disponga de medios propios o concertados y en los que tampoco 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. Definición de los Niveles de Atención Especializada y Cartera de Servicios

3.1 La Atención Especializada se dispensará en municipios o agrupaciones con población a partir de 20.000 habitantes que se relacionan en el presente Anexo, sin perjuicio de lo establecido en la cláusula 2.4.2.

3.2 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, número de beneficiarios residentes, así como distancia y tiempo de desplazamiento a los núcleos urbanos donde existe una mayor disponibilidad de recursos sanitarios privados.

Asimismo, y teniendo en consideración lo anterior, a efectos de optimizar la disponibilidad de medios privados concertados se agrupan algunos municipios por proximidad geográfica y facilidad de transporte, así como por concentrar un mayor número de beneficiarios, de manera que se considerará válida la oferta de los medios exigidos en ese nivel en cualquiera de los municipios que aparecen agrupados en los listados correspondientes por niveles de Atención Especializada.

3.3 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.

3.4 En el punto 3.9 de este anexo se incluyen las siguientes tablas descriptivas:

- Tabla 1 que relaciona la exigencia de disponibilidad de medios y servicios.
- Tabla 2 que relaciona las especialidades de presencia física en urgencias hospitalarias.
- Tabla 3 que relaciona las unidades y equipos multidisciplinares y consejo genético por niveles de atención.

3.5 Nivel I de Atención Especializada.

3.5.1 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.	Carballo.
A CORUÑA.	Culleredo.

Provincia	Municipios y agrupaciones nivel I
A CORUÑA.	Ribeira.
ALBACETE.	Almansa.
ALBACETE.	Villarrobledo.
ALICANTE/ALACANT.	Campello, El / Mutxamel.
ALICANTE/ALACANT.	San Vicente del Raspeig/Sant Vicent del Raspeig / Sant Joan d' Alacant.
ASTURIAS.	Castrillón.
BARCELONA.	Castellar del Vallès.
BARCELONA.	Esparreguera / Martorell / Olesa de Montserrat.
BARCELONA.	Igualada.
BARCELONA.	El Mas Nou.
BARCELONA.	Molins de Rei / Sant Andreu de la Barca / Sant Vicenç dels Horts.
BARCELONA.	Premià de Mar.
BARCELONA.	Sitges.
BIZKAIA.	Barakaldo.
BIZKAIA.	Portugalete / Santurtzi / Sestao.
CÁDIZ.	Arcos de la Frontera.
CÁDIZ.	Conil de la Frontera.
CÁDIZ.	Rota.
CANTABRIA.	Camargo.
CANTABRIA.	Castro-Urdiales.
CANTABRIA.	Piélagos.
CASTELLÓN/CASTELLÓ.	Borriana/Burriana.
CASTELLÓN/CASTELLÓ.	Vall d'Uixó, La.
CASTELLÓN/CASTELLÓ.	Vila-real.
CÓRDOBA.	Cabra.
CÓRDOBA.	Montilla.
CÓRDOBA.	Priego de Córdoba.
GIPUZKOA.	Errenteria / Irun.
GIRONA.	Banyoles.
GIRONA.	Blanes / Lloret de Mar.
GRANADA.	Almuñécar.
GRANADA.	Armillá.
GRANADA.	Baza.
GRANADA.	Gabias, Las.
GRANADA.	Loja.
GRANADA.	Maracena.
GUADALAJARA.	Azuqueca de Henares.

Provincia	Municipios y agrupaciones nivel I
HUELVA.	Aljaraque.
HUELVA.	Ayamonte.
ILLES BALEARS.	Calviá.
ILLES BALEARS.	(ISLA DE MALLORCA) - Inca.
ILLES BALEARS.	(ISLA DE MALLORCA) - Lluçmajor.
ILLES BALEARS.	(ISLA DE MALLORCA) - Marratxí.
ILLES BALEARS.	(ISLA DE MENORCA) - Ciutadella de Menorca.
ILLES BALEARS.	(ISLA DE MENORCA) - Maó-Mahón.
JAÉN.	Alcalá la Real.
JAÉN.	Martos.
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 LANZAROTE) - Tegüise.
MADRID.	Arroyomolinos.
MADRID.	Navalcarnero.
MADRID.	Paracuellos del Jarama.
MADRID.	Villaviciosa de Odón.
MADRID/TOLEDO.	Ciempozuelos (Madrid) / Seseña (Toledo).
MÁLAGA.	Cártama.
MÁLAGA.	Coín.
MURCIA.	Águilas.
MURCIA.	Alcantarilla.
MURCIA.	Alhama de Murcia / Totana.
MURCIA.	Caravaca de la Cruz.
MURCIA.	Jumilla.
PONTEVEDRA.	Estrada, A.
PONTEVEDRA.	Cangas.
PONTEVEDRA.	Lalín.
PONTEVEDRA.	Marín.
PONTEVEDRA.	Redondela.
SANTA CRUZ DE TENERIFE.	(ISLA DE LA PALMA) - Llanos de Aridane, Los.
SANTA CRUZ DE TENERIFE.	(ISLA DE TENERIFE) - Candelaria.
SANTA CRUZ DE TENERIFE.	(ISLA DE TENERIFE) Güímar.
SANTA CRUZ DE TENERIFE.	(ISLA DE TENERIFE) - Tacoronte.
SEVILLA.	Bormujos.
SEVILLA.	Camas.

Provincia	Municipios y agrupaciones nivel I
SEVILLA.	Carmona.
SEVILLA.	Coria de Río.
SEVILLA.	Lebrija.
SEVILLA.	Mairena del Alcor.
SEVILLA.	Mairena del Aljarafe.
SEVILLA.	Morón de la Frontera.
SEVILLA.	Palacios y Villafranca, Los.
SEVILLA.	Rinconada, La.
SEVILLA.	San Juan de Aznalfarache.
SEVILLA.	Tomares.
TARRAGONA.	Salou / Vila-seca.
TARRAGONA.	Valls.
TOLEDO.	Illescas.
VALENCIA/VALÈNCIA.	Alaquàs / Aldaia / Xirivella.
VALENCIA/VALÈNCIA.	Alboraia/Alboraya.
VALENCIA/VALÈNCIA.	Algemesí.
VALENCIA/VALÈNCIA.	Bétera.
VALENCIA/VALÈNCIA.	Catarroja,
VALENCIA/VALÈNCIA.	Cullera.
VALENCIA/VALÈNCIA.	Llíria / Pobla de Vallbona, La.
VALENCIA/VALÈNCIA.	Paiporta.
VALENCIA/VALÈNCIA.	Requena.
VALENCIA/VALÈNCIA.	Riba-roja de Túria.
VALENCIA/VALÈNCIA.	Sueca.
VALENCIA/VALÈNCIA.	Torrent.
VALENCIA/VALÈNCIA.	Xàtiva.
VALLADOLID.	Arroyo de la Encomienda.
VALLADOLID.	Laguna de Duero.
VALLADOLID.	Medina del Campo.
ZARAGOZA.	Calatayud.

3.5.2 Estos municipios y agrupaciones dispondrán, al menos, 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.

3.6 Nivel II de Atención Especializada.

3.6.1 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
A CORUÑA.	Oleiros.
ALBACETE.	Hellín.
ALICANTE/ALACANT.	Alcoy/Alcoi / Ibi.
ALICANTE/ALACANT.	Dénia / Jávea/Xàbia.
ALICANTE/ALACANT.	Aspe / Crevillent / Elche/Elx / Novelda / Santa Pola.
ALICANTE/ALACANT.	Elda / Petrer / Villena.
ALICANTE/ALACANT.	Alfàs del Pi, L` / Altea / Benidorm / Villajoyosa/ Vila Joiosa, La.
ALICANTE/ALACANT.	Orihuela.
ALICANTE/ALACANT.	Torre Vieja.
ALMERÍA.	Ejido, El.
ALMERÍA.	Roquetas de Mar.
ASTURIAS.	Avilés.
ASTURIAS.	Langreo / Mieres.
ASTURIAS.	Siero.
BADAJOS.	Don Benito / Villanueva de la Serena.
BARCELONA.	Badalona / Sant Adrià de Besòs / Santa Coloma de Gramenet.
BARCELONA.	Barberà del Vallès / Cerdanyola del Vallès / Ripollet.
BARCELONA.	Castelldefels / Gavà / Viladecans.
BARCELONA.	Cornellà de Llobregat / Hospitalet de Llobregat, L` / Sant Boi de Llobregat.
BARCELONA.	Esplugues de Llobregat / Sant Feliu de Llobregat / Sant Joan Despí / Prat de Llobregat, El.
BARCELONA.	Granollers / Mollet del Vallès / Montcada i Reixac.
BARCELONA.	Manlleu / Vic.
BARCELONA.	Manresa.
BARCELONA.	Mataró / Vilassar de Mar.
BARCELONA.	Rubí / Sant Cugat del Vallès / Terrassa.
BARCELONA.	Sabadell.
BARCELONA.	Vilafranca del Penedès.
BARCELONA / TARRAGONA.	Vilanova i la Geltrú / Vendrell, El (Tarragona).
BIZKAIA.	Getxo / Leioa.
BURGOS.	Aranda de Duero.
BURGOS.	Miranda de Ebro.
CÁCERES.	Plasencia.

Provincia	Municipios y agrupaciones nivel II
CÁDIZ.	Chiclana de la Frontera / Puerto Real.
CÁDIZ.	Sanlúcar de Barrameda.
CANTABRIA.	Torrelavega.
CASTELLÓN/CASTELLÓ.	Benicarló / Vinaròs.
CIUDAD REAL.	Alcázar de San Juan.
CIUDAD REAL.	Puertollano.
CIUDAD REAL.	Tomelloso.
CIUDAD REAL.	Valdepeñas.
CÓRDOBA.	Lucena / Puente Genil.
GIRONA.	Figuera.
GIRONA.	Olot.
GRANADA.	Motril.
HUELVA.	Cartaya/Isla Cristina/Lepe.
ILLES BALEARS.	(ISLA DE IBIZA) – Eivissa / Sant Antoni de Portmany / Sant Josep de sa Talaia / Santa Eulària des Riu.
ILLES BALEARS.	(ISLA DE MALLORCA) - Manacor.
JAÉN.	Andújar.
JAÉN.	Linares.
JAÉN.	Úbeda.
LAS PALMAS.	(ISLA DE FUERTEVENTURA) - Puerto del Rosario.
LAS PALMAS.	(ISLA DE GRAN CANARIA) - San Bartolomé de Tirajana / Santa Lucía de Tirajana.
LAS PALMAS.	(ISLA DE GRAN CANARIA) - Telde.
LAS PALMAS.	(ISLA DE LANZAROTE) - Arrecife.
LEÓN.	Ponferrada.
LLEIDA.	La Seu d'Urgell.
MADRID.	Alcobendas / San Sebastián de los Reyes.
MADRID.	Aranjuez.
MADRID.	Arganda del Rey / Rivas-Vaciamadrid.
MADRID.	Colmenar Viejo / Tres Cantos.
MADRID.	Collado Villalba / Galapagar / TorreloDONEs.
MADRID.	Coslada / San Fernando de Henares.
MADRID.	Getafe / Parla.
MADRID.	Leganés.
MADRID.	Pinto / Valdemoro.
MÁLAGA.	Alhaurín de la Torre.
MÁLAGA.	Antequera.
MÁLAGA.	Benalmádena / Torremolinos.
MÁLAGA.	Estepona.

Provincia	Municipios y agrupaciones nivel II
MÁLAGA.	Fuengirola / Marbella / Mijas.
MÁLAGA.	Rincón de la Victoria / Vélez-Málaga.
MÁLAGA.	Ronda.
MURCIA.	Cieza / Molina de Segura / Torres de Cotillas, Las.
MURCIA.	Pilar de la Horadada (Alicante/Alacant) / San Javier (Murcia) / San Pedro del Pinatar (Murcia).
MURCIA.	Yecla.
NAVARRA.	Tudela.
PONTEVEDRA.	Vilagarcía de Arousa.
SANTA CRUZ DE TENERIFE.	(ISLA DE TENERIFE) - Adeje / Arona / Granadilla de Abona.
SANTA CRUZ DE TENERIFE.	(ISLA DE TENERIFE) - Orotava, La / Puerto de la Cruz / Realejos, Los.
SANTA CRUZ DE TENERIFE.	(ISLA DE TENERIFE) - San Cristóbal de la Laguna.
SEVILLA.	Alcalá de Guadaíra / Dos Hermanas.
SEVILLA.	Écija.
SEVILLA.	Utrera.
TARRAGONA.	Amposta / Tortosa.
TARRAGONA.	Cambrils / Reus.
VALENCIA/VALÈNCIA.	Alzira / Carcaixent.
VALENCIA/VALÈNCIA.	Burjassot / Manises / Mislata / Paterna / Quart de Poblet.
VALENCIA/VALÈNCIA.	Ontinyent.
VALENCIA/VALÈNCIA.	Sagunto/Sagunt.

3.6.2 Estos municipios y agrupaciones dispondrán, al menos, de los medios de Atención Especializada especificados en la tabla 1, que comprenderá la asistencia sanitaria en régimen de consultas externas o ambulatorias y urgencias hospitalarias. La Entidad también asumirá, en su caso, los correspondientes ingresos o estancias para cualquier régimen de atención hospitalaria que puedan derivarse de esas urgencias hospitalarias, facilitando el acceso a cualquier especialidad que fuera precisa.

