



## LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

---

Resolución de 29 de noviembre de 2005, de la Presidencia de la Mutualidad General Judicial, por la que se ordena la publicación de la circular reguladora de la prestación sanitaria de la Mutualidad General Judicial.

---

Ministerio de Justicia  
«BOE» núm. 300, de 16 de diciembre de 2005  
Referencia: BOE-A-2005-20729

---

### TEXTO CONSOLIDADO

Última modificación: 31 de enero de 2014

Norma derogada por la Resolución de 8 de enero de 2014. [Ref. BOE-A-2014-996](#).

El régimen de prestaciones de la Mutualidad General Judicial queda regulado por el Real Decreto Legislativo 3/2000 por el que se aprueba el Texto Refundido de las disposiciones legales vigentes sobre el Régimen Especial de la Seguridad Social del personal al servicio de la Administración de Justicia (B.O.E. 28 de junio de 2000) y el Reglamento del Organismo aprobado por el Real Decreto 3283/1978 y las disposiciones legales aplicables. Asimismo las condiciones reguladoras del régimen de prestaciones se completan a través de circulares que vienen a desarrollar las anteriores normas legales y a reflejar los acuerdos adoptados por la Asamblea General del Organismo en el ejercicio de la competencia que le confiere el art. 6.e) del Reglamento del Organismo (R.D. 3283/1978).

Resulta en consecuencia, imprescindible la publicación de aquellas circulares que atañen al régimen de concesión de prestaciones y que no han sido publicadas anteriormente, para general conocimiento de los beneficiarios del Régimen Especial de Seguridad Social gestionado por la Mutualidad General Judicial.

Por todo lo expuesto anteriormente, esta Presidencia resuelve la publicación en el Boletín Oficial del Estado de la Circular número 77.

Madrid, 29 de noviembre de 2005.

El Presidente,  
Benigno Varela Autrán

### ANEXO

#### **1. Normas reguladoras**

Ley 14/1986 de 25 de abril, Ley General de Sanidad.

RD 63/1995 de 20 de enero de ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

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.

Real Decreto 3283/1978 de 3 de noviembre por el que se aprueba el Reglamento de la Mutualidad General Judicial.

Ley 16/2003 de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Legislación vigente en materia de Asistencia Sanitaria.

## **2. Extensión de la asistencia sanitaria**

La asistencia sanitaria tiene por objeto la prestación de los servicios médicos, quirúrgicos y farmacéuticos dirigidos a preservar, conservar o restablecer la salud de los beneficiarios de este régimen especial de seguridad social, así como su aptitud para el trabajo. Proporcionará también los servicios convenientes para completar las prestaciones médicas y farmacéuticas y, de un modo especial atenderá a la rehabilitación física para la recuperación profesional de los incapacitados con derecho a ella.

La presente circular regula únicamente la prestación que se refiere a la asistencia médica, entendiéndose que la prestación complementaria ortoprotésica, la prestación farmacéutica y la asistencia en el extranjero son objeto de regulación en circulares específicas

Las contingencias cubiertas por la prestación de la asistencia sanitaria son las de enfermedad común o profesional y las lesiones ocasionadas por accidente común o en acto de servicio o como consecuencia de el, sea por accidente o riesgo específico del cargo incluso si se trata de un acto de terrorismo, así como el embarazo, el parto y el puerperio.

## **3. Contenido de la asistencia sanitaria**

3.1 Contenido de la Asistencia Sanitaria en caso de enfermedad y accidentes comunes.- La asistencia sanitaria se prestará, al menos, con la extensión y alcance que se determine en el régimen general de seguridad social, garantizándose la accesibilidad, movilidad, calidad, seguridad e información recogidas en el Sistema Nacional de Salud.

