

III. OTRAS DISPOSICIONES

MINISTERIO DE POLÍTICA TERRITORIAL Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

19918 *Resolución de 20 de diciembre de 2011, de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, por la que se publica el concierto suscrito con entidades de seguro para el aseguramiento de la prestación de asistencia sanitaria en territorio nacional durante los años 2012 y 2013, y se dispone el periodo ordinario para elegir la entidad prestadora de la asistencia sanitaria.*

En aplicación de lo previsto en los artículos 17.1 del Texto Refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio, y 77 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo, aprobado por Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo, esta Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), en lo que concierne a la asistencia sanitaria prestada por entidades privadas concertadas, previa convocatoria pública cuyo anuncio fue publicado en el «Boletín Oficial del Estado» y en la Plataforma de contratación del Estado el 18 de octubre de 2011, ha suscrito el 19 de diciembre de 2011 con diversas entidades de seguro el concierto para el aseguramiento del acceso a la prestación de asistencia sanitaria en territorio nacional a los mutualistas y demás beneficiarios durante los años 2012 y 2013 con previsión de prórroga por plazos de un año, con un máximo de dos.

Con objeto de dar público conocimiento de las entidades de seguro que han suscrito el concierto, del contenido completo de este y del régimen de la prestación, y del periodo de cambio ordinario de elección por parte de los mutualistas de la entidad de seguro o de la adscripción al Instituto Nacional de la Seguridad Social (Red Sanitaria de la Seguridad Social) a efectos recibir la asistencia sanitaria en territorio nacional,

Esta Dirección General resuelve:

Primero.

Hacer público que el «Concierto de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado con entidades de seguro para el aseguramiento del acceso a la prestación de asistencia sanitaria en territorio nacional a los mutualistas y demás beneficiarios de la misma que opten por recibirla a través de entidades de seguro, durante los años 2012 y 2013 con previsión de prórroga por plazos de un año, con un máximo de dos», ha sido suscrito con las siguientes entidades de seguro de Asistencia Sanitaria:

Asisa, Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A.U.
DKV Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima Española.
Igalatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A de Seguros.
Sanitas, Sociedad Anónima de Seguros.
Segurcaixa Adeslas, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros.

Segundo.

Publicar, como anexo a esta Resolución, el texto del mencionado concierto.

Tercero.

Disponer que los catálogos de proveedores de cada provincia correspondientes a las entidades de seguro concertadas, se pongan a disposición de los mutualistas que deseen consultarlos en los respectivos Servicios Provinciales y Oficinas Delegadas de MUFACE. Asimismo, dicha información será accesible a través de la página web de la Mutualidad: www.muface.es

Cuarto.

Disponer que, de acuerdo con lo previsto en el artículo 77 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo, aprobado por Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo, durante el mes de enero de cada año de vigencia del concierto, los mutualistas que lo deseen podrán, mediante la oportuna solicitud, elegir entre cualquiera de las entidades de seguro firmantes de este concierto que se relacionan en el apartado segundo de esta Resolución o la adscripción al Instituto Nacional de la Seguridad Social (Red Sanitaria de la Seguridad Social), a efectos de recibir la asistencia sanitaria en territorio nacional para sí y sus beneficiarios en cada año de vigencia. Los mutualistas que no soliciten el cambio continuarán adscritos al INSS o a la misma entidad de seguro que les viniera prestando la asistencia sanitaria en el año anterior.

El plazo del mes de enero de cada año de vigencia del concierto será único para los cambios ordinarios, pudiendo realizarse cambios extraordinarios solamente en los supuestos específicos previstos en los correspondientes conciertos.

Madrid, 20 de diciembre de 2011.–El Director General de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, José María Fernández Lacasa.

ANEXO

Concierto de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado con entidades de seguro para el aseguramiento del acceso a la prestación de asistencia sanitaria en territorio nacional a los mutualistas y demás beneficiarios de la misma que hayan optado por recibirla a través de entidades de seguro, durante los años 2012 y 2013, con previsión de prórroga por plazos de un año, con un máximo de dos

Índice

Capítulo I. Objeto del concierto, alcance de la acción protectora y ámbito de aplicación.

- 1.1 Objeto del concierto y alcance de la acción protectora.
- 1.2 Colectivo protegido.
- 1.3 Nacimiento y extinción del derecho a recibir la asistencia sanitaria de la entidad.
- 1.4 Cambios de entidad prestadora de la asistencia sanitaria.
- 1.5 Beneficiarias de la asistencia sanitaria por maternidad en el supuesto previsto en el artículo 69 del reglamento general del mutualismo administrativo.
- 1.6 Tarjeta sanitaria.
- 1.7 Actuaciones de la entidad relativas a su oferta de servicios.

Capítulo 2. Cartera de servicios.

- 2.1 Normas generales.
- 2.2 Cartera de servicios de atención primaria.
- 2.3 Cartera de servicios de atención especializada.
- 2.4 Cartera de servicios de atención de urgencia.
- 2.5 Cuidados paliativos.
- 2.6 Rehabilitación.
- 2.7 Salud bucodental.
- 2.8 Prestaciones farmacéuticas y dietoterápicas.
- 2.9 Transporte para la asistencia sanitaria.
- 2.10 Otras prestaciones.
- 2.11 Incorporación de nuevos medios de diagnóstico y tratamiento. procedimiento para la actualización de la cartera de servicios del concierto.

Capítulo 3. Medios de la entidad.

- 3.1 Normas generales.
- 3.2 Criterios de disponibilidad de medios.

- 3.3 Catálogo de proveedores.
- 3.4 Responsabilidad de edición del catálogo de proveedores de la entidad.
- 3.5 Invariabilidad de los catálogos de proveedores de la entidad.
- 3.6 Principio de continuidad asistencial.

Capítulo 4. Normas de utilización de los medios de la entidad.

- 4.1 Norma general.
- 4.2 Identificación.
- 4.3 Mutualistas no adscritos a entidad y sus beneficiarios.
- 4.4 Procedimiento de acceso y prestación de la asistencia en consulta.
- 4.5 Procedimiento de acceso y prestación en asistencia domiciliaria.
- 4.6 Procedimiento de acceso y prestación en asistencia de urgencia.
- 4.7 Procedimiento de acceso y prestación de asistencia en régimen de hospitalización.
- 4.8 Requisitos adicionales para la utilización de medios.
- 4.9 Hospitales militares.

Capítulo 5. Utilización de medios no concertados.

- 5.1 Norma general.
- 5.2 Denegación injustificada de asistencia.
- 5.3 Asistencia urgente de carácter vital en medio no concertado.
- 5.4 Transporte en medios ajenos para la asistencia sanitaria en los supuestos de denegación injustificada de asistencia y de urgencia vital.

Capítulo 6. Información, documentación sanitaria y objetivos de calidad.

- 6.1 Información y documentación sanitaria.
- 6.2 Historia clínica digital, receta electrónica y agenda de salud del mutualista.
- 6.3 Calidad de la asistencia sanitaria.

Capítulo 7. Régimen jurídico del concierto.

- 7.1 Naturaleza y régimen del concierto y de las relaciones en él basadas.
- 7.2 Naturaleza y régimen de las relaciones asistenciales.
- 7.3 Comisiones mixtas.
- 7.4 Procedimiento para sustanciar las reclamaciones.
- 7.5 Procedimiento de ejecución de reclamaciones estimadas.
- 7.6 Descuentos por gastos de farmacia.
- 7.7 Compensaciones económicas por incumplimiento parcial de obligaciones definidas en el concierto.
- 7.8 Unidad técnica de calidad.

Capítulo 8. Duración, régimen económico y precio del concierto.

- 8.1 Duración del concierto.
- 8.2 Régimen económico del concierto.
- 8.3 Precio del concierto e incentivos a la calidad.
- 8.4 Deducciones por fallos de disponibilidad.
- 8.5 Condiciones de pago y revisión de precios.
- 8.6 Mecanismo de compensación de gastos extraordinarios derivados de grandes siniestros o casos catastróficos.

Anexo 1. Especificaciones a la cartera de servicios y prestaciones sanitarias incluidas en el concierto.

- 1. Programas preventivos.
- 2. Salud bucodental.

3. Salud mental.
4. Cirugía plástica, estética y reparadora.
5. Farmacia y productos sanitarios.
6. Diagnóstico y tratamiento de la esterilidad.
7. Cuidados paliativos.
8. Rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.
9. Transporte para la asistencia sanitaria.

Anexo 2. Medios de asistencia en zonas rurales e integración de los teléfonos de urgencia.

1. Asistencia en zonas rurales.
2. Integración de los teléfonos de urgencia.

Anexo 3. Criterios de disponibilidad de medios por niveles asistenciales.

1. Criterio general.
2. Disponibilidad de medios de atención primaria.
3. Definición de los niveles de atención especializada y cartera de servicios.
4. Disponibilidad de medios de atención especializada en consultas externas o ambulatorias.
5. Condiciones complementarias para el territorio insular.

Anexo 4. Instrucciones para la elaboración y difusión del catálogo de proveedores.

Anexo 5. Relación de servicios que precisan autorización previa de la entidad y procedimiento para su obtención.

1. Servicios que precisan autorización previa de la entidad.
2. Procedimiento a desarrollar por la entidad para facilitar a los mutualistas y beneficiarios la autorización previa para la prestación de los servicios que la precisan.

Anexo 6. Sistema de información asistencial.

1. Registro de actividad coste.
2. Registro de CMBD.
3. Registro de medios sanitarios.

Anexo 7. Compensaciones económicas por incumplimiento parcial de obligaciones definidas en el concierto. Procedimiento para su imposición.

1. Criterio general, infracciones y compensaciones económicas.
2. Procedimiento para la imposición de las compensaciones económicas.

Anexo 8. Sistema de asignación de incentivos a la calidad de la asistencia y deducciones por fallos de disponibilidad.

1. Asignación del incentivo de calidad.
2. Criterios de asignación de los incentivos económicos vinculados a los objetivos de calidad.
3. Deducciones por fallos de disponibilidad.

Anexo 9. Informes, exploraciones o pruebas prescritas por los órganos de valoración de incapacidades y otros órganos de MUFACE.

Anexo 10. Baremo de reintegro de pruebas prescritas para valoración de incapacidades.

CAPÍTULO 1

Objeto del concierto, alcance de la acción protectora y ámbito de aplicación

1.1 Objeto del concierto y alcance de la acción protectora.

1.1.1 De conformidad con lo establecido en el artículo 17 del Texto Refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio (en adelante, LSSFCE) y en el artículo 77 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo (en adelante RGMA), aprobado por Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo, el objeto del concierto entre la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (en adelante MUFACE) y la entidad firmante (en adelante, entidad), es asegurar el acceso a la prestación de asistencia sanitaria en el territorio nacional a los mutualistas y demás beneficiarios de MUFACE que opten por recibir la asistencia a través de la entidad. Esta asistencia se prestará conforme a lo establecido en la LSSFCE, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y sus respectivas normativas de desarrollo.

1.1.2 Las contingencias cubiertas por este concierto son las derivadas de enfermedad común o profesional, 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 las actuaciones preventivas recogidas en el concierto.

1.1.3 La asistencia sanitaria se prestará conforme a la Cartera de Servicios establecida en el presente concierto que incluirá, cuando menos, la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud (en adelante SNS), 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.

1.1.4 A tal efecto, la entidad pondrá a disposición del colectivo protegido todos los medios propios o concertados precisos (en adelante, medios de la entidad) de conformidad con lo que se establece en el capítulo 3 de este concierto. Si excepcionalmente la entidad no dispusiera de tales medios, se hará cargo directamente del gasto ocasionado por la utilización de medios no concertados de conformidad con las cláusulas de este concierto.

1.1.5 Por su parte y al mismo fin, MUFACE se obliga a abonar a la entidad la cantidad por mes y persona que se prevé en la cláusula 8.3, con sujeción a las especificaciones y procedimiento contenidos en la cláusula 8.2.

1.2 Colectivo protegido.

1.2.1 A los efectos del presente concierto, el colectivo protegido por el mismo está compuesto por los mutualistas y beneficiarios a quienes MUFACE, conforme a la normativa aplicable, haya reconocido dicha condición y los haya adscrito a la entidad a efectos de su asistencia sanitaria.

A estos mismos exclusivos efectos, en el término «mutualista» recogido en el presente concierto se consideran incluidos los beneficiarios en caso de fallecimiento, separación, divorcio o nulidad del matrimonio del mutualista a los que se refiere el artículo 16 del RGMA.

1.2.2 La condición de mutualista se acredita mediante el documento de afiliación expedido por MUFACE. La condición de beneficiario en caso de fallecimiento, separación, divorcio o nulidad del matrimonio del mutualista se acredita mediante un documento asimilado al de afiliación expedido por MUFACE. La condición de beneficiario a cargo de un mutualista se acredita mediante el documento de beneficiarios expedido por MUFACE.

1.2.3 MUFACE comunicará diariamente a la entidad las altas, bajas y variaciones en los datos de los mutualistas y beneficiarios que hayan optado por la misma. La comunicación se realizará de forma telemática, depositándose la información en un directorio seguro con acceso por parte de la entidad. MUFACE pone a disposición de las entidades una conexión «on-line» a su base de datos para que puedan conocer la situación real de adscripción de un determinado mutualista o beneficiario.

1.3 Nacimiento y extinción del derecho a recibir la asistencia sanitaria de la entidad.

1.3.1 El derecho a recibir la asistencia sanitaria por la entidad comienza en la fecha en que el mutualista haya elegido quedar adscrito a ésta y así quede formalizado por los Servicios de MUFACE, sin que existan plazos de carencia para ningún tipo de asistencia.

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

1.3.3 El funcionario o funcionaria que en el momento de precisar asistencia sanitaria para sí o sus beneficiarios aún no hubiera formalizado su afiliación a MUFACE (y en consecuencia no hubiera ejercido todavía su derecho de opción a una de las entidades concertadas) podrá requerir dicha asistencia de la entidad y tendrá derecho a recibirla, o que sea prestada a sus beneficiarios, en los términos previstos en la cláusula 4.3.

1.3.4 De acuerdo con lo previsto en el artículo 77 del RGMA, a efectos de este concierto, la elección de entidad se producirá:

- a) En el momento de la afiliación o alta del mutualista.
- b) En el mes de enero de 2012, sin perjuicio de lo previsto en la cláusula 1.4.2.
- c) En los periodos de cambio ordinario o extraordinario a que se refiere la cláusula 1.4.

1.3.5 El derecho de los mutualistas y sus beneficiarios se extingue, en cualquier caso, en la fecha en que los servicios de MUFACE acuerden su baja en la Mutualidad o el fin de su adscripción a la entidad por dejar de concurrir los requisitos o supuestos de hecho que permitan en cada caso estar protegido por este concierto.

1.4 Cambios de entidad prestadora de la asistencia sanitaria.

1.4.1 Sin perjuicio de la posibilidad de optar por recibir la asistencia sanitaria a través de la red sanitaria pública, de acuerdo con lo previsto en el artículo 17 de la LSSFCE y el artículo 77 del RGMA, los mutualistas adscritos a la entidad podrán optar por recibir la asistencia sanitaria para sí y sus beneficiarios a través de otra de las entidades firmantes de este concierto en los siguientes supuestos:

- a) En el mes de enero de cada año de vigencia del concierto, que constituye el periodo de cambio ordinario.
- b) Fuera del periodo de cambio ordinario, a lo largo de toda la vigencia del concierto cuando se den las siguientes circunstancias para solicitar un cambio extraordinario de entidad:

1.º Cuando se produzca un cambio de destino del mutualista que implique su traslado a otra provincia.

2.º Al margen del supuesto anterior, cuando manteniendo su localidad de destino el mutualista cambie su domicilio a otra provincia.

3.º Cuando el mutualista obtenga la conformidad expresada por escrito de las dos entidades afectadas. Este supuesto incluye también el cambio a la entidad desde la red sanitaria pública.

4.º Cuando el mutualista pase a quedar comprendido en el colectivo protegido por el concierto en territorio nacional al extinguirse su derecho a quedar protegido por el concierto de asistencia sanitaria a los mutualistas destinados y/o residentes en el extranjero, siempre y cuando dicha extinción no se deba a la pérdida de la condición de mutualista.

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

La fusión de la entidad con otra u otras de las concertadas por MUFACE no llevará aparejada la apertura de un periodo de cambio extraordinario, 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.

1.4.2 En caso de que la entidad hubiera suscrito con MUFACE el «*Concierto para el aseguramiento del acceso a la prestación de asistencia sanitaria en el territorio nacional a los mutualistas y demás beneficiarios de MUFACE que opten por recibirla a través de entidades de seguro durante los años 2010 y 2011*», continuarán adscritos a la entidad los mutualistas y sus beneficiarios que lo estuvieran a 31 de diciembre de 2011 y que antes del 31 de enero de 2012 no opten por quedar adscritos a la red sanitaria pública (de acuerdo con las reglas de adscripción) o por el cambio a otra de las entidades firmantes de este concierto, conforme a lo previsto en el artículo 77 del RGMA y en la cláusula anterior.

1.5 Beneficiarias de la asistencia sanitaria por maternidad en el supuesto previsto en el artículo 69 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo

1.5.1 Además de las mutualistas y beneficiarias incluidas en la cláusula 1.2, son también beneficiarias por maternidad, a los efectos del presente concierto, las cónyuges de las/los mutualistas o aquéllas que convivan con las/los mutualistas en relación de pareja con carácter estable, aun cuando no reúnan la condición de beneficiarias incluidas en el correspondiente documento de afiliación. En este caso, la asistencia cubre la preparación al parto, así como la patología obstétrica del embarazo, parto y puerperio.

1.5.2 El reconocimiento de la condición de beneficiaria por maternidad corresponde a MUFACE, previa solicitud del/de la mutualista.

1.6 Tarjeta sanitaria.

1.6.1 En el momento en que la entidad tenga conocimiento del alta de un mutualista o beneficiario, le entregará una tarjeta sanitaria provisional, o cualquier otro documento que haga posible la utilización de los medios concertados desde el momento del alta.

Posteriormente, procederá a emitir correspondiente tarjeta sanitaria, que será enviada al domicilio del mutualista o beneficiario en el plazo máximo de siete días hábiles desde la efectiva comunicación.

1.6.2 En la tarjeta deberá figurar de forma destacada el teléfono gratuito y único para todo el territorio nacional disponible las 24 horas de todos los días del año, previsto en la cláusula 3.1.1.c) al que el mutualista y beneficiario puedan llamar en caso de urgencia o emergencia sanitaria. En todo caso en el anverso de la tarjeta constará el número de afiliación del mutualista o beneficiario y el logotipo de MUFACE.

1.6.3 En el primer semestre de 2012 todos los mutualistas y beneficiarios adscritos a la entidad recibirán una nueva tarjeta identificativa con los requisitos previstos en el apartado anterior.

1.6.4 Mediante Resolución del Director General de MUFACE podrá determinarse el contenido de los datos que, al margen de los que la entidad requiera para su propia gestión, deberán figurar en el sistema de almacenamiento de datos de la tarjeta a efectos de la identificación del mutualista o beneficiario que permitan, asimismo, el acceso a los sistemas interoperables de historia clínica digital, prescripción y dispensación farmacéutica y elaboración de los partes de incapacidad temporal (IT), riesgo durante el embarazo (RE) y riesgo durante la lactancia natural (RLN). En todo caso el formato de la tarjeta cumplirá el que se establezca para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con lo previsto en el artículo 5 del Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011.

1.6.5 En caso de que un mutualista hubiera optado por quedar adscrito a la entidad y no hubiera recibido la tarjeta provisional o el documento que haga posible la utilización de los medios concertados habiéndolo solicitado expresamente, el responsable del Servicio Provincial de MUFACE correspondiente emitirá un certificado en el que hará

constar que todos los gastos que se ocasionen por la asistencia a dicho mutualista y sus beneficiarios por los facultativos, servicios y centros incluidos en el catálogo de proveedores de la entidad podrán ser facturados directamente a MUFACE para la materialización del correspondiente abono. Posteriormente, el importe de estos gastos será deducido de las cuotas mensuales que deban abonarse a la entidad, sin perjuicio de las penalidades o compensaciones económicas previstas en la cláusula 7.7.

1.6.6 La entidad se obliga a informar y poner en marcha los mecanismos necesarios para el cumplimiento de lo establecido en las cláusulas anteriores por parte de los profesionales y centros de su catálogo de proveedores.

1.6.7 Una vez que queden adscritos a la entidad, los mutualistas deberán entregar en MUFACE las tarjetas sanitarias (suyas y de sus beneficiarios) de la otra entidad o Servicio Público de Salud de la Comunidad Autónoma a que hubieran estado adscritos para su asistencia sanitaria en territorio nacional o, en su caso, en el exterior.

1.7 Actuaciones de la entidad relativas a su oferta de servicios.

1.7.1 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 instituciones u organismos de carácter público y se efectúe con carácter general sin dirigirse a colectivos profesionales específicos.

1.7.2 En ningún caso podrá ofertar obsequios a los mutualistas, directa o indirectamente a través de terceros, en especial durante el periodo de cambio ordinario y en los procesos de alta de colectivos profesionales específicos.

1.7.3 El incumplimiento de esta obligación dará lugar a las compensaciones económicas previstas en la cláusula 7.7.

CAPÍTULO 2

Cartera de servicios

2.1 Normas generales.

2.1.1 La asistencia sanitaria a los mutualistas y beneficiarios de MUFACE adscritos a la entidad se prestará conforme a la Cartera de Servicios establecida en este concierto.

La Cartera de Servicios es el conjunto de servicios, técnicas o procedimientos, entendiéndose por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias.

2.1.2 El contenido de la Cartera de Servicios que deberá facilitar la entidad comprenderá, como mínimo, las prestaciones contenidas en la cartera de servicios comunes del SNS, de acuerdo con lo regulado en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, y el procedimiento para su actualización, con las especificidades que se recogen en este capítulo y en el anexo 1 de este concierto.

2.1.3 La Cartera de Servicios objeto del concierto se estructura en las siguientes prestaciones:

- a) Atención primaria.
- b) Atención especializada.
- c) Atención de urgencias.
- d) Cuidados paliativos.
- e) Rehabilitación.
- f) Salud bucodental.
- g) Prestación farmacéutica.
- h) Transporte para la asistencia sanitaria.
- i) Otras prestaciones (Podología, terapias respiratorias y prestación ortoprotésica).

2.1.4 Las prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios se garantizan mediante la provisión de recursos asistenciales necesarios por niveles y ámbitos geográficos y de

población establecidos en el capítulo 3 de este concierto y en el anexo 3, con los procedimientos y normas de utilización de estos medios que se describen en el capítulo 4.

2.1.5 La entidad impulsará actuaciones orientadas a potenciar la coordinación entre los niveles de Atención Primaria, Atención Especializada y Servicios de Urgencias, con objeto de garantizar la continuidad asistencial y la atención integral de los pacientes.

2.2 Cartera de Servicios de Atención Primaria

2.2.1 La Atención Primaria es el nivel básico e inicial de atención sanitaria y se facilitará por especialistas en medicina familiar y comunitaria o médicos generalistas, especialistas en pediatría y profesionales de enfermería, sin menoscabo de la colaboración de otros profesionales. Comprenderá:

- a) Los programas preventivos con el contenido y especificaciones recogidos en el punto 1 del anexo 1.
- b) La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente, tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.
- c) La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- d) Atención paliativa a enfermos terminales.

2.2.2 En el capítulo 4 se establece el procedimiento de acceso y prestación de la asistencia en lo referente a:

- a) Asistencia en consulta.
- b) Asistencia domiciliaria.
- c) Asistencia urgente.

2.3 Cartera de servicios de atención especializada

2.3.1 La Atención Especializada incluye las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de prevención cuya naturaleza hace necesaria la intervención de médicos especialistas. La Atención Especializada comprende:

- a) Asistencia especializada en consultas.
- b) Asistencia especializada en hospital de día médico o quirúrgico.
- c) Hospitalización en régimen de internamiento.
- d) Hospitalización domiciliaria.
- e) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

2.3.2 En el anexo 1 se establecen las especificaciones a la Cartera de Servicios de atención especializada en lo referente a:

- a) Programas preventivos.
- b) Salud mental.
- c) Cirugía plástica, estética y reparadora.
- d) Diagnóstico y tratamiento de la esterilidad.

2.3.3 El alcance y contenido de la Cartera de Servicios de atención especializada incluye el de la cartera de Servicios Comunes del SNS con todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos referidos en la misma. En el capítulo 4 se establece el procedimiento de acceso y prestación de la asistencia en lo referente a:

- a) Asistencia en consulta externa.
- b) Asistencia en régimen de hospitalización: internamiento, hospital de día, hospitalización por maternidad, hospitalización pediátrica y psiquiátrica y atención de urgencias.
- c) Hospitalización domiciliaria.

2.3.4 En el anexo 5 se enumeran los servicios que requieren autorización previa de la entidad y se establece el procedimiento para su tramitación.

2.4 Cartera de Servicios de Atención de Urgencia: Es aquella que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata. Se dispensa tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente y la atención in situ, durante las 24 horas del día todos los días del año, mediante la atención médica y de enfermería y con la colaboración de otros profesionales.

La atención de urgencia comprende también la atención telefónica, a través del Centro Coordinador de Urgencias de la entidad, previsto en la cláusula 3.1.1.c), que incluye la información y asignación de los recursos propios o en coordinación con los servicios de emergencias del 112 con objeto de ofrecer la respuesta más adecuada a la demanda asistencial.

2.5 Cuidados paliativos.

2.5.1 Comprende la atención integral, individualizada y continuada, de personas con enfermedad en situación avanzada no susceptible de recibir tratamientos con finalidad curativa y con una esperanza de vida limitada, así como de las personas a ellas vinculadas. Su objetivo terapéutico es la mejora de la calidad de vida, con respeto a su sistema de creencias, preferencias y valores.

2.5.2 En la prestación de los cuidados paliativos participarán los profesionales de Atención Primaria y atención especializada responsables del proceso patológico del paciente con el soporte y apoyo de dispositivos a los que, en caso necesario, los pacientes pueden ser derivados en función de su grado de complejidad.

Esta atención se prestará en el domicilio del paciente o en el centro sanitario, si fuera preciso, estableciendo los mecanismos necesarios para garantizar la continuidad asistencial y la coordinación con otros recursos y de acuerdo con los protocolos establecidos en el Plan de Cuidados Paliativos de la entidad.

2.5.3 En el anexo 1 se establece el alcance así como el procedimiento de acceso y prestación de la asistencia.

2.6 Rehabilitación.

2.6.1 Comprende los procedimientos de diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de pacientes con déficit funcional recuperable, realizados a través de médico rehabilitador, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y logopeda.

2.6.2 Incluye la rehabilitación de las afecciones del sistema musculoesquelético, del sistema nervioso, del sistema cardiovascular y del sistema respiratorio, a través de fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia y adaptación de métodos técnicos (ortoprótesis).

2.6.3 En el anexo 1 se establece el procedimiento de acceso y prestación de la asistencia.

2.7 Salud bucodental.

2.7.1 Comprende las actividades asistenciales, diagnósticas y terapéuticas, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y preventivas dirigidas a la atención a la salud bucodental.

2.7.2 En el anexo 1 se especifica el contenido de las prestaciones de salud bucodental.

2.8 Prestaciones farmacéuticas y dietoterápicas.

2.8.1 La prestación farmacéutica comprende los medicamentos y productos sanitarios, y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible.

Esta prestación se regirá por lo dispuesto en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional del medicamento y productos sanitarios, y demás disposiciones aplicables.

La prestación con productos dietéticos comprende la dispensación de los tratamientos dietoterápicos a las personas que padezcan determinados trastornos metabólicos congénitos y la nutrición enteral domiciliaria para pacientes a los que no es posible cubrir sus necesidades nutricionales, a causa de su situación clínica, con alimentos de consumo ordinario.

2.8.2 En el caso de pacientes no hospitalizados, la Cartera de Servicios a facilitar por la entidad comprende la indicación y prescripción de los medicamentos y productos incluidos en las prestaciones farmacéutica y dietoterápica del SNS.

Dichas actividades deberán efectuarse por los profesionales de la entidad en las recetas oficiales y órdenes de dispensación de MUFACE, identificando el principio activo constitutivo del medicamento o la denominación genérica del producto sanitario, de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente.

En el caso de pacientes hospitalizados, la Cartera de Servicios a facilitar por la entidad comprende la indicación y prescripción en los documentos establecidos, así como la dispensación de todos aquellos productos farmacéuticos, sanitarios y dietéticos que precisen los pacientes que estén siendo atendidos en este ámbito asistencial (internamiento, hospital de día, hospitalización domiciliaria, urgencias, unidad de diálisis y otras unidades dependientes del hospital), los cuales serán financiados por la entidad.

2.8.3 Asimismo, serán dispensados o financiados por la entidad los medicamentos y productos sanitarios recogidos en el punto 5 del anexo 1, con las especificaciones que se hacen constar en el mismo.

2.9 Transporte para la asistencia sanitaria.

2.9.1 El transporte incluido en la cobertura de este concierto puede ser ordinario o extraordinario:

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 transporte extraordinario consiste en el desplazamiento de enfermos por causas exclusivamente clínicas, cuya situación les impida desplazarse en los medios ordinarios de transporte. 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. Todos ellos, necesariamente, deberán ser accesibles a las personas con discapacidad. También se considera medio de transporte extraordinario el taxi.

2.9.2 El contenido y alcance de la cobertura de esta prestación quedan recogidos en el punto 9 del anexo 1 con las especificaciones correspondiente a los supuestos asistenciales que se presenten.

2.10 Otras prestaciones.

2.10.1 Podología: Comprende la atención podológica para pacientes diabéticos insulino dependientes así como para pacientes diagnosticados de pie neuropático de etiología distinta a la diabetes.

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

2.10.2 Terapias respiratorias: Comprende la cobertura de cualquiera de las técnicas de terapia respiratoria a domicilio atendidas en el SNS, cuando las circunstancias del paciente así lo requieran, incluyendo el uso de las mochilas de oxígeno líquido, la pulsioximetría y la aerosolterapia.

2.10.3 Prestación ortoprotésica: Están incluidos en la cobertura de este concierto 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, que estén comprendidos en la oferta de productos ortoprotésicos de los centros y servicios del SNS. Asimismo se incluyen la renovación de cualquiera de sus accesorios, incluidos los externos y 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.

La prescripción y adaptación de prótesis externas y demás ortoprotésis que sean objeto de prestaciones a cargo de MUFACE se realizará bajo la indicación y supervisión del correspondiente especialista.

2.11 Incorporación de nuevos medios de diagnóstico y tratamiento. Procedimiento para la actualización de la Cartera de Servicios del concierto

2.11.1 La Cartera de Servicios que se determina en este capítulo, con las especificaciones recogidas en el anexo 1 de este concierto, se actualizará de forma automática por actualización de la Cartera de Servicios comunes del SNS, de conformidad con lo previsto en el artículo 7 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre.

2.11.2 Para incorporar nuevos servicios, técnicas o procedimientos a la Cartera de Servicios o excluir los ya existentes que no se correspondan con los servicios comunes del SNS será necesaria su evaluación por la Comisión de Prestaciones creada por MUFACE, la cual se apoyará en las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias de la Administración General del Estado y de las Comunidades Autónomas. La Comisión está integrada por los miembros designados por la Dirección General de la Mutualidad y por las entidades firmantes del concierto.

2.11.3 La Dirección General de la Mutualidad aprobará mediante Resolución las actualizaciones correspondientes.

2.11.4 El sistema de evaluación para la actualización de la Cartera de Servicios se aplicará a los servicios, técnicas o procedimientos relevantes, según los criterios establecidos en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre.

