

III. OTRAS DISPOSICIONES

MINISTERIO DE HACIENDA Y FUNCIÓN PÚBLICA

15792 *Resolución de 28 de diciembre de 2017, de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, por la que se publica el concierto suscrito con entidades de seguro para el aseguramiento del acceso a la asistencia sanitaria en territorio nacional a los beneficiarios de la misma durante los años 2018 y 2019, y se regula el cambio de 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), previa convocatoria pública cuyo anuncio fue publicado en el «Boletín Oficial del Estado» y en la Plataforma de Contratación del Estado el 3 de octubre de 2017, ha suscrito con diversas entidades de seguro, el 28 de diciembre de 2017, concierto para el aseguramiento del acceso a la asistencia sanitaria en territorio nacional a los beneficiarios de la misma, durante los años 2018 y 2019.

Con objeto de dar público conocimiento del contenido completo del concierto y de las entidades de seguro que lo han suscrito, así como de la regulación del cambio de entidad prestadora de la asistencia sanitaria en territorio nacional,

Esta Dirección General resuelve:

Primero.

Publicar, como anexo a esta Resolución, el texto del concierto de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado con entidades de seguro para el aseguramiento del acceso a la asistencia sanitaria en territorio nacional a los beneficiarios de la misma, durante los años 2018 y 2019.

Segundo.

Hacer público que el concierto 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.
Segurcaixa Adeslas, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros.

Tercero.

Determinar que, durante los meses de enero y junio de cada año de vigencia del concierto, los titulares afiliados a MUFACE que lo deseen podrán cambiar de entidad, por una sola vez en cada periodo, mediante la oportuna solicitud, para adscribirse a alguna de las entidades de seguro que han suscrito el concierto para los años 2018 y 2019, y que se relacionan en el apartado segundo de esta Resolución.

Asimismo, durante el mes de enero de 2018, por una sola vez y mediante la oportuna solicitud, los titulares afiliados a MUFACE que lo deseen podrán optar por recibir asistencia sanitaria a través de los servicios públicos del Sistema Nacional de Salud, mediante su adscripción al Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Sólo se admitirá una solicitud de cambio en cada periodo ordinario. Los titulares que no soliciten cambio continuarán adscritos a la misma entidad que lo estén a 31 de diciembre o, en su caso, a 31 de mayo de cada año.

Estos plazos son únicos para los cambios ordinarios de entidad, pudiendo realizarse cambios extraordinarios únicamente en los supuestos específicos previstos en el correspondiente concierto.

Cuarto.

Disponer que en los Servicios Provinciales y Oficinas Delegadas de MUFACE se expongan, a disposición de los titulares que deseen consultarlos, los Catálogos de Proveedores de la respectiva provincia correspondientes a las entidades de seguro concertadas. Asimismo, dicha información será accesible a través de la página web de la Mutualidad: www.muface.es.

Madrid, 28 de diciembre de 2017.—El Director General de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, Antonio Sánchez Díaz.

ANEXO

Concierto de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado con entidades de seguro para el aseguramiento del acceso a la asistencia sanitaria en territorio nacional a los beneficiarios de la misma, durante los años 2018-2019

ÍNDICE

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.
- 1.2 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 Tarjeta sanitaria de la entidad.
- 1.6 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 y Emergencia.
- 2.5 Programas preventivos.
- 2.6 Cuidados paliativos.
- 2.7 Rehabilitación.
- 2.8 Salud bucodental.
- 2.9 Prestación farmacéutica y con productos dietéticos. Otros productos sanitarios.
- 2.10 Transporte para la asistencia sanitaria.
- 2.11 Otras prestaciones.
- 2.12 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 y entrega del Catálogo de Proveedores e información en la página web 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 y emergencia.

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 privados no concertados.

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.

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

6.1 Información y documentación sanitaria.

6.2 Historia clínica digital y receta electrónica.

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 Procedimiento especial para sustanciar reclamaciones con el mismo objeto.

7.7 Descuentos por gastos de farmacia.

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

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.

Anexo 1. Asistencia sanitaria transfronteriza.

1. Normas generales.

2. Prestaciones sanitarias sujetas a autorización previa y procedimiento para su obtención.

3. Procedimiento para el reembolso de los gastos para la asistencia sanitaria transfronteriza.

Anexo 2. Medios de asistencia en zonas rurales.

1. Normas generales.

2. Habilitación a MUFACE.
3. Objeto.
4. Contenido.

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 para la obtención de autorización previa.

Anexo 6. Sistema de información asistencial.

1. Registro de actividad/coste.
2. Información sobre asistencia sanitaria transfronteriza.
3. Registro de CMBD.
4. 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.

Anexo 11. Tarifas para el reembolso de los gastos por la asistencia sanitaria transfronteriza.

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 (en adelante, beneficiarios).

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 mismo.

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 Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud (en adelante SNS), de acuerdo con 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 normas de desarrollo.

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 establecidas en este concierto.

1.1.5 Asimismo, la entidad se obliga a la cobertura de la asistencia sanitaria transfronteriza de su colectivo protegido, conforme al Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre recetas médicas y órdenes de dispensación. El ejercicio del derecho por parte de los beneficiarios, su alcance, las condiciones, requisitos y procedimiento para el reembolso de los gastos por dicha asistencia se establecen en el Anexo 1.

1.1.6 Por su parte, MUFACE se obliga a abonar a la entidad la cantidad por persona y mes que se prevé en la cláusula 8.3, con sujeción a las especificaciones y procedimiento contenidos en las cláusulas 8.2 y 8.5.

1.2. Colectivo protegido.

1.2.1 A los efectos del presente concierto, son beneficiarios todos los mutualistas y demás beneficiarios de asistencia sanitaria 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 ciertos fines de gestión y siempre que así se derive del propio texto de las cláusulas, los beneficiarios del concierto pueden ser denominados titulares, si poseen documento de afiliación a MUFACE propio, o simplemente beneficiarios, cuando figuren como tales en el documento de afiliación de un titular.

Los beneficiarios estarán adscritos a la entidad mientras lo esté el titular del que dependan.

1.2.2 La condición de mutualista o beneficiario se acredita mediante el documento de afiliación expedido por MUFACE.

1.2.3 A los efectos de este concierto, los lugares en los que residan habitual o temporalmente los beneficiarios se asimilarán al domicilio.

1.2.4 MUFACE comunicará diariamente a la entidad las altas, bajas y variaciones en los datos de los beneficiarios adscritos a 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 beneficiario haya quedado adscrito a ésta 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 atiende a la madre durante los primeros quince días desde el momento del parto, cubriendo la entidad, en todo caso, el proceso asistencial hasta el alta hospitalaria. 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 El derecho de los beneficiarios se extingue, en cualquier caso, a las 24 horas del día 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 permitían en cada caso estar protegido por este concierto.

1.4. Cambio 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 y la disposición adicional séptima del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, los titulares 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) Con carácter ordinario, durante el mes de enero y junio de cada año de vigencia del concierto. Este derecho podrá ejercitarse una sola vez en cada periodo de cambio ordinario.

b) Con carácter extraordinario, a lo largo de toda la vigencia del concierto cuando se dé alguna de las siguientes circunstancias:

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

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

3. Cuando se produzca un cambio de domicilio, con cambio de provincia o isla de residencia del titular, y éste sea mutualista jubilado o beneficiario que tenga esta condición por fallecimiento, separación, divorcio o nulidad del matrimonio del mutualista y posea un documento asimilado al de afiliación expedido por MUFACE. Este derecho podrá ejercitarse por una sola vez cada año de vigencia del concierto.

4. 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.

5. 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.