3.6.3 Además, en todos aquellos municipios o agrupaciones de municipios donde existan centros hospitalarios privados y la Entidad no disponga de centro concertado, se obliga a proporcionar en esos centros (incluyendo todas las especialidades disponibles en el mismo) la asistencia sanitaria, en régimen de consultas externas y para cualquier régimen de atención hospitalaria a los beneficiarios residentes en ese municipio o agrupación. La atención de urgencia hospitalaria también será proporcionada por la Entidad en estos centros hospitalarios a cualquier beneficiario del Concierto, en los términos señalados en el punto 3.6.2.

A los fines asistenciales del Concierto, esos centros hospitalarios privados quedan asimilados a los medios de la Entidad.

3.6.4 En el caso de centros privados concertados, la Entidad deberá disponer en las urgencias hospitalarias de médicos de presencia física para las especialidades de este nivel recogidas en la tabla 2.

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.

3.7 Nivel III de Atención Especializada

3.7.1 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.	Ames / Santiago de Compostela.
A CORUÑA.	Ferrol / Narón.
ALMERÍA.	Almería.
ARABA/ÁLAVA.	Vitoria-Gasteiz.
ASTURIAS.	Gijón.
ÁVILA.	Ávila.
BADAJOS.	Almendralejo / Mérida.
BARCELONA.	Manresa.
BARCELONA.	Terrasa/Sabadell.
BURGOS.	Burgos.
CÁCERES.	Cáceres.
CÁDIZ.	Algeciras / Barrios, Los / Línea de la Concepción, La.
CÁDIZ.	Cádiz / San Fernando.
CÁDIZ.	Jerez de la Frontera / Puerto de Santamaría, El.
CASTELLÓN/CASTELLÓ.	Almazora/Almassora / Castellón de la Plana/Castelló de la Plana.
CEUTA.	Ceuta.
CIUDAD REAL.	Ciudad Real.
CUENCA.	Cuenca.
GIPUZKOA.	San Sebastián/Donostia.
GIRONA.	Gerona / Salt.
GUADALAJARA.	Guadalajara.
HUELVA.	Huelva.
HUESCA.	Huesca.
JAÉN.	Jaén.
LEÓN.	León / San Andrés del Rabanedo.
LLEIDA.	Lleida.
LUGO.	Lugo.
MADRID.	Alcalá de Henares / Torrejón de Ardoz.
MADRID.	Alcorcón / Fuenlabrada / Móstoles.
MADRID.	Boadilla del Monte / Majadahonda / Rozas de Madrid, Las.

Provincia	Municipios y agrupaciones nivel III
MADRID.	Pozuelo de Alarcón.
MELILLA.	Melilla.
MURCIA.	Cartagena.
MURCIA.	Lorca.
OURENSE.	Ourense.
PALENCIA.	Palencia.
PONTEVEDRA.	Pontevedra.
SALAMANCA.	Salamanca.
SEGOVIA.	Segovia.
SORIA.	Soria.
TARRAGONA.	Tarragona.
TERUEL.	Teruel.
TOLEDO.	Talavera de la Reina.
TOLEDO.	Toledo.
VALENCIA/VALÈNCIA.	Gandía / Oliva.
ZAMORA.	Zamora.

3.7.2 Estos municipios y agrupaciones dispondrán, al menos, 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, de hospitalización y de urgencias hospitalarias.

3.7.3 La Entidad deberá disponer en las urgencias hospitalarias de médicos de presencia física para las especialidades de este nivel recogidas en la tabla 2.

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.

3.7.4 En caso de hospitalización la oferta de la Entidad se considerará válida cuando el hospital ofertado se sitúe en otro municipio, siempre que el hospital 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 y en dicho municipio no fuera exigible, a su vez, la disponibilidad de hospital.

3.8 Nivel IV de Atención Especializada.

3.8.1 El marco territorial del Nivel IV 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
CA. ANDALUCÍA.	Córdoba.	Córdoba.
	Granada.	Granada.
	Málaga.	Málaga.
	Sevilla.	Sevilla.

Comunidad Autónoma	Provincia	Municipios nivel IV
CA. ARAGÓN.	Zaragoza.	Zaragoza.
CA. PRINCIPADO DE ASTURIAS.	Asturias.	Oviedo.
CA. CANARIAS.	Las Palmas.	Las Palmas de Gran Canaria.
	Tenerife.	Santa Cruz de Tenerife.
CA. CANTABRIA.	Cantabria.	Santander.
CA. CASTILLA-LA MANCHA.	Albacete.	Albacete.
CA. CASTILLA Y LEÓN.	Valladolid.	Valladolid.
CA. CATALUÑA.	Barcelona.	Barcelona.
CA. EXTREMADURA.	Badajoz.	Badajoz.
CA. GALICIA.	A Coruña.	A Coruña.
	Pontevedra.	Vigo.
CA. ILLES BALEARS.	Illes Balears.	Palma de Mallorca.
CA. LA RIOJA.	La Rioja.	Logroño.
CA. MADRID.	Madrid.	Madrid.
CA. REGIÓN DE MURCIA.	Murcia.	Murcia.
CA. FORAL DE NAVARRA.	Navarra.	Pamplona.
CA. PAÍS VASCO.	Bizkaia.	Bilbao.
CA. VALENCIANA.	Valencia/València.	Valencia/València.
	Alicante/Alacant.	Alicante/Alacant.

3.8.2 Todos los municipios incluidos en la tabla anterior dispondrán, al menos, 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, de hospitalización y de urgencias hospitalarias.

En los municipios de Madrid y Barcelona siempre se garantizará la disponibilidad de todos los Servicios de Nivel IV y de, al menos, un Hospital con acreditación docente para la Formación Médica Especializada.

3.8.3 Con carácter excepcional, en caso de no disponer de medios propios o concertados de algunas de las especialidades en los municipios relacionados, MUGEJU 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.

3.8.4 La Entidad deberá disponer en las urgencias hospitalarias de médicos de presencia física para las especialidades de este nivel recogidas en la tabla 2.

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.

3.8.5 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 30 minutos o 20 kilómetros desde el núcleo urbano, y en dicho municipio no fuera exigible, a su vez, la disponibilidad de hospital.

3.9 Tablas descriptivas de disponibilidad de medios y niveles de Atención Especializada:

A) Tabla 1: Exigencia de disponibilidad de medios y servicios

Especialidad/Servicio	Especificaciones	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV
Alergología.					
Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica.	Análisis clínicos.				
	Citogenética/Genética.				
	Inmunología.				
Anatomía patológica.					
Anestesiología y Reanimación / URPA.					
Angiología y Cirugía Vascul.					
Aparato Digestivo.	Aparato Digestivo.				
	Endoscopia.				
	Cápsula endoscópica.				
Cardiología.	Cardiología.				
	Electrofisiología cardiaca/ marcapasos.				
	Desfibrilador implantable.				
	Ablación/cardioversión.				
	Hemodinámica.				
Cirugía Cardiovascular.					
Cirugía General y 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.					
Farmacia Hospitalaria.					
Ginecología y Obstetricia.	Ginecología y Obstetricia.				
	Ecografía ginecológica.				
	Diagnóstico prenatal.				
	Obstetricia de alto riesgo.				
	Reproducción Humana Asistida.				

Especialidad/Servicio	Especificaciones	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV
Hematología y Hemoterapia.	Hematología/Hospital de día.				
	Hemoterapia.				
Medicina Física y Rehabilitación.	Medicina Física y RH.				
	Fisioterapia general.				
	Logopedia.				
	Rehabilitación cardiaca.				
	Rehabilitación integral daño cerebral.				
	Rehabilitación suelo pélvico.				
	Terapia ocupacional.				
Medicina Intensiva / UCI.					
Medicina Interna.					
Medicina Nuclear.	Gammagrafía/Radioisótopos.				
	PET y PET-TC.				
Nefrología.	Nefrología.				
	Hemodiálisis y diálisis peritoneal.				
Neumología.	Neumología.				
Neurocirugía.					
Neurofisiología Clínica.	Neurofisiología Clínica.				
	Potenciales evocados.				
	Unidad del sueño.				
Neurología.					
Oftalmología.					
Oncología Médica.	Oncología Médica.				
	Hospital de día.				
Oncología Radioterápica.	Oncología Radioterápica.				
Otorrinolaringología.	Otorrinolaringología.				
	Rehabilitación vestibular.				
Pediatría.					
Psiquiatría.					
Radiodiagnóstico.	Radiología convencional.				
	Ecografía.				
	Mamografía.				
	TAC.				
	RMN.				
	Densitometría.				
Radiología intervencionista.					

Especialidad/Servicio	Especificaciones	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV
Reumatología.					
Urología.	Urología.				
	Litotricia.				
	Láser verde. Biopsia Fusi.				
Otros.	Odontostomatología.				
	Psicología.				

B) Tabla 2. Especialidades de presencia física en urgencias hospitalarias

Urgencias hospitalarias	Nivel II	Nivel III	Nivel IV
Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica.			
Anestesiología y Reanimación/URPA.			
Angiología y Cirugía Vascul.			
Aparato Digestivo.			
Cardiología.			
Cirugía Cardiovascular.			
Cirugía General y Aparato Digestivo.			
Cirugía Oral y 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.			

C) Tabla 3. Unidades/equipos multidisciplinares/Consejo Genético

Unidades/Equipos	Nivel III	Nivel IV
Cuidados Paliativos.		
Unidad del Dolor.		
Unidad de Ictus.		
Unidad de Trastornos de la Alimentación.		
Unidad de Atención Temprana.		
Unidad de Infecciosos.		
Consejo Genético.		

3.10 Servicios de Referencia.

Se consideran Servicios de Referencia los destinados a la atención de patologías que precisen de alta especialización profesional o elevada complejidad tecnológica, o cuando el número de casos a tratar no sea elevado y pueda resultar aconsejable la concentración de los recursos diagnósticos y terapéuticos. Los Servicios de Referencia tendrán como marco geográfico y poblacional el conjunto del territorio nacional.

3.10.1 Con carácter general, las patologías, técnicas, tecnologías o procedimientos diagnósticos o terapéuticos susceptibles de ser tratados en los Servicios de Referencia serán las designadas por el Comité de Designación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia del SNS, y que son publicadas por resoluciones del Ministerio de Sanidad. En estos casos la Entidad facilitará el acceso a estos centros ubicados en la Comunidad Autónoma de residencia o, de no existir en ésta, en la Comunidad Autónoma limítrofe más cercana a la residencia del beneficiario.

3.10.2 Además de lo señalado en el punto anterior, dentro de la Cartera de Servicios de Atención Especializada se considerarán de referencia los servicios, técnicas, y procedimientos terapéuticos siguientes:

- a) Tratamientos complejos del Cáncer:
 1. Cirugía con intención curativa del cáncer de esófago.
 2. Cirugía con intención curativa del cáncer pancreático.
 3. Cirugía oncológica combinada de los órganos pélvicos.
 4. Cirugía radioguiada.
 5. Cirugía de las metástasis hepáticas.
 6. Radiocirugía del sistema nervioso central y extracraneal.
 7. Radioterapia intraoperatoria.
- b) Trasplante de órganos, tejidos y células.
- c) Unidad de Daño Cerebral.
- d) Unidad de Lesionados Medulares.
- e) Unidad de Grandes Quemados.
- f) Cirugía Torácica:
 1. Videotoracoscopias diagnósticas y terapéuticas.
 2. Tratamientos endoscópicos paliativos en cáncer de pulmón y tumores traqueobronquiales.
 3. Neuroestimuladores diafragmáticos.
 4. Prótesis traqueales y bronquiales.

- g) Cirugía robotizada.
- h) Protonterapia.

3.10.3 La Entidad ofertará, como mínimo, tres alternativas, de las cuales al menos una deberá estar ubicada en la Comunidad Autónoma de residencia del beneficiario o, de no existir en esa, en la Comunidad Autónoma limítrofe más cercana a la residencia del beneficiario. Cuando las alternativas ofertadas sólo se diferencien por la titularidad patrimonial del centro, se priorizará la que corresponda a un centro sanitario privado.

4. Condiciones complementarias para el Territorio Insular

4.1 Además de lo señalado en cada nivel para los correspondientes municipios o agrupaciones que se mencionan en el punto 3 anterior, las condiciones especiales complementarias para las islas de los archipiélagos balear y canario serán las siguientes:

- a) En Atención Especializada se ha tomado como referencia la población de cada isla.
- b) En las islas no capitalinas la Entidad deberá garantizar los servicios de urgencia hospitalarios de conformidad con lo dispuesto en la cláusula 2.4.2. y el punto 3.6.2 del presente Anexo.

4.2 Conforme a las condiciones especiales establecidas en el punto anterior, 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
Formenteraa.				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.	Nivel I.	x		x
El Hierro.				x

4.3 Lo dispuesto en el punto 3.6.3 del presente Anexo será de aplicación a las islas a las que conforme a lo dispuesto en el punto anterior corresponde el Nivel II de Atención Especializada, salvo que alguno de sus municipios figure relacionado en la tabla incluida en el punto 3.6.1, correspondiente a ese mismo nivel asistencial.

4.4 En el caso de Formentera, La Gomera y El Hierro, se atenderán los gastos de desplazamiento interinsular para la asistencia a especialidades de Nivel II.

4.5 La Entidad asumirá en todos los casos los gastos de desplazamiento interinsular para la asistencia a las especialidades de Nivel III y Nivel IV, salvo que disponga de medio concertado para prestar esa asistencia en la isla.

4.6 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.

4.7 La Atención Especializada de Nivel IV, si no estuviera disponible en la correspondiente Comunidad Autónoma, se prestará en aquella que resulte más próxima en tiempo de desplazamiento, debiendo asumir la Entidad los gastos de desplazamiento.