2.11.5 Para llevar a cabo la actualización se deberá utilizar el sistema de evaluación más adecuado en cada caso que permita conocer el coste, la eficacia, la eficiencia, la efectividad, la seguridad y la utilidad sanitaria de un servicio, técnica o procedimiento. Así, entre otros, podrán utilizarse informes de evaluación, criterios de expertos, registros evaluativos, usos tutelados u otros. Teniendo en cuenta las evidencias científicas y las repercusiones bioéticas y sociales, la Dirección General de MUFACE podrá limitar la incorporación de los servicios, técnicas o procedimientos a la Cartera de Servicios para indicaciones concretas, elaborando el correspondiente protocolo.

2.11.6 El régimen de actualización previsto en esta cláusula no se aplicará a la prestación farmacéutica, que se regirá por su propia normativa. Tampoco se aplicará a los servicios, técnicas o procedimientos que supongan un cambio menor de otros ya existentes o incorporen dispositivos o productos con modificaciones técnicas menores, salvo en el caso de que reúnan alguna de las características señaladas en el apartado anterior.

CAPÍTULO 3

Medios de la entidad

3.1 Normas generales.

3.1.1 A los efectos previstos en los artículos 17.2 de la LSSFCE y 77 del RGMA, se considera que los medios de la entidad son los servicios, propios o concertados, asignados para la asistencia sanitaria de los mutualistas y beneficiarios de la misma. A los fines asistenciales de este concierto 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 y Servicios propios de la entidad o concertados por la misma, bajo cualquier régimen jurídico.

c) El Centro Coordinador de Urgencias de la entidad accesible a través un teléfono gratuito y único para todo el territorio nacional, disponible las 24 horas de todos los días al año, que canalizará la demanda de urgencias y emergencias sanitarias, garantizando la accesibilidad y coordinación de los recursos disponibles para este tipo de atención.

d) 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 2, quedan asimilados a los medios de la entidad.

3.1.2 La entidad coordinará sus dispositivos de emergencias sanitarias con los servicios de emergencias del 112, de forma que las peticiones de asistencia sanitaria que lleguen a estos servicios puedan ser derivadas a los servicios propios o concertados de la entidad.

Al objeto de facilitar esta coordinación MUFACE establecerá convenios con las CC.AA. en los términos recogidos en el anexo 2. Asimismo, las entidades que firmen este concierto deberán contratar, cuando sea necesario, un centro común de atención de llamadas para la coordinación con los servicios de emergencias del 112.

3.1.3 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 centros, establecimientos y servicios concertados estarán debidamente autorizados conforme a lo dispuesto en el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, en la normativa autonómica vigente y, en su caso, en la normativa específica que regule su actividad.

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, y estar colegiados de acuerdo a las normas que a tal efecto establezca la Organización Colegial correspondiente. La entidad deberá tener registrado y actualizado el número de colegiado de cada profesional incluido en su catálogo de proveedores.

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

3.1.4 La entidad garantizará que todos los medios que haga constar en su catálogo de proveedores dispondrán de acceso a medios electrónicos suficientes para integrarse en las acciones contempladas en la cláusula 6.2, así como en otros programas y actuaciones conducentes a la mejora de la calidad asistencial y de la salud.

3.1.5 La entidad facilitará el acceso a los centros y servicios incluidos en la base de datos de medios aportada para la suscripción de este concierto, a fin de que MUFACE pueda comprobar la adecuación de estos medios respecto a la oferta de servicios realizada.

3.2 Criterios de disponibilidad de medios

3.2.1 Las prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios que debe facilitar la entidad se estructurarán territorialmente por niveles asistenciales, tamaño de población a 31 de diciembre de cada año (de acuerdo con las cifras oficiales publicadas por el Instituto Nacional de Estadística) y colectivo protegido.

3.2.2 De conformidad con lo establecido en la cláusula 2.1 del presente concierto, se distinguen los siguientes niveles asistenciales:

a) El nivel de Atención Primaria de Salud, cuyo marco geográfico y poblacional es el municipio.

b) El nivel de Atención Especializada, cuyo marco geográfico y territorial es el municipio con población superior a 20.000 habitantes.

c) Los Servicios de Referencia, cuyo marco geográfico y poblacional es el territorio nacional.

3.2.3 Cada nivel asistencial incluye todos los servicios de los niveles inferiores. En el anexo 3 se establecen los criterios de disponibilidad de medios por niveles asistenciales y tamaños de población.

3.2.4 Garantía de accesibilidad a los medios: La entidad debe garantizar el acceso a los medios que en cada nivel asistencial exige la Cartera de Servicios en los términos establecidos en el anexo 3, salvo que no existan medios privados ni públicos, en cuyo caso lo facilitará en la localidad mas próxima donde estén disponibles.

Si coyunturalmente los medios ofertados no estuvieran disponibles o no se encontraran operativos, la entidad se obliga a facilitar el acceso de los mutualistas y beneficiarios a otros servicios privados que existan en el mismo municipio o a los correspondientes servicios públicos, asumiendo directamente los gastos que pudieran facturarse.

3.3 Catálogo de Proveedores.

3.3.1 El catálogo de proveedores contiene la relación detallada de los medios de la entidad y la información necesaria para que los mutualistas y beneficiarios puedan utilizar dichos medios.

3.3.2 En el Catálogo deben figurar sin exclusiones todos los facultativos y centros asistenciales propios o concertados por la entidad que hayan sido ofertados y consten en la base de datos aportada para la suscripción de este concierto según se recoge en el punto 3 del anexo 6.

3.3.3 La entidad podrá determinar que en su cuadro médico aparezcan como consultores determinados facultativos para áreas específicas y complejas de su especialidad, siempre que dicha especialidad disponga de especialistas no consultores. El acceso a estos especialistas consultores se realizará previa derivación por otro especialista y con la autorización previa de la entidad.

3.3.4 Cuando un mutualista o beneficiario sea atendido por un profesional que forme parte del equipo de un profesional o servicio concertado incluidos en el Catálogo se entenderá que forma parte de los medios de la entidad y deberá ser incluidos con la mayor brevedad posible en la tabla de profesionales sanitarios prevista en el anexo 6, en la web y en la siguiente edición del catálogo

3.3.5 Cada año de vigencia del concierto la entidad editará un nuevo catálogo de acuerdo con las instrucciones que se detallan en el anexo 4, que tendrá, tanto en papel como en soporte electrónico, un formato común de obligado cumplimiento, al objeto de que su tratamiento sea homogéneo entre las distintas entidades concertadas.

3.3.6 El Catálogo será específico para MUFACE, tendrá ámbito provincial, y se adaptará a los niveles asistenciales establecidos en el concierto. No incluirá publicidad, ni información relativa a otros productos o servicios de la entidad.

3.3.7 Cuando se detecte que algún Catálogo no se identifica con la imagen corporativa de la entidad o en su elaboración no se ha atendido al formato común de obligado cumplimiento establecido en el anexo 4, MUFACE comunicará este incumplimiento a la entidad, que dispondrá de un plazo de un mes para subsanar los defectos detectados y entregar en el Servicio o Servicios Provinciales y en los Servicios Centrales de MUFACE la nueva edición del Catálogo en el número de ejemplares que se le haya requerido.

3.4 Responsabilidad de edición del catálogo de proveedores de la entidad.

3.4.1 Antes del 15 de diciembre anterior al inicio de cada año de vigencia del concierto, la entidad deberá entregar en los Servicios Centrales y Servicios Provinciales de MUFACE los catálogos de proveedores de la entidad correspondientes a todas las provincias en el formato y número de ejemplares que se establecen en el anexo 4. Asimismo, y en el mismo plazo, facilitará a los mutualistas y beneficiarios que tenga adscritos el catálogo de proveedores de la correspondiente provincia en edición de papel y en formato electrónico, mediante su envío al domicilio o poniéndolo a su disposición en los locales y delegaciones de la entidad.

3.4.2 La entidad debe disponer de una página web que informe a los mutualistas y beneficiarios de MUFACE sobre el contenido de los catálogos correspondientes a todas las provincias, incluido el número de teléfono para la atención a la urgencia y emergencia,

previsto en la cláusula 3.1.1.c), diferenciándolo claramente de otros números de teléfono de información o de servicios de la entidad.

Para evitar confusiones con las prestaciones ofrecidas a asegurados ajenos al presente concierto, esta información deberá aparecer en una sección específica de MUFACE perfectamente identificable y accesible e incluir para cada provincia los contenidos que aparecen especificados en el anexo 4. La información de la página web deberá actualizarse siempre que existan modificaciones, haciendo constar la fecha de la última modificación.

3.4.3 En el supuesto de que la entidad no cumpliera lo establecido en los dos apartados anteriores, se obliga a asumir los gastos que se deriven de la utilización por los mutualistas y beneficiarios de los servicios que presten los centros y facultativos incluidos en el último Catálogo vigente o en su página web.

3.5 Invariabilidad de los catálogos de proveedores de la entidad.

3.5.1 El catálogo de proveedores de la entidad se mantendrá estable a lo largo de la vigencia del concierto, de forma que una vez publicado en papel y en la página web, la oferta de medios de la entidad únicamente podrá registrar altas, sin que puedan producirse bajas, salvo aquellas debidamente acreditadas a MUFACE que se deban al fallecimiento o incapacidad del facultativo para el ejercicio de su profesión, por cese de actividad o traslado a otro municipio, a petición del especialista o centro o aquellas que obedezcan a circunstancias excepcionales.

En estos supuestos, la baja deberá ser comunicada a los Servicios Centrales y al correspondiente Servicio Provincial de MUFACE con 30 días de antelación a que efectivamente se vaya a producir, salvo en el caso del fallecimiento, justificando por escrito el motivo de la misma. Además, si la baja afecta a centros o servicios hospitalarios, la entidad debe remitir a los correspondientes Servicios Provinciales la relación de mutualistas y beneficiarios que están siendo atendidos en dichos centros o servicios.

3.5.2 En el supuesto de que la entidad solicite a MUFACE la autorización para dar de baja un medio ofertado en su base de datos y la Mutualidad, una vez analizado el supuesto, no la aprecie como justificada, lo comunicará a la entidad e implicará que dicho medio siga considerándose a todos los efectos como medio de la misma durante la vigencia del concierto y, en consecuencia, continúe siendo utilizable por los mutualistas y beneficiarios por cuenta de la entidad.

En caso de que MUFACE aprecie como justificada una baja y la autorice, la entidad está obligada a sustituir en el menor plazo posible al profesional o centro, debiendo comunicar la a los Servicios Centrales y a los correspondientes Servicios Provinciales de MUFACE los servicios, centros o facultativos que hayan de sustituir a la baja producida. Asimismo, la entidad deberá dirigir una comunicación, con carácter generalizado, a los mutualistas y beneficiarios sobre las altas o bajas producidas en los Catálogos.

3.5.3 La falta de disponibilidad de medios por parte de la entidad dará lugar a la aplicación automática de las deducciones fijadas en el anexo 8 conforme a los términos establecidos en el mismo, así como a lo establecido en la cláusula 7.7 y anexo 7.

3.6 Principio de continuidad asistencial.

3.6.1 Independientemente de lo previsto en la cláusula 3.5.3, si se produce la baja de algún profesional del Catálogo, la entidad garantizará la continuidad asistencial con el mismo facultativo a los pacientes en tratamiento de procesos patológicos graves durante los seis meses siguientes a la fecha en que la baja se hubiera producido, siempre que el facultativo pueda continuar el ejercicio de su profesión y hubiese conformidad por su parte.

3.6.2 Si la baja se refiere a un centro sanitario o servicio hospitalario, la entidad garantizará a los pacientes que están siendo atendidos de un determinado proceso patológico la continuidad del tratamiento del mismo en ese centro o servicio, durante todo el tiempo que persista la necesidad del mismo o hasta que se haya obtenido el alta del proceso. Dicha continuidad asistencial se realizará en cualquier caso por un período

máximo de seis meses siempre que la entidad disponga de una alternativa asistencial válida para tratar ese proceso patológico.

En el caso de las entidades firmantes de este concierto que hubieran suscrito el «Concierto para el aseguramiento del acceso a la prestación de asistencia sanitaria en el territorio nacional a los mutualistas y demás beneficiarios de MUFACE que opten por recibirla a través de entidades de seguro durante los años 2010 y 2011» y sin perjuicio de lo previsto en su cláusula 3.6, vendrán obligadas, asimismo, a garantizar la continuidad asistencial en el centro sanitario o servicio hospitalario que hubiera causado baja respecto de la oferta de ese concierto, de los pacientes oncológicos que lo soliciten y que hubieran cambiado de entidad antes del 1 de febrero de 2012. En este supuesto la continuidad asistencial será como máximo hasta el 30 de abril de 2012.

3.6.3 La entidad deberá informar por escrito a cada uno de los pacientes afectados, sobre su derecho a mantener el tratamiento y la continuidad asistencial en dicho centro o servicio, con cargo a la entidad, de acuerdo con lo previsto en la cláusula 3.6.2 en un plazo no superior a cinco días hábiles, a contar desde la fecha de la baja del centro o servicio.

3.6.4 Cuando a la finalización de este concierto la entidad suscriba el concierto de asistencia sanitaria en territorio nacional que lo sustituya, deberá atender las obligaciones previstas en esta cláusula, en tanto no se modifique su contenido.

CAPÍTULO 4

Normas de utilización de los medios de la entidad

4.1 Norma general: Los mutualistas y beneficiarios deberán recibir la asistencia a través de los medios de la entidad definidos en la cláusula 3.1.1. y podrán elegir libremente facultativo y centro de entre los que figuran en los catálogos de proveedores de la entidad en todo el territorio nacional.

4.2 Identificación: El mutualista o beneficiario deberá acreditar su derecho a la asistencia sanitaria mediante la presentación de la tarjeta individual que le facilitará la entidad de acuerdo con lo previsto en la cláusula 1.6.

En los casos en que, por razones de urgencia, no sea posible aportar en el acto la documentación anterior, el mutualista o beneficiario deberá identificarse con su DNI u otro documento que acredite su personalidad y presentar aquella documentación en el plazo máximo de 48 horas.

En el caso de asistencia por maternidad a las beneficiarias a que se refiere la cláusula 1.5 no incluidas como tales en el Documento de Afiliación del mutualista, la condición de beneficiaria por maternidad se acreditará mediante certificado expedido por el Servicio Provincial de MUFACE.

4.3 Mutualistas no adscritos a entidad y sus beneficiarios: En el supuesto previsto en la cláusula 1.3.3, la entidad prestará la asistencia a los mutualistas y sus beneficiarios. En el plazo de los cinco días hábiles siguientes, notificará los hechos a MUFACE para que proceda al alta del mutualista en la entidad con efectos del quinto de los citados días y al abono de los gastos de la asistencia prestada hasta la fecha de efectos del alta.

4.4 Procedimiento de acceso y prestación de la asistencia en consulta: El mutualista o beneficiario se dirigirá directamente al médico elegido de Atención Primaria y/o Especializada para recibir la asistencia que precise presentando la correspondiente tarjeta sanitaria. Además, para las consultas de las especialidades que deben estar disponibles desde Nivel IV (descritas en la Tabla 1 del punto 3.9 del anexo 3) y para las de los médicos consultores se necesitará la prescripción de otro facultativo especialista y la autorización de la entidad.

4.5 Procedimiento de acceso y prestación en asistencia domiciliaria.

4.5.1 La asistencia sanitaria se prestará por los profesionales de Atención Primaria en el domicilio del paciente, siempre que la situación clínica así lo requiera, en los siguientes casos:

a) Cuando se trate de pacientes que por razón de su enfermedad no puedan desplazarse.

b) Cuando se trate de pacientes inmovilizados crónicos que precisen ayuda de otra persona para las actividades básicas de la vida diaria.

c) Cuando se trate de enfermos terminales.

4.5.2 La asistencia domiciliaria a estos pacientes incluye las extracciones y/o recogidas de muestras a domicilio que sean precisas, así como todos aquellos procedimientos propios de la Atención Primaria, entre ellos tratamientos parenterales, curas y sondajes.

4.6 Procedimiento de acceso y prestación en asistencia de urgencia.

4.6.1 Cuando el mutualista o beneficiario precise atención de urgencia o de emergencia sanitaria deberá solicitarla marcando el teléfono de atención de urgencia gratuito de la entidad que consta en su tarjeta sanitaria, en el catálogo de proveedores y en la página web de la misma, y que le da acceso al Centro Coordinador de Urgencias de la entidad destinado a garantizar la accesibilidad y coordinación de todos los medios disponibles para este tipo de atención las 24 horas del día de todos los días del año, en todo el territorio nacional.

4.6.2 La asistencia urgente también podrá demandarse directamente de los facultativos de medicina general, pediatría y enfermería de la entidad y, fuera de los horarios de consulta y en cualquier caso, de los Servicios de Urgencia de Atención Primaria y Especializada de la entidad.

4.6.3 Igualmente, en el teléfono de atención de urgencia o el de información de la entidad, el mutualista o beneficiario podrá recabar información sobre los medios de atención de urgencia hospitalarios, ambulatorios y de Atención Primaria de que dispone la entidad en que pueden ser atendidos, y en general sobre cualquier otro aspecto relacionado con esta modalidad asistencial, así como a efectos de lo previsto en la cláusula 5.2.1.e).

4.7 Procedimiento de acceso y prestación de asistencia en régimen de hospitalización.

4.7.1 La asistencia en régimen de hospitalización comprende la asistencia médico-quirúrgica incluida la realización de los tratamientos y procedimientos diagnósticos que precisen los pacientes que requieren cuidados continuados en régimen de hospitalización, así como los servicios hoteleros básicos inherentes a la misma.

4.7.2 Los mutualistas y beneficiarios que precisen ingreso o asistencia programada en un hospital deberán solicitar autorización previa de la entidad, conforme a lo dispuesto en el anexo 5, aportando la preceptiva prescripción del médico de la entidad con indicación del centro hospitalario. En los ingresos efectuados a través de los servicios de urgencia esta tramitación deberá efectuarse en el plazo más breve posible.

4.7.3 En el caso que el mutualista o el beneficiario se encuentre ingresado por una situación de urgencia en un centro hospitalario ajeno a la entidad puede solicitar la continuidad de la asistencia en un centro hospitalario de la misma sin que sea necesaria la prescripción de un médico de la entidad, aportando con su solicitud el informe médico del proceso por el que está siendo atendido.

4.7.4 La hospitalización persistirá mientras que, a juicio del facultativo responsable de la asistencia al enfermo, subsista la necesidad, sin que puedan ser motivo para prolongar la estancia razones de tipo social.

4.7.5 La hospitalización se efectuará en habitación individual con baño o ducha y cama de acompañante. En ningún caso podrán excluirse habitaciones que formen parte de la capacidad de alojamiento del centro concertado. MUFACE podrá autorizar que la entidad disponga en su catálogo de proveedores de centros hospitalarios que no cumplan este requisito. En los supuestos de hospitalización psiquiátrica no se exige cama de acompañante.

4.7.6 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.

4.7.7 Tipos de hospitalización:

A) Hospitalización de día:

a) Comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación, destinadas a pacientes que requieren cuidados especializados continuados, incluida la cirugía mayor ambulatoria, pero que no precisan que el paciente pernocte en el hospital.

b) La indicación para la utilización de este recurso corresponde al facultativo especialista responsable de la asistencia al paciente, precisando la autorización de la entidad.

c) La hospitalización de día se prestará en los centros de la entidad, propios o concertados. 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.

B) Hospitalización en centros o unidades de media y larga estancia:

Este tipo de hospitalización está destinada especialmente a pacientes con deterioro funcional o afectos de procesos crónicos y/o patologías asociadas al envejecimiento que, una vez superada la fase aguda de la enfermedad, precisan cuidados sanitarios continuos médico quirúrgicos, de rehabilitación y de enfermería, hasta su estabilización.

C) Hospitalización domiciliaria:

a) Comprende el conjunto de tratamientos y cuidados sanitarios proporcionados en el domicilio del paciente, de una complejidad, intensidad y duración comparables a las que recibiría ese mismo paciente en el hospital convencional, y que por esos motivos no pueden ser asumidos por el nivel de Atención Primaria.

b) 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.

c) 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.

d) 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.

e) El ingreso en la UHD estará sujeto a los mismos requisitos que el ingreso en un hospital, recibiendo las mismas atenciones que hubiera recibido de estar ingresado en un hospital. La documentación clínica correspondiente a dichas atenciones se cumplimentará con los mismos criterios que en la hospitalización convencional.

f) La UHD informará por escrito al paciente y su familia acerca de cómo contactar con la unidad a cualquier hora del día, con el objeto de 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.

g) Mientras el paciente permanezca ingresado en la UHD, correrán por cuenta de la entidad y no podrán ser imputadas por ningún medio ni al mutualista o beneficiario ni a MUFACE, todas las atenciones y productos que precise el paciente, 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.

h) La entidad deberá comunicar a los Servicios Provinciales de MUFACE la relación de mutualistas y 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.

D) Hospitalización por maternidad: En el momento del ingreso, o en todo caso antes del alta hospitalaria, deberá presentarse en el centro hospitalario la autorización de la entidad. A efectos de la asistencia al recién nacido se tendrá en cuenta lo dispuesto en la cláusula 1.3.2.

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.

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

Cuando las características del centro no permitan el alojamiento del acompañante o el menor se encuentre en la UCI, la entidad abonará al mutualista una cantidad total compensatoria de 49,95 euros por día, siempre que el acompañante resida en un municipio distinto al del centro sanitario. No se abonará cantidad alguna cuando el acompañante resida en el mismo municipio.

F) Hospitalización psiquiátrica: Comprende la asistencia psiquiátrica de todos los procesos tanto agudos como crónicos que precisen ingreso hospitalario u hospitalización de día.

Igualmente, se incluye el ingreso de aquellos pacientes psiquiátricos en centros o unidades de media y larga estancia cuando una vez superada la fase aguda del proceso y la evolución no sea satisfactoria, precisen un mayor grado de estabilización y recuperación para su integración en su medio familiar y/o social.

Si el ingreso se hubiera producido en un centro no concertado por causas justificadas sin autorización previa de la entidad, la misma abonará al mutualista los gastos de hospitalización, con el límite de 84,91 euros por día. El reintegro deberá efectuarse dentro de los 10 días hábiles siguientes a la fecha en que se presenten los justificantes de dichos gastos ante la entidad.

4.8 Requisitos adicionales para la utilización de medios.

4.8.1 En los casos expresamente previstos en el 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 de la existencia de este requisito al mutualista o beneficiario.

4.8.2 No podrán efectuarse con cargo al mutualista o beneficiario las pruebas no autorizadas si no se le ha informado antes de la necesidad de tal autorización previa. Tampoco serán a cargo del mutualista o beneficiario los actos médicos o quirúrgicos realizados en el momento de la consulta cuando no haya existido tiempo para obtener su autorización por la entidad.

4.8.3 La solicitud de autorización de un determinado medio diagnóstico o terapéutico deriva de la necesidad de ordenar y canalizar las prestaciones por parte de la entidad, para facilitar el servicio y evitar demoras, pero nunca puede suponer una restricción al acceso a las prestaciones reconocidas en la Cartera de Servicios.

4.8.4 El anexo 5 contiene una relación exhaustiva de los supuestos de utilización de los medios que precisan autorización previa de la entidad, así como el procedimiento que esta deberá desarrollar para facilitar que los mutualistas y beneficiarios obtengan dicha autorización.

4.8.5 En ningún caso se denegará una solicitud de un medio diagnóstico o terapéutico incluido en la Cartera de Servicios establecida en este concierto, indicado por un facultativo de la entidad y, en el caso de que se trate de un proceso para el que la Comisión de Prestaciones haya aprobado un protocolo, que la indicación se ajuste al mismo.

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

4.9 Hospitales militares: A solicitud del mutualista o beneficiario, la entidad podrá discrecionalmente autorizar a su cargo cualquier tratamiento o internamiento en un hospital militar.

CAPÍTULO 5

Utilización de medios no concertados

5.1 Norma general: De conformidad con lo establecido en los artículos 17 de la LSSFCE y 78 del RGMA, en relación con la cláusula 3.1 del presente concierto, cuando un mutualista o 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.

5.2 Denegación injustificada de asistencia.

5.2.1 De acuerdo con lo previsto en el artículo 78.1 del RGMA, se produce denegación injustificada de asistencia en los siguientes casos:

a) Cuando la entidad no autorice o no ofrezca una solución asistencial válida antes de que concluya el quinto día hábil siguiente a la fecha de solicitud del mutualista o beneficiario de alguna de las prestaciones o servicios recogidas en el anexo 5, en el nivel que corresponda, y que haya sido prescrita por un médico concertado, o deniegue una prestación incluida en la Cartera de Servicios cubierta por este concierto. La respuesta de la entidad deberá realizarse por escrito o por cualquier otro medio que permita dejar constancia de la misma.

b) Cuando la entidad no cumpla con las exigencias de disponibilidad de medios previstos en el presente concierto. En este supuesto, el mutualista o beneficiario podrá acudir a los facultativos o centros que existan en el nivel correspondiente.

c) Cuando el mutualista o beneficiario solicite autorización a la entidad para acudir a un facultativo o centro no concertado (previa prescripción por escrito de un facultativo de la entidad con exposición de las causas médicas justificativas de la necesidad de remisión al medio no concertado) y la entidad ni lo autorice ni ofrezca una alternativa asistencial válida con sus medios antes de que concluya el décimo día hábil siguiente a la presentación de la solicitud de autorización.

d) Cuando un mutualista o beneficiario haya acudido o esté ingresado en un centro de la entidad para recibir asistencia y según criterio del facultativo que le atiende no existan o no estén disponibles los recursos asistenciales necesarios. En este supuesto se presume que se produce una situación de denegación injustificada de asistencia cuando desde el medio de la entidad se haya remitido al paciente a centro no concertado.

e) Cuando estando ingresado en un centro no concertado por derivación de un dispositivo de emergencias público a causa de una situación de urgencia de carácter no vital, el mutualista o beneficiario (o los familiares o terceros responsables) solicite dentro de las 48 horas posteriores al ingreso su traslado a un centro de la entidad, propio o concertado, y esta no le ofrezca una solución asistencial válida antes de que concluyan las 48 horas siguientes a la solicitud, siempre que el traslado sea médicamente posible.

La solicitud a la entidad se realizará a través de su Centro Coordinador de Urgencias y en la misma se hará constar una breve descripción de los hechos y circunstancias en que se ha producido el ingreso.

5.2.2 Obligaciones de la entidad.

a) En cualquiera de los supuestos de denegación injustificada de asistencia descritos en la cláusula 5.2.1, la entidad viene obligada a asumir los gastos derivados de la asistencia. En el supuesto contemplado en su letra e), el mutualista o beneficiario

deberá hacerse cargo de los gastos ocasionados por la asistencia hasta su traslado al centro propio o concertado si la entidad hubiera procedido a este en el plazo establecido.

b) Cuando la entidad ofrezca medios propios o concertados, la oferta debe especificar el nombre del facultativo, servicio o centro que vaya a asumir la asistencia y que pueda llevar a cabo la técnica diagnóstica o terapéutica prescrita.

c) Cuando la entidad autorice la remisión a un facultativo o centro no concertado, debe asumir, sin exclusiones, los gastos ocasionados por el proceso asistencial hasta el alta del mismo. No obstante, transcurrido un año desde la fecha de la última autorización de la asistencia, el mutualista o beneficiario deberá solicitar a la entidad la renovación de la continuidad de la asistencia, a fin de que, antes de que concluya el décimo día hábil siguiente a la presentación, la autorice u ofrezca una alternativa asistencial válida con sus medios.

d) Cuando la entidad reciba del mutualista o beneficiario la comunicación de la asistencia prestada en medios ajenos por alguna de las circunstancias previstas en la cláusula 5.2.1, realizará las gestiones oportunas ante el proveedor para que emita la correspondiente factura a nombre de la entidad y hacerse cargo de los gastos ocasionados por dicha asistencia.

e) Si el mutualista o beneficiario hubiera abonado los gastos directamente al proveedor sanitario, la entidad deberá efectuar el reintegro dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que el interesado presente los justificantes de los gastos.

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

5.3 Asistencia urgente de carácter vital en medio no concertado.

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

Para que el mutualista o beneficiario tenga derecho a la cobertura de los gastos producidos por utilización de medios ajenos en situación de urgencia vital, el medio ajeno al que se dirija o sea trasladado el paciente deberá ser razonablemente elegido, teniendo en cuenta las circunstancias de lugar y tiempo en que la patología se haya producido, así como la capacidad de decisión del enfermo y, en su caso, de las personas que prestaron los primeros auxilios.

5.3.2 Situaciones especiales de urgencia: Sin perjuicio de lo que en el futuro dispongan los acuerdos que MUFACE pueda formalizar con los responsables autonómicos del teléfono único de emergencias 112 y los responsables de los equipos de emergencias sanitarias públicas para que las llamadas realizadas a dicho número sean desviadas al Centro de atención de emergencias de las entidades y para que, en su caso, los mutualistas o beneficiarios puedan ser trasladados en caso de urgencias a medios de las entidades, se considerará que siempre reúnen la condición de urgencias de carácter vital y que la asistencia recibida en medios ajenos posee también el requisito previsto en el segundo párrafo de la cláusula anterior, en las siguientes situaciones especiales:

a) Cuando el mutualista o beneficiario se encuentre en la vía o lugares públicos y los equipos de emergencias sanitarias públicos (112, 061, etc.) sean activados por persona distinta a aquél o a sus familiares en caso de que se encuentre acompañado.

b) Cuando la activación de los equipos de emergencias sanitarias públicas sea realizada por los cuerpos de seguridad del Estado u otras estructuras de emergencias no sanitarias (bomberos, etc.).

c) Cuando el mutualista o beneficiario sufra un accidente de servicio y sea atendido por los equipos de emergencias sanitarias públicas en el lugar donde se ocasione.

d) Cuando el mutualista o beneficiario resida en un centro de mayores asistido o en un centro para crónicos y los equipos de emergencias sanitarias públicos sean activados por el personal del centro, siempre y cuando aquél o su familia hayan comunicado al centro que están adscritos a la entidad a efectos de su asistencia sanitaria.

5.3.3 La asistencia que precisen los mutualistas pertenecientes al Cuerpo Nacional de Policía, con motivo de lesiones o daños corporales sufridos en el ejercicio de las funciones propias del Cuerpo o con ocasión de actos cometidos por personas integradas en bandas o grupos organizados y armados, se considera siempre que reúne la consideración de urgencia vital y que la asistencia recibida de haberse utilizado medios ajenos posee también el requisito previsto en el segundo párrafo de la cláusula 5.3.1.

5.3.4 A efectos de la cobertura de los gastos producidos, 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 equipo médico que estuviese prestando la asistencia, ofrezca una alternativa asistencial que posibilite 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 remitido a un segundo centro ajeno y no existan causas que impidan la continuidad del tratamiento en un centro de la entidad.

5.3.5 El mutualista o beneficiario, u otra persona en su nombre, comunicará a la entidad la asistencia recibida con medios ajenos por cualquier medio que permita dejar constancia de la comunicación, aportando el correspondiente informe médico de urgencias, dentro de las 48 horas siguientes al inicio de la asistencia, salvo que concurren circunstancias excepcionales, debidamente justificadas, que hayan impedido comunicar la asistencia recibida con medios ajenos.

5.3.6 Cuando la entidad reciba la comunicación prevista en la cláusula anterior deberá contestar, dentro de las 48 horas siguientes a la recepción de la comunicación y por cualquier medio que permita dejar constancia de la misma, si reconoce la existencia de la situación de urgencia vital y, por tanto, acepta el pago de los gastos producidos o si, por el contrario, no se considera obligada al pago por entender que no ha existido una situación de urgencia de carácter vital.

En el supuesto de que la entidad reconozca la existencia de la situación de urgencia vital deberá comunicar al proveedor que se hace cargo directamente de los gastos ocasionados, a fin de que por parte de éste se emita la correspondiente factura a la entidad. Si el mutualista o beneficiario hubiera abonado los gastos, la entidad deberá efectuar el reintegro dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que solicite el reintegro presentando los justificantes de los gastos.