6. 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 Continuarán adscritos a la entidad los titulares que lo estuvieran a 31 de diciembre de 2017 y que no opten por quedar adscritos a la red sanitaria pública 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 Tarjeta sanitaria de la entidad.

1.5.1 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 la correspondiente tarjeta sanitaria, que será enviada al domicilio del mutualista o beneficiario en el plazo máximo de siete días naturales desde la efectiva comunicación.

1.5.2 En la tarjeta deberá figurar de forma destacada el teléfono 900.../800... de atención de urgencia gratuito de la entidad, previsto en la cláusula 3.1.1.c) al que el beneficiario pueda llamar en caso de urgencia o emergencia sanitaria. En todo caso en el anverso de la tarjeta constará el número de afiliación del titular de la misma y el logotipo de MUFACE.

1.5.3 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 del Sistema Nacional de Salud referidos a 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).

1.5.4 En caso de que un titular hubiera optado por quedar adscrito a la entidad y no hubiera recibido, para sí o sus beneficiarios, 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 titular y a 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 compensaciones económicas previstas en la cláusula 7.8.

1.5.5 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.

1.5.6 Una vez que queden adscritos a la entidad, los beneficiarios no podrán hacer uso de las tarjetas sanitarias 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, siendo responsable de su uso indebido el titular del derecho.

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

1.6.1 La entidad podrá hacer publicidad sobre su oferta de servicios a lo largo de la vigencia del concierto, siempre que dicha publicidad no se realice dentro de recintos de instituciones u organismos de carácter público. En las campañas publicitarias que efectúe

la entidad no podrá utilizar el logotipo o cualquier otro identificativo de MUFACE o de la Administración General del Estado.

1.6.2 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.

1.6.3 En ningún caso la entidad podrá ofrecer servicios diferentes a los contenidos en el presente concierto, sin consentimiento expreso del beneficiario.

1.6.4 El incumplimiento de estas obligaciones dará lugar a las compensaciones económicas previstas en la cláusula 7.8.

CAPÍTULO 2

Cartera de servicios

2.1. Normas generales.

2.1.1 La asistencia sanitaria a los 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 La Cartera de Servicios objeto del concierto comprende como mínimo todas las prestaciones que conforman la Cartera Común de Servicios del SNS, con el contenido que, en cada momento, determine la normativa sanitaria de aplicación en el mismo, y las que se detallan en este Capítulo que, asimismo, recoge las especificidades de cada una de ellas.

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 Urgencia y Emergencia.
- d) Programas Preventivos.
- e) Cuidados Paliativos.
- f) Rehabilitación.
- g) Salud Bucodental.
- h) Prestaciones farmacéutica y con productos dietéticos.
- i) Transporte para la asistencia sanitaria.
- j) 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. En el Anexo 5 se enumeran los servicios que requieren autorización previa de la entidad y se establece el procedimiento para su tramitación y obtención, en su caso.

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

2.2 Cartera de Servicios de Atención Primaria. 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, e incluye:

- a) La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente, tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.
- b) La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- c) Atención paliativa a enfermos terminales.

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 paliativos, así como aquellas de prevención cuya naturaleza hace necesaria la intervención de médicos especialistas, y 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 Especificaciones a la Cartera de Servicios de Atención Especializada.

A) Salud mental.

1. Comprende el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, incluido el tratamiento farmacológico y la psicoterapia individual, de grupo o familiar. La atención a la salud mental se realizará en régimen de hospitalización, consultas externas y urgencias, garantizando en cualquier caso la necesaria continuidad asistencial.

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 veinte 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. Se excluyen el psicoanálisis, la psicoterapia psicoanalítica, la hipnosis, la narcolepsia ambulatoria y el internamiento social.

B) 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 accidente en acto de servicio o enfermedad profesional 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

C) Diagnóstico y tratamiento de la esterilidad. Los tratamientos de reproducción asistida tienen la finalidad de ayudar a lograr la gestación en aquellas personas con imposibilidad de conseguirlo de forma natural, no susceptibles de tratamientos exclusivamente farmacológicos, o tras el fracaso de los mismos. También se podrá recurrir a estos procedimientos a fin de evitar enfermedades o trastornos genéticos graves en la descendencia y cuando se precise de un embrión con características inmunológicas idénticas a las de un hermano afecto de un proceso patológico grave, que no sea susceptible de otro recurso terapéutico, de acuerdo a la normativa vigente en cada momento.

1. Consideraciones generales.

a) 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.

b) En el momento del inicio del estudio de esterilidad, la beneficiaria debe ser mayor de 18 años y menor de 40 años, y no padecer ningún tipo de patología en la que el embarazo pueda entrañarle un grave e incontrolable riesgo, tanto para su salud como para la de su posible descendencia. En el caso de parejas, el varón debe ser mayor de 18 años y menor de 55 años.

c) Las técnicas de reproducción asistida serán a cargo de la entidad cuando la mujer sobre la que se vaya a realizar la técnica sea titular o beneficiaria de MUFACE y no tenga ningún hijo, previo y sano. En caso de parejas, sin ningún hijo común, previo y sano.

d) Estarán comprendidas todas las técnicas incluidas en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, con arreglo a la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de Reproducción Humana Asistida, y a la Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por la que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, con las condiciones y requisitos establecidos en la misma.

e) 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, o exista contraindicación médica documentada.

f) En los tratamientos de reproducción asistida, las pruebas que deban realizarse en el ámbito de dicho tratamiento al otro miembro de la pareja serán facilitadas por la entidad de adscripción de la mujer a la que se va a realizar la técnica de Reproducción Humana Asistida. Se excluye la financiación de los tratamientos farmacológicos asociados a la técnica de Reproducción Humana Asistida a los que haya de someterse el otro miembro de la pareja.

g) 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 beneficiaria receptora de la donación.

h) Será por cuenta de la entidad la cobertura de la criopreservación y mantenimiento de gametos y del tejido ovárico para uso propio diferido de beneficiarios que vayan a someterse a tratamientos médicos y/o quirúrgicos que puedan afectar de forma importante a su fertilidad. El periodo de cobertura en el caso de la mujer será hasta el día anterior al cumplimiento de 50 años de edad y en el caso del hombre hasta el día anterior al cumplimiento de 55 años de edad.

i) Serán a cargo de la entidad la crioconservación y mantenimiento de los preembriones sobrantes de ciclos FIV autorizados hasta el día anterior en que la mujer cumpla 50 años de edad.

j) Se atenderá la cobertura de técnicas de reproducción humana asistida en mujeres en las que exista un diagnóstico de esterilidad por patología ginecológica que impida conseguir una gestación, con independencia de la existencia o no de pareja.

2. Límites relativos al número máximo de ciclos de tratamiento y la edad de la mujer. En cualquier caso los tratamientos de reproducción humana asistida, 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.

Los límites relativos al número máximo de ciclos de tratamiento y la edad de la beneficiaria para cada técnica son:

Límites	Inseminación artificial		Fecundación in vitro*	
	Semen de pareja	Semen de donante	Gametos propios	Gametos donados
N.º de ciclos máximo	4	6	3	3
Edad máxima de la mujer	<38	<40	<40	<40

* Incluidas las técnicas complementarias. En los casos de la utilización de ovocitos y tejido ovárico criopreservados, el límite de edad será el establecido para la técnica FIV con donación de gametos/preembriones. Las edades se computan hasta el día anterior en que la mujer cumpla 38 o 40 años, según el caso. Para la correcta interpretación y aplicación de los límites se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

a) La prescripción del tratamiento de Reproducción Humana Asistida debe haber sido realizada con anterioridad al día en que la mujer cumpla los años que se ha establecido como edad límite para tener derecho a la financiación en cada una de las técnicas.

b) A efecto de cómputo, el número de ciclos es independiente para cada técnica, aunque se tendrá en cuenta el número total de ciclos realizados con independencia del financiador. Por ello, en el caso de que una pareja se acoja a la cobertura de este concierto, tras haberse sometido previamente a un tratamiento de reproducción humana asistida, se tendrá en cuenta el número de ciclos que se hubiera realizado hasta ese momento y se dará cobertura a los que corresponda, hasta completar el número máximo de ciclos establecido.