ANEXO 4

Instrucciones para la elaboración y difusión del catálogo de proveedores

1. Edición de los Catálogos de Proveedores.

La Entidad publicará sus Catálogos de Proveedores específicos para MUGEJU.

El Catálogo de Proveedores, cuyo contenido se ajustará a lo previsto en la cláusula 3.3, será de ámbito provincial y equivalente al que suministre la Entidad en el registro de medios sanitarios descrito en el punto 5 del Anexo 6.

La Entidad pondrá a disposición los catálogos en formato electrónico en los Servicios centrales y en las delegaciones provinciales de MUGEJU.

2. La estructura e información de los catálogos será:

A) En la portada deberán figurar el logotipo de MUGEJU y el de la Entidad, así como de forma destacada el teléfono gratuito y único del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias de la Entidad.

B) 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. Página web de la Entidad.

4. Dirección; teléfono, que será distinto del teléfono de información general de la Entidad, 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, o en su defecto, recogerá los datos de la oficina virtual y procedimiento de actuación de la misma.

5. Acceso a plataformas de telemedicina.

C) En el margen derecho del encabezado de cada página deberá figurar el teléfono del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias.

D) Índice general del Catálogo.

E) A continuación 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.

F) Centros hospitalarios en la provincia, indicando la relación de especialidades concertadas.

G) Cuadro médico.

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 municipio, 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 los apellidos 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, 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. En todos los casos, ordenados alfabéticamente por los apellidos del profesional. 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.

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 por orden alfabético.

H) 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.

I) Cuadros resumen con los medios por niveles de Atención Especializada ofertada, según lo previsto en el Anexo 3, indicando el nombre del hospital y el municipio en el que se localiza.

J) Índice de facultativos por orden alfabético e índice de centros concertados.

K) Información general y normas de uso establecidas en el Concierto.

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 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 por MUGEJU con los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas o, en su caso, cuando no se hayan formalizado convenios.

En Anexo aparte se incluirá la relación detallada de los municipios afectados por dicho convenio en el ámbito provincial.

ANEXO 5

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 4.8 del Concierto, la prestación de los servicios que se indican a continuación precisa autorización previa de la Entidad:

1.1 Hospitalizaciones:

A) Hospitalización.

B) Hospitalización de día.

C) Hospitalización domiciliaria.

D) Cuidados paliativos a domicilio por equipos de soporte.

1.2 Técnicas diagnósticas, tratamientos y técnicas quirúrgicas:

A) Cirugía ambulatoria.

B) Odontología: Tartrectomía (limpieza de boca). Prótesis dentarias e implantes osteointegrados en accidente en acto de servicio o enfermedad profesional y en los supuestos previstos en el último párrafo de la cláusula 2.8.2 y en la cláusula 2.8.3 del Concierto.

C) Rehabilitación, Fisioterapia y Logopedia.

D) Terapias Respiratorias: Oxigenoterapia, Ventiloterapia y Aerosolterapia a domicilio.

E) Tratamiento de Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis.

F) Oncología: Inmunoterapia y Quimioterapia, Cobaltoterapia, Radiumterapia e Isótopos Radiactivos, Braquiterapia, Protonterapia y Acelerador Lineal.

G) Diagnóstico por imagen: Tomografía Axial Computerizada, Resonancia Magnética, Ortopantomografía, Mamografía, PET-TC, Gammagrafía, Doppler y Densitometría Ósea.

H) Estudios neurofisiológicos.

I) Test y estudios neuropsicológicos.

J) Estudio y tratamiento endoscópico.

K) Cardiología: Estudios y tratamientos hemodinámicos.

L) Obstetricia: Amniocentesis.

M) 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.

- N) Tratamiento en Unidad del Dolor.
- O) Estudio y tratamiento en Unidad del Sueño.
- P) litotricia renal extracorpórea.
- Q) Pruebas diagnósticas de infección aguda (PDIA) por COVID 19.

1.3 Psicoterapia.

1.4 Asistencia a médicos consultores.

1.5 Podología.

1.6 Los servicios correspondientes al Nivel IV y los Servicios de Referencia.

1.7 Los Servicios correspondientes a los centros hospitalarios privados no concertados a los que se refiere el punto 3.6.3. del Anexo 3.

2. Procedimiento para la obtención de autorización previa

2.1 La autorización previa de los servicios relacionados en el punto 1 de este Anexo deriva de la necesidad de ordenar y canalizar las prestaciones por parte de la Entidad, para facilitar la asistencia y evitar demoras, pero nunca puede suponer una restricción al acceso a las prestaciones reconocidas en la Cartera de Servicios.

2.2 La Entidad dispondrá los recursos organizativos necesarios para facilitar que los beneficiarios de MUGEJU que lo precisen soliciten y 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) En cualquiera de sus delegaciones físicas o virtuales.
- b) Telefónicamente.
- c) A través de la página web de la Entidad.

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

a) Datos personales del solicitante:

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

b) 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.

2.4 En el caso referido en el punto 1.7 de este Anexo, la Entidad, una vez recibida la solicitud, podrá confirmar el profesional o servicio del centro sanitario privado o bien asignar otro diferente, siempre que constituya una alternativa asistencial válida para la realización de la prestación solicitada.

2.5 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. La Entidad podrá entregarla o remitirla al beneficiario por alguno de los siguientes medios:

- a) En mano, cuando la solicitud se haya presentado presencialmente en cualquiera de las delegaciones de la Entidad y, ello resulte posible.
- b) Por correo o teléfono, cuando habiéndose presentado de forma presencial, no sea posible su tramitación en el acto.
- c) Por correo electrónico o por cualquier otro medio electrónico, cuando la solicitud se haya presentado a través de la página web de la Entidad o en la oficina virtual.

2.6 El envío de la autorización al beneficiario por parte de la Entidad se realizará con la mayor brevedad posible, a fin de evitar eventuales demoras en el acceso a la prestación solicitada. Si no fuera posible la tramitación inmediata, la Entidad le entregará un justificante de la solicitud, disponiendo como máximo de cinco días hábiles para el envío de la autorización, excepto en el caso previsto en la cláusula 5.2.1 c) del Concerto, en el que dispondrá de diez días hábiles.

En el caso de las PDIA para el coronavirus, el envío de la autorización por la Entidad al beneficiario se realizará dentro de las 24 horas siguientes a la solicitud.

2.7 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.

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

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

ANEXO 6

Sistema 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 MUGEJU 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	Número de consultas*	Coste
Medicina General Familiar.		
Pediatría.		
Alergología.		
Anestesiología y Reanimación.		
Angiología y Cirugía Vascul.		
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.		
Oftalmología.		
Oncología Médica.		
Oncología Radioterápica.		
Otorrinolaringología.		
Psiquiatría.		
Rehabilitación.		

Especialidad	Número de consultas*	Coste
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	Número pacientes	Número consultas/sesiones/servicios	Coste
DUE.			
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	Número 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:		
- Bioquímica.		
- Endocrinología.		
- Genética.		
- Hematología.		
- Inmunología.		
- Microbiología.		
- Parasitología.		
- Otras determinaciones.		
Anatomía Patológica:		
- Biopsias.		
- Citologías.		
- PAAF.		
- Otros.		
Medicina Nuclear:		
- Gammagrafías.		
- PET-TC.		
- Otros.		
Otras pruebas diagnósticas:		
Alergia:		
- Pruebas alérgicas.		
Cardiología:		
- ECG.		
- Ecocardiografía / Eco doppler.		
- Ergometría.		

Diagnóstico por imagen	Número de estudios	Coste
- Holter.		
- Otros (excluye hemodinámica y electrofisiología).		
Digestivo:		
- Gastroscopias.		
- Colonoscopias.		
- Otros.		
Ginecología:		
- 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 MUGEJU 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	N.º 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.						

* N.º 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*	Número de pacientes	Número de sesiones/días**	Coste
– Oncohematológico.			
– Psiquiatría.			
– Otros.			
Hospitalización a domicilio:			
– Hospitalización a domicilio.			

* Excluye el hospital de día quirúrgico.

** N.º de sesiones acumuladas trimestralmente por línea de actividad.

1.4 Información sobre actividad de urgencias.

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

Tabla 7. Actividad quirúrgica

Actividad	Número 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 MUGEJU los datos acumulados de actividad de otros procedimientos terapéuticos desglosados por:

Tabla 8. Otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos

Procedimientos	Número de procedimientos	Coste
Implante de neuroestimuladores intracraneales.		
Radiocirugía simple.		
Radiocirugía fraccionada.		
Litotricias.		

Procedimientos	Número de procedimientos	Coste
Implantes cocleares.		
Radioterapia.		
Hemodinámica cardiaca diagnóstica.		
Hemodinámica cardiaca terapéutica:		
– N.º 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 transfronteriza

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

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

3. Registro de medios sanitarios

3.1 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 MUGEJU con arreglo a las instrucciones dictadas por MUGEJU. Además de los datos generales de la Entidad, ésta remitirá los datos que figuran en las siguientes tablas con el formato indicado.

Los datos enviados deben corresponder con todos los que consten en los catálogos editados. MUGEJU establecerá la periodicidad de actualización de los datos y proveerá un mecanismo sencillo de carga telemática de los mismos. 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.

3.2 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	Long.	Descripción
cif_nif	cif_nif	9	CIF, NIF o NIE del profesional.
apellido1_profesional	texto	50	Primer apellido del profesional.
apellido2_profesional	texto	50	Segundo apellido del profesional.
nombre_profesional	texto	50	Nombre del profesional.
colegiado	colegiado	9	Número de colegiado. Obligatorio únicamente si «actividad_profesional=1» (médico).
provincia	provincia	2	Código de la provincia donde se realiza la actividad profesional.
municipio	municipio	6	Código INE del municipio donde se realiza la actividad profesional.
especialidad	especialidad	3	Código de especialidad según CMBD/SIFCO (RD 1093/2010). Obligatorio únicamente si «actividad_profesional=1» (médico).
especialista	texto	75	Nombre literal de la especialidad. Obligatorio únicamente cuando el campo «especialidad» sea igual a ZZZ.
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	cif	9	CIF del centro sanitario donde ejerce la actividad profesional.
clinica_centro	texto	150	Denominación de la clínica u hospital donde el profesional desempeña su actividad. Obligatorio si se ha rellenado el campo «cif_centro».
direccion_tipovia	tipo_via	5	Código del tipo de vía (calle, plaza, avenida, glorieta, etc.) de la clínica u hospital donde el profesional desempeña su actividad.
direccion_nombrevia	texto	150	Nombre de la vía donde se halla situado el centro hospitalario.
direccion_numero	texto	3	Número de la vía donde se halla situado el centro hospitalario.
localidad	texto	50	Localidad donde está ubicado el centro sanitario.
codigo_postal	codigo_postal	5	Código postal del municipio donde está ubicado el centro hospitalario.
correo_electronico	correo_electronico	60	Dirección de correo electrónico del profesional.
telefono	telefono	9	Teléfono de contacto del profesional.
equipo_informatico	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.
prescripcion_receta	si/no	1	Indica si puede prescribir receta o no: S = Sí, N = No.

3.3 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	Long.	Descripción
hospital	hospital	6	Código del hospital según el Catálogo Nacional de Hospitales.
clínica_hospital	texto	150	Denominación de la clínica u hospital.
provincia_código	provincia	2	Código de la provincia.
provincia_nombre	texto	150	Nombre de la provincia.
municipio_código	municipio	6	Código INE del municipio.
municipio_nombre	texto	150	Nombre del municipio.
lista_atención_especializada	lista_atención_especializada	–	Lista de cartera de servicios de atención especializada de la clínica u hospital.

3.4 Tabla de centros sanitarios sin internamiento.

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

Campo	Tipo	Long.	Descripción
cif_nif	cif_nif	9	CIF, NIF o NIE del centro.
clinica_centro	texto	150	Denominación del centro.
provincia	provincia	2	Código de la provincia.
municipio	municipio	6	Código INE del municipio.
tipo_centro_sinint	tipo_centro_sinint	5	Código del tipo de centro sin internamiento.
direccion_tipovia	tipo_via	5	Código del tipo de vía (calle, plaza, avenida, glorieta, etc.).
direccion_nombrevia	texto	150	Nombre de la vía donde se halla situado el centro.
direccion_numero	texto	3	Número de la vía donde se halla situado el centro.
localidad	texto	150	Localidad donde se halla situado el centro.
codigo_postal	codigo_postal	5	Código postal.
correo_electronico	correo_electronico	60	Dirección de correo electrónico del centro.
telefono	telefono	9	Teléfono del centro.
lista_oferta_servicios	lista_oferta_servicios	--	Lista de la oferta de servicios del centro.

3.5 Tabla de delegaciones provinciales de la Entidad.

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

Campo	Tipo	Long.	Descripción
provincia	provincia	2	Código de la provincia de la delegación provincial de la entidad.
municipio	municipio	6	Código INE del municipio de la delegación provincial de la entidad.
propia	si/no	1	Indica si la entidad dispone de delegación propia o no. S = Sí, N = No.
nombre_responsable	texto	50	Nombre de la persona responsable de la delegación.
apellido1_responsable	texto	50	Primer apellido de la persona responsable de la delegación.
apellido2_responsable	texto	50	Segundo apellido de la persona responsable de la delegación.
Oficina virtual	Si/no	1	Indica si la Entidad dispone de oficina virtual para esa provincia y/o municipio.
direccion_tipovia	tipo vía	5	Código del tipo de vía (calle, plaza, avenida, glorieta, etc.).
direccion_nombrevia	texto	150	Nombre de la vía donde se halla situada la delegación.
direccion_numero	texto	3	Número de la vía donde se halla situada la delegación.
codigo_postal	codigo_postal	5	Código postal de la delegación provincial de la entidad.
telefono	telefono	9	Teléfono de la delegación provincial de la entidad.
telefono_ambulancias	telefono	9	Teléfono de ambulancias de la entidad.

