



BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO

AÑO CCCXLVIII

LUNES 15 DE DICIEMBRE DE 2008

NÚMERO 301

FASCÍCULO SEGUNDO

III. Otras disposiciones

MINISTERIO DE JUSTICIA

20290 *RESOLUCIÓN de 19 de noviembre de 2008, de la Mutualidad General Judicial, por la que se publica la prórroga del concierto para la prestación de asistencia sanitaria de beneficiarios de Mugeju para 2009.*

En aplicación de lo previsto en el artículo 17 del Real Decreto 3/2000, de 23 de junio, y 63 del Real Decreto 3283/1978, de 3 de noviembre, esta Mutualidad General Judicial ha suscrito conciertos con diversas entidades autorizadas en el ramo de enfermedad para la prestación de la asistencia sanitaria a beneficiarios de la misma durante el año 2009.



MINISTERIO
DE LA PRESIDENCIA

En cumplimiento de lo determinado en la base número 8 de la convocatoria publicada por Resolución de 10 de noviembre de 2006, (BOE número 275, de 17 de noviembre), la Gerencia de la Mutualidad General Judicial acuerda publicar la addenda al Concierto así como la relación de las entidades de seguros que han suscrito el mismo.

Esta Gerencia resuelve:

1. Publicar los citados acuerdos de prórroga, que fueron firmados el 29 de octubre de 2008, por la Mutualidad General Judicial y la entidad correspondiente, y que tienen el siguiente tenor literal

«MANIFIESTAN

Primero.—La cláusula 7.1.2 del Concierto suscrito entre Mugeju y la Entidad, el día 22 de diciembre de 2006, para la prestación de la asistencia sanitaria de beneficiarios de Mugeju durante 2007, prevé la posibilidad de prórroga de los efectos del mismo, anualmente para 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 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 10 de noviembre de 2006, de convocatoria de solicitudes para dicho Concierto (BOEde 17 de noviembre de 2006).

En virtud de lo expuesto,

ACUERDAN

Primero.—Prorrogar en todos sus términos, para el año 2009 el Concierto suscrito entre las partes el 22 de diciembre de 2006 para la prestación de asistencia sanitaria a beneficiarios de Mugeju durante 2007, sin perjuicio de la nueva redacción de las cláusulas contenidas en la "Addenda" que se acompaña como anexo al presente acuerdo. La prórroga tendrá efectos desde las cero horas del día uno de enero de 2009 hasta las veinticuatro horas del día treinta y uno de diciembre de 2009.

Segundo.—Fijar el precio que Mugeju abonará a la Entidad por las obligaciones que a ésta corresponden en virtud del Concierto para 2009 será de 74,50 euros por mes, por cada beneficiario protegido que tuviese 70 o más años de edad a las veinticuatro horas del último día del mes anterior al que corresponda el pago, según los criterios de altas y bajas que a efectos económicos se establecen en la cláusula 7.2.1. Asimismo, Mugeju abonará a la Entidad la cantidad de 62,00 euros por mes+ por cada beneficiario protegido que tuviese una edad comprendida entre 60 o más años e inferior a los 70 de edad a las veinticuatro horas del último día del mes anterior al que corresponda el pago, según los criterios de altas y bajas que a efectos económicos se establecen en la cláusula 7.2.1. Por otro lado, Mugeju abonará a la Entidad la cantidad de 56,00 euros por mes por cada beneficiario protegido que tuviese menos de 60 años de edad a las veinticuatro horas del último día del mes anterior al que corresponda el pago, según los criterios de altas y bajas que a efectos económicos se establecen en la cláusula 7.2.1.

Tercero.—De conformidad con la previsión de la base 6.1 de la mencionada Resolución de 10 de noviembre de 2006, de convocatoria de presentación de solicitudes para suscribir Concierto para la prestación de la asistencia sanitaria en territorio nacional a beneficiarios de la misma, la presente prórroga queda sometida a la condición suspensiva de existencia de crédito adecuado y suficiente para financiar las obligaciones derivadas de ella.»

2. Publicar la addenda del mencionado Acuerdo, que contiene las modificaciones al texto original del concierto y el texto refundido en 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.

3. 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:

Adeslas, Sociedad Anónima.
ASISA, Sociedad Anónima.
CASER, Sociedad Anónima.
DKV Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima Española, (Sociedad Unipersonal).
MAPFRE Caja-Salud de Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima.
Nueva Equitativa Compañía de Seguros, Sociedad Anónima.
Sanitas, Sociedad Anónima de Seguros.

Madrid, 19 de noviembre de 2008.—El Gerente de la Mutualidad General Judicial, José Manuel Arocha Armas.

ADDENDA

«ANEXO A LA PRORROGA PARA 2009 DEL CONCIERTO PARA LA PRESTACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA A BENEFICIARIOS DE MUGEJU

Addenda de modificaciones en la redacción del concierto

1. MODIFICACIONES EN EL CAPÍTULO II. MEDIOS DE LA ENTIDAD

2.2.1 Nivel I de asistencia sanitaria.

.../...

C) Criterio supletorio. Como criterio supletorio de lo previsto en la presente cláusula, se tendrá en cuenta que, en las zonas rurales expresamente previstas en los Convenios a que se refiere el anexo I de este Concierto, la asistencia sanitaria a nivel ambulatorio, domiciliario o de urgencia a cargo del médico general o de familia, pediatra, diplomado en enfermería y matrona se podrá prestar por los servicios de atención primaria y de urgencias 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.

En los municipios de Comunidades Autónomas con las que no se hayan formalizado Convenios de colaboración y en los que no se disponga de medios concertados, la Entidad facilitará el acceso de los beneficiarios a los servicios de atención primaria dependientes de la correspondiente Comunidad Autónoma.

2.2.2 Nivel II de Asistencia Sanitaria.

.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, excepto la Rehabilitación, debiendo estar los facultativos de guardia, bien de presencia física o localizada. En todo caso, los servicios centrales estarán siempre disponibles.

2.2.3 Nivel III de Asistencia Sanitaria.

.../...

Atención de Urgencia: hospitalaria y extrahospitalaria. En este nivel, la atención hospitalaria de urgencias comprenderá todas aquellas especialidades que aparecen en la Cartera de Servicios de atención especializada Nivel III en servicios de hospitalización, señalados con asterisco en el cuadro correspondiente, debiendo estar los facultativos de guardia bien de presencia física o localizada. En todo caso, los servicios centrales estarán siempre disponibles.

Cuadro 2

Cartera de servicios de atención especializada nivel III

Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades funcionales	Servicios	Unidades funcionales
<p>Área Médica</p> <p>Alergología. Aparato Digestivo. Cardiología.</p> <p>Dermatología. Endocrinología. Estomatología. Hematología. Medicina Interna. Nefrología.</p> <p>Neumología. Neurología. Oncología Médica.</p> <p>Pediatría. Psiquiatría.</p> <p>Rehabilitación y Fisioterapia.</p> <p>Reumatología.</p>	<p>Electrofisiología.</p> <p>Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal Domiciliaria.</p>	<p>Área Médica</p> <p>Alergología. Aparato Digestivo *. Cardiología *.</p> <p>Dermatología. Endocrinología.</p> <p>Hematología *. Medicina Interna *. Nefrología.</p> <p>Neumología. Neurología *. Oncología Médica.</p> <p>Pediatría *. Psiquiatría *.</p> <p>Rehabilitación. Unidad de Hospitalización a Domicilio. Reumatología.</p>	<p>Endoscopia Digestiva. Electrofisiología. Hemodinámica Diagnóstica. Hemodinámica Terapéutica.</p> <p>Hospital de Día. U. de Infecciosos. Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal.</p> <p>Endoscopia Respiratoria.</p> <p>Quimioterapia. Hospital de Día. Neonatología. Unidad de Desintoxicación. Hospital de Día. Unidad de Trastornos de la Alimentación. U. Atención Temprana.</p>

Cuadro 3

Cartera de servicios de atención especializada nivel III

Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades funcionales	Servicios	Unidades funcionales
<p>Área Quirúrgica</p> <p>Angiología y C. Vascular. Cirugía General Y Digestiva. Cirugía Maxilofacial. Cirugía Pediátrica.</p> <p>Obstetricia y Ginecología.</p> <p>Oftalmología.</p> <p>Otorrinolaringología. Traumatología y C. Ortopédica. Urología.</p>	<p>Ecografía.</p>	<p>Área Quirúrgica</p> <p>Anestesiología *.</p> <p>Cirugía General y Digestiva *. Cirugía Maxilofacial *. Cirugía Pediátrica *. Cirugía Vascular *. Obstetricia y Ginecología *.</p> <p>Oftalmología *. Oncología Radioterápica.</p> <p>Otorrinolaringología*. Traumatología y C. Ortopédica *. Urología *.</p> <p>Unidad de Cuidados Intensivos *.</p>	<p>U. de Despertar. U. de Reanimación. U. de Dolor.</p> <p>Laparoscopia.</p> <p>Obstetricia Alto Riesgo.</p> <p>Diagnóstico Prenatal. I.V.E. Ligadura de Trompas.</p> <p>Cobaltoterapia. Radiumterapia e Isótopos Radiac. Braquiterapia. Acelerador Lineal.</p> <p>Litotricia. Vasectomía. Endoscopia. Adultos. Pediátrica.</p>

Cuadro 4

Cartera de servicios de atención especializada nivel III

Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades funcionales	Servicios	Unidades funcionales
S. Centrales		S. Centrales	
Análisis Clínicos-bioquímica.		Laboratorio *.	Anatomía Patológica. Bioquímica. Farmacología. Hematología. Inmunología. Microbiología. Parasitología.
Radiodiagnóstico.	Radiología General. Ecografía. Mamografía. T.A.C. R.N.M. Densitometría Ósea.	Farmacia *. Neurofisiología. Radiodiagnóstico*.	Potenciales Evocados. E.M.G. Radiología General. Ecografía. Mamografía. T.A.C. R.N.M. Densitometría Ósea.
Urgencias. Otros. Podología.		Urgencias.	

