«Fallamos: Que debemos estimar y estimamos, en parte, el recurso contencioso-administrativo deducido por don Antonio Fernández Campos contra desestimación por silencio por el Ministerio de Administración Territorial de la Administración Estatal del recurso de alzada formulado contra Resolución de la Mutualidad Nacional de Previsión de la Administración Local de 10 de diciembre de 1985, sobre determinación de pensión de jubilación del recurrente; y, en consecuencia, debemos anular y anulamos tales actos administrativos sólo en el particular de no haber aplicado el 80 por 100 del haber regulador en los cálculos de determinación de la pensión, por no encontrarlos en ello ajustados al ordenamiento jurídico; y debemos desestimar y desestimamos el recurso en todo lo demás; sin hacer pronunciamiento respecto al pago de las costas devengadas en la sustanciación del procedimiento.»

En su virtud, este Ministerio para las Administraciónes Públicas, de conformidad con lo establecido en los artículos 118 de la Constitución; 17.2 de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, y demás preceptos concordantes de la vigente Ley de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, ha dispuesto la publicación de dicho fallo en el «Boletín Oficial del Estado», para general conocimiento y cumplimiento en sus propios términos de la mencionada sentencia.

Lo que digo a VV. II.
Madrid, 5 de diciembre de 1988.-P. D. (Orden de 25 de mayo de 1987), el Subsecretario, Juan Ignacio Moltó García.

Ilmos. Sres. Subsecretario y Director técnico de la Mutualidad Nacional de Previsión de la Administración Local.

29553 *RESOLUCION de 1 de diciembre de 1988, de la Subsecretaría, por la que se emplaza a los interesados en el recurso contencioso-administrativo número 18.653, interpuesto ante la Audiencia Nacional.*

Recibido el requerimiento telegráfico de la Sala de lo Contencioso-Administrativo de la Audiencia Nacional a que hace referencia el artículo 8.2 de la Ley 62/1978, de 26 de diciembre, en relación con el recurso contencioso-administrativo número 18.653, interpuesto por don Sebastián Martín-Retortillo Baquer, contra Resolución de la Inspección General de Servicios de la Administración Pública de 25 de mayo de 1987, sobre incompatibilidades,

Esta Subsecretaría ha resuelto emplazar para que comparezcan ante la Sala, en el plazo de cinco días, a todos los interesados en el procedimiento y, por tanto, legitimados para poder personarse ante la misma.

Madrid, 1 de diciembre de 1988.-El Subsecretario, Juan Ignacio Moltó García.

29554 *RESOLUCION de 1 de diciembre de 1988, de la Subsecretaría, por la que se emplaza a los interesados en el recurso contencioso-administrativo número 18.649, interpuesto ante la Audiencia Nacional.*

Recibido el requerimiento telegráfico de la Sala de lo Contencioso-Administrativo de la Audiencia Nacional a que hace referencia el artículo 8.2 de la Ley 62/1978, de 26 de diciembre, en relación con el recurso contencioso-administrativo número 18.649, interpuesto por don Tomás Nicas Jodar, contra Resolución de la Inspección General de Servicios de la Administración Pública de 20 de octubre de 1988, sobre incompatibilidades,

Esta Subsecretaría ha resuelto emplazar para que comparezcan ante la Sala, en el plazo de cinco días, a todos los interesados en el procedimiento y, por tanto, legitimados para poder personarse ante la misma.

Madrid, 1 de diciembre de 1988.-El Subsecretario, Juan Ignacio Moltó García.

29555 *RESOLUCION de 15 de diciembre de 1988, de la Dirección General de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, por la que se publica el concierto suscrito por la misma para la prestación de asistencia sanitaria durante 1989.*

De conformidad con lo previsto en el artículo 19 de la Ley 29/1975, de 27 de junio, sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, y el artículo 75 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo, aprobado por Decreto 843/1976, de 18 de marzo, y al amparo de la Orden del Ministerio para las Administraciones Públicas de 21 de octubre de 1986, la Dirección General de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE) ha concertado la prestación de servicios de asistencia sanitaria a los mutualistas titulares y beneficiarios durante 1989 con diversas Entidades de Seguro Libre del ramo de Asistencia Sanitaria.

A los efectos de poner en conocimiento de los mutualistas el alcance exacto de sus derechos y obligaciones en materia de asistencia sanitaria y la forma en que procede su prestación, parece conveniente hacer público el texto del concierto, así como la relación de Entidades que lo han suscrito.

En virtud de lo expuesto, esta Dirección General ha resuelto:

Primero.-Publicar el texto del concierto conforme al cual MUFACE prestará la asistencia sanitaria a sus mutualistas, titulares y beneficiarios durante 1989, con los anexos I y II del mismo, así como la relación de Entidades que han suscrito dicho concierto.

La asistencia sanitaria prestada por la Seguridad Social a los mutualistas titulares y beneficiarios que hayan elegido o elijan este sistema, se regirá por el oportuno convenio, con arreglo a las condiciones establecidas para el Régimen General de la Seguridad Social.

Segundo.-Que durante el plazo comprendido entre el 1 y el 31 de enero de 1989, ambos inclusive, los mutualistas que lo deseen pueden solicitar el cambio de Entidad, adscribiéndose a alguna de las que figuran en la relación que acompaña al concierto o al Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Este plazo será el único de carácter ordinario para solicitar el cambio de Entidad, sin perjuicio de los supuestos extraordinarios previstos en la cláusula 1.5 del concierto.

Tercero.-En los Servicios Provinciales y Oficinas Delegadas de MUFACE se expondrán los cuadros médicos y sanatoriales de la respectiva provincia correspondiente a las Entidades concertadas, así como la red asistencial, propia o subconcertada, a través de la cual prestarán servicio en el resto del territorio nacional. Asimismo podrá consultarse en dichos Servicios Provinciales y Oficinas Delegadas de MUFACE el anexo III del concierto «Baremo de indemnizaciones por asistencia sanitaria en el extranjero y demás supuestos previstos en el concierto», que no será objeto de publicación.

Madrid, 15 de diciembre de 1988.-El Director general, José Antonio Sánchez Velayos.

Concierto para la prestación de asistencia sanitaria durante 1989 a los mutualistas y demás beneficiarios de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado

INDICE

CAPITULO 1

Destinatarios de la asistencia concertada

1.1 *Beneficiarios en general:*

1.1.1 Definición.
1.1.2 Requisitos para recibir la asistencia.

1.2 *Beneficiarios de asistencia por maternidad:*

1.2.1 Definición.
1.2.2 Requisitos para recibir la asistencia.

1.3 *Nacimiento del derecho a la asistencia.*
1.4 *Duración de la asistencia.*
1.5 *Cambio de Entidad.*
1.6 *Mutualistas no adscritos a Entidad médica.*

CAPITULO 2

Estructura y medios para la prestación de la asistencia

2.1 *Organización de la prestación de la asistencia:*

2.1.1 Criterios generales.
2.1.2 Niveles geográficos:

A) Unidad sanitaria local.
B) Subcomarca sanitaria.
C) Comarca sanitaria.
D) Medio urbano sanitario.
E) Región sanitaria.
F) Norma supletoria.

2.1.3 Servicio permanente de asistencia ambulatoria.
2.1.4 Servicios de Urgencias.

2.2 *Inexistencia de facultativos o de Centros.*
2.3 *Cuadros médicos-sanatoriales:*

2.3.1 Elaboración.
2.3.2 Contenido general.
2.3.3 Otras especificaciones.
2.3.4 Invariabilidad.

CAPITULO 3

Contenido y régimen de la prestación concertada

3.1 *Contenido general de la prestación.*
3.2 *Ambito territorial.*
3.3 *Régimen de los facultativos.*

3.3.1 Libertad de elección.
3.3.2 Honorarios.
3.3.3 Prescripción de medicamentos.
3.3.4 Cumplimentación de partes por enfermedad.
3.3.5 Volantes de prescripción.

3.4 *Prótesis.*
3.5 *Asistencia urgente:*

3.5.1 Domiciliaria.
3.5.2 En los Servicios de Urgencias.
3.5.3 En Centros no de Urgencias del Cuadro.
3.5.4 En niveles geográficos sin Servicio de Urgencias.
3.5.5 En supuestos de urgencia vital:

A) Concepto de urgencia vital.
B) Ingreso directo en Centro propio o ajeno a la Entidad.
C) Duración de la urgencia vital.
D) Procedimiento para la reclamación de gastos.

3.5.6 Gastos cubiertos.

3.6 *Asistencia en régimen ambulatorio:*

3.6.1 En consultorio.
3.6.2 A domicilio.
3.6.3 Medios de diagnóstico.
3.6.4 Medicamentos.
3.6.5 Especificaciones complementarias para diversas especialidades:

A) Esterilidad.
B) Maternidad.
C) Planificación familiar.
D) Pequeña cirugía y curas posquirúrgicas.
E) Estomatología.
F) Diagnóstico precoz de cáncer ginecológico y enfermedades coronarias.
G) Rehabilitación y recuperación funcional.
H) Tratamientos o técnicas para enfermos mentales.

3.6.6 Requisitos para la asistencia ambulatoria.

3.6.7 Consultas a especialistas ajenos al Cuadro de la Entidad.

3.7 *Asistencia en régimen de internamiento hospitalario:*

3.7.1 Condiciones generales de los internamientos.

A) Ambito de aplicación de estas condiciones.
B) Centros de internamiento.
C) Requisitos para el ingreso.
D) Duración del internamiento.
E) Tipo de habitación.
F) Gastos cubiertos.

3.7.2 Especificaciones para los distintos tipos de internamiento:

A) Hospitalización por enfermedad.
B) Hospitalización por asistencia quirúrgica.
C) Hospitalización por maternidad.
D) Hospitalización por asistencia pediátrica.
E) Hospitalización para tratamientos de rehabilitación y recuperación funcional.
F) Hospitalización por enfermedades mentales.

3.7.3 Internamiento prescrito por facultativo ajeno al Cuadro.
3.7.4 Internamiento en Centro ajeno al Cuadro.

3.8.1 Características y condiciones.
3.8.2 Supuestos de aplicación:

A) Tratamientos de diálisis peritoneales y hemodiálisis.
B) Tratamientos de poliquimioterapia y oncológicos.
C) Hospitalización para tratamientos de litofragmentación.

3.9 *Asistencia en régimen de hospitalización domiciliaria.*
3.10 *Traslados para recibir asistencia.*
3.11 *Asistencia en el extranjero:*

3.11.1 Gastos de asistencia cubiertos.
3.11.2 Reintegro de los gastos.

3.12 *Denegación de asistencia:*

3.12.1 Concepto.
3.12.2 Procedimiento para la reclamación de gastos.

CAPITULO 4

Comisiones Mixtas.–Reclamaciones por razón de asistencia sanitaria

4.1 *Comisiones Mixtas:*

4.1.1 Funciones.
4.1.2 Régimen de funcionamiento.
4.1.3 Clases.

4.2 *Comisiones Mixtas Provinciales:*

4.2.1 Composición.
4.2.2 Funcionamiento.

4.3 *Comisión Mixta Nacional:*

4.3.1 Composición.
4.3.2 Funcionamiento.

4.4 *Reclamaciones por razón de asistencia sanitaria:*

4.4.1 Presentación.
4.4.2 Tramitación.
4.4.3 Resolución en caso de acuerdo.
4.4.4 Tramitación y resolución en caso de desacuerdo.
4.4.5 Requisitos de las resoluciones.

