ANEJO

Precios a efectos del seguro

Tipos de variedades	€/100 Kg.	
	Precios mínimos	Precios máximo
Temprana	77	103
Burlat	132	176
4-70	132	176
Navalinda *	105	140
California	105	140
Van	105	140
Rubi	105	140
Starking	105	140
Sumburst, Summit	105	140
Ambrunes Rabo	55	73
Mollar	55	73
Jarandilla	55	73
Lapins	105	140
Lamper	77	103
Ambrunes *	77	103
Pico Limón Negro *	55	73
Pico Negro *	77	103
Pico Colorado *	77	103
Duroni	77	103
Hudson	77	103
Guinda y Resto	55	73

(*) Para las parcelas calificadas por la Denominación de Origen «Cereza del Jerte» y exclusivamente para las variedades amparadas por la misma según Orden de la Consejería de Economía, Industria y Comercio de la Junta de Extremadura de 5 de junio de 2002 (Diario Oficial de Extremadura del 15 del 6 de febrero) los precios máximos a efectos del seguro podrán incrementarse hasta 8 €/100 Kg.

MINISTERIO DE ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

21896 *RESOLUCIÓN de 29 de octubre de 2004, de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, por la que se hacen públicos los acuerdos firmados por MUFACE con las Entidades de Seguro de Asistencia Sanitaria para la prórroga, durante el año 2005, del concierto suscrito para la prestación de dicha asistencia, y se determina el período de cambio ordinario de Entidad.*

Suscritos el 28 de octubre de 2004 los acuerdos entre la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado y las Entidades que se relacionan en el apartado dispositivo tercero de esta resolución, por los que se prorroga para el año 2005 la duración de los conciertos suscritos para la prestación de la asistencia sanitaria a los mutualistas y demás beneficiarios de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado,

Esta Dirección General resuelve:

Primero.–Hacer públicos los citados acuerdos, que fueron firmados el 28 de octubre de 2004 por las dos partes, la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado y la entidad correspondiente, con el siguiente tenor literal:

«Manifiestan:

Primero.–La Cláusula 6.1.2. del Concierto suscrito entre MUFACE y la Entidad el día 16 de diciembre de 2002, para la prestación de la asistencia sanitaria a los mutualistas y demás beneficiarios de esta Mutualidad durante el año 2003, prevé la posibilidad de prórroga de los efectos del Concierto, año a año, para los años 2004 y 2005. Esta prórroga deberá ser convenida por mutuo acuerdo de las partes, expresado por escrito en el mes de octubre del año precedente.

Segundo.–Habiéndose prorrogado el Concierto para el año 2004, ambas partes consideran conveniente la citada prórroga para el año 2005 y, a dicho fin, el representante de la Entidad declara bajo su responsabilidad que la misma mantiene las condiciones exigidas para la firma del Concierto en la Resolución de la Dirección General de MUFACE, de 5 de noviembre de 2002, de convocatoria de solicitudes para dicho Concierto, publicada en el B.O.E. del día 13 de noviembre siguiente.

En virtud de lo expuesto, acuerdan

Primero.–El Concierto suscrito entre las partes, el 16 de diciembre de 2002, para la prestación de asistencia sanitaria a los mutualistas y demás beneficiarios de MUFACE durante el año 2003 (en adelante, el Concierto), se prorroga en todos sus términos, excepto en lo que se refiere a las modificaciones contenidas en el Anexo I, para el año 2005. La prórroga tendrá efectos desde las cero horas del día uno de enero de 2005 hasta las veinticuatro horas del día treinta y uno de diciembre de dicho año.

Segundo.–En la redacción del Concierto se introducen las modificaciones que se contienen en el Anexo I, que se acompaña al presente Acuerdo como parte integrante del mismo. En el Anexo II y con el fin de facilitar su más fácil acceso y conocimiento a los interesados, se contiene el texto refundido en el que se incorporan al Concierto las modificaciones referidas en el Anexo I, texto que será el aplicable durante el período de prórroga.

Tercero.–El precio que MUFACE abonará a la Entidad por las obligaciones que a ésta corresponden en virtud del Concierto para el año 2005 será de 44,55 euros/persona/mes.

Cuarto.–Se actualizan, asimismo, las cantidades que se detallan en el Baremo para Reintegros que se contiene en el Anexo VI del Concierto, aplicando el incremento establecido en el párrafo segundo de la Cláusula 6.2.2 del Concierto. Dicho Baremo es el que figura como Anexo III del presente Acuerdo, en el que se detallan las cifras actualizadas.

Quinto.–De conformidad con la previsión de la Base 6.1 de la Resolución de 5 de noviembre de 2002, de la Dirección General de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), de convocatoria de presentación de solicitudes para suscribir Concierto para la prestación de la asistencia sanitaria a los mutualistas y demás beneficiarios de MUFACE, la presente prórroga queda sometida a la condición suspensiva de existencia de crédito adecuado y suficiente para financiar las obligaciones derivadas de ella.»

Segundo.–Publicar el Anexo II del mencionado Acuerdo, que contiene el texto refundido en el que se incorporan dichas modificaciones acordadas, texto que será el aplicable durante el período de prórroga, con el fin de facilitar su más fácil acceso y conocimiento a los interesados. Dado su carácter técnico, no se publican los Anexos I y III del Acuerdo, que podrán consultarse en los Servicios Provinciales y Oficinas Delegadas de MUFACE.

Tercero.–Publicar la relación de las Entidades firmantes de los acuerdos a que se refiere el apartado primero de esta resolución y que está compuesta por las siguientes:

«Aegón Unión Aseguradora, Sociedad Anónima».

«Compañía de Seguros Adeslas, Sociedad Anónima».

«Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, Sociedad Anónima».

«Mapfre Caja Salud de Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima».

Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima».

«DKV Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima Española».

«Groupama Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima».

«Igualatorio Médico Quirúrgico Colegial, Sociedad Anónima de Seguros».

«La Equitativa de Madrid, Compañía de Seguros, Sociedad Anónima».

Cuarto.–Durante el mes de enero de 2005, por los titulares adscritos para la prestación de la asistencia sanitaria, tanto al Instituto Nacional de la Seguridad Social como a las Entidades de Seguro de Asistencia Sanitaria, se podrá solicitar, por una sola vez, cambio de Entidad. Dentro de dicho plazo, los titulares que lo deseen presentarán su solicitud de cambio, cumplimentando el impreso que a tal efecto se facilitará por el Servicio Provincial u Oficina Delegada de MUFACE que corresponda, junto con el documento de afiliación, que deberán entregar para su sustitución.

Madrid, 29 de octubre de 2004.–La Directora General, Carmen Román Riechmann.

ANEXO II

Concierto de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado con Entidades de Seguro para la Asistencia Sanitaria de Beneficiarios de la Mutualidad para el año 2005

ÍNDICE

Capítulo I. Objeto del concierto y beneficiarios.

1.1 Objeto del concierto.
1.2 Beneficiarios en general.

1.3 Beneficiarias por maternidad.
1.4 Nacimiento y extinción de los derechos de los beneficiarios.
1.5 Cambio de entidad.
1.6 Mutualistas no adscritos a entidad médica.

Capítulo II. medios de la entidad.

2.1 Normas generales.
2.2 Prestaciones sanitarias.

2.2.1 Nivel I de Asistencia Sanitaria.
2.2.2 Nivel II de Asistencia Sanitaria.
2.2.3 Nivel III de Asistencia Sanitaria.
2.2.4 Nivel IV de Asistencia Sanitaria.
2.2.5 Garantía de accesibilidad a los medios.
2.2.6 Atención de urgencia.

2.3 Prestaciones complementarias.

2.3.1 Oxigenoterapia, ventiloterapia y aerosolterapia.
2.3.2 Prestación Ortoprotésica.
2.3.3 Transporte para la asistencia sanitaria.
2.3.4 Información y documentación sanitaria.

2.4 Incorporación de nuevos medios de diagnóstico y tratamiento.
2.5 Catálogo de servicios de la entidad.

Capítulo III. Utilización de los medios de la entidad.

3.1 Norma general.
3.2 Alcance de la acción protectora.
3.3 Ámbito territorial.
3.4 Requisitos.

3.4.1 Identificación.
3.4.2 Tarjetas magnéticas sanitarias.
3.4.3 Requisitos adicionales.

3.5 Libertad de elección de facultativo y centro.
3.6 Contenido de la atención sanitaria.

3.6.1 Asistencia en consulta externa.
3.6.2 Asistencia domiciliaria.
3.6.3 Asistencia urgente.
3.6.4 Asistencia en régimen de hospitalización.

A) Requisitos.
B) Duración de la hospitalización.
C) Tipo de habitación.
D) Gastos cubiertos.
E) Hospitalización por maternidad.
F) Hospitalización por asistencia pediátrica.
G) Hospitalización domiciliaria.

3.7 Farmacia.
3.8 Utilización directa del servicio de ambulancias.
3.9 Especificaciones complementarias.

3.9.1 Diagnóstico y tratamiento de la esterilidad.
3.9.2 Estomatología y Odontología.
3.9.3 Rehabilitación y Fisioterapia.
3.9.4 Psiquiatría.
3.9.5 Cirugía plástica.
3.9.6 Transplantes.
3.9.7 Programas preventivos.
3.9.8 Medicamentos y Productos Farmacéuticos.
3.9.9 Productos sanitarios.
3.9.10 Medios para técnicas diagnósticas.

3.10 Supuestos especiales.

3.10.1 Facultativo ajeno.
3.10.2 Hospitales militares.

Capítulo IV. Utilización de medios no concertados.

4.1 Norma general.
4.2 Denegación injustificada de asistencia.
4.3 Asistencia urgente de carácter vital.

4.3.1 Concepto.
4.3.2 Requisitos.
4.3.3 Alcance.
4.3.4 Comunicación a la Entidad.
4.3.5 Obligaciones de la Entidad.
4.3.6 Reclamación del beneficiario.

Capítulo V. Régimen jurídico del concierto.

5.1 Naturaleza y régimen del concierto y de las relaciones en él basadas.
5.2 Naturaleza y régimen de las relaciones asistenciales.
5.3 Comisiones mixtas.
5.4 Procedimiento para las reclamaciones.
5.5 Procedimiento de ejecución de reclamaciones de reembolso estimadas.
5.6 Compensaciones económicas por demora en el cumplimiento de las oblicaciones definidas en el concierto.

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

6.1 Duración del concierto.
6.2 Precio del concierto.
6.3 Régimen económico del concierto.

CAPÍTULO I

Objeto del concierto y beneficiarios

1.1 Objeto del concierto.

1.1.1 El objeto del Concierto es facilitar asistencia sanitaria a los mutualistas y demás beneficiarios de MUFACE, en todo el territorio nacional. Esta asistencia se prestará conforme a lo establecido en el Texto Refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, la Ley 14/1986 General de Sanidad y la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. MUFACE establecerá su propia cartera de servicios, que incluirá cuando menos la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Para hacer efectivas las prestaciones y garantizar la cartera de servicios, la Entidad firmante del Concierto (en adelante, Entidad) pondrá a disposición de los beneficiarios adscritos a ella (en adelante, beneficiarios), todos los medios propios o concertados precisos (en adelante medios de la Entidad), para prestar una asistencia sanitaria integral de calidad o, en caso de no disponer de los mismos con carácter excepcional, a asumir o a reintegrar los gastos ocasionados a los beneficiarios por la utilización de otros medios necesarios para tal asistencia (en adelante, medios ajenos a la Entidad), todo ello con arreglo a lo establecido en las cláusulas del Concierto.

1.1.2 Por su parte y al mismo fin, MUFACE se obliga a abonar a la Entidad la cantidad por mes y persona que se prevé en la Cláusula 6.2, con sujeción a las especificaciones y procedimiento contenidos en la Cláusula 6.3.

1.2 Beneficiarios en general.

1.2.1 Sin perjuicio de lo que se establece en la Cláusula 1.3, son beneficiarios a los efectos del presente Concierto todos los mutualistas y demás beneficiarios de asistencia sanitaria de MUFACE, determinados conforme a sus propias normas, que hayan quedado adscritos a la Entidad a dichos efectos.

El reconocimiento de la condición de beneficiario corresponde a MUFACE.

1.2.2 A ciertos fines de gestión y siempre que así se derive del propio texto de las cláusulas, los beneficiarios del Concierto pueden ser denominados titulares, si poseen Documento de Afiliación a MUFACE propio, o simplemente beneficiarios, cuando figuren en el Documento de Beneficiarios de un titular. En todo caso, los beneficiarios estarán adscritos a la Entidad mientras lo esté el titular del que dependan.

1.2.3 Estarán adscritos a la Entidad los titulares que, en su caso, lo estuvieran a 31 de diciembre de 2004 y no cambien de Entidad conforme a lo previsto en la Cláusula 1.5 o según las reglas de adscripción a la Red Sanitaria de la Seguridad Social y los que la elijan conforme a las normas de dicha cláusula o cuando se produzca su alta en MUFACE.

1.3 Beneficiarias por maternidad.

Además de las beneficiarias incluidas en la Cláusula 1.2, son también beneficiarias por maternidad, a los efectos del presente Concierto, las cónyuges de los mutualistas o aquéllas que hubieran venido conviviendo con éstos en análoga relación de afectividad a la del cónyuge, aun cuando no reúnan la condición de beneficiarias incluidas en el correspondiente documento, siempre que no sean titulares adscritas a otra Entidad firmante del presente Concierto. En este caso, la asistencia cubre la preparación al parto y todas las incidencias y la patología obstétrica del embarazo, parto y puerperio.

1.4 Nacimiento y extinción de los derechos de los beneficiarios.

1.4.1 Sin perjuicio de lo establecido en el párrafo siguiente y en la Cláusula 1.6, los derechos de los beneficiarios comienzan en la fecha en

que hayan quedado adscritos a la Entidad por los Servicios de MUFACE, sin que existan plazos de carencia para ningún tipo de asistencia.

1.4.2 A los efectos citados, 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.

1.4.3 Los derechos de los beneficiarios se extinguen, en cualquier caso, en la fecha en que los Servicios de MUFACE acuerden su baja en la misma o en la Entidad.

1.5 Cambio de entidad.

1.5.1 Los titulares adscritos a la Entidad podrán cambiar a otra de las concertadas en los siguientes supuestos:

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

B) Con carácter extraordinario:

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

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

c) Cuando, por concurrir circunstancias objetivas que justifiquen el cambio de una pluralidad de titulares afectados por el mismo problema de asistencia sanitaria, la Dirección General de MUFACE acuerde la apertura de plazo especial de elección de Entidad.