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

d) 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 50 años, con independencia de la existencia de hijos previos y sanos.

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

f) En cualquier caso se garantiza la finalización del ciclo iniciado que estuviera cubierto con aplicación de los criterios y límites vigentes en el momento de su inicio.

g) 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 y siempre que no haya superado la edad límite para tener derecho a la financiación en cada una de las técnicas.

2.4 Cartera de Servicios de Atención de Urgencia y Emergencia. 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, comprende además:

2.4.1 La atención telefónica, a través del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias 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.

2.4.2 La asistencia urgente hospitalaria estará disponible de acuerdo con los criterios establecidos en el Anexo 3. No obstante, en los municipios con un nivel asistencial inferior al Nivel II de Atención Especializada donde exista un centro hospitalario dependiente del Servicio de Salud de la correspondiente Comunidad Autónoma, se atenderá la cobertura

de la asistencia por su servicio de urgencias a los beneficiarios que sufran situaciones críticas agudas que obliguen a una atención no demorable, siempre que no se disponga de centros concertados en el municipio en el que se encuentre el beneficiario que origine la asistencia.

2.4.3 El transporte sanitario urgente regulado en la cláusula 2.10.1.

2.5. Programas preventivos.

2.5.1 La entidad realizará las actuaciones establecidas por la normativa sanitaria en materia de prevención y promoción de la salud que incluyen:

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

Teniendo en consideración lo anterior, así como el desarrollo de los programas preventivos del cáncer ginecológico incluidos en el Plan del Cáncer de la entidad, se realizarán, entre otras, las actividades siguientes encaminadas a los cribados de:

1. Cáncer de mama: cribado poblacional con mamografía cada dos años en las mujeres de 50 a 69 años.

2. Cáncer de cuello de útero (cérvix): 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 o las autoridades sanitarias competentes.

3. Cáncer colorrectal: cribado poblacional con determinación de sangre oculta en heces cada dos años en hombres y mujeres de 50 a 69 años.

En todos los casos se garantizará la valoración del riesgo individual, incluyendo en el caso del cáncer de mama y del cáncer colorrectal, si procede, la realización de estudio y consejo genético de las personas que cumplen criterios de riesgo de cáncer familiar o hereditario y, en caso de confirmarse, su seguimiento específico.

4. Cribado neonatal de las siguientes enfermedades: hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, fibrosis quística, deficiencia de acil coenzima A deshidrogenada de cadena media (MCADD), deficiencia de 3-hidroxi acil-CoA deshidrogenasa de cadena larga (LCHADD), acidemia glutárica tipo I (GA-I) y anemia falciforme.

2.5.2 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 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 beneficiarios en el marco del programa de prevención desarrollado por la correspondiente administración sanitaria.

2.5.3 La Dirección General de MUFACE podrá informar específicamente a los 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.

2.6. Cuidados paliativos.

2.6.1 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.

2.6.2 Para la atención en cuidados paliativos la entidad 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 misma. 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.

2.6.3 El nivel de complejidad del enfermo determinará el lugar más adecuado para proporcionar la atención de cuidados paliativos, que se prestará en el domicilio del paciente, si fuera preciso, en régimen de hospitalización, estableciendo los mecanismos necesarios para garantizar la continuidad asistencial y la coordinación con otros recursos.

Los servicios de atención primaria serán responsables de los cuidados paliativos de los enfermos en el domicilio y deberán tener asignado un equipo de cuidados paliativos de referencia para apoyo y/o soporte domiciliario.

En caso de complejidad, esta atención se complementará con la intervención de equipos de soporte en cuidados paliativos 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 y Emergencias de la entidad, para lo que se articularán los procedimientos de coordinación y derivación precisos.

2.6.4 Los 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, de acuerdo con el procedimiento previsto en el punto 2 del anexo 5.

2.7. Rehabilitación.

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

2.7.2 Incluye la rehabilitación de las afecciones del sistema musculoesquelético, del sistema nervioso, del sistema cardiovascular y del sistema respiratorio, a través de fisioterapia, adaptación de métodos técnicos (ortoprótesis), terapia ocupacional, y logopedia que tenga relación directa con procesos patológicos de los que ya vengán siendo tratados por estar incluidos en la Cartera de Servicios. No se consideran incluidos los denominados Trastornos del Aprendizaje cuya atención es competencia del sistema educativo.

2.7.3 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.

El seguimiento del paciente y la determinación del alta serán responsabilidad del médico rehabilitador, salvo en los tratamientos de rehabilitación cardíaca, vestibular y de suelo pélvico, que serán responsabilidad del facultativo especialista que solicitó dicho tratamiento.

2.7.4 El número de sesiones está supeditado al criterio facultativo y a la situación del paciente. 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.

2.8. Salud bucodental.

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

2.8.2 La Cartera de Servicios del concierto en salud bucodental incluye el tratamiento de las afecciones estomatológicas en general, 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, y en las piezas permanentes: selladores oclusales, obturaciones, empastes o reconstrucciones, tratamientos pulpares (endodoncias), tartrectomías y tratamientos de incisivos y caninos en caso de enfermedad, malformaciones o traumatismos. 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 beneficiarias embarazadas se les realizará un seguimiento preventivo de la cavidad oral con aplicación de flúor tópico de acuerdo con las necesidades individuales.

Serán también a cargo de la entidad los gastos de hospitalización, de quirófano y anestesia 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.

Asimismo, serán a cargo de la entidad los gastos de ortodoncia en menores por maloclusiones severas tras intervenciones de fisura palatina, labio leporino u otra malformación esquelética facial para niños entre 6 y 15 años.

2.8.3 Se incluyen a cargo de la entidad los implantes dentales para pacientes con malformaciones congénitas que cursan con anodoncia y para pacientes con procesos oncológicos que afectan a la cavidad oral que impliquen la pérdida de dientes relacionada directamente con la patología o su tratamiento. En ambos supuestos se precisa prescripción previa de facultativo especialista de la entidad, para su autorización por esta.

2.8.4 Cuando mediara accidente en acto de servicio o enfermedad profesional 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, para su autorización por esta.

2.8.5 Quedan excluidos, con las salvedades previstas en las cláusulas anteriores, los empastes, la endodoncia, la periodoncia, las prótesis dentarias, los implantes osteointegrados, la ortodoncia, tanto en lo referente a su coste como a su colocación, así como los tratamientos con finalidad exclusivamente estética y la realización de pruebas complementarias para la valoración y seguimiento de tratamientos excluidos de la Cartera de Servicios.

2.9 Prestación farmacéutica y con productos dietéticos. Otros productos sanitarios.

2.9.1 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 el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por Real Decreto

Legislativo 1/2015, de 24 de julio de 2015, (en adelante, Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios), y demás disposiciones aplicables.

En el caso del acceso a medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas, y dado su carácter excepcional, se estará a lo dispuesto en el Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales.

Quedan expresamente excluidos del objeto del presente concierto los medicamentos dispensados en tratamiento ambulatorio a los mutualistas por los servicios de farmacia de los centros hospitalarios a cargo de MUFACE, sin perjuicio de lo establecido en la cláusula 2.9.3.

La prestación con productos dietéticos comprende los tratamientos dietoterápicos para 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.