2.3.2 Implantes quirúrgicos.-Serán a cargo de la Entidad los implantes quirúrgicos terapéuticos o diagnósticos, entendiéndose por tales aquellos productos sanitarios diseñados para ser implantados total o parcialmente en el cuerpo humano mediante un determinado acto médico o intervención quirúrgica, así como la renovación de cualquiera de sus accesorios, incluidos los externos. Se incluyen asimismo los materiales utilizados para realizar técnicas de osteosíntesis.

Cláusula 2.3.3 Transporte para la Asistencia Sanitaria.

b) Transporte extraordinario.

.../...

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

(...)

(...)

Cuando un beneficiario desplazado transitoriamente en un municipio distinto al de residencia hubiera recibido asistencia urgente que requiera continuidad asistencial, la Entidad se hará cargo del transporte sanitario que precise, según indicación médica, para su traslado a su municipio de residencia, bien a su domicilio o a otro centro sanitario

2.5 Catálogo de servicios de la entidad.

2.5.2 Los catálogos de servicios serán de ámbito provincial e incluirán:

.../...

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 Mugeju con los servicios de salud de las Comunidades Autónomas. Asimismo se incluirán instrucciones para la utilización de los medios de atención primaria disponibles en municipios de Comunidades Autónomas con las que no existan Convenios de colaboración y en los que no existan medios concertados.

2. MODIFICACIONES EN EL CAPÍTULO III. UTILIZACIÓN DE LOS MEDIOS DE LA ENTIDAD

3.6.4 Asistencia en régimen de hospitalización.

g) Hospitalización por asistencia pediátrica.-Cuando el acompañante resida en un municipio distinto al del centro sanitario y además las características del centro no permitan su alojamiento, o el menor se encuentre en la UCI, la Entidad abonará al mutualista una cantidad total compensatoria de 46,65 € por día. No se abonará cantidad alguna cuando el acompañante resida en el mismo municipio.

Cláusula 3.7 Farmacia.

3.7.5 Los medios, elementos o productos farmacéuticos precisos para la realización de técnicas diagnósticas y/o terapéuticas, tales como medios de contraste, laxantes drásticos a los que se refiere la Resolución del Presidente de Mugeju de 24 de septiembre de 1998, u otros, serán facilitados por la Entidad a su cargo.

3.9.3 Rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.-Los tratamientos podrán ser requeridos a la Entidad por los médicos rehabilitadores o por los médicos especialistas responsables de las patologías susceptibles de dichos tratamientos. 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, fisioterapeuta, logopeda y terapeuta ocupacional, según corresponda.

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 79,25 euros por día. El reintegro deberá efectuarse dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que el beneficiario presente los justificantes de dichos gastos (la correspondiente factura) ante la Entidad.

3. MODIFICACIONES EN EL CAPÍTULO IV. RÉGIMEN JURÍDICO DEL CONCIERTO.

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

5.1.1 El presente Concierto, realizado al amparo de lo previsto en los artículos 17 del Real Decreto Legislativo 3/2000, de 23 de junio, por el que se regula la Seguridad Social de los funcionarios al servicio de la Administración de Justicia, y 63 del Real Decreto 3283/1978, de 3 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Mugeju, tiene naturaleza de convenio de colaboración, según lo previsto en el artículo 4 c) de la Ley 30/2007 de Contratos del Sector Público (BOE número 261, de 31 de octubre de 2007), por lo que resultan de aplicación los principios generales del mismo para resolver las dudas y las lagunas que pudieran plantearse, de acuerdo con lo dispuesto en el citado artículo.

Cláusula 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 el Gerente de la Mutualidad General Judicial,

No podrán presentarse reclamaciones en Comisión Mixta Nacional o Comisión Mixta Provincial correspondiente por temas similares que ya hayan sido resueltos previamente, de forma favorable y de acuerdo con la Entidad, por el Gerente de la Mutualidad General Judicial o por el Delegado Provincial, respectivamente, debiéndose aplicar el criterio resultante de la correspondiente Comisión Mixta Nacional o Provincial precedente.

4. MODIFICACIONES EN EL CAPÍTULO VI. INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN SANITARIA

Cláusula 6.6.1.

f) Cumplimentar, en las prescripciones de material ortoprotésico, el código del producto ortoprotésico prescrito, según figure en el Catálogo General de Material Ortoprotésico aprobado por resoluciones de la Mutualidad General Judicial de 6 de mayo de 2008 (BOE número 125 de 23 de mayo de 2008) por el que se regula la prestación ortoprotésica y se aprueba el catálogo de material ortoprotésico y de 7 de julio de 2008 (BOE número 175 de 21 de julio de 2008) para complementar la prestación dentaria y el catálogo de material ortoprotésico de la Mugeju.

5. MODIFICACIONES EN EL CAPÍTULO VII. DURACIÓN, RÉGIMEN ECONÓMICO Y PRECIO DEL 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 Mugeju, durante la vigencia del presente concierto, el pago se realiza en función de los parámetros siguientes:

a) Mugeju abonará a la Entidad la cantidad de 74,50 euros por mes, por cada beneficiario protegido que tuviese 70 o más años de edad a las veinticuatro horas del último día del mes anterior al que corresponda el pago, según los criterios de altas y bajas que a efectos económicos se establecen en la cláusula 7.2.1.

b) Mugeju abonará a la Entidad la cantidad de 62,00 euros por mes, por cada beneficiario protegido que tuviese una edad comprendida entre 60 o más años e inferior a los 70 de edad a las veinticuatro horas del último día del mes anterior al que corresponda el pago, según los criterios de altas y bajas que a efectos económicos se establecen en la cláusula 7.2.1.

c) Mugeju abonará a la Entidad la cantidad de 56,00 euros por mes, por cada beneficiario protegido que tuviese menos de 60 años de edad a las veinticuatro horas del último día del mes anterior al que corresponda el pago, según los criterios de altas y bajas que a efectos económicos se establecen en la cláusula 7.2.1.

6. MODIFICACIONES EN LOS ANEXOS AL CONCIERTO

Se suprime el anexo X: Baremo para reintegros.

7. ACTUALIZACIÓN DEL TEXTO DEL CONCIERTO AL REAL DECRETO 1206/2006

1.2.2 .../... Excepcionalmente el beneficiario podrá quedar adscrito a Entidad distinta a la del titular que causa el derecho, siempre que éste último se encuentre destinado en el extranjero y así lo acuerde Mugeju, por Resolución del Gerente de la Mutualidad General Judicial.

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

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

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

3.9.7 Programas preventivos.

.../...

El Gerente de la Mutualidad General Judicial, podrá informar específicamente a sus beneficiarios 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.

5.1.3 Las cuestiones que surjan en el ámbito de las relaciones enumeradas en el apartado B) de la Cláusula anterior tendrán naturaleza adminis-

trativa, y serán resueltas por el Gerente de la Mutualidad General Judicial, .../...

5.1.4 Dentro de los límites y con sujeción a los requisitos y efectos señalados en el citado Real Decreto 2/2000, de 16 de junio, corresponde al Gerente de la Mutualidad General Judicial, 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 al Gerente de la Mutualidad General Judicial, .../...

5.3.6 La Comisión Mixta Nacional estará compuesta por tres representantes de Mugeju y tres de la Entidad. El Presidente será el Gerente de la Mutualidad General Judicial o persona en quien delegue y como Secretario actuará un funcionario de Mugeju, con voz pero sin voto.

5.4.7 Las resoluciones de los Delegados Provinciales contempladas en la cláusula 5.4.5 deberán dictarse dentro del plazo máximo de tres meses. Si la resolución correspondiese al Gerente de la Mutualidad General Judicial, según la cláusula 5.4.6, dicho plazo máximo será de seis meses.

5.4.8 Las resoluciones dictadas por los Delegados Provinciales y por el Gerente de la Mutualidad General Judicial, serán notificadas a la Entidad y a los interesados. Contra ellas, podrá interponerse recurso de alzada, de acuerdo con lo previsto en los artículos 107 a 115 de la Ley 30/1992 de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del procedimiento administrativo común y en la normativa específica reguladora de Mugeju, vigente en el momento.

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

c) Si Mugeju 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 Delegado Provincial, sin más trámites y siempre que existiese Concierto en vigor, expedirá certificación del acuerdo adoptado y de los hechos posteriores y la remitirá a los Servicios Centrales de Mugeju. Estos, igualmente sin más requisitos, propondrán el oportuno acuerdo al Gerente de la Mutualidad General Judicial 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, el Gerente de la Mutualidad General Judicial el abono de la cantidad que en cada caso corresponda será realizado directamente por Mugeju al interesado por cuenta de la Entidad, deduciendo el importe de las cuotas mensuales a abonar a la misma y facilitando a ésta el documento que acredite haber realizado el pago por su cuenta.

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 la cláusula 5.6.2 se determine que la Entidad ha incurrido en un incumplimiento de alguna de estas obligaciones, El Gerente de la Mutualidad General Judicial fijará las siguientes compensaciones económicas:

5.6.2 .../...

En caso de acuerdo con la existencia de un incumplimiento o de desacuerdo de las partes en la Comisión Mixta Nacional, resolverá el Gerente de la Mutualidad General Judicial, I 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 interponerse recurso de alzada ante el Ministro de Justicia, de acuerdo con lo previsto en los artículos 107 a 115 de la Ley 30/1992 de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y en relación con el artículo 25.2 del texto refundido de las Disposiciones legales vigentes sobre el Régimen Especial de Seguridad Social del Personal al Servicio de la Administración de Justicia, aprobado por Real Decreto Legislativo 3/2000, de 23 de junio.

Madrid, 29 de octubre de 2008.-Por Mugeju, el Gerente, José Manuel Arocha Armas.-Por la Entidad. Fdo. ...

CONCIERTO PARA LA ASISTENCIA SANITARIA DE BENEFICIARIOS DE LA MUTUALIDAD GENERAL JUDICIAL CON ENTIDADES DE SEGURO PARA EL AÑO 2009

ÍNDICE

Capítulo I. Objeto del concierto y beneficiarios.

