

MINISTERIO DE ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

21771 *RESOLUCIÓN de 21 de noviembre de 2007, de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, por la que se publican los acuerdos firmados con las entidades de seguro de asistencia sanitaria para la prórroga y modificación para el año 2008 del concierto para la prestación de dicha asistencia y se determina el periodo de cambio ordinario de entidad para 2008.*

Suscritos el 31 de octubre de 2007 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 prorrogan y modifican para el año 2008 los conciertos suscritos el 22 de diciembre de 2006 para la prestación de la asistencia sanitaria en territorio nacional 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 31 de octubre de 2007 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 7.1.2. del Concierto suscrito entre MUFACE y la Entidad el día 22 de diciembre de 2006, para la prestación de la asistencia sanitaria en territorio nacional a los mutualistas y demás beneficiarios de esta Mutualidad durante el año 2007, prevé la posibilidad de prórroga de los efectos del Concierto, año a año, para los años 2008 y 2009. Esta prórroga deberá ser convenida por mutuo acuerdo de las partes, expresado por escrito en el mes de octubre del año precedente.

Segundo.—Ambas partes consideran conveniente la citada prórroga para el año 2008 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 16 de noviembre de 2006, de convocatoria de solicitudes para dicho Concierto, publicada en el B.O.E. del día 23 de noviembre.

En virtud de lo expuesto, acuerdan:

Primero.—El Concierto suscrito entre las partes, el 22 de diciembre de 2006, para la prestación de asistencia sanitaria en territorio nacional a los mutualistas y demás beneficiarios de MUFACE durante el año 2007 (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 2008. La prórroga tendrá efectos desde las cero horas del día uno de enero de 2008 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.—MUFACE abonará a la Entidad como importe máximo de las primas por las obligaciones que a ésta corresponden en virtud del Concierto para el año 2008 las siguientes cantidades:

- 70,14 euros por mes por cada beneficiario protegido que, a 31 de diciembre de 2007, tuviese 70 o más años.
- 59,12 euros por mes por cada beneficiario protegido que, a 31 de diciembre de 2007, tuviese una edad comprendida entre 60 o más años e inferior a los 70 años.
- 52,86 euros por mes por cada beneficiario protegido que, a 31 de diciembre de 2007, fuese menor de 60 años.

Asimismo, si la Entidad ha cumplido el objetivo cuantitativo de dispensación de medicamentos genéricos recogido en la cláusula 3.7.2., se abonará una cuota mensual adicional por beneficiario por importe de 0'50 euros.

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 7.3.3 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 16 de noviembre de 2006, 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 los Anexos I y II del mencionado Acuerdo, que contienen respectivamente las modificaciones al texto original del Concierto y 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 el anexo III y el anexo VII del anexo II 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 Salud, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros».
- «Compañía de Seguros Adeslas, Sociedad Anónima».
- «ASISA, 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».
- «Igluatorio Médico-Quirúrgico Colegial, Sociedad Anónima de Seguros».
- «Nueva Equitativa, Compañía de Seguros, Sociedad Anónima».

Cuarto.—Hacer público que la Entidad Groupama, Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima que suscribió con MUFACE el 22 de diciembre de 2006 el Concierto para la prestación de la asistencia sanitaria en territorio nacional a los mutualistas y demás beneficiarios de esta Mutualidad, no ha firmado el Acuerdo de Prórroga y Modificación para 2008 del mismo. Por tanto, esta Entidad durante el año 2008 no prestará la asistencia sanitaria a los beneficiarios de MUFACE, sin perjuicio de las obligaciones establecidas en la cláusula 7.1.3 del Concierto para los beneficiarios adscritos a Groupama a 31 de diciembre de 2007.

En cumplimiento de esta cláusula los mutualistas adscritos a Groupama a 31 de diciembre de 2007 deberán elegir durante el mes de enero de 2008 la Entidad por la que desean recibir asistencia sanitaria, entre las que constan en el apartado anterior de esta Resolución o el Instituto Nacional de la Seguridad Social, elección que tendrá efectos a las cero horas del día uno de febrero del año 2008.

Quinto.—Asimismo, durante el mes de enero de 2008, 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, podrán 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, 21 de noviembre de 2007.—La Directora General de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, María Ángeles Fernández Simón.

ANEXO I

Adenda de modificaciones en la redacción del Concierto

1. Modificaciones en el capítulo 1: Objeto del concierto y beneficiarios.

Cláusula 1.2 Beneficiarios en general.

Se modifica la cláusula 1.2.4 para adaptarla al periodo de efectos de la prórroga.

1.2.4 Estarán adscritos a la Entidad los titulares que, en su caso, lo estuvieran a 31 de diciembre de 2007 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.

Cláusula 1.5. Cambio de Entidad.

En la letra B) de la cláusula 1.5.1 se incluye un nuevo apartado b). Los actuales apartados b) y c) pasan a ser c) y d), respectivamente.

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 se produzca un cambio de domicilio, con cambio de provincia de residencia, del titular y éste sea mutualista jubilado. Este derecho podrá ejercitarse por una sola vez.

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

d) 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.

2. Modificaciones en el Capítulo II: Medios de la Entidad.

Cláusula 2.5 Catálogo de servicios de la Entidad.

En la letra B) de la cláusula 2.5.5 se añade en el texto la expresión «por escrito».

2.5.5 Principio de continuidad asistencial.

B) 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 por escrito a cada uno de los beneficiarios, en un plazo no superior a cinco 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 este Concierto o sus respectivas prórrogas.

3. Modificaciones en el Capítulo III. Utilización de los medios de la Entidad.

Cláusula 3.6 Contenido de la atención sanitaria.

En la letra G) de la cláusula 3.6.4, se incrementa la cuantía de las cantidades compensatorias diarias por hospitalización por asistencia pediátrica, en el mismo porcentaje en que se incrementa la cuantía del Concierto.

3.6.4 Asistencia en régimen de hospitalización

G) Hospitalización por asistencia pediátrica.

Se prestará a los menores de 15 años. La persona que acompañe al niño tendrá derecho a cama y pensión alimenticia de acompañante, sin perjuicio de lo que se dispone en el párrafo siguiente.

Cuando el acompañante resida en un municipio distinto al 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 44'50 euros por día. No se abonará cantidad alguna cuando el acompañante resida en el mismo municipio.

Cláusula 3.7 Farmacia.

Al final del tercer párrafo de la cláusula 3.7.2 se añade:

«En el año 2008, y a los efectos contemplados en la Cláusula 7.3.3, la dispensación de envases de genéricos deberá suponer un mínimo del 12 % de la dispensación total efectuada.»

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.

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

Asimismo, la Entidad fomentará el uso racional del Medicamento promoviendo la utilización de medicamentos genéricos entre sus facultati-

vos, así como la prescripción por principio activo. En el año 2008, y a los efectos contemplados en la Cláusula 7.3.3, la dispensación de envases de genéricos deberá suponer un mínimo del 12 % de la dispensación total efectuada.

Cláusula 3.8 Productos sanitarios.

Se modifica la cláusula 3.8 y se añade la posibilidad de que en determinados supuestos el mutualista adquiera directamente estos productos.

3.8 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) de cualquier índole prescritos.

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 –incluidas las agujas correspondientes– u otros sistemas no precargados de administración de la misma, así como el material fungible de las bombas de insulina y las agujas para el suministro de los sistemas precargados de insulina que carezcan de ellos.

Las tiras reactivas para medición de glucemia, glucosuria y combinadas glucosa/cuerpos cetónicos, así como el glucómetro y las lancetas necesarias para la medición, en los pacientes diabéticos. En todo caso, la Entidad deberá garantizar a dichos pacientes cualquiera de los productos existentes en el mercado cuando, a juicio del facultativo prescriptor, se adapten mejor a sus necesidades individuales y a sus habilidades personales.

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

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

Cláusula 3.9 Especificaciones Complementarias.

Se modifican las cláusulas 3.9.2, 3.9.4 y 3.9.8.

Se da una nueva redacción al apartado A) de la cláusula 3.9.2, para incluir determinadas actuaciones en el programa de salud buco-dental dirigido a pacientes menores de 15 años, para adecuar su contenido al que se desarrollará en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.

3.9.2 Estomatología y odontología.

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. Además, a este programa se incorporarán las actuaciones que se incluyan en el Plan de Salud Buco-dental para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, con el mismo contenido, alcance y ritmo de implantación.

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

Se incrementa la cuantía de la cantidad compensatoria diaria que se establece en el epígrafe A) de la cláusula 3.9.4 para ingresos psiquiátricos en centro no concertado, en el mismo porcentaje en que se incrementa el precio del Concierto.

3.9.4 Psiquiatría.

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 75'60 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 ante la Entidad.

Se amplía la atención podológica a pacientes diagnosticados de pie neuropático de etiología distinta a la diabetes en la cláusula 3.9.8.

3.9.8 Podología.

Se incluye la atención podológica para pacientes diabéticos insulino-dependientes, así como para pacientes diagnosticados de pie neuropático de etiología distinta a la diabetes. Esta atención podológica estará disponible desde el Nivel III de Asistencia Sanitaria.

La atención por el podólogo requiere prescripción médica y autorización previa de la Entidad. El número de sesiones máximo por beneficiario y año será de seis.

4. Modificaciones en el Capítulo V. Régimen jurídico del Concierto.

Cláusula 5.1 Naturaleza y régimen jurídico del Concierto.

Se suprime la parte final de la cláusula 5.1.4.

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.

5. Modificaciones en el Capítulo VI. Información y documentación sanitaria.

Cláusula 6.1 Normas generales.

Se añade al final del segundo párrafo: Esta salvaguarda de los derechos de los pacientes prestará especial cuidado en lo que se refiere al consentimiento informado y al respeto de las instrucciones previas, derechos establecidos por los artículos 10 y 11 de la Ley 41/2002.

Cláusula 6.2 Información general sobre actividad.

Se da una nueva redacción a la cláusula 6.2.2, para que la actividad asistencial se detalle en función de la edad de la población protegida.

6.2.2 La Entidad facilitará a MUFACE en soporte informático los datos sobre actividad asistencial relativos a los distintos servicios, ambulatorios y hospitalarios que hayan sido prestados, según el formato que aparece en el Anexo VII del presente Concierto, debiendo aportarse, en distintos cuadros, los datos relativos al colectivo total atendido, a personas hasta 60 años, entre 60 y 70 y a los mayores de 70.

Se añade una nueva cláusula 6.2.4 para conocer los criterios empleados por la Entidad para configurar los datos económicos aportados.

6.2.4 El Anexo citado en la Cláusula 6.2.2 se facilitará con una memoria explicativa de los criterios empleados para el cálculo de los costes que se reflejan en los correspondientes cuadros.

Dicha información podrá ser sustituida por aquella elaborada por la propia Entidad, en la que figuren sus análisis de costes a efectos de evaluación económica de su actividad.

Cláusula 6.4 Información sobre asistencia hospitalaria.

Se modifica la cláusula 6.4.6 para adaptarla al periodo de efectos de la prórroga.

6.4.6 Para el ejercicio 2008 se requerirá la entrega del CMBD de un mínimo del 35% de las altas hospitalarias producidas en centros sanitarios propios o concertados. En los ejercicios siguientes este porcentaje se incrementará según la extensión que haya alcanzado la exigencia del CMBD por las CCAA para las clínicas privadas.

6. Modificaciones en el Capítulo VII. Duración, régimen económico y precio del Concierto.

Cláusula 7.3 Precio del Concierto.

Se modifica la cláusula 7.3.1 para incrementar el precio del Concierto, así como para adaptarla al periodo de efectos de la prórroga.