4.5 *Procedimiento de pago en supuestos generales:*

4.5.1 Pagos acordados por los Directores de los Servicios Provinciales.
4.5.2 Pagos acordados por el Director general de MUFACE.

4.6 *Procedimiento de pago en supuestos especiales.*

CAPITULO 5

Régimen económico, duración y normas complementarias

5.1 *Precio.*
5.2 *Régimen de pagos:*

5.2.1 Efectos económicos de las altas y bajas y plazo de pago.
5.2.2 Comunicación de las altas y bajas, comprobación y reclamaciones.

5.3 *Duración.*
5.4 *Prórrogas y continuidad asistencial.*
5.5 *Lesiones por accidente de automóvil.*

CAPITULO 6

Normas finales

6.1 *Impuestos.*
6.2 *Comprobaciones.*
6.3 *Naturaleza del Concierto, recursos y jurisdicción competente.*
6.4 *Anexos.*

En la Sede central de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), en Madrid, paseo de Juan XXIII, 26, a ..... de 1988,

REUNIDOS

De una parte, el ilustrísimo señor don José A. Sánchez Velayos, Director general de la Mutualidad citada, en representación de la misma y al amparo de las facultades que le asigna el artículo 10.2 g) del Real Decreto 344/1985, de 6 de marzo,

Y de otra, don ....., con documento nacional de identidad ....., en nombre y representación de la Entidad ....., en calidad de ..... de la misma y con poderes suficientes, según consta en la copia de la escritura pública de fecha ..... de ....., otorgada ante el Notario don ....., que exhibe,

ACUERDAN

Primero.–Concertar la prestación de servicios de asistencia sanitaria a los mutualistas y demás beneficiarios de MUFACE que queden adscritos a la citada Entidad durante el proximo año.

Segundo.–Que dicha prestación de servicios se realice, en todo el territorio nacional, bajo la exclusiva responsabilidad de la Entidad que concierta, sin perjuicio de que ésta pueda, a su vez, haber subconcertado la totalidad o parte de los servicios para determinadas provincias, conforme queda expresado todo ello en la documentación presentada por la Entidad y sin que MUFACE adquiera ningún tipo de obligación frente a las Entidades que hayan subconcertado.

Tercero.–Que la repetida prestación de servicios se lleve a cabo con arreglo al presente Concierto, constituido por las cláusulas y anexos que a continuación se especifican.

CAPITULO 1

Destinatarios de la asistencia concertada

1.1 *Beneficiarios en general:*

1.1.1 Definición: La asistencia sanitaria objeto del presente Concierto se dispensará a todos los mutualistas y demás beneficiarios de MUFACE, determinados conforme a sus propias normas, que hayan quedado adscritos a la Entidad a estos efectos.

1.1.2 Requisitos para recibir la asistencia:

A) Los titulares y sus beneficiarios deberán acreditar su condición para recibir la asistencia, exhibiendo el correspondiente documento de afiliación a MUFACE y, en su caso, el de beneficiarios. Uno y otro podrán ser sustituidos por el documento individual de aistencia sanitaria, expedido por MUFACE de acuerdo con sus propias normas.

B) Además, cuando se trate de asistencia prestada por facultativo del cuadro de la Entidad o así se determine en este Concierto, deberán entregar el oportuno cheque de asistencia que, en talonarios, será facilitado gratuitamente por la Entidad, bien directamente o a través de los servicios de MUFACE. Los talonarios se entregarán a los titulares con devolución simultánea por éstos, en su caso, de las matrices debidamente cumplimentadas de los anteriores talonarios utilizados.

La utilización de estos cheques se realizará exclusivamente, por su carácter de intransferibles, por el titular al que corresponde y por los beneficiarios incluidos en su documento de beneficiarios, debiéndose cumplimentar correctamente los datos que en los mismos figuran.

C) En aquellos supuestos concretos expresamente determinados en el presente concierto, la Entidad podrá exigir los requisitos adicionales (volante de prescripción, autorización previa, etc.) que en el mismo se establecen para la prestación de la asistencia sanitaria a los beneficiarios de la misma, teniendo siempre en cuenta lo previsto en la cláusula 2.3.3.C).

D) En los casos en que, por razones de urgencia en la petición de asistencia, no sea posible aportar en el acto la documentación de los apartados A) y B), se presentará en el plazo máximo de cuarenta y ocho horas.

1.2 *Beneficiarios de asistencia por maternidad:*.

1.2.1 Definición: La Entidad prestará la asistencia por maternidad a:

A) Las titulares afiliadas y en alta.

B) Las beneficiarias incluidas en el documento de beneficiarios de los titulares en alta.

C) Las esposas de los mutualistas, aun cuando no reúnan la condición de beneficiarias incluidas en el correspondiente documento, e incluso si, siendo titulares, están adscritas a Entidad distinta de la del marido.

1.2.2 Requisitos para recibir la asistencia: Las respectivas condiciones se acreditarán en la forma establecida en la cláusula 1.1.2, A), salvo en el dispuesto del apartado C), en que, además deberá aportarse el Libro de Familia o cualquier otro documento que acredite la condición de esposa del mutualista de que se trate. Serán igualmente de aplicación las previsiones de la cláusula 1.1.2, B), C), y D).

1.3 *Nacimiento del derecho a la asistencia.*–Sin perjuicio de lo establecido en el párrafo siguiente y en la cláusula 1.6, el derecho a obtener asistencia sanitaria de la Entidad comienza en la fecha en que el titular haya quedado adscrito a la misma por los servicios de MUFACE, siempre que se cumpla lo previsto en el primer párrafo de la cláusula 5.2.2 y sin que existan plazos de carencia para ningún tipo de asistencia.

A efectos de asistencia, se presume en todo caso que el recién nacido está adscrito a la Entidad que atienda a la madre, desde el mismo momento del parto hasta transcurrido un mes. A partir de entonces, el citado derecho queda condicionado a la formalización de la adscripción, con los consiguientes efectos económicos.

1.4 *Duración de la asistencia:*

A) La asistencia por accidente o por enfermedad se prestará por la Entidad en cualquiera de sus modalidades por todo el tiempo que sea necesario a juicio de los facultativos.

B) La asistencia por maternidad tendrá la duración que se derive de lo dispuesto en las cláusulas 3.6.5, B) y 3.7.2, C).

C) El derecho a la asistencia se extingue, en cualquier caso, en la fecha en que los servicios de MUFACE acuerden la baja en la misma o en la Entidad.

1.5 *Cambio de Entidad.*–Los titulares podrán cambiar de Entidad en los siguientes supuestos:

A) Con carácter ordinario y general, durante el mes de enero de cada año, en la forma que se establezca por MUFACE.

B) Con carácter extraordinario:

a) Cuando se produzca un cambio de destino del titular que implique traslado de provincia.

b) Cuando el interesado obtenga la conformidad expresada por escrito de las dos Entidades afectadas.

c) Previa autorización del Director general de MUFACE, cuando concurran circunstancias objetivas que justifiquen el cambio de una pluralidad de titulares afectados por el mismo problema de asistencia médica.

1.6 *Mutualistas no adscritos a Entidad médica.*–El mutualista que, habiendo adquirido la condición de funcionario no haya formalizado su adscripción a una de las Entidads concertadas y, precisando asistencia sanitaria para sí o sus beneficiarios, la requiera en las oficinas de la Entidad, tendrá derecho a recibirla una vez que haga constar su condición de funcionario de la Administración Civil del Estado.

La Entidad prestará la asistencia y, en el plazo de los cinco días hábiles siguientes, notificará los hechos a MUFACE para que proceda al alta del mutualista en la misma Entidad y al abono de los gastos de la asistencia prestada.

CAPITULO 2

Estructura y medios para la prestación de la asistencia

2.1 *Organización de la prestación de la asistencia:*

2.1.1 Criterios generales:

A) Salvo que en la localidad de que se trate no haya más que un facultativo o un máximo de 50 titulares, la Entidad hará que figure en su Cuadro por cada localidad o demarcación geográfica equivalente un mínimo de dos Médicos de familia por cada 200 beneficiarios y dos Pediatras de familia por cada 400 beneficiarios.

B) Por lo que se refiere a los especialistas, con arreglo a la distribución geográfica que se expone seguidamente y a partir de nivel comarcal, la Entidad dispondrá de un mínimo de dos facultativos por especialidad, en número proporcional al de beneficiarios, de acuerdo con los criterios utilizados por el INSALUD, excepto cuando no exista más que un especialista en la localidad o un máximo de 200 titulares.

C) Con aplicación de los criterios anteriores, la realización de la asistencia se efectuará por niveles geográficos, teniendo en cuenta, en tanto se fija la estructura sanitaria en todo el territorio nacional, las normas de la cláusula 2.1.2 siguiente.

2.1.2 Niveles geográficos: Estarán constituidos por la unidad sanitaria local, la subcomarca, la comarca, el medio urbano y la región:

A) Unidad sanitaria local: Se constituye por conjuntos de población de hasta un total aproximado de 5.000 habitantes, comprendiendo en cada localidad la asistencia general, esto es, los servicios de medicina de familia, pedriatría de familia, ATS o Practicante y Matrona.

B) Subcomarca sanitaria: Agrupa varias unidades sanitarias locales, con un total de entre 25.000 y 30.000 habitantes, disponiendo, junto con los servicios de éstas, de los de obstetricia y ginecología, estomatología, análisis clínicos, electrorradiología, cirugía general, anestesiología, reanimación, oxigenoterapia y rehabilitación.

C) Comarca sanitaria: Incluye varias subcomarcas, hasta totalizar una población de 75.000 a 100.000 habitantes, y contará, además de con los anteriores, con los siguientes servicios:

a) Especialidades médicas: Cardiología, reumatología, oftalmología, otorrinolaringología, aparato disgestivo y hemoterapia.

b) Especialidades quirúrgicas: Oftalmolología, traumatología y cirugía ortopédica y otorrinolaringología.