En el supuesto de que la entidad no se considere obligada al pago por entender que no ha existido la situación de urgencia vital, emitirá informe argumentando y fundamentando tal circunstancia y dará traslado del mismo al mutualista o beneficiario y al Servicio Provincial de MUFACE.

Cuando el mutualista o beneficiario no haya efectuado la comunicación en tiempo y forma, la entidad le reintegrará el importe de la asistencia dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que presente los justificantes.

5.4 Transporte en medios ajenos para la asistencia sanitaria en los supuestos de denegación injustificada de asistencia y de urgencia vital: Cuando en los supuestos de denegación injustificada de asistencia y de urgencia vital fuera necesaria la utilización de medios ajenos de transporte, tanto ordinario como extraordinario, las condiciones y requisitos serán los establecidos en la cláusula 2.9 y en el punto 9 del anexo 1 de este concierto.

El mutualista o beneficiario tendrá derecho a que la entidad asuma los gastos ocasionados por dicho traslado en los términos previstos en la cláusula 5.3.6.

CAPÍTULO 6

Información, documentación sanitaria y objetivos de calidad

6.1 Información y documentación sanitaria.

6.1.1 Normas generales:

a) A fin de que MUFACE disponga de la información necesaria para la evaluación de las prestaciones sanitarias que han de ser cubiertas por este concierto, su planificación y toma de decisiones, la entidad facilitará todos los datos sobre los servicios prestados a los mutualistas o beneficiarios que se especifican en este capítulo. Igualmente lo hará sobre aquellos que, aunque no especificados, durante la vigencia del concierto pudieran ser demandados a MUFACE por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en el contexto de desarrollo del Sistema de Información del SNS.

b) La entidad se obliga a requerir de sus profesionales que cumplimenten cuantos documentos se especifican en este capítulo.

c) Asimismo, la entidad se obliga a cumplir y hacer cumplir a los profesionales y centros sanitarios incluidos en su catálogo de proveedores todos los requisitos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y en su normativa de desarrollo, en relación con la información y documentación sanitaria relativa a los mutualistas y beneficiarios de MUFACE, así como a salvaguardar el ejercicio de los derechos de los pacientes recogidos en el artículo 10 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, y en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica. Esta salvaguarda de los derechos de los pacientes prestará especial cuidado en lo que se refiere al consentimiento informado y al respeto de las instrucciones previas, derechos establecidos por los artículos 10 y 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

6.1.2 Información general sobre actividad: La entidad dispondrá de un sistema de información que permita conocer el número, tipo y coste de los servicios proporcionados a los mutualistas y beneficiarios de MUFACE con medios propios o concertados según el formato que aparece en el anexo 6.

La entidad facilitará a MUFACE, en soporte informático, los datos sobre actividad asistencial de acuerdo a las tablas resumen y estructura de datos prevista en el punto 1 del anexo 6.

Dichos datos deberán remitirse con la periodicidad establecida en el anexo 6, dentro de los tres meses siguientes a la finalización del período correspondiente.

6.1.3 Información económica: La entidad deberá facilitar a requerimiento de MUFACE los datos estadísticos legalmente establecidos de las Cuentas Satélites del Gasto Sanitario Público del Plan Estadístico Nacional, así como aquellos otros datos que sean solicitados por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad dentro del Sistema de Información Sanitaria del SNS. Todo ello en el formato y con la periodicidad que le sean requeridos por MUFACE, para su posterior traslado al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

6.1.4 Información sobre asistencia hospitalaria: La entidad requerirá a sus centros propios o concertados detallados en los catálogos de proveedores que cumplimenten los informes clínicos de alta al finalizar la estancia en una institución hospitalaria, o la asistencia por Cirugía Mayor Ambulatoria u otras asistencias, según lo previsto en el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Así mismo deberán recopilar el Conjunto Mínimo Básico de Datos (en adelante CMBD) de los informes de alta hospitalaria con los criterios establecidos al efecto en el Sistema Nacional de Salud, y cuyo contenido se recoge en el anexo 6.

La entidad facilitará a MUFACE el CMBD de los mutualistas y beneficiarios que hayan tenido un ingreso hospitalario o que hayan sido sometidos a Cirugía Mayor Ambulatoria, dentro de los tres meses siguientes a la finalización del período correspondiente.

El tratamiento de la información contenida en este CMBD permite a MUFACE disponer del conocimiento de los servicios prestados y de los procesos atendidos de sus mutualistas y 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

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, y su normativa de desarrollo, MUFACE es el responsable del tratamiento de dicha información. En consecuencia, en el proceso de transmisión de la información de los centros a la entidad y de la entidad a MUFACE, los datos transmitidos no podrán ser comunicados a otras personas, ni utilizados o aplicados por la entidad para fines distintos a los mencionados en este capítulo, 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.

Los datos se incorporarán en el «Fichero de datos CMBD», cuya estructura y demás información relevante figura en el anexo I de la Resolución de la Dirección General de MUFACE de 15 de abril de 2009 (publicada en el BOE de 21 de mayo de 2009) que crea el fichero.

En las autorizaciones de ingreso en centro hospitalario o de cirugía mayor ambulatoria que emita, la entidad informará a los mutualistas y beneficiarios de que sus datos de salud pueden ser tratados por MUFACE para los fines establecidos, con las cautelas establecidas en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre y su normativa de desarrollo.

6.1.5 Información sobre medios sanitarios: En los años de vigencia del concierto, la entidad remitirá a MUFACE en formato electrónico la información actualizada de los medios propios y concertados que haya ofertado para la suscripción del mismo. Dicha remisión se realizará con arreglo a las instrucciones dictadas por MUFACE que se recogen en el anexo 6.

6.1.6 Documentación clínica del paciente: La información a que se refiere la cláusula 6.1.4 se conservará en soporte papel y/o soporte informático durante el tiempo que la legislación establezca. En cualquier caso deberá cumplirse con los requisitos legales ya referidos en la cláusula 6.1.1.

El informe de alta, en cualquier tipo de modalidad asistencial, será entregado al paciente o, por indicación del médico responsable, al familiar o tutor legal, en el momento en que se produzca el alta del centro sanitario o del proceso del que esté siendo atendido en consulta externa. Asimismo, se le 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.

Junto con el informe de alta, el paciente recibirá instrucciones para el correcto seguimiento del tratamiento y establecimiento de los mecanismos que aseguren la continuidad y la seguridad de la atención y de los cuidados.

También se hará entrega, a petición del interesado, de una copia de su historia clínica o de 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.

La documentación indicada se incluirá en la Historia Clínica Digital de MUFACE interoperable con el resto del SNS.

6.1.7 Otra documentación sanitaria: La entidad garantizará que los profesionales y centros sanitarios incluidos en sus Catálogos cumplan con las siguientes obligaciones:

a) Complimentar en los modelos oficiales los partes de enfermedad, accidente o riesgo durante el embarazo o lactancia natural y maternidad para la valoración y

concesión, en su caso, de las licencias correspondientes de los funcionarios, así como aquellos informes que sean necesarios para acreditar estas situaciones, con estricto cumplimiento de la legalidad vigente

Para garantizar la plena validez de dichos partes, el diagnóstico deberá figurar codificado siguiendo la clasificación internacional de enfermedades recogida en el código CIE 9 MC, salvo que MUFACE determine expresamente otra codificación.

b) Colaborar con los facultativos en los procedimientos dirigidos a la comprobación de la patología que originó la licencia por enfermedad y sus prórrogas.

c) Facilitar los antecedentes e informes médicos para la tramitación de los procedimientos de jubilación de mutualistas por incapacidad permanente para el servicio 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.

d) Editar y emitir las órdenes de dispensación hospitalaria, con arreglo a las especificaciones y criterios establecidos por la normativa vigente garantizando que los profesionales prescriptores de dichas órdenes y de las recetas médicas disponen de sellos identificativos homologados por MUFACE.

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

f) Realizar a los mutualistas los informes, exploraciones o pruebas de diagnóstico conforme a lo establecido en el anexo 9.

g) 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.

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

6.2 Historia Clínica Digital, Receta Electrónica y Agenda de Salud del Mutualista.

6.2.1 Continuando con el proyecto de Historia de Salud Digital de MUFACE, los datos sobre la asistencia sanitaria prestada a los mutualistas y beneficiarios se adaptarán a lo previsto en el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el SNS. Asimismo, se implantará la prescripción y dispensación mediante receta electrónica y la integración de los datos de asistencia en el sistema de información sobre IT, RE y RLN de MUFACE. En particular, se velará por el cumplimiento de los plazos establecidos en el Capítulo II del Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto.

6.2.2 La entidad promoverá la implantación del sistema de Historia Clínica Digital y de receta electrónica de MUFACE interoperables con el resto del SNS y su utilización por todos los profesionales y centros incluidos en los medios de la entidad, de forma que la información pertinente sea accesible desde cualquier punto de atención sanitaria, público o privado, con las debidas medidas de seguridad y protección de datos de carácter personal.

6.2.3 Adicionalmente, aquella información de la Historia Clínica Digital a la que pueda tener acceso el mutualista o beneficiario se pondrá a su disposición a través de Internet mediante la Agenda de Salud del Mutualista y de sus beneficiarios. Además, esta Agenda le permitirá recopilar información sanitaria que considere útil y gestionar sus programas de salud. El mutualista o beneficiario no podrá incluir nuevos datos ni modificar por este medio la Historia Clínica Digital.

6.2.4 Mediante Resolución de la Dirección General de MUFACE se fijarán los objetivos anuales sobre las etapas a cubrir en este proyecto, cuyo cumplimiento conllevará la percepción de la compensación económica prevista en la cláusula 8.3.3. Se constituirá un Grupo de Trabajo Mixto que irá desarrollando el alcance, contenido y características concretas que recogerá cada fase del proyecto, así como los requisitos necesarios para su desarrollo e implantación.

6.3 Calidad de la asistencia sanitaria.

6.3.1 MUFACE, como parte integrante del Sistema Nacional de Salud en su condición de entidad Gestora del Régimen Especial de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado impulsa una política global de calidad para la mejora de la asistencia sanitaria a su colectivo protegido dentro de las directrices generales establecidas por la Ley 16/2003, de 28 de mayo. Para garantizar la implantación de las políticas de calidad del SNS, durante la vigencia del concierto se establecen las líneas de actuación que se señalan en las cláusulas siguientes.

En estas líneas de actuación se establecen unos objetivos específicos de calidad a los que se vinculan unos incentivos económicos que perciben las entidades de acuerdo con lo previsto en la cláusula 8.3.2 y anexo 8. La entidad promoverá la implicación de sus profesionales adoptando las medidas que considere más eficaces para estimular y garantizar la consecución de estos objetivos.

6.3.2 Planes de adaptación a las Estrategias del Sistema Nacional de Salud.

a) El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad ha publicado, en colaboración con las Comunidades Autónomas, Sociedades Científicas y expertos, planes y estrategias en relación con distintas enfermedades o problemas de salud. MUFACE ha de promover la incorporación de los principios que inspiran estas estrategias en el ámbito asistencial de las entidades firmantes del concierto y por ello, para el periodo de vigencia del mismo ha seleccionado para su adaptación, desarrollo y evaluación las estrategias siguientes:

1. Evaluación de los Planes de adaptación sobre Cáncer, Cuidados Paliativos, Ictus y Cardiopatía Isquémica: Durante la vigencia del «Concierto para el aseguramiento del acceso a la prestación de asistencia sanitaria en el territorio nacional a los mutualistas y demás beneficiarios de MUFACE que opten por recibirla a través de entidades de seguro durante los años 2010 y 2011», las entidades firmantes del mismo elaboraron los planes de adaptación relativos a Cáncer, Cuidados Paliativos, Ictus y Cardiopatía Isquémica.

En el periodo de vigencia de este concierto se evaluará el desarrollo de los Planes de Cáncer y Cuidados Paliativos (durante el ejercicio 2012) y de Cardiopatía Isquémica e Ictus (durante el ejercicio 2013), estableciéndose unos objetivos para cada Plan que se vinculan a incentivos económicos según los criterios y plazos establecidos en el anexo 8.

Con objeto de llevar a cabo la evaluación de los mencionados planes, las entidades firmantes del presente concierto que no los hubieran elaborado en el periodo 2010-2011 deberán realizarlos de acuerdo con el Documento Marco que MUFACE entregó a las entidades firmantes del concierto anterior.

En el anexo 8 se establece el incentivo económico vinculado a este objetivo y los criterios de asignación.

2 En caso de prórroga del concierto, la entidad deberá elaborar el Plan de Adaptación de la Estrategia en Diabetes y el Plan de Adaptación de la Estrategia en Salud Mental.

b) La Dirección General de MUFACE establecerá la metodología y requisitos para la elaboración de los mencionados planes, al objeto de que tengan un tratamiento homogéneo entre las distintas entidades concertadas, que en todo caso garantizarán los tiempos de atención recomendados en las mismas.

c) Los planes incluirán los correspondientes indicadores, que alimentarán la información asistencial que las entidades concertadas deben facilitar a la Dirección General de MUFACE para que ésta evalúe la calidad de la asistencia prestada a sus mutualistas y beneficiarios.

6.3.3 Elaboración de protocolos de atención:

a) La entidad deberá impulsar, en colaboración con sus profesionales, el desarrollo y aplicación de guías clínicas, protocolos y pautas de actuación, de acreditada y contrastada eficacia, relacionados con las patologías más prevalentes en la población

con el fin de que sirvan como instrumentos de ayuda en la toma de decisiones clínicas y con el objetivo de contribuir a la mejora de la calidad asistencial y a la eficiencia en la utilización de recursos.

b) La Dirección General de MUFACE impulsará anualmente, recabando previamente la opinión de las entidades concertadas, la elaboración de los protocolos de atención a enfermedades o procesos que por su alta incidencia o prevalencia entre los mutualistas y beneficiarios de MUFACE, por generar un elevado consumo de recursos, por estar relacionados con tecnologías o modalidades de atención emergentes cuyo elevado impacto sea previsible, o por que se hayan constatado las posibilidades de introducir mejoras en la calidad y eficiencia de la atención prestada a mutualistas y beneficiarios de MUFACE, se consideren de interés prioritario.

c) Durante la vigencia del concierto 2010-2011 las entidades elaboraron un estudio de situación sobre la atención urgente y un protocolo de asistencia a la urgencia. En el transcurso del año 2012 la Dirección General de MUFACE evaluará el desarrollo y cumplimiento del protocolo de atención a la urgencia estableciéndose unos objetivos que se vincularán a incentivos económicos según los criterios establecidos en el anexo 8.

A tal efecto, las nuevas entidades que suscriban este concierto deberán realizar su protocolo de atención a la urgencia de acuerdo al Documento Marco que MUFACE entregó a las entidades firmantes del concierto anterior.

d) Además durante el año 2012, las entidades deberán difundir el protocolo a sus profesionales y a los mutualistas y beneficiarios adscritos a la entidad.

6.3.4 Calidad de la prestación farmacéutica:

a) En cumplimiento de lo dispuesto en la legislación sanitaria, la entidad promoverá el uso racional del medicamento desarrollando las actuaciones precisas para que sus profesionales indiquen o prescriban aquellos principios activos y productos sanitarios adecuados a la situación clínica del paciente, en las dosis y formas farmacéuticas acordes a sus requerimientos individuales, durante el periodo de tiempo necesario y al menor coste posible para los mutualistas y la Mutualidad.

A tal efecto, la entidad promoverá la seguridad y eficiencia de los tratamientos a pacientes no hospitalizados, fomentando la prescripción de medicamentos cuyos principios activos estén incluidos en el sistema de precios de referencia, al disponer de medicamento genérico o biosimilar, o que estén afectados por el sistema de precio seleccionado, conforme a lo previsto en el Real Decreto-Ley 9/2011 de 19 de agosto. Asimismo, la entidad minimizará la prescripción de nuevos medicamentos comercializados en los últimos cinco años cuando no supongan una aportación terapéutica relevante o cuando su experiencia y/o documentación clínica sea insuficiente, según los criterios acordados por los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y Mutualidades de Funcionarios a partir de los informes de evaluación de sus Comités de Medicamentos o de otras fuentes de evaluación.

b) La entidad fomentará la selección por sus profesionales de aquellos principios activos considerados de primera elección dentro de su subgrupo terapéutico en los protocolos y guías farmacoterapéuticas del SNS, colaborando en los procesos de revisión y control de las prescripciones en determinadas situaciones. Por otra parte, la entidad promoverá la utilización de procedimientos informáticos en la prescripción de recetas y órdenes de dispensación, garantizando su correcta cumplimentación.

c) En el anexo 8 se establecen los objetivos e indicadores que se fijan para el seguimiento de la calidad de la prestación farmacéutica para los años de vigencia de este concierto con el incentivo económico correspondiente.

d) En el ámbito hospitalario, la entidad garantizará que los centros hospitalarios propios y concertados dispongan de herramientas y procedimientos normalizados de trabajo (comisiones, guías farmacoterapéuticas, protocolos) con metodología homologable a la del resto del SNS, a efectos tales como la evaluación y selección de medicamentos, la conciliación de la medicación entre niveles asistenciales o la utilización de medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas en su ficha técnica.

e) En el caso de pacientes no ingresados, la entidad garantizará que la dispensación hospitalaria se realice en los mismos Hospitales donde las órdenes de tratamiento hubieran sido prescritas, excepto cuando el medicamento deba dispensarse en los hospitales de la localidad o provincia de residencia del paciente para posibilitar el cumplimiento terapéutico o en aquellos otros supuestos excepcionales que puedan autorizarse por MUFACE, en función de la naturaleza del medicamento y a la vista de las circunstancias y procedimientos a los que antes se ha hecho referencia

6.3.5 Calidad de la información: La información relevante y confiable sobre la actividad asistencial prestada es un aspecto fundamental para la mejora continuada, considerándose, por tanto, la disponibilidad y calidad de la información prevista en este capítulo una de las dimensiones de la calidad de la asistencia que la entidad presta a los mutualistas y beneficiarios de MUFACE.

Para poder hacer los análisis pertinentes de las características de las asistencias hospitalarias es preciso disponer de un volumen mínimo con los registros de CMBD de los informes de alta hospitalaria codificados correctamente de forma que permita su explotación por el Sistema de Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD,s). Con esta finalidad se establece para este concierto el objetivo de ampliar y mejorar la información del CMBD.

En el anexo 8 se establece los incentivos económicos vinculados a este objetivo y los criterios para su asignación.

6.3.6 Implantación y utilización de medios electrónicos: En el marco de los objetivos del proyecto descrito en cláusula 6.2, y de acuerdo con las previsiones de la cláusula 3.1.4, la entidad impulsará el acceso y la utilización de las herramientas electrónicas que MUFACE vaya poniendo a disposición de sus medios sanitarios.

En particular, y de acuerdo con las previsiones del capítulo II del Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, se desarrollarán durante el año 2012 los sistemas interoperables de receta electrónica e historia clínica digital de MUFACE, utilizando la tarjeta sanitaria individual de formato único y común del SNS.

La inclusión de los mutualistas y beneficiarios de MUFACE en estos sistemas redundará en la mejora de la cohesión y la equidad de la atención sanitaria del SNS. Por lo tanto se valorará e incentivará el volumen de medios de la entidad que vayan participando en las distintas fases de análisis, desarrollo e implantación de los sistemas de Receta Electrónica e Historia Clínica Digital de MUFACE. En años sucesivos, se valorará e incentivará el volumen creciente de utilización de estas herramientas electrónicas.

En el anexo 8 se establecen los incentivos económicos ligados a este objetivo y los criterios para su asignación.

6.3.7 Evaluación de la calidad de los procesos asistenciales y de centros sanitarios: En el marco de un proceso de mejora continua de la calidad asistencial se impulsarán sistemas de evaluación, mediante la implantación en los centros propios o concertados por la entidad de los sistemas de acreditación y/o certificación establecidos en las Comunidades Autónomas o mediante la certificación ISO, los criterios de acreditación hospitalaria de la Joint Commission o la evaluación externa del Modelo EFQM (Fundación Europea para la Gestión de la Calidad).

CAPÍTULO 7

Régimen jurídico del concierto

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

7.1.1 El presente concierto se rige por:

a) La LSSFCE, especialmente las previsiones contenidas en sus artículos 5.2 (que señala que el régimen de los conciertos para la prestación de los servicios de asistencia sanitaria y farmacéutica es el establecido por esta misma Ley y sus normas de desarrollo),

16 (que establece el contenido de la asistencia sanitaria que MUFACE debe prestar a sus mutualistas y beneficiarios protegidos) y 17.1 (que prevé que la asistencia sanitaria pueda facilitarse por concierto con entidades públicas o privadas).

b) El RGMA, especialmente las previsiones contenidas en sus artículos 77 y 151.3 sobre el régimen de contratación por concierto y sus contenidos básicos para la prestación de servicios asistenciales médicos por MUFACE.

c) La Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público y su desarrollo reglamentario.

7.1.2 Son relaciones basadas en el concierto:

a) Las relaciones entre MUFACE y la entidad, con motivo del cumplimiento de los derechos y obligaciones establecidos en el presente concierto.

b) Las relaciones entre los mutualistas y beneficiarios y la entidad, con motivo del cumplimiento por la misma de las obligaciones señaladas en el presente concierto.

7.1.3 Las cuestiones que surjan en el ámbito de las relaciones enumeradas en la letra b) de la cláusula anterior tendrán naturaleza administrativa y serán resueltas por el órgano de MUFACE que tenga atribuida la competencia, previo el procedimiento que en este capítulo se determina. Contra cualquiera de los acuerdos así dictados cabrá recurso de alzada ante la persona titular del Ministerio de Política Territorial y Administración Pública. El orden jurisdiccional competente, en su caso, será siempre el contencioso-administrativo.

7.1.4 Corresponde a la Dirección General de MUFACE la facultad de interpretar el concierto, resolver las dudas que ofrezca su cumplimiento, modificarlo por razones de interés público, acordar su resolución por incumplimiento de la entidad y determinar los efectos de ésta. Asimismo, corresponde a la Dirección General de MUFACE acordar las compensaciones económicas por incumplimientos parciales de obligaciones, las deducciones por fallos de disponibilidad y los incentivos a la calidad, según lo previsto en las cláusulas 7.7, 8.3 y 8.4.

7.2 Naturaleza y régimen de las relaciones asistenciales.

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

7.2.2 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 mutualistas y 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 mutualistas y 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.

Las relaciones mencionadas en las letras a) y 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.

7.2.3 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.

7.3 Comisiones Mixtas.

7.3.1 Existirán una Comisión Mixta Nacional y Comisiones Mixtas provinciales, todas ellas con composición paritaria.

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

7.3.3 El funcionamiento de la Comisión Mixta Nacional se ajustará a las siguientes normas y, en lo no previsto, se aplicarán las normas de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común sobre funcionamiento de los órganos colegiados:

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

b) En caso de incomparecencia a una reunión de los representantes de la entidad se entenderá que aquélla acepta los acuerdos que adopte MUFACE en relación con los asuntos incluidos en el orden del día de la reunión.

c) De cada sesión se levantará acta por el secretario, cuyo proyecto, con su firma, se enviará inmediatamente a la entidad para su conocimiento, conformidad y devolución. Dicha devolución, firmada por el representante de la entidad, deberá realizarse en el plazo máximo de siete días hábiles. Una vez firmada por el representante de la misma, se entenderá aprobada, así como si no se hubiese recibido en el plazo establecido. 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.

7.3.4 Las Comisiones Mixtas Provinciales estarán compuestas por parte de MUFACE por el Director del Servicio Provincial, que las presidirá, y por un funcionario de dicho Servicio que actuará, además, como Secretario; y, por parte de la entidad, por uno o dos representantes de la misma con facultades decisorias suficientes. Podrá asistir a las reuniones el Asesor Médico del Servicio Provincial. Su funcionamiento se ajustará a las mismas normas señaladas en la cláusula 7.3.3 para la Comisión Mixta Nacional.

7.3.5 La Comisión Mixta Nacional y las Comisiones Mixtas provinciales tienen por cometido en su respectivo ámbito territorial:

a) El seguimiento, análisis y evaluación del cumplimiento del concierto.

b) El análisis de las iniciativas de MUFACE sobre las compensaciones económicas por incumplimientos parciales del concierto, las deducciones por fallos de disponibilidad y los incentivos a la calidad.

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

A los efectos de los cometidos recogidos en las letras 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.

7.4 Procedimiento para sustanciar las reclamaciones.

7.4.1 Los mutualistas y beneficiarios podrán reclamar de MUFACE que, con arreglo a lo previsto en la cláusula 7.1, acuerde la procedencia de alguna actuación por parte de la entidad en los siguientes supuestos:

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 mutualista o 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 7.2. En caso de plantearse, se contestará al interesado que, por razón de incompetencia de MUFACE, no resulta posible resolver sobre el fondo de la reclamación, con indicación de que puede actuarse, si se estima oportuno, frente a los facultativos, centros o, si procede, la propia entidad, en la vía jurisdiccional ordinaria que corresponda según la naturaleza de los hechos.

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

7.4.2 La reclamación se formulará por escrito ante el Servicio Provincial de adscripción del mutualista acompañando cuantos documentos puedan justificar la misma.

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

7.4.4 En caso de que las citadas gestiones no prosperen, y con independencia de su cuantía, el Servicio Provincial formalizará el oportuno expediente, lo incluirá en el orden del día de la inmediata reunión de la Comisión Mixta Provincial, y estudiado el mismo se levantará la correspondiente acta en la que constarán necesariamente las posiciones de MUFACE y la entidad sobre la reclamación planteada.

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

7.4.6 En caso de que existan discrepancias en el seno de la Comisión Mixta Provincial, y antes de finalizar el plazo establecido en la cláusula 7.4.8 para dictar resolver por parte de la Dirección 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 desde dicha elevación. Una vez estudiado en la Comisión Mixta Nacional, resolverá la Dirección General de MUFACE.

7.4.7 No podrán presentarse reclamaciones en Comisión Mixta Nacional por temas similares que ya hayan sido resueltos previamente, de forma favorable y de acuerdo con la entidad, por la Dirección General de MUFACE, debiendo aplicarse el criterio resultante de la correspondiente Comisión Mixta Nacional en la gestión de las entidades con los mutualistas o beneficiarios. Si la entidad no aplicara el criterio, el Director del Servicio Provincial correspondiente resolverá, conforme al mismo, sin que sea necesario el acuerdo entre las partes que componen la Comisión Mixta Provincial.

7.4.8 Las resoluciones de los Directores de los Servicios Provinciales contempladas en las cláusulas 7.4.5 y 7.4.7 deberán dictarse dentro del plazo máximo de tres meses. Si la resolución correspondiese a la Dirección General de MUFACE, según la cláusula 7.4.6, dicho plazo máximo será de seis meses.

7.4.9 Las resoluciones dictadas por los Directores de los Servicios Provinciales y por la Dirección General de MUFACE serán notificadas a la entidad y a los interesados. Contra ellas podrá interponerse recurso de alzada ante la persona titular del Ministerio de Política Territorial y Administración Pública, de acuerdo con lo previsto en los artículos 107 a 115 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, y en relación con el artículo 37.1 de la LSSFCE.

7.5 Procedimiento de ejecución de reclamaciones estimadas.

7.5.1 Las resoluciones de los Directores de los Servicios Provinciales que estimen las reclamaciones presentadas, conforme a lo establecido en las cláusulas 7.4.5 y 7.4.7,

seguirán el procedimiento de ejecución que se establece a continuación, en función del objeto de la reclamación:

a) Cuando la reclamación tenga por objeto que se autorice una determinada asistencia sanitaria, la entidad emitirá la correspondiente autorización en el plazo de diez días a partir de la notificación de la resolución.

b) Cuando la reclamación tenga por objeto que la entidad asuma directamente algún gasto, la entidad procederá a efectuar el abono al proveedor sanitario en el plazo de un mes a partir de la notificación de la resolución.

c) Cuando la reclamación tenga por objeto el reembolso de los gastos reclamados, la entidad procederá, en el plazo de un mes a partir de la notificación de la resolución, a su reembolso, previa presentación, en su caso, de los oportunos justificantes del gasto, que serán devueltos al reclamante si los solicitase.

7.5.2 Dentro de los plazos citados en la cláusula anterior, la entidad deberá comunicar al Servicio Provincial de MUFACE, según el caso:

a) Que ha procedido a emitir la autorización, a efectuar el abono directo al proveedor sanitario o a reembolsar los gastos.

b) Que no ha procedido a realizar alguna de las actuaciones anteriores por causa ajena a su voluntad, especialmente porque el interesado no se ha presentado, por no haberse aportado por el mismo los justificantes oportunos o por no haber sido aceptado el pago por éste.

7.5.3 Si MUFACE no hubiese recibido esta comunicación dentro del plazo indicado o si, superado este plazo, tuviese conocimiento de que se hubiera denegado el pago al interesado por cualquier motivo, el Director del Servicio Provincial expedirá certificación del acuerdo o resolución adoptado y de los hechos posteriores y la remitirá al Departamento de Gestión Económica y Financiera de MUFACE.

Éste, sin más requisitos, propondrá el oportuno acuerdo a la Dirección General de MUFACE y deducirá de la inmediata mensualidad que haya de abonarse a la entidad y pagará, por cuenta de la misma, la cantidad incluida en la certificación directamente al proveedor sanitario, previa autorización expresa del interesado, o al propio interesado.

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

Si la asistencia reclamada hubiera sido facturada al interesado y este aún no hubiera hecho efectivo el pago, MUFACE podrá realizar el abono directo al acreedor, a partir de la fecha de la resolución estimativa, siempre y cuando el interesado autorice de forma expresa dicho abono directo a su nombre.

7.5.5 Serán a cargo de la entidad los costes de posibles recargos de apremio o intereses de demora, cuando la causa de demora fuera imputable a la misma.

7.5.6 Las resoluciones administrativas o sentencias que resuelvan recursos interpuestos contra actos de MUFACE en materia de reintegro de gastos sujetos al presente concierto serán ejecutadas, en su caso, conforme al procedimiento establecido en la cláusula 7.5.4.

7.6 Descuentos por gastos de farmacia: Cuando en el proceso de revisión de la facturación de recetas que realiza MUFACE se detectaran prescripciones de medicamentos y productos sanitarios realizadas en sus recetas oficiales, que deberían haber sido a cargo de la entidad según lo establecido en este concierto, MUFACE procederá, previa comunicación a la entidad, a efectuar el descuento correspondiente en el pago mensual de las cuotas que ha de abonar a la misma, de acuerdo con lo previsto en el capítulo 8.

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

7.7 Compensaciones económicas por incumplimiento parcial de obligaciones definidas en el concierto.

7.7.1 El incumplimiento de obligaciones previstas y plazos fijados en las cláusulas 1.6.1, 1.6.2, 1.6.3, 1.7, 3.3, 3.4, 3.5, 4.7.3, 4.8, 5.2.1.e), 5.3.6, 6.1.2 y 6.1.4 de este concierto dará lugar a la imposición de la correspondiente compensación económica.

7.7.2 Con carácter general, para la calificación del incumplimiento y la determinación del importe de la compensación económica se tendrán en cuenta, entre otros, los siguientes factores:

- a) Perjuicio ocasionado.
- b) Número de mutualistas y beneficiarios afectados.
- c) Reiteración del incumplimiento.

En atención a estos y otros factores, en el anexo 7 del presente concierto se establece la tipificación y calificación en grado de leve, grave o muy grave de los incumplimientos susceptibles de ser sancionados y el importe de la compensación económica para cada uno de ellos en función de su graduación. Asimismo, se regula en dicho anexo el procedimiento para su imposición.