2.9.2 En el caso de pacientes tratados en el ámbito no hospitalario, la Cartera de Servicios a facilitar por la entidad comprende la indicación y prescripción de los medicamentos y productos incluidos en la prestación farmacéutica y con productos dietéticos del SNS.

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

La entidad adoptará todas las medidas necesarias para impulsar, y hacer efectiva la implantación de la Receta Electrónica en el ámbito del concierto. Transitoriamente, para las prescripciones manuales en formato papel, exigirá a sus facultativos que en la cumplimentación de dichas recetas, mediante un sello que permita su legibilidad, figuren sus datos mínimos obligatorios: nombre y dos apellidos, número de colegiado y provincia donde ejerza.

2.9.3 En el caso de pacientes tratados en el ámbito hospitalario, la Cartera de Servicios a facilitar por la entidad comprende la indicación, prescripción y dispensación a su cargo 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), con las siguientes especificaciones:

a) Tratamientos ambulatorios en el ámbito hospitalario que serán a cargo de la entidad y suministrados por los medios de la entidad en los siguientes supuestos:

1. 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 de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, cualesquiera que sean sus indicaciones y/o condiciones de utilización. En los casos de tratamientos con Hormona de Crecimiento, se garantizará el suministro hasta la obtención de una nueva Resolución por parte del Comité Asesor de la Hormona de Crecimiento y Sustancias Relacionadas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, siempre y cuando la renovación del tratamiento se haya solicitado por el mutualista antes de la fecha de caducidad de la resolución vigente en ese momento.

2. 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.

3. Los medicamentos, productos farmacéuticos y otros productos sanitarios financiados en el SNS, tengan o no cupón precinto, que según lo establecido en su ficha técnica requieran para su administración la participación de facultativos especialistas, sin perjuicio de su dispensación a través de oficina de farmacia.

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

5. Las vacunas cuya dispensación en el ámbito del Sistema Nacional de Salud deba realizarse exclusivamente por los Servicios Farmacéuticos o Centros Sanitarios autorizados y que estén desprovistas de cupón precinto por Resolución de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia, en los grupos de riesgo para los que quede restringida su prescripción y uso.

6. Los colirios de suero autólogo, cuando hayan sido debidamente indicados por el especialista correspondiente de la entidad.

b) Tratamientos ambulatorios en el ámbito hospitalario que serán dispensados a los mutualistas por los servicios de farmacia de los centros hospitalarios concertados y facturados a MUFACE, en los siguientes supuestos:

1. Los medicamentos que, sin tener la calificación de uso hospitalario, tienen establecidas reservas singulares en el ámbito del Sistema Nacional de Salud consistentes en limitar su dispensación a los pacientes no hospitalizados en los servicios de farmacia de los hospitales, por lo que no están dotados de cupón-precinto, y que para su administración no requieren la participación de facultativos especialistas.

Estos medicamentos se facturarán para su abono por MUFACE en las condiciones establecidas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, al precio de venta del laboratorio (PVL), que tiene carácter máximo, más impuestos, de financiación para el Sistema Nacional de Salud.

2. Los medicamentos de Diagnóstico Hospitalario cuya dispensación autorice MUFACE para tratamientos de determinados pacientes, ante la existencia de dificultades para su dispensación a través de oficinas de farmacia.

Para su facturación, MUFACE los abonará al precio de venta al público (PVP) de financiación para el SNS.

3. Los medicamentos a cargo de MUFACE que estén sometidos a fijación de «techo máximo de gasto» por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se facturarán en el plazo de un mes desde la fecha de su dispensación.

MUFACE remitirá a la entidad la información pertinente y actualizada sobre estos medicamentos para que la trasladen a los centros propios o concertados.

En aquellos casos en los que, previa comunicación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, de acuerdo con lo establecido en los artículos 92 y 94 del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional del medicamento y productos sanitarios, se alcance el techo máximo de gasto para los medicamentos a cargo de MUFACE, la Mutualidad informará a las entidades de la fecha desde la que no se hará cargo de su abono, para que éstas a su vez lo comuniquen a los hospitales que dispensen estos medicamentos. En todo caso, la entidad deberá asegurar la continuidad necesaria en los tratamientos instaurados a los beneficiarios y previamente autorizados por MUFACE sin suponer coste alguno para ésta.

4. En el caso de los medicamentos a cargo de MUFACE que en la autorización de financiación por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, de conformidad con la normativa citada en el párrafo anterior, estén sometidos a acuerdos de financiación específicos, la mutualidad no podrá superar los límites que correspondan.

En estos casos, la entidad deberá asegurar, en todo momento, la continuidad necesaria en los tratamientos instaurados a los beneficiarios y previamente autorizados por MUFACE sin suponer coste alguno para ésta.

2.9.4 Serán a cargo de la entidad y suministrados por sus medios a los beneficiarios los productos sanitarios que se relacionan a continuación:

a) Los sistemas de administración de nutrición enteral domiciliaria, cánulas de traqueotomía y laringuectomía así como sus accesorios 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) que hayan sido prescritos por un especialista de la entidad, incluidos los sistemas de liberación intrauterinos (DIUs hormonales) y los pesarios.

c) 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.

d) Las bombas de infusión local para la administración parenteral de insulina y otros fármacos.

e) El material fungible, ya sea para la administración parenteral de insulina, u otros fármacos antidiabéticos u otros fármacos.

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 beneficiario podrá adquirir directamente el producto y solicitar el reintegro a la entidad.

2.10 Transporte para la asistencia sanitaria. El transporte para la asistencia sanitaria contemplada en este concierto incluye las siguientes modalidades:

- a) Transporte sanitario urgente.
- b) Transporte sanitario no urgente.
- c) Transporte en medios ordinarios.

2.10.1 Transporte sanitario urgente. Se considera transporte sanitario el transporte terrestre, aéreo o marítimo, asistido o no asistido, según lo requiera la situación clínica del paciente, en los casos en que sea preciso para su adecuado traslado al centro sanitario que pueda atender de forma óptima la situación de urgencia.

2.10.2 Transporte sanitario no urgente. Se considera transporte sanitario no urgente aquel que consiste en el desplazamiento de enfermos o accidentados que no se encuentran en situación de urgencia o emergencia, y que por causas exclusivamente clínicas están incapacitados para desplazarse en los medios ordinarios de transporte a un centro sanitario para recibir asistencia sanitaria o a su domicilio tras recibir la atención sanitaria correspondiente, y que pueden precisar o no atención sanitaria durante el trayecto. El transporte sanitario no urgente debe ser accesible a las personas con discapacidad.

La cartera de servicios de transporte sanitario no urgente incluye el transporte sanitario asistido, que es el indicado para el traslado de enfermos o accidentados que requieren asistencia técnico-sanitaria en ruta, y el transporte sanitario no asistido, que es el indicado para el traslado especial de enfermos o accidentados que no requieren asistencia técnico-sanitaria en ruta.

A) Tipos de traslados. El transporte sanitario no urgente, según el origen y destino del traslado del paciente, así como por el carácter de periodicidad, comprende los siguientes tipos de traslados:

1. Traslado desde un centro sanitario al domicilio, si fuera necesario, tras el alta hospitalaria o tras atención en un servicio de urgencias.
2. Traslado puntual del paciente desde el domicilio a consultas, centros sanitarios y/o traslado desde centro sanitario al domicilio.
3. Traslados periódicos del paciente desde el domicilio a centros sanitarios y/o traslado desde centro sanitario al domicilio.
4. Traslado del paciente desplazado transitoriamente a un municipio distinto al de su residencia habitual que hubiera recibido asistencia urgente, con o sin ingreso hospitalario,

y se decida su traslado al municipio de residencia habitual, bien al domicilio o a otro centro sanitario.