D) Medio urbano sanitario: Lo constituyen las capitales de provincia y localidades con población aproximada a los 100.000 habitantes. Comprenderá todas las especialidades del nivel comarcal, complementadas con las siguientes:

a) Especialidades médicas: Alergia, dermatolología y venereología, endrocrinología y nutrición, hematología, medicina interna, neurología, psiquiatría, nefrología, oncología, geriatría y neonatología.

b) Especialidades quirúrgicas: Cirugía general y del aparato digestivo, urología, cirugía plástica y reparadora, oncología quirúrgica, angiología y cirugía vascular.

c) Especialidades generales: Anatomía patológica, radioterapia y medicina nuclear, microbiología y parasitología y bioquímica clínica.

d) Técnicas de diagnósticos: Todas las técnicas, incluyendo audiograma, electrocardiografía y fonocardiografía, endoscopias en las diferentes especialidades, ecografía y exploración funcional en los diversos aparatos, metabolismo basal y reflexograma aquíleo, radiodiagnóstico general y pediátrico (incluido «scanner» y resonancia magnética), análisis clínicos (químicos, bioquímicos, biológicos y microbiológicos), exploraciones eléctricas, isótopos radiactivos, angicardiografía, electroencefalografía, electromiografía y ultrasonografía Dopler.

e) Medios de tratamiento: Electrología (rayos ultravioleta, rayos infrarrojos, onda corta, diatermina, microondas, ultrasonido), fisioterapia (kinessoterapia, mecanoterapia, termoterapia, hidroterapia en centros de rehabilitación), hemoterapia, oxigenoterapia (en domicilio o en internamiento), electroshock, rayo láser, aerosolterapia, ventiloterapia y foniatría.

E) Región sanitaria: Permitirá un sistema completo y autosuficiente y figurará establecido en las localidades donde exista Facultad de Medicina. Además de las especialidades y técnicas exigibles para los niveles geográficos anteriores, la Entidad deberá disponer de los siguientes: Inmunología, especialidades de consulta, especialidades pediátricas, ortóptica y pleóptica, cirugía maxilofacial, cirugía pediátrica, cirugía cardiovascular, cirugía torácica y neurocirugía y demás técnicas quirúrgicas especializadas.

F) Norma supletoria: Como norma supletoria quedan incluidas en los distintos niveles geográficos todas las especialidades establecidas en el Régimen General de la Seguridad Social para los niveles asimilables a cada uno de ellos.

2.1.3 Servicio permanente de asistencia ambulatoria: La Entidad viene obligada a disponer en los medios urbanos de un servicio permanente de asistencia ambulatoria atendido, al menos, por un facultativo de medicina general y servicio de ATS y curas ambulatorias. Esta función podrá ser atribuida por la Entidad a los Servicios de Urgencia del Cuadro.

2.1.4 Servicios de Urgencia:

A) A partir de los medios urbanos, la Entidad deberá disponer al menos de un Servicio Especial de Urgencias de carácter permanente, que, además de contar con los Médicos de guardia precisos para atenderlo, con el personal sanitario auxiliar necesario y con los quirófanos correspondientes, dispondrá de las siguientes dotaciones: Sala de yesos, departamento de esterilización, equipo de radiología, laboratorio para análisis clínicos y depósito de sangre, incubadora portátil, electrocardiógrafo, aparatos de medición de la presión arterial, salas de toma de oxígeno, de aspiración y de protóxido de nitrógeno, laringoscopio, instrumental para traqueotomía, incluyendo tubos endotraqueales, respirador automático, resucitador con marcapasos, instrumental para broncoscopia de urgencia (broncofibroscopio), gastroscopio, rectoscopio y depósito de farmacia con medicación para urgencia, que será a cargo de la Entidad.

Si el Servicio de Urgencias concertado no dispusiese de una Unidad de Cuidados Intensivos y de Coronarias, cuando resulte necesaria, el enfermo tendrá que ser trasladado a un Centro que cuente con la misma y disponga, además, del instrumental siguiente: Electroencefalógrafo, ecoencefalógrafo, aparatos de medición de la presión venosa central, equipo de oxígeno, monitor de hemodiálisis, unidad de respiración portátil o respirador universal y unidad móvil para reanimación y control cardíaco que, a su vez, contendrá pantalla osciloscópica, alarmas de pulso óptica o acústica, desfibrilador, marcapasos, registrador de todas las curvas y fenómenos visibles sobre la pantalla del monitor (derivaciones ECG, pulso periférico, ECC), fibroendoscopios, esofagofibroscopio, prostoscopio, etc. El traslado por cuenta de la Entidad deberá realizarse en ambulancia, con asistencia de Médico o ATS, según la necesidad del enfermo.

B) Igualmente a partir de los medios urbanos, la Entidad deberá contar con un Servicio de Urgencias para la asistencia urgente domiciliaria.

2.2 *Inexistencia de facultativos o de Centros.*–En los casos de inexistencia de facultativos de familia, facultativos de la especialidad de que se trate o de Centros sanitarios en los distintos niveles relacionados en el punto 2.1.2, la asistencia sanitaria se prestará por la Entidad en el nivel geográfico inmediato superior en el que existan.

2.3 *Cuadros médico-sanatoriales:*

2.3.1 Elaboración: La Entidad confeccionará bajo su responsabilidad los Cuadros médico-sanatoriales y pondrá a disposición de los servicios de MUFACE, desde el día 1 de enero, el número necesario de ejemplares para distribuir a los titulares.

2.3.2 Contenido general: Los Cuadros serán de ámbito provincial e incluirán los datos relativos al Servicio de Información de la Entidad, al Servicio Permanente de Asistencia Ambulatoria, a los Servicios de Urgencia, a los Centros Sanatoriales y a los facultativos, agrupados éstos por especialidades, según el Real Decreto 127/1984, de 11 de enero. Los especialistas consultores del nivel regional a que se refiere la cláusula 3.6.6, B), deberán figurar separadamente, bajo dicha denominación y agrupados también por especialidades.

2.3.3 Otras especificaciones: Además de lo anterior, los Cuadros incluirán siempre:

A) Los datos de los Servicios de Información, de Asistencia Ambulatoria y de Urgencias de la Entidad en las restantes provincias.

B) Las instrucciones precisas para la utilización de los diferentes servicios sanitarios, instrucciones que en ningún caso podrán diferir ni exceder de las previstas en este concierto.

C) Una indicación especialmente dirigida a los titulares de MUFACE que contenga una relación exhaustiva de los actos asistenciales que exijan autorización previa de la Entidad, según los términos del concierto, y que, por consiguiente, deberá coincidir con la que figura como anexo I. La no inclusión de esta indicación expresamente referida a los titulares de MUFACE se entenderá como la no exigencia de autorización alguna, cualquiera que sea el acto asistencial de que se trate.

2.3.4 Invariabilidad: La Entidad se obliga a no modificar, por reducción, durante 1989 los Cuadros presentados. Las bajas que durante la vigencia del concierto se produzcan en los Cuadros por causas insoslayables serán puestas en conocimiento de MUFACE a la mayor brevedad posible, y si redujeran un Cuadro en forma tal que se incumplieran las exigencias mínimas establecidas en este capítulo, la Entidad procederá a completarlo de manera inmediata, comunicando asimismo a MUFACE los servicios, Centros o facultativos que hayan de sustituir a las bajas producidas.

En el supuesto de que la Entidad no cumpliera todo lo establecido en el párrafo anterior, se obliga a asumir los gastos que se deriven de la utilización por los mutualistas y demás beneficiarios de los servicios que presten los Centros y facultativos incluidos inicialmente en el citado Cuadro y que hubieran causado baja.

CAPITULO 3

Contenido y régimen de la prestación concertada

3.1 *Contenido general de la prestación.*–La Entidad se obliga, en el más amplio sentido, y salvo en lo expresamente excluido, a prestar a su cargo la asistencia sanitaria tendente a conservar o restablecer la salud de todos los mutualistas y demás beneficiarios a ella adscritos, en la forma y con la extensión previstas en este concierto, tanto por enfermedad común o profesional, como por accidente, cualquiera que sea su causa, y por embarazo, parto o puerperio.

3.2 *Ambito territorial.*–La asistencia se prestará en todo el territorio nacional, bien por los Cuadros y servicios propios de la Entidad concertada, bien por los de las Entidades subconcertadas, sin más requisitos, a estos fines, que los señalados en las cláusulas 1.1.2 y 1.2.2 y sin que el contenido de la asistencia pueda limitarse por razón de domicilio del titular. La Entidad concertada adoptará las medidas oportunas para que, en su caso, las Entidades subconcertadas presten la asistencia sanitaria sin ningún otro requisito formal y, especialmente, para que los cheques de asistencia de la provincia de origen sean válidos en todo el territorio.

La asistencia fuera del territorio nacional sólo se cubrirá por la Entidad en los términos de la cláusula 3.11.

3.3 *Régimen de los facultativos:*

3.3.1 Libertad de elección: Para la prestación de la asistencia concertada rige el principio general de libertad de elección de facultativos de entre los que figuren en los Cuadros de la Entidad en todo el territorio nacional. El beneficiario se dirigirá directamente al facultativo elegido, salvo los casos en que, con arreglo a las cláusulas de este concierto, sean exigibles requisitos adicionales.

3.3.2 Honorarios: La Entidad, de acuerdo con sus propias normas, cubre los honorarios de los facultativos de sus Cuadros por la asistencia prestada en los términos del presente concierto, tanto en régimen ambulatorio como hospitalario.

Si se trata de facultativos ajenos a sus Cuadros, dicha cobertura sólo se producirá en los supuestos excepcionales previstos expresamente en las cláusulas de este concierto y si se dan todos los requisitos señalados en las mismas.

La prestación de la asistencia prevista en este concierto no supone ni hace surgir, en ningún caso, relación entre los facultativos y MUFACE.

3.3.3 Prescripción de medicamentos:

A) Los facultativos de la Entidad vienen obligados a utilizar la receta oficial de MUFACE en la asistencia ambulatoria y en los restantes supuestos en que así se determine en este concierto, y podrán libremente prescribir las especialidades farmacéuticas, fórmulas magistrales, efectos y accesorios incluidos en la prestación farmacéutica del Régimen General de la Seguridad Social. Por los servicios de MUFACE se analizarán los datos correspondientes a las prescripciones y, en su caso, la Entidad adoptará las medidas que resulten oportunas como consecuencia de dichos estudios y de los que realice la propia Entidad, que se acordarán en Comisión Mixta Nacional.

MUFACE entregará bajo control los talonarios a los titulares para ser presentados en el acto médico.

B) En la asistencia no incluida en el apartado precedente, los medicamentos se prescribirán según las normas de régimen interior del correspondiente Centro.

3.3.4 Cumplimentación de partes por enfermedad: La Entidad se obliga a que los Facultativos de sus Cuadros extiendan los partes de baja y confirmación por enfermedad, accidente, embarazo o parto en el momento oficial establecido, así como a que cumplimenten los informes oportunos en los supuestos de incapacidad permanente para el servicio.

La cumplimentación de los aludidos partes e informes se considerará como un acto médico y no devengará otros honorarios que los que abone la Entidad, según sus normas, por la asistencia sanitaria prestada usualmente por el Facultativo.

3.3.5 Volantes de prescripción: La Entidad garantiza que los Facultativos comprendidos en sus Cuadros utilizarán, necesariamente, para sus prescripciones, excepto para las de los medicamentos, los

volantes de las mismas. En los volantes no podrán figurar indicaciones sobre exigencias de requisitos para la utilización de servicios que resulten distintas de las previstas en el anexo I de este Concierto.