Las prestaciones sanitarias, se dispensan según las siguientes modalidades: atención primaria, atención especializada, prestación farmacéutica, prestaciones complementarias, servicios de información y documentación sanitaria y comprenden:

a) La atención primaria que, con carácter general incluye, la asistencia sanitaria en régimen ambulatorio, domiciliario y de urgencia y los programas preventivos de atención primaria.

b) La atención especializada que incluye:

1. La asistencia especializada en régimen ambulatorio y hospitalario, incluyendo el hospital de día y la hospitalización a domicilio, así como la atención de urgencia tanto hospitalaria como extrahospitalaria.

2. La asistencia psiquiátrica en régimen ambulatorio, incluyendo la psicoterapia individual, de grupo o familiar y la hospitalización en procesos agudos y crónicos.

c) La prestación farmacéutica que incluye las fórmulas magistrales, las especialidades y los efectos y accesorios farmacéuticos, con la extensión determinada para los beneficiarios del régimen general de la seguridad social y que es objeto de regulación específica en la correspondiente circular sobre la materia.

d) Las prestaciones complementarias, para cuya definición, extensión y contenido se tendrá en cuenta lo dispuesto en el régimen general de la seguridad social:

El transporte sanitario,

La oxigenoterapia a domicilio,

Los tratamientos dietoterápicos complejos,

Las dietas enterales,

Las prestaciones ortoprotésicas y

Otras prestaciones sanitarias a cargo de la Mutualidad General Judicial que son objeto de regulación específica.

e) Cualquier otra prestación que se determine en el ámbito del régimen general de la seguridad social.

3.2 Contenido de la Asistencia Sanitaria por maternidad.-La asistencia sanitaria por maternidad comprende:

a) La preparación al parto.

b) La atención en régimen ambulatorio, hospitalario y de urgencia del embarazo, parto y puerperio, así como de la patología obstetricia que pudiera producirse en dichas situaciones.

c) Las prestaciones farmacéuticas y complementarias derivadas de dichas contingencias.

3.3 Contenido de la asistencia sanitaria por accidente en acto de servicio y enfermedad profesional.-La asistencia sanitaria por accidente en acto de servicio y enfermedad profesional, comprende:

a) Todos los tratamientos y actuaciones sanitarias que se consideren necesarias y con el mismo contenido que se especifica en el apartado 3.1 de esta circular.

b) La cirugía estética que guarde relación con el accidente de servicio o enfermedad profesional.

c) Toda clase de prótesis y ortesis y demás prestaciones complementarias que se consideren necesarias en relación con el proceso patológico derivado del accidente en acto de servicio o enfermedad profesional.

d) La prestación farmacéutica, en los términos que se regulan para este régimen especial de seguridad social.

#### **4. Beneficiarios de la asistencia sanitaria**

4.1 Son beneficiarios de la asistencia sanitaria por enfermedad y accidente comunes todos los mutualistas y demás beneficiarios incluidos en el ámbito de aplicación del régimen especial de la Mutualidad General Judicial, los jubilados mutualistas, así como sus beneficiarios.

4.2 Son beneficiarios de la asistencia sanitaria por accidente de servicio y enfermedad profesional todos los mutualistas en activo que sufran cualquier alteración en la salud como consecuencia de una de estas dos contingencias. En estos casos, los mutualistas se considerarán de pleno derecho en alta, aunque no se hubiera tramitado su afiliación a la Mutualidad General Judicial.

4.3 Son beneficiarias de la asistencia sanitaria por maternidad las mutualistas y las demás beneficiarias de asistencia sanitaria incluidas en el ámbito de aplicación del régimen especial de la Mutualidad General Judicial. También lo son las cónyuges de los mutualistas y aquellas personas que hubieran venido conviviendo con éstos en análoga relación de afectividad a la de cónyuge, con cargo a la entidad de seguro de asistencia sanitaria a que pertenezca el mutualista y aunque no sean beneficiarias conforme a las normas de afiliación, siempre que se den las condiciones específicamente previstas para ello en los conciertos.