La Entidad podrá hacer publicidad sobre su oferta de servicios a lo largo del año y durante el período de cambio ordinario, siempre que dicha publicidad no se realice dentro de recintos de organismos públicos y se efectúe con carácter general sin dirigirse a colectivos profesionales específicos, no pudiendo, en ningún caso, ofertar obsequios a los mutualistas por la formalización de un alta en la Entidad. En la publicidad podrán hacerse constar aquellos servicios sanitarios, no incluidos en la cobertura del concierto que, en su caso, se oferten como valor añadido y oferta diferenciada de la de otros proveedores.

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

1.6 Mutualistas no adscritos a entidad médica.

El funcionario mutualista de MUFACE que no haya formalizado su adscripción a una de las Entidades concertadas o a la Red Sanitaria Pública y que, precisando asistencia sanitaria para sí o sus beneficiarios, la requiera en las oficinas de la Entidad, tendrá derecho a recibirla una vez acredite su condición de funcionario mutualista 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 Entidad con efectos del quinto de los citados días y al abono de los gastos de la asistencia prestada hasta la fecha de efectos del alta.

CAPÍTULO II

Medios de la entidad

2.1 Normas generales.

2.1.1 Los medios de la Entidad son los siguientes:

A) Personal sanitario, facultativo y no facultativo, dependiente de la Entidad mediante una relación de carácter laboral o vinculados a la misma mediante una relación de carácter civil.

B) Centros, instalaciones o establecimientos propios de la Entidad o concertados por la misma bajo cualquier régimen jurídico.

C) Medios de que disponga otra Entidad y que queden adscritos, mediante subconcierto con la Entidad concertada, a los fines de este Concierto.

Igualmente a los fines asistenciales de este Concierto, quedan asimilados a los medios de la Entidad los servicios de atención primaria y de urgencias de la Red Sanitaria Pública concertados por cuenta de la Entidad, conforme a lo previsto en el Anexo I

2.1.2 La Entidad dispondrá de todos los medios que haga constar en su Catálogo de Servicios.

MUFACE, podrá comprobar, cuando lo estime oportuno, el cumplimiento por parte de la Entidad de la obligación prevista en el párrafo anterior.

Con objeto de evitar posibles discriminaciones en la atención recibida por los beneficiarios, la Entidad, desde la entrada en vigor de la prórroga del presente Concierto, no podrá establecer honorarios profesionales diferentes, para un mismo proveedor, por la realización de idénticos actos médicos.

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

Los facultativos especialistas deberán tener el título reconocido, en los términos previstos en el Real Decreto 127/84, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista.

Si MUFACE tiene conocimiento del posible incumplimiento de dichos requisitos de carácter general, podrá ponerlo en conocimiento de la autoridad sanitaria competente.

2.1.4 Dentro de cada uno de los niveles asistenciales previstos en el presente Capítulo, los medios de que disponga la Entidad deberán garantizar, en todo caso, el principio de libre elección de facultativo, teniendo en cuenta lo establecido en las Cláusulas 2.2.1, 2.2.2, 2.2.3 y 2.2.4.

2.1.5 MUFACE comunicará a la Entidad la forma en que deberá proporcionar la información necesaria, que permita la integración de los datos referidos a la prestación de servicios a los beneficiarios de MUFACE con la finalidad de posibilitar la comparación de los servicios entre los distintos proveedores.

A fin de garantizar la calidad de la asistencia sanitaria, esta información se integrará en los informes de seguimiento del Concierto, que periódicamente serán objeto de análisis en las Comisiones Mixtas previstas en la Cláusula 5.3. del Concierto y de las que podrán derivarse los planes de mejora de la oferta de servicios que resulten pertinentes a partir de la información solicitada.

2.1.6 MUFACE impulsará, en colaboración con la Entidad y sus profesionales, el desarrollo y aplicación de aquellos protocolos clínicos y pautas de actuación, de acreditada y contrastada implantación y eficacia, relacionados con las patologías más prevalentes en la población. Dicha colaboración se concretará tanto en la selección de protocolos, como en su implantación en la práctica asistencial de los asegurados de MUFACE, con el fin de que sirvan como instrumentos de ayuda en la toma de decisiones clínicas con el objetivo de contribuir a la mejora de la calidad asistencial y la eficiencia en la utilización de recursos.

Durante la vigencia del Concierto 2000-2002, MUFACE-Entidades-Profesionales desarrollaron un proyecto piloto de aplicación de una «Guía de Prevención del Riesgo Cardiovascular». En este nuevo Concierto y superada ya la fase piloto, se inicia una etapa de difusión generalizada de la Guía, entre los profesionales de medicina general o de familia, medicina interna y cardiología, con un horizonte a tres años que permita la incorporación paulatina de dichos profesionales. Los objetivos a cumplir son de un 30% de los facultativos mencionados utilizando la guía en 2003, un 65% en 2004 y un 100% en 2005.

MUFACE editará la Guía en soporte papel e informático y establecerá el procedimiento necesario que permita evaluar el grado de implantación de la Guía. Corresponde a la Entidad efectuar la distribución de la Guía a los profesionales e incorporar la aplicación de la misma entre las prestaciones que los facultativos deben proporcionar a los beneficiarios de MUFACE.

2.1.7 MUFACE podrá utilizar la información proporcionada por la Entidad con el fin de mejorar la gestión y calidad de la asistencia sanitaria prestada a sus beneficiarios, todo ello con respecto a lo previsto en la Ley 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

2.2 Prestaciones sanitarias.

A) La asistencia sanitaria comprende las siguiente modalidades:

a) Atención Primaria.
b) Atención Especializada.
c) Prestaciones Farmacéuticas.
d) Prestaciones Complementarias.
e) Servicios de Información y Documentación Sanitaria.

B) La asistencia sanitaria se estructura en niveles asistenciales por tamaños de población:

a) Nivel I de Asistencia Sanitaria: Municipios de hasta 20.000 habitantes.

b) Nivel II de Asistencia Sanitaria: Municipios de más de 20.000 hasta 75.000 habitantes.

c) Nivel III de Asistencia Sanitaria: Municipios de más de 75.000 habitantes y capitales de provincia.

d) Nivel IV de Asistencia Sanitaria: Comunidades Autónomas.

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

Para los territorios insulares se tendrá en cuenta además, lo dispuesto en el Anexo II.

2.2.1 Nivel I de asistencia sanitaria.

A) Los municipios hasta 20.000 habitantes dispondrán de Atención Primaria, que comprenderá la asistencia sanitaria a nivel ambulatorio, domiciliario y de urgencia a cargo del médico general o de familia, pediatra, diplomado en enfermería, matrona, fisioterapeuta y odontólogo, teniendo en cuenta:

a) Los municipios hasta 5000 habitantes dispondrán siempre de médico general o de familia y diplomado en Enfermería.

b) Los municipios de 5.000 o más habitantes dispondrán, además, de pediatra, matrona, fisioterapeuta y odontólogo.

A) La disponibilidad de medios se ajustará a las siguientes reglas:

Un médico general o de familia por cada 1.500 habitantes o fracción.
Un diplomado en enfermería por cada 2.500 habitantes o fracción.
Un pediatra por cada 1.500 habitantes menores de 14 años o fracción.
Una matrona y un fisioterapeuta por cada 20.000 habitantes.
Un odontólogo por cada 12.000 habitantes.

B) Cartera de Servicios de Atención Primaria. La Cartera de Servicios de Atención Primaria incluirá con carácter general las mismas prestaciones que para este nivel establecen el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, y de forma específica las vacunaciones del niño y del adulto, la atención a pacientes con VIH-SIDA y los tratamientos fisioterapéuticos básicos, y La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Asimismo, la Atención Primaria de Urgencia se prestará, a las personas de cualquier edad, de forma continuada, durante las veinticuatro horas del día, mediante la atención médica y de enfermería, en régimen ambulatorio o en el domicilio del paciente.

C) Criterio supletorio. Como criterio supletorio de lo previsto en la presente Cláusula se tendrá en cuenta que, en las zonas rurales expresamente previstas en los Convenios a que se refiere el Anexo I de este Concierto, la asistencia sanitaria a nivel ambulatorio, domiciliario o de urgencia a cargo del médico general o de familia, pediatra, diplomado en enfermería y matrona se podrá prestar por los Servicios de Atención Primaria y de Urgencia de la Red Sanitaria Pública.

2.2.2 Nivel II de asistencia sanitaria.

En los municipios de más de 20.000 hasta 75.000 habitantes se prestarán, además de los servicios de Atención Primaria contemplados en la Cláusula 2.2.1, los siguientes servicios de Atención Especializada:

Asistencia ambulatoria especializada en consultas, incluyendo, en su caso la realización de cirugía ambulatoria.
Asistencia especializada en régimen de hospitalización que incluye la asistencia médica, quirúrgica, obstétrica y pediátrica.
Asistencia psiquiátrica, que comprende el diagnóstico y tratamiento en régimen ambulatorio.
Atención de urgencia: hospitalaria y extrahospitalaria.

En este nivel, las Entidades deberán disponer, como mínimo, de dos facultativos por especialidad, incrementados, en su caso, proporcionalmente al número de beneficiarios de acuerdo con los criterios utilizados en el Sistema Nacional de Salud.

CUADRO I

Cartera de servicios de atención especializada nivel II

Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades Funcionales	Servicios	Unidades Funcionales
Área Médica		*Área Médica*	
A. Digestivo.			
Cardiología.			
Estomatología.			
		Hemoterapia.	
Medicina interna.		Medicina interna.	
Obstetricia.	Ecografía.	Obstetricia.	
Pediatría.		Pediatría.	
Psiquiatría.			
Rehabilitación.	Logopedia.	Rehabilitación.	
Fisioterapia.			
		U.C.I.	
Área Quirúrgica		*Área Quirúrgica*	
		Anestesia y Reanimación.	
Cirugía general.		Cirugía general.	
Ginecología.		Ginecología.	
Oftalmología.		Oftalmología.	
O.R.L.		O.R.L.	
Traumatología.		Traumatología.	
Servicios Centrales.		Servicios Centrales.	
Análisis clínicos.		Análisis clínicos.	
		Anatomía patológica.	
		Farmacia.	
Radiodiagnóstico.	Radiología general.	Radiodiagnóstico.	Radiología general.
	Ecografía.		Ecografía.
	Mamografía.		Mamografía.
	T.A.C.		T.A.C.
Urgencias		*Urgencias*	

2.2.3 Nivel III de asistencia sanitaria.

En los municipios de más de 75.000 habitantes, en las ciudades de Ceuta y Melilla, y en las capitales de provincia, se prestarán además de los servicios de Atención Primaria y de Atención Especializada contemplados en las Cláusulas 2.2.1 y 2.2.2, los siguientes:

Asistencia ambulatoria especializada en consultas, que incluirá, en su caso, la realización de cirugía ambulatoria.
Asistencia especializada en régimen de hospitalización.
Asistencia especializada en régimen de hospital de día para aquellos pacientes que precisan cuidados médicos o de enfermería, y no requieran estancia hospitalaria.
Asistencia especializada en régimen de hospitalización a domicilio.
La atención paliativa a enfermos terminales.
Asistencia psiquiátrica en régimen ambulatorio y de hospitalización.
Atención de Urgencia: hospitalaria y extrahospitalaria.

En este nivel, las Entidades deberán disponer, como mínimo, de dos facultativos por especialidad, incrementados, en su caso, proporcionalmente al número de beneficiarios, de acuerdo con los criterios utilizados en el Sistema Nacional de Salud. (Cuadros II, III y IV).

CUADRO II

Cartera de servicios de atención especializada nivel III

Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades Funcionales	Servicios	Unidades Funcionales
Área Médica		*Área Médica*	
Alergología.		Alergología.	
Aparato digestivo.		Aparato digestivo.	Endoscopia digestiva.
Cardiología.	Electrofisiología.	Cardiología.	Electrofisiología.
Dermatología.		Dermatología.	
Endocrinología.		Endocrinología.	
Estomatología.			
Hematología.		Hematología.	Hospital de Día.
Medicina interna.		Medicina interna.	U. De infecciosos.
Nefrología.	Hemodiálisis y diálisis peritoneal domiciliaria.	Nefrología.	Hemodiálisis y diálisis peritoneal.
Neumología.		Neumología.	Endoscopia respiratoria
Neurología.		Neurología.	
Obstetricia.	Ecografía.	Obstetricia alto riesgo.	

Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades Funcionales	Servicios	Unidades Funcionales
Oncología médica.		Oncología médica.	Quimioterapia.
			Hospital de Día.
Pediatría.		Pediatría.	Neonatología.
Psiquiatría.		Psiquiatría.	Unidad de desintoxicación.
			Hospital de Día.
			Unidad de trastornos de la alimentación.
Rehabilitación y fisioterapia.		Rehabilitación.	U. Atención temprana.
		Unidad de hospitalización a domicilio	
Reumatología.		Reumatología.	

CUADRO III

Cartera de servicios de atención especializada nivel III

Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades Funcionales	Servicios	Unidades Funcionales
Área Quirúrgica		*Área Quirúrgica*	
		Anestesiología.	U. De despertar.
			U. De reanimación.
			U. De dolor.
Angiología y C. Vascular.			
Cirugía general y digestiva.		Cirugía general y digestiva.	Laparoscopia.
Cirugía maxilofacial.		Cirugía maxilofacial.	
Cirugía pediátrica.		Cirugía pediátrica.	
		Cirugía vascular.	
Ginecología.	Ecografía.	Ginecología.	I.V.E.
			Ligadura de trompas.
Oftalmología.		Oftalmología.	
O.R.L.		O.R.L.	
Traumatología y C. Ortopédica.		Traumatología y C. Ortopédica.	
Urología.		Urología.	Litotricia.
			Vasectomía.
			Endoscopia.
		Unidad Cuidados Intensivos.	Adultos.
			Pediátrica.

CUADRO IV

Cartera de servicios de atención especializada nivel III

Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades Funcionales	Servicios	Unidades Funcionales
S. Centrales		*S. Centrales*	
Analisis clínicos-bioquímica.		Laboratorio.	Anatomía patológica.
			Bioquímica.
			Farmacología.
			Hematología.
			Inmunología.
			Microbiología.
			Parasitología.
			Farmacia.
		Neurofisiología.	Potenciales evocados.
			E.M.G.
Radiodiagnóstico.	Radiología general.	Radiodiagnostico.	Radiología general.
	Ecografía.		Ecografía.
	Mamografía.		Mamografía.
	T.A.C.		T.A.C.
	R.N.M.		R.N.M.
	Densitometría ósea.		Densitometría ósea.
Urgencias		*Urgencias*	

2.2.4 Nivel IV de asistencia sanitaria.

Por Comunidades Autónomas, la Entidad deberá disponer de los medios asistenciales que aparecen en el Cuadro V. Dichos servicios deberán existir, al menos, en cada Comunidad Autónoma o, en su defecto, en una Comunidad Autónoma limítrofe a aquélla en la que resida el beneficiario.