3.4. *Prótesis.*-Su coste no queda cubierto por el Concierto, excepto los materiales utilizados para realizar técnicas de osteosíntesis, que serán siempre por cuenta de la Entidad. La prescripción y colocación de todas las prótesis, tanto internas como externas, correrán igualmente a cargo de la Entidad, salvo lo previsto para las prótesis dentarias en la cláusula 3.6.5, E). MUFACE cubrirá el coste de las prótesis no asumido por la Entidad, en las condiciones y con los límites previstos en su normativa específica.

3.5. *Asistencia urgente:*

3.5.1 Domiciliaria: El beneficiario de la asistencia que la precise con carácter urgente y no pueda desplazarse la recabará del Servicio de Urgencias que figure en el Cuadro de la Entidad.

Recibida una petición de asistencia, el mismo Servicio de Urgencias dispondrá lo preciso para que sea prestado por el Facultativo y con los medios idóneos en cada caso, gestionando incluso, si procediese, el traslado del enfermo y su ingreso en Centro adecuado.

3.5.2 En los Servicios de Urgencias: El beneficiario podrá, en todo caso, acudir directamente a los Servicios de Urgencias del Cuadro para recibir asistencia sanitaria urgente.

Si de la asistencia prestada inicialmente se dedujese la necesidad de internamiento, el Servicio de Urgencias gestionará el adecuado, así como la intervención o tratamiento preciso dentro de los Cuadros de la Entidad. Si el Servicio de Urgencias prescribiese el internamiento en Centro ajeno o la intervención de Facultativo ajeno, la Entidad asumirá el total de los gastos, correspondiendo al propio Servicio de Urgencias hacer la notificación inmediata a la Entidad.

3.5.3 En Centros no de Urgencias del Cuadro: El beneficiario podrá ser internado en estos Centros, para una asistencia inmediata y urgente, cuando el Facultativo del Cuadro que la vaya a prestar ordene el ingreso. El propio Centro dará cuenta inmediata a la Entidad, acompañando el documento de prestación del Facultativo.

3.5.4 En niveles geográficos sin Servicio de Urgencias: En los niveles geográficos en que no exista Servicio de Urgencias, la asistencia urgente será prestada por los Facultativos de Medicina General y Pediatría y por los ATS del Cuadro.

3.5.5 En supuestos de urgencia vital:

A) Concepto de urgencia vital:

a) Se considera urgencia vital toda situación patológica que presuntamente ponga en peligro inmediato la vida del paciente o su integridad física o fisiológica, requiriendo una acción terapéutica de comienzo inmediato. La calificación de urgencia vital se establecerá ponderando las circunstancias de la asistencia, los informes médicos y los tratamientos y evolución seguidos hasta la resolución de la situación urgente que motivó la asistencia.

b) En todo caso, se considerará urgencia vital el accidente con lesiones graves o la pérdida de consciencia, cuando en uno o en otro supuesto concurran las circunstancias de haberse producido fuera del domicilio y de que el internamiento del beneficiario se realice por persona ajena a la familia, cualquiera que fuera el posterior diagnóstico.

c) No obsta para la calificación de urgencia vital la intervención previa al internamiento de un Facultativo ajeno al Cuadro de la Entidad, siempre que se haya limitado su actuación a prestar los primeros auxilios.

B) Ingreso directo en Centro propio o ajeno a la Entidad: En los casos de urgencia vital, el beneficiario podrá acudir directamente a Centros propios, sean o no de urgencia, y a Centros no incluidos por la Entidad en sus Cuadros; a cuyos efectos, se tendrá en cuenta:

a) Si el ingreso por urgencia vital fuera en Centro que figure en los Cuadros de la Entidad a la que el beneficiario se hallare adscrito, corresponderá al citado Centro notificar inmediatamente el ingreso a la Entidad, corriendo ésta con la totalidad de los gastos producidos. Además, el titular o sus familiares procurarán comunicar el ingreso a la Entidad, telefónicamente o por escrito.

b) Si el ingreso por esta causa lo fuera en Centro distinto de los consignados en los Cuadros de la Entidad, el interesado, u otra persona en su nombre, dará cuenta de ello a la Entidad por cualquier medio que permita dejar constancia de la comunicación, en el plazo de los diez días hábiles siguientes al ingreso. En tal supuesto, de tratarse de urgencia vital en los términos del apartado A), el titular tendrá derecho a que la Entidad se haga cargo directamente de todos los gastos o al reintegro de los mismos; a cuyo fin, una vez comprobado el derecho y sus circunstancias, la Entidad comunicará por escrito al interesado, en un plazo de diez días hábiles desde la comunicación del ingreso, si se hace cargo del pago directo al Centro de la asistencia prestada, si opta por el sistema de reintegro o si no asume ni una ni otra obligación; en cuyo supuesto deberá exponer las razones para ello En este último caso, el interesado abonará también los gastos y podrá plantear la cuestión del reintegro ante el correspondiente Servicio de MUFACE, conforme se indica en el apartado D) siguiente.

La comunicación a la Entidad pasado el plazo de los diez días hábiles siguientes al ingreso dará derecho, de confirmarse la urgencia vital, al reintegro de los gastos según el baremo del anexo III, siempre que se efectúe dentro de los cinco años siguientes a la fecha del mismo.

El estado clínico de inconsciencia del interesado en el momento de su ingreso, si además no contase con familiares allegados, interrumpirá el cómputo de los plazos.

C) Duración de la urgencia vital: A los efectos de la presente cláusula, la situación de urgencia vital perdura hasta el alta médica del enfermo, salvo que la Entidad traslade al mismo a uno de sus Centros asistenciales, una vez que su estado físico lo permita y previo acuerdo de los Médicos de la Entidad con el Facultativo que le estuviere prestando la asistencia.

D) Procedimiento para la reclamación de gastos: Si la Entidad no se hubiese hecho cargo directamente de los gastos ocasionados ni hubiera ofrecido la fórmula del reintegro, el interesado podrá plantear la reclamación oportuna ante el Servicio Provincial de MUFACE. Este realizará las gestiones urgentes necesarias para que la Entidad reintegre los gastos reclamados, y, si esta gestión no prosperara, se instruirá el expediente a que se refiere el artículo 90.3 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo, con intervención de la Comisión Mixta Provincial y, en su caso, Nacional, al objeto de determinar si ha existido urgencia vital y, en caso positivo, acordar el reintegro procedente con cargo a la Entidad.

En el supuesto de probarse el conocimiento de la Entidad y no haber realizado ésta actuación alguna, se presumirá su aceptación al reintegro total o por baremo, según proceda.

3.5.6 Gastos cubiertos: Bajo las condiciones establecidas en la presente cláusula 3.5, la Entidad cubre los gastos de la asistencia sanitaria urgente en los términos previstos para la asistencia sanitaria en régimen de internamiento.

3.6 *Asistencia en régimen ambulatorio:*

3.6.1 En consultorio: La asistencia en consultorio se prestará a los beneficiarios de la asistencia en el lugar de consulta de los Facultativos y, en su caso, en los Centros que figuren en el Cuadro médico-sanatorial de la Entidad. Fuera de los días y horas en que funcionen los servicios normales, esta asistencia se prestará en el Servicio Permanente de Asistencia Ambulatoria previsto en la cláusula 2.1.3.

3.6.2 A domicilio: La asistencia médica y de ATS se prestará a domicilio cuando el beneficiario no pueda, a causa de su enfermedad, acudir a la consulta del Facultativo.

3.6.3 Medios de diagnóstico: Quedan cubiertos por la Entidad todos los medios de diagnóstico precisos en este tipo de asistencia, corriendo igualmente a su cargo cuantos elementos sean necesarios para su realización.

3.6.4 Medicamentos: Los medicamentos precisos en el régimen de asistencia ambulatoria, salvo disposición expresa en contrario de las cláusulas del presente Concierto, no quedan cubiertos por la Entidad, sin perjuicio de su prescripción conforme a la cláusula 3.3.3, A).

3.6.5 Especificaciones complementarias para diversas especialidades.

A) Esterilidad: En los casos de esterilidad, la Entidad viene obligada a asumir los gastos necesarios para obtener el diagnóstico, el cual se extenderá, cuando proceda, a la pareja. No obstante, el tratamiento de la causa de la esterilidad alcanzará sólo al cónyuge cuando sea beneficiario incluido en el correspondiente documento.

B) Maternidad: Quedan cubiertas todas las contingencias durante el embarazo y el puerperio e incidencias patológicas. En cuanto al parto, se estará a lo previsto en la cláusula 3.7.2, C).

C) Planificación familiar: Quedan incluidos en la cobertura del presente Concierto los siguientes métodos:

a) Tratamientos con anticonceptivos y las revisiones ginecológicas necesarias para la mujer.

b) Implantes de dispositivos intrauterinos (DIU) y tratamiento de sus posibles complicaciones. Dichos dispositivos (DIU) no correrán a cargo de la Entidad, aunque podrán ser prescritos en receta oficial y adquiridos en las Oficinas de Farmacia con arreglo al sistema habitual.

D) Pequeña cirugía y curas posquirúrgicas: Todos los gastos causados por estos conceptos, incluida la medicación en el acto de la cura, serán a cargo de la Entidad.

E) Estomatología: Comprende el tratamiento de las afecciones estomatológicas en general, incluida la periodoncia, toda clase de extracciones y la limpieza de boca una vez por año o siempre que lo considere oportuno el Odontólogo. Quedan excluidos los empastes, la ortodoncia, las prótesis dentarias y la endodoncia.

No obstante, cuando mediara accidente de servicio o enfermedad profesional, quedan comprendidos todos los tratamientos y actuaciones, incluidas las prótesis dentarias necesarias, así como su colocación.

F) Diagnóstico precoz de cáncer ginecológico y enfermedades coronarias: Queda incluido en la cobertura del presente Concierto, una

vez al año, el diagnóstico precoz de cáncer ginecológico y de las enfermedades coronarias de titulares y beneficiarios.

G) Rehabilitación y recuperación funcional:

a) Se aplicarán los distintos medios de la medicina física y rehabilitadora para restablecer el estado funcional que poseía el paciente antes del proceso patológico, cualquiera que haya sido su causa, o para disminuir los deterioros y evitar las secuelas del mismo. En aquellos pacientes con procesos congénitos o adquiridos que lo precisen, se aplicarán dichos medios, con el fin de educar al paciente en la realización de tareas nuevas o renovadoras.

b) El plan de rehabilitación deberá ser confeccionado por el Médico rehabilitador del Cuadro de la Entidad, con valoración del estado funcional del paciente y de la evolución del proceso, indicándose en el mismo el programa de ejercicios y el tiempo calculado para llevar a cabo el plan. La ejecución de los programas se realizará en Centro de rehabilitación del Cuadro o, bajo dirección médica, por profesionales del Cuadro legalmente habilitados para realizar servicios auxiliares de fisioterapia y recuperación.

c) La obligación de prestar asistencia por cuenta 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, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento y ocupacional, excepto en los casos de reagudización del proceso; en cuyos supuestos, la Entidad reanudará la asistencia en los mismos terminos señalados en el párrafo anterior,

d) Se excluyen de esta asistencia la educación para 'el lenguaje (logopedia) en procesos congénitos y la educación especial en enfermos con afección psíquica.