#### **5. Nacimiento y efectividad del derecho de asistencia sanitaria**

5.1 El derecho a la asistencia sanitaria nace el día de la afiliación o alta en la Mutualidad General Judicial, tanto para el titular como para sus beneficiarios. Para aquellos familiares o asimilados cuya inclusión como beneficiarios se produzca en un momento posterior, la efectividad del derecho a la asistencia sanitaria se producirá en la fecha de solicitud del reconocimiento de su condición de beneficiarios, salvo en el caso del recién nacido que, con independencia de dicha fecha, tendrá derecho a la asistencia sanitaria que corresponda durante el primer mes desde el momento del parto.

5.2 A los efectos de la salvedad indicada en el apartado anterior, se equiparan al recién nacido los supuestos de adopción o acogimiento, tanto preadoptivo como permanente, computándose el primer mes, bien a partir de la decisión administrativa o judicial de acogimiento, bien a partir de la resolución judicial por la que se constituya la adopción.

### **6. Duración de la asistencia sanitaria**

6.1 La asistencia sanitaria se prestará desde el día en que, reuniendo las condiciones exigidas para su efectividad, sea solicitada del facultativo correspondiente y concurren los requisitos establecidos para conservar el derecho a recibirla.

6.2 La asistencia sanitaria por accidente en acto de servicio y enfermedad profesional se prestará al afectado desde el momento en que se produzca el accidente o se diagnostique la enfermedad profesional, y durante el tiempo que el estado patológico producido por dichas contingencias lo requiera.

### **7. Formas de prestación de la asistencia sanitaria**

La asistencia sanitaria a cargo de la Mutualidad General Judicial se presta a través de los conciertos con compañías de seguros en el ramo de enfermedad o con establecimientos públicos o privados o por concierto con Instituciones de la Seguridad Social.

### **8. Asistencia sanitaria prestada por medios ajenos**

8.1 El beneficiario que, por decisión propia o de sus familiares, utilice servicios sanitarios distintos de los que le correspondan, abonará, sin derecho a reintegro, los gastos que puedan ocasionarse.

8.2 En el caso de recibir la asistencia sanitaria a través de entidades médicas privadas, el mutualista puede solicitar a ésta el reintegro de los gastos ocasionados por el uso de medios ajenos en dos supuestos:

En caso de denegación injustificada de asistencia, de acuerdo con lo estipulado en los conciertos.

Si la utilización de dichos servicios sanitarios ha sido debida a una asistencia urgente de carácter vital.

8.3 En caso de discrepancia sobre la procedencia del reintegro en las circunstancias previstas en los dos supuestos anteriores, se resolverá a través del procedimiento previsto en el punto 11 de la presente circular, cuando se trate de asistencia sanitaria prestada a través de entidades de seguro.

8.4 Cuando un beneficiario esté adscrito a efectos de asistencia sanitaria a un organismo público y haga uso de servicios sanitarios distintos de los que le correspondan, estará sujeto a lo que la normativa legal y de procedimiento del correspondiente organismo disponga para las situaciones de utilización de medios ajenos, así como a su régimen jurisdiccional.

### **9. Asistencia sanitaria concertada con el Instituto Nacional de la Seguridad Social (I.N.S.S.)**

9.1 Contenido.-La Seguridad Social, a través de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas correspondientes o del Instituto de Gestión Sanitaria, prestará la asistencia médica por cualquier contingencia a todos los titulares y sus beneficiarios que hayan elegido esta forma de cobertura que en cada momento esté establecido para la Red Sanitaria Pública y sin períodos de carencia en ningún caso.

La asistencia sanitaria a través de la Seguridad Social se prestará desde la fecha del alta, teniendo en cuenta que ésta se determina con arreglo a lo señalado en el epígrafe 9.2.3. de la presente circular.

#### 9.2 Documentos de asistencia:

9.2.1 La Mutualidad General Judicial tramitará las afiliaciones y bajas de titulares y las altas, bajas y variaciones de beneficiarios en la forma establecida con carácter general, expidiéndose a dicho fin los documentos de afiliación y, en su caso, los de beneficiarios del Organismo sin ninguna otra especialidad que la prevista a continuación.