CUADRO V

Cartera de servicios de atención especializada nivel IV

Consultas externas	Hospitalización	
Servicios	Servicios	Unidades funcionales
	Cardiología.	Hemodinámica diag.
		Hemodinámica terap.
Cirugía cardiovascular.	Cirugía cardiovascular.	
Cirugía plástica y reparadora.	Cirugía plástica y reparadora.	
Cirugía torácica.	Cirugía torácica.	
Medicina nuclear.	Medicina nuclear.	Gammacámara.
Neurocirugía.	Neurocirugía.	Cirugía estereotáxica.
	Neurofisiología.	Unidad del sueño.
	Oncología radioterápica.	Cobaltoterapia.
		Radiumterapia e isótopos radiac.
		Braquiterapia.
		Acelerador lineal.
	Planificación familiar.	Consejo genético.
	Unidad reproducción asistida (*).	F.I.V.
		Inseminación artificial.
		Banco de semen.
	Trasplantes.	Corazón.
		Córnea.
		Hígado.
		Médula ósea.
		Páncreas.
		Pulmón.
		Riñón.
	Unidad de quemados.	
	Unidad de lesionados medulares.	
	Laboratorio.	Genética.
		Citogenética.
		Medicina nuclear.
	Radiodiagnóstico.	Angiografía digital.
		Radiología intervencionista.

(*) Al menos en capitales de provincia de 100.000 habitantes y más.

2.2.5 Garantía de accesibilidad a los medios.

La Entidad debe disponer de los medios que en cada nivel asistencial exige la cartera de servicios del presente Concierto, salvo que dichos medios no existan a nivel privado ni público. Si existen medios sanitarios privados, la Entidad se obliga a concertarlos o a abonar el importe de las asistencias que se deriven por la utilización de los mismos. En el supuesto de que no existan dichos medios privados, la Entidad deberá hacerse cargo de la asistencia en medios públicos y, si tampoco existieran, los facilitará en la localidad más próxima del mismo nivel o en el nivel inmediato superior en que existan. En todo caso, se garantizará la asistencia sanitaria de urgencia que corresponda en cada nivel.

2.2.6 Atención de urgencia.

Se define la Atención de Urgencia como aquélla que garantiza la atención inmediata y continuada de cualquier emergencia sanitaria, ya sea actuando directamente sobre el paciente hasta su resolución definitiva, o garantizando su traslado en las mejores condiciones posibles a otro centro propio o concertado. Deberá contar con los recursos humanos y materiales necesarios para el adecuado cumplimiento de su función.

La Atención de Urgencia se prestará conforme a lo establecido en las Cláusulas 2.2.1, 2.2.2 y 2.2.3 del presente Concierto y con arreglo a las siguientes especificaciones:

a) Nivel I de Asistencia Sanitaria: La Atención Primaria de Urgencias se prestará, de forma continuada, durante las veinticuatro horas del día a las personas de cualquier edad, mediante la atención médica y de enfermería en régimen ambulatorio y domiciliario.

b) Niveles II y III de Asistencia Sanitaria: Además de la Atención de Urgencia establecida para el Nivel I de Asistencia Sanitaria, la Entidad deberá disponer de los servicios de urgencias hospitalarios y extrahospitalarios previstos en las Cláusulas 2.2.2 y 2.2.3, según corresponda. A dichos servicios podrán acudir los beneficiarios en todo momento y contarán con los médicos de guardia precisos y los medios personales y materiales necesarios para su función.

2.2.7 La Entidad facilitará el acceso a los centros y servicios incluidos en las carteras de servicios a fin de que MUFACE pueda comprobar la adecuación de los medios de la Institución respecto a la oferta de servicios realizada.

2.3 Prestaciones complementarias.

2.3.1 Oxigenoterapia, ventiloterapia y aerosolterapia.

Requiere prescripción escrita de especialista de la Entidad y autorización previa de la misma.

2.3.2 Prestación Ortoprotésica.

Serán a cargo de la Entidad las prótesis quirúrgicas fijas, entendiéndose por tales aquellos productos sanitarios que precisan de una implantación interna en el paciente, a través de un determinado acto médico o quirúrgico, así como la renovación de cualquiera de sus accesorios, incluidos los externos. Se incluyen, asimismo, los materiales utilizados para realizar técnicas de osteosíntesis.

Quedan excluidos los implantes osteointegrados para prótesis dentarias, excepto cuando los mismos se deriven de accidente de servicio o enfermedad profesional.

2.3.3 Transporte para la Asistencia Sanitaria.

A) Tipo de transporte:

Se entiende por transporte sanitario a los fines asistenciales previstos en el Concierto, el que se realiza en los siguientes medios:

a) Transporte ordinario: Es el que se efectúa en automóvil, autobús, ferrocarril, barco y avión.

Estos traslados se valorarán siempre por su coste, en clase normal o turista, en líneas regulares de transporte en autobús o ferrocarril o, si procediese por tratarse de provincias insulares o las ciudades de Ceuta y Melilla, en barco o avión.

b) Transporte extraordinario: Comprende el transporte en ambulancia, ambulancia medicalizada, UVI móvil, avión y helicóptero medicalizados y taxi.

Este transporte se utilizará en caso de que la patología del paciente le impida desplazarse en medios ordinarios, acreditado este extremo mediante la prescripción escrita del facultativo en la que conste la necesidad del traslado en dichos medios.

B) Prestaciones derivadas:

El beneficiario de MUFACE tendrá derecho a transporte sanitario a cargo de la Entidad siempre que se realice a la localidad más próxima en que la misma disponga de medios, en los siguientes supuestos:

a) En medios de transporte ordinario:

Para recibir tratamientos periódicos, desde la localidad en que resida, con carácter temporal o permanente, a la localidad más próxima en que la Entidad disponga de medios, siempre que dicha localidad diste más de 25 kilómetros.

A servicios de Nivel IV de Asistencia Sanitaria, siempre que sea fuera de la localidad de residencia.

Entre distintos Niveles de Asistencia Sanitaria, en el supuesto de no disponer de los medios exigidos en cada uno de ellos, siempre que la distancia entre la localidad en que reside y aquélla en que se le preste la asistencia disten más de 25 kilómetros.

b) En medios de transporte extraordinario:

Por razones de urgencia, desde el lugar en que ésta se produzca hasta el centro de la Entidad donde se le preste la asistencia, o hasta el centro no concertado donde sea atendido en el supuesto de urgencia vital. Será necesaria la prescripción escrita del facultativo que haya prestado la asistencia, sea de la Entidad o ajeno a ella, en la que conste la necesidad del traslado en dichos medios, excepto en la situación de urgencia vital.

Para recibir tratamientos periódicos, como hemodiálisis, radioterapia, rehabilitación u otras contempladas en este Concierto, desde el lugar en que resida con carácter temporal o permanente.

Entre distintos niveles de asistencia sanitaria.

A servicios radicados fuera de una localidad del Nivel III de Asistencia Sanitaria, en el supuesto de que la Entidad no disponga de los medios exigidos en este nivel.

Cuando se produzca el alta hospitalaria, desde el hospital hasta su domicilio dentro de la misma provincia, en los casos en que así lo determine el facultativo o servicio que le haya prestado la asistencia.

Para acudir a consultas y curas ambulatorias y hospitalarias.

C) Condiciones generales:

a) Los desplazamientos en medios extraordinarios de transporte precisan siempre prescripción escrita del facultativo en la que conste la necesidad del traslado en dichos medios, excepto los que se produzcan por razones de urgencia vital.

b) Los desplazamientos efectuados por menores de quince años darán derecho a los gastos de transporte del acompañante. Del citado requisito de edad se exceptúan los residentes en las ciudades de Ceuta y Melilla, que, en todo caso, deberán aportar prescripción escrita del facultativo.

2.3.4 Información y documentación sanitaria.

La Entidad se obliga a cumplir todos los requisitos establecidos en la Ley 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, en relación con la información y documentación sanitaria relativa a los beneficiarios de MUFACE.

Asimismo, la Entidad se ocupará activamente de que los profesionales y centros sanitarios incluidos en su catálogo de servicios cumplan las obligaciones que a cargo de ellos se recogen en este Concierto y en especial las siguientes:

a) Salvaguardar el ejercicio de los derechos de los pacientes, recogidos en el artículo 10 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

b) Requerir a sus centros para que cumplimenten el informe de alta, al finalizar la estancia en una institución hospitalaria o el informe de consulta externa en atención especializada. El informe de alta deberá adaptarse a lo establecido en la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 6 de septiembre de 1984 y demás disposiciones que son de aplicación para los hospitales públicos, debiendo contener, en todo caso, el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria, que se estableció desde 1987 por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, y que contiene en la actualidad, las 18 variables al alta hospitalaria para pacientes ingresados, siguientes:

Identificación del centro.
Número de la historia clínica.
Código de identificación del paciente.
Fecha de nacimiento.
Sexo.
Residencia.
Financiación.
Fecha de ingreso.
Circunstancia del ingreso.
Servicio que da el alta.
Área clínica que da el alta.
Fecha del alta.
Fecha de intervención.

Diagnóstico principal y otros.
Procedimientos quirúrgicos y obstétricos.
Otros procedimientos.
Circunstancias del alta.
Código de identificación de asistencia sanitaria.

No obstante, en aquellas Comunidades Autónomas cuya normativa exija otras variables diferentes a las descritas, se podrá excepcionalmente admitir el CMBD exigible en esa Comunidad.

El informe de alta será entregado en mano al paciente o, por indicación del médico responsable, al familiar o tutor legal, en el momento en que se produzca el alta del centro sanitario. Asimismo, se le entregará una copia para su entrega al médico responsable del seguimiento del paciente en el ámbito extrahospitalario.

Otra copia del informe de alta quedará archivada en la historia clínica.

c) Poner en marcha en sus centros propios y requerir a los centros concertados, como requisito necesario para la concertación, el desarrollo de un dispositivo de información que permita el conocimiento disociado de los servicios prestados en los mismos, así como de los procesos atendidos. Para ello deberán establecer el registro y codificación de las variables que conforman el CMBD al alta hospitalaria, de los pacientes ingresados. Dicha información deberá ser remitida por los centros hospitalarios a la Entidad, quien, a su vez, la pondrá a disposición de MUFACE, cuando así sea requerido por ésta. Todo ello en consonancia con el desarrollo de los sistemas de información sanitarios que se encuentran generalizados en el Sistema Nacional de Salud.

Las obligaciones establecidas en el presente apartado, deberán haberse completado en Diciembre de 2005.

d) Comunicar o entregar, a petición del interesado, un ejemplar de su historia clínica o determinados datos contenidos en la misma, sin perjuicio de la obligación de su conservación en el centro sanitario, dejando constancia escrita de todo el proceso y garantizando, en todo caso, la confidencialidad de toda la información relacionada con el proceso y la estancia del paciente en instituciones sanitarias.

e) Cumplimentar los informes médicos precisos, establecidos por MUFACE, para la valoración y concesión, en su caso, de las licencias por enfermedad o accidente de los funcionarios, así como aquellos informes que sean necesarios para acreditar las situaciones de embarazo, parto o maternidad. En dichos informes el diagnóstico deberá figurar codificado según las normas de clasificación internacional de enfermedades (CIE-9, DSM-IV…).

f) Facilitar los antecedentes e informes médicos previstos en el apartado quinto de la Resolución de la Secretaría de Estado para la Administración Pública de 29 de diciembre de 1995, y demás normas concordantes, para la tramitación de los procedimientos de jubilación de mutualistas por incapacidad permanente para el servicio.

g) Emitir los informes médicos establecidos por MUFACE a sus beneficiarios para determinadas prestaciones sanitarias o complementarias de éstas.

h) Requerir a sus facultativos y centros de su cartera de servicios para que bajo las condiciones y el régimen establecido en el Anexo V realicen a los mutualistas los informes, exploraciones o pruebas de diagnóstico que en dicho Anexo se especifican.

i) Emitir la documentación o certificación médica de nacimiento, defunción y demás extremos para el Registro Civil, y otros informes o certificados sobre el estado de salud exigibles por disposición legal o reglamentaria.

2.4 Incorporación de nuevos medios de diagnóstico y tratamiento.

Cualquier nueva técnica de diagnóstico o tratamiento que aparezca después de la firma del Concierto constituirá medio obligatorio para la Entidad cuando la misma se aplique a pacientes dentro del Sistema Nacional de Salud en alguno de los centros propios o concertados de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. En caso de duda, se estará a lo dispuesto en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud y en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

2.5 Catálogo de servicios de la entidad.

2.5.1 El Catálogo de Servicios de la Entidad contiene la relación detallada de los medios de la Entidad, y su finalidad es posibilitar la utilización de dichos medios por los beneficiarios.

2.5.2 Los Catálogos de Servicios serán de ámbito provincial e incluirán:

Cartera de Servicios de Atención Primaria y Especializada, por niveles de asistencia sanitaria ofertada, y forma de acceder a la misma, desglosada por consulta externa y hospitalización, según lo previsto en las Cláusulas 2.2.1, 2.2.2, 2.2.3 y 2.2.4, ordenados en sentido creciente.

Relación, con dirección, teléfono y horarios de funcionamiento de los siguientes servicios:

Servicios de urgencia.
Centros hospitalarios.
Médicos con nombre y apellidos, agrupados por especialidades.
Fisioterapeutas con nombre y apellidos.
Personal de enfermería con nombre y apellidos.
Servicios de ambulancias.
Servicio de información de la Entidad.
Otros servicios: Centros de rehabilitación, psicoterapia radiodiagnóstico, laboratorios, etc. Deberá constar, junto al nombre del centro, los nombres y apellidos de los profesionales responsables de la asistencia.

Cartera de Servicios de Urgencias, ambulatorias y hospitalarias.

Relación exhaustiva de los medios de la Entidad que precisan la autorización previa de la misma; entre los servicios que requieren autorización previa de la Entidad no podrá figurar ningún otro distinto a los relacionados en el Anexo III.

Instrucciones precisas para la utilización de los Servicios de Atención Primaria del Sistema Público en el Medio Rural, en régimen ambulatorio, domiciliario y de urgencia, en los términos previstos en los Convenios suscritos por MUFACE con los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

Además de lo indicado en los puntos anteriores, contendrá la relación de los servicios de Información, Urgencias y Ambulancias correspondientes a las restantes provincias, a fin de facilitar su utilización en caso de desplazamiento de los beneficiarios.