Se entiende por domicilio del paciente el lugar de residencia habitual o temporal, de conformidad con lo dispuesto en la cláusula 1.2.3.

B) Criterios clínicos de indicación de transporte sanitario no urgente. La necesidad de transporte sanitario se justificará mediante la prescripción escrita del correspondiente facultativo que valorará tanto el estado de salud como el grado de autonomía del paciente para poder desplazarse en medios de transporte ordinarios.

La prescripción del transporte se considerará justificada siempre que el paciente cumpla al menos uno de los dos criterios siguientes:

1. Limitación para el desplazamiento autónomo y que requiere el apoyo de terceras personas.
2. Situación clínica del paciente que le impida el uso de medios de transporte ordinario.

Cuando la incapacidad física u otras causas médicas desaparezcan como criterios de indicación de transporte sanitario y los pacientes puedan utilizar los medios de transporte ordinario, conforme al criterio del facultativo manifestado por escrito, el transporte sanitario se suspenderá, independientemente de la duración o tipo de asistencia que se esté llevando a cabo.

C) Compensación de gastos. Cuando el paciente hubiera debido realizar los traslados en taxi o vehículo particular, al no haberse facilitado transporte sanitario por la entidad pese a haberse solicitado previamente por el interesado, y se cumplan los criterios previstos en la letra B) de esta cláusula, se atenderá el pago de los gastos generados por los desplazamientos en taxi o, de haberse utilizado un vehículo particular, el pago de una ayuda compensatoria por importe de 15 euros por trayecto, más 0,25 euros por kilómetro adicional en desplazamientos interurbanos superiores a 25 kilómetros.

2.10.3 Transporte en medios ordinarios.

A) Tipos de transporte ordinario. Se considera transporte en medios ordinarios, 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 en las ciudades de Ceuta o Melilla, en barco o en avión.

B) Criterios de cobertura. Se tendrá derecho a este tipo de transporte en los siguientes supuestos:

1. Cuando no existan los medios exigidos, de forma que el beneficiario venga obligado a desplazarse desde la localidad en que resida, con carácter temporal o permanente, a la localidad más próxima donde aquellos estén disponibles o a la localidad a la que la entidad haya derivado al beneficiario, previo consentimiento de este.

2. A servicios de Nivel IV y a Servicios de Referencia ubicados en provincia o isla distinta a la de residencia.

3. 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 o enfermedad profesional.

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

D) Transporte del acompañante. Tendrán derecho a los gastos de transporte de acompañante los desplazamientos efectuados, conforme a los párrafos anteriores, por pacientes:

1. Menores de quince años, y en el caso de las ciudades de Ceuta y Melilla y provincias insulares los menores de dieciocho años.
2. Aquellos que acrediten un grado de discapacidad igual o superior al 65%.
3. Residentes en las ciudades de Ceuta y Melilla y las provincias insulares cuando así lo prescriba su médico responsable, en cuyo caso deberán aportar prescripción escrita del facultativo.

2.11 Otras prestaciones.

2.11.1 Podología. Comprende la atención podológica para pacientes con pie diabético 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.

2.11.2 Terapias Respiratorias domiciliarias. Comprende la cobertura de cualquiera de las técnicas oxigenoterapia crónica a domicilio, oxigenoterapia en modalidad ambulatoria y ventilación mecánica a domicilio utilizadas en el SNS, cuando las circunstancias del paciente así lo requieran, incluyendo, entre otros, los concentradores de oxígeno fijos y portátiles, los cilindros de oxígeno comprimidos y el uso de mochilas o dispositivos portátiles de oxígeno líquido.

También se incluye el tratamiento del síndrome de apnea-hipopnea del sueño mediante CPAP, autoCPAP y servoventilador, así como los equipos de monitorización nocturna para su diagnóstico (monitor de apnea, poligrafía cardiorrespiratoria, etc.)

Igualmente se encuentran incluidas en las terapias respiratorias domiciliarias la aerosolterapia con nebulizadores y los equipos de apoyo, como son la pulsioximetría, los asistentes de la tos y los aspiradores de secreciones.

2.11.3 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. También se incluyen la renovación de cualquiera de sus accesorios, incluidos los externos y los materiales utilizados para realizar técnicas de osteosíntesis.

Asimismo se incluyen los estudios de monitorización de acuerdo con lo establecido en la Orden SSI/1356/2015, de 2 de julio, por la que se modifican los anexos II, III y IV del Real Decreto 1030/2006, de 15 septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Quedan excluidos los implantes osteointegrados para prótesis dentarias, excepto cuando los mismos deriven de accidente en acto de servicio o enfermedad profesional y en los supuestos regulados en la cláusula 2.8.3.

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.

2.12 Actualización de la Cartera de Servicios del concierto.

2.12.1 La Cartera de Servicios que se determina en este Capítulo, se actualizará de forma automática por actualización de la Cartera Común de Servicios del SNS.

2.12.2 La incorporación de nuevos servicios, técnicas o procedimientos a la Cartera de Servicios o la exclusión de los ya existentes que no se correspondan con la Cartera Común de Servicios del SNS, y que tengan un carácter relevante, se efectuará por Resolución de la Dirección General de la Mutualidad, previa audiencia de las entidades firmantes del concierto, y se procederá, en su caso, conforme con las disposiciones sobre modificación de contratos establecidas en la normativa vigente sobre contratación del sector público.

Lo dispuesto en el párrafo anterior 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 que por las evidencias científicas y/o las repercusiones bioéticas y sociales, la Dirección General de MUFACE considere oportuno limitar su incorporación a la Cartera de Servicios para indicaciones concretas, elaborando el correspondiente protocolo.

CAPÍTULO 3

Medios de la entidad

3.1. Normas generales.

3.1.1 A los efectos de la aplicación de este concierto, se considera que los medios de la entidad son los servicios, propios o concertados, asignados para la asistencia sanitaria de los beneficiarios de la misma. 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, así como los centros y servicios privados no concertados, conforme a lo previsto en el Anexo 3 (punto 3.6.3), que quedan asimilados a los medios de la entidad.

c) El Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias de la entidad accesible a través de 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, y en los supuestos previstos en los puntos 2.4 y 2.5 del Anexo 3, quedan asimilados a los medios de la entidad.

3.1.2 La entidad podrá coordinar sus dispositivos de emergencias sanitarias con otros centros coordinadores de urgencias y emergencias, incluidos aquellos dependientes de otras administraciones sanitarias.

3.1.3 La entidad deberá habilitar los medios necesarios (correo postal o electrónico, teléfono, fax, página web, etc.) para que el beneficiario pueda realizar las comunicaciones previstas en el capítulo 5 y solicitar las autorizaciones del anexo 5, durante las 24 horas del día, todos los días del año, y que permitan dejar constancia de dichas comunicaciones.

3.1.4 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.

3.1.5 La entidad garantizará que todos los medios que haga constar en su Catálogo de Proveedores dispongan 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.

3.1.6 La entidad facilitará el acceso a los centros y servicios que consten en su Catálogo de Proveedores, a fin de que MUFACE pueda comprobar la adecuación de estos medios respecto a la oferta de servicios realizada.

3.1.7 La entidad, sobre la base de los informes médicos u otros documentos que previamente le sean remitidos por MUFACE, deberá emitir un informe detallado de los medios de los que dispone para prestar una asistencia concreta a un beneficiario.

3.1.8 La entidad, en la concertación con los medios, promoverá acciones encaminadas a evitar actuaciones de aquellos que supongan diferencia de trato a los beneficiarios del concierto, en relación con el resto de usuarios, especialmente respecto al acceso a la asistencia o al contenido de la misma.