7.8 Unidad Técnica de Calidad.

7.8.1 La Unidad Técnica de Calidad (en adelante UTC), constituida en el ámbito de los Servicios Centrales de MUFACE, es responsable del seguimiento, control y evaluación de:

- a) La disponibilidad y calidad de las prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios que debe prestar la entidad.
- b) El cálculo de las deducciones mensuales por fallos de disponibilidad que deben aplicarse al pago que realiza MUFACE a la entidad.
- c) El cálculo de los importes que correspondan a la entidad en concepto de incentivo anual a la calidad realizada.

7.8.2 La UTC podrá realizar con carácter periódico encuestas de satisfacción de mutualistas y beneficiarios, así como al personal y servicios concertados por la entidad, facilitando los resultados a la entidad.

CAPÍTULO 8

Duración, régimen económico y precio del concierto

8.1 Duración del concierto.

8.1.1 Los efectos del presente concierto se iniciarán a las cero horas del día uno de enero del año 2012 y se extenderán hasta las veinticuatro horas del día treinta y uno de diciembre del año 2013, con posibilidad de prórrogas, por plazos de un año, con un máximo de dos.

Las prórrogas, en su caso, se acordarán por acuerdo expreso entre MUFACE y la entidad manifestado por escrito antes del 30 de junio de 2013 y 2014, respectivamente.

8.1.2 Aunque la entidad no prorrogue con MUFACE el presente concierto o no suscriba un nuevo concierto a la finalización del mismo, continuará obligada por el contenido de éste hasta el treinta y uno de enero del año siguiente, para el colectivo que tenga adscrito a treinta y uno de diciembre. En los casos en que se estuviese prestando

el 31 de enero una asistencia en régimen de hospitalización o una asistencia por maternidad cuando el parto estuviese previsto para el mes de febrero, la entidad quedará obligada a seguir prestando la asistencia hasta el día en que se produzca el alta o se concluya la asistencia por maternidad, respectivamente. En el caso de que la necesidad de hospitalización se prolongue, la entidad asumirá la cobertura hasta finalizar el mes de junio, fecha a partir de la cual la nueva entidad de adscripción asumirá la cobertura.

La entidad tendrá derecho a percibir, por el mes de enero del año siguiente y por el colectivo adscrito a treinta y uno de diciembre del año anterior, el precio por persona/mes que se establezca para las entidades que estén concertadas con MUFACE. No obstante, del importe a abonar por dicho mes, MUFACE retendrá un diez por ciento hasta el treinta y uno de enero del año posterior, 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 al treinta y uno de enero del año posterior, la entidad se obliga a satisfacerlos directa e inmediatamente.

8.1.3 El colectivo afectado deberá elegir nueva entidad durante el plazo que establezca MUFACE y la elección tendrá efectos a las cero horas del día uno de febrero, sin perjuicio, de lo previsto para hospitalizaciones y maternidad en el párrafo primero de la cláusula anterior.

8.2 Régimen económico del concierto.

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

8.2.2 Consiguientemente, cada pago mensual tendrá en cuenta el número de mutualistas y de beneficiarios existentes en el censo del mes de que se trate, a cuyos efectos, MUFACE emitirá la oportuna certificación comunicando la cifra de mutualistas y beneficiarios adscritos a la entidad, diferenciados por edad, según los parámetros establecidos en la cláusula 8.3.1. El pago se efectuará por MUFACE, mediante transferencia bancaria, dentro de los quince primeros días hábiles del mes siguiente, previas las retenciones o los descuentos que procedan con arreglo a la Resolución de Convocatoria y al concierto con sus anexos.

8.2.3 MUFACE pondrá a disposición de la entidad, en la primera semana de cada mes, en fichero electrónico, la relación completa con todos los datos del colectivo, incluyendo las altas, bajas y variaciones producidas durante el mes anterior, referida a las veinticuatro horas del último día de dicho mes.

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

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

B) Las relativas a beneficiarios exclusivamente.

8.2.5 La entidad presentará las reclamaciones separadamente, y las acompañará de fichero electrónico con las mismas características técnicas que el facilitado por MUFACE, conteniendo la información en la que se funda la reclamación. Las reclamaciones deberán ser presentadas en el plazo máximo de tres meses a partir de la comunicación mensual del estado del colectivo y relación de incidencias, transcurrido el cual sin que se hubiese formulado reclamación se entenderá que existe conformidad por parte de la entidad, adquiriendo firmeza el pago efectuado en función de dicho colectivo. Las reclamaciones presentadas serán resueltas por MUFACE dentro de los tres meses siguientes a la fecha de presentación de las mismas.

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

8.2.6 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.

8.2.7 En el supuesto de asistencia sanitaria por lesiones producidas o enfermedad derivada o agravada por accidentes cubiertos por cualquier modalidad de seguro obligatorio o cuando el coste de la asistencia sanitaria prestada deba ser satisfecho legal o reglamentariamente por organismos públicos distintos de MUFACE o por entidades privadas, la entidad, sin perjuicio de cubrir en todo caso la asistencia, podrá subrogarse en los derechos y acciones de los mutualistas y 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 mutualistas y beneficiarios, por su parte, estarán obligados a facilitar a la entidad los datos necesarios para ello.

8.2.8 Siempre que exista sentencia judicial firme en la que se ordene a MUFACE el pago de una indemnización, derivada de responsabilidad directa o subsidiaria por actuaciones asistenciales incluidas en el objeto del concierto, MUFACE, sin perjuicio de ejecutar la sentencia, repercutirá el importe abonado a la entidad concertada correspondiente, de acuerdo con el procedimiento previsto en la cláusula 7.5.

8.3 Precio del concierto e incentivos a la calidad.

8.3.1 El precio del concierto se establece mediante una prima fija que se abonará por persona mensualmente y que varía en función de su edad. El importe de las primas fijas en euros (exento de IVA), por persona y mes, para el año 2012, se distribuirá de la siguiente manera:

Grupos etarios	Prima €/persona y mes Año 2012
0-4	59,63
5-14	49,69
15-44	56,32
45-54	59,63
55-64	66,27
65-74	79,52
Más de 74	86,14

El importe de la prima fija a abonar por cada nuevo mutualista o beneficiario será el correspondiente al grupo de edad en el que esté incluido en su fecha de alta en la Mutualidad.

En ningún caso el importe de la prima fija de un mutualista o beneficiario sufrirá alteración alguna dentro de cada año natural aunque a lo largo del año, por razón de edad, cambie de grupo etario.

En el mes de enero de cada año de duración del presente concierto, MUFACE procederá a actualizar la pertenencia de todos los mutualistas y beneficiarios al grupo etario que le corresponda.

8.3.2 Se establece un incentivo anual de calidad (IAC), cuya cuantía máxima se calculará mediante la fórmula:

$$(IAC)_i = P_m \times 12 \times C_i \times Q$$

Donde:

P_m = prima mensual ponderada correspondiente al colectivo protegido en el concierto a 1 de febrero de cada año.

C_i = colectivo adscrito a la entidad i a uno de febrero de dicho año.

Q = Coeficiente anualmente variable, que tomará los siguientes valores:

- /Año 2012: 0,0325.
- /Año 2013: 0,035.
- /Año 2014: 0,0375.
- /Año 2015: 0,04.

8.3.3 Al margen del IAC, se establece la cantidad mensual de 0,15 euros por mutualista y beneficiario como compensación económica máxima por el desarrollo e implantación de las acciones contempladas en la cláusula 6.2, que será abonada a la entidad previa conformidad expresa de MUFACE.

8.3.4 La entidad percibirá 500 euros como cantidad total por la asistencia prestada a cada beneficiaria por maternidad en el supuesto previsto en el artículo 69 RGMA a que se refiere la cláusula 1.5 una vez finalizada la atención. A estos efectos, la entidad remitirá mensualmente una relación de las beneficiarias al Servicio Provincial de adscripción de los/las mutualistas de quienes derive el derecho. El Servicio Provincial, una vez comprobada la relación y depuradas las posibles incidencias, remitirá un listado nominativo al Departamento de Gestión Económica y Financiera a los efectos de lo dispuesto en la cláusula 8.5.1 A. b.

8.4 Deducciones por fallos de disponibilidad.

8.4.1 La entidad está obligada a cumplir las obligaciones previstas y plazos fijados en relación con los criterios de disponibilidad establecidos en el concierto y sus anexos. En el anexo 8 se establecen unos criterios que permiten medir el grado de disponibilidad de la atención prestada por la entidad.

8.4.2 Tras llevar a cabo conforme a dichos criterios el seguimiento, control y evaluación de la gestión del servicio de asistencia sanitaria prestado por la entidad, la Dirección General de MUFACE aplicará, en su caso, las deducciones económicas que correspondan por fallos de disponibilidad recogidas en el anexo 8.

8.4.3 El importe máximo anual de las deducciones por fallos de disponibilidad no podrá superar la cuantía máxima del incentivo de calidad que se fije cada año de acuerdo con la cláusula 8.3.2.

8.4.4 Las deducciones por fallos de disponibilidad a que se refiere la cláusula anterior son independientes de las compensaciones económicas por incumplimiento parcial de obligaciones previstas en la cláusula 7.7 de este concierto.

8.5 Condiciones de pago y revisión de precios.

8.5.1 El abono por parte de MUFACE a la entidad de las cantidades resultantes de la aplicación de las cláusulas 8.3 y 8.4 y los anexos 7, 8, 9 y 10 se hará efectivo de la siguiente forma y con la siguiente periodicidad:

A) Mensualmente:

a) La cantidad resultante de la aplicación de la cláusula 8.3.1 minorada en:

1. La cuantía que resulte de los reembolsos de gastos, descuentos y compensaciones económicas por incumplimiento de obligaciones que sean acordados al amparo del presente concierto.

2. La cuantía que resulte de la aplicación del sistema de deducciones por fallos de disponibilidad que se establece en la cláusula 8.4 y anexo 8 del presente concierto.

b) La cuantía que resulte de aplicar lo previsto en la cláusula 8.3.4.

B) Trimestralmente:

a) La cuantía que resulte de aplicar lo previsto en el sistema de incentivos por mejoras en la calidad establecido en la cláusula 8.3.2 y el punto 2.3 del anexo 8.

b) La factura de los informes, exploraciones y pruebas realizadas prescritas por los órganos de valoración de incapacidades de MUFACE en los términos previstos en el anexo 9 y con arreglo al Baremo establecido en el anexo 10.

C) Anualmente:

a) La cuantía que resulte de aplicar el sistema de incentivos por mejoras en la calidad establecido en la cláusula 8.3.2 y los puntos 2.1, 2.2 y 2.4 del anexo 8.

b) La compensación establecida en la cláusula 8.3.3, de acuerdo con el nivel de cumplimiento de los objetivos marcados por MUFACE para las acciones contempladas en la cláusula 6.2.

8.5.2 Las cantidades serán satisfechas con cargo a la aplicación 25.105.312E.251, dentro de las disponibilidades presupuestarias del Organismo.

8.5.3 Durante el segundo año, y en caso de prórroga durante el tercer y el cuarto año de duración del concierto, resultará procedente la revisión anual de precios por parte de MUFACE, aplicando al concepto de prima fija el 85% de la variación del Índice General de Precios al Consumo del año transcurrido, una vez publicado oficialmente. Este incremento de la prima fija por revisión anual del IPC se hará efectivo en el abono de la primera mensualidad del año y se mantendrá durante los doce meses del año natural.

El mismo porcentaje de revisión se aplicará al Baremo del anexo 10 y a los importes diarios de hospitalización psiquiátrica y pediátrica (cláusulas 4.6.7 y 4.6.8) y a la compensación indicada en la cláusula 8.3.3.

En todo caso, el incremento de la prima fija, del Baremo del anexo 10, de los importes de hospitalización y de la compensación indicados en los párrafos anteriores, en cada año mencionado de duración del concierto, no será inferior al 1,5%.

8.6 Mecanismo de compensación de gastos extraordinarios derivados de grandes siniestros o casos catastróficos.

8.6.1 Con el fin de compensar los gastos extraordinarios en que hayan podido incurrir las entidades firmantes del concierto por la asistencia sanitaria de grandes siniestros o casos catastróficos, MUFACE reservará un porcentaje del importe de la prima fija a percibir por cada entidad correspondiente al mes de diciembre de cada año de vigencia del concierto.

8.6.2 Mediante Resolución anual de la Dirección General de MUFACE, que se aprobará en el primer trimestre de cada año de vigencia del concierto, se fijarán, entre otros, los siguientes extremos relativos a este mecanismo:

a) Porcentaje de la prima fija que se reservará para cubrir el mecanismo de compensación. El porcentaje será el mismo para todas las entidades firmantes del concierto.

b) Criterios para catalogar los grandes siniestros o casos catastróficos según tipo de patología y sus costes asociados.

c) Criterios y procedimiento para efectuar el análisis de los casos susceptibles de ser compensados mediante este mecanismo y la distribución económica a las entidades que los hayan presentado en cada periodo, estableciendo, en su caso, el importe mínimo del gasto que queda excluido. La distribución se realizará proporcionalmente al total de los gastos presentados y justificados por cada entidad, una vez deducida la parte asumida por la misma. En el caso de que no se distribuya el total reservado, se reintegrará proporcionalmente a la cantidad retenida a cada una de ellas.

8.6.3 Para el ejercicio 2012, en la resolución correspondiente se establecerá la reserva del 5% de la prima fija correspondiente al mes de diciembre, a estos efectos.

ANEXO 1

Especificaciones a la cartera de servicios y prestaciones sanitarias incluidas en el Concierto

1. *Programas preventivos*

1.1 La Entidad realizará las actuaciones establecidas por la normativa aplicable en materia de salud pública y en especial en el apartado 3.1 del Anexo II del Real Decreto 1030/2006 y, en su caso, de su actualización, que incluyen:

a) Vacunaciones en todos los grupos de edad y, en su caso, grupos de riesgo, según el calendario de vacunación del SNS, en los términos establecidos por las administraciones sanitarias competentes, así como cualquier otro programa o campaña de vacunación que determinen las autoridades sanitarias.

b) Indicación y administración, en su caso, de quimioprofilaxis antibiótica en los contactos con pacientes infecciosos para los problemas infectocontagiosos que así lo requieran.

c) Actividades para prevenir la aparición de enfermedades actuando sobre los factores de riesgo (prevención Primaria) o para detectarlas en fase presintomática mediante cribado o diagnóstico precoz (prevención secundaria), entre ellas:

1.º Del cáncer de mama: cribado con mamografía cada dos años en las mujeres mayores de 50 años

2.º Del cáncer de cuello de útero: citología de Papanicolaou en mujeres de 25-65 años. Al principio, 2 citologías con una periodicidad anual y después cada 3-5 años, de conformidad con las pautas recomendadas por las Sociedades Científicas.

La frecuencia del cribado para la prevención secundaria del cáncer de cuello uterino o de mama podrá ser mayor cuando así esté indicado por el ginecólogo en función de criterios de mayor riesgo (genético u otros factores).

Todo ello de acuerdo, además, con el desarrollo de los programas preventivos del cáncer ginecológico incluidos en el Plan del Cáncer de la Entidad.

1.2 La Entidad dispondrá de los medios necesarios para llevar a efecto los programas preventivos incluidos en la Cartera de Servicios, garantizando la información adecuada a los mutualistas y beneficiarios, así como el calendario, direcciones y horarios de los centros donde se llevarán a cabo las vacunaciones y los programas de prevención.

La Entidad remitirá a los Servicios Provinciales de MUFACE relación detallada de los centros de vacunación de la respectiva provincia con direcciones, teléfonos, horarios y programas preventivos que se incluyen en los mismos.

En los casos en que la Entidad no hubiera desarrollado alguno de los programas específicos antes mencionados, deberá atender la cobertura de las actuaciones realizadas a los mutualistas y beneficiarios en el marco del programa de prevención desarrollado por la correspondiente administración sanitaria.

1.3 La Dirección General de MUFACE podrá informar específicamente a sus mutualistas y beneficiarios y a través del medio que en cada caso estime más oportuno sobre la conveniencia de la realización de determinados programas preventivos incluidos en la Cartera de Servicios.

2. *Salud bucodental*

2.1 Comprende el tratamiento de las afecciones estomatológicas en general, incluyendo la periodoncia, toda clase de extracciones y la limpieza de boca una vez por año, o más si fuera necesario, previo informe justificativo del facultativo especialista.

También incluye el programa de salud bucodental dirigido a los niños menores de 15 años, consistente en revisiones periódicas, aplicación de flúor tópico, selladores oclusales y obturaciones o empastes. Además, a este programa se incorporarán las actuaciones

que se incluyan en el Plan de Salud Bucodental Infantil para el conjunto del SNS, con el mismo contenido, alcance y ritmo de implantación.

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

2.2 Quedan excluidos, con las salvedades previstas en la cláusula anterior, los empastes, la endodoncia, las prótesis dentarias, los implantes osteointegrados y la ortodoncia, tanto en lo referente a su coste como a su colocación.

2.3. No obstante, cuando mediara enfermedad profesional o accidente en acto de servicio serán a cargo de la Entidad todos los tratamientos y actuaciones, incluidas las prótesis dentarias y los implantes osteointegrados, así como su colocación. Para las prótesis dentarias, será necesaria prescripción de facultativo especialista de la Entidad, junto con presupuesto para su autorización por la Entidad.

2.4 También serán a cargo de la Entidad los gastos de hospitalización, de quirófano y anestesiista 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. *Salud mental*

3.1 Comprende la atención a la salud mental y la asistencia psiquiátrica que incluye el diagnóstico y seguimiento clínico, el tratamiento farmacológico y la psicoterapia individual, de grupo o familiar. La atención a la salud mental se realizará en régimen de hospitalización y en régimen de consultas externas u hospital de día, garantizando en cualquier caso la necesaria continuidad asistencial.

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

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

4. *Cirugía plástica, estética y reparadora*

La Entidad atenderá la cobertura de la cirugía plástica, estética y reparadora cuando guarde relación con accidente, enfermedad o malformación congénita.

En los supuestos de enfermedad profesional o accidente en acto de servicio se practicará en toda su amplitud, incluyendo, si fuera necesario, la cirugía plástica, estética y reparadora en los casos en que, aun habiendo sido curadas las lesiones, quedaran deformaciones o mutilaciones que produzcan alteraciones del aspecto físico o dificulten la total recuperación del paciente.

5. *Farmacia y productos sanitarios*

5.1 Los medicamentos precisos para el tratamiento de pacientes ambulatorios correrán a cargo de la Entidad y serán suministrados por sus medios en los siguientes supuestos:

a) Los medicamentos comercializados 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, cualesquiera que sean sus condiciones de utilización.

b) Los medicamentos no autorizados en España, pero comercializados en otros países, cuya dispensación, conforme a la normativa aplicable, deba realizarse a través de Servicios de Farmacia Hospitalaria, al quedar restringida su utilización al medio hospitalario.

c) Los medicamentos y productos farmacéuticos financiados en el Sistema Nacional de Salud que no estén dotados de cupón precinto, y que requieran para su administración la intervención expresa de facultativos especialistas.

d) Los medios, elementos o productos farmacéuticos precisos para la realización de técnicas diagnósticas, tales como medios de contraste, laxantes drásticos u otros.

5.2 Los Servicios de Farmacia de los centros hospitalarios concertados dispensarán los medicamentos precisos para tratamientos ambulatorios en los siguientes supuestos:

a) Los medicamentos y productos farmacéuticos financiados en el SNS que no estén dotados de cupón precinto, y que para su administración no requieren la intervención expresa de facultativos especialistas.

b) Los medicamentos en los que el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad acuerde establecer reservas singulares, limitando su dispensación sin necesidad de visado a los pacientes no hospitalizados, de acuerdo con lo previsto en el artículo 1 del Real Decreto Ley 9/2011, de 20 de agosto. Asimismo, y en tanto se desarrolle dicha normativa, se dispensarán los medicamentos de Diagnóstico Hospitalario cuya dispensación solicite MUFACE expresamente para el tratamiento de determinados pacientes, en el caso de que pudieran existir dificultades para su dispensación a través de oficinas de farmacia.

c) Los medicamentos de terapia avanzada de fabricación no industrial utilizados en aquellos hospitales a los que se le haya concedido la autorización de uso, así como el uso compasivo de medicamentos en investigación.

En todos estos supuestos los medicamentos se facturarán por la Entidad para su abono por parte de MUFACE al precio de venta de laboratorio.

5.3 Serán a cargo de la Entidad y suministrados por sus medios a los mutualistas y beneficiarios los productos sanitarios que se relacionan a continuación:

a) Los sistemas de administración de nutrición enteral domiciliaria, cánulas de traqueotomía y laringectomía y sondas vesicales especiales que no sean dispensables mediante receta de MUFACE, cuando dichos productos hubieran sido debidamente indicados por un especialista de la Entidad.

b) Los dispositivos intrauterinos (DIU) de cualquier índole prescritos.

c) 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.

d) Las jeringuillas de insulina y las agujas correspondientes, así como las bombas de infusión subcutánea de insulina previstas en el Anexo III del RD 1030/2006 y su material fungible, siempre que su indicación se ajuste a los criterios y estándares establecidos por las Administraciones sanitarias y Sociedades científicas y se autorice por MUFACE cada procedimiento de utilización de las referidas bombas.

e) Las tiras reactivas para la medición en pacientes diabéticos de glucemia, glucosuria y combinadas glucosa/cuerpos cetónicos, así como el glucómetro y las lancetas necesarias, de acuerdo con los criterios y estándares establecidos por las administraciones sanitarias y sociedades científicas. En todo caso, la Entidad deberá proporcionar aquellos productos que a juicio del profesional responsable de la indicación o prescripción se adapten mejor a las necesidades y habilidades del paciente.

Todos estos productos se suministrarán atendiendo a criterios de diligencia, proporcionalidad y máxima atención a la situación del paciente. En aquellos supuestos en que, por causas imputables a la Entidad, el suministro no se ajustara a estos criterios, el mutualista o beneficiario podrá adquirir directamente el producto y solicitar el reintegro a la Entidad.

6. Diagnóstico y tratamiento de la esterilidad

6.1 Consideraciones generales.

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 mutualista o beneficiaria de MUFACE. La Entidad estará obligada a financiar todas las pruebas y actuaciones necesarias en la pareja de la mutualista sometida a técnicas de reproducción asistida en aquellas Comunidades Autónomas en las que exista acuerdo de correspondencia con MUFACE.

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 Guía de Recomendaciones en Reproducción Humana Asistida de MUFACE vigente o en sus posteriores modificaciones.

La Entidad se compromete a difundir entre sus profesionales ginecólogos y responsables de unidades de reproducción asistida la citada Guía, a fin de promover y garantizar el desarrollo de una buena práctica clínica y un uso adecuado y racional de dicha prestación.

Será por cuenta de la Entidad la criopreservación del semen, ovocitos, tejido ovárico y preembriones congelados sobrantes, procedentes de un ciclo de fertilización in vitro, en las condiciones y durante el período de tiempo establecidos en la Ley 14/2006, de 26 de mayo y en la Guía de Recomendaciones en Reproducción Humana Asistida de MUFACE.

En los casos de congelación de ovocitos y tejido ovárico con fines reproductivos en mutualistas o 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.

6.2 Criterios de cobertura en reproducción humana asistida.

La Guía de Recomendaciones en Reproducción Humana Asistida aludida 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, y normas concordantes.

Conforme a estos criterios, se atenderá la cobertura de técnicas de reproducción humana asistida en las siguientes situaciones:

a) 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.

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

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

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

6.3 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.

Ciclos	Inducción ovulación	Inseminación artificial	F.I.V*	F.I.V. con donación ovocitos/preembriones
	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:

- Para considerar que una paciente ha realizado un ciclo FIV deberá haber llegado al menos a la fase de recuperación de ovocitos.
- 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.
- No se autorizará un nuevo ciclo FIV cuando existan preembriones sobrantes crioconservados procedentes de ciclos anteriores.
- 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.
- Para el cómputo del número máximo de ciclos establecido se tendrá en cuenta el número total de ciclos realizados con independencia del financiador. Por ello, en caso de que una pareja se acoja a la cobertura de este Concierto tras haberse sometido previamente a tratamiento de reproducción humana asistida, se tendrá en cuenta el número de ciclos que se hubiera realizado hasta el momento y se dará cobertura a los que corresponda, hasta completar el número máximo de ciclos establecidos.

6.4 Otros límites y condiciones.

- 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.
- 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.
- 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 período 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.

7. *Cuidados paliativos*

7.1 La Entidad facilitará cuidados paliativos a aquellos pacientes con una enfermedad terminal, independientemente de la patología que la origine.

7.2 Serán susceptibles de atención los pacientes terminales oncológicos o con enfermedad crónica no oncológica, en fase avanzada y con limitación funcional severa no reversible.

7.3 La atención en cuidados paliativos contará con un modelo organizativo explícito de acuerdo a las exigencias de medios recogidas en el Anexo 3 y a lo establecido en el Plan en Cuidados Paliativos de la Entidad.

7.4 El lugar más adecuado para proporcionar cuidados paliativos estará determinado por el nivel de complejidad del enfermo, la disponibilidad de apoyos familiares adecuados y la elección del paciente y su familia, entre otras variables.

7.5 Los cuidados paliativos se prestarán en el domicilio del paciente por profesionales de Atención Primaria y, en régimen de hospitalización por los profesionales de atención especializada. En caso de complejidad esta atención se complementará con la intervención de equipos de soporte en cuidados paliativos que podrán intervenir tanto en el ámbito domiciliario como hospitalario o bien con la derivación e ingreso de estos pacientes en Unidades de Cuidados Paliativos Hospitalarias.

La continuidad de la asistencia en las franjas horarias en las que cesan su actividad los recursos en cuidados paliativos en atención domiciliaria, se proporcionará a través del Centro Coordinador de Urgencias de la Entidad, para lo que se articularán los procedimientos de coordinación y derivación precisos.

7.6 Los mutualistas o beneficiarios que precisen cuidados paliativos por equipos de soporte específicos o bien el ingreso en Unidades de Cuidados Paliativos Hospitalarias deberán, salvo en los casos de urgencia, solicitar autorización previa a la Entidad.

8. *Rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable*

8.1 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.

8.2 La evolución del paciente y la determinación del alta serán responsabilidad del médico rehabilitador salvo en los tratamientos de rehabilitación cardíaca y vestibular que serán responsabilidad del facultativo especialista que solicitó dicho tratamiento.

8.3 Los tratamientos podrán ser realizados por médico rehabilitador, fisioterapeuta, logopeda y terapeuta ocupacional, según corresponda.

8.4 El número de sesiones está supeditado al criterio facultativo y a la situación del paciente, para lo cual se tendrán en cuenta las recomendaciones de las sociedades científicas.

8.5 Al tratarse de una atención dirigida a pacientes con déficit funcional recuperable, 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, conforme al informe del médico rehabilitador o del facultativo especialista que solicitó el tratamiento. Se atenderá en cualquier caso la rehabilitación que se indique por reagudización del proceso.

9. Transporte para la asistencia sanitaria

9.1 Transporte ordinario.

9.1.1 Se facilitará el transporte ordinario en los siguientes supuestos.

a) Cuando no existan los medios exigidos, de forma que el mutualista o beneficiario venga obligado a desplazarse desde la localidad en que reside, con carácter temporal o permanente, a la localidad más próxima donde aquellos estén disponibles

b) A Servicios de Nivel IV y a Servicios de Referencia ubicados en una provincia distinta a la de residencia.

c) En los supuestos de traslados necesarios a otra localidad distinta de la de residencia para recibir asistencia sanitaria derivada de accidente en acto de servicio y enfermedad profesional.

9.1.2 Tendrán derecho a los gastos de transporte de acompañante los desplazamientos efectuados, conforme a los párrafos anteriores, por pacientes:

a) Menores de quince años y en el caso de las ciudades de Ceuta y Melilla, menores de 18 años.

b) Aquellos que acrediten un grado de discapacidad igual o superior al 65%.

c) 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.

9.1.3 Los traslados se valorarán siempre por su coste, en clase normal o turista, en líneas regulares de transporte en autobús, ferrocarril, barco o avión.

9.2 Transporte extraordinario.

9.2.1 El transporte extraordinario se facilitará 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 situación de urgencia vital, en los siguientes supuestos:

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

b) Para acudir a consultas y curas, ambulatorias u hospitalarias, y para recibir tratamientos periódicos o cualquier otro tipo de asistencia amparada por este Concerto.

9.2.2 El mutualista o beneficiario de MUFACE tendrá derecho a este tipo de transporte extraordinario:

a) Cuando los traslados se realicen a centro o servicio ubicado dentro del municipio de residencia habitual o temporal o, si en éste no existieran los medios precisos, hasta el municipio más próximo en el que la Entidad disponga de los correspondientes servicios o hasta el centro al que ésta hubiera remitido al paciente.

Se atenderá también el traslado de regreso del paciente a su domicilio tras recibir la atención sanitaria correspondiente, siempre que existan causas que justifiquen la necesidad de transporte en medios extraordinarios.

b) Cuando un paciente 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.

ANEXO 2

Medios de asistencia en zonas rurales e integración de los teléfonos de urgencia

1. *Asistencia en zonas rurales*

1.1 De acuerdo con el presente Concierto, la Entidad debe disponer de medios propios o concertados en todo el territorio nacional de acuerdo con los respectivos niveles asistenciales. Sin embargo, en las zonas rurales se produce la circunstancia de que, por lo general, no existen medios privados que puedan llevar a cabo dicha asistencia, puesto que únicamente disponen de medios adecuados los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

1.2 Por tanto, a fin de hacer posible la prestación de servicios sanitarios en ese ámbito territorial a los mutualistas y beneficiarios adscritos a la Entidad, y de acuerdo con la posibilidad de establecer Convenios de Colaboración entre los órganos de la Administración General del Estado y los de las administraciones de las Comunidades Autónomas prevista en el artículo 6 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, MUFACE podrá convenir con los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas la prestación, ya que, de acuerdo con lo dispuesto en la legislación sanitaria general, los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas deben prestar asistencia sanitaria urgente (o que no pueda llevarse a cabo por otros medios) a cualquier persona sin derecho a la asistencia de los Servicios de Salud, asumiendo, en su caso, el tercero obligado al pago del coste de la asistencia prestada.

1.3 Los servicios a los mutualistas y beneficiarios que la Entidad tenga adscritos que figurarán en dichos Convenios son:

- a) Servicios sanitarios de asistencia primaria en municipios de hasta 20.000 habitantes en los que la Entidad no disponga de medios propios o concertados suficientes.
- b) Servicios de urgencias en municipios de hasta 20.000 habitantes, que se prestan a través de los Servicios de Atención Primaria.

1.4 Mediante la firma de este Concierto la Entidad concede su expresa y total autorización a MUFACE para dicho fin, que ampara también la autorización para la prórroga de los Convenios suscritos al mismo fin con anterioridad al 1 de enero de 2012.

1.5 En el ámbito territorial de que se trate los Convenios serán comunes para todas las Entidades firmantes del Concierto y el contenido asistencial, la contraprestación económica y la relación de municipios convenidos con las respectivas Comunidades Autónomas serán comunicados a cada una de ellas. El importe final del convenio estará en función del colectivo afectado y será satisfecho con cargo al precio que, una vez devengado y librado, MUFACE debe abonar a cada Entidad por el presente Concierto, entendiéndose realizado el pago por cuenta de la misma.

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

2. *Integración de los teléfonos de urgencia*

2.1 Según el presente Concierto, la Entidad dispondrá de un teléfono gratuito que canalizará la demanda de urgencias y emergencias sanitarias, garantizando la accesibilidad y coordinación de los recursos disponibles para esta atención.

2.2 La Decisión 91/396/CEE del Consejo de las Comunidades Europeas de 29 de julio de 1991, relativa a la creación de un número de llamada de urgencia único europeo, establece que los Estados miembros velarán para que se introduzca el número 112 en sus respectivas redes telefónicas públicas, así como en las futuras redes digitales de servicios integrados y en los servicios públicos móviles, como número de llamada de urgencia único europeo, al tiempo que deben adoptar las medidas necesarias para garantizar que las llamadas a dicho número reciban la respuesta y la atención apropiadas,

del modo que mejor se adapte a la estructura nacional de los sistemas de urgencia dentro de las posibilidades tecnológicas de las redes.