9.2.2 Dichos documentos, en las condiciones señaladas en los procedimientos de gestión del colectivo, se presentarán en la correspondiente Tesorería Territorial de la Seguridad Social, bien por la delegación provincial o los servicios centrales, bien por el titular, a los fines de que la adscripción produzca efectos.

9.2.3 Si la presentación en la Tesorería Territorial se realiza dentro de los cinco días naturales siguientes al de expedición por la Mutualidad General Judicial, la fecha de alta que consignará la Tesorería será la de la citada expedición. En otro caso, consignará la del quinto día siguiente al de presentación en la Tesorería Territorial.

### **10. Asistencia sanitaria concertada con entidades de seguro**

10.1 Contenido.-Las modalidades, forma y condiciones conforme a las cuales las entidades de seguro de asistencia sanitaria concertadas con la Mutualidad General Judicial prestan la asistencia médica a los titulares y beneficiarios adscritos a las mismas, se contienen en el texto del concierto vigente en cada momento y que se publica en el Boletín Oficial del Estado. Este concierto se entenderá complementado con los convenios firmados por la Mutualidad General Judicial con la Comunidades Autónomas, por cuenta de tales entidades, para la prestación de asistencia sanitaria en el ámbito rural.

#### 10.2 Identificación:

10.2.1 Para recibir asistencia sanitaria, el mutualista o beneficiario deberá acreditar previamente su condición de tal, exhibiendo el correspondiente documento de afiliación de la Mutualidad General Judicial o el documento de asistencia sanitaria, expedido por la misma de acuerdo con sus propias normas. En el caso de asistencia por maternidad a las beneficiarias no incluidas en el documento de beneficiarios del mutualista, el vínculo o situación se acreditará exhibiendo el libro de familia o cualquier otro medio de prueba admitido en derecho. En el caso de no poder aportar la acreditación ante una urgencia, el mutualista tendrá un plazo de 48 horas máximo para presentar la documentación correspondiente.

10.2.2 La entidad emitirá la correspondiente tarjeta magnética sanitaria, que se enviará al domicilio del beneficiario y que éste deberá presentar para hacer uso de los medios de la entidad. En el caso que la entidad no haya emitido la tarjeta, será suficiente con presentar el documento de afiliación a la Mutualidad General Judicial en el que conste la Entidad de adscripción, según lo expuesto en el punto anterior.

#### 10.3 Beneficiarios no adscritos a Entidad Médica:

10.3.1 El mutualista de que no haya formalizado su adscripción a una de las Entidades concertadas y que, precisando asistencia sanitaria para sí o sus beneficiarios, la requiera en las oficinas de la Entidad, tendrá derecho a recibirla una vez que acredite su condición de afiliado a la Mutualidad General Judicial. La Entidad prestará la asistencia y, en el plazo previsto en el Concierto vigente, notificará los hechos a la Mutualidad General Judicial para que proceda al alta del mutualista en la Entidad, con efectos del quinto de los citados días y el abono de los gastos de la asistencia prestada hasta la fecha de efectos del alta.

10.3.2 El titular presentará ante la Mutualidad General Judicial la oportuna solicitud, en la que deberá constar una breve descripción de las causas por las que no se formalizó la afiliación en el momento oportuno, acompañando la siguiente documentación:

- a) Certificado del órgano administrativo competente que acredite la fecha de efectos de la toma de posesión y las situaciones administrativas en que se haya encontrado el mutualista desde aquella fecha hasta la actualidad.
- b) Informe médico de la asistencia recibida.
- c) Facturas de los gastos ocasionados.

El Presidente de la Mutualidad General Judicial dictará Resolución, conforme al procedimiento de afiliación que corresponda.