Si incluyeran publicidad o mensajes publicitarios, así como información relativa a otros productos o servicios de la Entidad, deberá figurar separadamente y al final del catálogo, de forma que no pueda inducir a confusión en relación con el alcance y contenido de las prestaciones incluidas en el presente Concierto.

2.5.3 La Entidad editará bajo su responsabilidad los catálogos de servicios.

Antes del 31 de diciembre del año anterior al del inicio de la vigencia del Concierto o, en su caso, de la correspondiente prórroga, la Entidad deberá entregar en los Servicios Centrales de MUFACE los catálogos de servicios correspondientes a todas las provincias. Asimismo, y en el mismo plazo, pondrá a disposición de los beneficiarios que tenga adscritos, el catálogo de la correspondiente provincia en edición de papel, del que entregará en los Servicios Provinciales de MUFACE el número necesario de ejemplares para su entrega a los beneficiarios que los soliciten.

En el supuesto de que la Entidad no cumpliera lo establecido en el párrafo anterior, se obliga a asumir los gastos que se deriven de la utilización por los beneficiarios de los servicios que presten los centros y facultativos incluidos en el ultimo Catálogo vigente o en el instrumento análogo para las Entidades que no hubieran firmado el Concierto en el año anterior.

Con independencia de lo previsto en los dos párrafos anteriores, a lo largo de 2004 la Entidad realizará las actuaciones necesarias para que su página web informe a los beneficiarios de MUFACE sobre el contenido de los catálogos de servicios correspondientes a todas las provincias. Para evitar confusiones con las prestaciones ofrecidas a asegurados ajenos al presente Concierto, esta información deberá aparecer en una sección específica de MUFACE e incluir para cada provincia los contenidos que aparecen especificados en la cláusula 2.5.2.

En cualquier caso, deberán actualizarse, al menos, una vez al año. Las obligaciones de la Entidad señaladas en los párrafos anteriores, se entienden también referidas a las actualizaciones de los Catálogos o «Addenda» a los mismos que, en su caso, vayan a tener vigencia en el año 2005.

La Cartera de Servicios de Atención Primaria y Especializada de ámbito nacional, por niveles de asistencia sanitaria, contenida en los Catálogos de Servicios, deberá ser remitida a los Servicios Centrales de MUFACE antes del 31 de diciembre del año anterior al del inicio de la vigencia del Concierto y antes del 30 de noviembre del año anterior al inicio, en su caso, de la correspondiente prorroga. Dicha remisión se efectuará en soporte informático de acuerdo a las características y requerimientos técnicos que se establezcan por la Mutualidad.

2.5.4 MUFACE debe garantizar que la oferta de servicios de la Entidad es adecuada y cubre suficientemente las necesidades de su colectivo, que los pacientes tienen asegurada la continuidad asistencial y que no se producen transferencias de riesgos de unas Entidades a otras. A tal fin, cuando la Entidad, a instancia propia, quiera causar una baja en su Catálogo de Servicios, bien a lo largo del año natural o de cara a la oferta de servicios para el catálogo del año siguiente, lo comunicará previamente al Servicio Provincial correspondiente de MUFACE, explicando claramente los motivos por los que considera conveniente dicha baja. En el caso de centros o servicios hospitalarios, deberá informar además sobre el número de beneficiarios de MUFACE que están siendo atendidos, en dichos centros o servicios. La baja no podrá efectuarse hasta transcurri-

dos al menos 20 días hábiles siguientes a la comunicación. La comunicación referente a las bajas de los profesionales de atención primaria: medicina general o de familia, pediatría y enfermería no precisa ser motivada.

No obstante lo establecido en el párrafo anterior, cuando la baja se refiera a algún profesional de los Catálogos de Servicios, la Entidad se obliga a garantizar a los pacientes en tratamiento de procesos patológicos graves, la continuidad asistencial para el proceso patológico del que viene siendo tratado, con el mismo facultativo durante los 12 meses siguientes a la fecha en que la baja se hubiera producido, siempre que hubiese conformidad del facultativo.

Si la baja se refiere a un centro sanitario o servicio hospitalario, la Entidad se obliga a garantizar, a los pacientes que están siendo atendidos de un determinado proceso patológico, la continuidad del tratamiento de dicho proceso en ese centro o servicio, durante todo el tiempo que persista la necesidad del mismo o hasta que se haya obtenido el alta definitiva del proceso por curación, por ello, la Entidad deberá informar a cada uno de los beneficiarios en un plazo no superior a 5 días hábiles sobre su derecho a mantener el tratamiento y la continuidad asistencial en dicho centro o servicio, con cargo a la Entidad. En el caso de que se produjeran reingresos o revisiones en dichos centros o servicios, por el mismo proceso, la Entidad seguirá haciéndose cargo de los mismos, y el beneficiario deberá cumplir los requisitos establecidos en el concierto, en cuanto a prescripción (por médico concertado o no concertado perteneciente a dicho centro o servicio) y autorización previa de la Entidad. Estas obligaciones, en tanto no se modifique su contenido, no quedan interrumpidas por la finalización de un concierto y sus respectivas prórrogas y, se mantendrán en el tiempo, mientras la Entidad continúe suscribiendo sucesivos conciertos.

Una vez producidas las bajas, éstas serán puestas en conocimiento de los Servicios Provinciales de MUFACE correspondientes en el plazo de quince días hábiles desde que las mismas se produzcan. Cualquier comunicación que la Entidad dirija con carácter generalizado a los beneficiarios sobre altas o bajas producidas en los Catálogos, serán previamente depositadas en los Servicios Provinciales de MUFACE, con una antelación, en relación con la fecha prevista para su envío, no inferior a tres días. Si las bajas redujeran un Catálogo de Servicios en forma tal que se incumplieran las exigencias mínimas establecidas en este Capítulo, la Entidad procederá a completarlo simultáneamente, comunicando asimismo a MUFACE los servicios, centros o facultativos que hayan de sustituir a las bajas producidas. Además, si la reducción o los cambios afectan a más del 25 por 100 del contenido inicial del Catálogo, la Entidad queda obligada a adoptar las medidas precisas para que los titulares adscritos a la misma puedan disponer de los nuevos Catálogos.

En el supuesto de que la Entidad no cumpliera lo establecido en los párrafos anteriores, se obliga a asumir los gastos que se deriven de la utilización por los beneficiarios de los servicios que presten los centros y facultativos incluidos en el último Catálogo vigente.

CAPÍTULO III

Utilización de los medios de la entidad

3.1 Norma general.

A los efectos previstos en los artículos 17.2 del Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado y 77 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo, se considera que los medios de la Entidad son los servicios, propios o concertados, asignados para la asistencia sanitaria de los beneficiarios de la misma.

La utilización de los medios de la Entidad se realizará siempre con arreglo a la normativa sanitaria vigente.

3.2 Alcance de la acción protectora.

Los beneficiarios podrán utilizar los medios de la Entidad en los casos de enfermedad común o profesional, en los de lesiones derivadas de accidente, cualquiera que sea la causa, incluso si se trata de un acto de terrorismo, y por embarazo, parto y puerperio, así como en las actuaciones preventivas recogidas en el Concierto.

3.3 Ámbito territorial.

El derecho a la utilización de los medios de la Entidad podrá ejercerse en todo el territorio nacional, con independencia de que los mismos sean propios, concertados o subconcertados.

3.4 Requisitos.

3.4.1 Identificación.

Se deberá acreditar previamente la condición de beneficiario, 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 Asistencia Sanitaria, expedido por MUFACE de acuerdo con sus propias normas.

En el caso de asistencia por maternidad a las beneficiarias a que se refiere la Cláusula 1.3 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 los casos en que, por razones de urgencia, no sea posible aportar en el acto la documentación anterior, el beneficiario deberá identificarse con su D.N.I. u otro documento que acredite su personalidad y presentar aquella documentación en el plazo máximo de 48 horas.

3.4.2 Tarjetas magnéticas sanitarias.

La Entidad, una vez que MUFACE le haya comunicado el alta de un beneficiario, emitirá la correspondiente tarjeta magnética sanitaria, que será enviada al domicilio del beneficiario en el plazo máximo de siete días hábiles desde la efectiva comunicación.

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

La no presentación de dichas tarjetas en el momento de la asistencia, en aquellos casos en que la Entidad aún no la ha emitido, o en situaciones de urgencia, no impide ni condiciona el derecho del beneficiario a hacer uso de los medios de la Entidad, para lo que será suficiente con la mera presentación del documento de afiliación a MUFACE donde consta la Entidad de adscripción.

La Entidad se obliga a informar y poner en marcha los mecanismos necesarios para el cumplimiento de lo establecido en el párrafo anterior por parte de los profesionales y centros de su catálogo de servicios.

En aquellas provincias en que la Entidad aun no haya completado el sistema de emisión de tarjetas, seguirán utilizándose los talonarios de cheques de asistencia que serán confeccionados por la Entidad y puestos a disposición de los Servicios Provinciales de MUFACE para su entrega a los beneficiarios sin coste alguno para éstos. También podrán ser facilitados en las oficinas de la Entidad. El beneficiario deberá entregar el correspondiente cheque de asistencia sanitaria cuando acuda a los medios de la Entidad.

3.4.3 Requisitos adicionales.

La Entidad podrá exigir en los supuestos que expresamente se determinan en el presente Concierto los requisitos adicionales que procedan, tales como prescripción de facultativo y autorización previa. El Anexo III contiene una relación exhaustiva de los supuestos de utilización de los medios de la Entidad que exigen autorización previa de la misma.

3.5 Libertad de elección de facultativo y centro.

Los beneficiarios podrán elegir libremente facultativo y centro de entre los que figuran en los catálogos de servicios de la Entidad en todo el territorio nacional.

3.6 Contenido de la atención sanitaria.

3.6.1 Asistencia en consulta externa.

El beneficiario se dirigirá directamente al facultativo elegido de Atención Primaria y Especializada para recibir la asistencia que precise, sin más requisitos que acreditar su condición y presentar la correspondiente tarjeta sanitaria o entregar el correspondiente cheque de asistencia, sin perjuicio de lo establecido en el apartado 3.4.2.

3.6.2 Asistencia Domiciliaria.

En Atención Primaria, la asistencia domiciliaria se prestará por los profesionales sanitarios de Atención Primaria en el domicilio del paciente, cuando éste no pueda desplazarse, por razón de su enfermedad, a la consulta externa.

En Atención Especializada, la asistencia domiciliaria por parte de facultativo especialista, precisa la previa prescripción escrita del médico de Atención Primaria. En todo caso, el especialista informará al médico que solicitó la interconsulta sobre la orientación diagnóstica y terapéutica del caso.

3.6.3 Asistencia Urgente.

La asistencia urgente podrá recabarse de los facultativos de medicina general, pediatría y enfermería de la Entidad y, fuera de los horarios de consulta y en cualquier caso, de los Servicios de Urgencia de Atención Primaria y Especializada de la Entidad.

3.6.4 Asistencia en régimen de hospitalización.

Se prestará en los centros de la Entidad, propios o concertados.

A) Requisitos.

El ingreso en un hospital precisará:

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

b) La autorización de la prescripción por la Entidad.

c) La presentación de la prescripción autorizada por la Entidad en el centro.

B) Duración de la hospitalización.

La hospitalización persistirá mientras que, a juicio del facultativo responsable de la asistencia al enfermo, subsista la necesidad, sin que puedan ser motivos de ésta razones de tipo social.

C) Tipo de habitación.

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

Con carácter excepcional, MUFACE podrá autorizar que la Entidad disponga en su cartera de servicios de centros hospitalarios que no cumplan el requisito del párrafo anterior.

D) Gastos cubiertos.

La Entidad cubre todos los gastos producidos durante la hospitalización del paciente, desde su ingreso hasta el alta hospitalaria, incluyendo:

La realización de los exámenes y pruebas diagnósticas, y la aplicación de los tratamientos o procedimientos terapéuticos que precise el paciente, tanto por la patología atendida como por cualquier otra intercurrente distinta del proceso principal que motivó el ingreso.

El tratamiento de las posibles complicaciones que puedan presentarse a lo largo de todo el proceso asistencial.

Tratamientos adicionales que pueda requerir el paciente, tales como: diálisis, rehabilitación, etc.

Tratamiento farmacológico, gases medicinales, material fungible y productos sanitarios que sean precisos.

Los medicamentos empleados en quimioterapia intravenosa o intravesical, administrados a los pacientes atendidos en las unidades funcionales de quimioterapia de los servicios de Oncología Médica.

Curas.

Alimentación según dieta prescrita.

Nutrición parenteral y enteral.

Asistencia por equipo médico especializado, enfermería y personal auxiliar sanitario.

Estancias en habitación individual, incluyendo servicios hoteleros básicos directamente relacionados con la propia hospitalización.

Estancias en UCI.

E) Hospitalización por maternidad.

En el momento del ingreso o, en todo caso antes del alta hospitalaria, deberá presentarse en el centro la autorización de la Entidad. A efectos de la asistencia al recién nacido se tendrá en cuenta lo dispuesto en la Cláusula 1.4.2. Si la práctica de la ligadura de trompas se decidiera en el mismo momento del parto sin haberse indicado en la prescripción del ingreso, los gastos causados por este concepto será también a cargo de la Entidad.

F) Hospitalización por asistencia pediátrica.

Se prestará a los niños de 0 a 14 años inclusive. La persona que acompañe al niño tendrá derecho a cama y pensión de acompañante, sin perjuicio de lo que se dispone en el párrafo siguiente.

Cuando el acompañante resida en localidad distinta a la del centro sanitario y además las características del centro no permitan su alojamiento o el niño se encuentre en la UCI, la Entidad abonará al mutualista una cantidad total compensatoria de 36'17 euros por día, en concepto de cama y pensión. No se abonará cantidad alguna cuando el acompañante resida en la misma localidad.

G) Hospitalización domiciliaria.

La hospitalización domiciliaria podrá llevarse a cabo en aquellos casos en que el estado del enfermo lo permita y haga aconsejable. La indicación deberá formularla por escrito el médico de la Entidad que le venga asistiendo en el hospital, para su autorización por la Entidad que asignará el equipo sanitario que habrá de hacerse cargo de la asistencia.

En todos los casos de hospitalización domiciliaria, incluida la hemodiálisis a domicilio, la Entidad viene obligada a facilitar los medios materiales y humanos adecuados, incluso 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.