El Estado español complementó la Decisión de la Unión Europea mediante el Real Decreto 903/1997, de 16 de junio, por el que se regula el acceso, mediante redes de telecomunicaciones, al servicio de atención de llamadas de urgencia a través del número telefónico 112, determinando que la prestación de dicho servicio se llevará a cabo por las Comunidades Autónomas, que establecerán los correspondientes Centros de recepción de llamadas de urgencia.

La atención de la urgencia y las emergencias se presta a través los Centros Coordinadores de los servicios autonómicos, responsables de la gestión del servicio del teléfono 112. Tales Centros tienen la función de recibir y atender toda clase de llamadas provenientes del 112 en su ámbito territorial, identificar el tipo de incidente y remitir la llamada a los servicios públicos de las administraciones competentes.

En esta línea competencial, algunas Comunidades Autónomas han contemplado en su normativa específica la colaboración y coordinación con entidades privadas para la prestación de este servicio, una vez identificado el tipo de incidente y recogido la información por el centro coordinador de llamadas.

2.3 Con el fin de que los mutualistas o beneficiarios que requieran atención de urgencias o emergencias puedan acceder al servicio 112 y ser atendidos en medios de la Entidad (o en medios públicos cubriendo la Entidad el coste de la asistencia en los supuestos previstos), MUFACE podrá convenir con los departamentos, organismos y entidades de las Comunidades Autónomas la integración de los teléfonos de urgencia de las Entidades en los servicios 112 autonómicos.

2.4 Mediante la firma de este Concierto la Entidad concede su expresa y total autorización a MUFACE para la firma de estos convenios así como de sus prórrogas. Los Convenios serán comunes para todas las Entidades firmantes del Concierto y el contenido obligacional y el ámbito territorial convenido con las respectivas Comunidades Autónomas serán comunicados a cada una de las Entidades. La autorización no impedirá que las Entidades puedan suscribir por su parte Acuerdos con idéntico objeto y ámbito con las administraciones competentes, siempre y cuando sus cláusulas no se opongan a lo dispuesto en este Anexo.

2.5 En el supuesto de existir obligaciones económicas, éstas serán satisfechas con cargo al precio que, una vez devengado y librado, MUFACE debe abonar a cada Entidad por el presente Concierto, entendiéndose realizado el pago por cuenta de la misma. A tal efecto, MUFACE realizará cada pago mensual con cargo al importe del mismo mes que deba abonar a la Entidad por el Concierto, trasladándole la justificación correspondiente.

2.6 Una vez que MUFACE haya formalizado los mencionados Convenios, las Entidades garantizarán que las llamadas derivadas desde el número 112 a sus centros coordinadores de urgencias serán respondidas y atendidas en las condiciones establecidas en el presente Concierto y de acuerdo con los planes establecidos por cada Administración competente en materia de emergencias y protección civil.

2.7 MUFACE y las Entidades podrán suscribir Acuerdos entre ellas con el fin de adoptar cualquier medida orientada a organizar, coordinar o integrar sus propios medios y recursos para la atención de urgencias en el marco del presente Concierto. Entre los medios susceptibles de ser organizados, coordinados o integrados podrán incluirse, entre otros, los distintos números de teléfono o los centros coordinadores de urgencias. Dichos Acuerdos podrán afectar a los puntos del presente Anexo.

2.8 De acuerdo con la cláusula 3.1.2, las Entidades que firmen este Concierto deberán contratar, cuando sea necesario, un centro común de atención de llamadas para la coordinación con los servicios de emergencias del 112.

ANEXO 3

Criterios de disponibilidad de medios por niveles asistenciales1. *Criterio general*

La Entidad debe garantizar el acceso a los medios que en cada nivel exige la Cartera de Servicios del presente Concierto en los términos que se especifican a continuación, salvo que no existan medios privados ni públicos.

2. *Disponibilidad de medios de Atención Primaria*

2.1 Todos los municipios dispondrán de Atención Primaria, que comprenderá la asistencia sanitaria a nivel ambulatorio, domiciliario y de urgencia a cargo del médico general o de familia, pediatra, diplomado en enfermería, matrona, fisioterapeuta, odontólogo y podólogo, de acuerdo con los siguientes criterios:

a) Los municipios de menos de 10.000 habitantes dispondrán siempre de médico general o de familia y diplomado en enfermería. Además, los municipios a partir de 5.000 habitantes dispondrán de pediatra.

b) Los municipios de más de 10.000 habitantes dispondrán, además, de fisioterapeuta y odontoestomatólogo.

c) Los municipios de más de 20.000 habitantes, en los que residan más de 500 mutualistas y beneficiarios de MUFACE dispondrán, además, de un podólogo y una matrona, incrementándose el número de profesionales en función del número de mutualistas y beneficiarios como se indica a continuación:

1.º Se aumentará un médico general o de familia y un diplomado en enfermería por cada incremento de 500 mutualistas y beneficiarios.

2.º Se aumentará un pediatra, un odontoestomatólogo y un fisioterapeuta por cada incremento de 1.000 mutualistas y beneficiarios.

3.º Se aumentará un podólogo y una matrona, por cada incremento de 2.000 mutualistas y beneficiarios.

d) Los municipios de más de 100.000 habitantes dispondrán de servicios de Atención Primaria en todos los distritos postales o, en su defecto, en un distrito limítrofe.

2.2 Si, excepcionalmente, la Entidad no dispusiera de los medios propios o concertados precisos, deberá garantizar la cobertura de la asistencia por otros servicios, privados o públicos.

2.3 La Atención Primaria de Urgencias se prestará, de forma continuada, durante las veinticuatro horas del día, mediante la atención médica y de enfermería en régimen ambulatorio y domiciliario. Si excepcionalmente la Entidad no dispusiera de los medios exigidos deberá garantizar la cobertura de esta asistencia por otros servicios privados o públicos.

2.4 Como criterio supletorio se tendrá en cuenta que, en las zonas rurales expresamente previstas en los Convenios a que se refiere el Anexo 2 de este Concierto, la asistencia sanitaria a nivel ambulatorio, domiciliario o de urgencia a cargo del médico general o de familia, pediatra, diplomado en enfermería y matrona se podrá prestar por los Servicios de Atención Primaria y de Urgencia de la Red Sanitaria Pública. En todo caso, los mutualistas y beneficiarios residentes en los municipios incluidos en el Anexo I de los respectivos Convenios Rurales, podrán optar por ser atendidos en 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 la Entidad no disponga de medios propios o concertados, ésta facilitará el acceso de los mutualistas y beneficiarios a los servicios de Atención Primaria dependientes de la correspondiente Comunidad Autónoma, tanto para la asistencia ordinaria como de urgencia, asumiendo directamente los gastos que puedan facturarse.

En todo caso, y a los fines asistenciales de este Concierto, quedan asimilados a los medios de la Entidad los servicios de Atención Primaria y de urgencias de los Servicios Públicos de Salud concertados por cuenta de la Entidad, conforme a lo previsto en los Convenios rurales a que se refiere el Anexo 2 de este Concierto.

3. Definición de los Niveles de Atención Especializada y Cartera de Servicios

3.1 La Atención Especializada se dispensará en los municipios de más de 20.000 habitantes.

Las distintas prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios de Atención Especializada a facilitar por la Entidad se estructuran en cuatro niveles en orden creciente, en cuya definición se atiende a criterios de población general y número de mutualistas y beneficiarios residentes.

3.2 Asimismo, a efectos de optimizar la disponibilidad de medios privados concertados se agrupan algunos municipios por proximidad geográfica y facilidad de transporte, así como por concentrar un mayor número de mutualistas y beneficiarios, de manera que se considerará válida la oferta de los medios exigidos en ese nivel en cualquiera de los municipios que aparecen agrupados en los listados correspondientes por Niveles de Atención Especializada.

3.3 Cada Nivel de Atención Especializada incluye la Cartera de Servicios de los niveles de Atención Especializada inferiores, además de los correspondientes Servicios de Atención Primaria de acuerdo a lo establecido en el anterior punto 2 de este Anexo.

3.4 En los puntos 3.9 y 4 de este Anexo se incluyen las siguientes tablas descriptivas:

a) En las tablas 1, 2 y 3 se relacionan las especialidades exigidas en cada Nivel de Atención Especializada en consultas externas o en centros ambulatorios, hospital y urgencias hospitalarias.

b) En la tabla 4 se relacionan las unidades y equipos multidisciplinares por niveles de atención.

c) En la tabla 5 se relacionan las especificaciones correspondientes a los contenidos de las diferentes especialidades.

d) En la tabla 6 se relaciona la clasificación de especialidades según tipo y nivel de Atención Especializada.

3.5 Nivel I de Atención Especializada.

3.5.1 El marco territorial del Nivel I de Atención Especializada es el de los municipios de más de 20.000 habitantes. En el listado adjunto se relacionan los municipios y agrupaciones que, con los criterios definidos anteriormente, corresponden al Nivel I de Atención Especializada.

Provincia	Municipios y agrupaciones nivel I
A Coruña.	Cambre.
A Coruña.	Culleredo.
A Coruña.	Ribeira.
Albacete.	Almansa.
Albacete.	Villarrobledo.
Alicante.	Rojales.
Alicante.	Campello / Muxamel.
Almería.	Adra.
Almería.	Níjar.
Almería.	Vicar.
Asturias.	Castrillón.
Barcelona.	Masnou.
Barcelona.	Premiá de Mar.

Provincia	Municipios y agrupaciones nivel I
Barcelona.	Pineda de Mar.
Barcelona.	San Pere de Ribes.
Barcelona.	Sitges.
Barcelona.	Santa Perpetua de Mogoda.
Barcelona.	Castellar del Valles.
Barcelona.	Esparraguera / Olessa de Monserrat / Martorell.
Bizkaia.	Durango.
Bizkaia.	Erandio.
Bizkaia.	Galdakao.
Cádiz.	Barbate.
Cádiz.	Conil de la Frontera.
Cádiz.	Los Barrios.
Cádiz.	Rota.
Cádiz.	San Roque.
Cantabria.	Piélagos.
Castellón.	Benicarló / Vinarós.
Castellón.	Onda.
Córdoba.	Baena.
Córdoba.	Cabra.
Córdoba.	Montilla.
Córdoba.	Palma del Río.
Córdoba.	Priego de Córdoba.
Girona.	Palafrugell.
Girona.	Roses.
Girona.	Sant Feliu de Guixols.
Granada.	Armillá.
Granada.	Baza.
Granada.	Guadix.
Granada.	Almuñécar.
Granada.	Loja.
Granada.	Maracena.
Gipuzkoa.	(Arrasate) Mondragón.
Gipuzkoa.	Eibar.
Gipuzkoa.	Zarauz.
Huelva.	Almonte.
Huelva.	Isla Cristina.
Huelva.	Ayamonte.
Huelva.	Lepe.
Huelva.	Moguer.
Illes Balears.	(Isla de Mallorca) Inca.
Illes Balears.	(Isla de Ibiza) Sant Antoni de Portmany.
Illes Balears.	(Isla de Menorca) Ciudadela de Menorca.
Illes Balears.	(Isla de Menorca) Mahón.
Jaén.	Alcalá la Real.
Jaén.	Martos.
Las Palmas.	(Isla de Fuerteventura) La Oliva.
Las Palmas.	(Isla de Fuerteventura) Ingenio.
Las Palmas.	(Isla de Fuerteventura) Agüimes.
Las Palmas.	(Isla de Gran Canaria) Gáldar.
Las Palmas.	(Isla de Gran Canaria) Mogán.
Las Palmas.	(Isla de Lanzarote) Teguiise.
Las Palmas.	(Isla de Fuerteventura) Pájara.
Logroño.	Calahorra.

Provincia	Municipios y agrupaciones nivel I
Madrid.	Algete.
Madrid.	Mejorada del Campo.
Madrid.	Navalcarnero.
Madrid.	Villaviciosa.
Madrid.	Ciempozuelos.
Málaga.	Cártama.
Málaga.	Nerja.
Málaga.	Alhaurín el Grande.
Málaga.	Coín.
Murcia.	Alhama de Murcia / Totana.
Murcia.	Caravaca de la Cruz.
Murcia.	Jumilla.
Navarra.	Barañain.
Pontevedra.	A Estrada.
Pontevedra.	Lalín.
Pontevedra.	Ponteareas.
Pontevedra.	Redondela.
Pontevedra.	Marín.
Pontevedra.	Cangas.
Sevilla.	San Juan de Aznalfarache.
Sevilla.	Camas.
Sevilla.	Carmona.
Sevilla.	Coria de Río.
Sevilla.	Lebrija.
Sevilla.	Mairena de Alcor.
Sevilla.	Morón de la Frontera.
Sevilla.	Tomares.
Tarragona.	Calafell.
Tarragona.	Valls.
Tarragona.	Salou / Vila-Seca.
Tenerife.	(Isla de Tenerife) Guía de Isora.
Tenerife.	(Isla de Tenerife) Candelaria.
Tenerife.	(Isla de Tenerife) Tacoronte.
Tenerife.	(Isla de Tenerife) Icod de los Vinos.
Tenerife.	(Isla de la Palma) Llanos de Ariadne.
Toledo.	Illescas.
Valencia.	Algemesí.
Valencia.	Catarroja.
Valencia.	Requena.
Valencia.	Sueca.
Valencia.	Cullera.
Valencia.	Pobla de Valbona / Liria.
Valencia.	Ribarroja de Túria.
Valencia.	Moncada.
Valencia.	Bétera.
Valencia.	Alboraya.
Valencia.	Alfajar.
Valencia.	Paiporta.
Valencia.	Xátiva.
Valladolid.	Medina del Campo.
Valladolid.	Laguna del Duero.
Zaragoza.	Calatayud.

3.5.2 Estos municipios y agrupaciones dispondrán de los medios de la Cartera de Servicios de Atención Especializada que se especifican en la tabla 1 y que comprenderá la asistencia sanitaria en régimen de consultas externas o ambulatorias, con las especificaciones correspondientes a los contenidos de las diferentes especialidades señaladas en la tabla 5.

3.6 Nivel II de Atención Especializada.

3.6.1 El marco territorial del Nivel II de Atención Especializada son los municipios de más de 30.000 habitantes. En el listado adjunto se relacionan los municipios y agrupaciones de municipios que corresponden al Nivel II de Atención Especializada.

Provincia	Municipios y agrupaciones nivel II
A Coruña.	Oleiros.
A Coruña.	Arteixo.
A Coruña.	Carballo.
A Coruña.	Ferrol / Narón.
Albacete.	Hellín.
Alicante.	Alcoy / Ibi.
Alicante.	Denia / Javea.
Alicante.	Elda / Petrer / Villena.
Alicante.	San Vicente de Raspeig / San Joan d' Alacant.
Alicante.	Alfas del Pí / Altea / Benidorm / Villajoyosa / Calpe.
Asturias.	Siero.
Asturias.	Langreo/Mieres.
Badajoz.	Almendralejo / Mérida.
Badajoz.	Don Benito / Villanueva de la Serena.
Barcelona.	Sant Andreu de la Barca / Molins del Rei / Sant Vicenc dels Horts.
Barcelona.	Barbera del Valles / Ripollet / Cerdenyola del Vallés.
Barcelona.	Igualada.
Barcelona.	Vilafranca del Penedés.
Barcelona.	Castelldefels / Gavá / Viladecans.
Barcelona.	Granollers / Mollet del Vallés / Moncada i Reixac.
Barcelona.	Vic / Manlleu.
Barcelona / Tarragona.	Vilanova i la Geltrú / El Vendrell (Tarragona).
Bizkaia.	Santurzi / Portugalete.
Bizkaia.	Basauri / Sestao.
Burgos.	Aranda de Duero.
Burgos.	Miranda de Ebro.
Cáceres.	Plasencia.
Cantabria.	Castro- Urdiales.
Cantabria.	Torrelavega.
Cantabria.	Camargo.
Cádiz.	Chiclana de la Frontera / Puerto Real.
Castellón.	Villa-Real.
Castellón.	Vall d'Uixó (La).
Castellón.	Borriana (Burriana).
Ciudad Real.	Puertollano.
Ciudad Real.	Valdepeñas.
Ciudad Real.	Alcazar de San Juan.
Ciudad Real.	Tomelloso.
Córdoba.	Lucena.
Córdoba.	Puente Genil.
Girona.	Blanes / Lloret de Mar.

Provincia	Municipios y agrupaciones nivel II
Girona.	Figueres.
Girona.	Olot.
Girona.	Salt.
Granada.	Motril.
Guadalajara.	Azuqueca de Henares.
Gipuzkoa.	Irún / Enterría.
Illes Balears.	(Isla de Mallorca) Lluc Major.
Illes Balears.	(Isla de Ibiza) Eivissa / Santa Eulalia de Río / San Josep de Sa.
Illes Balears.	(Isla de Mallorca) Manacor.
Illes Balears.	(Isla de Mallorca) Calviá / Marratxi.
Jaén.	Andújar.
Jaén.	Linares.
Jaén.	Úbeda.
Las Palmas.	(Isla de Fuerteventura) Puerto del Rosario.
Las Palmas.	(Isla de Gran Canaria) Santa Lucia de Tirajar / San Bartolomé de Tirajana.
Las Palmas.	(Isla de Lanzarote) Arrecife.
Las Palmas.	(Isla de Gran Canaria) Arucas.
León.	Ponferrada.
León.	San Andrés de Rabán.
Madrid.	Aranjuez.
Madrid.	Colmenar Viejo / Tres Cantos.
Madrid.	Coslada / San Fernando de Henares.
Madrid.	Galapagar / Collado Villalba / TorreloDONEs.
Madrid.	Valdemoro.
Madrid.	Pinto.
Madrid.	Arganda del Rey.
Madrid.	Rivas-Vaciamadrid.
Madrid.	Majadahonda.
Málaga.	Alhaurín de la Torre.
Málaga.	Antequera.
Málaga.	Ronda.
Murcia.	San Javier / San Pedro de Pinatar.
Murcia.	Torre Pacheco.
Murcia.	Yecla.
Murcia.	Cieza.
Murcia.	Molina de Segura / Torres de Cotillas.
Murcia.	Alcantarilla.
Murcia.	Águilas.
Navarra.	Tudela.
Pontevedra.	Vilagarcía de Arousa.
Sevilla.	Écija.
Sevilla.	La Rinconada.
Sevilla.	Mairena de Aljarafe.
Sevilla.	Utrera.
Sevilla.	Palacios y Villafranca.
Tarragona.	Amposta / Tortosa.
Tenerife.	(Isla de Tenerife) La Orotava / Puerto de la Cruz / Los Realejos.
Valencia.	Quart de Poblet / Manises.
Valencia.	Alzira / Carcaixent.
Valencia.	Burjassot / Paterna / Mislata.
Valencia.	Ontinyent.
Valencia.	Sagunto.
Valencia.	Xirivella / Alaquás / Aldaia.

3.6.2 Estos municipios y agrupaciones dispondrán de los medios de la Cartera de Servicios de Atención Especializada que se especifican en las tablas 1, 2, y 3, que comprenderá la asistencia sanitaria en consultas externas o ambulatorias, hospital, urgencias hospitalarias, con las especificaciones correspondientes a los contenidos de las diferentes especialidades señaladas en la tabla 5.

3.6.3 La Entidad deberá disponer en las urgencias hospitalarias de médicos de presencia física para las especialidades señaladas en la tabla 3. No obstante, si la guardia fuera localizada, deberá garantizarse la disponibilidad de los especialistas, 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 no superior en cualquier caso a 30 minutos.

3.6.4 La oferta hospitalaria de la Entidad se considerará válida cuando el hospital ofertado se sitúe en otro municipio, siempre que esté a una distancia inferior a 30 minutos desde el núcleo urbano, o desde el más lejano en el caso de las agrupaciones de municipios.

3.7 Nivel III de atención especializada.

3.7.1 El marco territorial del Nivel III es la provincia, por lo que todas las capitales de provincia y las ciudades de Ceuta y Melilla contarán con los medios establecidos para este Nivel. En el listado adjunto se relacionan, además de las capitales de provincia y las ciudades de Ceuta y Melilla, los municipios y agrupaciones que corresponden al Nivel III de Atención Especializada.

Provincia	Municipios y Agrupaciones Nivel III
A Coruña.	Santiago de Compostela / Ames.
Álava / Araba.	Vitoria-Gasteiz.
Alicante.	Pilar de la Horadada / Torrevieja.
Alicante.	Elche / Crevillent / Santa Pola / Aspe / Novelda.
Alicante.	Orihuela.
Almería.	Almería.
Almería.	Ejido El.
Almería.	Roquetas de Mar.
Asturias.	Avilés.
Asturias.	Gijón.
Ávila.	Ávila.
Barcelona.	Badalona / Santa Coloma de Gramanet / San Adrià de Besos.
Barcelona.	Hospitalet de Llobregat / Cornellà de Llobregat / San Boi de Llobregat.
Barcelona.	Manresa.
Barcelona.	Mataró.
Barcelona.	Sabadell.
Barcelona.	San Cugat del Valles / Terrassa / Rubí.
Bizkaia.	Baracaldo.
Bizkaia.	Leioa / Getxo.
Burgos.	Burgos.
Cáceres.	Cáceres.
Cádiz.	Algeciras / La Línea de la Concepción.
Cádiz.	Cádiz / San Fernando.
Cádiz.	Jerez de la Frontera / Puerto de Santa María (el) / Sanlúcar de Barrameda / Arcos de la Frontera.
Castellón.	Castellón de la Plana / Almazora.
Ceuta.	Ceuta.
Ciudad Real.	Ciudad Real.
Cuenca.	Cuenca.
Girona.	Gerona.

Provincia	Municipios y Agrupaciones Nivel III
Guadalajara.	Guadalajara.
Gipuzkoa.	San Sebastian.
Huelva.	Huelva.
Huesca.	Huesca.
Jaen.	Jaén.
Las Palmas.	(Isla de Gran Canaria) Telde.
León.	León.
Lleida.	Lleida.
Lugo.	Lugo.
Madrid.	Getafe / Parla.
Madrid.	Alcalá de Henares / Torrejón de Ardoz.
Madrid.	San Sebastián de los Reyes / Alcobendas.
Madrid.	Fuenlabrada / Leganés.
Madrid.	Las Rozas.
Madrid.	Móstoles / Alcorcón.
Madrid.	Pozuelo de Alarcón / Boadilla del Monte.
Málaga.	Torremolinos / Benalmádena / Mijas.
Málaga.	Marbella / Estepona / Fuengirola.
Málaga.	VelezMálaga / Rincón de la Victoria.
Melilla.	Melilla.
Murcia.	Lorca.
Murcia.	Cartagena / Mazarrón.
Ourense.	Ourense.
Palencia.	Palencia.
Pontevedra.	Pontevedra.
Salamanca.	Salamanca.
Segovia.	Segovia.
Sevilla.	Dos Hermanas / Alcalá de Guadaira.
Soria.	Soria.
Tarragona.	Reus / Cambrils.
Tarragona.	Tarragona.
Tenerife.	(Isla de Tenerife) Arona / Adeje / Granadilla de Abona.
Tenerife.	(Isla de Tenerife) San Cristóbal de la Laguna.
Teruel.	Teruel.
Toledo.	Talavera de la Reina.
Toledo.	Toledo.
Valencia.	Gandía / Oliva.
Valencia.	Torrent.
Zamora.	Zamora.

3.7.2 Estos municipios y agrupaciones dispondrán de los medios de la Cartera de Servicios de Atención Especializada que se especifican en las tablas 1, 2, 3 y 4, que comprenderá la asistencia sanitaria en consultas externas o ambulatorias, hospital, urgencias hospitalarias y unidades multidisciplinarias, con las especificaciones correspondientes a los contenidos de las diferentes especialidades señaladas en la tabla 5.

3.7.3 La Entidad deberá disponer en las urgencias hospitalarias de médicos de presencia física para las especialidades señaladas en la tabla 3. No obstante, si la guardia fuera localizada, deberá garantizarse la disponibilidad de los especialistas, 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 no superior en cualquier caso a 30 minutos.

3.7.4 La oferta hospitalaria de la Entidad se considerará válida cuando el Hospital ofertado se sitúe en otro municipio, siempre que esté a una distancia inferior a 30 minutos desde el núcleo urbano, o desde el más lejano en el caso de las agrupaciones de municipios.

3.8 Nivel IV de Atención Especializada.

3.8.1 El marco territorial del nivel IV es la Comunidad Autónoma, por lo que al menos un municipio de cada Comunidad Autónoma contará con los medios establecidos para este nivel. en el listado adjunto se relacionan los municipios que corresponden al nivel IV de atención especializada.

Comunidad Autónoma	Provincia	Municipios Nivel IV
Andalucía.	Córdoba.	Córdoba.
	Granada.	Granada.
	Málaga.	Málaga.
	Sevilla.	Sevilla.
Aragón.	Zaragoza.	Zaragoza.
Asturias.	Asturias.	Oviedo.
Canarias.	Las Palmas.	Las Palmas de Gran Canaria.
	Tenerife.	Santa Cruz de Tenerife.
Cantabria.	Cantabria.	Santander.
Castilla La Mancha.	Albacete.	Albacete.
Castilla León.	Valladolid.	Valladolid.
Cataluña.	Barcelona.	Barcelona.
Extremadura.	Badajoz.	Badajoz.
Galicia.	A Coruña.	A Coruña.
	Pontevedra.	Vigo.
Illes Balears.	Illes Balears.	Palma de Mallorca.
La Rioja.	La Rioja.	Logroño.
C. de Madrid.	Madrid.	Madrid.
Región de Murcia.	Murcia.	Murcia.
Navarra.	Navarra.	Pamplona.
País Vasco.	Bizkaia.	Bilbao.
C. Valenciana.	Valencia.	Valencia.
	Alicante.	Alicante.

3.8.2 Todos los municipios incluidos en la Tabla anterior dispondrán de los medios de la Cartera de Servicios de Atención Especializada que se especifican en las tablas 1, 2, 3 y 4, que comprenderá la asistencia sanitaria en consultas externas o ambulatorias, hospital, urgencias hospitalarias y unidades multidisciplinarias, con las especificaciones correspondientes a los contenidos de las diferentes especialidades señaladas en la tabla 5.

3.8.3 Con carácter excepcional, en caso de no disponer de medios propios o concertados de algunas de las especialidades en los municipios relacionados, MUFACE podrá considerar una oferta válida, a estos efectos, si dichos medios están disponibles en otra localidad de la Comunidad Autónoma a que pertenezca el municipio afectado. En el caso de las Comunidades Autónomas uniprovinciales, la oferta será válida en otra provincia limítrofe si en dicha Comunidad Autónoma no existieran medios privados adecuados.

3.8.4 La Entidad deberá disponer en las urgencias hospitalarias de médicos de presencia física para las especialidades señaladas en la tabla 3. No obstante, si la guardia fuera localizada, deberá garantizarse la disponibilidad de los especialistas, 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.

3.8.5 La oferta hospitalaria de la Entidad se considerará válida cuando el hospital ofertado se sitúe en otro municipio, siempre que esté a una distancia inferior a 30 minutos desde el núcleo urbano.

3.9 Tablas descriptivas de disponibilidad de medios según tipo de atención y niveles de atención especializada:

A) Tabla 1. *Especialidades en consulta externa o en centros ambulatorios*

Consultas Externas/ Centros Ambulatorios	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV
Alergología.				
Análisis Clínicos.				
Angiología y Cirugía vascular.				
Aparato Digestivo.				
Cardiología.				
Cirugía Cardiovascular.				
Cirugía General y Aparato digestivo.				
Cirugía Maxilofacial.				
Cirugía Ortopédica y Traumatología.				
Cirugía Pediátrica.				
Cirugía Plástica y Reparadora.				
Cirugía Torácica.				
Dermatología Medicoquirúrgica.				
Endocrinología y Nutrición.				
Ginecología y Obstetricia.				
Hematología y Hemoterapia.				
Medicina Física y Rehabilitación.				
Medicina Interna.				
Medicina Nuclear.				
Nefrología.				
Neurocirugía.				
Neumología.				
Neurofisiología Clínica.				
Neurología.				
Oftalmología.				
Oncología Médica.				
Oncología Radioterápica.				
Otorrinolaringología.				
Psiquiatría.				
Radiodiagnóstico.				
Reumatología.				
Urología.				

B) Tabla 2. *Especialidades en hospital*

Hospital	Nivel II	Nivel III	Nivel IV
Alergología.			
Análisis Clínicos.			
Anatomía Patológica.			
Anestesia y Reanimación /URPA.			
Angiología y Cirugía vascular.			
Aparato Digestivo.			
Bioquímica.			
Cardiología.			
Cirugía Cardiovascular.			
Cirugía General y Aparato digestivo.			

Hospital	Nivel II	Nivel III	Nivel IV
Cirugía Maxilofacial.			
Cirugía Ortopédica y Traumatología.			
Cirugía Pediátrica.			
Cirugía Plástica y Reparadora.			
Cirugía Torácica.			
Dermatología Medicoquirúrgica.			
Endocrinología y Nutrición.			
Farmacia.			
Genética.			
Ginecología y Obstetricia.			
Hematología.			
Hemoterapia.			
Microbiología y Parasitología.			
Medicina intensiva/UCI.			
Medicina Física y Rehabilitación.			
Medicina Interna.			
Medicina Nuclear.			
Nefrología.			
Neurocirugía.			
Neumología.			
Neurofisiología Clínica.			
Neurología.			
Oftalmología.			
Oncología Médica.			
Oncología Radioterápica.			
Otorrinolaringología.			
Pediatría.			
Psiquiatría.			
Radiodiagnóstico.			
Reumatología.			
Urología.			

C) Tabla 3. *Especialidades en urgencias hospitalarias*

Urgencias Hospitalarias	Nivel II	Nivel III	Nivel IV
Análisis Clínicos.			
Anestesia y Reanimación/URPA.			
Angiología y Cirugía vascular.			
Aparato Digestivo.			
Cardiología.			
Cirugía Cardiovascular.			
Cirugía General y Aparato digestivo.			
Cirugía Maxilofacial.			
Cirugía Ortopédica y Traumatología.			
Cirugía Pediátrica.			
Ginecología y Obstetricia.			
Hematología y hemoterapia.			
Medicina intensiva/UCI.			
Medicina Interna.			
Nefrología.			
Neurocirugía.			

Urgencias Hospitalarias	Nivel II	Nivel III	Nivel IV
Neurología.			
Oftalmología.			
Otorrinolaringología.			
Pediatría.			
Psiquiatría.			
Radiodiagnóstico.			
Urología.			

D) Tabla 4. *Unidades/equipos multidisciplinares*

Unidades/Equipos	Nivel II	Nivel III	Nivel IV
Cuidados Paliativos.			
Equipos de soporte CP.			
Unidad CP.			
Unidad del Dolor.			
Unidad de Ictus.			
Unidad de T. Alimentación.			
Unidad de Atención Temprana.			
Unidad de Infecciosos.			

E) Tabla 5. *Especificaciones según especialidad*

Especialidad	Especificaciones	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV
Análisis clínicos.	Genética/Citogenética.				
	Inmunología.				
Aparato digestivo.	Endoscopia.				
	Cápsula endoscópica.				
Cardiología.	Electrofisiología.marcapasos.				
	Desfibrilador implantable.				
	Ablación/cardioversión.				
	Hemodinámica.				
Ginecología y obstetricia.	Ecografía ginecológica.				
	Diagnóstico Prenatal.				
	Obstetricia alto riesgo.				
Hematología.	Hospital de día.				
Medicina nuclear.	Radioisótopos/Gammagrafía.				
	PET-TC.				
Nefrología.	Hemodiálisis y diálisis peritoneal.				
Neurofisiología clínica.	Potenciales evocados.				
	Unidad del sueño.				
Oncología medica.	Hospital de día.				
Otorrinolaringología.	Rehabilitación vestibular.				
Radiodiagnóstico.	Radiología convencional.				
	Ecografía.				
	Mamografía.				
	TC.				
	RNM.				
	Densitometría.				
	Radiología intervencionista.				