3.1.9 La entidad no realizará acciones encaminadas a promover el cambio de adscripción a entidad distinta del mutualista por causas debidas a su patología.

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, determinados por el tamaño de población (de acuerdo con las últimas cifras oficiales publicadas por el Instituto Nacional de Estadística) y por el colectivo protegido residente, entre otros criterios.

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, cuyo marco geográfico y poblacional es el municipio.
- b) El nivel de Atención Especializada será accesible en los municipios o agrupaciones con población a partir de 20.000 habitantes.

El marco geográfico y poblacional de los niveles I y II es el municipio o agrupación de municipios, el del Nivel III es la provincia o agrupaciones de municipios y el del Nivel IV es la Comunidad Autónoma.

- 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.

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 el municipio más próximo donde estén disponibles.

Si los medios exigidos en cada nivel asistencial no estuvieran disponibles, la entidad se obliga a facilitar el acceso de los beneficiarios a otros servicios privados que existan en el mismo municipio o, de no existir éstos, 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 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 se hayan hecho constar en la base de datos aportada para la suscripción de este concierto, con el formato y en los términos que se recogen en el punto 5 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.

3.3.4 Cuando un beneficiario sea atendido por un profesional que forme parte del equipo de un facultativo o servicio concertado incluidos en el Catálogo se entenderá que forma parte de los medios de la entidad y deberá ser incluido con la mayor brevedad posible en la tabla de profesionales sanitarios prevista en el Anexo 6 y en la página web de la entidad.

3.3.5 El Catálogo será específico para MUFACE y único para toda la vigencia del concierto, 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.

3.3.6 La entidad editará el Catálogo en soporte electrónico, de acuerdo con las instrucciones que se detallan en el Anexo 4, que tendrá, un formato común de obligado cumplimiento, al objeto de que su tratamiento sea homogéneo entre las distintas entidades concertadas.

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 diez días naturales 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 formato y número de ejemplares que se le haya requerido.

3.4 Responsabilidad de edición y entrega del Catálogo de Proveedores e información en la página web de la entidad.

3.4.1 Antes del 20 de diciembre del año anterior al de inicio de la 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, a partir del 1 de enero de 2018, facilitará a los beneficiarios que tenga adscritos y lo soliciten el Catálogo de Proveedores de la correspondiente provincia en formato electrónico o, a elección del beneficiario, en edición de papel, mediante su envío a la dirección electrónica o, en su caso, postal que indique el interesado o poniéndolo a su disposición en los locales y delegaciones de la entidad. La entrega deberá efectuarse en un plazo no superior a siete días naturales desde la solicitud.

3.4.2 La entidad en su página web debe disponer de una sección específica que informe a los beneficiarios de MUFACE sobre el contenido de los catálogos correspondientes a todas las provincias, incluido el número de teléfono del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias de la entidad, 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, según lo establecido en la cláusula 3.5.1, 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 beneficiarios de los servicios que presten los centros y facultativos incluidos en el último Catálogo vigente o en su página web.

3.4.4 Antes del 20 de diciembre de 2017, cuando por el cambio de concierto se produzcan bajas de centros o servicios hospitalarios en los Catálogos, la entidad deberá entregar en los Servicios Centrales y en cada Servicio Provincial afectado un documento

donde se haga constar el detalle a nivel provincial de los centros y servicios hospitalarios que han dejado de estar concertados.

En el caso de que la entidad no procediera a hacer la referida entrega o haciéndola no incluyera a un determinado centro o servicio, se entenderá que el mismo continúa concertado.

3.5. Oferta de medios.

3.5.1 El Catálogo de Proveedores de la entidad se mantendrá estable a lo largo de la vigencia del concierto. La oferta de medios de la entidad únicamente podrá ser alterada por las altas que se produzcan y aquellas bajas debidamente acreditadas y autorizadas por 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.

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

La entidad está obligada a sustituir en el menor plazo posible al profesional o centro, debiendo comunicar a los Servicios Centrales de MUFACE el profesional o centro que haya de sustituir a la baja producida.

3.5.2 MUFACE podrá autorizar la baja de algún medio por otras causas, debidamente acreditadas por la entidad que justifiquen la misma, y siempre que el medio sea sustituido. Si la baja afecta a centros o servicios, MUFACE podrá solicitar a la entidad la remisión de la relación de beneficiarios que estén siendo atendidos en dichos centros o servicios.

En el supuesto de que la entidad solicite autorización para dar de baja algún medio y MUFACE, una vez analizado el supuesto, no la aprecie como justificada, lo comunicará a la entidad e implicará que el 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 beneficiarios por cuenta de la entidad.

3.5.3 En cualquiera de los supuestos previstos en las cláusulas anteriores, la entidad deberá editar una adenda al Catálogo de Proveedores que incorpore las modificaciones producidas, la cual será publicada en la web de la entidad así como, en su caso, en otros medios de comunicación.

3.5.4 La falta de disponibilidad de medios por parte de la entidad dará lugar a la aplicación de las deducciones fijadas en el Anexo 8 conforme a los términos establecidos en el mismo.

3.6 Principio de continuidad asistencial.

3.6.1 Independientemente de lo previsto en la cláusula 3.5.4, 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 un año siempre que la entidad disponga de una alternativa asistencial válida para tratar ese proceso patológico.

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 anterior en un

plazo no superior a siete días naturales, a contar desde la fecha de la baja del centro o servicio.

3.6.4 Cuando por el cambio de concierto se produzcan bajas de centros o servicios hospitalarios en las especialidades de Oncología y Psiquiatría, así como de los servicios de diálisis, con respecto al Catálogo de Proveedores de 2017, el período máximo previsto en la cláusula 3.6.2 será de 24 meses, en idénticas condiciones que la misma prevé, así como las establecidas sobre el deber de información en la cláusula 3.6.3.

3.6.5 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 3.6.

CAPÍTULO 4

Normas de utilización de los medios de la entidad

4.1. Norma general. Los 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 beneficiario deberá acreditar su derecho a la asistencia sanitaria mediante la presentación de la tarjeta sanitaria individual que le facilitará la entidad de acuerdo con lo previsto en la cláusula 1.5, o en su caso, el documento acreditativo de su condición de beneficiario de MUFACE.

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

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 naturales siguientes, la entidad 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 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 acudir a las consultas de las especialidades que deben estar disponibles desde el 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.

Asimismo, será necesario obtener autorización previa de la entidad para el acceso a las consultas de especialidades previstas en el punto 3.6.3 del Anexo 3, conforme lo dispuesto en el anexo 5.

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 y emergenci

4.6.1 Cuando el beneficiario precise atención de urgencia o de emergencia sanitaria deberá solicitarla marcando el teléfono 900.../800... 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 y Emergencias 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 Igualmente, en el teléfono de atención de urgencia y emergencia o en el de información de la entidad, el beneficiario podrá recabar información sobre los medios de atención de urgencias hospitalarias, 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.

4.6.3 La asistencia urgente también podrá requerirse en los Servicios de Urgencia de Atención Primaria y Especializada de la entidad, o bien directamente a los facultativos de medicina general, pediatría y enfermería de la entidad en sus horarios de consulta.

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 beneficiarios que precisen asistencia en régimen de hospitalización 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 un beneficiario se encuentre ingresado en un centro hospitalario ajeno a la entidad por una situación de urgencia, puede solicitar su ingreso en un centro concertado de la entidad para la continuidad de la asistencia sin que sea necesaria la prescripción de un médico de la entidad, para ello además de la solicitud deberá aportar 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 razones de tipo social puedan ser motivo para prolongar la estancia.

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 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) Serán por cuenta de la entidad 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.

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 ni al 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.