7.3.1 La composición de la población protegida por este concierto ha experimentado variaciones importantes, por lo que, con el fin de equilibrar las desigualdades producidas, derivadas fundamentalmente de la evolución de la pirámide de edad del colectivo de MUFACE, durante la vigencia del presente concierto el importe máximo de las primas se distribuirá de la siguiente manera:

a) 70,14 euros por mes por cada beneficiario protegido que, a 31 de diciembre de 2007, tuviese 70 o más años de edad, según los criterios de altas y bajas que a efectos económicos se establecen en la Cláusula 7.2.1.

b) 59,12 euros por mes por cada beneficiario protegido que, a 31 de diciembre de 2007, tuviese una edad comprendida entre 60 o más años e inferior a los 70, según los criterios de altas y bajas que a efectos económicos se establecen en la Cláusula 7.2.1.

c) 52,86 euros por mes por cada beneficiario protegido que, a 31 de diciembre de 2007, fuese menor de 60 años de edad, según los criterios de altas y bajas que a efectos económicos se establecen en la Cláusula 7.2.1.

El importe de la prima a abonar por cada nuevo beneficiario durante la vigencia de este Concierto será la correspondiente al grupo de edad establecido en los apartados anteriores y de acuerdo con la edad del beneficiario a su fecha de alta en la Mutualidad.

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

Las cantidades serán satisfechas con cargo a la aplicación 22.102.312E.251, dentro de las disponibilidades presupuestarias del Organismo.

Se modifica la cláusula 7.3.2 para incrementar el precio y adaptarla al periodo de efectos de la prórroga.

7.3.2 El abono por parte de MUFACE a la Entidad de las cantidades máximas a las que hace referencia el apartado anterior se hará efectivo de la siguiente forma:

A) Mensualmente:

a) 70 euros por mes y beneficiario que esté incluido en el grupo de edad de 70 o más años.

b) 59 euros por mes y beneficiario que esté incluido en el grupo de edad de menores de 70 años y mayores de 60.

c) 52'75 euros por mes y beneficiario que esté incluido en el grupo de edad de menores de 60 años.

B) Anualmente: Si la Entidad ha cumplido los objetivos sobre el proyecto de informatización de la historia clínica y las recetas de acuerdo con lo establecido en la Cláusula 2.1.6, antes del 31 de diciembre de 2008, y conformidad de MUFACE, se abonarán además las siguientes cantidades destinadas a sufragar los gastos realizados conforme a lo acordado en el Grupo de Trabajo establecido en la Cláusula 2.1.6.

a) 0,14 euros por mes y beneficiario que esté incluido en el grupo de edad de 70 o más años.

b) 0,12 euros por mes y beneficiario que esté incluido en el grupo de edad de 60 o más años e inferior a 70.

c) 0,11 euros por mes y beneficiario que esté incluido en el grupo de edad de menores de 60 años.

Se incluye una nueva cláusula 7.3.3, para incluir una cuota asociada a la mejora en la calidad de la dispensación farmacéutica, prevista en la cláusula 3.7.2. Como consecuencia la actual cláusula 7.3.3 pasa a ser 7.3.4 y la actual cláusula 7.3.4 pasa a ser 7.3.5.

7.3.3 Cuota asociada a la mejora en la calidad de la prescripción farmacéutica.

Si la Entidad ha cumplido el objetivo cuantitativo de dispensación de medicamentos genéricos recogido en la cláusula 3.7.2., se abonará una cuota mensual adicional por beneficiario por importe de 0'50 euros.

El pago de esta cuota se realizará trimestralmente, en el momento en que se disponga de la información relativa a la facturación de recetas del correspondiente trimestre.

7. Modificaciones en el Anexo I. Medios de asistencia en zonas rurales.

Se modifica el punto Cuarto del Anexo I para adaptarlo al periodo de efectos de la prórroga.

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 2008.

8. Modificaciones en el Anexo VI: Baremo para reintegros.

Se incrementan las cuantías en el mismo porcentaje en que se incrementa la cuantía del Concierto.

Por MUFACE,

Por la Entidad,

ANEXO II

Concierto de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado con Entidades de Seguro para la asistencia sanitaria en territorio nacional a mutualistas y beneficiarios de la Mutualidad para el año 2008

INDICE

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.
 - 2.2.7 Acceso a los Centros y Servicios.
- 2.3 Prestaciones Complementarias.
 - 2.3.1 Oxigenoterapia, ventiloterapia y aerosolterapia.
 - 2.3.2 Prestación Ortoprotésica.
 - 2.3.3 Transporte para la Asistencia Sanitaria.
- 2.4 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 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 de día.
 - F) Hospitalización por maternidad.
 - G) Hospitalización por asistencia pediátrica.
 - H) Hospitalización domiciliaria.
- 3.7 Farmacia.
- 3.8 Productos sanitarios.
- 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, estética y reparadora.
 - 3.9.6 Transplantes.
 - 3.9.7 Programas preventivos.
 - 3.9.8 Podología.
- 3.10 Supuestos especiales.
 - 3.10.1 Facultativo ajeno.
 - 3.10.2 Hospitales militares.
- 3.11 Utilización directa del servicio de ambulancias.

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.
- 4.4 Transporte en medios ajenos para la asistencia sanitaria en los supuestos de denegación injustificada de asistencia y de urgencia vital.

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 incumplimiento de obligaciones definidas en el Concierto.

Capítulo VI: Información y documentación sanitaria.

- 6.1 Normas generales.
- 6.2 Información general sobre actividad.
- 6.3 Información económica.
- 6.4 Información sobre asistencia hospitalaria.
- 6.5 Documentación clínica.
- 6.6 Documentación sanitaria.

Capítulo VII: Duración, régimen económico y precio del Concierto.

- 7.1 Duración del Concierto.
- 7.2 Régimen económico del Concierto.
- 7.3 Precio del Concierto.

CAPÍTULO I

Objeto del Concierto y beneficiarios

1.1 Objeto del Concierto.

1.1.1 El objeto del Concierto es facilitar las prestaciones de 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, de 23 de junio, la Ley 14/1986 General de Sanidad, de 25 de abril, y la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

La asistencia sanitaria se prestará conforme a la Cartera de Servicios de MUFACE, que incluirá cuando menos la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (BOE. del 16).

Para hacer efectiva la prestación de la asistencia sanitaria integral conforme a tal Cartera de Servicios, la Entidad firmante del Concierto (en adelante, Entidad) pondrá a disposición de los beneficiarios adscritos a ella (en adelante, beneficiarios), todos los medios propios o concertados precisos (en adelante, medios de la entidad). Si excepcionalmente la Entidad no dispusiera de tales medios, asumirá o reintegrará al beneficiario el gasto ocasionado por la utilización de medios ajenos de conformidad con las cláusulas de este 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 7.3, con sujeción a las especificaciones y procedimiento contenidos en la Cláusula 7.2.

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. El reconocimiento de la condición de beneficiario corresponde a MUFACE.

1.2.2 MUFACE comunicará el alta de los beneficiarios a la Entidad diariamente, de forma telemática, depositándose la información en un directorio seguro con acceso por parte de la Entidad.

Asimismo y por el mismo procedimiento, se comunicarán a la Entidad por MUFACE las bajas y variaciones en los datos de los beneficiarios.

1.2.3 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 como tales en el Documento de Afiliación de un titular o cuando posean un Documento Asimilado al de Afiliación. En todo caso, los beneficiarios estarán adscritos a la Entidad mientras lo esté el titular del que dependan.

1.2.4 Estarán adscritos a la Entidad los titulares que, en su caso, lo estuvieran a 31 de diciembre de 2007 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 las/los mutualistas o aquéllas que convivan con las/los mutualistas en relación de pareja con carácter estable, 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, así como 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 se produzca un cambio de domicilio, con cambio de provincia de residencia, del titular y éste sea mutualista jubilado. Este derecho podrá ejercitarse por una sola vez.

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

d) 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.

1.5.2 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 ofertar obsequios a los mutualistas en ningún caso. 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.

La Entidad es responsable del cumplimiento de estas obligaciones tanto por parte de su personal como si se trata de las actuaciones que puedan realizar otras corporaciones, consorcios, asociaciones, fundaciones, agentes sociales u otras entidades de cualquier tipo, con o sin ánimo de lucro, que mantengan cualquier relación de colaboración jurídica, comercial, de grupo o de otra naturaleza y actúen de acuerdo o en nombre de la Entidad. El incumplimiento de estas obligaciones dará lugar a las sanciones previstas en la Cláusula 5.6.

1.5.3 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 que, debiendo figurar afiliado a MUFACE, no haya formalizado su adscripción, por lo que no ha ejercido su derecho de opción a una de las Entidades concertadas, y que, precisando asistencia sanitaria para sí o sus beneficiarios, la requiera de la Entidad, tendrá derecho a recibirla.

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 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, y 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, debiendo figurar en éste todos los facultativos y centros que presten servicios a los beneficiarios por cuenta de la Entidad. Sin perjuicio de lo anterior, se faculta a la Entidad para que determinados facultativos puedan aparecer diferenciados en el Catálogo como consultores para áreas específicas y complejas de su especialidad, siempre que dicha especialidad disponga al menos de dos especialistas no consultores. El acceso a estos especialistas consultores se realizará previa derivación por otro especialista y con la autorización previa de la Entidad.

Cuando un beneficiario sea atendido por un profesional que trabaje en el equipo de un profesional concertado se entenderá, a todos los efectos, que el mismo forma parte de los medios de la Entidad.

MUFACE podrá comprobar, cuando lo estime oportuno, el cumplimiento por parte de la Entidad de las obligaciones previstas en el párrafo anterior.

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 profesionales sanitarios deberán ser titulados de acuerdo con la regulación establecida en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

Si MUFACE tiene conocimiento del posible incumplimiento de dichos requisitos de carácter general, lo pondrá 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. Por ello, el contenido del Catálogo de Servicios, tanto de facultativos como de centros, será claro, completo y transparente, evitando que haya facultativos y centros asistenciales concertados por la Entidad para atender a los beneficiarios de MUFACE que no figuren en el Catálogo y para los cuales no hay garantía de acceso.

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, según establece el Capítulo VI de este Concierto.

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

B) La Entidad habrá de promover acciones tendentes a que los médicos concertados dispongan en sus consultas de medios informáticos: ordenador y conexión a Internet, a fin de que estén disponibles para poder llevar a cabo las acciones contempladas en esta Cláusula, así como la puesta en marcha de otros programas y actuaciones conducentes a la

mejora de la calidad asistencial y la salud de los asegurados. Muy especialmente se trata de poner en marcha las historias clínicas informatizadas compatibles con la prescripción farmacéutica en recetas igualmente informatizadas.

A fin de alcanzar este objetivo se constituirá un Grupo de Trabajo Mixto entre MUFACE y la Entidad que elaborará el proyecto de informatización de la Historia Clínica y recetas, definiendo el alcance, contenido y características que ha de contemplar la mecanización de estos documentos así como los requisitos necesarios para su desarrollo e implantación.

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 de acuerdo con lo previsto en la Ley Orgánica 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, ciudades de Ceuta y Melilla y capitales de provincia.
- d) Nivel IV de Asistencia Sanitaria: Comunidades Autónomas.

Cada nivel 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 de 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 lo siguiente:

- a) Los municipios de hasta 5.000 habitantes dispondrán siempre de médico general o de familia y diplomado en enfermería.
- b) Los municipios de 5.000 hasta 10.000 habitantes dispondrán, además, de pediatra, matrona, fisioterapeuta y odontólogo.
- c) Los municipios de más de 10.000 habitantes dispondrán de, al menos, dos médicos generales o de familia, dos pediatras, dos diplomados en enfermería, dos fisioterapeutas y dos odontólogos.