Especialidad	Especificaciones	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV
Rehabilitación.	Fisioterapia General.				
	Logopedia.				
	Rehabilitación Cardíaca.				
	Rehabilitación suelo pélvico.				
Urología.	Litotricia.				
	Láser Verde.				

3.10 Servicios de Referencia.

3.10.1 Se consideran Servicios de Referencia los destinados a la atención de patologías que precisen de alta especialización profesional o elevada complejidad tecnológica, o cuando el número de casos a tratar no sea elevado y pueda resultar aconsejable la concentración de los recursos diagnósticos y terapéuticos.

3.10.2 Con carácter general, las patologías, técnicas, tecnologías o procedimientos diagnósticos o terapéuticos susceptibles de ser tratados en los Servicios de Referencia serán las designadas por el Comité de Designación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia del SNS, y que son publicadas por resoluciones del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

3.10.3 Los Servicios de Referencia tendrán como marco geográfico y poblacional el conjunto del territorio nacional, pudiendo el mutualista o beneficiario acudir a aquel que sea de su preferencia, dentro de los medios ofertados por la Entidad.

3.10.4 Además de lo señalado en el punto 3.10.2, dentro de la Cartera de Servicios de atención especializada se considerarán de referencia los servicios, técnicas, y procedimientos terapéuticos siguientes:

- a) Tratamientos complejos del Cáncer:
 - 1.º Cirugía con intención curativa del cáncer de esófago.
 - 2.º Cirugía con intención curativa del cáncer pancreático.
 - 3.º Cirugía oncológica combinada de los órganos pélvicos.
 - 4.º Cirugía radioguiada.
 - 5.º Radiocirugía del sistema nervioso central y extracraneal.
- b) Trasplante de órganos, tejidos y células.
- c) Unidad de Daño Cerebral.
- d) Unidad de Lesionados Medulares.
- e) Unidad de Grandes Quemados.
- f) Unidad Reproducción Humana Asistida.

3.10.5 La Entidad ofertará, como mínimo, tres alternativas de servicios de referencia. A tal efecto deberá tenerse en consideración la residencia permanente o temporal del paciente, de tal forma que, al menos una de esas tres alternativas, se oferte en una localidad próxima a la residencia del paciente.

4. Disponibilidad de medios de Atención Especializada en Consultas Externas o Centros ambulatorios

4.1 Dada la distinta demanda por tipo de especialidad y las diferencias territoriales en la disponibilidad de especialistas, se establecen tres grupos de especialidades al objeto de fijar el número mínimo de especialistas que la Entidad deberá ofrecer conforme a las exigencias establecidas en cada Nivel de Atención Especializada.

4.2 Los criterios de disponibilidad de facultativos en consultas externas o en centros ambulatorios por tipos de especialidad serán los siguientes:

A. Especialidades tipo A:

Los municipios y agrupaciones de Nivel I dispondrán como mínimo de un facultativo, incrementándose a partir de este nivel en proporción al número de mutualistas y beneficiarios residentes en el municipio o agrupación de municipios correspondiente. Para las especialidades de este tipo se incrementará su número en un facultativo más por cada 2.500 mutualistas o beneficiarios, salvo en el municipio de Madrid que lo hará por cada 3.000.

B. Especialidades tipo B:

Los municipios y agrupaciones de Nivel II dispondrán como mínimo de un facultativo, incrementándose a partir de este nivel en proporción al número de mutualistas y beneficiarios residentes en el municipio o agrupación de municipios correspondiente. Para las especialidades de este tipo en los Niveles II y III se incrementará su número en un facultativo más por cada 3.000 mutualistas o beneficiarios, y para el Nivel IV se incrementará en un facultativo más por cada 4.000 mutualistas o beneficiarios, salvo en el municipio de Madrid que lo hará por cada 7.000.

C. Especialidades tipo C:

Los municipios y agrupaciones de Nivel III y IV dispondrán como mínimo de un facultativo, incrementándose el número de especialistas en un facultativo más por cada 10.000 mutualistas y beneficiarios residentes en el municipio o agrupación de municipios correspondiente, salvo en el municipio de Madrid, que lo hará por cada 15.000.

4.3 En la siguiente tabla (Tabla 6) se muestran las diferentes especialidades según tipo (A, B y C) y nivel de atención especializada:

Tipo/Nivel	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV
Tipo A.	Análisis clínicos (referido a centros de extracciones). C. Ortopédica y Traumatología. Ginecología y Obstetricia. Oftalmología. Otorrinolaringología.	Aparato Digestivo. Cardiología. Cirugía General y Ap. Digestivo. Medicina Interna. Psiquiatría.	Dermatología Medicoquirúrgica. Urología.	
Tipo B.		Medicina Física y Rehabilitación. Radiodiagnóstico.	Alergología. Angiología y Cirugía vascular. Endocrinología y Nutrición. Electrofisiología. Hematología y Hemoterapia. Nefrología. Neumología. Neurología. Oncología Médica. Reumatología.	Cirugía Estética Plástica y Reparadora. Cirugía maxilofacial. Neurocirugía.
Tipo C.			Medicina nuclear.	Cirugía Cardiovascular. Cirugía Pediátrica. Cirugía Torácica. Oncología Radioterápica.

5. Condiciones complementarias para el Territorio Insular

Las condiciones especiales complementarias para las islas de los archipiélagos balear y canario serán las siguientes:

a) A efectos de la prestación de Atención Primaria se tomará como referencia la población de cada municipio y para la prestación sanitaria en atención especializada se tomará como referencia la población de cada isla.

b) En las islas no capitalinas con población inferior a 30.000 habitantes la Entidad deberá garantizar los servicios de urgencia hospitalarios establecidos en el Nivel II de Asistencia Especializada.

c) En caso de inexistencia de los medios exigibles en cada isla, la Entidad garantizará la asistencia en la isla más próxima que disponga de los mismos, debiendo asumir los gastos de desplazamiento.

d) La Atención Especializada de Nivel IV, si no estuviera disponible en la correspondiente Comunidad Autónoma, se prestará en aquella que resulte más próxima en tiempo de desplazamiento, debiendo asumir la Entidad los gastos de desplazamiento.

e) La Asistencia Sanitaria en Servicios de Referencia, si no estuviera disponible en la correspondiente Comunidad Autónoma, se prestará en aquel Servicio que elija el mutualista o beneficiario, de los ofrecidos por la Entidad, debiendo asumir ésta los gastos de desplazamiento.

f) En caso de que el enfermo necesitara ser acompañado, los gastos de desplazamiento del acompañante serán a cargo de la Entidad. Para ello deberá aportarse ante la Entidad prescripción escrita del facultativo.

ANEXO 4

Instrucciones para la elaboración y difusión del catálogo de proveedores

4.1 La Entidad publicará sus Catálogos de Proveedores específicos para MUFACE.

El ámbito de los catálogos será provincial. La Entidad publicará al menos un catálogo provincial por cada año de vigencia del Concierto. Su contenido será equivalente al que suministre la Entidad en el registro de medios sanitarios descrito en el punto 3 del anexo 6.

En los Servicios Centrales se entregarán un mínimo de dos catálogos por provincia en formato papel y en los Servicios Provinciales el número que solicite el Director del Servicio provincial de MUFACE (en todo caso, con un mínimo de 10 ejemplares).

4.2 El logotipo de MUFACE y el de la Entidad constarán en la portada y la información de los catálogos en papel se estructurará de la siguiente manera:

a) En la primera página, deberán figurar de forma destacada al menos los datos relativos al teléfono único y gratuito de Urgencias y de coordinación de recursos.

b) En la segunda página deberán figurar de forma destacada al menos los datos relativos a:

- 1.º) Dirección de los centros de urgencias ambulatorias y hospitalarias.
 - 2.º) Teléfonos de ambulancias.
 - 3.º) Teléfono de Información de la Entidad.
 - 4.º) Número de fax u otro sistema para autorizaciones.
 - 5.º) Dirección, teléfonos y horario de funcionamiento de, al menos, una oficina existente de ámbito provincial para la atención presencial de los mutualistas.
 - 6.º) Página web de la Entidad.
- c) Índice general del Catálogo.

d) Información general y normas de uso establecidas en el Concierto:

1.º) Se incluirá un resumen de derechos y normas de uso de mayor relevancia recogidos en el Concierto, que en ningún caso sustituyen el contenido de éste.

2.º) La información mínima a incluir en este apartado se estructurará y ordenará de acuerdo a los siguientes epígrafes:

- a. Objeto del Concierto y alcance de la acción protectora: cláusulas 1.1.1 y 1.1.2.
- b. Normas de utilización de los medios de la Entidad.
- c. Identificación/Tarjeta Sanitaria.
- d. Libertad de elección de facultativo y centro.
- e. Medios de la Entidad.
- f. Garantía de accesibilidad a los medios (cláusula 3.2.4).
- g. Utilización de medios no concertados.
- h. Relación de servicios que precisan autorización previa de la Entidad (Anexo 5).
- i. Asistencia urgente de carácter vital (cláusula 5.3).
- j. Asistencia en consulta (cláusula 4.4).
- k. Instrucciones precisas para la utilización de los Servicios de Atención Primaria del Sistema Público en el Medio Rural, en régimen ambulatorio, domiciliario y de urgencia, en los términos previstos en los Convenios suscritos por MUFACE con los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas o, en su caso, cuando no se hayan formalizado Convenios.

En anexo aparte se incluirá la relación detallada de los municipios afectados por dicho Convenio en el ámbito provincial.

- l. Asistencia domiciliaria (cláusula 4.5).
- m. Asistencia en régimen de hospitalización, incluida la hospitalización de día y domiciliaria (cláusula 4.7).
- n. Transporte para la asistencia sanitaria. Modalidades y requisitos para su utilización (cláusulas 2.9 y 5.4 y punto 9 del Anexo 1).
- o. Otra información sobre prestaciones sanitarias:
 1. Terapias respiratorias (cláusula 2.10.2).
 2. Prestación ortoprotésica (cláusula 2.10.3).
 3. Salud bucodental (punto 2 del Anexo I).
 4. Rehabilitación (cláusula 2.6).
 5. Podología (cláusula 2.10.1).
 6. Diagnóstico y tratamiento de la esterilidad (punto 6 del Anexo 1).

p. Información sobre asistencia sanitaria en caso de accidente cuando existe un tercero obligado al pago (accidentes de tráfico, deportistas federados, etc.) (cláusula 8.2.7.).

q. Relación exhaustiva de los medios de la Entidad que precisan la autorización previa de la misma, entre los que no podrá figurar ningún otro distinto a los relacionados en el Anexo 5, y detalle del procedimiento para su obtención.

r. Servicios que, en cada municipio, ofrezca la Entidad por encima de las exigencias establecidas en el Concierto, que constituirá su oferta diferenciada de servicios, como elemento para facilitar la elección de Entidad por parte de los mutualistas.

3.º) Además de lo indicado en los puntos anteriores, el Catálogo de Proveedores incluirá una separata, addenda recortable o folleto donde figure la relación de los servicios de Información, Urgencias y Ambulancias disponibles en las restantes provincias a fin de facilitar su utilización en caso de desplazamiento de los mutualistas o beneficiarios, y un teléfono con atención durante las 24 horas del día, todos los días del año, para información a los interesados.

e) Cuadro médico.

1.º) Los profesionales y centros sanitarios se relacionarán empezando por la capital de la provincia, seguida de los municipios y/o localidades, por orden alfabético.

2.º) Todos los profesionales, centros y unidades funcionales deberán aparecer relacionados con sus datos de identificación (nombre y apellidos), debiendo figurar, además, la dirección, teléfono y horarios de funcionamiento.

3.º) Por cada localidad se relacionarán primero los medios disponibles en Atención de Urgencia, después los de Atención Primaria y a continuación los correspondientes a la Atención Especializada.

4.º) En Atención de Urgencia se relacionarán los servicios extrahospitalarios y, en su caso, hospitalarios disponibles, así como los de Ambulancias.

5.º) En Atención Primaria, en cada localidad, los medios disponibles se ordenarán de la siguiente forma:

- a. Medicina general o de familia.
- b. Pediatría.
- c. Enfermería.
- d. Matronas.
- e. Fisioterapia.
- f. Odontología-Estomatología.
- g. Podología.

En el caso de municipios de Nivel IV, por cada uno de los tipos o modalidades de asistencia, los recursos se consignarán agrupados por códigos postales, y, en todos los casos, ordenados alfabéticamente por el primer apellido del profesional.

Si en alguna de las localidades no existiese recurso concertado en Atención Primaria, se hará constar, en su caso, su adscripción al Convenio de medio Rural con el Sistema Público correspondiente, con expresión de si es únicamente para urgencias o para el conjunto de la Atención Primaria, debiendo figurar, además, la dirección del Centro de Salud o Punto de Atención Continuada (PAC) de la localidad o municipio.

6.º) En Atención Especializada, primero se relacionarán las consultas externas o ambulatorias especificando, en su caso, la subespecialidad o unidad funcional, siguiendo el orden alfabético de la denominación oficial de la especialidad y después, si existieran, los referidos a la asistencia especializada en régimen de hospitalización. En todos los casos, ordenados alfabéticamente por el primer apellido del profesional.

En los municipios de Nivel IV, los profesionales sanitarios de cada especialidad podrán a su vez agruparse por códigos postales o, en su caso, por la denominación del centro hospitalario.

El Catálogo de Proveedores de Atención Especializada, en cada Nivel de Asistencia Sanitaria, se ajustará a las correspondientes tablas del Anexo 3 del Concierto.

Cuando en el ámbito territorial de una provincia la Entidad no esté obligada a disponer de servicios de Nivel IV de Atención Especializada, conforme a los criterios del Anexo 3, en el correspondiente Catálogo de Proveedores se harán constar los medios de que a tal fin disponga la Entidad en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma a la que pertenece la provincia.

Deberán relacionarse separadamente, en cada Catálogo de Proveedores Provinciales, los Servicios de Referencia.

En provincias insulares los recursos deberán figurar en los Catálogos de Proveedores diferenciados por Islas, constando en primer lugar la isla capitalina. Dentro de cada isla, se colocará en primer lugar el núcleo urbano principal y a continuación el resto de los municipios o localidades por orden alfabético.

- f) Índice de facultativos por orden alfabético e índice de Centros concertados.
- g) Relación de Servicios de Urgencias y Ambulancias de todas las provincias.
- h) Cartera de Servicios de Atención Especializada.

Incluirá los Cuadros con la Cartera de Servicios de Atención Especializada por niveles de atención especializada ofertada, según lo previsto en el Anexo 3, desglosada por consulta externa y hospitalización, indicando en este caso el nombre del hospital.

ANEXO 5

Relación de servicios que precisan autorización previa de la entidad y procedimiento para su obtención

1. Servicios que precisan autorización previa de la Entidad

De conformidad con lo previsto en la cláusula 4.8 del Concierto, la prestación de los servicios que se indican a continuación precisa autorización previa de la Entidad:

1.1 Hospitalizaciones:

- A. Hospitalización.
- B. Hospitalización de día.
- C. Hospitalización domiciliaria.
- D. Equipos de Soporte en cuidados paliativos.

1.2 Técnicas diagnósticas, tratamientos y técnicas quirúrgicas:

- A. Cirugía ambulatoria.
 - B. Odontostomatología: Tartrectomía (limpieza de boca) y Periodoncia. Prótesis dentarias e implantes osteointegrados en enfermedad profesional o accidente en acto de servicio.
 - C. Rehabilitación, Fisioterapia y Logopedia.
 - D. Terapias Respiratorias: Oxigenoterapia, ventiloterapia y aerosolterapia a domicilio.
 - E. Tratamiento de diálisis peritoneal y hemodiálisis.
 - F. Oncología: Inmunoterapia y Quimioterapia, Cobaltoterapia, Radiumterapia e Isótopos Radiactivos, Braquiterapia y Acelerador Lineal.
 - G. Diagnóstico por imagen: Tomografía Axial Computerizada, Resonancia Magnética, Ortopantomografía, Mamografía, PET-TC (con arreglo a la Guía PET-TC-Protocolo de Prescripción aprobada por MUFACE en 2011), Gammagrafía, Doppler y Densitometría Ósea.
 - H. Estudios neurofisiológicos.
 - I. Estudio y tratamiento endoscópico.
 - J. Cardiología: Estudios y tratamientos hemodinámicos.
 - K. Obstetricia: Amniocentesis.
 - L. Oftalmología: Retinografía y tratamiento láser. Tomografía Óptica de Coherencia. Tomografía Óptica con Láser Confocal (HTR - Heidelberg Retina Tomograph). Polarimetría Láser GDX. Tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) por Terapia Fotodinámica o Inyección intravítrea de antiangiogénicos.
 - M. Tratamiento en Unidad del Dolor.
 - N. Estudio y tratamiento en Unidad del Sueño.
 - O. Litotricia renal extracorpórea.
- 1.3 Psicoterapia.
 - 1.4 Asistencia a médicos consultores.
 - 1.5 Podología.
 - 1.6 Todos los servicios correspondientes al nivel IV y los Servicios de Referencia.

2. Procedimiento que debe desarrollar la Entidad para facilitar a los mutualistas y beneficiarios la autorización previa para la prestación de los servicios que la precisan

2.1 La autorización previa de los servicios relacionados en el punto 1 de este Anexo deriva de la necesidad de ordenar y canalizar las prestaciones por parte de la Entidad, para facilitar la asistencia y evitar demoras, pero nunca puede suponer una restricción al acceso a las prestaciones reconocidas en la Cartera de Servicios.

En ningún caso se denegará una solicitud de un medio diagnóstico o terapéutico incluido en la Cartera de Servicios establecida en este Concierto, indicado por un facultativo de la Entidad y, en el caso de que se trate de un proceso para el que la Comisión de Prestaciones haya aprobado un protocolo, que la indicación se ajuste al mismo. Excepcionalmente podrá solicitarse del facultativo un informe complementario motivado de indicación de la prestación solicitada.

A los efectos del párrafo anterior, cuando no se cumplan los requisitos de disponibilidad de medios previstos en el presente Concierto en el nivel correspondiente, será válida la prescripción de facultativo no concertado, que será acompañada siempre de informe motivado de indicación de la prestación solicitada.

2.2 La Entidad, a través de los facultativos que prescriban o realicen los servicios que precisen autorización previa, deberá informar debidamente de este requisito al mutualista o beneficiario.

2.3 La Entidad dispondrá los recursos organizativos necesarios para facilitar que los mutualistas y beneficiarios de MUFACE que lo precisen obtengan la autorización previa para la prestación de los servicios que se indican en el punto 1 de este Anexo, por cualquiera de los medios siguientes:

- A. Presencialmente, en cualquiera de sus delegaciones.
- B. Telefónicamente.
- C. Por fax.
- D. A través de la página web de la Entidad.

2.4 Los mutualistas o beneficiarios que lo precisen podrán tramitar la solicitud de autorización previa enviándola a la Entidad por cualquiera de los medios disponibles.

2.5 Las solicitudes de autorización previa contendrán la siguiente información, cualquiera que sea el medio utilizado para su envío a la Entidad:

A. Datos personales del solicitante:

- 1.º) Nombre y apellidos.
- 2.º) Número de tarjeta sanitaria.
- 3.º) Teléfono de contacto, dirección de correo electrónico o fax.

B. Datos del servicio para el que se solicita autorización previa:

- 1.º) Provincia en la que se realizará la prestación.
- 2.º) Identificación del servicio solicitado.
- 3.º) Fecha de prescripción.
- 4.º) Identificación del facultativo que realiza la prescripción, con firma y sello del mismo.
- 5.º) Fecha prevista para la realización de la prestación, en su caso.
- 6.º) Centro sanitario en el que se realizará la prestación, en su caso.

2.6 En el caso de accidente de servicio o enfermedad profesional para las prótesis dentarias será necesaria, además de la prescripción de facultativo especialista concertado, el presupuesto para su autorización por la Entidad.

2.7 La Entidad, una vez recibida la solicitud, podrá confirmar el profesional o centro sanitario elegido por el solicitante o bien, si así lo estima conveniente, asignar otro diferente, siempre que constituya una alternativa asistencial válida para la realización de la prestación solicitada.

2.8 La autorización emitida por la Entidad tendrá un número de identificación, que será único y específico para la prestación solicitada y detallará el profesional o centro sanitario donde ésta haya de realizarse. La Entidad podrá entregarla o remitirla al mutualista o beneficiario por alguno de los siguientes medios:

A. En mano, cuando la solicitud se haya presentado presencialmente en cualquiera de las delegaciones de la Entidad y, ello resulte posible.

B. Por correo, teléfono o fax, cuando la solicitud se haya presentado por fax o, cuando habiéndose presentado de forma presencial, no sea posible su tramitación en el acto.

C. Por correo electrónico, cuando la solicitud se haya presentado a través de la página web de la Entidad.

La presentación del número de autorización habilitará al solicitante para el acceso a la prestación autorizada, sin ningún tipo de restricción y en las condiciones previstas en el Concierto.

2.9 El envío de la autorización al mutualista o beneficiario por parte de la Entidad se realizará con la mayor brevedad posible, a fin de evitar eventuales demoras en el acceso a la prestación solicitada. Si no fuera posible la tramitación inmediata, la Entidad dispondrá como máximo de 5 días hábiles para su envío, excepto en el caso previsto en el punto C de la cláusula 5.2.1 del Concierto, en el que dispondrá de diez días hábiles.

2.10 La Entidad únicamente podrá denegar la autorización previa si la solicitud:

A. Carece de la información necesaria, en cuyo caso deberá ponerse en contacto inmediatamente con el solicitante con el objeto de completar la que falte.

B. Se refiere a una prestación no incluida en la Cartera de Servicios, en cuyo caso deberá informar al mutualista o beneficiario de esta circunstancia.

C. No está soportada por la prescripción de un facultativo concertado o no concertado en los términos del apartado 2.1, conforme a lo previsto en el Concierto, en cuyo caso igualmente deberá informar al mutualista o beneficiario de esta circunstancia.

La denegación de prestaciones se producirá siempre por escrito y de manera motivada, a través de un medio que permita dejar constancia de su recepción.

2.11 Cuando así lo precise el solicitante, la Entidad le prestará el asesoramiento que requiera para facilitarle el acceso a la prestación, según lo estipulado en el Concierto.

2.12 Cuando la necesidad de atención urgente impida la obtención de la autorización previa para la realización de una prestación incluida en el punto 1 de este Anexo, el mutualista o beneficiario, u otra persona en su nombre, dispondrá de un plazo de cinco días hábiles para solicitar la autorización correspondiente presentando la oportuna justificación de la urgencia.

2.13 La Entidad incluirá en su Catálogo de Proveedores, página web y, en su caso, demás medios de información dirigidos a los mutualistas y beneficiarios, toda la información del procedimiento de obtención de autorizaciones previas que resulte necesaria para facilitar su tramitación.

ANEXO 6

Sistema de información asistencial

1. Registro de Actividad-Coste

1.1 El Registro de actividad coste comprende la información sobre actividad ambulatoria, actividad hospitalaria, actividad de urgencias, actividad quirúrgica y sobre otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

1.2 Información sobre actividad ambulatoria.

1.2.1 Con periodicidad trimestral la Entidad comunicará en soporte electrónico a MUFACE los datos acumulados de actividad ambulatoria desglosados por actividad de consulta médica, otra actividad ambulatoria y pruebas diagnósticas.

1.2.2 Actividad de consulta médica:

Tabla 1. Actividad de consulta médica

Especialidad	N.º de Consultas*	Coste
Medicina General Familiar.		
Pediatría.		
Alergología.		
Anestesiología y Reanimación.		
Angiología y Cirugía Vascolar.		
Aparato Digestivo.		
Cardiología.		
Cirugía Cardiovascular.		
Cirugía General y del Aparato Digestivo.		
Cirugía Oral y Maxilofacial.		
Cirugía Ortopédica y Traumatología.		
Cirugía Pediátrica.		
Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.		
Cirugía Torácica.		
Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología.		
Endocrinología y Nutrición.		
Estomatología/Odontología.		
Geriatría.		
Hematología y Hemoterapia.		
Inmunología.		
Medicina Intensiva.		
Medicina Interna.		
Medicina Nuclear.		
Nefrología.		
Neumología.		
Neurocirugía.		
Neurología.		
Obstetricia y Ginecología.		
Oftalmología.		
Oncología Médica.		
Oncología Radioterápica.		
Otorrinolaringología.		
Psiquiatría.		
Rehabilitación.		
Reumatología.		
Tratamiento del dolor.		
Urología.		
Servicio concertado a precio fijo / pago caputivo.		
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.

1.2.3 Otra actividad ambulatoria:

Tabla 2. Otra actividad ambulatoria

Actividad	N.º pacientes	N.º consultas/sesiones/servicios	Coste
D.U.E.			
Matrona.			
Fisioterapia.			
Foniatría / Logopedia.			
Podología.			
Psicoterapia.			
Oxigenoterapia / Ventiloterapia.			
Transporte para la asistencia sanitaria.			
▪ Ordinario.			
▪ Extraordinario.			
Otras prestaciones: Tiras reactivas de glucosa, jeringuillas de insulina, farmacia (V04, Uso Hospitalario...).			
Indemnizaciones: Pagos directos a mutualistas por utilización de medios no concertados, CMP, CMN, Asistencia en medio rural.			
DIÁLISIS.			
▪ Hemodiálisis.			
▪ Diálisis domiciliaria.			
▪ Diálisis peritoneal ambulatoria continua (CAPD).			

1.2.4 Pruebas diagnósticas:

Tabla 3. Pruebas diagnósticas

	N.º de estudios	Coste
Diagnóstico por imagen:		
▪ Radiología Simple (cabeza, tronco, miembros, radiología estomatológica.)		
▪ Radiología Especial (radiología de contraste, mamografía...)		
▪ Radiología intervencionista		
▪ Ecografía/Doppler (no incluye ecocardiografía ni ecografía ginecológica)		
▪ Tomografía (TC)		
▪ Resonancia Magnética Nuclear (RMN)		
▪ Densitometría Ósea		
▪ Otras técnicas		
Análisis clínicos:		
▪ Bioquímica		
▪ Endocrinología		
▪ Genética		
▪ Hematología		
▪ Inmunología		
▪ Microbiología		
▪ Parasitología		
▪ Otras determinaciones		
Anatomía patológica:		
▪ Biopsias		
▪ Citologías		

	N.º de estudios	Coste
▪ PAAF		
▪ Otros		
Medicina nuclear:		
▪ Gammagrafías		
▪ PET		
▪ Otros		
Otras pruebas diagnósticas:		
Alergia:		
▪ Pruebas alérgicas		
Cardiología		
▪ ECG		
▪ Ecocardiografía / Eco doppler		
▪ Ergometría		
▪ Holter		
▪ Otros (excluye hemodinámica y electrofisiología)		
Digestivo:		
▪ Gastroscopias		
▪ Colonoscopias		
▪ Otros		
Ginecología:		
▪ Ecografías		
▪ Colposcopias		
▪ Otros		
Neumología:		
▪ Broncoscopias		
▪ Espirometrías		
▪ Otros		
Neurología / Neurofisiología:		
▪ Electroencefalografía		
▪ Electromiografía		
▪ Poligrafía sueño		
▪ Otros		
O.R.L.:		
▪ Otoemisiones acústicas		
▪ Potenciales evocados auditivos de tronco cerebral		
▪ Audiometrías		
▪ Otros		
Urología:		
▪ Endoscopias		
▪ Estudios urodinámicos		
▪ Otros		

1.3 Información sobre actividad hospitalaria.

1.3.1 Con periodicidad trimestral la Entidad comunicará a MUFACE los datos acumulados de actividad hospitalaria desglosados por hospitalización convencional y hospitalización de día y a domicilio.

1.3.2 Hospitalización convencional:

Tabla 4. Hospitalización convencional

Hospitalización convencional	N.º Ingresos		Estancias*		Coste	
	Centro Concertado	Centro Público	Centro Concertado	Centro Público	Centro Concertado	Centro Público
Médica.						
Quirúrgica.						
Obstétrica.						
▪ Partos.						
▪ Cesáreas.						
Pediátrica.						
Salud mental.						
Cuidados intensivos.						
Neonatología.						
Unidad de cuidados paliativos.						

* N.º de estancias acumuladas trimestralmente por línea de actividad.

1.3.3 Hospitalización de día y a domicilio:

Tabla 5. Hospitalización de día y a domicilio

	N.º de pacientes	N.º de sesiones/días**	Coste
Hospital de Día*:			
▪ Oncohematológico.			
▪ Psiquiatría.			
▪ Otros.			
Hospitalización a domicilio:			
Equipos de Soporte Domiciliario en Cuidados Paliativos.			

* Excluye el hospital de día quirúrgico.

** N.º de sesiones acumuladas trimestralmente por línea de actividad.

1.4 Información sobre actividad de urgencias:

Con periodicidad trimestral la Entidad comunicará a MUFACE los datos acumulados de actividad de urgencias desglosados por:

a) Urgencia hospitalaria:

Son todas aquellas que han sido atendidas en los servicios de urgencia de un hospital, incluyendo aquellas urgencias que hayan acabado en ingreso hospitalario.

b) Urgencia ambulatoria:

Son todas aquellas que hayan sido atendidas por los servicios de urgencias de los centros sanitarios no hospitalarios (policlínicas, servicios de urgencias externos, etc.)

c) Urgencia domiciliaria:

Son todas aquellas asistencias urgentes atendidas en el domicilio del paciente por servicios de urgencias.

d) Centro/Servicio de urgencia a precio fijo.

e) Otros.

Tabla 6. Información sobre actividad de urgencias

	N.º de urgencias	Coste
▪ Urgencia hospitalaria.		
▪ Urgencia ambulatoria.		
▪ Urgencia domiciliaria.		
▪ Centro / Servicio de urgencia a precio fijo.		
▪ Otros.		

1.5 Información sobre actividad quirúrgica:

Con periodicidad trimestral la Entidad comunicará a MUFACE los datos acumulados de actividad quirúrgica desglosados por cirugía mayor y cirugía menor:

Tabla 7. Actividad quirúrgica

		N.º	Coste
Cirugía mayor.	Intervenciones quirúrgicas programadas con hospitalización.		
	Intervenciones quirúrgicas urgentes con hospitalización.		
	Intervenciones quirúrgicas programadas ambulatorias en quirófano (CMA).		
	Intervenciones quirúrgicas urgentes ambulatorias en quirófano (CMA).		
Cirugía menor.	Intervenciones de cirugía menor.		

1.6 Otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

Con periodicidad trimestral la Entidad comunicará a MUFACE los datos acumulados de actividad de otros procedimientos terapéuticos desglosados por:

Tabla 8. Otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos

	N.º de procedimientos	Coste
Implante de neuroestimuladores intracraneales.		
Radiocirugía simple.		
Radiocirugía fraccionada.		
Litotricias.		
Implantes cocleares.		
Radioterapia.		
Hemodinámica cardiaca diagnóstica.		
Hemodinámica cardiaca terapéutica:		
▪ N.º total de stents.		
Estudios electrofisiológicos diagnósticos.		
Estudios electrofisiológicos terapéuticos:		
▪ Ablación.		
▪ Implante/sustitución de desfibrilador.		
▪ Otros.		
Ciclos de Reproducción Humana Asistida.		

2. Registro de CMBD

2.1 La recopilación del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los procesos de hospitalización es un requisito de obligado cumplimiento en todo el SNS. Desde el año

2008 la remisión del CMBD desde los hospitales a las Entidades y de éstas a MUFACE es una práctica obligatoria.

El tratamiento de la información contenida en este CMBD permite a MUFACE disponer del conocimiento de los servicios prestados y de los procesos atendidos de sus mutualistas y 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.