1.1 Objeto del concierto.

1.2 Beneficiarios del concierto.

- 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 a domicilio.
 - 2.3.2 Implantes quirúrgicos.
 - 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 magnéticas sanitarias.
 - 3.4.3 Requisitos adicionales.
- 3.5 Libertad de elección de facultativo y centro.
- 3.6 Contenido de la atención sanitaria.
 - 3.6.1 Asistencia en consulta externa.
 - 3.6.2 Asistencia domiciliaria.
 - 3.6.3 Asistencia urgente.
 - 3.6.4 Asistencia en régimen de hospitalización.
- A) Requisitos.
- B) Duración de la hospitalización.
- C) Tipo de habitación.
- D) Gastos cubiertos.
- E) Hospitalización 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 en pacientes con déficit funcional recuperable.
 - 3.9.4 Psiquiatría.
 - 3.9.5 Cirugía plástica, estética y reparadora.
 - 3.9.6 Trasplantes.
 - 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 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 Procedimientos para las reclamaciones.
- 5.5 Procedimiento de ejecución de reclamaciones de reembolso estimadas.
- 5.6 Compensaciones económicas por demora en el cumplimiento de las obligaciones definidas en el concierto.

Capítulo VI. Información y documentación sanitaria.

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

Capítulo VII. Duración, Precio y régimen económico del concierto.

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

ANEXOS

- I. Medios asistenciales en zonas rurales.
- II. Territorio insular: condiciones especiales complementarias para las islas de los archipiélagos balear y canario.
- III. Relaciones de servicios de la entidad que precisan autorización previa de la misma.
- IV. Programas preventivos.
- V. Informes, exploraciones o pruebas prescritas por los órganos de valoración de incapacidades.
- VI. Patologías con riesgo vital.
- VII. Información sobre actividad asistencial y datos económicos.
- VIII. Información sobre asistencia hospitalaria.
- IX. Criterios de cobertura de los tratamientos de la esterilidad.

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 Mugeju, en todo el territorio nacional. Esta asistencia se prestará conforme a lo establecido en el Real Decreto Legislativo 3/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de las disposiciones legales vigentes sobre el Régimen Especial de Seguridad Social del personal al servicio de la Administración de Justicia, la Ley 14/1986, General de Sanidad y la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

La asistencia sanitaria se prestará conforme a la cartera de servicios de Mugeju, que incluirá cuando menos la cartera de servicios 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.

Para hacer efectivas las prestaciones y garantizar la cartera de servicios, la Entidad firmante del Concierto (en adelante Entidad) pondrá a disposición de los beneficiarios adscritos a ella (en adelante beneficiarios), todos los medios propios o concertados precisos (en adelante medios de la Entidad). 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, Mugeju 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 del Concierto.

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 Mugeju, determinados conforme a sus propias normas. El reconocimiento de la condición de beneficiario corresponde a Mugeju.

1.2.2 A ciertos fines de gestión y siempre que así se derive del propio texto de las Cláusulas, los beneficiarios del Concierto pueden ser denominados titulares, si poseen documento de afiliación a Mugeju propio, o

simplemente beneficiarios, cuando figuren en el documento de beneficiarios de un titular. En todo caso, estos últimos estarán adscritos a la Entidad mientras lo esté el titular del que dependan. Excepcionalmente el beneficiario podrá quedar adscrito a Entidad distinta a la del titular que causa el derecho, siempre que éste último se encuentre destinado en el extranjero y así lo acuerde Mugeju, por Resolución del Gerente de la Mutualidad General Judicial.

1.2.3 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 Mugeju.

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 mutualistas o las que se encuentren en situación asimilada a la de cónyuge, aun cuando no reúnan la condición de beneficiarias incluidas en el correspondiente documento, siempre que no sean titulares adscritas a otra Entidad firmante del presente Concierto. En este caso, la asistencia cubre la preparación al parto y todas las incidencias y la patología obstétrica del embarazo, parto y puerperio.

1.4 Nacimiento y extinción de los derechos de los beneficiarios.

1.4.1 Sin perjuicio de lo establecido en el párrafo siguiente y en la cláusula 1.6, los derechos de los beneficiarios comienzan en la fecha en que hayan quedado adscritos a la Entidad por Mugeju, 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 atiende 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 Mugeju acuerde 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 de cada año, en la forma que se establezca por Mugeju.

B) Con carácter extraordinario:

a) Cuando se produzca un cambio de destino del mutualista en activo o de residencia del mutualista jubilado o del titular no mutualista, que implique en todos los casos cambio de provincia.

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

c) Cuando, por concurrir circunstancias objetivas que justifiquen el cambio de una pluralidad de titulares afectados por el mismo problema de asistencia sanitaria, el Gerente de la Mutualidad General Judicial 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 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 Mugeju, no supondrá la apertura de plazo especial de cambio, quedando automáticamente adscritos a la Entidad absorbente o resultante de la fusión, los beneficiarios que, en el momento de la fusión, se encontraran adscritos a la/s Entidad/es extinguida/s o a cada una de las Entidades fusionadas, y obligándose la Entidad absorbente resultante, desde ese momento, a garantizar todos sus derechos en los términos previstos en el presente Concierto.

1.6 Mutualistas no adscritos a Entidad médica.

El mutualista de Mugeju que no haya formalizado su adscripción a una de las Entidades concertadas o a la Red Sanitaria Pública y que, preci-

sando asistencia sanitaria para sí o sus beneficiarios, la requiera en las oficinas 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 Mugeju 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 vinculado a la misma mediante una relación de carácter civil.

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

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

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

2.1.2 La Entidad dispondrá de todos los medios que haga constar en su Catálogo de Servicios. Asimismo todos los facultativos y centros que presten servicios a los beneficiarios por cuenta de la Entidad deberán aparecer en el Catálogo de Servicios. 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.

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

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.

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 Mugeju 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 Mugeju que no figuren en el catálogo, para los cuales no hay garantía de acceso.

2.1.5 Mugeju 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 Mugeju, 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 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 y 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 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 Mugeju.

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, Mugeju y las entidades médicas impulsarán conjuntamente un programa de Historia Clínica informatizada compatible con la prescripción farmacéutica en receta informatizada, 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 Mugeju podrá utilizar la información proporcionada por la Entidad con el fin de mejorar la gestión y calidad de la asistencia sanitaria prestada a sus beneficiarios, todo ello con respecto a lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

2.2 Prestaciones sanitarias.

A) La prestación de asistencia sanitaria comprende las siguientes modalidades:

- Atención Primaria.
- Atención Especializada.
- Prestaciones Farmacéuticas.
- Prestaciones Complementarias.
- Servicios de Información y Documentación Sanitaria.

B) La Asistencia Sanitaria se estructura en niveles asistenciales por tamaños de población:

- Nivel I de Asistencia Sanitaria: Municipios de hasta 20.000 habitantes.
- Nivel II de Asistencia Sanitaria: Municipios de más de 20.000 hasta 75.000 habitantes.
- Nivel III de Asistencia Sanitaria: Municipios de más de 75.000 habitantes, ciudades de Ceuta y Melilla y capitales de provincia.
- Nivel IV de Asistencia Sanitaria: Comunidades Autónomas.

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

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

2.2.1 Nivel I de Asistencia Sanitaria.

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

- Los municipios hasta 5.000 habitantes dispondrán siempre de médico general o de familia y diplomado en enfermería.
- Los municipios de 5.000 hasta 10.000 habitantes dispondrán además, de pediatra, matrona, fisioterapeuta y odontólogo.
- 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 establece el la Ley 16/2003, de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, y el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sis-

tema Nacional de la Salud y el procedimiento para su actuación, y de forma específica las vacunaciones del niño y del adulto, y vacunaciones acordes con los calendarios y programas de vacunación de cada uno de los Servicios de Salud. Asimismo, la atención primaria de urgencias 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 urgencias 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.

En los municipios de Comunidades Autónomas con las que no se hayan formalizado Convenios de colaboración y en los que no se disponga de medios concertados, la Entidad facilitará el acceso de los beneficiarios a los servicios de atención primaria dependientes de la correspondiente Comunidad Autónoma.

2.2.2 Nivel II de Asistencia Sanitaria.

A) En los municipios de más de 20.000 hasta 75.000 habitantes se prestarán, además de los servicios de atención primaria contemplados en la cláusula 2.2.1, los siguientes servicios de atención especializada:

Asistencia ambulatoria especializada en consultas, incluyendo, en su caso, la realización de cirugía ambulatoria.

Asistencia especializada en régimen de hospitalización que incluye la asistencia médica, quirúrgica, obstétrica y pediátrica.

Asistencia psiquiátrica, que incluye 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, excepto la rehabilitación, 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.

B) A partir de este nivel, la disponibilidad de medios se ajustará a las siguientes reglas:

- Un Médico general o de Familia por cada 1.500 habitantes o fracción.
- Un Diplomado/a en Enfermería por cada 2.500 habitantes o fracción.
- Un Pediatra por cada 1.500 habitantes menores de 14 años o fracción.
- Una Matrona y un Fisioterapeuta por cada 20.000 habitantes.
- Un Odontólogo por cada 12.000 habitantes.

Además 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.

C) Cartera de Servicios de Atención Especializada de Nivel II de Asistencia Sanitaria. (Cuadro de Cartera de Servicios de Atención Especializada de Nivel II).

Cuadro de cartera de servicios de atención especializada de nivel II

Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades funcionales	Servicios	Unidades funcionales
<i>Área Médica</i>		<i>Área Médica</i>	
Aparato Digestivo. Cardiología. Estomatología.			
Medicina Interna.		Hemoterapia. Medicina Interna.	

Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades funcionales	Servicios	Unidades funcionales
Obstetricia y Ginecología. Pediatría. Psiquiatría. Rehabilitación . Fisioterapia. <i>Área Quirúrgica</i> Cirugía General. Obstetricia y Ginecología. Oftalmología. Otorrinolaringología. Traumatología. Servicios Centrales. Análisis Clínicos. Radiodiagnostico. <i>Urgencias</i>	Ecografía. Logopedia. Radiología General. Ecografía. Mamografía. T.A.C. (Tomografía Axial Computerizada).	Obstetricia y Ginecología. Pediatría. Rehabilitación. U.C.I. (Unidad De Cuidados Intensivos). <i>Área Quirúrgica</i> Anestesia y Reanimación. Cirugía General. Obstetricia y Ginecología. Oftalmología. Otorrinolaringología. Traumatología. Servicios Centrales. Análisis Clínicos. Anatomía Patológica. Farmacia. Radiodiagnóstico. <i>Urgencias</i>	Radiología General. Ecografía. Mamografía. T.A.C. (Tomografía Axial Computerizada).