3.6 Información sobre medicamentos de ámbito hospitalario a cargo de la Entidad que tengan fijado un Techo Máximo de Gasto.

La Entidad deberá comunicar mensualmente a MUGEJU, para su remisión al Ministerio de Sanidad, la información relativa al consumo de los medicamentos de Uso Hospitalario sometidos a techo máximo de gasto prescrito a los beneficiarios de MUGEJU.

El Excel debe ser cumplimentado por cada medicamento por las Entidades y debe contener la siguiente información:

ID paciente	Código nacional medicamento	Denominación medicamento	Num_envases	Fecha dispensación	Hospital	Provincia

4. *Modificación de la estructura de los ficheros y tablas*

La Gerencia de MUGEJU podrá introducir modificaciones en la estructura de los ficheros y tablas que recogen la información de actividad/coste, asistencia sanitaria transfronteriza, medios sanitarios y medicamentos de ámbito hospitalario que tengan fijado un techo máximo de gasto, con el fin de actualizar sus contenidos o adecuarlos a necesidades sobrevenidas.

ANEXO 7

Compensaciones económicas por incumplimiento de obligaciones del concierto

1. *Entrega de los Catálogos de proveedores superado el plazo previsto en la cláusula 3.4 del Concierto o de las actualizaciones o adendas*

Si la Entidad no hiciera entrega o pusiera a disposición los Catálogos de proveedores en las Delegaciones o en los servicios centrales de MUGEJU antes del 20 de diciembre del año anterior al inicio de la vigencia del Concierto, 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.

2. *Denegación de una prestación incluida en la cartera de servicios*

En el caso de que la Entidad deniegue indebidamente una prestación que figura en la Cartera de Servicios establecida en el Concierto, habiendo sido indicada por un facultativo del Catálogo de proveedores, cuando se refiera a una materia que ya hubiera sido abordada en Comisión Mixta Nacional de forma reiterada (en más de dos ocasiones), con resolución estimatoria de la Gerencia de MUGEJU, la Entidad vendrá obligada a abonar una compensación económica entre 1.000 y 6.000 euros.

3. Procedimiento para la imposición de compensaciones económicas

En los supuestos en los que se haya detectado un incumplimiento de las obligaciones recogidas en los puntos anteriores, MUGEJU, documentará el correspondiente expediente y 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 MUGEJU contra el que se podrá interponer recurso de alzada ante el Ministro de Justicia, de conformidad con el artículo 121 de la Ley 39/2015. En su caso, se procederá a descontar la compensación económica en el siguiente pago mensual a la Entidad.

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

ANEXO 8

Actuaciones prescritas por los órganos de valoración de incapacidades

La Entidad facilitará la realización de los informes médicos, exploraciones o pruebas de diagnóstico que prescriban a los mutualistas de MUGEJU 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, MUGEJU se obliga a abonar a la Entidad el importe señalado en el Anexo 9.

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 MUGEJU para la correspondiente autorización.

MUGEJU 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 MUGEJU:

– 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 MUGEJU, 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 MUGEJU, 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 en el Anexo 9. 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, MUGEJU 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 MUGEJU)

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).

ANEXO 9

Baremo para el reintegro de pruebas prescritas por los órganos de valoración de incapacidades

Denominación prueba	Compensación máxima por unidad – Euros	Contenidos
<i>Determinaciones analíticas de sangre</i>		
Perfil básico (hemograma + bioquímica).	33,18	Parámetros y cifras de referencia.
Perfil Cardíaco.	63,40	Parámetros y cifras de referencia.
Perfil Hepático.	49,79	Parámetros y cifras de referencia.
Perfil Reumatológico.	49,76	Parámetros y cifras de referencia.
Perfil Nefrourológico.	60,43	Parámetros y cifras de referencia.
Gasometría Arterial.	28,81	Parámetros y cifras de referencia.
Coagulación.	20,32	Parámetros y cifras de referencia.
Marcadores Hepáticos Virales.	84,78	Parámetros y cifras de referencia.
Determinación Carga Viral VIH.	105,96	Parámetros y cifras de referencia.
Radiografía simple (Tórax o Abdomen).	30,64	Placas en dos posiciones.
Radiografías osteo-articular.	29,41	Placas en dos posiciones por segmento.

Denominación prueba	Compensación máxima por unidad – Euros	Contenidos
Tomografía Axial Computerizada (TAC).	232,00	Placa e informe.
Tomografía Axial Computerizada con contraste (TAC + contraste).	223,53	Placa e informe.
Resonancia Nuclear Magnética (RNM).	343,54	Placa e informe.
Resonancia Nuclear Magnética con contraste (RNM + contraste).	337,95	Placa e informe.
Densitometría Ósea.	104,38	Informe.
Gammagrafía Ósea.	185,22	Registro e informe.
Ecografía (todas las regiones).	135,03	Informe.
Potenciales evocados (visuales; auditivos; somestésicos; cognitivos).	162,71	Informe.
Electroencefalograma (EEG).	106,42	Registro e informe.
Electromiograma (EMG).	190,57	Registro e informe.
Electroneurograma (ENG).	93,08	Registro e informe.
Electrocardiograma (ECG).	98,70	Registro e informe.
Holter.	147,49	Informe.
Prueba de esfuerzo convencional (Protocolo de Bruce).	93,77	Informe.
Prueba de esfuerzo NO convencional (por ECO de estrés).	112,73	Informe.
Prueba de esfuerzo NO convencional por ECO con dobutamina).	72,90	Informe.
Prueba de esfuerzo con determinación directa de consumo de O ₂ (Ergoespirometría).	138,64	Informe.
Gammagrafía miocárdica (SPECT) con P de Bruce o estimulación farmacológica.	242,75	Informe.
Eco - Doppler cardiaco.	136,24	Grafico; Informe y Datos (Fracción eyección y Gasto).
Eco - Doppler vascular.	136,24	Informe.
Espirometría forzada.	44,17	Registro; Datos (CV; FEV1) en tres tomas.
Espirometría forzada con broncodilatación.	54,56	Registro; Datos (CV; FEV1) en 3 tomas antes/ después broncodilatación.
Difusión alveolo-capilar (DLCO o TLCO).	62,50	Informe y datos.
Pletismografía (volúmenes pulmonares).	40,04	Informe y datos.
Polisomnografía.	396,24	Informe.
Campimetría visual digital.	90,46	Grafico; Datos e informe.
Electroretinograma.	103,32	Informe.

Denominación prueba	Compensación máxima por unidad – Euros	Contenidos
Electrooculograma.	108,87	Informe.
Audiometría tonal en cabina.	37,09	Grafico ambos oídos con indicación vías aéreas y ósea.
Pruebas vestibulares.	171,70	Informe.
Posturografía.	120,24	Informe.
Pruebas epicutáneas (contacto).	110,67	Resultado test; Valoración (graduación) de resultados.
Informe valoración Neuro - Psicológico.	250,00	Informe.
Informe de Valoración Psiquiátrica.	109,74	Informe escrito.
Informe Médico especializado.	97,46	Informe escrito.
Informe Médico Requerido.	106,44	Informe escrito.
Balance articular y muscular de: Hombro; Codo o Muñeca por técnica de Biomecánica.	326,54	Registro e informe.
Balance articular y muscular de: Cadera; Rodilla o Tobillo por técnica de Biomecánica.	249,06	Registro e informe.
Valoración Funcional de la Capacidad de Marcha por técnica de Biomecánica.	437,24	Registro e informe.
Balance articular de columna: Cervical; Dorsal o Lumbar por técnicas de Biomecánica.	232,46	Registro e informe.
Valoración funcional de la Lumbalgia por técnica de Biomecánica.	636,49	Registro e informe.
Valoración funcional de la Cervicalgia por técnica de Biomecánica.	636,49	Registro e informe.
Valoración funcional del equilibrio postural, por técnicas de Biomecánica.	437,24	Registro e informe.
Informe Psicológico-Laboral.	114,42	Informe escrito.
Informe Valoración Puestos Trabajo (Requerimientos y/o Riesgos).	320,04	Informe escrito.
Potenciales evocados motores.	162,71	Registro e informe.
Resonancia Nuclear Magnética cardiaca.	500,00	Placa e informe.

ANEXO 10

Tarifas para el reembolso de los gastos por la asistencia sanitaria transfronteriza

Atención Primaria

Asistencia en el centro

Consulta y/o cura de enfermería.	27
Consulta médica.	75
Consultas médicas sucesivas.	35
Consulta de matrona.	43
Otros servicios de enfermería: inyección, extracción...	20
Cirugía menor.	120
Urgencias de enfermería.	45
Urgencias médicas.	95

Asistencia en domicilio

Consulta y/o cura de enfermería.	60
Consulta médica.	100
Consulta médica sucesiva.	50
Otros servicios de enfermería: inyección, extracción...	35
Urgencias de enfermería.	70
Urgencias médicas.	145

Atención Especializada

Consultas externas

Primera consulta.	165
Consultas sucesivas.	100
Consulta Alta Resolución.	270

Cirugía ambulatoria

Intervención de cirugía mayor ambulatoria.	1.000
Intervención de cirugía menor ambulatoria.	175

Urgencias

General.	225
Ginecológica.	170
Pediátrica.	190
Traumatológica.	270
Ingreso sin estancia.	340

Estancias hospitalarias

Hospitalización médica.	600
Hospitalización pediatría-neonatología.	740
Hospitalización quirúrgica, traumatológica y ginecológica.	1.000
Hospitalización UCI, coronarias o quemados.	1.600
Hospitalización Unidad de Psiquiatría.	250
Hospital de día.	450
Hospitalización a domicilio.	240

Procesos médicos y quirúrgicos singularizados

GRD	Nombre	Importe
004	Traqueostomía con vm 96+ horas con procedimiento extensivo o ecmo.	75.000
005	Traqueostomía con vm 96+ horas sin procedimiento extensivo.	55.000
020	Craneotomía por trauma.	20.000
021	Craneotomía excepto por trauma.	22.000
022	Procedimientos sobre shunt ventricular.	17.000
023	Procedimientos espinales.	19.000
024	Procedimientos vasculares extracraneales.	13.000
026	Otros procedimientos del sistema nervioso y relacionados.	6.000
040	Trastornos y lesiones espinales.	9.500
041	Neoplasias de sistema nervioso.	5.500
042	Trastornos degenerativos de sistema nervioso, excepto esclerosis múltiple.	5.000
043	Esclerosis múltiple y ataxia cerebelosa.	5.500
044	Hemorragia intracraneal.	6.500
045	ACVA y oclusiones precerebrales con infarto.	5.500
046	ACVA no específico y oclusiones precerebrales sin infarto.	4.000
047	Accidente isquémico transitorio.	3.300
048	Trastornos de nervios craneales, periféricos y autónomos.	4.300
049	Infecciones bacterianas y tuberculosas del sistema nervioso.	11.000
050	Infecciones no bacterianas del sistema nervioso excepto meningitis vírica.	8.000
051	Meningitis vírica.	4.500

GRD	Nombre	Importe
052	Coma y estupor no traumático.	4.000
053	Convulsiones.	3.300
054	Migraña y otras cefaleas.	3.300
055	Traumatismo craneal con coma >1h o hemorragia.	6.000
056	Fractura craneal y lesión intracraneal complicada, coma < 1h o sin coma.	5.700
057	Concusión, lesión intracraneal no complicada, coma <1h o sin coma.	3.800
058	Otras enfermedades del sistema nervioso.	4.200
070	Procedimientos sobre órbita.	4.000
073	Procedimientos sobre cristalino, excepto órbita.	2.000
080	Infecciones mayores del ojo principales.	4.200
082	Enfermedades oculares, excepto infecciones mayores.	3.500
089	Procedimientos mayores sobre huesos craneales/faciales.	14.000
090	Procedimientos mayores sobre laringe y tráquea.	14.000
091	Otros procedimientos mayores sobre cabeza y cuello.	16.000
092	Procedimientos sobre huesos faciales excepto proc. mayores sobre hueso craneal/facial.	8.000
093	Procedimientos sobre senos y mastoides.	5.000
095	Reparación de hendidura labial y paladar.	4.000
097	Amigdalectomía y adenoidectomía.	3.000
098	Otros procedimientos sobre oído, nariz, boca y garganta.	4.400
110	Neoplasias de oído, nariz, boca, garganta y craneales/faciales.	5.000
111	Alteraciones del equilibrio.	2.700
113	Infecciones de vías respiratorias superiores.	2.700
114	Enfermedades y heridas orales y dentales.	2.700
115	Otras enfermedades de oído, nariz, boca, garganta y craneales/faciales.	2.700
120	Procedimientos mayores sobre aparato respiratorio.	11.000
121	Otros procedimientos sobre aparato respiratorio.	8.500
130	Enferm. aparato respiratorio con ventilación asistida de más de 96 horas.	20.000
131	Fibrosis quística - enfermedad pulmonar.	8.000
132	Bdp y otras enf. respiratorias crónicas con origen en periodo perinatal.	6.500
133	Edema pulmonar y fallo respiratorio.	4.200
134	Embolismo pulmonar.	4.500
135	Traumatismos torácicos principales.	4.100
136	Neoplasias respiratorias.	5.000
137	Infecciones e inflamaciones pulmonares.	5.000
138	Neumonía por virus sincitial respiratorio.	4.000
139	Otra neumonía.	3.700
140	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.	3.500