Durante la hospitalización a domicilio, la Entidad cubre los mismos gastos que durante la hospitalización en centro sanitario, incluidos los tratamientos de nutrición enteral a los que se refiere la Orden Ministerial de 15 de julio de 1998, por la que se regulan los tratamientos dietoterápicos complejos y las dietas enterales para patologías especiales, en MUFACE. Sólo quedan excluidos los gastos derivados de la estancia y alimentación natural así como los de personal auxiliar sanitario.

La Unidad de hospitalización a domicilio estará disponible en el Nivel III de Asistencia Sanitaria.

3.7 Farmacia.

3.7.1 Los facultativos de la Entidad prescribirán los medicamentos y demás productos farmacéuticos, en los términos establecidos en el Real Decreto 83/1993, de 22 de enero, que regula la selección de los medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud, y desarrollos posteriores. Las prescripciones deberán realizarse en las recetas oficiales de MUFACE que, en talonarios, se entregarán a los titulares. La Entidad promoverá que los datos de identificación de sus facultativos –nombre y dos apellidos, número de colegiado y provincia— en las recetas, se hagan constar mediante sello.

La adquisición se realizará por los beneficiarios en las oficinas de farmacia, de acuerdo con las normas establecidas por MUFACE para su prestación farmacéutica.

3.7.2 Si, como consecuencia del análisis por MUFACE de los datos correspondientes a las prescripciones, se estimasen oportunas determinadas medidas en relación con las mismas, la Dirección General de MUFACE, previo informe de la Comisión Mixta Nacional, podrá acordar lo procedente para su ejecución y cumplimiento por la Entidad.

3.7.3 Si en el proceso de revisión de la facturación de recetas que realiza MUFACE se detectaran prescripciones de medicamentos y productos sanitarios realizadas, excepcionalmente, en recetas oficiales de MUFACE, aunque, según lo establecido en las diversas Cláusulas de este Concierto deberían haber sido a cargo de la Entidad, MUFACE procederá, previa comunicación detallada a la Entidad de las prescripciones detectadas, a efectuar, con su importe unitario, el descuento correspondiente a la cantidad que, en cada caso, MUFACE hubiera indebidamente asumido según la normativa reguladora de la prestación farmacéutica, en el pago mensual que corresponda de las cuotas que ha de abonar a la Entidad, de acuerdo con lo previsto en las Cláusulas 6.2 y 6.3 del presente Concierto.

Por otra parte, la Entidad se compromete a reintegrar a los beneficiarios, en un plazo no superior a quince días a contar desde la petición de reintegro, la cantidad que éstos hubieran abonado en la oficina de farmacia, con el único requisito de la presentación del documento acreditativo de esta circunstancia, que MUFACE les facilitará a estos efectos, o de la correspondiente factura de la farmacia.

3.8 Utilización directa del servicio de ambulancias.

En los casos de urgencia en que no haya sido posible comunicar con los servicios de urgencias y/o de ambulancias de la Entidad y no resulte adecuada otra alternativa, el beneficiario podrá solicitar directamente del servicio de ambulancias existente en la localidad el traslado del enfermo al servicio de urgencias de la Entidad a la que se encuentre adscrito y la Entidad deberá asumir o reintegrar los gastos del traslado.

3.9 Especificaciones complementarias.

3.9.1 Diagnóstico y tratamiento de la esterilidad.

La Entidad viene obligada a asumir los gastos necesarios para obtener el diagnóstico de la esterilidad, el cual se extenderá, cuando proceda, a la pareja.

Las técnicas de Reproducción Asistida serán a cargo de la Entidad únicamente cuando la mujer sobre la que se vaya a realizar la técnica sea beneficiaria de MUFACE. La Entidad estará obligada a financiar todas las pruebas y actuaciones necesarias en las parejas de las mutualistas sometidas a técnicas de Reproducción Asistida. La Entidad se compromete a difundir entre sus profesionales ginecólogos y responsables de unidades de reproducción asistida la «Guía de Recomendaciones en Reproducción Humana Asistida», elaborada por MUFACE, a fin de promover y garantizar el desarrollo de una buena práctica clínica y un uso adecuado y racional de dicha prestación. Estarán comprendidas todas las técnicas de fertilización implantadas en el territorio nacional con arreglo a la Ley de Reproducción Asistida que además cumplan con los criterios de cobertura de la prestación establecidos en la citada guía.

Asimismo, será por cuenta de la Entidad la criopreservación del semen durante el plazo que marca la legislación vigente, en aquellos casos de beneficiarios que vayan a someterse a tratamientos quirúrgicos y/o de quimioterapia y radioterapia, así como la criopreservación de preembriones congelados sobrantes, procedentes de un ciclo de fertilización in vitro.

3.9.2 Estomatología y odontología.

A) Comprenderá el tratamiento de las afecciones estomatológicas en general, incluyendo toda clase de extracciones, limpieza de boca una vez por año o, previo informe justificativo del facultativo especialista, y la periodoncia. Asimismo incluirá el programa de salud buco-dental dirigido a

los niños menores de 15 años, consistente en revisiones periódicas, aplicación de flúor tópico, selladores oclusales y obturaciones o empastes.

B) Quedan excluidos, tanto en lo referente a su coste, como a su colocación, los empastes, (excepto las obturaciones del programa de salud buco-dental), la endodoncia, las prótesis dentarias, los implantes osteointegrados y la ortodoncia.

C) No obstante, cuando mediara accidente de servicio o enfermedad profesional, serán a cargo de la Entidad todos los tratamientos y actuaciones, incluidas las prótesis dentarias necesarias, así como su colocación.

D) Para la periodoncia y la limpieza de boca, así como, en caso de accidente de servicio o enfermedad profesional para las prótesis dentarias, será necesario prescripción de facultativo especialista de la Entidad, junto con presupuesto, si se trata de prótesis, para su autorización por la Entidad.

E) También serán a cargo de la Entidad los gastos de hospitalización, de quirófano y anestesista necesarios para la realización de los tratamientos y prestaciones odontológicas excluidos de la cobertura del Concierto, a pacientes disminuidos psíquicos, siempre que los tratamientos se efectúen con medios de la Entidad.

3.9.3 Rehabilitación y Fisioterapia.

A) Los tratamientos de rehabilitación y fisioterapia podrán ser requeridos a la Entidad por los médicos rehabilitadores o por los médicos especialistas responsables de las patologías susceptibles de dichos tratamientos. La evolución del paciente y la determinación del alta serán responsabilidad del medico rehabilitador o, en su caso, del facultativo especialista que solicitó dicho tratamiento. Su aplicación podrá ser realizada por médico rehabilitador o fisioterapeuta, según corresponda.

B) La obligación de la Entidad terminará cuando se haya conseguido la recuperación funcional totalmente o el máximo posible de ésta por haber entrado el proceso en un estado de estabilización insuperable, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento y ocupacional, excepto en los casos de reagudización del proceso.

3.9.4 Psiquiatría.

A) La hospitalización, incluida la de día, se prolongará durante el tiempo que el psiquiatra responsable de la asistencia al paciente lo considere necesario y por tanto hasta el alta hospitalaria y abarcará todos los procesos tanto agudos como crónicos. Si el ingreso se produce en un centro no concertado, no se precisa autorización previa de la Entidad y en este caso, la misma abonará al mutualista los gastos de hospitalización con el límite de 61'45 euros por día. El reintegro deberá efectuarse dentro de los 10 días hábiles siguientes a la fecha en que el beneficiario presente los justificantes de dichos gastos (la correspondiente factura) ante la Entidad.

B) Se incluye la psicoterapia, siempre que haya sido prescrita por psiquiatra de la Entidad, realizada en medios concertados con la misma y que su finalidad sea el tratamiento de patologías psiquiátricas. La Entidad está obligada a facilitar un número máximo de 20 sesiones por año natural (psicoterapia breve o terapia focal). No obstante, en los casos de trastornos de la alimentación, se podrán conceder hasta 20 sesiones más, siempre que el psiquiatra responsable de la asistencia lo considere necesario para la correcta evolución del caso.

C) Se excluyen el psicoanálisis, la hipnosis, la narcolepsia ambulatoria, los tests psicológicos y la psicoterapia psicoanalítica, así como el internamiento social de pacientes afectados de demencias neurodegenerativas tales como Alzheimer y otras.

No obstante lo anterior, quedan incluidos:

Los internamientos de los pacientes de Alzheimer que a 1 de Enero de 2000 se encontraran ingresados en centros psiquiátricos.

Los internamientos de aquellos enfermos que padeciendo algún tipo de demencia neurodegenerativa, requirieran hospitalización psiquiátrica a causa de procesos intercurrentes o descompensaciones severas. En este caso la hospitalización ha de llevarse a cabo en centro propio o concertado.

3.9.5 Cirugía plástica.

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

3.9.6 Transplantes.

Quedan incluidos en la cobertura los transplantes de todo tipo, así como los injertos óseos. La obtención y transplante de órganos se realizará conforme a lo establecido en la legislación sanitaria vigente, correspondiendo a la Entidad asumir todos los gastos de obtención y transplante del órgano o tejido.

3.9.7 Programas preventivos.

La Entidad realizará las actuaciones que correspondan y dispondrá de los medios necesarios para llevar a efecto los programas preventivos incluidos en el Anexo IV, garantizando la información adecuada a los beneficiarios.

La Dirección General de MUFACE podrá informar específicamente a sus beneficiarios y a través del medio que en cada caso estime más oportuno, sobre la conveniencia de la realización de determinados programas preventivos de los incluidos en el Anexo IV.

3.9.8 Medicamentos y Productos Farmacéuticos.

A) Los medicamentos calificados como de Uso Hospitalario, cuya dispensación se realiza a través de los servicios de farmacia hospitalaria, conforme a lo establecido en la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, serán a cargo de la Entidad.

B) Serán a cargo de la Entidad aquellos medicamentos y productos farmacéuticos financiados en el Sistema Nacional de Salud, que no se encuentran incluidos en la cláusula 3.7.1 del presente Concierto, al no estar dotados de cupón precinto, y que requieren para su administración, la intervención expresa de facultativos especialistas.

3.9.9 Productos sanitarios.

Sin perjuicio de las obligaciones señaladas en otras Cláusulas del presente Concierto, serán a cargo de la Entidad y suministrados por sus medios a los beneficiarios, los productos sanitarios que se relacionan a continuación:

Los dispositivos intrauterinos (DIU).

Los productos implantables destinados a ejercer un efecto biológico o a ser absorbidos en todo o en parte, elaborados a base de sal sódica del ácido hialurónico.

Las jeringuillas de insulina u otros sistemas no precargados de administración de la misma, así como el material fungible de las bombas de insulina.

Las tiras reactivas para medición de glucemia, glucosuria y combinadas glucosa/cuerpos cetónicos, así como el glucómetro necesario para la medición, en los pacientes diabéticos

3.9.10 Medios para técnicas diagnósticas.

Los medios, elementos o productos farmacéuticos precisos para la realización de técnicas diagnósticas, tales como medios de contraste, laxantes drásticos a los que se refiere la Resolución de la Dirección General de MUFACE de 21 de septiembre de 1998, u otros, serán facilitados por la Entidad a su cargo.

3.10 Supuestos especiales.

3.10.1 Facultativo ajeno.

A) Cuando, por decisión propia y para una determinada intervención, un beneficiario elija a un médico no concertado con la Entidad, podrá solicitar de ésta que se haga cargo del internamiento en un centro de la misma, siempre que la petición esté fundada en la continuidad asistencial en procesos patológicos graves o en que el médico sea familiar suyo, incluyendo el concepto de familiar hasta el quinto grado de parentesco, tanto por consanguinidad como por afinidad.

B) La Entidad deberá autorizar el internamiento, a su cargo, si concurre alguna de dichas circunstancias y si, además, el médico reúne las condiciones exigidas por el centro para actuar profesionalmente en el mismo.

C) El internamiento será autorizado por el periodo de tiempo que se estime habitualmente suficiente para la intervención de que se trate, sin perjuicio de su prórroga en caso de que exista causa médica que la justifique.

D) La Entidad cubrirá los gastos del internamiento en los términos de la Cláusula 3.6.4.D) con excepción de los honorarios de los médicos y, en caso de parto, matrona, que serán por cuenta del beneficiario.

3.10.2 Hospitales militares.

A solicitud del beneficiario, la Entidad podrá discrecionalmente autorizar a su cargo, cualquier tratamiento o internamiento en un hospital militar.

CAPÍTULO IV

Utilización de medios no concertados

4.1. Norma general.

De conformidad con lo establecido en los artículos 17 del Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el Texto Refun-

dido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado y 78 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo, en relación con la Cláusula 3.1 del presente Concierto, cuando un beneficiario, por decisión propia o de sus familiares, utilice medios no concertados con la Entidad, deberá abonar, sin derecho a reintegro, los gastos que puedan ocasionarse, excepto en los casos de denegación injustificada de asistencia y en los de asistencia urgente de carácter vital.

4.2 Denegación injustificada de asistencia.

4.2.1 En aplicación de lo previsto en el artículo 78.1 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo, se produce denegación injustificada de asistencia:

A) Cuando el beneficiario solicite por escrito a la Entidad la prestación de una determinada asistencia sanitaria y ésta no le ofrezca, también por escrito y antes de que concluya el quinto día hábil siguiente a la comunicación, la procedente solución asistencial en el nivel que corresponda.

En este caso, el beneficiario tendrá derecho a que la Entidad le reintegre los gastos ocasionados. El reintegro deberá efectuarse dentro del plazo de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que el beneficiario presente ante la Entidad la oportuna reclamación por escrito, acompañando los justificantes de dichos gastos.

B) Cuando no se cumplan los requisitos de disponibilidad de medios previstos en las Cláusulas: 2.2.1, 2.2.2, 2.2.3, 2.2.4 y 2.2.5 del presente Concierto.

En este caso, el beneficiario podrá acudir a los facultativos o centros que existan en el nivel correspondiente y, sin necesidad de comunicar a la Entidad el comienzo de la asistencia recibida, tendrá derecho a que la Entidad le reintegre los gastos ocasionados. El reintegro deberá efectuarse dentro del plazo de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que el beneficiario presente ante la Entidad la oportuna reclamación por escrito, acompañando los justificantes de dichos gastos.

C) Cuando un facultativo de la Entidad prescriba por escrito, con exposición de las causas médicas justificativas, la necesidad de acudir a un facultativo o centro no concertado, el beneficiario debe presentar la citada prescripción en la Entidad, a fin de que ésta, antes de que concluya el décimo día hábil siguiente a la presentación, autorice la remisión al facultativo o centro no concertados, o bien ofrezca una alternativa asistencial con sus medios.