Como se indica en la cláusula 6.1.4 y en cumplimiento de lo establecido en los artículos 9 y 12 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, MUFACE, como responsable del tratamiento de dicha información, exigirá que la Entidad recabe de los centros sanitarios detallados en los Catálogos de Proveedores los datos de los mutualistas y beneficiarios de MUFACE que tenga adscritos y que hayan sido dados de alta hospitalaria o sometidos a procedimientos de cirugía mayor ambulatoria, los custodie y los transmita a MUFACE. En este proceso de transmisión de la información de los centros a la Entidad y de la Entidad a MUFACE, los datos transmitidos no podrán ser comunicados a otras personas, ni utilizados o aplicados por la Entidad para fines distintos a los mencionados en el párrafo anterior, para lo que se aplicarán las pertinentes medidas de seguridad de nivel alto, que garanticen la confidencialidad de los datos relativos a la salud de los protegidos y eviten cualquier alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado de los mismos.

A los efectos de lo previsto en el artículo 20 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, la Dirección de MUFACE ha procedido, mediante Resolución de 15 de abril de 2009, publicada en el BOE de 21 de mayo de 2009, a la creación, entre otros, del «Fichero de datos CMBD», cuya estructura y demás información relevante figura en el Anexo I de la citada Resolución.

2.2 La Entidad requerirá a sus centros para que cumplimenten el informe de alta, al finalizar la estancia en una institución hospitalaria. 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 CMBD al alta hospitalaria, que se estableció desde 1987 por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, conforme a lo establecido en el punto 2.5.

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

La Entidad facilitará a MUFACE los datos del CMBD para su posterior explotación y análisis en soporte informático, según el formato e instrucciones recogidas en el Manual de cumplimentación del CMBD de MUFACE.

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

2.3 Estructura del CMBD.

Variable	Longitud
1. Identificación de la Mutualidad	2
2. Identificación de la Aseguradora	2
3. Identificación del Hospital	6
4. Código postal del Domicilio (residencia)	5
5. Número de historia clínica	10
6. Código de identificación del paciente	16
7. Fecha de nacimiento	8

Variable	Longitud
8. Sexo.....	1
9. Tipo de asistencia (código de identificación de asistencia sanitaria).....	1
10. Fecha de ingreso.....	8
11. Tipo de ingreso.....	1
12. Fecha de alta.....	8
13. Circunstancia de alta / Motivo de alta.....	1
14. Servicio de alta.....	3
15. Diagnóstico principal (1 campo).....	6
16. Diagnóstico/s secundario/s (14 campos).....	6
17. Morfología de la/s neoplasia/s (Código M) (2 campos).....	7
18. Procedimiento/s (20 campos).....	5
19. Fecha de procedimiento principal/fecha de intervención.....	8

2.4 Formatos de archivo.

Los formatos de archivo de CMBD pueden ser:

- Texto de ancho fijo.
- Texto delimitado por el carácter "|".

Los ficheros descargados serán siempre ficheros de texto plano con las distintas altas en diferentes filas.

La remisión de los ficheros se realizará a través de la aplicación informática para la cumplimentación del CMBD de MUFACE existente en la página Web de MUFACE en el «Portal de Entidades Sanitarias», siguiendo para ello el procedimiento que se establece en la mencionada aplicación.

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 y entre separadores).

2.5 Descripción de los campos:

2.5.1 Identificación de la Mutuality.

Campo alfanumérico de 2 posiciones.

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

2.5.2 Identificación de la aseguradora.

Campo alfanumérico de 2 posiciones.

Se refiere a la Entidad o institución que financia el episodio del paciente. Se cumplimentará con el código correspondiente, que puede ser consultado en el Manual de cumplimentación del CMBD de MUFACE.

2.5.3 Identificación del hospital.

Campo alfanumérico de 6 posiciones.

Código que figura en el catálogo nacional de hospitales.

2.5.4 Código postal del domicilio del paciente.

Campo alfanumérico de 5 posiciones.

Código postal del domicilio habitual del paciente.

2.5.5 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. Se precisa que este número sea un código de identificación unívoco y exclusivo para un mismo paciente, pero también permanente en el tiempo. Esta condición debe ser asegurada al menos en el período del mismo año natural de forma que permita calcular ingresos reiterados de un mismo paciente en el mismo centro sanitario.

2.5.6 Código de identificación individual.

Campo alfanumérico de 16 posiciones.

Número de identificación unívoca del paciente que será, cuando esté normalizado, el código de la tarjeta sanitaria individual del paciente asignado en el SNS.

2.5.7 Fecha de nacimiento.

Campo fecha de 8 posiciones, con el siguiente formato: las dos primeras cifras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año.

2.5.8 Sexo del paciente.

Campo numérico con 1 posición.

Se codificará en las siguientes categorías:

1. Hombre.
2. Mujer.
9. Indeterminado/No especificado.

2.5.9 Tipo de asistencia.

Campo numérico de 1 posición. Se refiere al tipo de recurso que ha proporcionado la asistencia sanitaria al paciente. Se recogerán los siguientes tipos de episodios asistenciales:

1. Hospitalización convencional.
2. Cirugía Mayor Ambulatoria.
3. Hospital de Día.

2.5.10 Fecha de ingreso.

Campo fecha de 8 posiciones, con el siguiente formato: las dos primeras cifras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año.

Corresponde a la fecha en la que el paciente ocupa físicamente una cama definida como de hospitalización, con independencia del tiempo previo que esta cama le haya sido reservada.

2.5.11 Tipo de ingreso.

Campo numérico con 1 posición.

Se codificará en las siguientes categorías:

1. Urgente: Paciente ingresado con orden de ingreso urgente, y por tanto no previsto y planificado con anterioridad, independientemente de que procedan del área de urgencias o no.
2. Programado: Ingreso previsto con anterioridad, y que se ha concertado con antelación una fecha y/u hora para su realización.

2.5.12 Fecha de alta.

Campo fecha de 8 posiciones, con el siguiente formato: las dos primeras cifras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año.

Corresponde a la fecha en la que el paciente abandona el área de hospitalización dejando de ocupar la cama.

2.5.13 Circunstancias o motivos de alta.

Campo numérico de 1 posición.

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.

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 6.

3. Alta voluntaria: Cuando el alta se produce a instancias del propio paciente sin que exista indicación médica. Incluye el concepto de Fuga: cuando el enfermo abandone el centro donde estaba ingresado sin conocimiento del mismo.

4. Exitus: Fallecimiento.

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

6. Traslado a hospitalización convencional desde cirugía ambulatoria: Se incluye en esta categoría el traslado de un paciente de cirugía ambulatoria que precisa hospitalización convencional en el mismo centro u otro (código solo válido para tipo asistencial de CMA).

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

9. Desconocido.

2.5.14 Servicio de alta.

Campo alfabético de 3 posiciones.

Servicio responsable de la firma del alta hospitalaria.

La tabla de códigos de Servicios de Servicios puede ser consultada en el Manual de cumplimentación del CMBD de MUFACE.

2.5.15 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.

2.5.16 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, incluyendo los apéndices de códigos V y códigos E.

Se puede trabajar hasta con 14 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.

2.5.17 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.

Se puede trabajar hasta con 2 códigos de morfología.

2.5.18 Procedimientos.

Campo numérico de 5 posiciones.

Se recogerán los procedimientos efectuados en el episodio de hospitalización del paciente. Se puede trabajar hasta con 20 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.

2.5.19 Fecha de intervención.

Campo fecha de 8 posiciones, con el siguiente formato: las dos primeras cifras 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.

2.6 Criterios de evaluación de la calidad de los registros de alta codificados mediante CMBD.

Las siguientes variables son de obligado cumplimiento, considerándose inválido cualquier registro que carezca de dichos campos o bien cuyo contenido no corresponda con un valor autorizado o válido:

1. Tipo de asistencia.
2. Fecha de nacimiento.
3. Fecha de ingreso.
4. Fecha de alta.
5. Sexo.
6. Circunstancias al alta.
7. Diagnóstico principal.

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.

3. Registro de medios sanitarios

3.1 La información de los medios propios y concertados que las entidades de seguro ofertan para prestar el servicio de asistencia sanitaria a los mutualistas y sus beneficiarios

en el territorio nacional se enviará en formato electrónico a MUFACE con arreglo a las instrucciones dictadas por la Mutualidad. Además de los datos generales de la Entidad, ésta remitirá los datos que figuran en las siguientes tablas con el formato indicado.

Los datos enviados deben corresponder con todos los que consten en los catálogos editados. MUFACE establecerá la periodicidad de actualización de los datos y proveerá un mecanismo sencillo de carga telemática de los mismos. Los datos de identificación profesional se deben adecuar a los establecidos por los distintos colegios y asociaciones profesionales.

La estructura de datos de localización en todas las tablas se corresponde con la estructura oficial del INE para su posible explotación mediante un sistema de información geográfica.

3.2 Tabla de profesionales sanitarios:

Contiene la información de todos los profesionales sanitarios concertados de la entidad. Se cumplimentará una fila por cada profesional.

Campo	Tipo de dato	Long.	Descripción
cif_nif.	cif_nif.	9	CIF o NIF.
apellido1.	Texto.	50	Primer apellido.
apellido2.	Texto.	50	Segundo apellido.
nombre.	Texto.	50	Nombre.
colegiado.	colegiado.	9	Número de colegiado. Obligatorio únicamente si «actividad_profesional=1» (médico).
provincia.	provincia.	2	código de la provincia.
municipio.	municipio.	4	código INE del municipio.
especialidad.	especialidad.	2	código de especialidad según OMC. Obligatorio únicamente si «actividad_profesional=1» (médico).
especialista.	Texto.	75	Nombre literal de la especialidad. Obligatorio únicamente cuando el campo «especialidad» sea igual a 99.
actividad_profesional.	actividad_profesional.	1	Código de la actividad profesional. Si su valor es «1» (médico) los campos «especialidad» y «colegiado» serán también obligatorios.
cif_centro.	Texto.	9	CIF del centro sanitario.
clinica_centro.	Texto.	150	Clínica u hospital donde el profesional desempeña su actividad. Obligatorio si se ha rellenado el campo «cif_centro».
direccion_tipovia.	tipo_vía.	5	Tipo de vía donde se encuentra el centro.
direccion_nombrevia.	Texto.	150	Nombre de la vía donde se halla situado el centro hospitalario.
direccion_numero.	Texto.	3	Número de la vía donde se halla situado el centro hospitalario.
localidad.	Texto.	50	Localidad donde está ubicado el centro sanitario.
codigo_postal.	código_postal.	5	Código postal.
correo_electronico.	correo_electronico.	60	Dirección de correo electrónico del profesional.
telefono.	telefono.	15	Teléfono de contacto del profesional.
equipo_informatico.	sino.	1	Disponibilidad de equipo informático: S = Sí, N = No.
firma_electrónica.	sino.	1	Disponibilidad de firma electrónica en la consulta: S = Sí, N = No.
lector_dnle.	sino.	1	Disponibilidad de lector de DNI electrónico en la consulta: S = Sí, N = No.
prescripcion_receta.	sino.	1	Indica si puede prescribir receta o no: S = Sí, N = No.
emision_partes_it.	sino.	1	Indica si puede emitir partes de IT, RE, RLN: S = Sí, N = No.

3.3 Tabla de clínicas y hospitales:

Contiene la información de todos los hospitales y clínicas (con internamiento) propios o concertados por la entidad. Se cumplimentará una fila por cada hospital o clínica.

Campo	Tipo de dato	Long.	Descripción
hospital.	hospital.	6	Código del hospital según el Catálogo Nacional de Hospitales.
clínica_hospital.	Texto.	150	Denominación de la clínica u hospital.
cif_nif.	cif_nif.	9	CIF/NIF del centro.
provincia.	provincia.	2	Código de la provincia.
municipio.	municipio.	4	Código del municipio.
numero_camas.	alfanumérico.	4	Número de camas instaladas.
nivel_ae.	nivel_ae.	1	Nivel de atención especializada.
servicio_urgencias.	sino.	1	Indica si el centro dispone de servicio de urgencias o no.
direccion_tipovia.	tipo_via.	5	Tipo de vía donde se encuentra el centro.
direccion_nombrevia.	Texto.	150	Nombre de la vía donde se halla situado el centro hospitalario.
direccion_numero.	Texto.	3	Número de la vía donde se halla situado el centro hospitalario.
localidad.	Texto.	150	Localidad.
codigo_postal.	codigo_postal.	5	Código postal.
telefono.	telefono.	15	Teléfono del centro.
correo_electronico.	correo_electronico.	60	Dirección de correo electrónico de la clínica u hospital.

3.4 Tabla de centros sanitarios sin internamiento:

Contiene la información de todos los centros de diagnóstico y tratamiento sin internamientos propios o concertados por la entidad. Se cumplimentará una fila por cada centro.

Campo	Tipo	Long.	Descripción
cif.	Alfanumérico.	9	CIF del centro o consulta.
clinica_centro.	Texto.	150	Denominación del centro.
provincia.	Alfanumérico.	2	Código de la provincia.
municipio.	Alfanumérico.	4	Código del municipio.
tipo_centro.	Alfanumérico.	5	Código del centro sanitario según Anexo I del RD 1277/2003.
direccion_tipovia.	Texto.	25	Tipo de vía donde se encuentra el centro (calle, plaza, avenida, glorieta, etc.).
direccion_nombrevia.	Texto.	150	Nombre de la vía donde se halla situado el centro.
direccion_numero.	Texto.	3	Número de la vía donde se halla situado el centro.
localidad.	Texto.	150	Localidad del centro.
codigo_postal.	Texto.	5	Código postal.
correo_electronico.	Texto.	60	Dirección de correo electrónico de la clínica u hospital.
telefono.	Texto.	15	Teléfono del centro.
fax.	Texto.	15	Fax del centro.
oferta_servicios.	Alfanumérico.	3	Código de servicios y técnicas de diagnóstico.

3.5 Tabla de delegaciones provinciales de la entidad:

Contiene los datos de información general de cada delegación provincial de la entidad de seguro. Se cumplimentará una fila por cada una de las delegaciones provinciales de la entidad.

Campo	Tipo	Long.	Descripción
provincia.	Alfanumérico.	2	Código de la provincia de la delegación provincial de la entidad.
municipio.	Alfanumérico.	4	Código del municipio de la delegación provincial de la entidad.
propia.	Texto.	1	Indicar si la Delegación es propia de la Entidad.

Campo	Tipo	Long.	Descripción
Nombre_responsable.	Texto.	50	Nombre de la persona de contacto en la Delegación.
Apellido1_responsable.	Texto.	50	Primer apellido de la persona de contacto en la Delegación.
Apellido2_responsable.	Texto.	50	Segundo apellido de la persona de contacto en la Delegación.
direccion_tipovia.	Texto.	25	Tipo de vía donde se encuentra la delegación (calle, plaza, avenida, glorieta, etc.).
direccion_nombrevia.	Texto.	150	Nombre de la vía donde se halla situada la delegación.
direccion_numero.	Texto.	3	Número de la vía donde se halla situada la delegación.
codigo_postal.	Alfanumérico.	5	Código postal de la delegación provincial de la entidad.
telefono.	Texto.	9	Teléfono de la delegación provincial de la entidad.
fax.	Texto.	9	Número de fax de la delegación provincial de la entidad.
telefono_ambulancias.	Texto.	9	Teléfono de ambulancias de la entidad.

4. *Modificación de la estructura de los ficheros y tablas*

La Dirección General de MUFACE podrá introducir modificaciones en la estructura de los ficheros y tablas que recogen la información de actividad/coste, CMBD y medios sanitarios con el fin de actualizar sus contenidos o adecuarlos a necesidades sobrevenidas.

ANEXO 7

Compensaciones económicas por incumplimiento parcial de obligaciones definidas en el concierto. Procedimiento para su imposición

1. *Criterio general, infracciones y compensaciones económicas*

1.1 De conformidad con lo previsto en la cláusula 7.7, en este Anexo se establece la tipificación de los incumplimientos por la Entidad de las obligaciones definidas en las cláusulas 1.6.1, 1.6.2, 1.6.3, 1.7, 3.3, 3.4, 3.5, 4.7.3, 4.8, 5.2.1.e), 5.3.6, 6.1.2, y 6.1.4 y el importe de la compensación económica para cada uno de ellos, graduándose, según el caso, en función de su calificación en grado de leve, grave o muy grave.

1.2 Infracciones relativas a las tarjetas sanitarias:

1.2.1 Retraso en la entrega de tarjetas sanitarias.

La tipificación del incumplimiento de las obligaciones previstas en la cláusula 1.6.1, en relación con la entrega del documento provisional para el acceso inmediato a los servicios de los mutualistas y beneficiarios desde el momento del alta, y el importe de la compensación económica se determinarán de acuerdo a los siguientes criterios:

a) Se considerará incumplimiento leve si el retraso en la entrega del documento provisional impide que el mutualista o beneficiario reciba asistencia en medios correspondientes al nivel de Atención Primaria.

b) Se considerará incumplimiento grave:

1.º) Si el retraso en la entrega del documento provisional impide que el mutualista o beneficiario reciba asistencia en medios incluidos en el nivel de atención especializada, excepto hospitalización.

2.º) Si después de emitido el certificado previsto en la cláusula 1.6.5, se ha facturado a MUFACE el importe de una asistencia de Atención Primaria.

3.º) La reiteración de tres incumplimientos leves, con independencia de la provincia en que se hayan producido.

c) Se considerará incumplimiento muy grave:

1.º) Si el retraso en la entrega del documento provisional impide que el mutualista o beneficiario que lo precise ingrese en un hospital.

2.º) Si después de emitido el certificado previsto en la cláusula 1.6.5, se ha facturado a MUFACE el importe de una asistencia de atención especializada, excepto hospitalización.

3.º) La reiteración de tres incumplimientos graves.

En el supuesto previsto en la letra a), el importe de la compensación económica será de hasta 1.000 euros; en los supuestos previstos en la letra b), será una cantidad entre 1.001 y 2.000 euros y en los supuestos previstos en la letra c) será una cantidad entre 2.001 y 3.000 euros.

1.2.2 Incumplimiento de la obligación prevista en la cláusula 1.6.3.

Si el 1 de julio de 2012 la Entidad no hubiera hecho entrega de la nueva tarjeta identificativa con los requisitos previstos en la cláusula 1.6.2 a todos los mutualistas y beneficiarios que tenga adscritos, estará obligada a abonar una compensación económica del 0,25% de la prima mensual por cada mes completo de retraso.

1.3 Publicidad indebida.

La tipificación del incumplimiento de las obligaciones previstas en la cláusula 1.7 y el importe de la correspondiente compensación económica se determinarán de acuerdo a los siguientes criterios, para cada una de las provincias en donde se detecte el incumplimiento:

a) Se considerará incumplimiento leve la publicidad de la oferta de servicios de una Entidad realizada, sin autorización, dentro del recinto de cualquier organismo público que incida negativamente en el funcionamiento del mismo.

b) Se considerará incumplimiento grave:

1.º) La publicidad de la oferta de servicios de una Entidad dirigida a colectivos profesionales específicos.

2.º) La oferta con fines publicitarios de obsequios a los mutualistas, realizada de forma directa o indirecta a través de terceros.

3.º) La reiteración de tres incumplimientos leves.

c) Se considerará incumplimiento muy grave:

1.º) La oferta con fines publicitarios de obsequios a los mutualistas, realizada de forma directa o indirecta a través de terceros cuando se realice durante el periodo de cambio ordinario o en los procesos de alta de colectivos profesionales específicos.

2.º) La reiteración de tres incumplimientos graves.

En el supuesto previsto en la letra a), el importe de la compensación económica será de hasta 10.000 euros; en los supuestos previstos en la letra b), será una cantidad entre 10.001 y 25.000 euros y en los supuestos previstos en la letra c) será una cantidad entre 25.001 y 50.000 euros.

1.4 Edición de Catálogos de Proveedores.

La tipificación del incumplimiento de las obligaciones previstas en las cláusulas 3.3 y 3.4, en lo relativo a la edición y formato de los Catálogos de Proveedores provinciales y a la entrega en plazo y número de los Catálogos de Proveedores en los Servicios Provinciales o en los Servicios Centrales de MUFACE, y el importe de la compensación económica se determinarán de acuerdo a los siguientes criterios, para cada una de las provincias en donde se detecte el incumplimiento:

a) Concluido el plazo de un mes establecido en la cláusula 3.3.7, si la Entidad no procediera a subsanar los defectos detectados y entregar en el Servicio o Servicios

Provinciales y en los Servicios Centrales de MUFACE la nueva edición del Catálogo de Proveedores en el número de ejemplares que se le haya requerido, vendrá obligada a abonar una compensación económica del 5% del importe de la prima mensual correspondiente al colectivo de la provincia a que corresponde el catálogo defectuoso con un mínimo de 3.000 euros, cuando la nueva edición del Catálogo y su entrega se efectúe en el mes siguiente a agotarse el plazo estipulado en la cláusula 3.3.7.

b) Si la Entidad no hiciera entrega de los Catálogos de Proveedores en los Servicios Provinciales o en los Servicios Centrales de MUFACE antes del 15 de diciembre anterior al inicio de cada año natural de vigencia del Concierto o no lo hiciera en el número de ejemplares solicitados vendrá obligada a abonar una compensación económica del 5% 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 con un mínimo de 3.000 euros, cuando la entrega se efectúe durante el mes de enero.

c) En ambos supuestos si la entrega se dilata, se incrementará la compensación económica en un 3% adicional, con un mínimo de 1.500 euros, por cada mes transcurrido.

1.5 Selección de riesgos.

1.5.1 Se considera que existe selección de riesgos cuando la baja de un medio se produzca en el período establecido para el cambio ordinario de Entidad o en el mes anterior o posterior a dicho período y aquella no sea a petición del especialista o centro, o por cese de actividad o traslado a otro municipio, u obedeciera a circunstancias excepcionales debidamente acreditadas y no se haya garantizado el principio de continuidad asistencial de los pacientes en los términos establecidos en la cláusula 3.6.

1.5.2 La tipificación del incumplimiento de las obligaciones previstas en la cláusula 3.5, en relación con la bajas de proveedores que implique selección de riesgos, y el importe de la compensación económica, con independencia de las deducciones establecidas en el Anexo 8, se determinarán de acuerdo a los siguientes criterios, para cada una de las provincias en donde se detecte el incumplimiento:

a) Se considerará incumplimiento leve si la selección de riesgo afecta a medios no hospitalarios relacionados con:

- 1.º) Psiquiatría.
- 2.º) Diálisis.
- 3.º) Especialidades propias de la Cartera de Servicios de Nivel IV.

b) Se considera incumplimiento grave.

1.º) Si la selección de riesgos afecta a medios no hospitalarios de las especialidades de Hematología (relacionados con procesos oncológicos), Oncología Médica y Radioterápica.

2.º) La reiteración de tres incumplimientos leves, con independencia de la provincia en que se hayan producido.

c) Se considerará incumplimiento muy grave:

- 1.º) Si la selección de riesgos afecta a medios hospitalarios
- 2.º) La reiteración de tres incumplimientos graves con independencia de la provincia en que se hayan producido.

En el supuesto previsto en la letra a), el importe de la compensación económica será de hasta 30.000 euros; en los supuestos previstos en la letra b), será una cantidad entre 30.001 y 45.000 euros y en los supuestos previstos en la letra c) será una cantidad entre 45.001 y 60.000 euros.

1.6 Denegación de solicitudes de prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios.

1.6.1 La tipificación del incumplimiento de las obligaciones previstas en la cláusula 4.8, en relación con la denegación de una solicitud de prestación que figurando en la Cartera de Servicios establecida en este Concierto, haya sido indicada por un facultativo concertado por la Entidad, y estudiado el correspondiente expediente en Comisión Mixta Nacional haya sido dictada resolución estimatoria por la Dirección General de MUFACE, y el importe de la compensación económica se determinarán de acuerdo a los siguientes criterios:

a) Se considerará incumplimiento leve:

1.º) En el caso de que alguna de las pruebas diagnósticas o tratamientos incluidos en el Concierto se efectúen con cargo al mutualista o beneficiario.

2.º) Si la denegación corresponde a los medios indicados en los puntos 1.2.C, 1.3, 1.4 y 1.5 del Anexo 5.

b) Se considerará incumplimiento grave:

1.º) Si la denegación corresponde a medios indicados en los puntos 1.2.A, 1.2. B (para contingencias profesionales) 1.2.G, 1.2.I, 1.2.J, 1.2.K, 1.2.L, 1.2.M y 1.2.O del Anexo 5.

2.º) La reiteración de tres incumplimientos leves, con independencia de la provincia en que se hayan producido.

c) Se considerará incumplimiento muy grave:

1.º) Si la denegación se corresponde a medios indicados en los puntos 1.1, 1.6, 1.2.E y 1.2.F del Anexo 5.

2.º) La reiteración de tres incumplimientos graves.

En los supuestos previstos en la letra a), el importe de la compensación económica será una cantidad entre 1.500 y 3.000 euros; en los supuestos previstos en la letra b), será una cantidad entre 3.001 y 6.000 euros y en los supuestos previstos en la letra c) será una cantidad entre 6.001 y 10.000 euros.

1.6.2 El incumplimiento de las obligaciones previstas en las cláusulas 4.7.3, 5.2.1.e) y 5.3.6 en relación con las actuaciones que la Entidad debe realizar en cada una de ellas y, estudiado el correspondiente expediente en Comisión Mixta Nacional haya sido dictada resolución estimatoria por la Dirección General de MUFACE, y el importe de la compensación económica se determinarán de acuerdo a los siguiente criterios:

a) Se considerará incumplimiento leve el incumplimiento de las obligaciones de la cláusula 5.3.6.

b) Se considerará incumplimiento grave:

1.º) El incumplimiento de las obligaciones de la cláusula 4.7.3.

2.º) La reiteración de tres incumplimientos leves, con independencia de la provincia en que se hayan producido.

c) Se considerará incumplimiento muy grave:

1.º) El incumplimiento de las obligaciones de la cláusula 5.2.1.e).

2.º) La reiteración de tres incumplimientos graves, con independencia de la provincia en que se hayan producido.

En el supuesto previsto en la letra a), el importe de la compensación económica será una cantidad entre 1.500 y 3.000 euros; en los supuestos previstos en la letra b), será una cantidad entre 3.001 y 6.000 euros y en los supuestos previstos en la letra c) será una cantidad entre 6.001 y 10.000 euros.

1.6.3 Una vez calificado el incumplimiento, para cuantificar el importe de la compensación económica en aquellos expedientes en los que exista factura se tomará el duplo del importe fijado en la misma, redondeándose al múltiplo de 100 más cercano por defecto o exceso, siempre y cuando la cuantía así determinada se encuentre entre las cantidades estipuladas para la calificación efectuada; de no quedar comprendida, el importe de la compensación económica, será la cuantía mínima o máxima, según proceda, del tramo fijado.

1.7 Retrasos en la entrega de información sobre actividad y asistencia hospitalaria.

La tipificación del incumplimiento de las obligaciones previstas en las cláusulas 6.1.2 y 6.1.4 y el importe de la compensación económica se determinarán de acuerdo a los siguientes criterios:

a) El incumplimiento por la Entidad de las obligaciones previstas en las cláusulas 6.1.2 y 6.1.4 dará lugar al abono de una compensación económica del 2% del importe de la prima mensual correspondiente, por mes de demora producido en la entrega de la información requerida.

b) Ese porcentaje se desglosará del siguiente modo:

1.º) 1% para la información general sobre actividad.

2.º) 1% para la información sobre asistencia hospitalaria. A estos efectos se considerará que la información requerida para el año 2012 corresponde a un volumen de registros de altas superior al 80 % de los ingresos habidos en el trimestre a que corresponde la información y para el año 2013 corresponde a un volumen de registros de altas superior al 85 % de los ingresos habidos en el trimestre a que corresponde la información.

2. Procedimiento para la imposición de las compensaciones económicas

2.1 En los supuestos en los que se haya detectado un incumplimiento de las obligaciones recogidas en la cláusula 1.7, el Servicio Provincial correspondiente informará por escrito a la representación de la Entidad sobre el mismo e incluirá el asunto en el orden del día de la inmediata reunión de la Comisión Mixta Provincial para que la Entidad presente las alegaciones correspondientes. Estudiado el asunto, se incluirán en la correspondiente acta de la Comisión las posiciones mantenidas por MUFACE y la Entidad. En caso de que las posiciones fueran concordantes y el resultado de las mismas fuera que tal incumplimiento se considera como no producido, bastará con que este extremo se recoja en el acta aprobada para dar por finalizado el asunto.

En caso de que permanecieran las discrepancias sobre el asunto o no hubiera acuerdo en la existencia de un incumplimiento, el expediente se elevará para su estudio por la Comisión Mixta Nacional y será incluido en el orden del día de la primera reunión que se celebre. A partir de entonces, se seguirá el procedimiento previsto en el punto 2.2 siguiente.

2.2 En los supuestos en los que se haya detectado un incumplimiento de las obligaciones recogidas en las cláusulas 1.6.1, 1.6.2, 1.6.3, 3.3, 3.4, 3.5, 6.1.2 y 6.1.4, el Departamento de Prestaciones Sanitarias de MUFACE informará por escrito a la representación de la Entidad sobre el mismo e incluirá el asunto en el orden del día de la inmediata reunión de la Comisión Mixta Nacional para que la Entidad presente las alegaciones correspondientes. Estudiado el asunto, se incluirán en la correspondiente acta de la Comisión las posiciones mantenidas por MUFACE y la Entidad. En caso de que las posiciones fueran concordantes y el resultado de las mismas fuera que tal incumplimiento se considera como no producido, bastará con que este extremo se recoja en el acta aprobada para dar por finalizado el asunto.

En caso de acuerdo con la existencia de un incumplimiento o de desacuerdo de las partes en la Comisión Mixta Nacional, resolverá la Dirección General de MUFACE. Conforme a los términos fijados en la correspondiente resolución, se procederá a

descontar en el siguiente pago mensual a la Entidad el coste de la compensación y se notificará a la Entidad que podrá interponer recurso de alzada ante la persona titular del Ministerio de Política Territorial y Administración Pública, de acuerdo con lo previsto en los artículos 107 a 115 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre y en relación con el artículo 37.1 de la LSSFCE.

2.3 En los supuestos en los que se haya detectado un incumplimiento de las obligaciones recogidas en las cláusulas 4.7.3, 4.8, 5.2.1.e) y 5.3.6 se seguirá el mismo procedimiento previsto en la letra anterior, pero la reunión de la Comisión Mixta Nacional será aquélla en cuyo orden del día figure la reclamación del mutualista o beneficiario.

ANEXO 8

Sistema de asignación de incentivos a la calidad de la asistencia y deducciones por fallos de disponibilidad

La mejora continua de los servicios de asistencia sanitaria que los mutualistas y beneficiarios de MUFACE reciben a través de la Entidad es un objetivo central del Concierto. A estos efectos, se establecen unos criterios que permiten medir el grado de disponibilidad y calidad de la atención prestada por la Entidad basados en las especificaciones técnicas del Concierto.

1 Asignación del incentivo de calidad

1.1 Se establece un incentivo anual de calidad, cuyo importe máximo se encuentra definido en la cláusula 8.3.2.

Los criterios de asignación de los incentivos económicos vinculados a los objetivos de calidad seleccionados para cada ejercicio de vigencia del Concierto, se reflejan en el punto 2 de este Anexo, donde se especifican los requerimientos mínimos para la obtención del incentivo, la ponderación de los diferentes objetivos y sus componentes y el método de verificación.

1.2 De no alcanzar alguna de las entidades la ponderación máxima en alguno de los cuatro objetivos definidos en el punto 2, la cuantía del incentivo anual de calidad no distribuida se repartirá entre las entidades que hayan superado el 50% de cumplimiento en todos y cada uno de los objetivos. Dicho reparto se realizará de forma proporcional al grado de cumplimiento alcanzado en la suma de los cuatro objetivos y al colectivo adscrito a cada entidad a 1 de febrero de cada año.