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 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (BOE. del 16), y de forma específica las vacunaciones del niño y del adulto, según el calendario y programas de cada uno de los Servicios Públicos de Salud, 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 Convenio, la asistencia sanitaria a nivel ambulatorio, domiciliario o de urgencia a cargo del médico general o de familia, pediatra, diplomado en enfermería y matrona se podrá prestar por los Servicios de Atención Primaria y de Urgencia de la Red Sanitaria Pública. En todo caso, los mutualistas y beneficiarios residentes en los municipios incluidos en el Anexo I de los respectivos Convenios Rurales, y de acuerdo con las Cláusulas 3.5 y 3.6.1, podrán optar por los medios de que disponga la Entidad en los municipios próximos.

2.2.2 Nivel II de Asistencia Sanitaria.-En los municipios de más de 20.000 y hasta 75.000 habitantes se prestarán, además de los servicios de Atención Primaria contemplados en la Cláusula 2.2.1, incrementados, al menos, en dos profesionales más por cada 10.000 habitantes o fracción,

excepto en el caso de los pediatras en que el incremento será de, al menos, un pediatra más por cada 20.000 habitantes menores de 15 años o fracción, 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, la atención hospitalaria de urgencias comprenderá todas las especialidades que aparecen en la Cartera de Servicios de atención especializada Nivel II en servicios de hospitalización, debiendo estar los facultativos de guardia bien de presencia física o localizada. En todo caso, los servicios centrales estarán siempre disponibles.

Las especialidades de Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología, Traumatología y Anestesia y Reanimación, deberían contar con facultativos de presencia física. No obstante, si la guardia fuera localizada, deberá garantizarse la disponibilidad de los mismos, una vez que sean requeridos por el Médico de Urgencias, en el plazo más breve posible en función de la patología y estado clínico del paciente, plazo que no podrá ser en ningún caso superior a 30 minutos.

En 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 1

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.			
Medicina Interna.		Hemoterapia.	
Obstetricia y Ginecología.	Ecografía.	Medicina Interna.	
Pediatría.		Obstetricia y Ginecología.	
Psiquiatría.		Pediatría.	
Rehabilitación .	Logopedia.	Rehabilitación .	
Fisioterapia.		U.C.I.	
Área Quirúrgica:		Área Quirúrgica:	
		Anestesia y Reanimación.	
Cirugía General.		Cirugía General.	
Obstetricia y Ginecología.		Obstetricia y Ginecología.	
Oftalmología.		Oftalmología.	
Otorrinolaringología.		Otorrinolaringología.	
Traumatología.		Traumatología.	
Servicios Centrales:		Servicios Centrales:	
Análisis Clínicos.		Análisis Clínicos.	
		Anatomía Patológica.	
		Farmacología.	
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, incrementados, al menos, en dos profesionales más por cada 10.000 habitantes o fracción, excepto en el caso de los pediatras en que el incremento será

de, al menos, un pediatra más por cada 20.000 habitantes menores de 15 años o fracción, los siguientes servicios de Atención Especializada:

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 precisen 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, la atención hospitalaria de urgencias comprenderá todas las especialidades que aparecen en la Cartera de Servicios de atención especializada Nivel III en servicios de hospitalización, debiendo estar los facultativos de guardia bien de presencia física o localizada. En todo caso, los servicios centrales estarán siempre disponibles.

Las especialidades de Medicina Interna, Pediatría, Cirugía General, Ginecología, Traumatología y Anestesia y Reanimación, deberán contar con facultativos de presencia física. No obstante, si la guardia fuera localizada, deberá garantizarse la disponibilidad de los mismos, una vez que sean requeridos por el Médico de Urgencias, en el plazo más breve posible en función de la patología y estado clínico del paciente, plazo que no podrá ser en ningún caso superior a 30 minutos.

En este nivel, las Entidades deberán disponer, como mínimo, de dos podólogos y 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 2

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.
			Hemodinámica Diagnóstica.
			Hemodinámica Terapéutica.
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.	Quimioterapia.
Oncología Médica.		Oncología Médica.	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 3

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.	
Obstetricia y Ginecología.	Ecografía.	Obstetricia y Ginecología.	Obstetricia Alto Riesgo
			Diagnóstico Prenatal.
			I.v.e.
			Ligadura de Trompas.
Oftalmología.		Oftalmología.	
		Oncología Radioterápica.	Cobaltoterapia.
			Radiumterapia E Isótopos Radiac.
			Braquiterapia.
			Accelerador Lineal.
Otorrinolaringología.		Otorrinolaringología.	
Traumatología y C. Ortopédica.		Traumatología y C. Ortopédica.	
Urología.		Urología.	Litotricia.
			Vasectomía.
		Unidad Cuidados Intensivos.	Endoscopia Adultos.
			Pediatría.

CUADRO 4

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.	Potenciales Evocados.
		Neurofisiología.	E.m.g.
Radiodiagnóstico.	Radiología General.	Radiodiagnóstico.	Radiología General.
	Ecografía.		Ecografía.
	Mamografía.		Mamografía.
	T.a.c.		T.a.c.

Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades funcionales	Servicios	Unidades funcionales
Urgencias. Otros. Podología.	R.n.m. Densitometría Ósea.	Urgencias.	R.n.m. Densitometría Ósea.

2.2.4 Nivel IV de Asistencia Sanitaria.–Por Comunidades Autónomas, la Entidad deberá disponer de los medios asistenciales que aparecen en el Cuadro 5. 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 5

Cartera de servicios de atención especializada nivel IV

Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Servicios	Unidades funcionales	
Aparato digestivo.	Aparato digestivo.	Endoscopia: cápsula endoscópica.	
Cirugía cardiovascular.	Cirugía cardiovascular.	Medicina nuclear diagnóstica. Medicina nuclear terapéutica. Pet. Pet-tac. Cirugía estereotáxica. Unidad del sueño. Consejo genético. F.I.V. Inseminación artificial. Banco de semen. Órganos . Tejidos. Células de origen humano . Genética. Citogenética. Medicina nuclear. Angiografía digital. Radiología intervencionista. Radiocirugía.	
Cirugía plástica y reparadora.	Cirugía plástica y reparadora.		
Cirugía torácica.	Cirugía torácica.		
Medicina nuclear.	Medicina nuclear.		
Neurocirugía.	Neurocirugía. Neurofisiología. Planificación familiar. Unidad reproducción asistida (*).		
	Trasplantes.		
	Unidad de quemados. Unidad de lesionados medulares. Laboratorio.		
	Radiodiagnóstico.		
Radioterapia.	Radioterapia.		

(*) 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, ya garantizando su traslado en las mejores condiciones posibles a otro centro propio o concertado.

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, 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 Acceso a los centros y servicios.–La Entidad facilitará el acceso a los centros y servicios incluidos en la Cartera 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.–La prestaciones de referencia requieren prescripción escrita de especialista de la Entidad y autorización previa de la misma. Se incluyen tanto las mochilas de oxígeno líquido como la pulsioximetría, con prescripción médica expresa de esta modalidad.

2.3.2 Prestación Ortoprotésica.–Serán a cargo de la Entidad los implantes quirúrgicos, entendiéndose por tales aquellos productos sanitarios diseñados para ser implantados total o parcialmente en el cuerpo humano mediante un determinado acto médico o intervención quirúrgica, 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) Transporte ordinario.**

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

b) El beneficiario de MUFACE tendrá derecho a este tipo de transporte a cargo de la Entidad siempre que se realice desde la localidad en que resida, con carácter temporal o permanente, a la localidad más próxima en que la misma disponga de ellos, en los siguientes supuestos:

Para recibir tratamientos periódicos, siempre que la distancia entre ambas localidades sea superior a 25 km.

En el mismo o 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 ambas localidades sea superior a 25 km.

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

c) 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.

d) Tendrán derecho a los gastos de transporte de acompañante los desplazamientos efectuados por pacientes:

Menores de quince años.

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

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

B) Transporte extraordinario.

a) Se considera medio de transporte extraordinario, a los fines asistenciales previstos en el Concierto, el que se realiza en ambulancia, ambulancia medicalizada, UVI móvil, avión y helicóptero medicalizados y taxi.

b) 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, excepto en la situación de urgencia vital.

c) El beneficiario de MUFACE tendrá derecho a este tipo de transporte a cargo de la Entidad siempre que se realice en la localidad en que

resida, con carácter temporal o permanente, o hacia la localidad más próxima en que la misma disponga de medios, en los siguientes supuestos:

Para acudir a consultas y curas ambulatorias y hospitalarias.

Para recibir tratamientos periódicos.

En el mismo o entre distintos Niveles de Asistencia Sanitaria, en el supuesto de que la Entidad no disponga de los medios exigidos en cada uno de ellos.

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

d) Asimismo, el beneficiario tendrá derecho a este medio de transporte a cargo de la Entidad, en las siguientes situaciones:

Por razones de urgencia, desde el lugar en que ésta se produzca hasta el centro donde se le preste la asistencia.

Cuando se produzca el alta hospitalaria, desde el hospital hasta su domicilio dentro de la misma provincia, salvo que se trate de un servicio de Nivel IV no disponible en la provincia donde resida el beneficiario, en cuyo caso el desplazamiento hasta el domicilio podrá realizarse desde aquella provincia de la Comunidad Autónoma correspondiente o de la limítrofe en que el alta se hubiera producido, siempre que así lo determine el facultativo o servicio que le haya prestado la asistencia.

Cuando un paciente desplazado transitoriamente en un municipio distinto al de residencia hubiera recibido asistencia urgente, la Entidad se hará cargo del transporte sanitario que precise, por causas estrictamente médicas, para su traslado a su municipio de residencia, bien a su domicilio o a otro centro sanitario.

e) Tendrán derecho a los gastos de transporte de acompañante los desplazamientos efectuados por pacientes:

Menores de quince años.

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

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

2.4 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 Públicos de Salud. En cualquier caso, se estará a lo dispuesto en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización y 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.

Logopedas con nombre y apellidos.

Personal de enfermería con nombre y apellidos.

Servicios de ambulancias.

Servicio de información de la Entidad.

Otros servicios: Unidades de Reproducción Asistida, centros de rehabilitación, psicoterapia, radiodiagnóstico, laboratorios, podología, 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.

En información y normas de uso deberá existir un apartado en el que conste: «Garantía de accesibilidad a los medios: En aquellas especialidades en que la Entidad no disponga de servicios o facultativos concertados, el beneficiario podrá acudir a los facultativos privados que, en su caso, existan en el correspondiente Nivel, o dirigirse al Servicio Público de Salud. En estos casos, la Entidad se hará cargo del importe de las asistencias producidas por la utilización de medios no concertados.»

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, los Catálogos de Servicios incluirán una separata, addenda recortable o folleto donde figure la relación de los servicios de Información, Urgencias y Ambulancias disponibles en las restantes capitales de provincia a fin de facilitar su utilización en caso de desplazamiento de los beneficiarios, y un teléfono de 24 horas para información a los interesados.

Asimismo la Entidad pondrá a disposición de los mutualistas un teléfono gratuito de 24 horas para la atención en situaciones de urgencia y coordinación de los recursos para la asistencia urgente.

Si tales Catálogos incluyeran publicidad o mensajes publicitarios, así como información relativa a otros productos o servicios de la Entidad, éstos deberán figurar separadamente y al final del catálogo, de forma que no puedan 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 15 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, facilitará a los beneficiarios que tenga adscritos el Catálogo de la correspondiente provincia en edición de papel, mediante su envío al domicilio o poniéndolo a su disposición en los locales y delegaciones de la Entidad, y entregará en los Servicios Provinciales de MUFACE el número de ejemplares que solicite cada Servicio Provincial para su entrega a los beneficiarios que lo requieran.