En este supuesto de denegación, el beneficiario que utilice los medios ajenos especificados en la prescripción presentada a la Entidad tendrá derecho a que la misma le reintegre los gastos ocasionados, igualmente sin necesidad de comunicarle el comienzo de la asistencia sanitaria. El reintegro deberá efectuarse dentro del plazo de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que el beneficiario presente ante la Entidad la oportuna reclamación por escrito, acompañando los justificantes de dichos gastos.

Si la Entidad autoriza la remisión a un facultativo o centro no concertados, debe autorizar y asumir los gastos ocasionados durante todo el proceso asistencial, sin exclusiones. Si ofrece medios propios o concertados, la oferta debe especificar expresamente el facultativo, servicio o centro que vaya a asumir la asistencia y que pueda llevar a cabo la técnica diagnostica o terapéutica prescrita.

D) Cuando en un centro de la Entidad, en el que esté ingresado un beneficiario o al que haya acudido para recibir asistencia, no existan o no estén disponibles los medios adecuados, según criterio del facultativo de la Entidad o del centro que tenga a su cargo la asistencia, manifestada implícitamente en la remisión del beneficiario a centro no concertado.

En este supuesto de denegación, el beneficiario tendrá derecho a que la Entidad abone directamente los gastos ocasionados, incluidos los del traslado. No es preciso que el beneficiario comunique a la Entidad su ingreso en centro no concertado, ya que la denegación ha tenido su origen en un centro de la propia Entidad.

4.2.2 El beneficiario podrá presentar reclamación en el Servicio Provincial de MUFACE correspondiente cuando la Entidad incurra en alguno de los supuestos de denegación injustificada de asistencia previstos en el apartado anterior, o no efectúe el reintegro de los gastos ocasionados en los plazos señalados en dicho apartado.

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

4.3 Asistencia urgente de carácter vital.

4.3.1 Concepto.

A los fines previstos en el articulo 78.1 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo, se considera situación de urgencia de carácter vital aquélla en que se haya producido una patología cuya naturaleza y síntomas hagan previsible un riesgo vital inminente o muy próximo, o un daño irreparable para la integridad física de la persona, de no obtenerse una actuación terapéutica de inmediato.

La asistencia que precisen los titulares de MUFACE pertenecientes al Cuerpo Nacional de Policía, con motivo de lesiones o daños corporales sufridos en el ejercicio de las funciones propias del Cuerpo o con ocasión de actos cometidos por personas integradas en bandas o grupos organizados y armados, se considera siempre que reúne la consideración de urgencia vital y que la asistencia recibida de haberse utilizado medios ajenos, posee también el requisito previsto en la Cláusula 4.3.2.A). El beneficiario u otra persona en su nombre, deberá cumplir el requisito señalado en la Cláusula 4.3.2.B), siendo además de aplicación todo el resto de lo previsto en la Cláusula 4.3.

4.3.2. Requisitos.

Para que el beneficiario tenga derecho al reintegro de los gastos producidos por utilización de medios ajenos en situación de urgencia vital, deben concurrir los siguientes requisitos:

A) Que el Centro ajeno al que se dirija o sea trasladado el paciente, sea razonablemente elegido, teniendo en cuenta las circunstancias de lugar y tiempo en que la patología se haya producido, así como la capacidad de decisión del enfermo y, en su caso, de las personas que prestaron los primeros auxilios.

B) Que el beneficiario u otra persona en su nombre comunique a la Entidad, por cualquier medio que permita dejar constancia de la comunicación, la asistencia recibida en Urgencias, o, en su caso, el ingreso hospitalario. Asimismo, deberá aportar el correspondiente informe médico.

4.3.3 Alcance.

La situación de urgencia de carácter vital se extiende desde el ingreso hasta el alta hospitalaria del paciente, salvo en los dos supuestos siguientes:

A) Cuando la Entidad, con la conformidad del facultativo que estuviese prestando la asistencia, decida el traslado del paciente a un centro propio o concertado adecuado y el enfermo o sus familiares responsables se nieguen a ello.

B) Cuando el paciente sea trasladado a un segundo centro ajeno y no existan causas que impidan su traslado a un centro de la Entidad.

4.3.4 Comunicación a la Entidad.

El beneficiario comunicará a la Entidad la asistencia recibida con medios ajenos dentro del plazo de los quince días hábiles siguientes al inicio de la asistencia.

4.3.5 Obligaciones de la Entidad.

Cuando la Entidad reciba la comunicación del beneficiario, deberá contestar por escrito y en el plazo de los quince días siguientes a la recepción de la comunicación, si acepta la situación de urgencia vital y, por tanto, el reintegro de los gastos producidos, o por el contrario, si no se considera obligada al pago por entender que no ha existido una situación de urgencia vital.

La Entidad deberá efectuar el reintegro dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que el beneficiario presente los justificantes de dichos gastos.

4.3.6 Reclamación del beneficiario.

El beneficiario podrá presentar reclamación en el correspondiente Servicio Provincial de MUFACE cuando la Entidad incumpla las obligaciones previstas en la Cláusula 4.3.5, y en caso de discrepancia con el criterio de la Entidad.

CAPÍTULO V

Régimen jurídico del concierto

5.1 Naturaleza y régimen del concierto y de las relaciones en él basadas.

5.1.1 El presente Concierto, realizado al amparo de lo previsto en los artículos 5.2 y 17.1 del Texto Refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio y artículo 77 y 151.3 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo, aprobado por Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo, se halla excluido del régimen establecido en el Texto Refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas aprobada por Real Decreto Legislativo 2/2000, de 16 de junio, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3.1.d) de la misma, sin perjuicio de que le serán de

aplicación los principios de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas para resolver las dudas y lagunas que pudieran presentarse.

5.1.2 Son relaciones basadas en el Concierto:

A) Las relaciones entre MUFACE y la Entidad, con motivo del cumplimiento de los derechos y obligaciones que, según la Cláusula 1.1, constituyen los respectivos objetos del Concierto.

B) Las relaciones entre los beneficiarios y la Entidad, con motivo del cumplimiento por la misma de las obligaciones señaladas en el párrafo precedente.

5.1.3 Las cuestiones que surjan en el ámbito de las relaciones enumeradas en el apartado B) de la Cláusula anterior tendrán naturaleza administrativa, y serán resueltas por el órgano de MUFACE que tenga atribuida la competencia, previo el procedimiento, si procede, que en este Capítulo se determina. Contra cualquiera de los acuerdos así dictados cabrá recurso de alzada ante el Ministro de Administraciones Públicas. El orden jurisdiccional competente, en su caso, será siempre el contencioso-administrativo.

5.1.4 Dentro de los límites y con sujeción a los requisitos y efectos señalados en la citada Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, corresponde a la Dirección General de MUFACE la facultad de interpretar el Concierto, resolver las dudas que ofrezca su cumplimiento, modificarlo por razones de interés público, acordar su resolución por incumplimiento de la Entidad y determinar los efectos de ésta. Asimismo, corresponde a la Dirección General de MUFACE, fijar las compensaciones económicas por demora previstas en el epígrafe 5.6 del presente Concierto, por incumplimiento parcial de las obligaciones de la Entidad. Los acuerdos correspondientes, previa instrucción del oportuno expediente en el que se le dará audiencia a la Entidad, pondrán fin a la vía administrativa y serán inmediatamente ejecutivos, procediendo contra ellos el recurso de reposición, con carácter potestativo, y el recurso contencioso-administrativo, conforme a lo dispuesto en la ley reguladora de esta jurisdicción.

5.2 Naturaleza y régimen de las relaciones asistenciales.

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

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

A) Las relaciones de los beneficiarios con los facultativos de la Entidad por causa que afecte o se refiera al ámbito propio del ejercicio profesional de dichos facultativos.

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

Tanto las relaciones del apartado A) como las del B) de la presente Cláusula, seguirán siendo ajenas a los fines del Concierto aun cuando, en virtud de las vinculaciones existentes entre los facultativos y centros y la Entidad, puedan generar efectos directos o subsidiarios sobre éstas.

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

5.2.4 No obstante lo establecido en la presente Cláusula 5.2, la Entidad dispondrá de un sistema de información que permita conocer el número y tipo de servicios proporcionados y se obliga a facilitar a MUFACE los datos sobre actividad asistencial y económicos relativos a los distintos servicios, ambulatorios y hospitalarios, que hayan sido prestados a los beneficiarios con sus medios propios o concertados. Dichos datos deberán presentarse por trimestre natural vencido, dentro de los seis meses siguientes a la finalización del trimestre correspondiente y según el formato que aparece recogido en el Anexo VII del presente Concierto.

Asimismo, la Entidad deberá facilitar a partir del tercer trimestre de 2005 los datos estadísticos legalmente establecidos de las Cuentas Satélites del Gasto Sanitario Público del Plan Estadístico Nacional 2005-2008, así como aquellos otros datos que sean solicitados por el Ministerio de Sanidad y Consumo dentro del sistema de información sanitaria del Sistema Nacional de Salud, en el formato y con la periodicidad que le sean requeridos por MUFACE, para su posterior traslado al Ministerio de Sanidad y Consumo.

5.3 Comisiones Mixtas.

5.3.1 Las Comisiones Mixtas, con composición paritaria, tienen por cometido el seguimiento, análisis y evaluación del cumplimiento del presente Concierto. Asimismo, las Comisiones Mixtas conocerán de las reclamaciones que pudieran formularse por los beneficiarios, con arreglo a lo previsto en el presente Capítulo, entendiéndose a estos efectos que con la intervención de la Entidad tiene lugar para la misma el cumplimiento del trámite establecido en el artículo 84 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

5.3.2 El régimen de funcionamiento de las Comisiones Mixtas será el regulado en las cláusulas siguientes y, en lo no previsto en ellas, se aplicarán las normas de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común sobre funcionamiento de los órganos colegiados.

5.3.3 Las funciones señaladas en la Cláusula 5.3.1 se desempeñarán por las Comisiones Mixtas Provinciales cuando las mismas se refieran al ámbito provincial y por la Comisión Mixta Nacional cuando afecten a todo el territorio nacional.

Si se trata de reclamaciones la distribución de funciones se acomodará a lo previsto en la Cláusula 5.4.

5.3.4 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.

5.3.5 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 reunirán a petición de una de las partes integrantes.

B) En caso de incomparecencia a una reunión 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 dos sesiones consecutivas, se entenderá que aquélla acepta los acuerdos que adopte MUFACE en relación con los asuntos que debieran haberse examinado en la segunda incomparecencia y en las sucesivas sesiones en las que no comparezca.

D) De cada sesión se levantará acta por el Secretario, cuyo proyecto, con su firma, se enviará inmediatamente a la Entidad para su conocimiento, conformidad y devolución. Dicha devolución, firmada por el representante de la Entidad deberá realizarse en el plazo máximo de siete días hábiles. Una vez firmada por el representante de la misma, se entenderá aprobada. De existir discrepancias sobre el contenido del acta, se solventarán mediante las gestiones oportunas entre ambas partes y, en todo caso, en la reunión siguiente.

5.3.6 La Comisión Mixta Nacional estará compuesta por tres representantes de MUFACE y tres de la Entidad. El presidente será el Director del Departamento de Prestaciones Sanitarias o el funcionario en quien delegue y como Secretario actuará un funcionario de MUFACE, con voz pero sin voto.

5.3.7 El funcionamiento de la Comisión Mixta Nacional se ajustará a las mismas normas señaladas en la Cláusula 5.3.5. para las Comisiones Provinciales, excepto las contenidas en el apartado B).

5.4 Procedimiento para las reclamaciones.

5.4.1 Los beneficiarios podrán reclamar de MUFACE que, con arreglo a lo previsto en la Cláusula 5.1, acuerde la procedencia de alguna actuación por parte de la Entidad:

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.

No será utilizable esta vía administrativa para reclamaciones sobre cuestiones referentes a las relaciones mencionadas en la Cláusula 5.2. En caso de plantearse, se contestará al interesado que, por razón de incompetencia de MUFACE, no resulta posible resolver sobre el fondo de la reclamación, con indicación de que puede formularse, si se estima oportuno, frente a los facultativos, centros o, si procede, la propia Entidad, en la vía jurisdiccional ordinaria que corresponda según la naturaleza de los hechos.

5.4.2 Las reclamaciones se formularán por escrito ante el correspondiente Servicio Provincial de MUFACE, acompañando cuantos documentos puedan justificar la misma.

5.4.3 Recibida cualquier reclamación, el Servicio Provincial, si considerase inicialmente que existen razones para su estimación, realizará de manera inmediata las gestiones oportunas ante la Entidad para obtener satisfacción a la misma, en cuyo caso se archivará sin más trámites con anotación de la solución adoptada.

5.4.4 En caso de que las citadas gestiones no prosperen y con independencia de su cuantía, 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 se levantará la correspondiente acta en la que constarán necesariamente las posiciones de MUFACE y la Entidad sobre la reclamación planteada.

5.4.5 En todos los supuestos en que las posiciones de las partes que componen la Comisión Mixta Provincial fueran concordantes, la reclamación será resuelta por el Director del Servicio Provincial corres pondiente.

5.4.6 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 y será incluido en el orden del día de la primera reunión que se celebre. Estudiado por la misma, resolverá la Dirección General de MUFACE.

5.4.7 Las resoluciones de los Directores de los Servicios Provinciales contempladas en la Cláusula 5.4.5 deberán dictarse dentro del plazo máximo de tres meses. Si la resolución correspondiese a la Dirección General de MUFACE, según la Cláusula 5.4.6, dicho plazo máximo será de seis meses.

5.4.8 Las resoluciones dictadas por los Directores de los Servicios Provinciales y por la Dirección General de MUFACE serán notificadas a la Entidad y a los interesados. Contra ellas podrá interponerse recurso de alzada ante el Ministro de Administraciones Públicas, de acuerdo con lo previsto en los artículos 107 a 115 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, en la redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y en relación con el artículo 37.1 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000.

5.5 Procedimiento de ejecución de reclamaciones de reembolso estimadas.

5.5.1 En las reclamaciones de reembolso resueltas positivamente por los Directores de los Servicios Provinciales, el procedimiento de ejecución será el siguiente:

A) La Entidad procederá, en el plazo de un mes a partir de la notificación de la resolución, al reembolso total de los gastos reclamados, previa presentación, en su caso, de los oportunos justificantes del gasto, los que, a dicho fin y si los hubiera presentado, serán devueltos al reclamante.

B) Dentro del plazo citado, 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, por no haberse aportado por el mismo los justificantes oportunos o por no haber sido aceptado el pago por éste.