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 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.

El ingreso deberá realizarse en centros concertados por la entidad, sin perjuicio de lo establecido en la cláusula 3.2.4 y en el punto 3.6.3 del Anexo 3.

No obstante lo dispuesto en el párrafo anterior, si el ingreso se hubiera producido, con anterioridad a 1 de enero de 2015, en un centro no concertado por causas clínicas justificadas sin autorización previa de la entidad, la misma abonará al interesado los gastos de hospitalización hasta el alta hospitalaria, con el límite de 87 euros por día. El reintegro deberá efectuarse dentro de los 10 días naturales siguientes a la fecha en que se presenten los justificantes de dichos gastos ante la entidad.

4.8 Requisitos adicionales para la utilización de medio

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 profesionales sanitarios que prescriban o realicen las pruebas diagnósticas o tratamientos que precisen autorización, deberá informar de la existencia de este requisito al beneficiario.

4.8.2 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. Excepcionalmente podrá solicitarse del facultativo un informe complementario motivado de indicación de la prestación solicitada.

4.8.3 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.

4.8.4 No podrán efectuarse con cargo al beneficiario las pruebas no autorizadas si no se le ha informado antes de la necesidad de tal autorización previa. Tampoco serán a cargo del 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.

4.8.5 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 para su obtención.

4.9 Hospitales privados no concertados. El acceso a los servicios en centros privados no concertados, según lo previsto en el punto 3.6.3 del Anexo 3, requerirá autorización previa de la entidad conforme a lo establecido en el punto 1.7 del Anexo 5.

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 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 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 beneficiario podrá acudir a los facultativos o centros privados que existan en el nivel correspondiente, o de no existir éstos, a los correspondientes servicios públicos, de conformidad con lo estipulado en la cláusula 3.2.4.

c) Cuando el 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 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 el beneficiario esté ingresado en un centro no concertado a causa de una situación médica que requiera una atención inmediata de urgencia, y éste (o los familiares o terceros responsables) lo comunique a la entidad dentro de las 48 horas posteriores al ingreso y no le ofrezca una solución asistencial válida antes de que concluyan las 48 horas siguientes a la comunicación, bien comprometiéndose a asumir los gastos que se ocasionen, bien gestionando su traslado a un centro de la entidad, propio o concertado, siempre que el traslado sea médicamente posible.

La solicitud a la entidad se realizará por un medio que permita dejar constancia de la misma (preferiblemente a través de su Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias) e incluirá 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), si la entidad ha ofrecido una solución asistencial válida en el plazo establecido el beneficiario deberá hacerse cargo de los gastos ocasionados por la asistencia hasta su traslado al centro propio o concertado.

b) Cuando la entidad ofrezca medios propios o concertados, la oferta debe ser gestionada por la entidad, especificando además 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 el beneficiario haya acudido a medios no concertados a consecuencia de una denegación de asistencia ocasionada porque la entidad no ha ofrecido una alternativa asistencial válida en los plazos establecidos en la cláusula 5.2.1, o porque haya autorizado la remisión a un facultativo o centro no concertado, la entidad debe asumir, sin exclusiones, los gastos ocasionados por el proceso asistencial hasta el alta del mismo. No obstante, transcurrido un año desde la denegación de asistencia o desde la fecha de la última autorización, el 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, conforme a las especificaciones que se establecen en el punto b) anterior.

d) Cuando la entidad reciba del 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 beneficiario hubiera abonado los gastos directamente al proveedor sanitario, la entidad deberá efectuar el reintegro dentro de los diez días naturales 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 el interesado, en su caso, 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 presumible 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 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. 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 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 públicos sea realizada por los cuerpos de seguridad del Estado u otras estructuras de emergencias no sanitarias (bomberos, etc.).

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

d) Cuando el 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, o cuando aquél resida en domicilio particular, y estos equipos sean activados por un Servicio de teleasistencia de financiación pública, en ambos casos siempre y cuando aquél o su familia hayan comunicado al centro o servicio su adscripción 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 de la actividad 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 (incluyendo los posibles traslados a otros centros no concertados por causas asistenciales), 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 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.

5.3.6 Cuando la entidad reciba la comunicación de la asistencia de un beneficiario en medios no concertados 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 sanitario 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 beneficiario hubiera abonado los gastos, la entidad deberá efectuar el reintegro dentro de los diez días naturales 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, en un plazo máximo de siete días naturales, informe argumentando y fundamentando tal circunstancia y dará traslado del mismo al beneficiario y al Servicio Provincial de MUFACE.

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 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, Servicios Sociales e Igualdad en el contexto de desarrollo del Sistema de Información del SNS o por cualquier otro organismo competente en cumplimiento de la normativa vigente.

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 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 sobre actividad.

A) Información sobre actividad/coste. La entidad dispondrá de un sistema de información que permita conocer el número, tipo y coste de los servicios proporcionados a los beneficiarios de MUFACE con medios propios o concertados, 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.

B) Información sobre asistencia sanitaria transfronteriz. La entidad dispondrá de un sistema de información que permita conocer el número de pacientes autorizados, el tipo de prestaciones solicitadas y el importe de los reembolsos de gastos concedidos por la asistencia sanitaria transfronteriza.

Esos datos deberán remitirse a MUFACE con las características y periodicidad establecidas en el Anexo 6.

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, Servicios Sociales 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 mismo.

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 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada. Asimismo 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 SNS, y cuyo contenido se recoge en el Anexo 6.

La entidad facilitará a MUFACE el CMBD de los 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 periodo 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 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 la Orden HAP/2478/2013, de 20 de diciembre, por la que se regulan los ficheros de datos de carácter personal existentes en el departamento y en determinados organismos públicos adscritos al mismo.

En las autorizaciones de ingreso en centro hospitalario o de cirugía mayor ambulatoria que emita, la entidad informará a los 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. La entidad remitirá a MUFACE en formato electrónico la información actualizada de los medios propios y concertados que haya ofertado para la suscripción del concierto. 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.

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) Cumplimentar en los modelos oficiales el parte médico para situaciones de incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural, así como los informes médicos adicionales de ratificación y el parte de 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 9.^a revisión, modificación clínica (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 para la evaluación, calificación, declaración o revisión de incapacidad permanente de mutualistas, en orden al reconocimiento de la jubilación de mutualistas por incapacidad permanente para el servicio o de la pensión por incapacidad permanente.

d) Editar y emitir las órdenes de dispensación hospitalaria, con arreglo a las especificaciones y criterios establecidos por la normativa vigente, garantizando que para la prescripción, tanto en las órdenes de dispensación como en las recetas médicas, disponen de sellos identificativos que permitan su legibilidad.

e) Emitir los informes médicos exigidos por MUFACE a sus mutualistas o beneficiarios para cualquiera de las prestaciones gestionadas por la Mutualidad.

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.

Para facilitar el cumplimiento de estas obligaciones y su adecuación a los procedimientos de la Mutuality, la entidad distribuirá entre los profesionales y centros sanitarios las instrucciones y documentación que, a tal efecto, sean facilitadas por MUFACE.

6.2 Receta Electrónica e Historia Clínica Digital.

6.2.1 La entidad promoverá el uso e implantación de la Receta Electrónica, que deberá ser interoperable 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.

6.2.2 Adicionalmente, en función del desarrollo de la Receta Electrónica, aquella información del Historial Farmacoterapéutico a la que pueda tener acceso el paciente se pondrá a su disposición a través de internet mediante la plataforma tecnológica de Sede Electrónica de MUFACE.

6.2.3 Mediante Resolución de la Dirección General de MUFACE se fijarán los objetivos sobre las etapas a cubrir en este proyecto, cuyo cumplimiento conllevará la percepción del incentivo económico al que se refiere la cláusula 6.3.4.