A su vez, la Entidad debe disponer de una página web que 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. La información de la página web deberá actualizarse siempre que existan modificaciones, haciendo constar la fecha de la última modificación.

En el supuesto de que la Entidad no cumpliera lo establecido en los dos 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 o en su página web.

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 los años 2007, 2008 y 2009.

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 de la finalización del plazo de presentación de solicitudes para suscribir un nuevo Concierto o sus correspondientes prórrogas. Dicha remisión se efectuará en soporte informático de acuerdo a las características y requerimientos técnicos que se establezcan por la Mutualidad.

2.5.4 Invariabilidad de los Catálogos.—El Catálogo de Servicios de la Entidad debe mantenerse sin modificación y garantizar los principios de continuidad asistencial de los pacientes y no transferencia de riesgos de unas Entidades a otras.

No obstante, si de manera excepcional surgiera alguna causa suficientemente justificada que afectara a la oferta de medios publicitada en el Catálogo de Servicios, la Entidad lo comunicará previamente al Servicio Provincial correspondiente de MUFACE, para su valoración, explicando claramente los motivos por los que considera conveniente dicha baja. Excepción hecha de los casos de medicina general o de familia, pediatría y enfermería, en los que no se requiere tal justificación.

Si la baja afecta a centros o servicios hospitalarios, la Entidad deberá informar previamente a MUFACE sobre el número de beneficiarios que están siendo atendidos en dichos centros o servicios.

En todo caso, la baja no podrá efectuarse hasta transcurridos al menos 30 días hábiles siguientes a la comunicación.

Si las bajas redujeran un Catálogo de Servicios en forma tal que se incumplieran las exigencias mínimas establecidas en este Capítulo a partir del Nivel III, la Entidad procederá a completarlo simultáneamente, comunicando asimismo a MUFACE los servicios, centros o facultativos que hayan de sustituir a la bajas producidas. En este caso, deberá dirigir

una comunicación, con carácter generalizado, a los beneficiarios sobre las altas o bajas producidas en los Catálogos.

Además, si la reducción o los cambios afectan a más del 20% del contenido inicial del Catálogo, la Entidad se obliga a reeditar los mismos y 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 las Cláusulas 2.5.4 y 2.5.5, 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.

2.5.5 Principio de continuidad asistencial.

A) Si se produce la baja de 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.

B) 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 por escrito 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 ingresos 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 este Concierto o sus respectivas prórrogas.

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, aprobado por Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo, 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.

En el caso de asistencia por maternidad a las beneficiarias a que se refiere la Cláusula 1.3, no incluidas en el Documento de Afiliación de la/el mutualista como tales, 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 sanitarias.—La Entidad, una vez que MUFACE le haya comunicado el alta de un beneficiario por el procedimiento establecido en la Cláusula 1.2.2, emitirá la correspondiente tarjeta sanitaria, que será enviada al domicilio del beneficiario en el plazo máximo de siete días hábiles desde la efectiva comunicación. Si la tarjeta es emitida por una Entidad subconcertada, deberá llevar siempre el logotipo de la Entidad concertada con MUFACE, a efectos de facilitar la utilización de medios fuera de las provincias donde esté implantada la subconcertada.

El beneficiario deberá presentar la correspondiente tarjeta sanitaria cuando acuda a los medios de la Entidad. No obstante, la Entidad dispo-

drá de los medios organizativos internos para poder garantizar el acceso de un Mutualista adscrito a dicha Entidad a sus servicios médicos, aunque excepcionalmente no disponga de más documentación que el Documento de Afiliación a MUFACE donde consta la Entidad de adscripción.

Para ello MUFACE pone a disposición de las entidades una conexión «on line» a su base de datos para que aquéllas puedan conocer la situación real de adscripción de un determinado mutualista o beneficiario.

En cualquier caso, 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.

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

En aquellas provincias en que la Entidad aún no haya completado el sistema de emisión de tarjetas, excepcionalmente 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.—Para los casos expresamente previstos en el presente Concierto, la Entidad podrá exigir los requisitos adicionales que procedan, tales como prescripción médica o autorización previa de la Entidad. La Entidad, a través de los facultativos que prescriban o realicen las pruebas diagnósticas o tratamientos que precisen autorización, deberá informar debidamente de este requisito al beneficiario. En ningún caso podrán efectuarse con cargo al beneficiario las pruebas no autorizadas si no se le ha informado antes de la necesidad de tal autorización previa o por falta de tiempo, en el caso de actos médicos o quirúrgicos realizados en el momento de la consulta.

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.

El acceso a los médicos consultores se realizará previa derivación por otro especialista y con autorización de la Entidad.

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, excepcionalmente, entregar el correspondiente cheque de asistencia, sin perjuicio de lo establecido en la Cláusula 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.

Se facilitará atención paliativa a enfermos terminales, que comprenderá una atención integral y continuada de personas con enfermedad en situación avanzada, no susceptibles de recibir tratamientos con finalidad curativa y con una esperanza de vida limitada, con asesoramiento a las personas a ellas vinculadas.

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:

- La prescripción del mismo por médico de la Entidad, con indicación del Centro.
- La autorización de la prescripción por la Entidad.
- La presentación de la prescripción autorizada por la Entidad en el Centro.

Dichos requisitos deberán cumplimentarse en el plazo más breve posible en los supuestos de ingresos efectuados a través de los servicios de urgencia.

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.

En los supuestos de hospitalización psiquiátrica no se exige cama de acompañante.

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

E) Hospitalización de día.—Quedan cubiertos todos los gastos de hospitalización que se puedan producir en el centro sanitario durante la estancia en el mismo para la realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos.

F) 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 serán también a cargo de la Entidad.

G) Hospitalización por asistencia pediátrica.—Se prestará a los menores de 15 años. La persona que acompañe al niño tendrá derecho a cama y pensión alimenticia de acompañante, sin perjuicio de lo que se dispone en el párrafo siguiente.

Cuando el acompañante resida en un municipio distinto al 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 44,50 euros por día. No se abonará cantidad alguna cuando el acompañante resida en el mismo municipio.

H) Hospitalización domiciliaria.—La hospitalización domiciliaria podrá llevarse a cabo en aquellos casos en que el estado del enfermo lo permita, pueda beneficiarle y sea aconsejable.

Dicha hospitalización se realizará en su domicilio, especialmente si es por cuidados paliativos y siempre que las condiciones familiares, domésticas y de proximidad al hospital lo permitan.

Durante esta hospitalización, la responsabilidad del seguimiento del paciente corresponde a la Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) y será prestada por los especialistas (médicos de familia o internistas) y el personal de enfermería que conforma dicha UHD, la cual deberá estar coordinada con la unidad de hospitalización médica o quirúrgica correspondiente a la patología del paciente y con el área de urgencias del hospital, con la finalidad de garantizar la continuidad asistencial.

El ingreso en la UHD podrá realizarse desde un servicio hospitalario mediante el correspondiente informe de derivación y desde atención primaria o especializada ambulatoria. En estos dos últimos casos, corresponderá a la UHD valorar si el paciente cumple los criterios de ingreso en dicha unidad. El ingreso en la UHD estará sujeto a los mismos requisitos previstos en este Concierto para el ingreso en un hospital.

Las atenciones clínicas que reciba el paciente serán las mismas que hubiera recibido en el hospital, y de ellas se harán las mismas anotaciones de seguimiento y evolución de médicos y enfermería en la historia clínica. La UHD informará al paciente y su familia, por escrito, de cómo contactar con la citada unidad, las 24 horas, para dar respuesta a las eventuales incidencias. Cuando se produzca el alta, el médico de la UHD emitirá el correspondiente parte médico de alta en los términos previstos por la ley.

Mientras el paciente permanezca ingresado en la UHD, están amparados por este Concierto, son a cuenta de la Entidad y no podrán ser imputadas por ningún medio ni al mutualista ni a MUFACE, todas las atenciones, productos y materiales que precise, como en toda hospitalización, además de toda la medicación, material de curas, nutriciones no comunes, pruebas complementarias, interconsultas, absorbentes, sondas, hemodiálisis domiciliaria y oxigenoterapia. Quedan excluidas, en todo caso, las dotaciones domésticas ordinarias, la nutrición común y los servicios de auxiliares de clínica.

La Entidad deberá comunicar a los Servicios Provinciales de MUFACE la relación de beneficiarios que se encuentran en la modalidad de Hospitalización Domiciliaria haciendo constar la fecha del inicio y, en su caso, de finalización de dicho servicio.

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. Su cumplimiento se llevará a efecto de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 1910/1984, de 26 de septiembre, de Receta Médica.

La Entidad exigirá de sus facultativos la cumplimentación de dichas recetas con los datos de consignación obligatoria y garantizará que los datos de identificación de sus facultativos—nombre y dos apellidos, n.º de colegiado y provincia—en las recetas sean legibles, promoviendo que 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.

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

Asimismo, la Entidad fomentará el uso racional del Medicamento promoviendo la utilización de medicamentos genéricos entre sus facultativos, así como la prescripción por principio activo. En el año 2008, y a los efectos contemplados en la Cláusula 7.3.3, la dispensación de envases de genéricos deberá suponer un mínimo del 12% de la dispensación total efectuada.

3.7.3 Cuando en el proceso de revisión de la facturación de recetas que realiza MUFACE, se detectaran prescripciones de medicamentos y productos sanitarios realizadas en sus recetas oficiales, que deberían haber sido a cargo de la Entidad, según lo establecido en este Concierto, MUFACE procederá, previa comunicación a la Entidad, a efectuar el descuento correspondiente en el pago mensual de las cuotas que ha de abonar a la misma, de acuerdo con lo previsto en las Cláusulas 7.2 y 7.3 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.

3.7.4 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 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, serán a cargo de la Entidad.

Asimismo, 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.

3.7.5 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.

3.8 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) de cualquier índole prescritos.

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—incluidas las agujas correspondientes—u otros sistemas no precargados de administración de la misma, así como el material fungible de las bombas de insulina y las agujas para el suministro de los sistemas precargados de insulina que carezcan de ellos.

Las tiras reactivas para medición de glucemia, glucosuria y combinadas glucosa/cuerpos cetónicos, así como el glucómetro y las lancetas necesarias para la medición, en los pacientes diabéticos. En todo caso, la

Entidad deberá garantizar a dichos pacientes cualquiera de los productos existentes en el mercado cuando, a juicio del facultativo prescriptor, se adapten mejor a sus necesidades individuales y a sus habilidades personales.

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

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

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 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 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida que además cumplan con los criterios de cobertura de la prestación establecidos en la citada guía e incluidos en el Anexo IX del presente Concierto.

Asimismo, será por cuenta de la Entidad la criopreservación del semen, ovocitos tejido ovárico y preembriones congelados sobrantes, procedentes de un ciclo de fertilización *in vitro*, en las condiciones que marca la Ley sobre técnicas de reproducción asistida, y durante el período de tiempo de criopreservación establecido en la Guía de Recomendaciones en Reproducción Humana Asistida y recogido en el Anexo IX.

En los casos de congelación de ovocitos y tejido ovárico con fines reproductivos en beneficiarias, deberá cumplirse con la normativa vigente reguladora de los requisitos para la realización de experiencias controladas, con fines reproductivos, de fecundación de ovocitos o tejido ovárico previamente congelados, relacionadas con las técnicas de reproducción humana asistida.

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. Además, a este programa se incorporarán las actuaciones que se incluyan en el Plan de Salud Buco-dental para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, con el mismo contenido, alcance y ritmo de implantación.