C) Si MUFACE no hubiese recibido esta comunicación dentro del plazo indicado o si, superado este plazo, tuviese conocimiento de que se hubiera denegado el pago al interesado, bajo cualquier motivo, el Director del Servicio Provincial, sin más trámites y siempre que existiese Concierto en vigor, expedirá certificación del acuerdo adoptado y de los hechos posteriores y la remitirá al Departamento de Gestión Económica y Financiera de MUFACE. Este, igualmente sin más requisitos, propondrá el oportuno acuerdo a la Dirección 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% en concepto de penalización a la Entidad y de recíproca compensación al titular por la demora en el reintegro.

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

5.5.3 Las resoluciones administrativas o sentencias que resuelvan recursos interpuestos contra actos de MUFACE en materia de reintegro de gastos sujetos al presente Concierto, serán ejecutadas, en su caso, conforme al procedimiento establecido en la precedente Cláusula 5.5.2.

5.6 Compensaciones economicas por demora en el cumplimiento de las obligaciones definidas en el concierto.

La Entidad está obligada a cumplir las obligaciones previstas en las cláusulas 2.3.4.c), 2.5.3. y 5.2.4. dentro de los plazos fijados para la realización de las mismas. Cuando la Entidad hubiere incurrido en demora respecto al cumplimiento de los plazos establecidos, la Dirección General de MUFACE fijará las siguientes compensaciones económicas:

a) El retraso en el cumplimiento de los plazos previstos en la cláusula 2.3.4.c) dará lugar, en el supuesto de prórroga para 2005, al establecimiento en dicho año de una compensación económica de hasta el 10% del importe de la prima por persona asegurada/mes, correspondiente al colectivo de las provincias que se vean afectadas por dicho incumplimiento y con un máximo de hasta seis meses.

b) El retraso en el cumplimiento de los plazos previstos en la cláusula 2.5.3. dará lugar a:

Si la Entidad no hiciera entrega de los Catálogos de Servicios en los Servicios Provinciales o en los Servicios Centrales de MUFACE antes del 31 de diciembre del año anterior al inicio de la vigencia del Concierto o, en su caso, de la correspondiente prórroga, vendrá obligada a abonar una compensación económica de hasta el 10% del importe de la prima por persona asegurada/mes, correspondiente al colectivo de las provincias en las que no se hubieran entregado los catálogos dentro del plazo establecido y, relativo al periodo de un mes si la entrega se efectuara durante el mes de enero, dos meses si se efectuara en febrero y así sucesivamente.

Si la Entidad no hiciera entrega de la Cartera de Servicios de Atención Primaria y Especializada de ámbito nacional, por niveles de asistencia sanitaria, contenida en los Catálogos de Servicios, en el soporte informático establecido por MUFACE, antes del 31 de diciembre del año anterior al del inicio de la vigencia del Concierto o, antes del 30 de noviembre del año anterior al inicio, en su caso, de la correspondiente prórroga, vendrá obligada a abonar una compensación económica de hasta 3000 € por mes de demora respecto a la fecha de entrega.

c) El incumplimiento de las obligaciones previstas en la cláusula 5.2.4. dará lugar al abono de una compensación económica de hasta el 1% del importe total de las primas de su colectivo por mes de demora producido en la entrega de la información requerida.

CAPÍTULO VI

Duración, precio y régimen económico del concierto

6.1 Duración del concierto.

6.1.1 Los efectos del presente Concierto se iniciarán a las cero horas del día uno de enero del año 2003 y se extenderán hasta las veinticuatro horas del día treinta y uno de diciembre del mismo año, sin perjuicio de lo que se establece en las cláusulas siguientes.

6.1.2 Para los años 2004 y 2005 el presente Concierto podrá ser prorrogado, año a año, por mutuo acuerdo de las partes, expresado por escrito en el mes de octubre del año precedente al de la prórroga. El cómputo del inicio y finalización del periodo de la prórroga, referido al año de que se trate, se hará de igual forma que la establecida en la Cláusula 6.1.1.

6.1.3 Si no existiese acuerdo de prórroga del Concierto para el año 2004, la Entidad continuará obligada por el contenido de éste en el año 2003, para el colectivo que tuviera adscrito al treinta y uno de diciembre de dicho año, hasta el treinta y uno de enero del año 2004 o, en los casos en que se estuviese prestando en dicha fecha una asistencia en régimen de hospitalización o una asistencia por maternidad cuando el parto estuviese previsto para el mes de febrero, hasta el día en que, respectivamente, se produzca el alta o se concluya la asistencia por maternidad.

La Entidad tendrá derecho a percibir, por el mes de enero del año 2004 y por el colectivo adscrito a treinta y uno de diciembre del año 2003, el precio por persona/mes que se establezca para las Entidades que suscriban la prórroga del Concierto para el año 2004. No obstante, del importe a abonar por dicho mes MUFACE retendrá un diez por ciento hasta el treinta y uno de diciembre del año 2004, con la finalidad exclusiva de hacer frente, por cuenta de la Entidad, a los reembolsos de gastos que sean acordados durante el citado año al amparo del presente Concierto. Si la cantidad estimada se agotase o los reembolsos se acordaran con posterioridad a la fecha indicada, la Entidad se obliga a satisfacerlos directa e inmediatamente.

El colectivo afectado deberá elegir nueva Entidad durante el plazo que establezca MUFACE y la elección tendrá efectos a las cero horas del día uno de febrero del año 2004, sin perjuicio, en todo caso, de lo previsto para hospitalizaciones y maternidad en el párrafo primero de esta Cláusula.

6.1.4 Cuanto se dispone en la Cláusula 6.1.3 será de plena aplicación para el caso de que, prorrogado el Concierto para el año 2004, no se prorrogase, sin embargo, para el año 2005, entendiéndose que las referencias de fechas en aquélla contenidas se desplaza al año siguiente y que la cita de «las Entidades que suscriban las prórrogas del Concierto para 2004» corresponde a la de «las Entidades que suscriban el nuevo Concierto para el año 2005».

6.2 Precio del concierto.

6.2.1 El precio que MUFACE abonará a la Entidad por las obligaciones que a ésta corresponden en virtud del Concierto para el año 2005, será de 44'55 euros/persona/mes que serán satisfechas con cargo a la aplicación 22.102.412L.251, dentro de las disponibilidades presupuestarias del Organismo.

6.2.2 En cada año de prórroga del Concierto, el precio que MUFACE habrá de satisfacer a la Entidad sufrirá un incremento sobre el precio abonado en el año anterior que tendrá en cuenta el aumento que experimenten los créditos de la Política de Sanidad, así como las disponibilidades presupuestarias de MUFACE. En todo caso, el incremento no será inferior a la variación prevista para el IPC para el año al que se aplique la prórroga.

El mismo porcentaje de incremento se aplicará al Baremo del Anexo VI.

6.2.3 Las mejoras en la financiación de las prestaciones objeto del Concierto deben incidir en todos los factores que contribuyan a una mejora real de la calidad del servicio percibido por los beneficiarios, incluyendo, entre otros, el aumento de la partida destinada al pago de los servicios prestados por los profesionales y centros sanitarios.

6.3 Régimen económico del concierto.

6.3.1 Sin perjuicio del nacimiento y extinción para los beneficiarios de los derechos derivados del Concierto en los términos previstos en las cláusulas correspondientes, las altas causarán efectos económicos a las cero horas del día uno del mes siguiente a aquél en que se produzcan 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 existente a las cero horas del día uno del mes de que se trate y se efectuará por MUFACE, por cheque nominativo o transferencia bancaria, dentro de los quince primeros días del mes siguiente, previas las retenciones o los descuentos que procedan con arreglo a la Resolución de Convocatoria y al Concierto, con sus Anexos. El pago mensual correspondiente a diciembre podrá anticiparse, total o parcialmente, a los diez últimos días de dicho mes.

6.3.2 MUFACE, a través del Servicio Provincial correspondiente, facilitará mensualmente a la representación provincial de la Entidad, antes del día dieciséis del mes siguiente a aquél en que se produzcan, un ejemplar de los Documentos de Afiliación y de los de Beneficiarios 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 CD-rom 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.

6.3.3 La cinta, CD-rom 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.

6.3.4 La Entidad presentará las reclamaciones separadamente, conforme a la clasificación anterior, y acompañará 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.

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

6.3.6 En el supuesto de asistencia sanitaria por lesiones producidas o enfermedad derivada o agravada por accidentes cubiertos por cualquier modalidad de seguro obligatorio o cuando el coste de la asistencia sanitaria prestada deba ser satisfecho legal o reglamentariamente por organismos públicos distintos de MUFACE o por entidades privadas, la Entidad, sin perjuicio de cubrir en todo caso la asistencia, podrá subrogarse en los derechos y acciones de los beneficiarios relativos al importe de los gastos derivados de dicha asistencia sanitaria, realizando a su cargo las gestiones necesarias para reintegrarse del coste de la misma. Los beneficiarios, por su parte, estarán obligados a facilitar a la Entidad los datos necesarios para ello.

6.3.7 Siempre que exista sentencia judicial firme en la que se ordene a MUFACE el pago de una indemnización, derivada de responsabilidad directa o subsidiaria por actuaciones asistenciales incluidas en el objeto del Concierto, MUFACE, sin perjuicio de ejecutar la sentencia, repercutirá el importe abonado a la Entidad concertada correspondiente, de acuerdo con el procedimiento previsto en el epígrafe 5.5 del presente Concierto.

Relación de anexos

Anexo I: Medios de asistencia en zonas rurales.

Anexo II: Territorio insular. condiciones especiales complementarias para las islas de los archipiélagos balear y canario.

Anexo III: Relación de servicios de la entidad que precisan autorización previa de la misma.

Anexo IV: Programas preventivos.

Anexo V: Informes, exploraciones o pruebas prescritas por los órganos de valoración de incapacidades y otros organos de muface.

Anexo VI: Baremo para reintegros.

Anexo VII: Información sobre actividad asistencial y datos económicos.

ANEXO I

Medios de asistencia en zonas rurales

Según el presente Concierto, la Entidad debe disponer de determinados medios de asistencia sanitaria en todo el territorio nacional, pero en las zonas rurales se produce la circunstancia de que, por lo general, no existen medios privados que puedan llevar a cabo dicha asistencia bajo la dependencia de la Entidad, puesto que únicamente disponen de medios los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

De acuerdo con lo dispuesto en la legislación sanitaria general, dichos organismos públicos pueden prestar asistencia sanitaria urgente o que no pueda llevarse a cabo por otros medios a cualquier persona, aunque no sea beneficiario del Sistema General de la Seguridad Social, reintegrándose, en su caso, del tercero obligado al pago del coste de la asistencia prestada, por lo que, a fin de posibilitar la prestación de dichos servicios sanitarios a los mutualistas y demás beneficiarios adscritos a la Entidad y

de acuerdo con la posibilidad de establecer Convenios de Colaboración entre los órganos de la Administración del Estado y los de las administraciones de las Comunidades Autónomas, recogida en el artículo 6 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, en la redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero:

Primero. MUFACE podrá convenir con los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas la prestación de los siguientes servicios a los mutualistas y demás beneficiarios que la Entidad tenga adscritos:

A) Servicios sanitarios de asistencia primaria en municipios de hasta 20.000 habitantes en los que la Entidad no disponga de medios concertados suficientes.

B) Servicios de urgencias en municipios de hasta 20.000 habitantes, que se prestan a través de los Servicios de Atención Primaria.

La Entidad concede su expresa y total autorización a MUFACE para dicho fin.

Segundo. Los Convenios serán comunes para todas las Entidades firmantes del Concierto y, el contenido asistencial, la contraprestación económica y la relación de municipios, convenidos con las respectivas Comunidades Autónomas serán comunicados a la Entidad. El importe final del convenio estará en función del colectivo afectado y será satisfecho con cargo al precio que, una vez devengado y librado MUFACE debe abonarle por el presente Concierto de Asistencia Sanitaria, entendiéndose realizado el pago por cuenta de la Entidad.

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

Cuarto. La autorización a MUFACE contenida en el punto PRIMERO debe entenderse que ampara también la prórroga de Convenios suscritos al mismo fin con anterioridad al 1 de enero del año 2004.

ANEXO II

Territorio insular

Condiciones especiales complementarias para las islas de los archipiélagos balear y canario

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

En las islas no capitalinas con población inferior a 75.000 habitantes, el catálogo de servicios de la Entidad deberá incluir los servicios establecidos en el Capítulo II del presente Concierto para los Niveles I y II de Asistencia Sanitaria. En caso de inexistencia de dichos medios, la Entidad garantizará la asistencia en la isla más próxima en que disponga de los mismos, debiendo asumir los gastos de desplazamiento.

2. La Asistencia Sanitaria de Nivel IV, si no estuviera disponible en la correspondiente Comunidad Autónoma, se prestará en aquella Comunidad que resulte más próxima en tiempo de desplazamiento.

3. La Entidad asumirá los gastos de desplazamiento del beneficiario, a los Servicios del Nivel III y IV de Asistencia Sanitaria y en el supuesto de inexistencia de medios previsto en el Punto 1.1 anterior, en los medios especificados en la Cláusula 2.3.3, apartados A) o B), según proceda, previa prescripción escrita de facultativo de la Entidad.

A dichos efectos, la Entidad procederá a su inmediato pago, previa presentación por el beneficiario del informe del facultativo que haya prestado la asistencia, con indicación de la asistencia practicada y de la fecha en que se realizó o, en caso de internamiento, de las fechas inicial y final, y la factura de gastos.

4. En caso de que el enfermo precisara acompañante, los gastos de desplazamiento del acompañante serán a cargo de la Entidad. Para ello deberá aportarse ante la Entidad informe del facultativo que prestó la asistencia en el que se justifique dicha necesidad.

ANEXO III

Relación de servicios de la entidad que precisan autorización previa de la misma

1. Hospitalizaciones:

a) Hospitalización.
b) Hospitalización de día.
c) Hospitalización domiciliaria.

2. Técnicas diagnósticas, tratamientos y técnicas quirúrgicas:

a) Cirugía ambulatoria.
b) Odontoestomatología: Tartrectomía —limpieza de boca— y Periodoncia.
c) Rehabilitación y Fisioterapia.
d) Oxigenoterapia, ventiloterapia y aerosolterapia a domicilio.
e) Tratamiento de diálisis peritoneal y hemodiálisis.
f) Oncología: Inmunoterapia y Quimioterapia.
g) Diagnóstico por imagen: Tomografía Axial Computerizada, Resonancia Magnética, Ortopantomografía y Mamografía.
h) Tratamiento en Unidad de Dolor.
i) Tratamiento en Unidad del Sueño
j) Litotricia renal.
k) Psicoterapia.