### **11. Reclamaciones del beneficiario**

11.1 Reclamaciones con Entidades de Seguro.-Los beneficiarios podrán reclamar ante la Mutualidad General Judicial:

- 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 esté obligada a asumir directamente algún gasto o a reintegrar su importe y, previa petición del beneficiario, no lo haga así.

c) Cuando la Entidad incumpla cualquier otra de las obligaciones que le corresponden según los términos del Concierto.

Las reclamaciones se formularán por escrito ante la correspondiente Delegación Provincial o en las Oficinas Centrales de la Mutualidad General Judicial, acompañando cuantos documentos puedan justificar a la misma. 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 la satisfacción de la misma, en cuyo caso se archivará sin más trámite. En caso de que las citadas gestiones no prosperen y con independencia de su cuantía, la Delegación Provincial formulará el oportuno expediente, convocando inmediata reunión de la Comisión Mixta Provincial.

11.2 Comisiones Mixtas.-Las Comisiones Mixtas, con composición paritaria, tienen por cometido el seguimiento, análisis y evaluación del cumplimiento del Concierto para Asistencia Sanitaria con las entidades médicas.

a) Comisiones Mixtas Provinciales: las reclamaciones se presentarán en la Delegación Provincial que serán analizadas por la Comisión Mixta Provincial cuando las mismas se refieran al ámbito provincial. En caso de que existan discrepancias en el seno de la Comisión Mixta Provincial, el expediente se elevará para su estudio por la Comisión Mixta Nacional. En el caso de existir acuerdo en la Comisión Mixta Provincial, se dictará la oportuna resolución por el Delegado. En caso de no existir acuerdo en la Comisión Mixta Provincial, la Delegación Provincial lo comunicará al interesado y remitirá el expediente a los Servicios Centrales. Las resoluciones de los Delegados Provinciales deberán dictarse dentro del plazo máximo de tres meses.

b) Comisión Mixta Nacional: entenderá de las reclamaciones que afecten a todo el territorio nacional así como de los expedientes que hayan sido remitidos por las comisiones mixtas provinciales por falta de acuerdo. Estudiados los expedientes por la Comisión Mixta Nacional, resolverá la Presidencia de la Mutualidad General Judicial en un plazo máximo de seis meses.

11.3 Reclamaciones INSS.-Se podrán presentar, por el mutualista, en todos los centros asistenciales (Hospitales, Ambulatorios, Centros de Salud, etc.) o administrativos del Servicio Sanitario de la Comunidad Autónoma correspondiente y seguirán el procedimiento aplicable en el ámbito de esta, a través de los servicios de Atención al Paciente o unidades de la administración sanitaria habilitadas para facilitar su tramitación.

## **12. Cambios de entidad**

12.1 Cambios ordinarios.-Con carácter general y como norma común, los titulares adscritos al I.N.S.S., así como a las entidades de seguro de asistencia sanitaria, podrán cambiar de Entidad durante el mes de enero de cada año. Dentro de dicho plazo, los titulares que lo deseen presentarán su solicitud de cambio en la Delegación Provincial o en los Servicios Centrales de la Mutualidad General Judicial, junto con el documento de afiliación, que deberán entregar para su sustitución.

En todo caso, los beneficiarios estarán adscritos a la misma opción que el titular del que depende su derecho.

12.2 Cambios extraordinarios.-Los mutualistas adscritos al INSS podrán cambiar de Entidad fuera del período ordinario cuando se produzca un cambio de destino del titular con traslado de provincia.

Los mutualistas adscritos a entidades privadas podrán cambiar de entidad además en otros dos supuestos:

Cuando el interesado obtenga la conformidad, expresada por escrito, de las dos entidades de seguro afectadas.

Cuando, por concurrir circunstancias objetivas que justifiquen el cambio de una pluralidad de titulares afectados por el mismo problema de asistencia médica, la Presidencia

de la Mutuality General Judicial acuerde la apertura de plazo especial de elección de entidades.

**13. Tratamientos médicos especiales**

**(Derogado)**

Este texto consolidado no tiene valor jurídico.  
Más información en [info@boe.es](mailto:info@boe.es)