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 capitales de provincia, se prestarán además de los servicios de atención primaria y de atención especializada contemplados en los puntos 2.2.1 y 2.2.2, los siguientes:

Asistencia ambulatoria especializada en consultas, que incluirá, en su caso, la realización de cirugía ambulatoria.

Asistencia especializada en régimen de hospitalización.

Asistencia especializada en régimen de hospital de día para aquellos pacientes que precisan cuidados médicos o de enfermería, y no requieran estancia hospitalaria.

Asistencia especializada en régimen de hospitalización a domicilio.

Asistencia psiquiátrica en régimen ambulatorio y de hospitalización.

Atención de Urgencia: hospitalaria y extrahospitalaria. En este nivel, la atención hospitalaria de urgencias comprenderá todas aquellas especialidades que aparecen en la cartera de servicios de atención especiali-

zada nivel III en servicios de hospitalización, señalados con asterisco en el cuadro correspondiente, 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, 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 de Cartera de Servicios de Atención especializada de Nivel III).

Cuadro de cartera de servicios de atención especializada nivel III

Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades funcionales	Servicios	Unidades funcionales
<i>Área Médica</i> Alergología. Aparato Digestivo. Cardiología. Dermatología. Endocrinología. Estomatología. Hematología. Medicina Interna. Nefrología. Neumología. Neurología. Oncología Médica. Pediatría. Psiquiatría.	Electrofisiología. Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal Domiciliaria.	<i>Área Médica</i> Alergología. Aparato Digestivo *. Cardiología *. Dermatología. Endocrinología. Hematología *. Medicina Interna *. Nefrología. Neumología. Neurología *. Oncología Médica. Pediatría *. Psiquiatría *.	Endoscopia Digestiva. Electrofisiología. Hemodinámica. Diagnóstica. Hemodinámica. Terapéutica. Hospital De Día. U. De Infecciosos. Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal. Endoscopia Respiratoria. Quimioterapia. Hospital De Día. Neonatología. Unidad De Desintoxicación. Hospital De Día. Unidad de Trastornos de la Alimentación.

Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades funcionales	Servicios	Unidades funcionales
Rehabilitación y Fisioterapia.		Rehabilitación.	U. Atención Temprana.
Reumatología.		Unidad De hospitalización. A Domicilio. Reumatología.	

Cuadro de cartera de servicios de atención especializada nivel III

Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades funcionales	Servicios	Unidades funcionales
<i>Área Quirúrgica</i>		<i>Área Quirúrgica</i>	
Angiología y C. Vascular. Cirugía General y Digestiva. Cirugía Maxilofacial. Cirugía Pediátrica.		Anestesiología *.	U. de Despertar. U. de Reanimación. U. de Dolor.
Obstetricia y Ginecología.	Ecografía.	Cirugía General y Digestiva *. Cirugía Maxilofacial *. Cirugía Pediátrica *. Cirugía Vascular *. Obstetricia y Ginecología *.	Laparoscopia. Obstetricia de Alto Riesgo. Diagnóstico Prenatal. I.V.E. Ligadura de Trompas.
Oftalmología.		Oftalmología *. Oncología Radioterápica.	Cobaltoterapia. Radioterapia e Isótopos Radioactivos. Braquiterapia. Acelerador Lineal.
Otorrinolaringología. Podología. Traumatología y C. Ortopédica. Urología.		Otorrinolaringología *. Traumatología y C. Ortopédica *. Urología *. Unidad de Cuidados Intensivos *.	Litotricia. Vasectomía. Endoscopia. Adultos. Pediátrica.

Cuadro de cartera de servicios de atención especializada nivel III

Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades funcionales	Servicios	Unidades funcionales
<i>S. Centrales</i>		<i>S. Centrales</i>	
Análisis Clínicos-Bioquímica.		Laboratorio *.	Anatomía Patológica. Bioquímica. Farmacología. Hematología. Inmunología. Microbiología. Parasitología.
Radiodiagnóstico.	Radiología General. Ecografía. Mamografía. T.A.C (Tomografía Axial Computerizada). R.M.N (Resonancia Magnética). Densitometría Ósea.	Farmacia *. Neurofisiología. Radiodiagnostico *.	Potenciales Evocados. Electromiograma (Emg). Radiología General. Ecografía. Mamografía. T.A.C (Tomografía Axial Computerizada). R.M.N (Resonancia Magnética). Densitometría Ósea.
<i>Urgencias</i>		<i>Urgencias</i>	

2.2.4 Nivel IV de Asistencia Sanitaria.

Por Comunidades Autónomas, la Entidad deberá disponer de los medios asistenciales que aparecen en el Cuadro de la Cartera de Servicios de Atención Especializada de Nivel IV. 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 de cartera de servicios de atención especializada de nivel IV

Consultas externas	Hospitalización	
	Servicios	Unidades funcionales
Aparato Digestivo. Cirugía Cardiovascular. Cirug. Plástica y Repar. Cirugía Torácica. Medicina Nuclear.	Aparato Digestivo. Cirugía Cardiovascular. Cirugía Plástica y Reparadora. Cirugía Torácica. Medicina Nuclear.	Endoscopia Digestiva (Cápsula Endoscópica). Medicina Nuclear Diagnóstica. Medicina Nuclear Terapéutica. P.E.T (Tomografía por Emisión de Positrones). P.E.T –T.A.C.
Neurocirugía.	Neurocirugía. Neurofisiología. Planificación Familiar. Unidad Reproducción Asistida (*).	Cirugía Estereotáxica. Unidad del Sueño. Consejo Genético. F.I.V. (Fecundación in Vitro). Inseminación Artificial. Banco De Semen. Organos. Tejidos. Células de Origen Humano.
	Trasplantes.	Organos. Tejidos. Células de Origen Humano.
	Unidad de Quemados. Unidad de Lesionados Medulares. Laboratorio.	Genética. Citogenética. Genética Molecular. Medicina Nuclear. Angiografía Digital. Radiología Intervencionista.
	Radiodiagnóstico.	Angiografía Digital. Radiología Intervencionista.
Radioterapia.	Radioterapia.	Radiocirugía.

(*) Al menos en capitales de provincia de 100.000 habitantes o 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 aquella que garantiza la atención inmediata y continuada de cualquier emergencia sanitaria, ya sea actuando directamente sobre el paciente hasta su resolución definitiva, o garantizando su traslado en las mejores condiciones posibles a otro centro propio o concertado. Deberá contar con los recursos humanos y materiales necesarios para el adecuado cumplimiento de su función.

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

a) Nivel I de asistencia sanitaria: la atención primaria de urgencias se prestará, de forma continuada, durante las veinticuatro horas del día, a las personas de cualquier edad, mediante la atención médica y de enfermería en régimen ambulatorio y domiciliario.

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

2.2.7 Acceso a los Centros y Servicios.–La Entidad facilitará el acceso a los centros y servicios incluidos en las carteras de servicios a

fin de que Mugeju 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.–Requieren prescripción escrita de especialista de la Entidad y autorización previa de la misma. Incluye las mochilas de oxígeno líquido así como la pulsioximetría, cuando las circunstancias del paciente así lo requieran y con prescripción médica expresa de esta modalidad.

2.3.2 Implantes quirúrgicos.–Serán a cargo de la Entidad los implantes quirúrgicos terapéuticos o diagnósticos, entendiéndose por tales aquellos productos sanitarios diseñados para ser implantados total o parcialmente en el cuerpo humano mediante un determinado acto médico o intervención quirúrgica, 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 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 Mugeju 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 Mugeju 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 beneficiario desplazado transitoriamente en un municipio distinto al de residencia hubiera recibido asistencia urgente que requiera continuidad asistencial, la Entidad se hará cargo del transporte sanitario que precise, según indicación médica, 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, desglo-

sada 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.

Servicio de ambulancias.

Servicio de información de la Entidad.

Otros servicios: Unidades de reproducción asistida, centros de rehabilitación, psicoterapia radiodiagnóstico, laboratorios, etc. Deberá constar, junto al nombre del centro, los nombres y apellidos de los profesionales responsables de la asistencia.

Cartera de servicios de urgencias, ambulatorias y hospitalarias.

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 Mugeju con los servicios de salud de las Comunidades Autónomas. Asimismo se incluirán instrucciones para la utilización de los medios de atención primaria disponibles en municipios de Comunidades Autónomas con las que no existan Convenios de colaboración y en los que no existan medios concertados.

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.

Así mismo 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, estos deberán figurar separadamente, y al final del catálogo, de forma que no pueda inducir a confusión en relación con el alcance y contenido de las prestaciones incluidas en el presente Concierto.

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

Antes del 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 Mugeju 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 estando disponible en los locales y delegaciones de la Entidad y entregará en los servicios provinciales de Mugeju 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 Mugeju 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 Mugeju 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 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 Mugeju antes de la finalización del plazo de presentación de solicitudes para suscribir un nuevo concierto, o sus correspondientes prorrogas. 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 la 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 a los Servicios Centrales de Mugeju, 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 Mugeju 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 para el Nivel III la Entidad procederá a completarlo simultáneamente, comunicando asimismo a Mugeju los servicios, centros o facultativos que hayan de sustituir a las bajas producidas. Asimismo, deberá dirigir una comunicación, con carácter generalizado, a los beneficiarios sobre 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 doce 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 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 prorrogas.

CAPÍTULO III

Utilización de los medios de la entidad

3.1 Norma General.—A los efectos previstos en los artículos 17 del Texto Refundido de las Disposiciones Legales vigentes sobre el Régimen Especial de Seguridad Social del personal de la Administración de Justicia aprobado por Real Decreto Legislativo 3/2000, de 23 de junio, y 63 del Reglamento de la Mutualidad General Judicial, aprobado por Real Decreto 3283/1978, de 3 de noviembre, se considera que los medios de la Entidad son los servicios, propios o concertados, asignados para la asistencia sanitaria de los beneficiarios adscritos a 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.

3.2.1 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 ejercitarse 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, mediante el correspondiente documento de afiliación a Mugeju. Tal documento puede ser puntualmente sustituido por un certificado individual de la situación de alta en Mugeju, emitido por la misma.