3. Servicios correspondientes al Nivel IV de Asistencia Sanitaria. (Excepto consultas ambulatorias de especialistas).

ANEXO IV

Programas preventivos

I. Programa de Inmunizaciones:

Calendario vacunal del niño.
Vacunación de la rubéola en mujeres.
Vacunación del tétanos en adultos.
Vacunación de la gripe en grupos de riesgo.
Vacunación de la Hepatitis «B» a grupos de riesgo.
(Todas las vacunaciones incluyen registro de personas vacunadas. Las vacunas serán facilitadas por la Entidad sin cargo para el mutualista).

Cualquier otro programa de vacunación o campaña vacunal establecido como obligatorio por un Servicio Público de Salud en su respectivo territorio

II. Programa de Prevención del cáncer de cérvix, endometrio y mama.

ANEXO V

Informes, exploraciones o pruebas prescritas por los órganos de valoración de incapacidades y otros órganos de MUFACE

La Entidad, conforme a la Cláusula 2.3.4 h) del Concierto facilitará la realización de los informes médicos, exploraciones o pruebas de diagnóstico que prescriban a los mutualistas de MUFACE, los facultativos de los órganos de MUFACE encargados del asesoramiento médico para la gestión de la I.T., dentro del procedimiento recogido en el apartado quinto de la Orden APU/2210/2003, de 17 de julio, por la que se regula el procedimiento de las situaciones de incapacidad temporal y de riesgo durante el embarazo, en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado y, los facultativos de los órganos de valoración de incapacidades dentro del procedimiento de jubilación por incapacidad permanente para el servicio regulado en la Resolución de la Secretaría de Estado para la Administración Pública de 29 de diciembre de 1995 y normas concordantes, o del procedimiento de reconocimiento de una lesión permanente no invalidante, recogido en el artículo 132 del Decreto 843/1976, de 18 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento General del Mutualismo Administrativo, a cuyo fin queda obligada a realizar a los mutualistas que estén adscritos a ella los citados informes, exploración o pruebas a través de los facultativos, servicios o centros de su cartera de servicios y en la forma establecida en el punto primero.

Por su parte y con el mismo fin, MUFACE se obliga a abonar a cada Entidad el precio señalado en el Punto Segundo, dentro del plazo asimismo previsto en dicho punto.

Primero. El mutualista a quien se prescriba la realización de una actuación de las indicadas en el punto precedente, presentará el impreso en el que se haya realizado la prescripción en su Servicio Provincial u Oficina Delegada de MUFACE para la correspondiente autorización.

El Servicio Provincial u Oficina Delegada, una vez comprobada la afiliación del solicitante, autorizará la prescripción estampando en el impreso el modelo de sello que figura en el punto tercero.

A continuación, el mutualista presentará el mismo impreso en las Oficinas de la Entidad a la que esté adscrito. Ésta, a la vista de la autorización concedida por MUFACE:

A) Expedirá y entregará al mutualista con carácter inmediato el o los volantes necesarios para la realización de los informes, exploraciones o pruebas especificadas en la prescripción, con expresa indicación de los facultativos o centros en que deben ser realizadas.

B) En el original del impreso autorizado por MUFACE consignará la recepción por el mutualista del o de los volantes, bajo la fórmula que figura asimismo en el punto TERCERO del presente Anexo. La recepción quedará acreditada con la firma del mutualista, o, en su caso, del receptor que no sea el mutualista, haciendo constar en este supuesto su DNI y su relación con aquél.

C) Entregará al mutualista una fotocopia del impreso.

Segundo. Al término de cada trimestre natural, la Entidad remitirá al Departamento de Gestión Económica y Financiera de MUFACE relación de los informes, exploraciones o pruebas realizadas en el trimestre, con indicación expresa del precio correspondiente, que será, precisamente, el que figure en el Anexo Sexto de este Concierto. Cada informe, exploración o prueba que conste en la relación deberá ir justificada con el original del correspondiente impreso de prescripción, cumplimentado en la forma prevista en el punto primero y, con las facturas que reúnan las condiciones y requisitos establecidos en la normativa vigente al respecto.

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

Tercero. Para la aplicación de lo dispuesto en el punto primero se utilizarán los siguientes modelos:

A) Modelo de sello para la autorización de prescripciones por MUFACE:

MUFACE (ESPACIO PARA EL NOMBRE DEL SERVICIO PROVINCIAL U OFICINA DELEGADA)	
FECHA	(ESPACIO PARA LA FIRMA DEL DIRECTOR DEL SERVICIO O JEFE DE LA OFICINA DELEGADA)
PRESCRIPCIÓN AUTORIZADA Para asignación de facultativo PRESÉNTESE este impreso en las OFICINAS DE LA ENTIDAD MÉDICA del mutualista	

Nota. La firma podrá estar incluida en el sello.

B) Fórmula para acreditar la recepción de los volantes por la entidad:

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

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

EL MUTUALISTA,

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

NOTA. Se consignará por la Entidad, siempre que sea posible, en la parte inferior derecha del impreso

ANEXO VII

(CUADRO 1)

ESPECIALIDAD	Nº DE CONSULTAS *	COSTE TOTAL	COSTE MEDIO
Medicina General Familiar			
Pediatría			
Alergólogia			
Anestesióloga y Reanimación			
Angiología y Cirugía Vascular			
Aparato digestivo			
Cardiología			
Cirugía Cardiovascular			
Cirugía General y del Aparato digestivo			
Cirugía Oral y Maxilofacial			
Cirugía Ortopédica y Traumatología			
Cirugía Pediátrica			
Cirugía Plástica, Estética y Reparadora			
Cirugía Torácica			
Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología			
Endocrinología y Nutrición			
Estomatología/Odontología			
Geriatría			
Hematología y Hemoterapia			
Inmunología			
Medicina Intensiva			
Medicina Interna			
Medicina Nuclear			
Nefrología			
Neumología			
Neurocirugía			
Neurología			
Obstetricia y Ginecología			
Oftalmología			
Oncología Médica			
Oncología Radioterapica			
Otorrinolaringología			
Psiquiatría			
Rehabilitación			
Reumatología			
Tratamiento del dolor			
Urología			
Servicio concertado a precio fijo/pago capitativo			
Otros (**)			

*Se incluyen todas las consultas (primeras, revisiones y domiciliarias).
**Este apartado se utilizará cuando exista algún concepto que no tenga cabida en los apartados anteriores; en ese caso se deberá especificar cada concepto incluido y su coste.

(CUADRO 2)

TIPO HOSPITALIZACION	Nº INGRESOS	Nº ESTANCIAS	COSTE TOTAL (12)	COSTE/INGRESO	COSTE ESTANCIA
MEDICA (1)					
QUIRÚRGICA (2)					
OBSTÉTRICA (3)					
PEDIÁTRICA (4)					
PSIQUIÁTRICA (5)					
Frecuentación hospitalaria (6)					
Total de intervenciones quirúrgicas de cirugía mayor (7)					
Frecuentación quirúrgica (8)					
SERVICIOS CONCERTADOS A PRECIO FIJO					
CIRUGÍA AMBULATORIA (9)					
HOSPITAL DE DÍA: (10)					
Oncología Médica					
Psiquiatría					
Hematología					
OTROS (11)					
LOS 10 PROCESOS HOSPITALARIOS MÁS FRECUENTES					
Proceso 1..... **Proceso 2.....**					
LOS 10 PROCESOS MÁS COSTOSOS					
Proceso 1..... **Proceso 2.....**					
ACTIVIDAD Y COSTE EN LAS ESPECIALIDADES:					
Cirugía General **Cirugía Cardiovascular** **Cirugía Ortopédica y Traumatológica.** **Oftalmología**					

DEFINICIONES:

(1) **Hospitalización médica**: son todos aquellos ingresos en hospital o clínica a por prescripción de especialidades médicas. Excepto la Pediatría.
(2) **Hospitalización quirúrgica**: son todos aquellos ingresos en hospital o clínica por prescripción de una especialidad quirúrgica, incluida la cirugía pediátrica. Además deben recogerse los procesos de cirugía mayor sin ingreso (cataratas, varices ambulatorias, artroscopias, hallus valgus,hernias inguinales, legrados, quistes pilonidales, rinoplastias, adenoidectomías, amigdalectomías y, en general, todos aquellas intervenciones quirúrgicas mayores realizadas en UCSI)
(3) **Hospitalización obstétrica**: Incluye todos aquellos ingresos relacionados con la asistencia al embarazo y partos.
(4) **Hospitalización pediátrica**: son todos aquellos médicos en personas hasta 14 años de edad.
(5) **Hospitalización psiquiatrica**: son todos aquellos ingresos en hospital o clínica prescritos y bajo seguimiento de un psiquiatra.
(6) **Frecuentación hospitalaria**: es la tasa de ingresos hospitalarios por cada 1000 personas con cobertura. Se calcula con la siguiente fórmula Fr Hosp = total de ingresos en hospital (1+2+3+4+5) x 1000 / nº de mutualistas medio del año.
(7) **Total de intervenciones de cirugía mayor**: incluye el nº de intervenciones realizadas con ingreso (programadas y urgentes) y el total de intervenciones de cirugía mayor realizadas en las UCSI.
(8) **Frecuentación quirúrgica**: es la tasa de utilización de la cirugía mayor por cada mil personas cubiertas en un año. Se calcula con la siguiente fórmula FrQuir=total de cirugías mayores (7) x 1000/nº medio de mutualistas protegidos del año.
(9) **Cirugía ambulatoria**: Se imputará todas las intervenciones quirúrgicas de cirugía menor y/o procedimientos terapéuticos quirúrgicos que no generen estancia, con independencia del lugar donde se realice. (consulta, hospital, etc.).
(10) **Hospital de día**: se recogerán todas aquellas asistencias prestadas en este servicio, dependiente de un centro hospitalario, siempre que no generen ingreso.
(11) **Otros**: Este apartado se utilizará cuando exista algún concepto que no tenga cabida en los apartados anteriores; en ese caso se deberá especificar cada concepto incluido y su coste.
(12) **Coste Total** :Se imputará la estancia hotelera, pruebas diagnosticas, honorarios profesionales, procedimientos terapéuticos/ intervenciones quirúrgicas, farmacia, prótesis y demás servicios que se generen durante el ingreso.

(CUADRO 3)

TIPO DE URGENCIA	Nº URGENCIAS	FRECUENTACION (5)	COSTE TOTAL	COSTE MEDIO
HOSPITALARIA (1)				
AMBULATORIA (2)				
URGENCIA DOMICILIARIA (3)(*)				
CENTRO/SERVICIO DE URGENCIA A PRECIO FIJO (4)				
OTROS (**)				

(1) Urgencias hospitalarias: son todas aquellas que han sido atendidas en los servicios de urgencia de un hospital, incluyendo aquellas urgencias que hayan acabado en ingreso hospitalario.
(2) Urgencias ambulatorias: son todas aquellas que hayan sido atendidas por los servicios de urgencias de los centros sanitarios no hospitalarios (policlínicas, servicios de urgencias externos, etc.)
(3) Urgencias domiciliarias: son todas aquellas asistencias urgentes atendidas en el domicilio del paciente por servicios de urgencias.
(4) Centros o servicio de urgencia a precio fijo: en este apartado se recogerán aquellos servicios financiados con independencia de su nivel de utilización. Si no se computa la actividad
deberá recogerse sólo el coste. Haciendo referencia a que no hay actividad recogida en estos servicios.
(5) Frecuentación: es la tasa de utilización de los servicios por cada mil personas cubiertas. Se calcula Frecuentación= (nº de urgencias x 1000) / total de mutualistas protegidos de ese año.

(*) No se incluye la visita domiciliaria "urgente" del médico de cabecera. Estas visitas se imputaran en consultas externas.
(**) Este apartado se utilizará cuando exista algún concepto que no tenga cabida en los apartados anteriores; en ese caso se deberá especificar cada concepto incluido y su coste.

(CUADRO 4)

TIPO DE PRUEBA DIAGNOSTICA	Nº DE PRUEBAS	COSTE TOTAL	COSTE MEDIO
DIAGNOSTICO POR IMAGEN:			
Radiología Simple (cabeza, tronco, miembros, radiología estomatológica.)			
Radiología Especial (radiología de contraste, mamografía...)			
Radiología intervencionista (flebografía, arteriografía, ...)			
Ecografía/Doppler			
Tomografía (TAC, PET)			
Resonancia Nuclear Magnética			
Densitometria Ósea			
Otras técnicas			
ANÁLISIS CLÍNICOS (*): (Hematología, Bioquímica, Inmunología, Microbiología, Parasitología, Genética, Determinación Hormonal...)			
ANATOMÍA PATOLÓGICA: (Citología, Paaf, otros...)			
MEDICINA NUCLEAR: (Gammagrafía tiroidea, renal, Rastreos, Spect...)			
OTRAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS: (Pruebas alérgicas, ECG, EEG, espirografía, audiometria, campimetría, potenciales evocados, cateterismo ureteral, endoscopia diagnóstica, ...)			
OTROS (**)			
Frecuentación de TAC: (1)			
Frecuentación de RNM: (1)			
Frecuentación de análisis clínicos: (1)			

(1) Frecuentación: Se calculará como la tasa de utilización por cada 1000 beneficiarios al año. La fórmula es Frec = (nº de exploraciones X 1000) /nº de mutualistas medio del año.
* Se computaran exclusivamente el número de peticiones con independencia del número de pruebas que se solicite en cada petición
** Este apartado se utilizará cuando exista algún concepto que no tenga cabida en los apartados anteriores; en ese caso se deberá especificar cada concepto incluido y su coste

(CUADRO 5)

TIPO DE TRATAMIENTO/PRESTACION	Nº DE SESIONES	COSTE TOTAL	COSTE MEDIO
D.U.E.			
MATRONA			
FISIOTERAPIA			
FONIATRIA/LOGOPEDIA			
PSICOTERAPIA			
OXIGENOTERAPIA/VENTILOTERAPIA			
TRANSPORTE SANITARIO			
OTRAS PRESTACIONES: (Tiras reactivas de glucosa, jeringuillas de insulina, farmacia (V04, Uso Hospitalario...).			
INDEMNIZACIONES (Pagos directos a Asegurados por utilización de medios no concertados, CMP, CMN, Convenios de zona rural, ..)			
OTROS (*)			
PODOLOGIA			
DIÁLISIS			
LITOTRICIA			
ONCOLOGIA RADIOTERAPICA			
ACTOS TERAPEUTICOS			

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