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

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 enfermedad profesional o accidente en acto de servicio 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 necesaria 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 discapacitados 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 médico rehabilitador o, en su caso, del facultativo especialista que solicitó dicho tratamiento. Su aplicación podrá ser realizada por médico rehabilitador o fisioterapeuta, según correspondiera.

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, al tratarse de una atención dirigida a pacientes con déficit funcional recuperable, excepción hecha de reagudización del proceso. El número de sesiones está supeditado al criterio facultativo y a la situación del paciente, siendo orientativas las tablas de duración de las sesiones aprobadas por la Sociedad Española de Rehabilitación u otras sociedades científicas.

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 75,60 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 ante la Entidad.

B) Se incluye la psicoterapia, individual, de grupo o familiar, siempre que haya sido prescrita por psiquiatra de la Entidad, realizada en medios concertados con la misma y que su finalidad sea el tratamiento de patologías psiquiátricas. La Entidad está obligada a facilitar un número máximo de 20 sesiones por año natural (psicoterapia breve o terapia focal), salvo para los casos de trastornos de la alimentación, en que se facilitarán todas las sesiones que el psiquiatra responsable de la asistencia considere necesarias para la correcta evolución del caso.

C) Se excluyen el psicoanálisis, la psicoterapia psicoanalítica, la hipnosis, la narcosis ambulatoria, 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, estética y reparadora.—Queda excluida la cirugía plástica, estética y reparadora que no guarde relación con accidente, enfermedad o malformación congénita. En los supuestos de enfermedad profesional o accidente en acto de servicio se practicará en toda su amplitud, incluyendo, si fuera necesario, la cirugía plástica, estética y reparadora en los casos en que, aun habiendo sido curadas las lesiones, quedaran deformaciones o mutilaciones que produzcan alteraciones del aspecto físico o dificulten la total recuperación del paciente.

3.9.6 Transplantes.—Quedan incluidos en la cobertura los transplantes de todo tipo, órganos, tejidos, células de origen humano, 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, así como el calendario, direcciones y horarios de los centros donde se llevarán a cabo las vacunaciones y los programas de prevención. Asimismo la Entidad remitirá a los Servicios Provinciales de MUFACE relación detallada de los centros de vacunación de la respectiva provincia con direcciones, teléfonos, horarios y programas preventivos que se incluyen en los mismos.

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.

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

3.9.8 Podología.—Se incluye la atención podológica para pacientes diabéticos insulino dependientes, así como para pacientes diagnosticados de pie neuropático de etiología distinta a la diabetes. Esta atención podológica estará disponible desde el Nivel III de Asistencia Sanitaria.

La atención por el podólogo requiere prescripción médica y autorización previa de la Entidad. El número de sesiones máximo por beneficiario y año será de seis.

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.

3.11 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.

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 Refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, y 78 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo, aprobado por Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo, 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 asuma los gastos ocasionados.

Si el beneficiario comunica a la Entidad su ingreso en los dos días hábiles siguientes al mismo tendrá derecho a que ésta abone directamente al centro el importe de la asistencia recibida, salvo en la situación de urgencia que, en todo caso, será abono directo.

En el supuesto de que dicha falta de medios por parte de la Entidad origine una asistencia continuada en el tiempo en medios ajenos, el mutualista tendrá derecho a que la Entidad realice siempre directamente el abono de los gastos producidos a los prestadores de la asistencia.

El abono directo de los gastos deberá efectuarse por la Entidad en el momento en que le sea presentada la factura por el proveedor sanitario.

En los supuestos en los que el beneficiario no hubiera procedido a la comunicación de la asistencia en medios ajenos antes de los dos días hábiles siguientes al ingreso, excepto en los casos de urgencia, la Entidad

procederá al reintegro de los gastos en el 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 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 diagnóstica 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, y ello se manifieste 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 o el abono directo 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 artículo 78.1 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo, se considera situación de urgencia de carácter vital aquella en que se haya producido una patología cuya naturaleza y síntomas hagan previsible un riesgo vital inminente o muy próximo, o un daño irreparable para la integridad física de la persona de no obtenerse una actuación terapéutica de inmediato.

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 estuviere 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.

4.4 Transporte en medios ajenos para la asistencia sanitaria en los supuestos de denegación injustificada de asistencia y de urgencia vital.—Cuando en estos supuestos fuera necesaria la utilización de medios ajenos de transporte, tanto ordinario como extraordinario, las condiciones y requisitos serán las establecidas en la Cláusula 2.3.3 de este Concierto. Asimismo, el beneficiario tendrá derecho a que la Entidad le reintegre los gastos ocasionados por dicho traslado. 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.

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 se rige por:

El 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 (BOE del 28), especialmente las previsiones contenidas en su artículo 5.2 que señala que el régimen de los Concierdos para la prestación de los servicios de asistencia sanitaria y farmacéutica es el establecido por esta misma Ley y sus normas de desarrollo; el 16, que establece el contenido de la asistencia sanitaria que MUFACE debe prestar a sus beneficiarios protegidos, y el 17.1, que prevé que la asistencia sanitaria pueda facilitarse por Concierto con entidades públicas o privadas.

El Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento General del Mutualismo Administrativo (BOE de 11 de abril), especialmente las previsiones contenidas en sus artículos 77 y 151.3 sobre el régimen de contratación por Concierto y sus contenidos básicos para la prestación de servicios asistenciales médicos por MUFACE.

Las previsiones contenidas en las cláusulas del propio Concierto.

No obstante lo previsto en los apartados anteriores, supletoriamente, y a los efectos correspondientes, será de aplicación el Texto Refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas aprobado por Real Decreto Legislativo 2/2000, de 16 de junio.

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 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.

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.

5.3 Comisiones Mixtas.

5.3.1 Las Comisiones Mixtas, con composición paritaria, tienen por cometido:

a) El seguimiento, análisis y evaluación del cumplimiento del presente Concierto.

b) El análisis de las iniciativas de MUFACE sobre compensaciones económicas derivadas de posibles incumplimientos por alguno de los supuestos recogidos en la Cláusula 5.6.

c) El conocimiento de las reclamaciones que pudieran formularse por los beneficiarios o, en su caso, de oficio por MUFACE, con arreglo a lo previsto en el presente Capítulo.

A los efectos de los cometidos recogidos en los apartados b) y c) se entiende 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.

Si se trata de compensaciones económicas derivadas de posibles incumplimientos por alguno de los supuestos recogidos en la Cláusula 5.6, la distribución de funciones se acomodará a lo previsto en la Cláusula 5.6.

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 actuarse, 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.

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

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 correspondiente.

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.

No podrán presentarse reclamaciones en Comisión Mixta Nacional por temas similares que ya hayan sido resueltos previamente, de forma favorable y de acuerdo con la Entidad, por la Dirección General de MUFACE, debiendo aplicarse el criterio resultante de la correspondiente Comisión Mixta Nacional en la gestión de las Entidades con los beneficiarios, o en su caso, en las Comisiones Mixtas Provinciales.

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 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.

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.

Si la asistencia reclamada hubiera sido facturada al interesado y éste aún no hubiera hecho efectivo el pago, MUFACE podrá realizar el abono directo al acreedor, a partir de la fecha de la resolución estimativa, siempre y cuando el interesado autorice de forma expresa dicho abono directo a su nombre. En este supuesto, la cuantía abonada lo será exclusivamente por el valor de las asistencias prestadas y no podrán ser imputables ni a la Entidad ni a MUFACE los costes de posibles recargos de apremio o intereses de demora.

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 económicas por incumplimiento de obligaciones definidas en el Concierto.

5.6.1 La Entidad está obligada a cumplir las obligaciones previstas y plazos fijados, en su caso, en las Cláusulas 1.5.2, 2.5.3, 2.5.4, 6.2 y 6.3. Cuando, tras el análisis efectuado en la correspondiente Comisión Mixta y tras el procedimiento recogido para cada caso en las Cláusulas 5.6.2 y 5.6.3, se determine que la Entidad ha incurrido en un incumplimiento de alguna de estas obligaciones, la Dirección General de MUFACE fijará las siguientes compensaciones económicas:

- a) El incumplimiento de las obligaciones previstas en la Cláusula 1.5.2. podrá dar lugar al abono de una compensación económica de 150.000 euros por cada una de las provincias en que se produzca dicho incumplimiento.
- 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 15 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 del 7% del importe de la prima mensual, correspondiente al colectivo de las provincias en las que no se hubieran entregado los catálogos dentro del plazo antedicho, cuando la entrega se efectúe durante el mes de enero. En el supuesto de dilatarse la entrega, se incrementará la compensación económica en un 5% adicional por cada mes transcurrido.

En los ejercicios de prórroga del Concierto, 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 de finales del mes de octubre, vendrá obligada a abonar una compensación económica de 3.000 € por mes de demora respecto a la fecha de entrega.

c) El incumplimiento por la Entidad de las obligaciones previstas en la Cláusula 2.5.4 en relación con la actualización de los Catálogos de Servicios o en su caso con la elaboración de una «Addenda» a los mismos, dará lugar al abono por parte de la Entidad de una compensación económica de 3.000 euros por mes de demora respecto a la fecha de entrega, que será de 15 días desde el requerimiento de la referida documentación por MUFACE.

d) El incumplimiento de la obligación prevista en la Cláusula 6.2 dará lugar al abono de una compensación económica del 1% del importe total de las primas de su colectivo, por mes de demora producido en la entrega de la información requerida.

5.6.2 En los supuestos en los que se haya detectado un incumplimiento de las obligaciones recogidas en la Cláusula 1.5.2, el Servicio Provincial correspondiente informará por escrito a la representación de la Entidad sobre el mismo e incluirá el asunto en el orden del día de la inmediata reunión de la Comisión Mixta Provincial para que la Entidad presente las alegaciones correspondientes. Estudiado el asunto, se incluirán en la correspondiente acta de la Comisión las posiciones mantenidas por MUFACE y la Entidad. En caso de que las posiciones fueran concordantes y el resultado de las mismas fuera que tal incumplimiento se considera como no producido, bastará con que este extremo se recoja en el acta aprobada para dar por finalizado el asunto.

En caso de que permanecieran las discrepancias sobre el asunto o no hubiera acuerdo en la existencia de un incumplimiento, 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, si las posiciones fueran concordantes y el resultado de las mismas fuera que tal incumplimiento se considera como no producido, bastará que este extremo se recoja en el acta aprobada para dar por finalizado el asunto y se comunicará a las correspondientes representaciones territoriales de MUFACE y la Entidad.

En caso de acuerdo con la existencia de un incumplimiento o de desacuerdo de las partes en la Comisión Mixta Nacional, resolverá la Dirección General de MUFACE, se procederá a descontar en el siguiente pago mensual a la Entidad el coste de la compensación y se notificará a la Entidad que podrá interponer 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 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.

5.6.3 En los supuestos en los que se haya detectado un incumplimiento de las obligaciones recogidas en las Cláusulas 2.5.3, 2.5.4, 6.2 y 6.3, el Departamento de Prestaciones Sanitarias de MUFACE informará por escrito a la representación de la Entidad sobre el mismo e incluirá el asunto en el orden del día de la inmediata reunión de la Comisión Mixta Nacional para que la Entidad presente las alegaciones correspondientes. Estudiado el asunto, se incluirán en la correspondiente acta de la Comisión las posiciones mantenidas por MUFACE y la Entidad. En caso de que las posiciones fueran concordantes y el resultado de las mismas fuera que tal incumplimiento se considera como no producido, bastará que este extremo se recoja en el acta aprobada para dar por finalizado el asunto.