En el caso de que haya sido imposible cumplir el mismo objetivo a todas las entidades por causa no imputable a las mismas, se repartirá a cada entidad la parte del incentivo económico vinculado a dicho objetivo que le hubiera correspondido, siempre de forma proporcional al grado de cumplimiento del resto de los objetivos alcanzado por la misma.

1.3 Para los ejercicios 2014 y 2015 correspondientes a las posibles prórrogas del Concierto, los criterios de asignación de incentivos serán establecidos por Resolución del Director General en el segundo semestre del año 2013 y 2014, respectivamente.

2. Criterios de asignación de los incentivos económicos vinculados a los objetivos de calidad

2.1 Objetivo 1: Implantación de los planes elaborados para adecuarse a las estrategias del SNS.

2.1.1 En el ejercicio 2012 se procederá a la evaluación de la implantación de los planes de adaptación a las estrategias de Cuidados Paliativos y de Cáncer y a la evaluación del protocolo de Atención a la Urgencia. En el ejercicio 2013 se evaluará la implantación de los planes de adaptación a las estrategias de Cardiopatía Isquémica e Ictus.

2.1.2 Los indicadores utilizados para la evaluación de este objetivo se han seleccionado de los Planes de adecuación a las estrategias y del documento marco para

la elaboración del Protocolo de Atención a la Urgencia se recogen en las tablas: 1.1, 1.2, 1.3, 1.4 y 1.5 con las ponderaciones correspondientes para la asignación del incentivo.

2.1.3 Para la aprobación de la evaluación de cada uno de los planes y del protocolo de Atención a la Urgencia, se deberán obtener al menos 70 puntos, requiriendo además que el indicador al que se le ha asignado mayor puntuación haya superado en un 50% la puntuación a él asignada, de acuerdo a lo establecido en cada una de las tablas.

2.1.4 En las prórrogas correspondientes a los ejercicios 2014 y 2015 se incluirá la elaboración de los planes de adaptación a las estrategias de Diabetes y Salud Mental.

2.1.5 En la Tabla 1 se recogen a continuación las ponderaciones correspondientes al cumplimiento de este objetivo para la asignación del incentivo económico durante los ejercicios 2012 y 2013 y en las tablas 1.1 a 1.5 se recoge el resumen de todos estos criterios para la evaluación de la implantación de cada uno de los Planes y el Protocolo de urgencias:

A) Tabla 1:

Ponderación del objetivo	Ponderación que corresponde a cada componente del objetivo
40%	2012: <ul style="list-style-type: none"> • El 15 % por la implantación del plan de cuidados paliativos. • El 15 % por la implantación del plan de cáncer. • El 10 % por la evaluación del protocolo de atención a la urgencia. 2013: <ul style="list-style-type: none"> • El 20 % por la implantación del plan de cardiopatía isquémica. • El 20 % por la implantación del plan de ictus.

B) Tabla 1.1: Evaluación de la implantación del plan de cuidados paliativos:

Tabla 1.1 Evaluación de la implantación del plan de cuidados paliativos (CP)

Indicadores	Metas para obtener el incentivo de calidad	Puntuación
Mapa de recursos de CP.	Presentación del mapa recursos en CP actualizado a 1 de abril de 2012.	15
Porcentaje de mutualistas o beneficiarios atendidos por Equipos de Soporte Domiciliario (ESP).	Presentación del sistema de registro con la información sobre el número de beneficiarios atendidos por los equipos de soporte domiciliario, desglosado por provincias.	10
Porcentaje de mutualistas o beneficiarios atendidos por equipos/unidades/ servicios hospitalarios.	Presentación del sistema de registro de atención en CP de la Entidad con la información sobre el número de beneficiarios atendidos por los equipos/ unidades/ servicios hospitalarios de CP desglosado por provincias.	10
Cobertura de la oferta en CP en domicilio.	Disponer en al menos el 50% de las provincias de equipos de soporte de CP domiciliarios de referencia.	60
Número de profesionales que han recibido formación específica en cuidados paliativos en los programas formativos promovidos por la Entidad.	Presentación de la memoria de los programas formativos específicos en CP promovidos por la Entidad en el que conste el número de profesionales según profesión, que han asistido.	5

C) Tabla 1.2: Evaluación de la implantación del plan de cáncer:

Tabla 1.2 Evaluación de la implantación del plan de cáncer

Indicadores	Metas para obtener el incentivo de calidad	Puntuación
Cobertura de los programas de cribado de cáncer de mama.	Al menos el 60% de las beneficiarias de entre 50 y 69 años deberán estar incluidas en el programa de detección precoz de cáncer de mama.	40
Cobertura de los programas de cribado de cáncer de cuello uterino.	Al menos el 60% de las beneficiarias de entre 25 y 65 deberán estar incluidas en el programa de detección precoz del cáncer cuello uterino.	30

Indicadores	Metas para obtener el incentivo de calidad	Puntuación
Mapa de unidades especializadas de carácter multidisciplinar de referencia.	Disponer en el 75% de las localidades de Nivel IV o al menos en un municipio de cada CCAA de unidad especializada de carácter multidisciplinar.	10
Porcentaje de hospitales con comité de tumores.	Disponer de comité de tumores en al menos el 60% de los hospitales propios y concertados de la Entidad que realizan tratamiento del cáncer.	15
Porcentaje de hospitales con guías de practica clínica o protocolos.	Disponer de guías de practica clínica o protocolos en al menos el 60% de los hospitales propios y concertados de la Entidad que realizan tratamiento del cáncer.	5

D) Tabla 1.3: Evaluación de la implantación del plan de cardiopatía isquémica:

Tabla 1.3 Evaluación de la implantación del plan de cardiopatía isquémica

Indicadores	Metas para obtener el incentivo de calidad	Puntuación
Porcentaje de ambulancias con equipo desfibrilador.	El 100% de las ambulancias convencionales, de soporte vital básico, soporte vital avanzado, propias y concertada deben disponer de equipo desfibrilador.	35
Mapa de referencia de las redes asistenciales del síndrome coronario agudo.	Disponer del mapa de referencia de las redes asistenciales del síndrome coronario agudo en el 100% de las CCAA.	50
Programas de rehabilitación cardiaca.	El 50 % de los centros concertados de la Entidad que atienden cardiopatía isquémica aguda deben disponer de programa de rehabilitación cardiaca.	10
Número de profesionales que han recibido formación específica en cardiopatía isquémica en los programas formativos promovidos por la Entidad.	Presentar la memoria de los programas formativos específicos en Cardiopatía Isquémica promovidos por la Entidad en el que conste el número de profesionales según profesión, que han asistido.	5

E) Tabla 1.4: Evaluación de la implantación del plan de ictus.

Tabla 1.4 Evaluación de la implantación del plan en ictus

Indicadores	Metas para obtener el incentivo de calidad	Puntuación
Mapa de servicios asistenciales para la atención a pacientes con ictus.	Disponer del mapa de referencia de las redes asistenciales de atención al Ictus en el 100 % de las CCAA.	40
Porcentaje de provincias donde la Entidad tiene implantado el Código ictus.	El 100% de los centros coordinadores de urgencias de la Entidad deben disponer de un sistema organizativo (Código Ictus) para al atención de pacientes con sospecha de Ictus en el que conste el/los centros hospitalarios de referencia de cada provincia.	15
Porcentaje de hospitales que cuentan con Unidades de Ictus.	El 100% de las CCAA deben disponer al menos de un centro hospitalario con Unidad de Ictus.	30
Mapa de recursos de rehabilitación para la atención a los pacientes con ictus.	En el 100% de las provincias se debe disponer de centros/servicios de rehabilitación que atiendan pacientes con ictus.	10
Porcentaje de profesionales que han recibido formación específica en ictus en los programas formativos promovidos por la Entidad.	Presentar la memoria de los programas formativos específicos en Ictus promovidos por la Entidad en el que conste el número de profesionales según profesión, que han asistido.	5

F) Tabla 1.5: Evaluación de la implantación del protocolo de atención a la urgencia.

Tabla 1.5 Evaluación de la implantación del protocolo de atención a la urgencia

Indicadores	Metas para obtener el incentivo de calidad	Puntuación
Mapa de servicios asistenciales acreditados para la atención de pacientes con cardiopatía isquémica, ictus, politraumatismos	El 100% de los centros hospitalarios propios y concertados de la Entidad que atienden a pacientes con cardiopatía isquémica, ictus, politraumatismos, etc. deben acreditar que cuentan con los medios necesarios para prestar asistencia a los pacientes con estas patologías.	40
Porcentaje de beneficiarios atendidos por Equipos de emergencia propios o concertados	Presentación del sistema de registro del Centro Coordinador de la Entidad con la información sobre el número de beneficiarios atendidos por los Equipos de emergencia, desglosado por provincias.	10
Tiempo de respuesta de los Equipos de emergencia	Presentación del sistema de registro en el que conste la información sobre los tiempos de atención (hora de recepción de la llamada, hora de llegada del equipo de emergencias)	15
Presencia de protocolos en el Centro Coordinador de la Entidad	Presentar los protocolos de atención de urgencias y emergencias y de coordinación con los equipos de emergencias de los servicios públicos de salud de las CCAA.	30
Porcentaje de profesionales que han recibido formación específica en atención de urgencia y emergencia promovidos por la Entidad	Presentar la memoria de los programas formativos específicos en atención de urgencia y emergencia promovidos por la Entidad en el que conste el número de profesionales según profesión, que han asistido.	5

2.2 Objetivo 2: Ampliar la cobertura del CMBD y mejorar la calidad de la información de los registros.

2.1.1 Para poder realizar los análisis pertinentes de las características de las asistencias hospitalarias es preciso disponer de un volumen mínimo de los registros de CMBD correspondientes a los informes de alta hospitalaria codificados correctamente, de forma que permita su explotación por GRD,s. Con esta finalidad, se establece para este concierto el objetivo de ampliar la cobertura del CMBD y mejorar la calidad de la información de sus registros.

2.1.2 Los indicadores utilizados para la evaluación de este objetivo son los siguientes:

a) Cobertura del CMBD: definida como el porcentaje de registros válidos de CMBD sobre el total de ingresos en centros concertados por la Entidad. declarados en el registro de actividad/coste.

b) Porcentaje de errores críticos: cociente entre el número de registros con errores críticos y el total de ingresos en centros concertados por la Entidad, declarados en el registro de actividad/coste. Siendo los errores críticos:

- 1.º CMBD que al agrupar resulte un GRD 470
- 2.º GRD quirúrgicos sin fecha de intervención
- 3.º Altas con estancia igual a cero días y con circunstancia de alta con código 1, código 8 o código 9.
- 4.º Altas de CMA con estancia mayor a cero días.

c) Índice de calidad del CMBD (IC CMBD). Se define como la diferencia entre los registros válidos y los registros con errores críticos, sobre el total de ingresos declarados en el registro de actividad/coste, según la siguiente fórmula:

$$\text{IC CMBD} = \frac{\text{CMBD válidos} - \text{registros CMBD con errores críticos}}{\text{Total de ingresos declarados en el registro de actividad/coste}}$$

2.1.3 En el ejercicio 2012, para poder recibir el incentivo del CMBD se establecerá un mínimo de cobertura del 80% y un máximo de 30% de errores críticos. En el ejercicio 2013 se establecerá un mínimo de cobertura del 85%, y un máximo de 25% de errores críticos.

2.1.4 En la tabla 2 se recogen a continuación las ponderaciones correspondientes al cumplimiento de este objetivo para la asignación del incentivo económico durante los ejercicios 2012 y 2013 y en la tabla 2.1 se recoge el resumen de todos estos criterios.

A) Tabla 2.

Ponderación del objetivo	Ponderación que corresponde al grado de cumplimiento en este objetivo
30%	2012: <ul style="list-style-type: none"> • El total de este incentivo, si el IC CMBD mayor o igual al 70%. • Proporcionalmente al cumplimiento de este índice si el IC CMBD es inferior al 70%.
	2013: <ul style="list-style-type: none"> • El total de este incentivo si el IC CMBD mayor o igual al 75%. • Proporcionalmente al cumplimiento de este índice si el IC CMBD es inferior al 75%.

B) Tabla 2.1.

Tabla 2.1 Evaluación de la cobertura y calidad del CMBD

Indicadores	Metas para obtener el incentivo de calidad
Cobertura del CMBD.	Porcentaje de Registros válidos del CMBD sobre el total de ingresos declarados en Hospitales propios y concertados por las Entidades y declarados en el Registro de Actividad Coste. Mínimo de 80% en 2012 y mínimo de 85% en 2013.
Errores críticos.	Porcentaje de registros de CMBD con errores críticos: CMBD que al agrupar resulte un GRD 470. GRD quirúrgicos sin fecha de intervención. Altas con estancia igual a cero días y circunstancia de alta: 1, 8 o 9. Altas de CMA con estancia mayor de cero días. Máximo de 30% en 2012 y máximo de 25% en 2013.
GRD 470.	N.º de registros de CMBD que al agrupar resulta un GRD 470. Componente del Porcentaje de errores críticos.
GRD quirúrgicos sin fecha de intervención.	N.º de GRD quirúrgicos sin fecha de intervención. Componente del Porcentaje de errores críticos.
Altas con estancia 0 inadecuadas.	N.º de Altas con estancia cero y circunstancia de alta: 1, 8 o 9. Componente del Porcentaje de errores críticos.
Altas CMA con estancia > 0.	N.º de altas con estancia superior a cero en CMA. Componente del Porcentaje de errores críticos.
Índice de calidad del CMBD.	Diferencia entre los registros válidos y los registros con errores críticos, sobre el total de ingresos declarados en el registro de actividad /coste. Mínimo de 50% en 2012, y mínimo de 60 % en 2013.

2.1.5 El método de verificación de la información contenida en los registros de CMBD se realizará mediante el análisis de la base de datos de CMBD y el análisis del registro de actividad/coste, enviadas trimestralmente por las Entidades y, en su caso, mediante auditorías de CMBD realizadas en hospitales propios o concertados por las Entidades.

2.3 Objetivo 3: Fomentar la calidad y eficiencia de la prestación farmacéutica.

2.3.1 De acuerdo con lo previsto en el capítulo 6, apartado 2.3, se establece como objetivo de calidad de la prestación farmacéutica el fomento de la prescripción de medicamentos incluidos en los sistemas de precios de referencia o de precio seleccionado y la reducción de la prescripción de nuevos medicamentos de aportación terapéutica poco relevante.

2.3.2 Los indicadores que medirán estos objetivos serán:

a) Prescripción de medicamentos incluidos en los sistemas de precios de referencia o el de precio seleccionado:

El indicador de medida será el cociente entre el porcentaje de envases de medicamentos que reúnan dichas características del total de medicamentos dispensados por las farmacias a los mutualistas de la Entidad y el porcentaje correspondiente registrado en el colectivo de mutualistas adscritos al INSS. Dicho índice (i) se redondeará a dos decimales.

b) Minimización de la utilización de nuevos medicamentos sin aportación terapéutica relevante:

El indicador de medida será el cociente entre el porcentaje de envases de medicamentos que reúnan dichas características del total de medicamentos dispensados por las farmacias a los mutualistas de la Entidad y el porcentaje correspondiente registrado en el colectivo de mutualistas adscritos al INSS. Dicho índice (ii) se redondeará a dos decimales.

2.3.3 La evaluación de los componentes del objetivo y la asignación del incentivo económico se realizará trimestralmente, utilizando los indicadores y aplicando los criterios que se reflejan en la tabla siguiente:

Ponderación del objetivo	Ponderación que corresponde a cada componente del objetivo
20% (2012) 15% (2013)	1. 10%: Fomentar la prescripción de medicamentos incluidos en los sistemas de precio de referencia o de precio seleccionado: El total del incentivo si el (i) mayor o igual que 1. Proporcionalmente al índice alcanzado siempre que sea mayor que 0,80.
	2. 10%: Minimizar la utilización de nuevos medicamentos sin aportación terapéutica relevante. El total del incentivo si (ii) es menor o igual 1. Proporcionalmente al índice alcanzado siempre que sea menor que 1,50.

2.3.4 Estos criterios se mantendrán estables en el ejercicio 2013. Para las prórrogas correspondientes a los ejercicios 2014 y 2015 se actualizarán, en su caso, estos objetivos y se introducirán, de acuerdo con el desarrollo de las correspondientes Estrategias de Salud, nuevos elementos en relación con la revisión de la adecuación de las prescripciones y con la utilización de principios activos considerados de primera elección dentro de su grupo terapéutico en protocolos, estándares y Guías farmacoterapéutica.

2.3.5 La fuente de información para el cálculo de los indicadores de cada Entidad serán los datos proporcionados a MUFACE por los organismos responsables del proceso de facturación de recetas y órdenes de dispensación en el periodo evaluado.

2.3.6 Para la gestión del objetivo, MUFACE proporcionará a cada Entidad:

a) un listado actualizado con los medicamentos y principios activos sujetos a los sistemas de precios de referencia y precio seleccionado, previstos en el Real Decreto Ley 9/2011, de 19 de agosto.

b) un listado con los nuevos medicamentos y DOE de los principios activos clasificados como sin aportación terapéutica relevante, junto a los criterios previstos en el Capítulo 6 que fundamentan dicha clasificación.

2.3.7 Mediante Resolución del Director General se detallarán las aclaraciones técnicas y los ajustes que sean necesarios practicar en los indicadores de medida, en función del desarrollo de las previsiones del Real Decreto Ley 9/2011, de 19 de agosto.

2.4 Objetivo 4: Implantación y utilización de medios electrónicos.

2.4.1 La cláusula 6.3.6 establece como objetivo de calidad la incorporación progresiva de los profesionales y centros sanitarios de la entidad a la Historia Clínica Digital de MUFACE y la utilización de las herramientas electrónicas que se vayan poniendo a su disposición por parte de MUFACE de cara a la prescripción electrónica de medicamentos.

2.4.2 Para el año 2012 se valorará e incentivará el volumen de medios de la Entidad que hayan participado en las distintas fases de análisis, desarrollo e implantación de los sistemas de Receta Electrónica e Historia Clínica Digital de MUFACE. El indicador que medirá este objetivo será el porcentaje (% a) de médicos prescriptores que hayan incorporado estas herramientas en su práctica asistencial.

El grupo de médicos prescriptores quedará definido por la Dirección General de MUFACE en el primer semestre del año con aquellos médicos que concentren más del 60% de las prescripciones de recetas y emisión de partes de IT, RE y RLN.

2.4.3 En 2013 el indicador que medirá este objetivo será el porcentaje (% b) de recetas y de partes de IT, RE y RLN que se emitan a través del aplicativo que MUFACE haya puesto a disposición de los medios de la Entidad respecto del total de recetas que se prescriban y partes de IT, RE y RLN que se emitan.

2.4.4 Los criterios de asignación del incentivo económico vinculado a este objetivo se recogen en la siguiente tabla:

Ponderación del objetivo	Ponderación que corresponde a cada componente del objetivo
10% (2012) 15% (2013)	<p>En el año 2012:</p> <p>El total del incentivo si el porcentaje (%a) es mayor o igual a 60. Proporcionalmente al porcentaje alcanzado (%a) siempre que sea mayor que 15.</p> <p>En el año 2013:</p> <p>El total del incentivo si el porcentaje (% b) es mayor o igual a 60. Proporcionalmente al porcentaje (%b) alcanzado siempre que sea mayor que 10.</p>

2.4.5 La fuente de información para el cálculo de los indicadores de cada Entidad serán los datos proporcionados a MUFACE por los organismos responsables del proceso de facturación de recetas y órdenes de dispensación en el periodo evaluado así como los sistemas de información de IT, RE y RLN de MUFACE.

2.4.6 Mediante Resolución del Director General se definirán y se detallarán las aclaraciones técnicas necesarias así como los ajustes a practicar la evaluación del indicador, en función de la implantación y extensión de la medida.

3. Deducciones por fallos de disponibilidad

3.1 De acuerdo a lo establecido en la cláusula 8.4. del Concierto, cuando se produzca un fallo de disponibilidad y la entidad exceda el tiempo máximo de corrección fijado en el punto 3.4 de este apartado sin haber repuesto el medio correspondiente, serán de aplicación las deducciones económicas por fallos de disponibilidad de acuerdo con los siguientes puntos.

3.2 De acuerdo con lo previsto en la cláusula 8.4.3 el importe máximo anual de las deducciones por fallos de disponibilidad no podrán superar la cuantía máxima anual del IAC.

3.3 Se entiende por fallo de disponibilidad la baja de un profesional o de los medios ofertados por la Entidad en el Catálogo de Proveedores que produce una oferta de recursos inferior a la establecida en los criterios de disponibilidad de medios recogidos en el Anexo 3 del Concierto.

3.4 Los fallos de disponibilidad se tipificarán conforme al detalle que se incluye en la tabla siguiente, en la que se indican, además, el tiempo de corrección y los respectivos porcentajes a aplicar para el cálculo de las deducciones por fallos de disponibilidad:

Fallo de disponibilidad	Tiempo de corrección	Porcentajes a aplicar para el cálculo de las deducciones
Especialidad en consulta externa Tipo A.	Una semana, si no hay disponible un especialista de la misma especialidad en el municipio correspondiente.	5 %
Especialidad en consulta externa Tipo B.		10%
Especialidad en consulta externa Tipo C.	Dos semanas, si hay disponible un especialista de la misma especialidad en el municipio correspondiente.	10%
Especialidades en el hospital correspondiente.	Dos semanas.	10%
Hospital.	Cuatro semanas.	15%

3.5 El importe de la deducción correspondiente a cada fallo de disponibilidad será el producto del número de mutualistas y beneficiarios del municipio en el que se produzca el fallo por la prima diaria ponderada, el número de días en que se exceda el tiempo de corrección y el porcentaje a aplicar según el tipo de fallo de que se trate.

3.6 La prima diaria ponderada que se indica en el punto anterior se calculará multiplicando por 12 la prima mensual ponderada (Pm) prevista en la cláusula 8.3.2. y dividiendo el resultado entre 365.

3.7 En los supuestos en que, por cualquier vía, se haya detectado e identificado una baja de medios susceptible de constituir un fallo de disponibilidad, conforme a lo estipulado en el punto 3.3 del presente Anexo, la UTC comunicará fehacientemente a la Entidad que ésta ha incurrido en un fallo de disponibilidad y la requerirá para que proceda a su subsanación. Cualquier escrito que la Entidad dirija a la UTC, al respecto, producirá efectos desde el día que conste en el registro de entrada de MUFACE.

3.8 Por su parte, a efectos del cómputo del tiempo de corrección a que se refiere el punto 3.4 de este Anexo, el mismo comenzará a partir del día siguiente a aquél en que tenga lugar la comunicación prevista en el punto 3.7.

3.9 Trascurrido el tiempo de corrección sin que el medio haya sido repuesto, la UTC incluirá el expediente por fallo de disponibilidad para su estudio en el orden del día de la inmediata reunión de la Comisión Mixta Nacional, dando así trámite de audiencia a la Entidad. En el acta de la reunión se hará constar necesariamente las posiciones de MUFACE y la Entidad sobre el fallo de disponibilidad y, en su caso, la correspondiente deducción.

3.10 De conformidad con lo dispuesto en la cláusula 8.4.2, el expediente por fallo de disponibilidad será resuelto por el Director General de MUFACE en cuya resolución se fijará la deducción diaria y la cuantía a descontar en los términos establecidos en la letra a) de la cláusula 8.5.1 A).

Asimismo, cuando el fallo de disponibilidad no hubiera sido corregido en la fecha de celebración de la Comisión Mixta Nacional, procederá efectuar la deducción diaria hasta la fecha en que sea comunicada la corrección a MUFACE, conforme a lo estipulado en el

punto 3.7 o hasta que se alcance el límite máximo anual de las deducciones por fallos de disponibilidad establecido en el punto 3.2. En consecuencia, MUFACE realizará los correspondientes descuentos con periodicidad mensual informando de los mismos a la Entidad en la siguiente sesión de la Comisión Mixta Nacional.

3.11 Contra las resoluciones del Director General de MUFACE, que no ponen fin a la vía administrativa, podrá interponerse recurso de alzada ante la persona titular del Ministerio de Política Territorial y Administración Pública en el plazo de un mes, a contar desde el día siguiente de la notificación, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 114 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

ANEXO 9

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

9.1 La Entidad, conforme a la cláusula 6.1.7 del Concierto, facilitará la realización de los informes médicos, exploraciones o pruebas de diagnóstico que prescriban a los mutualistas los facultativos encargados del asesoramiento médico para la gestión de la IT, RE y RLN, dentro del procedimiento recogido en la Orden PRE/1744/2010, de 30 de junio, por la que se regula el procedimiento de reconocimiento, control y seguimiento de las situaciones de incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, o disposición normativa que la sustituya.

Otro tanto sucederá en el caso de los facultativos de los órganos de valoración de incapacidades dentro del procedimiento de jubilación por incapacidad permanente para el servicio, regulado en la Resolución de la Secretaría de Estado para la Administración Pública de 29 de diciembre de 1995 y normas concordantes, o de los procedimientos de reconocimiento de una gran invalidez (recogidos en los artículos 105 y 107.2 del RGMA) o de una lesión permanente no invalidante (recogidos en los artículos 109 y 110 del mismo texto normativo), a cuyo fin queda obligada a realizar a los mutualistas que estén adscritos a ella los citados informes, exploración o pruebas a través de los facultativos, servicios o centros de su Catálogo de Proveedores y en la forma establecida en el punto 9.2.

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

El Servicio Provincial u Oficina Delegada, una vez comprobada la afiliación del solicitante, autorizará la prescripción estampando en el impreso el modelo de sello que figura en el punto 9.3. A continuación, el mutualista presentará el mismo impreso en las Oficinas de la Entidad a la que esté adscrito. Ésta, a la vista de la autorización concedida por MUFACE:

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

b) En el original del impreso autorizado por MUFACE se consignará la recepción por el mutualista del o de los volantes, bajo la fórmula que figura asimismo en el punto 3 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.

9.3 Para la aplicación de lo dispuesto en el punto anterior se utilizarán los siguientes modelos:

Modelo de sello para la autorización de prescripciones por MUFACE

MUFACE (Espacio para el nombre del servicio provincial u oficina delegada)	
Fecha	
Prescripción autorizada para asignación de facultativo preséntese este impreso en las oficinas de la entidad médica del mutualista	(Espacio para la firma del director del servicio o jefe de la oficina delegada)

Nota: La firma podrá estar incluida en el sello.

Fórmula para acreditar la entrega de los volantes por la entidad:

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

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

El mutualista,

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

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

9.4 Al término de cada trimestre natural, la Entidad remitirá al Departamento de Gestión Económica y Financiera de MUFACE relación de los informes, exploraciones o pruebas realizadas en el trimestre, con indicación expresa del precio correspondiente, que será, precisamente, el que figura en el Anexo 10. 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 9.2 y con las facturas que reúnan las condiciones y requisitos establecidos en la normativa vigente al respecto.

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

ANEXO 10

Baremo de reintegro de pruebas prescritas para valoración de incapacidades

Denominación prueba	Compensación máxima por unidad - (Euros)	Contenidos
Determinaciones analíticas de sangre:		
Perfil básico (hemograma + bioquímica).	31,31	Parámetros y cifras de referencia.
Perfil Cardíaco.	59,82	Parámetros y cifras de referencia.
Perfil Hepático.	46,98	Parámetros y cifras de referencia.
Perfil Reumatológico.	46,95	Parámetros y cifras de referencia.
Perfil Nefrourológico.	57,02	Parámetros y cifras de referencia.

Denominación prueba	Compensación máxima por unidad - (Euros)	Contenidos
Gasometría Arterial.	27,18	Parámetros y cifras de referencia.
Coagulación.	16,41	Parámetros y cifras de referencia.
Marcadores Hepáticos Virales.	79,99	Parámetros y cifras de referencia.
Determinación Carga Viral VIH.	99,97	Parámetros y cifras de referencia.
Radiografía simple (Tórax o Abdomen).	26,11	Placas en dos posiciones.
Radiografías osteo-articular.	26,11	Placas en dos posiciones por segmento.
Tomografía Axial Computerizada (TAC).	181,62	Placa e informe.
Tomografía Axial Computerizada con contraste (TAC + contraste).	206,27	Placa e informe.
Resonancia Nuclear Magnética (RNM).	258,19	Placa e informe.
Resonancia Nuclear Magnética con contraste (RNM + contraste).	318,87	Placa e informe.
Densitometría Ósea.	90,98	Informe.
Gammagrafía Ósea.	123,46	Registro e informe.
Ecografía (todas las regiones).	93,66	Informe.
Potenciales evocados (visuales; auditivos; somestésicos; cognitivos).	153,53	Informe.
Electroencefalograma (EEG).	100,41	Registro e informe.
Electromiograma (EMG).	153,44	Registro e informe.
Electroneurograma (ENG).	87,82	Registro e informe.
Electrocardiograma (ECG).	75,08	Registro e informe.
Holter.	101,60	Informe.
Prueba de esfuerzo convencional (Protocolo de Bruce).	86,30	Informe.
Prueba de esfuerzo NO convencional (por ECO de estrés).	106,37	Informe.
Prueba de esfuerzo NO convencional (por ECO con dubatamina).	68,79	Informe.
Prueba de esfuerzo con determinación directa de consumo de O ₂ (Ergoespirometría).	130,82	Informe.
Gammagrafía miocárdica (SPECT) con P de Bruce o estimulación farmacológica.	229,04	Informe.
Eco - Doppler cardiaco.	111,69	Grafico; Informe y Datos (Fracción eyección y Gasto).
Eco - Doppler vascular.	107,99	Informe.
Espirometría forzada.	41,67	Registro; Datos (CV; FEV1) en tres tomas.
Espirometría forzada con broncodilatación.	51,48	Registro; Datos (CV; FEV1) en 3 tomas antes/ después broncodilatación.
Difusión alveolo-capilar (DLCO o TLCO).	58,97	Informe y datos.
Pletismografía (volúmenes pulmonares).	37,78	Informe y datos.
Polisomnografía.	239,63	Informe.
Campimetría visual digital.	85,35	Grafico; Datos e informe.
Electroretinograma.	97,49	Informe.
Electrooculograma.	102,72	Informe.
Audiometría tonal en cabina.	34,99	Grafico ambos oídos con indicación vías aéreas y ósea.
Pruebas vestibulares.	162,00	Informe.
Posturografía.	113,45	Informe.
Pruebas epicutáneas (contacto).	104,42	Resultado test; Valoración (graduación) de resultados.
Informe valoración Neuro - Psicológico.	107,96	Informe.
Informe de Valoración Psiquiátrica.	103,54	Informe escrito.
Informe Médico especializado.	91,95	Informe escrito.
Informe Médico Requerido.	100,43	Informe escrito.
Balance articular y muscular de: Hombro; Codo o Muñeca por técnica de Biomecánica.	308,10	Registro e informe.

Denominación prueba	Compensación máxima por unidad - (Euros)	Contenidos
Balance articular y muscular de: Cadera; Rodilla o Tobillo por técnica de Biomecánica.	234,99	Registro e informe.
Valoración Funcional de la Capacidad de Marcha por técnica de Biomecánica.	412,55	Registro e informe.
Balance articular de columna: Cervical; Dorsal o Lumbar por técnicas de Biomecánica.	219,33	Registro e informe.
Valoración funcional de la Lumbalgia por técnica de Biomecánica.	600,54	Registro e informe.
Valoración funcional de la Cervicalgia por técnica de Biomecánica.	600,54	Registro e informe.
Valoración funcional del equilibrio postural, por técnicas de Biomecánica.	412,55	Registro e informe.
Informe Psicológico-Laboral.	107,96	Informe escrito.
Informe Valoración Puestos Trabajo (Requerimientos y/o Riesgos).	107,96	Informe escrito.