En el caso de beneficiarias por maternidad a las que se refiere la cláusula 1.3, el matrimonio se acreditará mediante el libro de familia y la situación de convivencia asimilada mediante cualquier 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 documento nacional de identidad u otro documento que acredite su personalidad y presentar aquella documentación en el plazo máximo de cuarenta y ocho horas.

3.4.2 Tarjetas sanitarias.—La Entidad, una vez que Mugeju le haya comunicado el alta de un beneficiario, 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 Mugeju, 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 dispondrá 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 Mugeju donde consta la Entidad de adscripción.

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 las Delegaciones Provinciales de Mugeju 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 requisito que acreditar su condición y presentar la correspondiente tarjeta sanitaria o 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 Pri-

maria 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 urgencias de atención primaria y especializada de la Entidad.

3.6.4 Asistencia en régimen de hospitalización.—Se prestará en los centros de la entidad.

A) Requisitos.—El ingreso en un hospital precisará:

- a) La prescripción del mismo por médico de la Entidad, con indicación del centro.
- b) La autorización de la prescripción por la Entidad.
- c) La presentación de la prescripción autorizada por la Entidad en el centro.

Dichos requisitos podrán 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, Mugeju 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 es exigible 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 menor 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 menor se encuentre en la UCI, la Entidad abonará al mutualista una cantidad total compensatoria de 46,65 € 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 Mugeju, 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 Delegaciones Provinciales de Mugeju 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.

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 Mugeju, que en talonarios, se entregarán a los titulares. Su cumplimentación se llevará efecto de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 1910/1984, de 26 de septiembre, de Receta Médica.

La Entidad exigirá a sus facultativos a 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, número 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 Mugeju para su prestación farmacéutica.

3.7.2 Si, como consecuencia del análisis por Mugeju de los datos correspondientes a las prescripciones, se estimasen oportunas determinadas medidas en relación con las mismas, el Gerente de la Mutualidad General Judicial, 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.

3.7.3 Cuando en el proceso de revisión de la facturación de recetas que realiza Mugeju, se detectaran prescripciones de medicamentos y productos sanitarios realizadas en sus recetas oficiales, que deberían haber sido a cargo de la Entidad, según lo establecido en este Concierto, Mugeju procederá, previa comunicación a la Entidad a efectuar el descuento correspondiente en el pago mensual de las cuotas que ha de abonar a la misma, de acuerdo con lo previsto en 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 estos hubieran abonado en la oficina de farmacia, con el único requisito de la presentación del documento acreditativo de esta circunstancia, que Mugeju les facilitará a estos efectos, o de la correspondiente factura de la farmacia.

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 y/o terapéuticas, tales como medios de contraste, laxantes drásticos a los que se refiere la Resolución del Presidente de Mugeju de 24 de septiembre de 1998, u otros, serán facilitados por la Entidad a su cargo.

3.7.6 Prescripción informatizada.—Mugeju y las Entidades Médicas impulsarán un Programa de Prescripción Médica Informatizada, cuya implantación se realizará de forma progresiva. En una primera fase se extenderá a los facultativos de Medicina General o de Familia, Pediatría y Medicina Interna en municipios de más de 75.000 habitantes, debiendo incluirse, en cualquier caso, a los médicos con mayor volumen de prescripciones en recetas oficiales de Mugeju, en los que concentre el 50 % del total de recetas facturadas.

Los facultativos incluidos en el Programa de Receta Informatizada deberán cumplir con los siguientes requerimientos:

- PC con impresora láser.
- Conexión de banda ancha.
- Disponibilidad de papel específico, conforme a las especificaciones técnicas que se establezcan por Mugeju.

Con objeto de verificar la operatividad del programa de receta informatizada y de identificar los posibles problemas, se desarrollará un ensayo piloto en una provincia determinada por Mugeju, en función de su colectivo medio.

El programa será objeto de financiación específica, mediante el pago de una cuota capitativa mensual variable, en función del grado de extensión del Programa, cuantificado por el porcentaje de recetas informatizadas, sobre el total de recetas dispensadas a titulares y beneficiarios adscritos a la Entidad.

3.7.7 Calidad de la prescripción farmacéutica.—A lo largo de los años 2008 y 2009 se evaluará de forma especial la utilización eficiente de medicamentos, a través del uso de genéricos, y la utilización de medicamentos de primera elección en determinadas patologías prevalentes.

La evaluación se realizará mediante la monitorización de los siguientes indicadores básicos para los que se fijan unos objetivos de mejora mínimos y unos objetivos óptimos o deseables:

Porcentaje de medicamentos genéricos. (% de envases de EFG dispensados sobre el total de envases de medicamentos dispensados).

Utilización de medicamentos antiulcerosos de primera elección. (% de DDDs. de Omeprazol dispensadas, sobre el total de dispensaciones de Inhibidores de la Bomba de Protones).

Utilización de hipolipemiantes de primera elección (% de DDDs. de Lovastatina, Pravastatina y Simvastatina dispensadas sobre el total de dispensaciones de Estatinas).

Los objetivos para el 2008, así como la puntuación asignada al cumplimiento de cada objetivo se detallan en la siguiente tabla y podrán modificarse por resolución del Gerente de la Mutualidad General Judicial.

Indicadores		Objetivo mínimo	Puntuación por alcanzar el objetivo
Porcentaje de genéricos.	Porcentaje de envases.	12%	6
Hipolipemiantes.	Porcentaje de DDD Estatinas de elección.	40%	2
Antiulcerosos.	Porcentaje de DDD Omeprazol.	80%	2

El coste de las herramientas y actuaciones que deban desarrollarse por la Entidad para el cumplimiento de los objetivos de mejora de la calidad en la prescripción farmacéutica se financiará mediante una cuota capitativa mensual, que se abonará exclusivamente los meses en que los indicadores de la prescripción farmacéutica del colectivo adscrito a la Entidad den lugar a una puntuación total, igual o superior a ocho puntos.

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:

Todos los dispositivos intrauterinos (DIU), autorizados por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

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.

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 Mugeju. 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 Mugeju, 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 y tejido ovárico durante el plazo que marca la legislación vigente, en aquellos casos de beneficiarios o beneficiarias que vayan a someterse a tratamientos quirúrgicos y/o de quimioterapia y radioterapia. La criopreservación de preembriones congelados sobrantes, procedentes de un ciclo de fertilización in vitro, será la que marca la ley sobre técnicas de reproducción asistida, debiendo ser a cargo de la Entidad el período de tiempo de criopreservación establecido en la Guía de Recomendaciones en Reproducción Humana Asistida.

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, siempre que lo considere oportuno y la periodoncia. Asimismo incluirá el programa de salud buco-dental dirigido a los 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 alcance, contenido 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 del apartado A), la endodoncia, las prótesis dentarias, los implantes osteointegrados y la ortodoncia.

C) No obstante, cuando mediara enfermedad profesional o accidente 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 del 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 en pacientes con déficit funcional recuperable.

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, logopeda y terapeuta ocupacional, según corresponda.

B) La obligación de la Entidad terminará cuando se haya conseguido la recuperación funcional totalmente o el máximo posible de ésta por haber entrado el proceso en un estado de estabilización insuperable, 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.

B) 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 euros 79,25 euros por día. El reintegro deberá efectuarse dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que el beneficiario presente los justificantes de dichos gastos (la correspondiente factura) ante la Entidad.

C) Se incluye la psicoterapia individual, de grupo y 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 veinte sesiones por año natural (psicoterapia breve o terapia focal), salvo para los casos de trastornos de la alimentación, que se facilitarán todas las sesiones que el psiquiatra responsable de la asistencia lo considere necesario para la correcta evolución del caso.

C) Se excluyen el psicoanálisis, la psicoterapia psicoanalítica, la hipnosis, la narcolepsia 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 padecieran algún tipo de demencia neurodegenerativa, requieran hospitalización psiquiátrica a causa de procesos intercurrentes o descompensaciones severas. En este caso, la hospitalización ha de llevarse a cabo en centro 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 de servicio, se practicará en toda su amplitud, incluyendo, si fuera necesario, la cirugía plástica, estética y reparadora en los casos en que, aún 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 Trasplantes.—Quedan incluidos en la cobertura los trasplantes de todo tipo, órganos, tejidos, células de origen humano, así como los injertos óseos. La obtención y trasplante de órganos se realizará conforme a lo establecido en la legislación sanitaria vigente, correspondiendo a la Entidad asumir todos los gastos de obtención y trasplante 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 las Delegaciones Provinciales y Servicios Centrales de Mugeju relación detallada de los centros de vacunación de la respectiva provincia con direcciones, teléfonos, horarios y programas preventivos que se incluyen en los mismos.

El Gerente de la Mutualidad General Judicial, podrá informar específicamente a sus beneficiarios 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 Supuesto especial.

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 período de tiempo que se estime habitualmente suficiente para la intervención de que se trate, sin perjuicio de su prórroga en caso de que exista causa médica que la justifique.

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 el artículo 66 del Reglamento de Mugeju aprobado por Real Decreto 3283/1978, de 3 de noviembre, en relación con la cláusula 3.1 del presente Concierato, 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 66 del Reglamento de Mugeju, 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 podrá acudir a los facultativos o centros que existan en el nivel correspondiente y, sin necesidad de comunicar a la Entidad el comienzo de la asistencia recibida, tendrá derecho a que la Entidad le reintegre los gastos ocasionados. El reintegro deberá efectuarse dentro del plazo de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que el beneficiario presente ante la Entidad la oportuna reclamación por escrito, acompañado 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 Concierato.

En este caso, el beneficiario podrá acudir a los facultativos o centros que existan en el nivel correspondiente y, sin necesidad de comunicar a la Entidad el comienzo de la asistencia recibida, tendrá derecho a que la Entidad le reintegre los gastos ocasionados.

Si el beneficiario comunica a la Entidad su ingreso en los dos días hábiles siguientes a la fecha del 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, manifestada implícitamente en la remisión del beneficiario a centro no concertado.