En caso de acuerdo con la existencia de un incumplimiento o de desacuerdo de las partes en la Comisión Mixta Nacional, resolverá la Dirección General de MUFACE, se procederá a descontar en el siguiente pago mensual a la Entidad el coste de la compensación y se notificará a la Entidad que podrá interponer 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 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.

CAPÍTULO VI

Información y documentación sanitaria

6.1 Normas generales.—A fin de que MUFACE disponga de la información necesaria para la evaluación de las prestaciones sanitarias que han de ser cubiertas por este concierto, su planificación y toma de decisiones, la Entidad facilitará todos los datos sobre los servicios prestados a los mutualistas que se especifican en este Capítulo. Igualmente lo hará sobre aquellos que, aunque no especificados, durante la vigencia del Concierto pudieran ser demandados por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el contexto de desarrollo del Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud. Asimismo, se obliga a requerir de sus profesionales la cumplimentación de cuantos documentos se especifican en este capítulo.

En cualquier caso, la Entidad se obliga a cumplir y hacer cumplir a los profesionales y centros sanitarios incluidos en su Catálogo de Servicios todos los requisitos establecidos en la Ley Orgánica 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, así como a salvaguardar el ejercicio de los derechos de los pacientes recogidos en el artículo 10 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica. Esta salvaguarda de los derechos de los pacientes prestará especial cuidado en lo que se refiere al consentimiento informado y al respeto de las instrucciones previas, derechos establecidos por los artículos 10 y 11 de la Ley 41/2002.

6.2 Información general sobre actividad.

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

6.2.2 La Entidad facilitará a MUFACE, en soporte informático, los datos sobre actividad asistencial relativos a los distintos servicios, ambulatorios y hospitalarios que hayan sido prestados, según el formato que aparece en el Anexo VII del presente Concierto, debiendo aportarse, en distintos cuadros, los datos relativos al colectivo total atendido, a personas hasta 60 años, entre 60 y 70 y a los mayores de 70.

6.2.3 Dichos datos deberán presentarse por trimestre natural venido, dentro de los seis meses siguientes a la finalización del trimestre correspondiente.

6.2.4 El Anexo citado en la Cláusula 6.2.2 se facilitará con una memoria explicativa de los criterios empleados para el cálculo de los costes que se reflejan en los correspondientes cuadros.

Dicha información podrá ser sustituida por aquella elaborada por la propia Entidad, en la que figuren sus análisis de costes a efectos de evaluación económica de su actividad.

6.3 Información económica.—La Entidad deberá facilitar a requerimiento de MUFACE 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. Todo ello en el formato y con la periodicidad que le sean requeridos por MUFACE, para su posterior traslado al Ministerio de Sanidad y Consumo.

6.4 Información sobre asistencia hospitalaria.

6.4.1 La recopilación del Conjunto Mínimo Básico de Datos de los procesos de hospitalización es un requisito de obligado cumplimiento en todo el Sistema Nacional de Salud. Desde hace tres años se han estado dando los pasos y estableciendo las bases para llevar a cabo este objetivo en el marco específico de relación de MUFACE con las Entidades y de éstas con sus centros, siendo su remisión, según queda establecido en este capítulo, una práctica obligatoria a partir de este ejercicio.

El tratamiento de la información contenida en este Conjunto Mínimo Básico de Datos permitirá a MUFACE disponer del conocimiento de los servicios prestados y de los procesos atendidos de sus beneficiarios en los centros propios y concertados de la Entidad, lo que le permitirá desarrollar adecuadamente las funciones de gestión, estudios epidemiológicos y evaluación de la calidad de sus servicios sanitarios que viene obligada a realizar como administración sanitaria pública y para las que está legalmente habilitada de acuerdo con su normativa específica y el artículo 53 y la Disposición Adicional Cuarta de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. MUFACE informará a sus beneficiarios acerca de que sus datos de salud pueden ser tratados para estos fines.

En cumplimiento de lo establecido en los artículos 9 y 12 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, MUFACE, como responsable del tratamiento de dicha información, exigirá que la Entidad recabe de los centros sanitarios detallados en los catálogos de servicios los datos de los beneficiarios de MUFACE

que tenga adscritos y que hayan sido dados de alta hospitalaria o sometidos a procedimientos de cirugía mayor ambulatoria, los custodie y los transmita a MUFACE. En este proceso de transmisión de la información de los centros a la Entidad y de la Entidad a MUFACE, los datos transmitidos no podrán ser comunicados a otras personas, ni utilizados o aplicados por la Entidad para fines distintos a los mencionados en el párrafo anterior, para lo que se aplicarán las pertinentes medidas de seguridad de nivel alto, que garanticen la confidencialidad de los datos relativos a la salud de los protegidos y eviten cualquier alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado de los mismos.

6.4.2 La Entidad requerirá 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 el 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 27 variables al alta hospitalaria siguientes:

1. Identificación de la Mutualidad.
2. Identificación de la Aseguradora.
3. Identificación del Hospital.
4. Código postal del Domicilio (residencia).
5. Número de historia clínica.
6. Número de episodio.
7. Código de identificación del paciente.
8. Fecha de nacimiento.
9. Sexo.
10. Tipo de asistencia (código de identificación de asistencia sanitaria).
11. Fecha de ingreso.
12. Tipo de ingreso.
13. Fecha de alta.
14. Circunstancia de alta / Motivo de alta.
15. Servicio de ingreso.
16. Servicio de alta.
17. Código del hospital de traslado.
18. Médico al alta.
19. Diagnóstico Principal.
20. Diagnóstico/s secundario/s.
21. Morfología de la/s neoplasia/s (Código M).
22. Código E.
23. Procedimiento/s.
24. Fecha de procedimiento principal/fecha de intervención.
25. Semanas de gestación.
26. Peso/s del recién nacido/s.
27. Sexo/s del recién nacido/s.

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

6.4.3 La Entidad se ocupará de informar a los beneficiarios de este Concierto en las autorizaciones de ingreso en centro hospitalario o de cirugía mayor ambulatoria que emita de que sus datos de salud pueden ser tratados por MUFACE para los fines establecidos, siempre con las recomendaciones y cautelas establecidas por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

6.4.4 La Entidad facilitará a MUFACE los datos del CMBD para su posterior explotación y análisis en soporte informático, según el formato e instrucciones que aparecen recogidos en el Anexo VIII del presente Concierto.

6.4.5 Dichos datos deberán presentarse por trimestre natural vencido, dentro de los seis meses siguientes a la finalización del trimestre correspondiente.

6.4.6 Para el ejercicio 2008 se requerirá la entrega del CMBD de un mínimo del 35% de las altas hospitalarias producidas en centros sanitarios propios o concertados. En los ejercicios siguientes este porcentaje se incrementará según la extensión que haya alcanzado la exigencia del CMBD por las CCAA para las clínicas privadas.

6.5 Documentación clínica.

6.5.1 Toda la información a que se refiere el apartado anterior se ha de conservar durante el tiempo que la legislación establezca en soporte papel y/o soporte informático; en cualquier caso deberá cumplirse con los requisitos legales ya referidos en la Cláusula 6.1.

6.5.2 El informe de alta, tanto en régimen de hospitalización como de consulta externa, 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 o del proceso del que esté siendo atendido en consulta externa. Asimismo, se le proveerá de una copia para su entrega

al médico responsable del seguimiento del paciente, mientras que otra copia del informe de alta quedará archivada en la historia clínica.

6.5.3 También se hará entrega, a petición del interesado, de una copia 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, según establece 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.

6.6 Documentación sanitaria.

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

a) Cumplimentar los partes de enfermedad, accidente o riesgo durante el embarazo y maternidad establecidos por MUFACE, para la valoración y concesión, en su caso, de las licencias por enfermedad de los funcionarios, así como aquellos informes que sean necesarios para acreditar estas situaciones, con estricto cumplimiento de la legalidad vigente. En dichos partes el diagnóstico deberá figurar codificado según las normas de clasificación internacional de enfermedades (CIE-9-MC, DSM-IV...). Colaborar asimismo los facultativos en los procedimientos dirigidos a la comprobación de la patología que originó la licencia por enfermedad y sus prórrogas.

b) 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.

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

d) 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.

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

f) Cumplimentar, en las prescripciones de material ortoprotésico, el código del producto ortoprotésico que prescriben, según figura en el Catálogo General de Material Ortoprotésico de MUFACE.

CAPÍTULO VII

Duración, régimen económico y precio del Concierto

7.1 Duración del Concierto.

7.1.1 Los efectos del presente Concierto se iniciarán a las cero horas del día uno de enero del año 2007 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.

7.1.2 Para los años 2008 y 2009 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 7.1.1.

7.1.3 Si no existiese acuerdo de prórroga del Concierto para el año 2008, la Entidad continuará obligada por el contenido de éste en el año 2007, para el colectivo que tuviera adscrito al treinta y uno de diciembre de dicho año, hasta el treinta y uno de enero del año 2008 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 2008 y por el colectivo adscrito a treinta y uno de diciembre del año 2007, el precio por persona/mes que se establezca para las Entidades que suscriban la prórroga del Concierto para el año 2008. No obstante, del importe a abonar por dicho mes, MUFACE retendrá un diez por ciento hasta el treinta y uno de diciembre del año 2008, 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 2008, sin perjuicio, en todo caso, de lo previsto para hospitalizaciones y maternidad en el párrafo primero de esta Cláusula.

7.1.4 Cuanto se dispone en la Cláusula 7.1.3 será de plena aplicación para el caso de que, prorrogado el Concierto para el año 2008, no se prorrogase, sin embargo, para el año 2009, y para el supuesto de que, habiéndose prorrogado para el 2009 no se formalizara un nuevo Concierto, entendiéndose que las referencias de fechas en aquella contenidas se desplaza a los años siguientes.

7.2 Régimen económico del Concierto.

7.2.1 Sin perjuicio del nacimiento y extinción para los beneficiarios de los derechos derivados del Concierto en los términos previstos en las cláusulas correspondientes, las altas causarán efectos económicos a las cero horas del día uno del mes siguiente a aquél en que se produzcan y las bajas a las veinticuatro horas del último día del mes en que hubieran tenido lugar.

7.2.2 Consiguientemente, cada pago mensual tendrá en cuenta el número de titulares y de beneficiarios existentes a las cero horas del día uno del mes de que se trate, a cuyos efectos, MUFACE emitirá la oportuna certificación comunicando la cifra de titulares y beneficiarios adscritos a la Entidad, diferenciados por edad, según los parámetros establecidos en la Cláusula 7.3.1. El pago se efectuará por 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.

7.2.3 MUFACE pondrá a disposición de la Entidad, en la primera semana de cada mes, en fichero electrónico, la relación completa con todos los datos del colectivo, incluyendo las altas, bajas y variaciones producidas durante ese período, referida a las veinticuatro horas del último día del mes precedente.

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

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

7.2.5 La Entidad presentará las reclamaciones separadamente, conforme a la clasificación anterior, y lo acompañará de fichero electrónico con las mismas características técnicas que el entregado 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.

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

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

7.2.7 En el supuesto de asistencia sanitaria por lesiones producidas o enfermedad derivada o agravada por accidentes cubiertos por cualquier modalidad de seguro obligatorio o cuando el coste de la asistencia sanitaria prestada deba ser satisfecho legal o reglamentariamente por organismos públicos distintos de 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.

7.2.8 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.