H) Tratamientos o técnicas para enfermos mentales: No se encuentran incluidos en la asistencia concertada los psicoanálisis, hipnosis, psicoterapia en sesiones individuales o de grupo, marcolepsia ambulatoria y test psicológicos.

3.6.6 Requisitos para la asistencia ambulatoria: Para recibir la asistencia ambulatoria sólo serán necesarios los requisitos generales establecidos en los apartados A) y B) de la cláusula 1.1.2 y en la cláusula 1.2.2, salvo en los siguientes casos, en los que se establecen los requisitos adicionales que en cada supuesto se especifican:

A) Para la visita a domicilio de cualquier especialista del Cuadro será necesaria la previa petición escrita de otro Facultativo del mismo.

B) Las visitas a especialistas consultores del nivel regional deberán ser prescritas por especialista del Cuadro y autorizadas por la Entidad. De ser necesarias varias visitas, el propio especialista consultor prescribirá la siguiente o siguientes para la oportuna autorización por la Entidad.

C) La utilización de medios de diagnóstico deberá ser prescrita por el médico del cuadro y, en los casos previstos en el anexo I, ser autorizada por la Entidad.

D) La periodoncia y la limpieza de boca requerirán la previa autorización de la Entidad.

E) La asistencia para el diagnóstico precoz del cáncer ginecológico y de las enfermedades coronarias deberá ser solicitada por el interesado a la Entidad.

F) Los planes de rehabilitación y recuperación funcional deberán ser visados por la Entidad, que no podrá alterarlos, reducirlos ni establecer controles sobre el enfermo.

G) Los tratamientos especiales, incluida la oxigenoterapia a domicilio, deberán ser prescritos por especialista del cuadro y, en los casos previstos en el anexo I, ser autorizados por la Entidad.

3.6.7 Consultas a especialistas ajenos al Cuadro de la Entidad: La consulta a especialista que no figure en los cuadros de la Entidad deberá ser indicada por escrito, por facultativo del Cuadro, exponiendo las causas médicas que lo justifiquen. El titular presentará este informe en las oficinas de la Entidad antes de efectuar la consulta, requiriendo la oportuna autorización. La Entidad concederá o denegará por escrito la autorización normalmente en el mismo día o, en todo caso, antes de que concluya el segundo día hábil siguiente, expresando en caso de denegación el facultativo concreto al que podrá acudir el beneficiario. Transcurrido dicho plazo sin contestación escrita, se presumirá concedida la autorización a todos los efectos.

La autorización deberá indicar si la Entidad se hace cargo directamente de los gastos o si se aplicará la fórmula del reintegro. Si no existiera contestación, se estará a lo establecido en la cláusula 3.12, B).

3.7 *Asistencia en régimen de internamiento hospitalario:*

3.7.1 Condiciones generales de los internamientos:

A) Ambito de aplicación de estas condiciones: Salvo que otra cosa se disponga en la regulación de cada tipo de internamiento, todos quedarán sometidos a las condiciones que se establecen en la presente cláusula 3.7.1.

B) Centros de internamiento: El internamiento deberá llevarse a cabo en uno de los Centros incluidos en el cuadro de la Entidad.

C) Requisitos para el ingreso: El ingreso en un Centro en régimen de internamiento precisará:

a) La prescripción del mismo por médico de la Entidad, con indicación del Centro.

b) La presentación de la prescripción en las oficinas de la Entidad para la previa autorización.

D) Duración del internamiento: El régimen de internamiento persistirá mientras que, conforme a criterios médicos, subsista la necesidad, sin que puedan ser motivos de ésta razones de tipo social.

La autorización inicial de ingreso no necesitará prórroga alguna.

El alta hospitalaria será comunicada a la Entidad por el propio Centro.

E) Tipo de habitación: Los internamientos se efectuarán en habitación individual con servicio de baño y cama de acompañante, debiendo proporcionarse por la Entidad de superior nivel cuando no hubiera disponible del tipo señalado. En ningún caso podrán excluirse habitaciones que, sin disponer de más servicios que los citados, tengan en el Centro, por razones de régimen interior, una superior calificación.

F) Gastos cubiertos: Además de los honorarios profesionales, conforme se prevé en la cláusula 3.3.2, la Entidad cubre todos los gastos producidos en los internamientos en concepto de estancias, materiales, medios y procedimientos instrumentales y farmacológicos y cuantos elementos sean necesarios para el diagnóstico y curación del enfermo, salvo lo previsto para las prótesis en la cláusula 3.4.

Queda expresamente incluido en la cobertura cualquier tipo de anestesia y preanestesia, que habrá de ser realizada por médico especialista, abarcando el suministro de todos los fármacos y la utilización de los medios y procedimientos terapéuticos, instrumentales o farmacológicos necesarios para practicar la reanimación del enfermo.

3.7.2 Especificaciones para los distintos tipos de internamiento:

A) Hospitalización por enfermedad:

a) Se aplicará cuando la naturaleza, tratamiento o diagnóstico de la enfermedad lo exija y hasta que proceda el alta hospitalaria a juicio del facultativo que asista al enfermo. No obstante, la autorización del ingreso deberá renovarse por la Entidad cada diez días a solicitud del titular, que acompañará el informe del facultativo.

b) En supuestos de enfermos tuberculosos, procederá cuando se encuentren en fase de contagio, prolongándose la duración del tratamiento hasta que la baciloscopia resulte negativa.

c) Los internamientos por enfermedades infectocontagiosas deben ser efectuados en los Centros y condiciones establecidos por la legislación vigente y las normas dictadas por el Ministerio de Sanidad y las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas correspondientes. La permanencia del enfermo en el Centro dependerá exclusivamente de criterios médicos.

B) Hospitalización por asistencia quirúrgica:

a) La asistencia medicoquirúrgica comprederá el empleo de la especialidad que proceda de entre las indicadas en la claúsula 2.1.2 sobre organización de los servicios de asistencia sanitaria por niveles geográficos.

b) Cuando sea preciso el empleo de técnicas quirúrgicas especializadas que se encuentren enumeradas en el anexo I, deberá constar específicamente en la prescripción a efectos de su autorización previa.

c) Quedan expresamente incluidos en la cobertura los trasplantes de todo tipo, así como los injertos óseos. La obtención y el trasplante de órganos sólo podrá realizarse conforme a lo establecido en la legislación sanitaria vigente. Si la obtención del órgano fuera simultánea al trasplante y el donante fuese titular o beneficiario, la Entidad asumirá los costes de la intervención para la obtención. Si el donante no tuviera la aludida condición, la Entidad asumirá los costes, facturándolos a MUFACE, salvo que aquél tuviera cubierta esta contingencia.

d) Quedan igualmente incluidas en la cobertura del concierto la ligadura de trompas y la vasectomía.

e) Queda excluida la cirugía plástica puramente estética, excepto cuando medien procesos patológicos que alteren la normalidad fisiológica o psicológica del paciente, circunstancia que habrá de ser apreciada previamente por la Comisión Mixta. En los supuestos de accidente de servicio o enfermedad profesional se practicará en toda su amplitud, incluyendo, si fuera necesario, la cirugía estética 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) Hospitalización por maternidad:

a) La asistencia por maternidad estará a cargo de tocólogo y matrona en las poblaciones donde exista dicho especialista y de médico de familia en aquellas que no exista. El facultativo deberá asistir al parto. La asistencia correrá íntegramente por cuenta de la Entidad, cualquiera que sean las técnicas utilizadas, salvo el importe de la vacuna «anti D» cuando proceda su administración, aunque su prescripción deberá extenderla el facultativo en receta oficial.

b) Para la atención de los partos de alto riesgo se utilizarán los medios y elementos necesarios para resolver todas las contingencias que pudieran presentarse, tanto en lo que afecte a la madre como al niño, y allí donde existan, con las instalaciones adecuadas para ello.

c) Se prestará siempre al recién nacido que lo requiera asistencia neonatal a cargo de pediatra. La asistencia al recién nacido patológico incluye servicio de incubadora y, en su caso, el traslado del recién nacido al Centro donde exista a cargo de la Entidad. A efectos de la asistencia al recién nacido se tendrá en cuenta lo dispuesto en la cláusula 2.3.

d) La cobertura de la prestación concertada alcanza asimismo al aborto espontáneo, así como el aborto terapéutico en los términos establecidos en la legislación vigente.

e) Si la práctica de ligadura de trompas prevista en la cláusula 3.7.2, B), d), se decidiera en el mismo momento del parto, sin haberse indicado en el volante de ingreso, los gastos causados por este concepto serán también a cargo de la Entidad.

D) Hospitalización por asistencia pediátrica:

a) Se prestará a los niños menores de siete años o a los de mayor edad que legalmente se determinen, en todos aquellos casos en los que el diagnóstico y tratamiento exija una especial atención y una mayor garantía de eficacia que si se realizara en el domicilio del enfermo.

b) Cuando las características de la enfermedad exijan la compañía de una persona adulta o cuando por otras razones lo aconseje el pediatra, la madre o persona que acompañe al niño tendrá derecho a cama y pensión de acompañante.

c) Cuando siendo la compañía necesaria el acompañante residiera en localidad distinta a la del Centro sanitario, la Entidad se obliga a pagar una cantidad compensatoria de 3.000 pesetas por día, si las características de las unidades de enfermería del Centro no permitieran su internamiento.

E) Hospitalización para tratamientos de rehabilitación y recuperación funcional: Sólo procederán cuando los enfermos no puedan ser atendidos en forma ambulatoria, determinando el ingreso el médico rehabilitador correspondiente del cuadro de la Entidad, con autorización de la misma. La permanencia en régimen de internamiento dependerá exclusivamente del criterio del médico que prescribió el ingreso, quien elevará periódicamente a la Entidad el oportuno informe sobre la evolución del paciente y la necesidad de continuar el internamiento.

Queda excluida de este concepto la rehabilitación que se realice simultáneamente a los tratamientos médicos o quirúrgicos por estar comprendida en los mismos.

F) Hospitalización por enfermedades mentales:

a) La Entidad viene obligada a hacerse cargo de los internamientos de enfermos afectados de procesos agudos o crónicos agudizados, debiendo abonar los gastos correspondientes a un mes, como máximo, por cada año natural, mes que será el primero de los que el titular o el beneficiario de que se trate se encuentre internado durante cada año. El año se contará desde la fecha de entrada en vigor del concierto.

b) En los casos de enfermedad mental derivada de accidente de servicio o enfermedad profesional, la Entidad correrá con el importe total de los gastos de internamiento, tanto en procesos agudos como crónicos y sin limitación temporal alguna.

c) Si el internamiento se hubiera realizado en Centro no concertado, la Entidad abonará el importe establecido en el baremo que figura como anexo III.

d) Transcurrido el mes a cargo de la Entidad, MUFACE cubrirá, en su caso, los gastos del internamiento en las condiciones y con los límites previstos en su normativa específica. Los honorarios de los facultativos y los medios de diagnóstico en relación con el proceso psiquiátrico continuarán, sin embargo, siendo cubiertos por la Entidad.