GRD	Nombre	Importe
141	Bronquiolitis y asma.	3.000
142	Enfermedad pulmonar intersticial y alveolar.	4.500
143	Otras enfermedades respiratorias excepto signos, síntomas y diag. Menores.	4.200
144	Otros diagnósticos menores, signos y síntomas de aparato respiratorio.	2.900
160	Reparación cardiorácica mayor de anomalía cardíaca.	26.000
161	Implantación de desfibrilador cardíaco.	28.000
162	Procedimientos sobre válvulas cardíacas con cateterismo cardíaco.	32.000
163	Procedimientos sobre válvulas cardíacas sin cateterismo cardíaco.	26.000
165	Bypass coronario con cateterismo cardíaco o proc. cardiovasculares percutáneos.	27.000
166	Bypass coronario sin cateterismo cardíaco o proc. cardiovasculares percutáneos.	20.500
167	Otros procedimientos cardiorácicos.	22.000
169	Procedimientos torácicos y abdominales vasculares mayores.	15.000
170	Implant. marcapasos cardíaco permanente con IAM, fallo cardíaco o shock.	12.200
171	Implant. marcapasos cardíaco permanente sin IAM, fallo cardíaco o shock.	9.000
173	Otros procedimientos vasculares.	11.200
174	Procedimientos cardiovasculares percutáneos con IAM.	9.800
175	Procedimientos cardiovasculares percutáneos sin IAM.	8.000
176	Sustitución de generador de marcapasos y desfibrilador cardíaco.	10.000
177	Revisión de marcapasos y desfibrilador cardíaco excepto sustitución de generador.	7.000
180	Otros procedimientos sobre sistema circulatorio.	5.500
190	Infarto agudo de miocardio - IAM.	4.200
191	Cateterismo cardíaco con trastornos circulatorios excepto cardiopatía isquémica.	5.200
192	Cateterismo cardíaco para cardiopatía isquémica.	4.200
193	Endocarditis aguda y subaguda.	9.500
194	Insuficiencia cardíaca.	3.600
196	Parada cardíaca.	4.500
197	Trastornos vasculares periféricos y otros.	3.600
198	Arterioesclerosis coronaria y angina de pecho.	2.800
199	Hipertensión.	2.900
200	Cardiopatías congénitas y enfermedades valvulares.	3.500
201	Arritmias cardíacas y trastornos de la conducción.	2.900
203	Dolor torácico.	2.500
204	Sincope y colapso.	2.800
205	Miocardopatía.	3.900
206	Malfuncionamiento, reacción o complicación de dispositivo o proced. cardiovascular.	5.100

GRD	Nombre	Importe
207	Otros diagnósticos de aparato circulatorio.	3.900
220	Procedimientos mayores sobre estómago, esófago y duodeno.	13.000
221	Procedimientos mayores de intestino delgado y grueso.	11.700
222	Otros procedimientos sobre estómago, esófago y duodeno.	7.200
223	Otros procedimientos sobre intestino delgado y grueso.	8.800
224	Adhesiolisis peritoneal.	9.300
225	Apendicectomía.	5.500
226	Procedimientos sobre ano.	4.000
227	Procedimientos sobre hernia excepto inguinal, femoral y umbilical.	6.100
228	Procedimientos sobre hernia inguinal, femoral y umbilical.	4.000
229	Otros procedimientos quirúrgicos sobre aparato digestivo.	9.000
240	Neoplasia maligna digestiva.	5.100
241	Úlcera péptica y gastritis.	3.900
242	Enfermedades mayores del esófago.	3.900
243	Otras enfermedades esofágicas.	3.500
244	Diverticulitis y diverticulosis.	3.800
245	Enfermedad inflamatoria intestinal.	4.900
246	Insuficiencia vascular gastrointestinal.	4.500
247	Obstrucción gastrointestinal.	3.600
248	Infecciones bacterianas mayores de aparato digestivo.	4.600
249	Gastroenteritis, náuseas y vómitos no bacteriana.	2.800
251	Dolor abdominal.	2.700
252	Malfuncionamiento, reacción y complicación de dispositivo o proc. gastrointestinal.	4.500
253	Otras hemorragias gastrointestinales inespecíficas.	3.800
254	Otros diagnósticos del aparato digestivo.	3.300
260	Procedimientos mayores sobre páncreas, hígado y derivación.	11.300
261	Procedimientos mayores sobre vía biliar.	12.500
262	Colecistectomía excepto laparoscópica.	8.300
263	Colecistectomía laparoscópica.	5.400
264	Otros procedimientos hepatobiliares, páncreas y abdominales.	11.800
279	Coma hepático y otros trastornos mayores de hígado.	4.700
280	Cirrosis y hepatitis alcohólica.	5.000
281	Neoplasia maligna de sistema hepatobiliar o de páncreas.	5.200
282	Trastornos de páncreas excepto neoplasia maligna.	4.700
283	Otros trastornos de hígado.	4.400
284	Trastornos del tracto y vesícula biliar.	4.200
300	Cuidados posteriores neonatales.	11.000

GRD	Nombre	Importe
301	Sustitución articulación cadera.	9.500
302	Sustitución articulación rodilla.	8.000
303	Procedimientos de fusión dorsal y lumbar por escoliosis.	28.000
304	Procedimientos de fusión dorsal y lumbar excepto por escoliosis.	17.000
305	Amputación extremidades inferiores excepto dedos del pie.	10.000
308	Procedimientos sobre cadera y fémur exc. Articulación mayor por trauma.	9.700
309	Procedimientos sobre cadera y fémur exc. Articulación mayor por no trauma.	7.800
310	Escisión y descompresión de disco intervertebral.	9.000
312	Diagnósticos de injerto de piel por trastorno musculoesquelético y tejido conectivo, excepto mano.	14.000
313	Procedimientos sobre rodilla y parte inferior de la pierna excepto pie.	6.700
314	Procedimientos sobre pie y dedos del pie.	4.700
315	Procedimientos sobre hombro, codo y antebrazo.	7.000
316	Procedimientos sobre mano y muñeca.	4.700
317	Procedimientos sobre tendones, músculos y otros tejidos blandos.	5.700
320	Otros procedimientos de sistema musculoesquelético y tejido conectivo.	6.000
321	Fusión espinal cervical y otros proc. de la espalda/cuello excepto escisión/descomp. discal.	13.000
340	Fracturas de fémur.	3.800
341	Fractura de pelvis o luxación de cadera.	3.900
342	Fractura o luxación excepto fémur, pelvis o espalda.	3.100
343	Fracturas patológicas y neoplasia maligna musculoesquelética y tej. conectivo.	6.000
344	Osteomielitis, artritis séptica y otras infecciones musculoesqueléticas.	8.600
346	Trastornos de tejido conectivo.	5.400
347	Otros problemas de la espalda y cuello, fracturas y heridas.	3.900
349	Malfuncionamiento, reacción o complicación de dispositivo o proced. ortopédico.	4.700
351	Otros diagnósticos de sistema musculoesquelético y tejido conectivo.	3.500
361	Injerto piel para diagnósticos piel y tejido subcutáneo.	7.700
362	Procedimientos de mastectomía.	6.700
363	Procedimientos sobre mama excepto mastectomía.	6.000
364	Otros procedimientos sobre piel, tejido subcutáneo y relacionados.	5.300
380	Úlceras cutáneas.	5.400
381	Trastornos mayores de la piel.	4.700
382	Enfermedades malignas de la mama.	4.300
383	Celulitis y otras infecciones de la piel bacterianas.	3.900
384	Traumatismos sobre piel, tejido subcutáneo y herida abierta.	3.700
385	Otras enfermedades de piel, tejido subcutáneo y mama.	3.000

GRD	Nombre	Importe
401	Procedimientos sobre glándula adrenal y pituitaria.	12.000
403	Procedimientos quirúrgicos para obesidad.	7.600
404	Procedimientos sobre tiroides, paratiroides y tracto tireogloso.	5.700
405	Otros procedimientos endocrinos, nutricionales y metabólicos.	9.700
420	Diabetes.	3.500
421	Enfermedades nutricionales y metabólicas misceláneas.	4.200
422	Hipovolemia y trastornos electrolíticos relacionados.	3.000
423	Trastornos congénitos del metabolismo.	4.200
424	Otros trastornos endocrinos.	3.600
425	Trastornos electrolíticos excepto hipovolemia relacionada.	3.300
441	Procedimientos mayores sobre vejiga.	13.600
442	Procedimientos sobre riñón y tracto urinario por neoplasia.	9.000
443	Procedimientos sobre riñón y tracto urinario por procesos no malignos.	8.100
444	Procedimientos de dispositivo de acceso diálisis renal, solo.	6.300
445	Otros procedimientos sobre vejiga.	6.300
446	Procedimientos uretrales y trans-uretrales.	4.700
447	Otros procedimientos relacionados sobre riñón y tracto urinario.	8.000
460	Insuficiencia renal.	4.100
461	Neoplasias de riñón y tracto urinario.	4.300
462	Nefritis y.	4.500
463	Infecciones de riñón y tracto urinario.	3.200
465	Cálculos urinarios y obstrucción tracto urinario superior adquirido.	3.100
466	Malfuncionamiento, reacción o complicación de dispositivo, injerto o trasplante gen.-urí.	4.200
468	Otros diagnósticos, signos y síntomas sobre riñón y tracto urinario.	3.800
480	Procedimientos mayores sobre pelvis masculina.	7.300
481	Procedimientos sobre el pene.	5.600
482	Prostatectomía transuretral.	4.700
483	Procedimientos sobre testículo y escroto.	3.400
484	Otros proc. Quirúrgicos de ap. Genital masculino.	5.000
500	Neoplasias de aparato genital masculino.	4.200
501	Diagnósticos de aparato genital masculino excepto neoplasia.	3.000
510	Evisceración pélvica, histerectomía radical y vulvectomía radical.	9.000
511	Proc. Sobre útero y anejos por neoplasia maligna de ovario o anejos.	8.000
512	Proc. S. Útero, anejos por n.maligna no ováricas ni de anejos.	6.600
513	Procedimientos sobre útero y anejos proceso no maligno, excepto leiomioma.	4.400
514	Proc. De reconstrucción aparato genital femenino.	4.500
517	Dilatación y legrado para diagnósticos no obstétricos.	3.700

GRD	Nombre	Importe
518	Otros procedimientos quirúrgicos de ap.genital femenino.	4.200
519	Procedimientos sobre útero y anejos para leiomioma.	5.200
530	Trastornos malignos del sistema reproductor femenino.	4.400
531	Infecciones del sistema reproductor femenino.	3.300
532	Otras enfermedades menstruales y del aparato reproductor femenino.	2.500
540	Cesárea.	4.800
541	Parto con esterilización y/o dilatación y legrado.	4.400
542	Parto con procedimiento quirúrgico excepto d y l y/o esterilización.	3.300
544	Dilatación y legrado, aspiración o histerotomía para diagnósticos obstétricos.	3.600
545	Procedimientos embarazo ectópico.	4.200
546	Otros proc. Quirúrgicos para diagnósticos obstétricos excepto parto.	5.200
560	Parto.	2.700
561	Diagnósticos post-parto y post-aborto sin procedimiento quirúrgico.	2.900
563	Parto prematuro.	3.100
564	Aborto sin dilatación y legrado, aspiración o histerotomía.	1.900
565	Falso trabajo de parto.	1.700
566	Otros diagnósticos anteparto.	2.600
580	Neonato, trasladado con <5 días, no nacido en el centro.	2.500
581	Neonato, trasladado con <5 días, nacido en el centro.	2.700
583	Neonato con oxigenación membrana extracorpórea.	72.000
588	Neonato, peso al nacer < 1500 g, con procedimiento mayor.	74.000
589	Neonato, peso al nacer <500 g o <24 sem. Gestación.	44.000
591	Neonato, peso al nacer 500-749 g, sin procedimiento mayor.	62.000
593	Neonato, peso al nacer 750-999 g, sin procedimiento mayor.	57.000
602	Neonato, peso al nacer 1000-1249 g, con síndrome de distress respiratorio/ otras may. resp. U otras anomalías mayores.	46.000
603	Neonato, peso al nacer 1000-1249 g, con o sin otra condición significativa.	39.000
607	Neonato, peso al nacer 1250-1499 g, con síndrome de distress respiratorio/ otras may. resp. U otras anomalías mayores.	33.000
608	Neonato, peso al nacer 1250-1499 g, con o sin otra condición significativa.	26.000
609	Neonato, peso al nacer 1500-2499 g, con procedimiento mayor.	38.000
611	Neonato, peso al nacer 1500-1999 g con anomalías mayores.	23.000
612	Neonato, peso al nacer 1500-1999 g con síndrome de distress respiratorio/ otra condición resp. mayor.	23.000
613	Neonato, peso al nacer 1500-1999 g con infección congénita o perinatal.	20.000
614	Neonato, peso al nacer 1500-1999 g con o sin otra condición significativa.	17.000
621	Neonato, peso al nacer 2000-2499 con anomalías mayores.	14.000
622	Neonato, peso al nacer 2000-2499 g con síndrome de distress respiratorio/ otra condición resp. mayor.	13.500