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

4.2.2 El beneficiario podrá presentar reclamación en la Delegación Provincial correspondiente o en los Servicios Centrales de Mugeju 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 Mugeju de que existe un supuesto de denegación injustificada de asistencia, no supone la aceptación o declaración, respectivamente, de que haya existido denegación de asistencia a otros fines civiles o penales, para lo que, 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 66 del Reglamento de la Mutualidad General Judicial aprobado por Real Decreto 3283/1978, de 3 de noviembre, se considera situación de urgencia de carácter vital aquélla en que se haya producido una patología cuya naturaleza y síntomas hagan previsible un riesgo vital inminente o muy próximo, o un daño irreparable para la integridad física de la persona, de no obtenerse una actuación terapéutica de inmediato. Para apreciar la concurrencia de esta circunstancia, se tendrá en cuenta lo establecido en el anexo VI.

La asistencia que precisen los titulares y beneficiarios de Mugeju como consecuencia o con ocasión de actos cometidos por personas integradas en bandas o grupos organizados y armados, se considerará siempre que reúnen inicialmente las características de urgencia vital y que la asistencia recibida, de haberse utilizado medios ajenos, posee también inicialmente 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 el resto de la cláusula 4.3.

4.3.2 Requisitos.—Para que el beneficiario tenga derecho al reintegro de 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 capaci-

dad de decisión del enfermo y, en su caso, de las personas que prestaron los primeros auxilios.

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

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

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

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

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

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

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

4.3.6 Reclamación del beneficiario.—El beneficiario podrá presentar reclamación en los Servicios Centrales o en la correspondiente Delegación Provincial de Mugeju 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, realizado al amparo de lo previsto en los artículos 17 del Real Decreto Legislativo 3/2000, de 23 de junio, por el que se regula la Seguridad Social de los funcionarios al servicio de la Administración de Justicia, y 63 del Real Decreto 3283/1978, de 3 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Mugeju, tiene naturaleza de convenio de colaboración, según lo previsto en el artículo 4 c) de la Ley 30/2007 de Contratos del Sector Público (BOE número 261, de 31 de octubre de 2007, por lo que resultan de aplicación los principios generales del mismo para resolver las dudas y las lagunas que pudieran plantearse, de acuerdo con lo dispuesto en el citado artículo.

5.1.2 Son relaciones basadas en el Concierto:

A) Las relaciones entre Mugeju y la Entidad, con motivo del cumplimiento de los derechos y obligaciones 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 Gerente de la Mutualidad General Judicial, previo el procedimiento, si procede, que en este capítulo se determina. Contra cualquiera de los acuerdos así dictados cabrá el recurso administrativo que corresponda con arreglo a lo previsto en la Ley 30/1992 de 26 de noviembre de régimen jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, en aplicación del artículo 25 del Texto Refundido de las disposiciones legales vigentes sobre el Régimen Especial de Seguridad Social del personal al servicios

de la Administración de Justicia. El Orden Jurisdiccional competente, en su caso, será el Contencioso-Administrativo.

5.1.4 Dentro de los límites y con sujeción a los requisitos y efectos señalados en el citado Real Decreto 2/2000, de 16 de junio, corresponde al Gerente de la Mutualidad General Judicial, 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 al Gerente de la Mutualidad General Judicial, fijar las compensaciones económicas por demora previstas en el epígrafe 5.6 del presente concierto, por incumplimiento parcial de las obligaciones de la Entidad. Los acuerdos correspondientes, previa instrucción del oportuno expediente en el que se le dará audiencia a la Entidad, serán inmediatamente ejecutivos. Contra dichos acuerdos, podrá interponerse recurso de alzada, de acuerdo con lo previsto en los artículos 107 a 115 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común y en la normativa específica reguladora de Mugeju, vigente en el momento.

5.2 Naturaleza y régimen de las relaciones asistenciales.

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

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:

- El seguimiento, análisis y evaluación del cumplimiento del presente Concierto.
- El análisis de las iniciativas de Mugeju sobre compensaciones económicas derivadas de posibles incumplimientos por alguno de los supuestos recogidos en la cláusula 5.6.
- El conocimiento de las reclamaciones que pudieran formularse por los beneficiarios o, en su caso, de oficio por Mugeju, con arreglo a lo previsto en el 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 Mugeju, por el Delegado Provincial, que las presidirá, y por un

funcionario o colaborador de dicha Delegación 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 un asesor médico.

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

A) Siempre que hubiera asuntos que 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 Mugeju 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, en cuyo momento 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 Mugeju y tres de la Entidad. El presidente será el Gerente de la Mutualidad General Judicial, o persona en quien delegue y como Secretario actuará un funcionario de Mugeju, 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 Mugeju 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 Mugeju, no resulta posible resolver sobre el fondo de la reclamación, con indicación de que pueda formularse, si se estima oportuno, frente a los facultativos, centros o, si procede, la propia Entidad, en la vía jurisdiccional ordinaria que corresponda según la naturaleza de los hechos.

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

5.4.2 Las reclamaciones se formularán por escrito ante la correspondiente Delegación Provincial o en las oficinas centrales de Mugeju, acompañando cuantos documentos puedan justificar a la misma.

5.4.3 Recibida cualquier reclamación, la Delegación Provincial, si considerase inicialmente que existen razones para su estimación, realizará de manera inmediata las gestiones oportunas ante la Entidad para obtener la satisfacción de la misma, en cuyo caso se archivará sin más 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, la Delegación Provincial formalizará el oportuno expediente, lo incluirá en el orden del día de la inmediata reunión de la Comisión Mixta Provincial y estudiado el mismo se levantará la correspondiente acta en la que constará necesariamente las posiciones de Mugeju y la Entidad sobre la reclamación planteada.

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 Delegado 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 el Gerente de la Mutualidad General Judicial.

No podrán presentarse reclamaciones en Comisión Mixta Nacional o por la Comisión Mixta Provincial correspondiente por temas similares que ya hayan sido resueltos previamente, de forma favorable y de acuerdo con la Entidad, por el Gerente de la Mutualidad General Judicial o por el Delegado Provincial, respectivamente, debiéndose aplicar el criterio resultante de la correspondiente Comisión Mixta Nacional o provincial precedente.

5.4.7 Las resoluciones de los Delegados Provinciales contempladas en la cláusula 5.4.5 deberán dictarse dentro del plazo máximo de tres meses. Si la resolución correspondiese al Gerente de la Mutualidad General Judicial, según la cláusula 5.4.6, dicho plazo máximo será de seis meses.

5.4.8 Las resoluciones dictadas por los Delegados Provinciales y por el Gerente de la Mutualidad General Judicial, serán notificadas a la Entidad y a los interesados. Contra ellas, podrá interponerse recurso de alzada, de acuerdo con lo previsto en los artículos 107 a 115 de la Ley 30/1992 de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del procedimiento administrativo común y en la normativa específica reguladora de Mugeju, vigente en el momento.

5.5 Procedimiento de ejecución de reclamaciones de reembolso estimadas.

5.5.1 En las reclamaciones de reembolso resueltas positivamente por los Delegados 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 Delegado Provincial de Mugeju:

- 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 Mugeju 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 Delegado Provincial, sin más trámites y siempre que existiese Concierto en vigor, expedirá certificación del acuerdo adoptado y de los hechos posteriores y la remitirá a los Servicios Centrales de Mugeju. Estos, igualmente sin más requisitos, propondrán el oportuno acuerdo al Gerente de la Mutualidad General Judicial, 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, el Gerente de la Mutualidad General Judicial, el abono de la cantidad que en cada caso corresponda será realizado directamente por Mugeju al interesado por cuenta de la Entidad, deduciendo el importe de las cuotas mensuales a abonar a la misma y facilitando a ésta el documento que acredite haber realizado el pago por su cuenta.

Si la asistencia reclamada hubiera sido facturada al interesado y este aún no hubiera hecho efectivo el pago, Mugeju podrá realizar el abono directo al acreedor, a partir de la fecha de la resolución estimativa, siempre y cuando el interesado autorice de forma expresa dicho abono directo a su nombre. En este supuesto, la cuantía abonada lo será exclusivamente por el valor de las asistencias prestadas y no podrá ser imputable ni a la Entidad ni a Mugeju, 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 Mugeju 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 demora en el cumplimiento de las 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 la Cláusula 5.6.2 se

determine que la Entidad ha incurrido en un incumplimiento de alguna de estas obligaciones, el Gerente de la Mutualidad General Judicial, 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 € 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 las Delegaciones Provinciales o en los Servicios Centrales de Mugeju 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 de el 10% 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 Mugeju, antes de la finalización del plazo de presentación de solicitudes para suscribir las correspondientes prórrogas, vendrá obligada a abonar una compensación económica de 3000 € 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 3000 € por mes de demora respecto a la fecha de entrega, que será de 15 días desde el requerimiento de la referida documentación por Mugeju.

d) El incumplimiento de las obligaciones previstas 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 las cláusulas 1.5.2, 2.5.3, 2.5.4, 6.2 y 6.3, Mugeju 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 Mugeju 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 el Gerente de la Mutualidad General Judicial, 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 interponerse recurso de alzada ante el Ministro de Justicia, de acuerdo con lo previsto en los artículos 107 a 115 de la Ley 30/1992 de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y en relación con el artículo 25.2 del texto refundido de las Disposiciones legales vigentes sobre el Régimen Especial de Seguridad Social del Personal al Servicio de la Administración de Justicia, aprobado por Real Decreto Legislativo 3/2000, de 23 de junio.

CAPÍTULO VI

Información y documentación sanitaria

6.1 Normas Generales.

A fin de que Mugeju disponga de la información necesaria para la evaluación de las prestaciones sanitarias que han de ser cubiertas por 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. Y los que no estándolo, pudieran ser demandados por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el contexto de desarrollo del Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud durante la vigencia del presente Concierto. 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 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 Mugeju, así como a salvaguardar el ejercicio de los derechos de los pacientes recogidos en el artículo 10 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, prestando especial atención a lo referente al consentimiento informado y al respeto de las instrucciones previas, conforme a lo dispuesto en los artículos 10 y 11 de la citada Ley 41/2002.

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 Mugeju con medios propios o concertados.

6.2.2 La Entidad facilitará a Mugeju los datos sobre actividad asistencial relativos a los distintos servicios, ambulatorios y hospitalarios, que hayan sido prestados, según el formato que aparece recogido en el Anexo VII del presente Concierto, debiendo aportarse, en distintos cuadros, los datos relativos al colectivo total atendido, a personas menores de 65 años y los de igual o superior edad.