3.7.3 Internamiento prescrito por facultativo ajeno al Cuadro: Cuando, disponiendo la Entidad de facultativos en sus Cuadros, el ingreso en Centro sanitario concertado por la Entidad sea indicado por médico ajeno a la Entidad, sin mediar urgencia vital, se deberá solicitar la previa autorización de ésta, que, si se aprecian causas objetivas, la concederá por un período de tiempo determinado, transcurrido el cual el titular deberá solicitar nueva autorización para prolongar la estancia, que será concedida por la Entidad si existen causas médicas que la justifiquen.

Se considerarán en todo caso causas objetivas que justifican la petición, entre otras, las siguientes: Que la asistencia se preste por un familiar médico, el tratarse de un facultativo de notorio prestigio y la continuidad asistencial en procesos patológicos graves.

En los supuestos contemplados en esta cláusula, los honorarios de los facultativos correrán por cuenta del titular.

3.7.4 Internamiento en Centro ajeno al Cuadro: Cuando un facultativo de la Entidad prescriba el internamiento en Centro ajeno, expondrá las causas médicas que lo justifiquen en el mismo volante de prescripción de ingreso que entregará al paciente y que el titular presentará en las oficinas de la Entidad. Esta emitirá por escrito su conformidad o denegación normalmente en el mismo día o, en todo caso, antes de que concluya el segundo día hábil siguiente, expresando en caso de denegación la solución alternativa, que deberá ser individualizada tanto en lo que se refiere a los facultativos como a los Centros ofrecidos. Transcurrido dicho plazo sin contestación escrita, se presumirá concedida la autorización a todos los efectos.

La autorización deberá indicar si la Entidad se hace cargo directamente de los gastos o si se aplicará la fórmula del reintegro. Si no existiera contestación, se estará a lo establecido en la cláusula 3.12, B).

3.8 *Asistencia en régimen de internamiento especial:*

3.8.1 Caraterísticas y condiciones: Se considerarán internamientos especiales los de aquellos enfermos que precisen recibir un tratamiento de los enumerados a continuación.

Las condiciones de estos internamientos será las previstas en la cláusula 3.7.2, con las particularidades y especificaciones que se señalan en los apartados de la cláusula 3.8.2 siguiente.

3.8.2 Supuestos de aplicación:

A) Tratamientos de diálisis peritoneales y hemodiálisis: Tanto en las insuficiencias renales agudas como en las crónicas, se prestará en el lugar de residencia del enfermo cuando existan las instalaciones adecuadas o, en su defecto, en la localidad más próxima.

La hemodiálisis se realizará en el domicilio del paciente cuando lo permitan las condiciones de aquél y así lo indique el médico, siempre que se pueda disponer en la localidad de los medios técnicos apropiados.

En ambos casos se requerirá la prescripción del especialista y la autorización de la Entidad.

B) Tratamientos de poliquimioterapia y oncológicos: Se considerarán internamientos especiales cuando afecten a enfermos ambulatorios para la aplicación del tratamiento durante un período de tiempo no superior a veinticuatro horas. Se requerirá la prescripción del especialista, y en los casos especificados en el anexo I, la autorización de la Entidad.

Si se trata de quimioterapia, el titular aportará la medicación necesaria, adquirida en las Oficinas de Farmacia y prescrita en receta oficial por el facultativo del cuadro que le viniera atendiendo. Aquellos productos farmacéuticos que, siendo de uso únicamente hospitalario, no se dispensen en Farmacias serán facturados directamente al titular, quien podrá solicitar el reintegro que corresponda de MUFACE.

C) Hospitalización para tratamientos de litofragmentación: Los tratamientos de litofragmentación que permitan la disolución de los cálculos de riñón y de uréter deberán ser prescritos por especialista del Cuadro y autorizados por la Entidad. La autorización sólo podrá ser denegada, por escrito, por razones médicas que desaconsejen el tratamiento.

3.9 *Asistencia en régimen de hospitalización domiciliaria:*

A) El enfermo sometido a tratamiento en régimen de internamiento clínico podrá continuar dicha asistencia en régimen de «hospitalización domiciliaria», si su estado lo permite. La indicación deberá formularla por escrito el médico de la Entidad que le venga asistiendo, en el volante o documento adecuado. Dicho documento será presentado en las Oficinas de la Entidad, a fin de que ésta asigne el equipo sanitario que habrá de hacerse cargo de la asistencia.

B) El cese en la situación de hospitalización domiciliaria será establecido por el médico que tenga a su cargo dicha hospitalización. En el supuesto de determinarse el reingreso en clínica, la prescripción de ingreso habrá de ser autorizada por la Entidad.

C) En todos los casos de hospitalización domiciliaria, incluida la hemodiálisis a domicilio, la Entidad viene obligada a facilitar todos los medios materiales y humanos adecuados, incluida la oxigenoterapia, siendo a su cargo también la medicación hasta que se produzca el alta médica o el pase a la situación de asistencia ordinaria a domicilio.

3.10 *Traslados para recibir asistencia.*–Además de las previsiones establecidas en otras cláusulas, serán por cuenta de la Entidad los desplazamientos o traslados de enfermos en los siguientes supuestos:

A) Cuando por razones de urgencia o por concurrir especiales circunstancias de carácter médico deban desplazarse en medios especiales de transporte desde su residencia habitual para su internamiento en Centro concertado o para recibir tratamientos especiales, como hemodiálisis, radioterapia, rehabilitación u otros contemplados en este Concierto.

En todos estos casos será necesaria la previa prescripción escrita del facultativo de la Entidad en la que conste la necesidad del traslado en medios especiales, entre los que no se consideran incluidos los medios de transporte público colectivo. El trayecto de regreso correrá, asimismo, por cuenta de la Entidad, de continuar dándose las mismas circunstancias.

B) Cuando el enfermo acuda a facultativo o Centro radicado en localidad distinta a la de su residencia habitual, en el caso de que la Entidad hubiera formulado al titular esta oferta alternativa por no figurar en los cuadros facultativos de ésta o Centros de los que debería disponer en el nivel geográfico de que se trate, conforme a lo estipulado en la cláusula 2.1 y siempre que no concurra la circunstancia prevista en

la cláusula 2.2. La obligación comprende tanto el trayecto de ida como el de regreso.

C) Cuando, conforme a las condiciones previstas en este Concierto, la Entidad traslade al enfermo desde el Centro en el que hubiera sido internado en caso de urgencia vital a Centro incluido en los cuadros propios, o desde el Centro propio en el que estuviera ingresado el paciente a Centros ajenos, si, por carecer aquél de los medios adecuados o ser insuficientes, los facultativos de la Entidad, o cualquier facultativo del Centro si mediara urgencia, así lo hubieran dispuesto.

3.11 *Asistencia en el extranjero:*

3.11.1 Gastos de asistencia abiertos: Los gastos de la asistencia sanitaria que hubieran tenido por causa una urgencia vital o una enfermedad aguda o crónica agudizada fuera del territorio nacional, con ocasión del desplazamiento del titular o beneficiario, serán sufragados por la Entidad en la siguiente cuantía:

A) Los correspondientes a asistencia médica, internamientos quirúrgicos, hospitalizaciones no quirúrgicas y cualquier otro servicio de estancia y tratamiento en Centro sanitario, en la cuantía que resulte de aplicar el baremo que figura como anexo III.

B) El coste total de los medicamentos aplicados en régimen de internamiento hospitalario.

3.11.2 Reintegro de los gastos: Los gastos de asistencia sanitaria en los supuestos señalados en el epígrafe anterior serán abonados por el titular o beneficiario de que se trate, el cual deberá solicitar su reintegro en el correspondiente servicio de MUFACE, conforme a las normas que ésta establezca a estos efectos. El reintegro de los gastos, en la cuantía que proceda, se realizará en la siguiente forma:

A) En el supuesto de que el desplazamiento del titular al extranjero fuera en virtud de una comisión de servicio conferida en virtud del Real Decreto 236/1988, de 4 de marzo, o al amparo del artículo 41.1, d), de la Ley Articulada de Funcionarios Civiles del Estado, o aun siendo de carácter privado –en este caso, tanto el titular como sus beneficiarios–, la asistencia obedeciera a un supuesto de urgencia vital, MUFACE reintegrará directamente al titular hasta la totalidad de los gastos ocasionados por la asistencia sanitaria recibida, deduciendo el importe que corresponda sufragar a la Entidad, conforme a lo previsto en la cláusula 3.11.1, de la siguiente certificación mensual de las cuotas que deba abonar a la Entidad.

B) En el supuesto de que el desplazamiento del titular o del beneficiario de que se trate tuviera carácter privado y la asistencia no hubiera obedecido a un supuesto de urgencia vital, el Servicio Provincial de MUFACE incluirá la reclamación de los gastos que corresponda sufragar a la Entidad en la inmediata reunión de la Comisión Mixta Provincial, procediéndose en la forma prevista en las cláusulas 4.4 y 4.5 de este Concierto.

3.12 *Denegación de asistencia:*

3.12.1 Concepto: Se considera denegación de asistencia:

A) La no inclusión en los Cuadros de la Entidad de facultativos o Centros que deban figurar en aquéllos según la cláusula 2.1.2. En este supuesto, los beneficiarios podrán acudir a los facultativos ajenos que existan en el mismo nivel, abonando las facturas y reclamando de la Entidad el reintegro de las mismas. La Entidad queda obligada a dicho reintegro.

B) El no contestar o hacerlo en sentido negativo sin formular oferta alternativa concreta en los casos en que un facultativo de la Entidad expresase, en los términos de las cláusulas 3.6.7 y 3.7.4, la necesidad de acudir a facultativo o Centro ajeno al cuadro. En este supuesto, los gastos serán también abonados por el titular, reclamando de la Entidad su reintegro. La Entidad queda obligada a dicho reintegro.

C) Los casos en que se hubiera producido demora no justificable en la prestación de la asistencia solicitada con arreglo a los requisitos fijados en el presente Concierto. Deben ser comunidados a la Entidad en el plazo de los quince días hábiles siguientes a aquel en que se reciba o se comience a recibir la asistencia por medios ajenos al Cuadro de la Entidad, en cuyo caso la misma, previa reclamación del titular, viene obligada al reintegro total de los gastos abonados por dicho titular.

Si la comunicación se efectuase en el plazo de los treinta días hábiles siguientes a los quince primeros, el reintegro se efectuará según el baremo del anexo III.

D) La carencia o insuficiencia de medios adecuados en el Centro de la Entidad en el que estuviera ingresado el paciente o al que acuda para recibir asistencia sanitaria. En estos supuestos, la Entidad vendrá obligada a cubrir directamente los gastos que se originen por la asistencia, si los facultativos de su cuadro hubieran remitido al enfermo a otro Centro no concertado. Si concurriera además la circunstancia de urgencia, cualquier facultativo del Centro concertado podrá remitir al enfermo a Centro ajeno, asumiendo también la Entidad directamente los gastos originados.

Si, por no haberse comunicado a la Entidad el traslado del enfermo, ésta no pudiese hacerse cargo directamente de los gastos, se abonarán por el titular, y la Entidad queda obligada a su reintegro.