7.3 Precio del Concierto.

7.3.1 La composición de la población protegida por este concierto ha experimentado variaciones importantes, por lo que, con el fin de equilibrar las desigualdades producidas, derivadas fundamentalmente de la evolución de la pirámide de edad del colectivo de MUFACE, durante la vigencia del presente concierto el importe máximo de las primas se distribuirá de la siguiente manera:

a) 70,14 euros por mes por cada beneficiario protegido que, a 31 de diciembre de 2007, tuviese 70 o más años de edad, según los criterios de altas y bajas que a efectos económicos se establecen en la Cláusula 7.2.1.

b) 59,12 euros por mes por cada beneficiario protegido que, a 31 de diciembre de 2007, tuviese una edad comprendida entre 60 o más años e inferior a los 70, según los criterios de altas y bajas que a efectos económicos se establecen en la Cláusula 7.2.1.

c) 52,86 euros por mes por cada beneficiario protegido que, a 31 de diciembre de 2007, fuese menor de 60 años de edad, según los criterios de altas y bajas que a efectos económicos se establecen en la Cláusula 7.2.1.

El importe de la prima a abonar por cada nuevo beneficiario durante la vigencia de este Concierto será la correspondiente al grupo de edad establecido en los apartados anteriores y de acuerdo con la edad del beneficiario a su fecha de alta en la Mutualidad.

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

Las cantidades serán satisfechas con cargo a la aplicación 22.102.312E.251, dentro de las disponibilidades presupuestarias del Organismo.

7.3.2 El abono por parte de MUFACE a la Entidad de las cantidades máximas a las que hace referencia el apartado anterior se hará efectivo de la siguiente forma:

A) Mensualmente:

a) 70 euros por mes y beneficiario que esté incluido en el grupo de edad de 70 o más años.

b) 59 euros por mes y beneficiario que esté incluido en el grupo de edad de menores de 70 años y mayores de 60.

c) 52,75 euros por mes y beneficiario que esté incluido en el grupo de edad de menores de 60 años.

B) Anualmente:

Si la Entidad ha cumplido los objetivos sobre el proyecto de informatización de la historia clínica y las recetas de acuerdo con lo establecido en la Cláusula 2.1.6, antes del 31 de diciembre de 2008, y conformidad de MUFACE, se abonarán además las siguientes cantidades destinadas a sufragar los gastos realizados conforme a lo acordado en el Grupo de Trabajo establecido en la Cláusula 2.1.6:

a) 0,14 euros por mes y beneficiario que esté incluido en el grupo de edad de 70 o más años.

b) 0,12 euros por mes y beneficiario que esté incluido en el grupo de edad de 60 o más años e inferior a 70.

c) 0,11 euros por mes y beneficiario que esté incluido en el grupo de edad de menores de 60 años.

7.3.3 Cuota asociada a la mejora en la calidad de la prescripción farmacéutica.—Si la Entidad ha cumplido el objetivo cuantitativo de dispensación de medicamentos genéricos recogido en la cláusula 3.7.2., se abonará una cuota mensual adicional por beneficiario por importe de 0'50 euros.

El pago de esta cuota se realizará trimestralmente, en el momento en que se disponga de la información relativa a la facturación de recetas del correspondiente trimestre.

7.3.4 A) 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.

B) Se estima necesario avanzar en la consideración del ajuste por riesgos de la prima a fin de establecer un precio del Concierto relacionado con los costes esperados de la prestación del servicio. Para ello, habrá de disponer MUFACE de información sobre las actividades realizadas en los diferentes niveles asistenciales, hospitalario y extrahospitalario, de forma individualizada, de los pacientes incluidos en la base de datos asistencial de colectivo cubierto por este Concierto. En una primera fase, y una vez que se disponga de la explotación de los datos del CMBD, los ajustes se referirán al componente de los gastos por hospitalización. Posteriormente, cuando se disponga de datos de asistencia ambulatoria, se podrá definir con más precisión una tarifa de pago capitativo ajustada al riesgo del colectivo cubierto por este Concierto.

7.3.5 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, los de tipo tecnológico, dotación material y recursos humanos. Para ello, de igual manera que se hizo en ejercicios anteriores, MUFACE llevará a cabo un Plan de evaluación de la calidad de los servicios sanitarios prestados a los mutualistas y beneficiarios de MUFACE.

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 órganos de MUFACE
- Anexo VI: Baremo para reintegros.
- Anexo VII: Información sobre actividad asistencial y datos económicos.
- Anexo VIII: Información sobre asistencia hospitalaria.
- Anexo IX: Criterios de cobertura en reproducción humana asistida.

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 Régimen General de la Seguridad Social, reintegrándose, en su caso, del tercero obligado al pago del coste de la asistencia prestada. Por tanto, 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 cada una de ellas. 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 abonar a cada Entidad por el presente Concierto de Asistencia Sanitaria, entendiéndose realizado el pago por cuenta de la misma.

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 2008.

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 las islas no capitalinas con población superior a 75.000 habitantes, el Catálogo de Servicios de la Entidad deberá incluir

los servicios establecidos en el Capítulo II del presente Concierto para el Nivel III 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 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) Odontología: 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, Cobaltoterapia, Radiumterapia e Isótopos Radiactivos, Braquiterapia y Acelerador Lineal.
 - g) Diagnóstico por imagen: Tomografía Axial Computerizada, Resonancia Magnética, Ortopantomografía y Mamografía.
 - h) Tratamiento en Unidad del Dolor.
 - i) Tratamiento en Unidad del Sueño.
 - j) Litotricia renal.
 - k) Psicoterapia.
 - l) Asistencia a médicos consultores.
 - m) Podología.
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 de vacunación que pueda desarrollarse por las administraciones públicas sanitarias sobre población general o grupos de riesgo, por situaciones que epidemiológicamente lo aconsejen.
- 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 6.6.1.d) 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 Incapacidad Temporal (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. Otro tanto sucederá en el caso de 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 de los procedimientos de reconocimiento de una gran invalidez o de una lesión permanente no invalidante, recogidos en los artículos 105 y 107.2 o 109 y 110, respectivamente, del Reglamento General del Mutualismo Administrativo, aprobado por Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo, 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 siguiente 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 a continuación detallado, 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 se 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 VI 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	
PRESCRIPCIÓN AUTORIZADA Para asignación de facultativo PRESENTESE este impreso en las OFICINAS DE LA ENTIDAD MÉDICA del mutualista.	(ESPACIO PARA LA FIRMA DEL DIRECTOR DEL SERVICIO O JEFE DE LA OFICINA DELEGADA).

Nota: La firma podrá estar incluida en el sello.

B) Fórmula para acreditar la entrega 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 VIII

Información sobre asistencia hospitalaria

Estructura del CMBD

Variable	Longitud
1. Identificación de la Mutualidad	2
2. Identificación de la Aseguradora	6
3. Identificación del Hospital	6
4. Código postal del Domicilio (residencia)	5
5. Número de historia clínica	10
6. Número de episodio	12
7. Código de identificación del paciente	16
8. Fecha de nacimiento	8
9. Sexo	1
10. Tipo de asistencia (código de identificación de asistencia sanitaria)	3
11. Fecha de ingreso	8
12. Tipo de ingreso	1
13. Fecha de alta	8
14. Circunstancia de alta / Motivo de alta	2
15. Servicio de ingreso	4
16. Servicio de alta	4
17. Código del hospital de traslado	6
18. Médico al alta	5
19. Diagnóstico Principal	6
20. Diagnóstico/s secundario/s	6
21. Morfología de la/s neoplasia/s (Código M)	7
22. Código E	6
23. Procedimiento/s	5
24. Fecha de procedimiento principal/fecha de intervención ..	8
25. Semanas de gestación	2
26. Peso/s del recién nacido/s	4
27. Sexo/s del recién nacido/s	1

Formatos de archivo

Los formatos de archivo de CMBD pueden ser:

Texto de ancho fijo.

Texto delimitado por el carácter « | »

Formatos de las fechas:

Si el formato del archivo es de texto de ancho fijo, el formato de las fechas debe ser DDMMYYYY (Día con 2 cifras, mes con 2 cifras, año con 4 cifras).

Si el formato del archivo es de texto delimitado, el formato de las fechas debe ser DD/MM/YYYY (día con 2 cifras, mes con 2 cifras, año con 4 cifras).

Descripción de los campos

Identificación de la Mutualidad:

Campo alfanumérico de 2 posiciones.

Se refiere a la Mutualidad a la que pertenece el beneficiario que ha recibido la asistencia sanitaria. Se pondrá el código 60.

Identificación de la Aseguradora:

Campo alfanumérico de 6 posiciones.

Se refiere a la Entidad o institución que financia el episodio del paciente. Se rellenará con el código correspondiente, rellenando con ceros los espacios sobrantes a la derecha del mismo.

Identificación del Hospital:

Campo alfanumérico de 6 posiciones.
 Código que figura en el catálogo nacional de hospitales.
 Código Postal.
 Campo alfanumérico de 5 posiciones.
 Código postal del domicilio habitual del paciente.
 Número de la historia clínica del paciente.
 Campo alfanumérico de 10 posiciones.

El paciente se identificará única y exclusivamente por el número de la historia clínica, lo que exige la utilización de un número de historia único por paciente en cada hospital.

En caso de que el número de historia tenga menos de 9 caracteres, se justificará a la izquierda, dejando las restantes posiciones a la derecha en blanco.

Número de Episodio.
 Campo alfanumérico de 12 caracteres.

Código propio de cada centro. Es un número único, asignado a cada uno de los episodios de cada paciente atendido en el centro.

En caso de que el número de episodio tenga menos de 12 caracteres, se justificará a la izquierda, dejando las restantes posiciones a la derecha en blanco.

Código de identificación Individual.
 Campo alfanumérico de 16 posiciones.

Fecha de nacimiento:

Campo alfanumérico de 8 posiciones. Las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año.

Sexo del paciente.
 Campo alfanumérico con 1 posición.

Se codificará en las siguientes categorías:

1. Hombre.
2. Mujer.
3. Indeterminado.

Tipo de asistencia:

Campo alfanumérico de 3 posiciones.
 Procedencia del Ingreso.

Fecha de ingreso:

Campo alfanumérico de 8 posiciones. Las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año.

Tipo de ingreso:

Campo alfanumérico con 1 posición.
 Se codificará en las siguientes categorías:

1. Urgente: El ingreso urgente es el que no cumple los requisitos del programado y ha sido atendido habitualmente en el área de urgencias,
2. Programado: Se considera ingreso programado el concertado con fecha anterior al mismo.

Fecha de alta:

Campo alfanumérico de 8 posiciones. Las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año.

Circunstancias o motivos de alta.
 Campo alfanumérico de 2 posiciones.

Se entiende por circunstancia al alta el destino del paciente tras el cierre del episodio.

Se codificará en las siguientes categorías:

1. Domicilio: Se refiere al regreso a la residencia habitual del paciente, tanto ésta sea un domicilio particular o una residencia social (si ésta era la procedencia del paciente al ingreso).

2. Traslado a otro hospital: Se asignará este código cuando el destino del paciente sea otro centro hospitalario, siempre que no se trate de un episodio de cirugía ambulatoria, en cuyo caso se seleccionará la categoría 4.

Siempre que se seleccione esta categoría se cumplimentará el campo Hospital de traslado.

3. Traslado a un centro sociosanitario: Se incluyen en esta categoría los traslados a centros sustitutorios del propio domicilio, destinados al alojamiento temporal o permanente de personas que presentan algún grado de limitación que impida la realización autónoma de las actividades de la vida diaria, sin que puedan mantener una calidad de vida adecuada en su medio habitual y que no precisen de cuidados hospitalarios continuados ni se encuentren en situación terminal.

4. Traslado a hospitalización convencional desde cirugía ambulatoria: Se incluye en esta categoría el traslado de un paciente de cirugía ambulatoria que precisa hospitalización convencional en el mismo centro u otro.

Siempre que se seleccione esta categoría se cumplimentará el campo Hospital de Traslado.