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

6.2.4 Los cuadros a los que se alude en la cláusula 6.2.2 se facilitarán con una Memoria explicativa de los criterios empleados para el cálculo de los costes que se reflejan en los correspondientes cuadros.

Dicha memoria 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 Mugeju, los datos estadísticos legalmente establecidos de las Cuentas Satélites del Gasto Sanitario Público del Plan Estadístico Nacional 2005-2008, así como aquellos otros datos que sean solicitados por el Ministerio de Sanidad y Consumo dentro del Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud, en el formato y con la periodicidad que le sean requeridos por Mugeju, 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 Mugeju 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 Mugeju 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. Mugeju informará de forma expresa 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, Mugeju como responsable del tratamiento de dicha información exigirá que la Entidad, como encargada del tratamiento, recabe de los centros sanitarios, detallados en los catálogos de servicios, los datos de los beneficiarios de Mugeju 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 Mugeju. En este proceso de transmisión de la información de los centros de la Entidad y de la Entidad a Mugeju, 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 la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 6 de septiembre de 1984 y demás disposiciones que son de aplicación para los hospitales públicos, debiendo contener, en todo caso, el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria, que se estableció desde 1987 por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, y que contiene en la actualidad, las 27 variables al alta hospitalaria para pacientes ingresados, siguientes:

1. Identificación de la Mutuality.
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 Local/ Motivo de alta local.
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 Mugeju 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 Mugeju los datos del CMBD para su posterior explotación y análisis en soporte magnético, 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. Para el ejercicio 2009 se requerirá la entrega del CMBD en un porcentaje apreciable y satisfactorio.

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 magnético; 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 consultas externas, 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 consultas externas. Asimismo, se le facilitará 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, 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 Mugeju, para la valo-

ración 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...). Solicitar de los facultativos su colaboración 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 establecidos por Mugeju 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 figure en el Catálogo General de Material Ortoprotésico aprobado por resoluciones de la Mutualidad General Judicial de 6 de mayo de 2008 (B.O.E. n.º 125, del 23) por el que se regula la prestación ortoprotésica y se aprueba el catálogo de material ortoprotésico, y de 7 de julio de 2008 (B.O.E. n.º 175, del 21) para completar la prestación dentaria y el catálogo de material ortoprotésico de la Mugeju.

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, Mugeju 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 Mugeju 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, 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, Mugeju emitirá la oportuna certificación comunicando la cifra de titulares y beneficiarios adscritos a la Entidad, diferenciados por edad, según los parámetros establecidos en la Cláusula 7.3.1. El pago se efectuará por Mugeju, 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 Mugeju 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:

- Las relativas a los titulares, incluidas las que afecten a sus beneficiarios, si existen.
- 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 la entregada por Mugeju, 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 Mugeju, dentro de los tres meses siguientes a la fecha de presentación de las mismas.

La consolidación de la firmeza del pago, a que se refiere el párrafo anterior, se entiende sin perjuicio de que en ningún caso pueda originarse una atribución patrimonial sin causa para Mugeju 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 Mugeju o por entidades privadas, la Entidad, sin perjuicio de cubrir en todo caso la asistencia, podrá subrogarse en los derechos y acciones de los beneficiarios relativos al importe de los gastos derivados de dicha asistencia sanitaria, realizando a su cargo las gestiones necesarias para reintegrarse del coste de la misma. Los beneficiarios, por su parte, estarán obligados a facilitar a la Entidad los datos necesarios para ello.

7.2.8 Siempre que exista sentencia judicial firme en la que se ordene a Mugeju el pago de una indemnización, derivada de responsabilidad directa o subsidiaria por actuaciones asistenciales incluidas en el objeto del Concierto, Mugeju, sin perjuicio de ejecutar la sentencia, repercutirá el importe abonado a la Entidad concertada correspondiente, de acuerdo con el procedimiento previsto en 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 Mugeju, durante la vigencia del presente concierto, el pago se realiza en función de los parámetros siguientes:

a) Mugeju abonará a la Entidad la cantidad de 74,50 € por mes, por cada beneficiario protegido que tuviese 70 o más años de edad a las veinticuatro horas del último día del mes anterior al que corresponda el pago, según los criterios de altas y bajas que a efectos económicos se establecen en la Cláusula 7.2.1.

b) Mugeju abonará a la Entidad la cantidad de 62,00 € por mes, por cada beneficiario protegido que tuviese una edad comprendida entre 60 o

más años e inferior a los 70 de edad a las veinticuatro horas del último día del mes anterior al que corresponda el pago, según los criterios de altas y bajas que a efectos económicos se establecen en la Cláusula 7.2.1.

c) Mugeju abonará a la Entidad la cantidad de 56,00 € por mes, por cada beneficiario protegido que tuviese menos de 60 años de edad a las veinticuatro horas del último día del mes anterior al que corresponda el pago, según los criterios de altas y bajas que a efectos económicos se establecen en la Cláusula 7.2.1.

Las cantidades serán satisfechas con cargo a la aplicación 13.102.312 E.251, dentro de las disponibilidades presupuestarias del Organismo.

7.3.2 En cada año de prórroga del Concierto, el precio que Mugeju 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 Mugeju. 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 Baremo para Reintegros contenido en el Anexo X y las cantidades recogidas en las cláusulas 3.6.4. G) y 3.9.4. A) se incrementarán en el mismo porcentaje que lo haga el precio de la cláusula 7.3.1 b).

A efectos de ir avanzando 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, será necesario disponer 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».

7.3.3 Las mejoras en la financiación de las prestaciones objeto del Concierto deben incidir en todos los factores que contribuyan a una mejora real de la calidad del servicio percibido por los beneficiarios, incluyendo, entre otros, los de tipo tecnológico, dotación material y recursos humanos.

Durante el año 2007, Mugeju analizará la evolución y composición de su población protegida y la adecuación del sistema de pago al correspondiente consumo de recursos sanitarios.

7.3.4 Cuotas específicas por cumplimiento de objetivos.—Conforme a lo previsto en las cláusulas 3.7.6. y 3.7.7., la compensación de determinados objetivos dará lugar al pago de las siguientes cuotas variables por persona y mes:

a) Cuota asociada a la extensión del Programa de Receta Informatizada.—Esta cuota se abonará cuando las prescripciones que se realicen en recetas informatizadas por los médicos de los servicios de la Entidad representen, al menos, un 10% del total de sus prescripciones en recetas de Mugeju.

En función del volumen de las prescripciones que se realicen en receta informatizada, el importe de esta cuota será el siguiente:

Porcentaje de recetas Informatizadas	Cuota Mensual - Euros
10-20	0,15
21-40	0,30
41-60	0,50
61-70	0,65

g) Cuota asociada a objetivos de mejora en la calidad de la prescripción farmacéutica.—Los meses en que se alcancen los objetivos definidos en la cláusula 3.7.7, se abonará una cuota adicional por persona por importe de 0,65 €.

El pago de las cuotas asociadas a la consecución de objetivos se realizará trimestralmente, en el momento en que se disponga de la información relativa a la facturación de recetas del correspondiente trimestre.

ANEXOS

- I. Medios asistenciales en zonas rurales.
- II. Territorio insular: condiciones especiales complementarias para las islas de los archipiélagos balear y canario.
- III. Relaciones de servicios de la entidad que precisan autorización previa de la misma.
- IV. Programas preventivos.

- V. Informes, exploraciones o pruebas prescritas por los órganos de valoración de incapacidades
- VI. Patologías con riesgo vital.
- VII. Información sobre actividad asistencial y datos económicos.
- VIII. Información sobre asistencia hospitalaria.
- IX. Criterios de cobertura de los tratamientos de la esterilidad.

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 la zonas rurales se produce la circunstancia de que, por lo general, no existen medios privados que puedan llevar a cabo dicha asistencia bajo la dependencia de la Entidad, puesto que únicamente disponen de medios los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

De acuerdo con lo dispuesto en la legislación sanitaria general, dichos organismos públicos pueden prestar asistencia sanitaria urgente o que no pueda llevarse a cabo por otros medios a cualquier persona, aunque no sea beneficiario del Sistema General de la Seguridad Social, reintegrándose, en su caso, del tercero obligado al pago del coste de la asistencia prestada, por lo que, a fin de posibilitar la prestación de dichos servicios sanitarios a los mutualistas y demás beneficiarios adscritos a la Entidad y de acuerdo con la posibilidad de establecer Convenios de Colaboración entre los órganos de la Administración del Estado y los de las administraciones de las Comunidades Autónomas, recogida en el artículo 6 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Primero Mugeju 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 Mugeju para dicho fin.

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

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

Cuarto La autorización a Mugeju contenida en el punto primero debe entenderse que ampara también la prórroga de Convenios suscritos al mismo fin con anterioridad al 1 de enero de 2007.

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 de nivel III y IV de asistencia sanitaria, y en el supuesto de inexistencia de medios previstos en el punto 1.1 anterior, en los medios

especificados en la cláusula 2.3.3., apartados A) o B), según proceda, previa prescripción escrita de facultativo de la Entidad.

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

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

ANEXO III

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

- 1 Hospitalizaciones.
 - a) Hospitalización.
 - b) Hospitalización de día.
 - c) Hospitalización domiciliaria.
- 2 Técnicas diagnósticas, tratamientos y técnicas quirúrgicas.
 - a) Cirugía ambulatoria
 - b) Odontostomatología: Tartrectomía –limpieza de boca– y periodoncia.
 - c) Rehabilitación y fisioterapia.
 - d) Oxigenoterapia, ventiloterapia y aerosolterapia a domicilio.
 - e) Tratamientos de diálisis peritoneales y hemodiálisis.
 - f) Oncología: Inmunoterapia, 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 de dolor.
 - i) Tratamiento en Unidad del Sueño.
 - j) Litotricia renal.
 - k) Psicoterapia.
 - l) Asistencia a médicos consultores.
 - m) Podología.
- 3 Todos los 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 alguno para el mutualista).
- 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

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 Mugeju 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 del 29 de diciembre de 1995 y normas concordantes, o de los procedimientos de reclamación de gran invalidez o de una lesión permanente no invalidante, recogidos en los artículos 72 y 76 del Reglamento del Reglamento de la Mutualidad General Judicial aprobado por Real Decreto 3283/1978, de 3 de noviembre, a cuyo fin queda obligada a realizar a los mutualistas que estén adscritos a ella los citados informes, exploraciones o pruebas a través de los facultativos, servicios o centros de su cartera de servicios y en la forma establecida en el punto primero.