GRD	Nombre	Importe
623	Neonato, peso al nacer 2000-2499 g con infección congénita o perinatal.	13.000
625	Neonato, peso al nacer 2000-2499 g con otra condición significativa.	12.000
626	Neonato, peso al nacer 2000-2499 g nacido en el centro, neonato normal o neonato con otros problemas.	4.500
630	Neonato, peso al nacer >2499 g con procedimiento cardiovascular mayor.	31.000
631	Neonato, peso al nacer >2499 g con otros procedimientos mayores.	26.000
633	Neonato, peso al nacer >2499 g con anomalías mayores.	7.500
634	Neonato, peso al nacer >2499g con síndrome de distress respiratorio/otra condición resp. mayor.	8.000
636	Neonato, peso al nacer > 2499g con infección congénita/perinatal.	7.000
639	Neonato, peso al nacer >2499 g con otras condiciones significativas.	5.500
640	Neonato, peso al nacer >2499 g neonato normal o neonato con otro problema.	1.800
650	Esplenectomía.	10.200
651	Otros procedimientos hematológicos y de órganos hematopoyéticos.	6.500
660	Diag mayores hematológicos/inmunológicos excepto crisis por células falciformes y coagulación.	5.300
661	Trastornos de la coagulación y plaquetas.	6.600
662	Crisis por enfermedad de células falciformes.	5.000
663	Otra anemia y trastornos hematológicos y de órganos hematopoyéticos.	3.400
680	Procedimiento quirúrgico mayor para neoplasmas linfáticos/hematopoyéticos/ otros.	14.600
681	Otro procedimiento quirúrgico para neoplasmas linfáticos/hematopoyéticos/ otros.	9.500
690	Leucemia aguda.	17.000
691	Linfoma, mieloma y leucemia no aguda.	8.300
692	Radioterapia.	5.000
693	Quimioterapia.	6.000
694	Neoplasias linfáticas y otras y neoplasmas de comportamiento dudoso.	5.300
710	Enfermedades infecciosas y parasitosis incluyendo VIH con procedimiento quirúrgico.	15.000
711	Infecciones postoperatorias, postraumáticas y de otros dispositivos con procedimiento quirúrgico.	11.500
720	Septicemia e infecciones diseminadas.	5.800
721	Infecciones postoperatorias, postraumáticas y de otros dispositivos.	5.700
722	Fiebre.	3.200
723	Enfermedad vírica.	3.300
724	Otras infecciones y parasitosis sistémicas.	5.000
740	Diagnóstico de enfermedad mental con procedimiento quirúrgico.	14.500
750	Esquizofrenia.	10.800
751	Trastornos depresivos mayores y otros/psicosis no especificada.	8.000

GRD	Nombre	Importe
752	Trastornos de personalidad y control de impulsos.	6.500
753	Trastornos bipolares.	9.000
754	Depresión excepto trastorno depresivo mayor.	5.400
755	Trastornos de adaptación y neurosis excepto diagnósticos depresivos.	5.700
756	Estados de ansiedad aguda y delirio.	4.100
757	Alteraciones orgánicas de salud mental.	6.000
758	Trastornos de comportamiento de la infancia.	8.000
759	Trastorno alimentario.	15.000
760	Otros trastornos de salud mental.	8.000
770	Abuso o dependencia de drogas y alcohol, alta voluntaria.	3.800
772	Abuso o dependencia de drogas y alcohol con rehabilitación o trat. combinado de rehab/desintoxicación.	7.000
773	Abuso o dependencia de opiáceos.	6.000
774	Abuso o dependencia de cocaína.	6.000
775	Abuso o dependencia de alcohol.	6.300
776	Abuso o dependencia de otras drogas.	6.300
791	Procedimiento quirúrgico por otra complicación de tratamiento.	7.800
811	Reacciones alérgicas.	2.500
812	Envenenamiento por agentes medicinales.	3.900
813	Otras complicaciones de tratamiento.	4.500
815	Otros diagnósticos de lesión, envenenamiento y efecto tóxico.	4.100
816	Efectos tóxicos de sustancias no medicinales.	3.700
841	Quemaduras extensas de 3er. grado, con injerto de piel.	50.000
842	Quemaduras de grosor completo con injerto de piel.	22.000
843	Quemaduras extensas de 3er. grado o grosor completo sin injerto de piel.	11.600
844	Quemaduras de grosor parcial con o sin injerto de piel.	8.500
850	Procedimiento con diag. de rehab, cuidados posteriores u otro contacto con servicios sanitarios.	7.500
860	Rehabilitación.	6.800
861	Signos, síntomas y otros factores que afectan al estado de salud.	3.200
863	Cuidados posteriores neonatales.	10.000
862	Otros cuidados posteriores y convalecencia.	3.300
890	VIH con múltiples condiciones mayores relacionadas con VIH.	11.000
892	VIH con condiciones mayores relacionadas con VIH.	6.500
893	VIH con múltiples condiciones significativas mayores relacionadas con VIH.	6.500
894	VIH con una condición significativa VIH o sin condición significativa relacionada.	4.400
910	Craneotomía por trauma múltiple significativo.	30.000

GRD	Nombre	Importe
911	Procedimientos abdominales/torácicos extensivos para trauma múltiple significativo.	20.000
912	Procedimientos musculoesqueléticos y otros para trauma múltiple significativo.	20.000
930	Trauma significativo múltiple sin procedimiento quirúrgico.	8.200
950	Procedimiento extensivo sin relación con diagnóstico principal.	14.000
951	Procedimiento moderadamente extensivo no relacionado con diag. Principal.	9.700
952	Procedimiento no extensivo no relacionado con diagnóstico principal.	7.000
955	Diagnóstico principal no válido como diagnóstico de alta.	5.000
956	No agrupable.	5.000

Procedimientos terapéuticos

Aparato digestivo

Cálculos biliares, extracción percutánea.	3.000
Colangiopancreatografía retrograda endoscópica terapéutica.	1.300
Colecistostomía/colostomía/gastrostomía/yeyunostomía percutánea.	1.800
Desinvaginación.	250
Dilatación estenosis biliar/tracto digestivo.	2.700
Drenaje biliar percutáneo.	1.700
Drenaje guiado por ecoendoscopia.	2.500
Endoprótesis biliar/digestiva.	4.800
Esclerosis de cavidades.	290
Esfinterotomía endoscópica.	1.000
Fístulas digestivas, tratamiento.	1.500
Hemostasia endoscópica (electrocoagulación, esclerosis, hemoclip y otras).	500
Paracentesis, punción evacuadora.	200
Polipectomía endoscópica (por sesión).	400
Sonda alimentación por gastrostomía.	550

Anestesia y tratamiento del dolor

Analgesia epidural.	350
Bloqueo puntos trigger.	125
Cargar y reprogramar bomba.	125
Electroestimulación nerviosa transcutánea (TENS).	35

Infiltración subcutánea.	190
Iontoforesis, sesión.	70
Neuroestimulador, programación.	60
Terapia infusión continua fármacos, sesión.	125

Cardiología y cirugía vascular

Ablación arritmia por radiofrecuencia.	4.000
Acceso venoso central.	1.700
Angioplastia de un vaso.	3.500
Angioplastia carótida/coronaria.	8.000
Angioplastia intracerebral.	12.000
Aterectomía.	2.800
Cuerpo extraño intravascular, extracción.	2.500
Dilataciones vasculares.	2.700
Embolización de un vaso.	3.000
Embolización aneurisma cerebral.	19.000
Embolización intracraneal/medular.	9.000
Endoprótesis abdominal fenestrada.	50.000
Endoprótesis aórtica.	7.000
Endoprótesis cerebral.	25.000
Endoprótesis torácica fenestrada.	45.000
Endoprótesis de un vaso.	5.000
Fibrinólisis vaso/fístula hemodiálisis/prótesis vasculares.	5.500
Filtro de vena cava definitivo.	3.000
Filtro de vena cava temporal.	5.000
Filtro de vena cava con fibrinólisis asociada.	7.000
Retirada catéter venoso central/reservorio.	500
Retirada filtro cava.	900
Shunt porto-cava (tips).	11.000
Stent coronario.	7.000
Trombectomía vaso/fístula hemodiálisis/prótesis vasculares.	4.000
Valvuloplastia endoscópica.	5.500

Dermatología

Cirugía de Mosh.	1.000
Crioterapia.	90
Curetaje.	95
Dermoabrasión con laser.	185

Electrocoagulación.	100
Fototerapia (UVA,UVB,PUBA)/sesión.	110
Terapia fotodinámica, sesión.	3.000

Medicina nuclear

Cáncer de tiroides con I131.	700
Dolor óseo metastásico.	1.700
Hipertiroidismo con I131.	250
Linfomas con 90-y-ibritumomab tiuxetam.	14.000
Procesos hematológicos con p32.	400
Sinoviortesis isotópica.	500

Nefrología-urología

Acceso vascular/peritoneal.	750
Cálculos urinarios, eliminación percutánea.	3.000
Cálculos urinarios, litotricia renal extracorpórea (sesión).	1.700
Cateterismo ureteral/doble J.	1.400
Cistostomía/nefrostomía percutánea.	1.400
Diálisis peritoneal (sesión).	140
Dilatación percutánea de estenosis genitourinaria.	2.500
Endoprótesis ureteral/uretral.	4.500
Fístulas urinarias, tratamiento percutáneo.	2.200
Hemodiálisis (sesión).	250
Quiste renal, esclerosis.	600
Retirada catéter doble J.	350

Neumología

Drenaje pleural.	400
Endoprótesis traqueobronquial.	4.000
Pleurodesis.	250
Toracocentesis.	230

Oftalmología

Fotocoagulación con láser.	500
Retina desprendimiento.	2.000
Terapia fotodinámica.	2.200
Vitrectomía.	2.500

Oncología

Quimioterapia	
Quimioterapia, sesión.	700
Quimioterapia intraarterial supraselectiva.	6.000
Radioterapia	
Acelerador lineal (sesión).	100
Braquiterapia.	900
Braquiterapia de próstata.	13.000
Braquiterapia oftálmica.	10.000
Cobaltoterapia (sesión).	60
Planificación primera sesión.	450
Planificación sesiones sucesivas.	200
Radioterapia superficial o de contacto (sesión).	20
Radioterapia profunda/sesión.	40
Radiocirugía estereotáxica	
Radiocirugía esterotáxica: malformaciones arterio-venosas (dosis única).	8.000
Radiocirugía esterotáxica: malformaciones arterio-venosas (dosis fraccionada).	9.000
Radiocirugía esterotáxica: Tumores cerebrales (Dosis única).	7.000
Radiocirugía esterotáxica: (Dosis fraccionada).	8.000
Otros procedimientos	
Ablación tumoral percutánea por radiofrecuencia.	4.500
Embolización tumoral (paliativa o prequirúrgica).	2.500
Embolización tumoral neurológica.	25.000
Embolización tumoral percutánea.	10.000
Fulguración tumores con láser, gas argón y otros.	700
Quimioembolización hepática.	1.500

Rehabilitación y fisioterapia

Fisioterapia.	20
Fisioterapia neurológica.	50
Rehabilitación.	40

Traumatología

Artrocentesis.	250
Cifoplastia.	18.000
Vertebroplastia.	2.300

Otros procedimientos

Control procedimientos.	450
Cuerpo extraño, extracción endoscópica.	300
Drenaje percutáneo abscesos/colecciones líquidas.	1.200
Esclerosis percutánea de quistes.	600
Infiltración toxina botulínica (distonías musculares).	150
Miringoplastia/Miringotomía.	1.200

Hemoterapia y transfusión

Aféresis (leucocitos/plasma/plaquetas) por sesión.	1.800
Buffy coat, unidad.	20
Concentrado hematíes desleucocitados.	145
Concentrado hematíes desleucocitados congelados.	350
Concentrado hematíes desleucocitados irradiados.	165
Concentrado hematíes desleucocitados lavados.	260
Concentrado plaquetas.	500
Plasma fresco.	60
Pool plaquetas desleucocitadas.	280
Sangre total.	160

Pruebas diagnósticas

Anatomía patológica

Citopatología

Biopsia.	
Biopsia complicada o pieza quirúrgica menor.	140
Biopsia pieza quirúrgica mayor.	200
Biopsia preoperatoria.	150
Biopsia simple.	80
Citología exfoliativa ginecológica.	20
Citologías otras.	35
Necropsia.	1.700
PAAF citopreparación e interpretación.	68
Inmunohistoquímica-Diagnóstico molecular	
Citogenética en tumores sólidos.	300
Citometría.	160
Hibridación in situ.	275
Inmunofluorescencia técnicas (cada una).	50

Inmunohistoquímicas técnicas (cada una).	50
Microscopía electrónica de transmisión y de barrido.	400
PCR/Pruebas de patología molecular.	200

Análisis clínicos

Alergia	
IgE.	10
IgE/IgG específica frente al alérgeno solicitado.	15
IgE/IgG específica frente a mezclas de alérgenos.	20
IgG 4 específica frente a alérgenos específicos.	25
Proteína catiónica de los eosinófilos.	25
Prueba de liberación de histamina.	40
Triptasa.	50
Bioquímica	
Bioquímica general en sangre (cada prueba).	2
Enzimas.	4
Hemoglobina glicosilada.	10
Iones (Na, K, Cl).	5
Indicadores infección/inflamación: ASLO,FR, PCR.	10
Metales.	13
Fármacos (cada uno)	
Antibióticos.	18
Antiepilépticos/Antidepresivos.	13
Digoxina/Teofilina.	13
Otros.	30
Hormonas	
Aldosterona, actividad Renina.	17
Cortisol.	12
Hipófisis: Hormona del crecimiento/ Prolactina.	14
Insulina/Péptido C.	15
Serotonina.	20
Sexuales: FSH, LH, Estradiol, Progesterona, Testosterona total.	12
Sexuales: Androstandiol glucurónico, Testosterona libre, 17OH Pregnenolona.	23
Suprarrenales: Androstenediona, DHEA, DHEA-S, 17OH Progesterona.	18
Tiroides: TSH, T4, FT4, T3, FT3.	12
Otras: ACTH, ADH, Calcitonina, Gastrina, Glucagón, Osteocalcina, PTH, Somatomedina, Tiroglobulina....	30