3.12.2 Procedimiento para la reclamación de gastos: Si la Entidad no se hubiese hecho cargo directamente de los gastos ni procediese a su reintegro, se aplicará el procedimiento previsto en la cláusula 3.5.5, D).

CAPITULO 4

Comisiones Mixtas: Reclamaciones por razón de asistencia sanitaria

4.1 *Comisiones Mixtas:*

4.1.1 Funciones: Las Comisiones Mixtas son órganos de carácter paritario que tienen por cometido el estudio e informe de todas las cuestiones que puedan suscitarse en las relaciones entre la Entidad y MUFACE en materia de asistencia sanitaria y en la interpretación y aplicación del presente Concierto. Asimismo, corresponde a las Comisiones Mixtas informar sobre las reclamaciones que pudieran formularse por los titulares en materia de asistencia sanitaria.

Las actuaciones de las Comisiones Mixtas tendrán lugar sin perjuicio de las diversas acciones legales y de los distintos procedimientos que pudieran corresponder a las partes.

4.1.2 Régimen de funcionamiento: En lo no previsto en las cláusulas siguientes, se aplicarán subsidiariamente las normas de la Ley de Procedimiento Administrativo sobre funcionamiento de los órganos colegiados.

4.1.3 Clases: Las funciones de estudio e informe señaladas en el epígrafe 4.1.1 se desempeñarán por las Comisiones Mixtas Provinciales cuando las cuestiones planteadas tengan ámbito provincial y por la Comisión Mixta Nacional cuando las cuestiones afecten a todo el territorio nacional.

Si se trata de reclamaciones, la distribución de funciones entre unas y otra se acomodará a lo previsto en la cláusula 4.4.

4.2 *Comisiones Mixtas Provinciales:*

4.2.1 Composición: Las Comisiones Mixtas Provinciales estarán compuestas, por parte de MUFACE, por el Director del Servicio Provincial, que las presidirá, y por un funcionario de dicho Servicio, que actuará además como Secretario; y por parte de la Entidad, por uno o dos representantes de la misma con facultades decisorias suficientes. Podrá asistir a las reuniones el Asesor Médico del Servicio Provincial.

4.2.2 Funcionamiento: El funcionamiento de las Comisiones Mixtas Provinciales se ajustará a las siguientes normas:

A) Siempre que hubiera asuntos a tratar, la Comisión celebrará reunión con carácter ordinario dentro de los diez primeros días de cada mes. Con carácter extraordinario se reunirá a petición de una de las partes integrantes formulada por escrito.

B) En caso de incomparecencia a una renión de los representantes de la Entidad se remitirán las actuaciones a la Comisión Mixta Nacional para el estudio de las reclamaciones y cuestiones incluidas en el orden del día.

C) En el supuesto de que los representantes de la Entidad no acudan a las reuniones durante tres sesiones consecutivas, se entenderá que aquélla acepta los acuerdos que adopte MUFACE en relación con los asuntos que debieran haberse examinado en la tercera incomparecencia y en las sucesivas sesiones en las que no comparezca.

D) De cada sesión se levantará acta por el Secretario, cuyo proyecto se enviará a la Entidad para su conocimiento y conformidad, entendiéndose aprobada provisionalmente a partir de la recepción de la misma por los Servicios de MUFACE debidamente firmada por la Entidad, y definitivamente al término de la reunión siguiente, sin necesidad de acuerdo expreso, siempre que la Entidad no hubiera planteado objeciones a la misma. La aprobación definitiva del acta no es requisito indispensable para que la Entidad cumpla los acuerdos adoptados, sin perjuicio de lo previsto en la cláusula 4.4.3.

E) El Secretario de la Comisión remitirá a la Entidad un ejemplar del acta, debidamente firmada por los representantes de MUFACE y de aquélla. Efectuará asimismo los traslados y notificaciones correspondientes, cuidando del archivo de toda la documentación.

4.3 *Comisión Mixta Nacional:*

4.3.1 Composición: La Comisión Mixta Nacional estará compuesta por tres representantes de MUFACE y tres de la Entidad y por el Presidente, que será el Director del Departamento de Prestaciones Básicas, o el funcionario en quien delegue. Como Secretario actuará un funcionario de MUFACE, con voz, pero sin voto.

4.3.2 Funcionamiento: El funcionamiento de la Comisión Mixta Nacional se ajustará a las mismas normas señaladas en la cláusula 4.2.2 para las Comisiones Provinciales, excepto las contenidas en el apartado B).

4.4 *Reclamaciones por razón de asistencia sanitaria:*

4.4.1 Presentación: Los titulares podrán formular reclamaciones ante MUFACE sobre la prestación de la asistencia sanitaria prevista en el Concierto, sin perjuicio de poder plantear previamente su reclamación ante la propia Entidad a la que figuren adscritos.

La reclamación ante MUFACE se formalizará mediante escrito del interesado, al que deberá acompañar cuantos documentos puedan justificar su petición. El escrito se dirigirá al Servicio Provincial correspondiente.

4.4.2 Tramitación: El Servicio 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:

A) Si se obtuviese acuerdo, éste podrá consistir en:

a) Emitir informe conteniendo la aceptación por la Entidad del Abono total de los gastos reclamados.

b) Emitir informe conteniendo la aceptación por la Entidad de parte de dichos gastos.

c) Emitir informe sobre la desestimación de los gastos.

B) Si no se obtuviese acuerdo, se harán constar ambas posiciones y el expediente se someterá al estudio de la Comisión Mixta Nacional.

4.4.3 Resolución en caso de acuerdo: En todos los supuestos en que haya existido acuerdo en el seno de la Comisión Mixta Provincial, emitiéndose informe estimatorio total o parcial o desestimatorio, la reclamación será resuelta por el Director del Servicio Provincial correspondiente de conformidad con el informe.

4.4.4 Tramitación y resolución en caso de desacuerdo: En el caso de que, por no haber existido acuerdo en la Comisión Mixta Provincial, se hubiera elevado el expediente para estudio e informe de la Comisión Mixta Nacional, si éste estuviese completo, será incluido en el orden del día de la primera reunión que ésta celebre, resolviendo el Director general de MUFACE.

4.4.5 Requisitos de las resoluciones: Las resoluciones dictadas por los Directores de los Servicios Provinciales y por el Director general de MUFACE deberán cumplir los requisitos establecidos en la Ley de Procedimiento Administrativo y serán notificados a la Entidad y a los interesados en la forma establecida en dicha Ley, debiendo indicar la posibilidad que tienen de recurrir en alzada ante el Ministro para las Administraciones Públicas de acuerdo con lo previsto en los artículos 44 de la Ley 29/1975, de 27 de junio, y 213 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo.

4.5 *Procedimiento de pago en supuestos generales:*

4.5.1 Pagos acordados por los Directores de los Servicios Provinciales: En las reclamaciones resueltas por los Directores de los Servicios Provinciales por haber recaído informe estimatorio total o parcial en la Comisión Mixta Provincial correspondiente, el procedimiento de pago será el siguiente:

A) Si el informe emitido fuera de estimación total o parcial de los gastos reclamados, durante el desarrollo mismo de cada sesión se procederá a cumplimentar por triplicado un documento firmado por ambas partes (representantes de MUFACE y de la Entidad) que servirá de orden de pago y será remitido al reclamante acto seguido de cada reunión, para que pueda realizar el cobro en la Entidad, la cual comunicará al Servicio Provincial de MUFACE haberlo realizado.

B) En el plazo de un mes a partir de la fecha del documento mencionado en el apartdo anterior, la Entidad deberá comunicar al Servicio Provincial de MUFACE:

a) Que ha realizado el abono o

b) Que no se ha efectuado el pago por no haberse presentado el interesado o por no haber sido aceptado por éste.

Si MUFACE no hubiese recibido esta comunicación dentro del plazo indicado o si, dentro del año siguiente a la fecha del mismo documento, tuviese conocimiento de que se hubiera negado el pago al interesado, bajo cualquier motivo, el Director del Servicio Provincial, sin más trámite y siempre que existiese concierto en vigor, expedirá certificación del acuerdo adoptado y de los hechos posteriores y la remitirá al Departamento Financiero de MUFACE. Este, igualmente sin más requisitos, propondrá el oportuno acuerdo al Director general y deducirá de la inmediata mensualidad que haya de abonarse a la Entidad y pagará directamente al interesado, por cuenta de la misma, la cantidad incluida en la certificación, con un incremento del 20 por 100 en concepto de penalización a la Entidad y de recíproca compensación al titular por la demora en el reintegro.

4.5.2 Pagos acordados por el Director general de MUFACE: En el supuesto de reclamaciones resueltas por el Director general de MUFACE, previo estudio e informe de la Comisión Mixta Nacional, hubiérase o no llegado a un acuerdo entre las partes sobre la reclamación examinada, si la resolución fuera total o parcialmente estimatoria, el abono de la cantidad que en cada caso corresponda será realizado directamente por MUFACE al interesado, deduciendo el importe de las cuotas mensuales a abonar a la Entidad y facilitando a ésta el documento que acredite haber realizado el pago por su cuenta.

4.6 *Procedimiento de pago en supuestos especiales.*–Las Resoluciones administrativas o sentencias que resuelvan recursos interpuestos contra actos adoptados por MUFACE en las materias objeto del presente concierto serán ejecutadas, en su caso, por MUFACE conforme al procedimiento establecido en la cláusula 4.5.2.

CAPITULO 5

Régimen económico, duración y normas complementarias

5.1 *Precio.*–La cantidad a satisfacer por MUFACE a la Entidad como contraprestación por los servicios cubiertos por este concierto se fija en 20.376 pesetas anuales por persona, equivalentes a 1.698 pesetas mensuales por persona.

5.2 *Régimen de pagos:*

5.2.1 Efectos económicos de las altas y bajas y plazo de pago: Sin perjuicio del nacimiento y extinción del derecho a la asistencia en los términos previstos en las cláusulas 1.3 y 1.4, las altas causarán efectos económicos a las cero horas del día 1 del mes siguiente a aquel en que se produzcan y las bajas a las veinticuatro horas del último día del mes en que hubieran tenido lugar. Consiguientemente, cada pago mensual tendrá en cuenta el número de titulares y de beneficiarios existentes a las cero horas del día 1 del mes de que se trate y se efectuará por MUFACE, en cheque nominativo o transferencia bancaria, dentro de los quince primeros días del mes siguiente.

5.2.2 Comunicación de las altas y bajas, comprobación y reclamaciones:

A) MUFACE, a través del Servicio Provincial correspondiente, facilitará mensualmente a la representación provincial de la Entidad, antes del día 15 del mes siguiente a aquel en que se produzcan, un ejemplar de los documentos de afiliación y de los beneficiarios de asistencia sanitaria de las altas, así como una relación de las bajas de titulares y beneficiarios y de las variaciones producidas. Igualmente entregará MUFACE, con la liquidación de cada mes, cinta magnética o relación con los datos de todas las altas, bajas y variaciones en el mes precedente, comunicando la cifra del colectivo total adscrito a la Entidad, referida a las cero horas del primer día del mes que se liquida.