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

Primero El mutualista a quien se prescriba la realización de una actuación de las indicadas en el punto precedente, presentará el impreso en el que se haya realizado la prescripción en la Delegación Provincial de Mugeju que le remitirá al servicio de prestaciones para la correspondiente autorización, o directamente en dicho servicio.

El servicio de prestaciones, 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 Mugeju:

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 Mugeju 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 a Mugeju relación de los informes, exploraciones o pruebas realizadas en el trimestre, con indicación expresa del precio correspondiente, que será, precisamente, el que figure en el anexo décimo 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, Mugeju 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 AUTORIZACIÓN DE PRESCRIPCIONES POR MUGEJU:

x----- 70 -----x

MUGEJU (ESPACIO RESERVADO PARA EL NOMBRE DE LA DELEGACIÓN PROVINCIAL)	
FECHA	
PRESCRIPCIÓN AUTORIZADA Para asignación de facultativo PRESÉNTESE este impreso en las OFICINAS DE LA ENTIDAD MÉDICA Del mutualista	(ESPACIO PARA LA FIRMA DEL JEFE DEL SERVICIO DE PRESTACIONES)

x----- 35 -----x x----- 35 -----x

NOTA.- La firma podrá estar incluida en el sello

B) FÓRMULA PARA ACREDITAR LA RECEPCIÓN DE LOS VOLANTES POR LA ENTIDAD:

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

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

EL MUTUALISTA,
(firma del mutualista o, en su caso, de la persona
que lo represente, consignado en este supuesto el
nº del D.N.I. y su relación con aquél).

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

ANEXO VI**Patologías con riesgo vital**

A título puramente indicativo y no exhaustivo, se entenderá que existe un riesgo inminente o muy próximo de no obtenerse una actuación terapéutica con carácter inmediato en los siguientes supuestos:

Hemorragias agudas intracraneales o intracerebrales, genitales, digestivas, respiratorias, renales o por rotura de vasos sanguíneos en general, con pérdida importante de sangre o con hemorragia interna.

Abortos completos o incompletos. Rotura uterina o la complicación de embarazo extrauterino. Toxicosis gravídica.

Shocks cardíaco, renal, hepático, circulatorio, traumático, tóxico, metabólico o bacteriano. Comas. Reacciones alérgicas con afectación del estado general.

Insuficiencia aguda respiratoria, renal o cardíaca.

Abdomen agudo, formulado como diagnóstico, previo o de presunción. Dolor abdominal agudo.

Lesiones con desgarros externos con afectación de vísceras.

Fracturas de cadera o de la cabeza del fémur.

Accidentes cerebro-vasculares.

Intoxicaciones agudas. Sepsis agudas.

Anuria. Retención aguda de orina.

Difteria. Botulismo. Meningitis. Meningoencefalitis. Forma aguda de colitis ulcerosa. Gastroenteritis aguda con afectación del estado general.

Obstrucción de las vías respiratorias altas. Embolia pulmonar. Derrame pleural. Neumotórax espontáneo. Edema agudo de pulmón. Disnea. Crisis de asma bronquial.

Infarto de miocardio. Crisis hipertensiva de urgencia. Embolia arterial periférica. Asistolia. Taquicardia paroxística.

Coma diabético. Hipoglucemia.

Convulsiones. Convulsiones de la infancia. Toxicosis del lactante.

Insuficiencia suprarrenal aguda. Fallo agudo de la circulación periférica. Alteraciones del metabolismo electrolítico.

ANEXO VII. INFORMACIÓN SOBRE ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y DATOS ECONÓMICOS

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

*

Se incluyen todas las consultas (primeras, revisiones y domiciliarias).

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

ANEXO VII INFORMACIÓN SOBRE ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y DATOS ECONÓMICOS (II)

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

DEFINICIONES:

- (1) Hospitalización médica: son todos aquellos ingresos en hospital o clínica a por prescripción de especialidades médicas. Excepto la Pediatría.
- (2) Hospitalización quirúrgica: son todos aquellos ingresos en hospital o clínica por prescripción de una especialidad quirúrgica, incluida la cirugía pediátrica. Además deben recogerse los procesos de cirugía mayor sin ingreso (cataratas, varices ambulatorias, artroscopias, hallus valgus, hernias inguinales, legrados, quistes pilonidales, rinoplastias, adenoidectomías, amigdalectomías y, en general, todas aquellas intervenciones quirúrgicas mayores realizadas en UCSI)
- (3) Hospitalización obstétrica: Incluye todos aquellos ingresos relacionados con la asistencia al embarazo y partos.
- (4) Hospitalización pediátrica: son todos aquellos ingresos realizados en menores de 15 años.
- (5) Hospitalización psiquiátrica: son todos aquellos ingresos en hospital o clínica prescritos y bajo seguimiento de un psiquiatra.
- (6) Frecuentación hospitalaria: es la tasa de ingresos hospitalarios por cada 1000 personas con cobertura. Se calcula con la siguiente fórmula $Fr\ Hosp. = \frac{\text{total de ingresos en hospital (1+2+3+4+5)} \times 1000}{n^\circ \text{ de mutualistas medio del año}}$.
- (7) Total de intervenciones de cirugía mayor: incluye el nº de intervenciones realizadas con ingreso (programadas y urgentes) y el total de intervenciones de cirugía mayor realizadas en las UCSI.
- (8) Frecuentación quirúrgica: es la tasa de utilización de la cirugía mayor por cada mil personas cubiertas en un año. Se calcula con la siguiente fórmula $Fr\ Quir = \frac{\text{total de cirugías mayores (7)} \times 1000}{n^\circ \text{ medio de mutualistas protegidos del año}}$.
- (9) Cirugía ambulatoria: Se imputará todas las intervenciones quirúrgicas de cirugía menor y/o procedimientos terapéuticos quirúrgicos que no generen estancia, con independencia del lugar donde se realice. (consulta, hospital, etc.).
- (10) Hospital de día: se recogerán todas aquellas asistencias prestadas en este servicio, dependiente de un centro hospitalario, siempre que no generen ingreso.
- (11) Otros: Este apartado se utilizará cuando exista algún concepto que no tenga cabida en los apartados anteriores; en ese caso se deberá especificar cada concepto incluido y su coste.
- (12) Coste Total: Se imputará la estancia hotelera, pruebas diagnosticas, honorarios profesionales, procedimientos terapéuticos/ intervenciones quirúrgicas, farmacia, prótesis y demás servicios que se generen durante el ingreso.

ANEXO VII INFORMACIÓN SOBRE ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y DATOS ECONÓMICOS (III)

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

(1) Urgencias hospitalarias: son todas aquellas que han sido atendidas en los servicios de urgencia de un hospital, incluyendo aquellas urgencias que hayan acabado en ingreso hospitalario.

(2) Urgencias ambulatorias: son todas aquellas que hayan sido atendidas por los servicios de urgencias de los centros sanitarios no hospitalarios (policlínicas, servicios de urgencias externos, etc.)

(3) Urgencias domiciliarias: son todas aquellas asistencias urgentes atendidas en el domicilio del paciente por servicios de urgencias.

(4) Centros o servicio de urgencia a precio fijo: en este apartado se recogerán aquellos servicios financiados con independencia de su nivel de utilización. Si no se computa la actividad

deberá recogerse sólo el coste. Haciendo referencia a que no hay actividad recogida en estos servicios.

(5) Frecuentación: es la tasa de utilización de los servicios por cada mil personas cubiertas. Se calcula $Frecuentación = (nº \text{ de urgencias} \times 1000) / \text{total de mutualistas protegidos de ese año}$.

(*) No se incluye la visita domiciliaria "urgente" del médico de cabecera. Estas visitas se imputarán en consultas externas.

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

ANEXO VII INFORMACIÓN SOBRE ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y DATOS ECONÓMICOS (IV)

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

(1) Frecuentación: Se calculará como la tasa de utilización por cada 1000 beneficiarios al año. La fórmula es $Frec = (nº \text{ de exploraciones} \times 1000) / nº \text{ de mutualistas medio del año}$.

Se computarán exclusivamente el número de peticiones con independencia del número de pruebas que se solicite en cada petición.

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

ANEXO VII INFORMACIÓN SOBRE ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y DATOS ECONÓMICOS (IV)

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

(1) Frecuentación: Se calculará como la tasa de utilización por cada 1000 beneficiarios al año. La fórmula es $Frec = (n^\circ \text{ de exploraciones} \times 1000) / n^\circ \text{ de mutualistas medio del año}$.

* Se computaran exclusivamente el número de peticiones con independencia del número de pruebas que se solicite en cada petición.

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

ANEXO VII INFORMACIÓN SOBRE ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y DATOS ECONÓMICOS (V)

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

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

INFORMACIÓN SOBRE ASISTENCIA HOSPITALARIA

ESTRUCTURA DEL CMBD

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

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

Identificador de la Mutuality.

Campo alfanumérico de 6 posiciones.

Se refiere a la Mutuality a la que pertenece el beneficiario que ha recibido la asistencia sanitaria. Se rellenará con el código.

Identificador 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 encontrarse en situación terminal.

4 Traslado a hospitalización convencional desde cirugía ambulatorio: Se incluyen 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.

* Paquete de circunstancias de alta de la Comunidad de Madrid para hospitales privados. Será conveniente evaluar la validez de dichas circunstancias para el grupo de hospitales a estudiar.

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 del 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|.|1|1|

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

* Nota: 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. Así mismo, será necesaria la inclusión de un campo identificador del episodio tratado para que el registro sea considerado válido.

** Nota: 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 normativas relacionadas con esta materia.

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 esta 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 las 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 crioconservados 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 un 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 crioconservación 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 periodo de tiempo que determine la normativa vigente en cada momento.
- d) Asimismo habrá de atenderse la cobertura de la crioconservación 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.