Inmunología	
Anticuerpos anti HLA.	100
Autoanticuerpos.	30
Inmunocomplejos circulantes.	16
Interleucinas.	30
HLA B27.	22
Tipaje HLA clase I/II (cada locus).	80
Tipaje HLA clase I/II alta resolución (cada locus).	170
Inmunoquímica	
Cadenas ligeras (sangre/orina).	15
Complemento C1 Inhibidor/C1Q.	18
Complemento C3, C4.	10
Factor de necrosis tumoral (TNF).	45
Inmunofijación (sangre/orina).	35
Inmunoglobulinas (sangre/orina/LCR) cada una.	10
Inmunoglobulina G1, G2, G3, G4 (cada una).	27
Marcadores tumorales	
AFP, CEA, HCG, PSA total.	14
Ca 125, Ca15.3, Ca 19,9, PSA libre.	17
Otros.	30
Proteínas	
Aminoácidos cuantificación.	32
Lipoproteínas: apo A/apo B/Lipoproteína a.	10
Metabolismo del hierro: ferritina, transferrina....	10
Miocárdicas: Mioglobina/troponina.	15
Otras proteínas: α 1 antitripsina, α 1 glicoproteína ácida, β 2 microglobulina, ceruloplasmina, prealbúmina.	12
PAPP (proteína asociada al embarazo).	15
Proteinograma.	8
Vitaminas	
Ácido fólico/Vitamina B12.	12
Otras vitaminas.	30
Pruebas de orina	
Acido delta aminolevulínico/Acido vanilmandélico.	20
AMP cíclico.	22
Anormales y sedimento.	3
Aminoácidos cuantitativos.	32
Cálculos, estudio.	20
Catecolaminas.	25

Cetosteroides fraccionados.	18
Drogas en orina (Anfetaminas/Barbitúricos/Benzodiacepinas/Opiáceos...).	10
Embarazo, prueba.	6
Metabolismo óseo: Piridinolinas/ OH Prolina/ colágeno I telopéptido.	20
Metanefrinas.	25
Microalbuminuria.	12
Porfirinas: Coproporfirinas/Uroporfirinas.	18
Proteinograma.	15
Otros estudios	
Gasometría.	9
Helicobacter Pylori, test del Aliento.	60
Hemorragias ocultas en heces.	10
Seminograma.	50

Genética

Citogenética	
Cariotipo.	
Biopsia.	450
Líquido amniótico	400
Sangre periférica	130
Sangre periférica, cariotipo de alta resolución	210
Vellosidad corial	450
FISH	220
Diagnóstico molecular	
Análisis molecular indirecto	450
MLPA	175
Mutaciones puntuales, estudio por PCR/electroforesis	120
Otras técnicas (inestabilidad cromosómica, microsatélites, reordenamientos...)	450

Hematología

Citología y citoquímica	
Aspirado de médula ósea.	300
Biopsia de médula ósea.	400
Citoquímica (por prueba de tinción).	20
Fenotipo de leucemias/linfomas.	200
Inmunofenotipo médula ósea/sangre periférica.	40

Diagnóstico citogenético y molecular	
Cariotipo médula ósea.	230
PCR cualitativa.	200
PCR cuantitativa.	270
Trombofilia estudio (factor V leiden, protrombina, MTHFR...).	75
Hematimetría y eritropatología	
Enzimas asociados a patología eritrocitaria (G6PD, HK, PK...).	10
Hemograma.	4
Hemoglobina anómalas (Hb A2, Hb fetal, Hb S...).	16
Hemolisis tests.	22
Resistencia osmótica eritrocitaria.	15
Reticulocitos.	4
Hemostasia	
Agregación plaquetaria (cada factor).	15
Factores de coagulación (por prueba).	20
Inmunocomplejos circulantes.	16
Tiempos de coagulación (TP, APTT, Fibrinógeno).	3
Inmunohematología	
Anticuerpos antiplaquetarios.	45
Anticuerpos irregulares screening.	14
Anticuerpos irregulares, identificación.	65
Anticuerpos irregulares, titulación.	18
Antígenos eritrocitarios (cada uno).	14
Coombs directo.	14
Crioglobulinas, crioaglutininas screening.	10
Genotipo eritrocitario/plaquetario.	320
Linfocitos, subpoblaciones (cada una).	30
Pruebas cruzadas.	29
Tipificación AB0 y Rh (anti d).	12

Medicina Nuclear

Captación tiroidea de yodo.	125
Cinética eritrocitaria/plaquetaria.	250
Cisternogammagrafía.	450
Filtrado glomerular isotópico.	225
Flujo plasmático renal efectivo (fppe).	225
Gammagrafía.	180
Gammagrafía con galio-67.	375
Gammagrafía con leucocitos marcados.	500

Gammagrafía paratiroides.	300
Gammagrafía suprarrenal.	700
Ganglio centinela detección isotópica.	300
Linfogammagrafía.	250
Mamografía isotópica.	450
Rastreo corporal total con 123-I.	350
Rastreo gammagráfico/ con 123-I y RHTSH.	900
Rastreo gammagráfico con galio-67.	450
Rastreo gammagráfico con MIBG-123I.	800
Rastreo gammagráfico de receptores somatostatina.	1.000
Renograma isotópico.	250
Volumen globular isotópico.	400
PET	
Tomografía por emisión de positrones.	1.250
SPECT	
Tomografía SPECT.	100
T. SPECT con galio-67.	250
T. SPECT cerebral de perfusión.	400
T. SPECT cerebral de receptores dopaminérgicos (DATSCAN).	1.300
T. SPECT miocárdica de inervación.	400
T. sincronizada (gated spect) perfusión miocárdica.	400

Microbiología

Exámenes directos	
Examen en fresco.	4
Estudio de parásitos intestinales.	20
Tinciones (Gram, Giemsa, tinta china, Zielh-Neelsen...).	10
Cultivos	
Anaerobios cultivo.	15
Hemocultivo, por cada extracción.	20
Hongos cultivo.	13
Orina cultivo.	10
Otras muestras cultivo.	20
Otros microorganismos cultivo (mycobacterias, mycoplasma...).	25
Virus cultivo.	80
Pruebas de identificación /detección de antígenos en muestra	
Detección de antígenos microbianos (IFD, IFI, ELISA, aglutinación...).	30
Detección de toxinas clostridium difficile, botulinum.	30
Identificación de bacterias más antibiograma.	45

Identificación de hongos más fungigrama.	60
Identificación de mycobacterias más antibiograma.	100
Identificación de virus.	80
Serología microbiana	
Detección de anticuerpos: método aglutinación.	8
Detección de anticuerpos: método ELISA.	20
Detección de anticuerpos: método Inmunoblot.	90
Detección de anticuerpos otros métodos.	40
Detección de antígenos.	20
Prueba de tuberculina (Mantoux).	12
Microbiología molecular	
Carga viral.	120
Genotipo de virus.	170
PCR.	90

Técnicas de imagen

Doppler	
Doppler aorta, vena cava e ilíacas.	65
Doppler obstétrico.	200
Doppler de pene.	150
Doppler de troncos supraaórticos.	110
Doppler venoso.	70
Otros.	130
Ecografía	
Ecografía.	70
Ecografía abdomino-pélvica.	100
Ecografía con contraste.	400
Ecografía endoanal/endorectal/transrectal.	100
Ecografía intraoperatoria/portátil.	180
Ecografía obstétrica 2.º-3.º trimestre.	100
Ecografía transvaginal.	100
Rx convencional	
Abdomen supino y bipedestación.	35
Columna completa AP y lateral.	50
Densitometría estandar (columna lumbar y cadera).	100
Mamografía.	70
Ortopantomografía.	25
Pies en carga.	30
Portátil.	45

Serie ósea completa, metastásica, articular, displásica.	50
Simple (una, dos proyecciones).	20
Telemetría de miembros inferiores.	35
Tres proyecciones.	30
Rx con contraste	
Angiografía arco aórtico y troncos supraaórticos.	1.200
Angiografía cerebral completa.	1.300
Angiografía cerebral selectiva.	1.000
Aortografía.	900
Arteriografía.	1.000
Arteriografía de extremidades.	900
Arteriografía raquimedular.	1.900
Arteriografía selectiva visceral.	1.200
Artrografía.	125
Cavografía/liocavografía.	800
Cistografía.	110
Colangiografía trans-kehr.	95
Colangiografía intraoperatoria.	70
Colangiografía transhepática percutánea.	500
Coronariografía.	1.000
Dacriocistografía.	90
Defecografía.	120
Enema opaco.	160
Enema opaco doble contraste.	190
Enteroclisia.	250
Esofagograma.	100
Estudio esofagogastroduodenal (egd).	100
Fistulografía.	120
Flebografía extremidad unilateral.	300
Flebografía extremidad bilateral.	500
Flebografía fistulas de hemodiálisis.	700
Flebografía órganos (hígado, riñón, espermática, ovárica).	800
Galactografía.	150
Histerosalpingografía.	170
Mielografía.	190
Pielografía ascendente.	150
Pielografía por nefrostomía.	125
Retinografía.	85
Sialografía.	180

Tránsito intestinal.	180
Uretrocistografía retrógrada.	200
Urografía intravenosa.	180
Resonancia magnética	
Angioresonancia.	400
Artroresonancia.	220
Rm corazón de stress/funcional/morfológica cada una.	400
Rm corazón sin/con contraste.	550
Rm columna completa sin contraste.	280
Rm mamas sin/con contraste.	420
Rm planificación neuronavegación.	250
Rm próstata sin/con contraste.	420
Rm con contraste.	290
Rm sin contraste.	170
Rm sin/con contraste.	380
Tomografía Axial Computarizada	
Angiotc/ TC embolismo pulmonar.	300
Artrotc.	130
Mielotc.	200
TAC con contraste.	170
TAC con y sin contraste/TAC bifásico.	190
TAC localización radiocirugía-estereotaxia.	225
TAC perfusión cerebral.	250
TAC sin contraste.	75

Otras técnicas diagnósticas

Alergología	
Pruebas epicutáneas (batería).	80
Prick test (cada alérgeno).	10
Pruebas alergia a medicamentos (cada uno).	100
Pruebas de provocación.	450
Aparato digestivo	
Endoscopias.	
Cápsula de endoscopia.	900
Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica diagnóstica.	800
Colonoscopia.	275
Ecoendoscopia digestiva.	450
Gastroscopia.	225
Laparoscopia diagnóstica.	1.200

Biopsia endobiliar/endodigestiva.	2.800
Biopsia hepática percutánea.	600
Biopsia hepática transyugular.	2.000
Deglución y motilidad estudio.	100
Fibroscan.	80
Manometría ano-rectal/esofágica.	300
pH-metría esofágica y/o gástrica ambulatoria de 24 h.	300
Cardiología	
Ecocardiograma (Estudio e informe).	125
Ecocardiograma transesofágico.	225
Cateterismo cardiaco diagnóstico.	1.200
Electrocardiograma.	20
Ergometría.	110
Estudio electrofisiológico.	3.000
Holter.	100
Dermatología	
Biopsia cutánea.	70
Dermatoscopia digital.	110
Ginecología	
Amniocentesis.	450
Histeroscopia.	350
Mama, colocación de arpón guía.	210
Mama, biopsia aguja gruesa (BAG) guiada por ecografía.	220
Mama, biopsia aguja gruesa (BAG) guiada por estereotaxia.	300
Mama, biopsia asistida por vacío (BAV).	1.150
Mama, PAAF guiada por ecografía.	150
Mama, PAAF guiada por estereotaxia.	175
Neumología	
Broncoscopias.	
Ecobroncoscopia (EBUS).	900
Fibrobroncoscopia simple (FBS).	170
FBS con biopsia/BAL/aspirado.	230
Biopsia pleural 'ciega'.	130
Espirometría.	40
Nódulo pulmonar, punción guiada por radioscopia.	500
Pletismografía.	80
Prueba de broncodilatación.	90
Pruebas de provocación bronquial inespecífica (cada una).	30
Prueba de esfuerzo.	240

Neurofisiología	
Electroencefalograma.	100
Electroencefalograma con privación de sueño.	200
Electromiograma.	140
Electromiograma de fibra aislada (Jitter).	400
Electronistagmograma/ Electrooculograma (EOG)/ Electroretinograma.	150
Estimulación magnética.	225
Estudios neurofisiológicos estereotácticos.	12.000
Polisomnografía nocturna.	600
Polisomnografía tras privación de sueño/test múltiple de latencias del sueño.	300
Potencial evocado multitest.	260
Potencial evocado unitario (auditivos/somatosensitivos/tronco cerebral/visual).	120
Reflejo trigémino-facial.	125
Otorrinolaringología	
Audiometría.	60
Laringoscopia.	90
Pruebas vestibulares.	280
Oftalmología	
Angiografía con verde indocianina/con fluoresceína.	125
Biometría óptica.	80
Campimetría.	90
Paquimetría corneal.	80
Topografía corneal.	80
Urología	
Citoscopia.	190
Estudio urodinámico.	300
Próstata, punción biopsia transrectal.	450
Otros procedimientos diagnósticos	
Artroscopia.	2.100
Biopsia aguja gruesa guiada por ecografía.	260
Biopsia aguja gruesa guiada por tc.	350
Punción aspiración con aguja fina (PAAF), guiada por ecografía.	200
Punción aspiración con aguja fina (paaf), guiada por tc.	270
Punción lumbar.	320

ANEXO 11

Consultorios en los edificios judiciales de la Mutualidad General Judicial*1. Naturaleza y antecedentes*

1.1 El presente Anexo tiene como finalidad garantizar la prestación de la asistencia sanitaria primaria en los Consultorios implantados por MUGEJU, o de futura implantación, en los edificios judiciales para la atención de mutualistas en activo.