5. Alta voluntaria: Cuando el alta se produce a instancias del propio paciente sin que exista indicación médica.

6. Fuga: Cuando el enfermo abandone el centro donde estaba ingresado sin conocimiento del mismo.

7. Exitus.

8. Otros: Se incluirá en este concepto cualquier modalidad de alta no descrita en las anteriores categorías.

Servicio de ingreso:

Campo alfanumérico de 4 posiciones.
 Servicio responsable de la firma del ingreso hospitalario.

Servicio de alta:

Campo alfanumérico de 4 posiciones.
 Servicio responsable de la firma de la alta hospitalaria.

Código del hospital de traslado:

Campo alfanumérico de 6 posiciones.
 Código del hospital al que es trasladado un paciente cuando la circunstancia de alta indica un traslado a otro hospital. El Código debe figurar en el catálogo nacional de hospitales.

Médico al alta:

Código alfanumérico de 5 caracteres.
 Identificación del Médico especialista del alta del paciente.

Diagnóstico Principal.

Campo alfanumérico 6 posiciones.

Es la afección que después del estudio necesario se establece que fue la causa del ingreso en el hospital de acuerdo con el criterio del Servicio clínico o facultativo que atendió al paciente, aunque durante su estancia hayan aparecido complicaciones importantes e incluso otras afecciones independientes.

Se codificará con la CIE-9-MC y cuyo número de revisión y edición vigente para cada año será la oficial del Ministerio de Sanidad.

Se grabará el código de la CIE-9-MC incluyendo el punto en el lugar correspondiente.

Diagnósticos secundarios.

Campo alfanumérico 6 posiciones.

Son aquéllos que coexisten con el principal en el momento del ingreso o se desarrollan a lo largo de la estancia hospitalaria, que influyen en la duración de la misma o en el tratamiento administrado. Se codifica con la CIE-9-MC.

Tenemos la posibilidad de trabajar con hasta 12 diagnósticos secundarios.

Se codificará con la CIE-9-MC y cuyo número de revisión y edición vigente para cada año será la oficial del Ministerio de Sanidad.

Se grabará el código de la CIE-9-MC incluyendo el punto en el lugar correspondiente.

Códigos de Morfologías de las Neoplasias.

Campo alfanumérico de 7 posiciones.

Recogerá el tipo histológico de la/s neoplasia/s y su comportamiento.

El sistema de codificación es el del apéndice A de Morfología de Neoplasias de la CIE-9-MC.

Se grabará el código de la CIE-9-MC incluyendo la barra (/) en la posición correspondiente.

Causas Externas:

Código alfanumérico de 6 posiciones.

Los códigos E clasifican acontecimientos, circunstancias, fármacos o condiciones ambientales que sean causa de lesiones traumáticas, intoxicaciones o reacciones adversas a medicamentos.

Se codificará con la CIE-9-MC y cuyo número de revisión y edición vigente para cada año será la oficial del Ministerio de Sanidad.

Se grabará el código de la CIE-9-MC incluyendo el punto en el lugar correspondiente.

Procedimientos.

Campo alfanumérico de 5 posiciones.

Se recogerán los procedimientos efectuados en el episodio de hospitalización del paciente.

Tenemos la posibilidad de trabajar con hasta 13 procedimientos.

Se codificará con la CIE-9-MC y cuyo número de revisión y edición vigente para cada año será la oficial del Ministerio de Sanidad.

Se grabará el código de la CIE-9-MC incluyendo el punto en el lugar correspondiente.

Procedimiento: Resonancia magnética nuclear |8|8|.|9|4|

Procedimiento Quirúrgico: Cesárea cervical baja |7|4|.|11| |

Fecha de intervención.

Campo alfanumérico de 8 posiciones. Las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año.

Sólo debe cumplimentarse en el caso de que al paciente se le haya practicado una intervención quirúrgica o cualquier procedimiento realizado en

quirófano. En caso de haberse realizado más de una, se registrará la fecha de la primera de ellas.

Semanas de gestación:

Código alfanumérico de 2 caracteres.

Semanas de gestación. Se especificará en semanas completas.

Peso del recién nacido.

Código alfanumérico de 4 caracteres.

Hace referencia al peso del recién nacido en las primeras 24 horas, antes de la pérdida efectiva de peso. Se especificará en gramos.

El valor debe estar entre 100 y 9999 gramos.

Sexo del recién nacido.

Campo alfanumérico con 1 posición.

Se codificará en las siguientes categorías:

1. Hombre.
2. Mujer.
3. Indeterminado.

Observaciones:

Las variables fecha de nacimiento, fecha de ingreso, fecha de alta, sexo, circunstancias al alta y diagnóstico principal son de obligado cumplimiento, considerándose inválido cualquier registro que carezca de dichos campos. Asimismo, será necesaria la inclusión de un campo identificador del episodio tratado para que el registro sea considerado válido.

Los sistemas informáticos del hospital o centro sanitario concertado deberán ser adaptados, en caso necesario, para la adecuada obtención de los datos solicitados, en orden y formatos correctos, con el fin de un correcto procesamiento de los mismos. En el caso de que los datos no se adapten a los requerimientos solicitados, podrán ser invalidados para dicho procedimiento informático.

ANEXO IX

Criterios de cobertura en reproducción humana asistida

La Guía de recomendaciones en Reproducción Humana Asistida a la que se alude en la cláusula 3.9.1. del Concierto recoge los principios de actuación consensuados por un grupo de expertos en esta materia para garantizar un uso racional de las técnicas de reproducción humana asistida y reducir los riesgos potenciales asociados a su aplicación, estableciendo unos criterios para determinar las situaciones en las que se ha de atender la cobertura de estas técnicas, todo ello, con sujeción a lo dispuesto en la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de Reproducción Humana Asistida y normas concordantes.

Atendiendo a estos criterios, se atenderá la cobertura de técnicas de Reproducción Humana Asistida en las siguientes situaciones:

El tratamiento en parejas en las que exista un diagnóstico de esterilidad, primaria o secundaria, por factor femenino o masculino, que impida conseguir una gestación o cuando exista indicación clínica de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 1 y 12 de la Ley 14/2006 de 26 de mayo, sobre técnicas de Reproducción Humana Asistida.

En mujeres en las que exista un diagnóstico de esterilidad por patología ginecológica que impida conseguir una gestación, con independencia de la existencia o no de pareja.

La existencia de hijos previos no será motivo de exclusión para la cobertura de estas técnicas, siempre y cuando se cumplan los requisitos establecidos en este Anexo.

En cualquier caso los tratamientos de reproducción humana asistida, valorados los criterios técnicos establecidos por el grupo de expertos, estarán sujetos a límites en cuanto al número de ciclos y edad de la paciente, atendiendo a principios de eficiencia y seguridad para asegurar la mayor efectividad con el menor riesgo posible.

1. Límites relativos al número de ciclos de tratamiento y a la edad.—Los límites establecidos en este Anexo han de entenderse por cada expectativa de consecución de un hijo, es decir, que si como resultado de un tratamiento de reproducción asistida con técnicas de FIV se ha conseguido el nacimiento de un hijo, el planteamiento de tener un nuevo hijo y la correspondiente prescripción facultativa, inicia el cómputo de nuevos ciclos.

	Inducción ovulación	Inseminación artificial	F.I.V.*	F.I.V. con donación ovocitos/preembriones
N.º ciclos.	Máximo 6.		Máximo 4.	
Edad.	Menores de 42 años.		Menores de 46 años.	

* Incluidas la técnicas complementarias.

En los casos de la utilización de ovocitos y tejido ovárico criopreservados así como la transferencia de preembriones sobrantes de ciclos FIV autorizados, el límite de edad será el establecido para la técnica FIV con donación de ovocitos/preembriones.

Para la correcta interpretación y aplicación de los límites se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

a) Para considerar que una paciente ha realizado un ciclo FIV, deberá haber llegado al menos a la fase de recuperación de ovocitos.

b) Cuando existan preembriones congelados sobrantes, procedentes de ciclos FIV autorizados, la transferencia de los mismos forma parte del mismo ciclo FIV en el que se obtuvieron los preembriones, siendo financiada la transferencia de los preembriones hasta el día anterior en que la mujer cumpla 46 años.

c) No se autorizará un nuevo ciclo FIV cuando existan preembriones sobrantes criopreservados procedentes de ciclos anteriores.

d) Si tras la realización de alguna técnica de reproducción humana asistida y conseguido un embarazo la paciente aborta, se podrá repetir un nuevo ciclo con la técnica por la que se produjo la gestación, una vez haya concluido el número máximo de ciclos establecidos.

e) Para el cómputo del número máximo de ciclos establecido, se tendrá en cuenta el número total de ciclos realizados con independencia del financiador. Por ello, en caso de que una pareja se acoja a la cobertura de este Concierto, tras haberse sometido previamente a tratamiento de reproducción humana asistida, se tendrá en cuenta el número de ciclos que se hubiera realizado hasta el momento y se dará cobertura a los que corresponda, hasta completar el número máximo de ciclos establecidos.

2. Otros límites y condiciones.

a) En el caso de las técnicas de reproducción humana asistida con donación de gametos y preembriones, los gastos derivados de las actuaciones y en su caso, los medicamentos que requieran las donantes, serán a cargo de la Entidad al formar parte del coste de la técnica utilizada. En ningún caso podrán repercutirse sobre la paciente receptora de la donación.

b) No se consideran incluidas, entre las prestaciones financiadas, las técnicas de reproducción asistida que se realicen cuando la esterilidad de algún miembro de la pareja se haya producido voluntariamente o sobrevenga como consecuencia del proceso fisiológico natural propio de la finalización del ciclo reproductivo de la persona.

c) Se atenderá la cobertura de la criopreservación y mantenimiento del semen de los varones que vayan a someterse a tratamientos de cirugía, radioterapia, quimioterapia y determinados fármacos, que puedan afectar de forma importante a su fertilidad, durante el período de tiempo que determine la normativa vigente en cada momento.

d) Asimismo habrá de atenderse la cobertura de la criopreservación y mantenimiento de ovocitos y tejido ovárico de mujeres, que vayan a someterse a tratamientos de cirugía, radioterapia, quimioterapia y determinados fármacos y/o a técnicas de reproducción asistida, y la de los preembriones sobrantes de ciclos FIV autorizados, hasta el día anterior en el que la mujer cumpla los 46 años de edad.

MINISTERIO DE MEDIO AMBIENTE

21772

RESOLUCIÓN de 24 de octubre de 2007, de la Dirección General para la Biodiversidad, por la que se publica el Convenio de colaboración entre el Ministerio de Medio Ambiente, la Consejería de Medio Ambiente de la Comunidad de Castilla y León, Iberdrola S.A. y el Instituto para la Diversificación y Ahorro de la Energía, para la realización de un proyecto demostración que determine las posibilidades de uso de biomasa para la co-combustión en centrales térmicas.

Previa su tramitación reglamentaria, y con fecha 11 de octubre de 2007, el Ministerio de Medio Ambiente, la Consejería de Medio Ambiente de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, la Compañía IBERDROLA y el Instituto para la Diversificación y Ahorro de la Energía (IDAE), han suscrito un Convenio de colaboración para la ejecución del Proyecto demostración del aprovechamiento de la biomasa forestal residual en el entorno de una central térmica de carbón en Castilla y León, cuyo texto, que se transcribe como anexo a esta Resolución, procede sea publicado conforme a lo establecido en el punto noveno del Acuerdo de Consejo de Ministros de 2 de marzo de 1990 («Boletín Oficial del Estado» del 16).

Madrid, 24 de octubre de 2007.—El Director General para la Biodiversidad, José Luis Herranz Sáez.