B) La cinta o relación podrá ser comprobada por la Entidad, junto con la información suministrada directamente por los Servicios Provinciales de MUFACE, a fin de que, si estimara que existen diferencias, pueda formular las siguientes reclamaciones:

a) Las relativas a los titulares, incluidas las que afecten a sus beneficiarios, si existen.

b) Las relativas a beneficiarios exclusivamente.

C) La Entidad presentará las reclamaciones separadamente, conforme a la clasificación anterior, acompañando cinta magnética o relación de las mismas características técnicas que la entregada por MUFACE, conteniendo la información en la que se funda la reclamación. Las reclamaciones deberán ser presentadas en el plazo máximo de tres meses a partir de la comunicación mensual del estado del colectivo y relación de incidencias, transcurrido el cual 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 MUFACE dentro de los tres meses siguientes a la fecha de presentación de las mismas.

5.3 *Duración.*–Los efectos del presente Concierto se iniciarán a las cero horas del día 1 de enero de 1989 y se extenderán hasta las veinticuatro del día 31 de diciembre del mismo año, sin perjuicio de lo establecido en la cláusula siguiente.

5.4 *Prórrogas y continuidad asistencial.*–Si alguna de las Entidades concertadas durante 1989 no suscribiese concierto para 1990, continuará obligada a prestar asistencia sanitaria a sus asegurados en los términos del presente concierto durante el mes de enero de 1990, abonándose por MUFACE la prima convenida para 1990 con el resto de las Entidades. Además continuarán vigentes los efectos asistenciales del Concierto, incluso después del 31 de enero de 1990, en los casos en que estuviese prestándose en dicha fecha una asistencia hospitalaria y en la asistencia por maternidad cuando el parto estuviese previsto para los primeros quince días de febrero.

5.5 *Lesiones por accidente de automóvil.*–En el caso de lesiones originadas por accidentes comprendidos en el ámbito de Seguro de Automóviles u otro que legalmente esté establecido, se tendrá en cuenta la normativa reguladora. Siempre que existiese tercero civilmente responsable la Entidad se subrogará en los derechos y acciones de los beneficiarios derivados de la asistencia prestada, quedando éstos obligados a facilitar a aquélla los datos e informaciones necesarios.

CAPITULO 6

Normas finales

6.1 *Impuestos.*–Todos los impuestos, arbitrios, tasas y exacciones que graven este Concierto o los actos que de ella se deriven serán de cuenta de la Entidad.

6.2 *Comprobaciones.*–MUFACE se reserva el derecho a solicitar y obtener de la Entidad cuantos datos considere oportunos sobre la

asistencia prestada y sobre las instalaciones y características de los Centros Sanitarios que figuran en los Cuadros de la Entidad, a fin de comprobar que se cumplen los requisitos previstos en este Concierto y sin que en ningún caso pueda incidir esta comprobación en cuestiones o aspectos que afecten al ámbito propio del ejercicio profesional de los facultativos. La Entidad queda obligada a facilitar la comprobación de los datos por los Servicios de MUFACE.

6.3 *Naturaleza del Concierto, recursos y jurisdicción competente.*–El presente Concierto es de naturaleza administrativa y se acomoda a lo establecido en el artículo 2.° de la Orden del Ministerio para las Administraciones Públicas de 21 de octubre de 1986 («Boletín Oficial del Estado» del 23). Las cuestiones que surjan en su interpretación o cumplimiento serán resueltas por el órgano competente de MUFACE, según lo establecido en sus cláusulas. En lo no previsto en ellas, se entenderá siempre competente el Director general de MUFACE. Contra sus acuerdos podrá interponerse recurso de alzada ante el Ministro para las Administraciones Públicas.

En su caso, la jurisdicción competente será siempre la contencioso-administrativa.

6.4 *Anexos.*–Son anexos al presente concierto:

I. Servicios que precisan autorización previa de la Entidad.
II. Urgencias vitales.
III. Baremo para indemnizaciones a los titulares por asistencia sanitaria en el extranjero y demás supuestos previstos en el concierto.

El presente Concierto consta de 28 páginas, numeradas y selladas, de texto, así como de los tres anexos indicados.

ANEXO I

Servicios que precisan autorización previa de la Entidad

La prestación de servicios prescritos por los médicos sólo necesitará ser autorizada previamente en las Oficinas de la Entidad en los siguientes casos:

1. Consultas e internamientos:

a) Visitas a especialistas consultores del nivel regional [cláusula 3.6.6, B)].
b) Consultas a especialistas que no figuren en el Cuadro de la Entidad, indicada por facultativo del Cuadro. Se presumirá concedida la autorización si transcurrido el segundo día hábil siguiente al de la solicitud la Entidad no hubiera contestado por escrito [cláusula 3.6.7)].
c) Internamientos en Centros sanatoriales que figuren en el Cuadro de la Entidad, prescritos por facultativos del Cuadro [cláusula 3.7.1, C)].
d) Internamientos en Centros sanatoriales que figuren en el Cuadro de la Entidad, indicados por médico ajeno a la misma, sin mediar urgencia vital [cláusula 3.7.3)].
e) Internamientos en Centros sanatoriales que no figuren en el Cuadro de la Entidad, prescritos por facultativos del Cuadro. Se presumirá concedida la autorización si transcurrido el segundo día hábil siguiente al de la solicitud, la Entidad no hubiera contestado por escrito [cláusula 3.7.4)].

2. Técnicas especiales de diagnóstico en régimen ambulatorio o no realizadas en el Centro de internamiento [cláusula 3.6.6, C)].

a) Análisis clínicos especiales: Cariotipos, Genotipos, Radioinmunoanálisis.
b) Radiología especializada: Angiorradiología, Angiografía digital, Ortopantomografía, Tomografía axial computarizada (scaner) y Resonancia magnética.
c) Aparato digestivo: Endoscopias.
d) Aparato circulatorio: Doppler, Hotler, Ergometrías, Diagnóstico precoz de enfermedad coronaria.
e) Ginecología: Amnioscopias, diagnóstico precoz del cáncer ginecológico.
f) Neurofisiogía: Todas las técnicas, excepto Electroencefalogramas y Electromiogramas.
g) Oftalmología: Retinografías y Fluoresceingrafías.
h) Urología: Endoscopias y Estudios urodinámicos.

3. Tratamientos y técnicas quirúrgicas especiales:

a) Odontoestomatología: Tartrectomía –limpieza de boca– y Periodoncia [cláusula 3.6.6, D)].
b) Rehabilitación: Todas las técnicas (cláusula 3.6.6, F).
c) Oxigenoterapia a domicilio [cláusula 3.6.6, G)].
d) Oftalmología: Técnicas quirúrgicas de corrección de miopía e implantación de lentes intraoculares [cláusula 3.7.2, B), b)].
e) Tratamientos de diálisis peritoneales y hemodiálisis [cláusula 3.8.2, a)].
f) Oncología: Quimioterapia, Cobaltoterapia, Radiumterapia, Isótopos radiactivos [cláusula 3.8.2, B)].
g) Tratamiento de litofragmentación [cláusula 3.8.2, C)].

4. Servicio de ambulancia para tratamientos periódicos.

ANEXO II

Anexo sobre urgencias vitales

A título puramente indicativo y no exhaustivo en los siguientes supuestos se entenderá que el enfermo precisa recibir asistencia urgente y por lo tanto de carácter inmediato en el más corto espacio de tiempo posible; la concurrencia de uno de estos supuestos junto con las demás circunstancias de cada caso concreto puede justificar la utilización de servicios ajenos:

1. En el caso de hemorragias agudas, intercraneales o intercerebrales, genitales, digestivas, respiratorias, renales o por rotura de vasos sanguíneos en general, con pérdida importante de sangre al exterior con hemorragia interna.
2. En los abortos completos o incompletos. La rotura uterina o la complicación de embarazo extrauterino. La toxicosis gravídica.
3. Los «shocks» cardíaco, renal, hepático, circulatorio, traumático, tóxico, metabólico, eléctrico o bacteriano. Los comas. Las reacciones alérgicas con afectación del estado general.
4. La insuficiencia aguda respiratoria, renal o cardíaca. Colapso o síncope lipotímico.
5. El abdomen agudo, formulado como diagnóstico, previo o de presunción. El dolor abdominal agudo.
6. Las lesiones con herida o desgarros externos o con afectación de vísceras.
7. Las fracturas de cadera o de la cabeza del fémur.
8. Accidentes cerebro-vasculares.
9. Las intoxicaciones agudas. Las sepsis agudas.
10. La anuria. La retención aguda de orina.
11. Difteria. Botulismo. Meningitis. Meningoencefalitis. Forma aguda de colitis ulcerosa. Gastroenteritis aguda con afectación del estado general.
12. Obstrucción de las vías respiratorias altas. Embolia pulmonar. Derrame pleural. Neumotórax espontáneo. Edema agudo de pulmón. Disnea. Crisis de asma bronquial.
13. Infarto de miocardio. Crisis hipertensiva de urgencia. Embolia arterial periférica. Asistolía. Taquicardia paroxística.
14. Coma diabético. Hipoglucemia.
15. Convulsiones. Convulsiones de la infancia. Toxicosis del lactante.
16. Insuficiencia suprarrenal aguda. Fallo agudo de la circulación periférica. Alteraciones del metabolismo electrolítico.

Como criterio se deberán tener, entre otros, los de las personas que les prestaron la asistencia, el lugar en que se produjo la urgencia, el estado de consciencia, la proximidad del centro asistencial, etc.

Relación de Entidades que han suscrito concierto con MUFACE

1.° Compañía de Seguros «Adeslas, Sociedad Anónima».
2.° «Asistencia Sanitaria Interprovincial y de Seguros, Sociedad Anónima».
3.° «Igualatorio Colegial de Asistencia Médico-Quirúrgica, Sociedad Anónima» (La Coruña).
4.° «Igualatorio Médico-Quirúrgico Colegial, Sociedad Anónima de Seguros» (Santander).
5.° «La Equitativa de Madrid, Sociedad Anónima».
6.° «Previasa, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros».
7.° «Sanitas, Sociedad Anónima».
8.° «Unión Médica Gaditana, Sociedad Anónima de Seguros».
9.° «Seguro Colegial Médico-Quirúrgico, Sociedad Anónima».

MINISTERIO DE TRANSPORTES, TURISMO Y COMUNICACIONES

29556 *RESOLUCION de 22 de diciembre de 1988, de la Dirección General de Transportes Terrestres, por la que se determina el número y composición de los Tribunales calificadores de las pruebas para la obtención del certificado de capacitación para el ejercicio de las profesiones de Transportista por carretera, Agencia de Transportes, Transitario y Almacenista-Distribuidor, así como el día, hora y lugar de celebración de los ejercicios en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.*

Convocadas pruebas de constatación de la capacidad profesional para el ejercicio de las actividades de Transportista por carretera, Agencia de Transportes de mercancías, Transitario y Almacenista-Distribuidor por Resolución de 13 de octubre de 1988 («Boletín Oficial