1.2 Para hacer efectiva dicha garantía y regular la asistencia médica en los citados Consultorios, MUGEJU suscribió con las Entidades de seguro privado entonces concertadas un Acuerdo de 9 de julio de 2001, posteriormente modificado en su punto 3.º por Acuerdo de fecha de 7 de mayo de 2007 y que, hasta ahora, no ha sufrido modificaciones.

1.3 El Anexo vincula a todas las Entidades firmantes de este Concierto e incorpora los aspectos básicos del régimen regulatorio de los Consultorios, su naturaleza, funcionamiento, requisitos para su implantación, colectivo beneficiario, forma de designación del director médico, sus honorarios, dotación de medios y, en general, la reglamentación básica del servicio sanitario de dichos Consultorios.

2. Características de los consultorios

2.1 Conforme el artículo 12 del Real Decreto 96/2019, de 1 de marzo, de reordenación y actualización de la estructura orgánica de la Mutualidad General Judicial, corresponde a la Gerencia de MUGEJU disponer la implantación de nuevos Consultorios, el mantenimiento de los ya existentes o su cierre. La resolución que, a tales efectos, se adopte se ajustará a la normativa interna que regula la organización y funcionamiento de MUGEJU, y se fundamentará en criterios exclusivos de interés general, a partir del análisis y ponderación, en cada supuesto concreto, de las condiciones y requisitos que se establecen en el punto siguiente.

2.2 La Gerencia de MUGEJU estudiará, en su caso, la apertura de nuevos Consultorios siempre que se den, conjuntamente, las siguientes circunstancias:

a) Que el edificio judicial donde se pretenda instalar esté ubicado en una capital de provincia.

b) Que el número de mutualistas en activo destinados en órganos judiciales de la capital de la provincia en cuestión sea igual o superior a 250.

c) Que la Administración pública que ostente la disponibilidad del edificio judicial que hubiere de albergar el Consultorio proporcione un espacio habilitado al efecto que, en principio, esté dotado de los estándares habituales exigibles para su funcionamiento a los fines interesados (entre otros, lavabo, acceso a personas discapacitadas y sala de espera), sin perjuicio de las actuaciones y decisiones que se adopten por la autoridad sanitaria competente para otorgar su autorización conforme a lo previsto en el punto siguiente.

d) Que el colectivo de mutualistas afectados, a través de los canales orgánicos o sindicales correspondientes, así lo solicite.

e) Que, excepto en las ciudades de Madrid y Barcelona, no exista otro Consultorio en funcionamiento en la capital de la provincia.

El cierre de los Consultorios en funcionamiento se acordará cuando desaparezcan o se alteren sustancialmente las condiciones y requisitos a que obedeció o que justificaron su apertura.

2.3 MUGEJU se responsabiliza de llevar a cabo todas las actuaciones administrativas precisas para recabar y obtener la correspondiente autorización de instalación, funcionamiento y, en su caso, cierre, de los Consultorios médicos por parte de las autoridades sanitarias, ya sean estatales o autonómicas, competentes para ello.

2.4 Los Consultorios de asistencia sanitaria primaria implantados por MUGEJU, o de futura implantación, se estructuran como servicios permanentes en horario concreto, atendidos por un facultativo, que lo dirigirá, designado por una de las Entidades, de conformidad con lo dispuesto en el punto 4 del presente Anexo.

2.5 El coste de la prestación del servicio médico corre por cuenta de las Entidades, según los criterios que se establecen en el presente Anexo. La Entidad que, conforme a lo previsto en el punto 4, designe al facultativo prestador del servicio será la única responsable de la relación de servicios profesionales prestados por este, quien no estará, en consecuencia, vinculado por relación jurídica alguna a MUGEJU.

3. *Colectivo beneficiario de los consultorios*

En los Consultorios instalados por MUGEJU en los distintos edificios judiciales, se impartirá asistencia médica primaria a cualquier mutualista en activo que –debidamente identificado como tal– la requiera, incluidos los que estuvieran adscritos a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas o al INGESA para recibir la prestación sanitaria.

4. *Designación de director médico de los consultorios*

4.1 A la entrada en vigor del Concierto, la Entidad que cuente con mayor número de mutualistas adscritos en activo con destino en la capital de provincia donde radique el Consultorio de asistencia primaria, designará al facultativo encargado de dirigirlo, y las restantes Entidades, le autorizarán para que realice las actividades y prescripciones médicas en los términos establecidos en el punto 6.3. de este Anexo.

4.2 En caso de que la Entidad con mayor número de afiliados adscritos en servicio activo en la capital correspondiente según el punto anterior renunciara a nombrar facultativo, será la siguiente Entidad en número de afiliados adscritos en servicio activo en la misma capital de provincia la que llevará a cabo dicha designación, y así sucesivamente.

4.3 En el supuesto de que exista más de un Consultorio en la capital de la provincia, la Entidad con mayor número de mutualistas adscritos en servicio activo designará facultativo en el centro de su elección, correspondiendo el nombramiento de facultativo en los demás Consultorios a las siguientes Entidades por orden del número de afiliados adscritos en servicio activo en la capital de provincia.

4.4 Este proceso se actualizará a la entrada en vigor de cada nuevo Concierto para asistencia sanitaria de beneficiarios de MUGEJU y la designación de médico se conservará durante todo el período de vigencia del mismo, incluidas las posibles prórrogas. No obstante, la entrada en vigor de cada nuevo Concierto no implicará de manera automática el cambio de los médicos ya designados sino que, por el contrario, su nombramiento será renovado, salvo que expresamente se decida otra cosa.

Sin perjuicio de la libre designación y, en su caso, renovación de los facultativos por parte de la Entidad de seguro que corresponda, su sustitución deberá producirse preceptivamente una vez alcancen su edad de jubilación.

4.5 La Entidad a la que corresponda la designación del facultativo deberá notificar la misma, por correo certificado con acuse de recibo o cualquier otro medio que garantice la recepción de la comunicación de forma fehaciente, a las restantes Entidades, al objeto de que en el plazo de quince días a contar desde el siguiente al de la recepción de la notificación puedan oponerse, por causa justificada, a tal designación. Transcurrido dicho plazo sin realizar ningún pronunciamiento se entenderá admitida tácitamente la designación, y no podrá efectuarse reclamación alguna al respecto.

4.6 Para garantizar la correcta e ininterrumpida prestación de los servicios médicos a los mutualistas, la Entidad de seguro que hubiere designado al facultativo que haya de dirigir cada Consultorio deberá nombrar, asimismo, a otro profesional médico que le supla en caso de vacaciones (salvo que se disfruten en el mes de agosto), permisos o

ausencias por causas ordinarias o extraordinarias de aquél. De la designación del suplente y, en su caso, del periodo de tiempo de la suplencia, se dará conocimiento, con antelación suficiente y a MUGEJU.

4.7 MUGEJU comunicará a las Entidades de seguro cuál de ellas ha de designar al médico director de cada Consultorio, resolviendo la Gerencia de MUGEJU las eventuales discrepancias que al respecto pudieran surgir.

5. Pago de honorarios a los directores médicos de los consultorios

5.1 Los honorarios de los facultativos que dirigen los Consultorios se determinan en base a dos parámetros:

- Horas de consulta asignadas a cada Consultorio, que serán las que realice cada facultativo.
- Número de mutualistas en activo en la capital de provincia de que se trate.

Con arreglo a tales criterios, y sin perjuicio de lo regulado en el punto 5.5 para Madrid y Barcelona, los honorarios de los facultativos quedan fijados conforme a la siguiente tabla:

Número de mutualistas la capital de la provincia	Horario de atención	Honorarios brutos mensuales
De 250 a 300.	12 horas/mes	399 €/mes
De 301 a 400.	20 horas/mes	570 €/mes
De 401 a 600.	30 horas/mes	849 €/mes
De 601 a 1.000.	40 horas/mes	1.243 €/mes
De 1.001 a 1.500.	60 horas/mes	1.989 €/mes
De 1.501 a 1.900.	80 horas/mes	2.289 €/mes
De 1.901 en adelante.	100 horas/mes	3.335 €/mes

5.2 Los honorarios de los facultativos a cuyo cargo se encuentren los Consultorios serán aportados por todas las Entidades en función de los porcentajes de cada Entidad sobre el número total de los mutualistas en activo adscritos a la misma con destino en la capital de provincia donde radique el Consultorio. Para ello, durante el mes de marzo de cada año de vigencia de los sucesivos Concierdos, MUGEJU comunicará la nueva participación en la financiación de las retribuciones del médico entre las Entidades, en función del número de afiliados en servicio activo adscritos a cada una de ellas, a fecha 1 de marzo.

5.3 La mencionada reasignación en la financiación de los honorarios de los facultativos no se aplicará en el caso de que la nueva distribución de los mutualistas entre las Entidades experimente una variación inferior o igual al 10%.

5.4 Si alguna Entidad no firmara la prórroga del Concierto de asistencia sanitaria, se procederá a revisar y redistribuir la participación de cada Entidad en la financiación de los honorarios de los facultativos.

5.5 En Madrid y Barcelona, donde existe más de un Consultorio, la retribución de los facultativos y las horas de atención a los mutualistas, se rigen por el siguiente cuadro:

Madrid-Juzgados Plaza de Castilla.	100 horas/mes	3.335 €/mes
Madrid-Tribunal Supremo/Tribunal Superior de Justicia.	100 horas/mes	3.335 €/mes
Madrid-Audiencia Provincial.	60 horas/mes	2.175 €/mes
Madrid-Juzgados de lo Social.	30 horas/mes	849 €/mes

Madrid-Audiencia Nacional.	20 horas/mes	570 €/mes
Madrid-Albarracín.	40 horas/mes	1.243 €/mes
Barcelona-Ciudad de la Justicia.	80 horas/mes	2.289 €/mes
Barcelona-Palacio de Justicia.	80 horas/mes	2.289 €/mes

6. Funcionamiento de los consultorios

6.1 La Entidad responderá del correcto del funcionamiento de los servicios asistenciales prestados por el facultativo que hubiere designado, reservándose MUGEJU el derecho a exigir el puntual y exacto cumplimiento de dicho servicio profesional, requiriendo a la Entidad para que adopte las medidas pertinentes para ello, y pudiendo instar la sustitución del facultativo, justificando los motivos, a lo que deberá acceder la Entidad concernida.

6.2 La Entidad a la que pertenezca el facultativo designado para prestar asistencia en el Consultorio fijará el horario de funcionamiento del mismo, en todo caso comprendido entre las 9 y las 14 horas, atendándose al número de horas regulado en la escala referida en el punto 5 de este Anexo. Tal horario se comunicará a MUGEJU por escrito, a través de la Delegación correspondiente, y se hará público en lugar visible en la entrada del Consultorio de que se trate. El horario será fijo. Cualquier variación del mismo deberá estar debidamente justificada y se comunicará por la Entidad a MUGEJU con suficiente antelación.

6.3 Los servicios que se presten en los Consultorios serán los propios que corresponden a consultas médicas, prescripciones de medicamentos y productos sanitarios y prescripción de las pruebas necesarias en los volantes de las distintas Entidades que éstas les habrán proporcionado previamente.

6.4 Los Consultorios de MUGEJU quedarán en todo caso al margen de los servicios que pudieran prestar las Clínicas Médico Forenses ubicadas en el mismo edificio judicial como órgano de la Administración de Justicia y para el cumplimiento de sus fines, así como de los medios habilitados para el cumplimiento por la autoridad laboral de las obligaciones derivadas de la normativa de prevención de riesgos laborales.

7. Relación de consultorios instalados y en funcionamiento

1. Albacete.
2. Alicante.
3. Almería.
4. Badajoz.
5. Barcelona-Ciudad de la Justicia.
6. Barcelona-Palacio de Justicia.
7. Bilbao.
8. Burgos.
9. Cáceres.
10. Cádiz.
11. Castellón.
12. Córdoba.
13. Coruña.
14. Girona.
15. Granada.
16. Huelva.
17. Jaén.
18. Lleida.
19. La Rioja.
20. Madrid-Juzgados de lo Social.

21. Madrid-Audiencia Provincial.
22. Madrid-Juzgados de Plaza de Castilla.
23. Madrid-Tribunal Supremo.
24. Madrid-Tribunal Superior de Justicia.
25. Madrid-Audiencia Nacional.
26. Madrid-C/ Albarracín.
27. Málaga.
28. Murcia.
29. Navarra.
30. Oviedo.
31. Santander.
32. Sevilla.
33. Tarragona.
34. Valencia.
35. Valladolid.
36. Zaragoza.

8. *Medios necesarios para funcionamiento de los consultorios*

8.1 La Administración, con competencias en medios materiales y personales, proporcionará el espacio necesario para albergar los Consultorios conforme al apartado 2.2 de este Anexo.

8.2 MUGEJU facilitará exclusivamente el material clínico y mobiliario necesario para garantizar la prestación de la asistencia sanitaria primaria.

8.3 Las Entidades abonarán los honorarios correspondientes a los directores médicos de los Consultorios en los términos establecidos en el apartado quinto de este Anexo y proporcionarán el resto de medios para la prestación del servicio médico.