6.2.4 Se creará un grupo de trabajo de Receta Electrónica para coordinar con las entidades concertadas el desarrollo de este proyecto.

6.2.5 La documentación clínica del paciente y su Historial Farmacoterapéutico serán incluidos en la Historia Clínica Digital de MUFACE, interoperable con el resto del SNS.

6.3 Calidad de la asistencia sanitaria.

6.3.1 MUFACE, como parte integrante del SNS en su condición de 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 Evaluación de los planes de adaptación a las Estrategias del Sistema Nacional de Salud. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales 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.

Durante la vigencia de anteriores conciertos las entidades firmantes elaboraron los planes de adaptación relativos a las estrategias en Cáncer, Cuidados Paliativos, Ictus y Cardiopatía Isquémica, y desde el año 2012 MUFACE está evaluando el desarrollo de estos planes.

A tal fin, para cada plan se han seleccionado una serie de indicadores y establecido una metodología de evaluación, vinculando sus resultados a la asignación de un incentivo económico de calidad.

Con la misma metodología, durante la vigencia del presente concierto, MUFACE analizará el desarrollo alcanzado por los planes en Cáncer, Cuidados Paliativos, Ictus y Cardiopatía Isquémica.

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

En el caso de que la entidad no hubiera suscrito el concierto anterior, deberá elaborar los planes en Cáncer, Cuidados Paliativos, Ictus y Cardiopatía Isquémica, de acuerdo con el Documento Marco que le será proporcionado por MUFACE a la firma de este concierto. La fecha límite de entrega a la Mutualidad de los referidos planes será el 5 de marzo de 2018.

6.3.3 Elaboración de protocolos de atención clínica.

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 podrá impulsar, 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 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, y se consideren de interés prioritario.

c) Durante la vigencia de anteriores conciertos las entidades concertadas elaboraron un Protocolo de Atención a la Urgencia. MUFACE desde el concierto de 2015 está evaluando el desarrollo y cumplimiento de este protocolo, estableciéndose unos objetivos que se vinculan a incentivos económicos, según los criterios definidos en el anexo 8.

En el caso de que la entidad no hubiera suscrito el concierto anterior, deberá elaborar su Protocolo de Atención a la Urgencia, de acuerdo al Documento Marco que le será proporcionado por MUFACE a la firma de este concierto. La fecha límite de entrega a la Mutualidad será el 3 de marzo de 2018.

6.3.4 Receta electrónica. Con el fin de promover el uso racional de los medicamentos dentro del colectivo mutualista, y teniendo en cuenta las nuevas tecnologías, la receta electrónica constituye una herramienta que aporta calidad a la prestación farmacéutica al poder realizar un mejor seguimiento farmacoterapéutico por parte del facultativo, ahorrar tiempo y desplazamientos a los usuarios y conseguir una mayor seguridad en el consumo de medicamentos al evitar posibles errores.

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

6.3.5 Evaluación de la calidad de la gestión de la entidad.

a) Es un objetivo estratégico para MUFACE mejorar el servicio a su colectivo protegido y alcanzar un alto grado de satisfacción del mismo. La prestación de asistencia sanitaria supone el eje principal de actuación de la Mutualidad, siendo este concierto instrumento esencial para hacerla efectiva. Uno de los elementos para valorar la calidad del servicio es el grado de satisfacción del usuario; un indicador de medida de ese grado es la permanencia con la misma entidad de adscripción.

b) Por otra parte, la entidad puede ofertar al colectivo protegido servicios adicionales relacionados con la prestación de asistencia sanitaria. Siendo por tanto una mejora del objeto del concierto.

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

MUFACE promoverá un proyecto para la agilización de la tramitación de las reclamaciones derivadas de este concierto, con el objetivo de reducir paulatinamente los

tiempos de resolución de aquellas, tanto a nivel de Comisiones Mixtas Provinciales como de la Comisión Mixta Nacional. La entidad colaborará activamente con la Mutuality para conseguir este objetivo.

6.3.6 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 el artículo 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), en el artículo 16 (que establece el contenido de la asistencia sanitaria que MUFACE debe prestar a sus beneficiarios protegidos) y en el artículo 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) El Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley 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 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 Hacienda y Función 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, los incentivos a la calidad y las deducciones por fallos de disponibilidad, según lo previsto en las cláusulas 7.8, 8.3.2 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 beneficiarios con los facultativos de la entidad por causa que afecte o se refiera al ámbito propio del ejercicio profesional de dichos facultativos.
- b) Las relaciones de los beneficiarios con los centros de la entidad propios o concertados, por causa de la actividad asistencial de dichos medios o del funcionamiento de sus instalaciones o por motivo que afecte o se refiera al ámbito propio del ejercicio profesional de los facultativos que, bajo cualquier título, desarrollen actividad en dichos centros.

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 Comisiones Mixtas Provinciales y una Comisión Mixta Nacional, todas ellas con composición paritaria.

7.3.2 Composición:

a) 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.

b) La Comisión Mixta Nacional estará compuesta por los representantes de MUFACE y los de la entidad, designados por las partes a tal fin, que contarán 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 Funciones:

a) La Comisión Mixta Nacional y las Comisiones Mixtas Provinciales tienen por cometido en su respectivo ámbito territorial:

1. El seguimiento, análisis y evaluación del cumplimiento del concierto.
2. El conocimiento de las reclamaciones que pudieran formularse por los titulares o, en su caso, de oficio por MUFACE, con arreglo a lo previsto en el presente concierto.

b) Además, corresponde a la Comisión Mixta Nacional:

1. El análisis de las iniciativas de MUFACE sobre las compensaciones económicas por incumplimientos parciales del concierto, en los términos estipulados en la cláusula 7.8 y en el Anexo 7, las deducciones por fallos de disponibilidad y los incentivos a la calidad, de conformidad con lo dispuesto en el Anexo 8.

2. El conocimiento de las reclamaciones sobre asistencia sanitaria transfronteriza que pudieran formularse por los titulares o, en su caso, de oficio por MUFACE, con arreglo a lo previsto en el Anexo 1.

A los efectos de los cometidos recogidos en el punto 2 de la letra a) y en ambos puntos de la letra b) se entiende que con la intervención de la entidad tiene lugar para la misma el

cumplimiento del trámite establecido en el artículo 82 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

7.3.4 Normas de funcionamiento. El funcionamiento de las Comisiones Mixtas Provinciales y Nacional se ajustará a las siguientes normas:

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

b) En caso de que los representantes de la entidad no asistan a la reunión en la fecha señalada en la convocatoria, sin que medie causa debidamente justificada, se entenderá que, por incomparecencia de sus representantes, aquélla acepta los acuerdos que adopte MUFACE en relación con los asuntos incluidos en el orden del día de la reunión.

En caso de que la falta de asistencia de los representantes de la entidad sea por causa debidamente justificada, la reunión se celebrará en el plazo de los dos días hábiles siguientes a la referida fecha.

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 cinco 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.

En lo no previsto, se aplicarán las normas de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, especialmente las disposiciones sobre funcionamiento de los órganos colegiados.

7.4 Procedimiento para sustanciar las reclamaciones.

7.4.1 Los titulares 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 interesado, 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, ante la propia entidad, en la vía jurisdiccional ordinaria que corresponda según la naturaleza de los hechos.

En aquellos supuestos excepcionales en los que el titular no pueda presentar reclamación y se haya producido una facturación a su nombre, o al de alguno de sus beneficiarios, 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 titular, 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, 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, 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. 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 resolución 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 siguiente reunión que se convoque. Una vez estudiado en la Comisión Mixta Nacional, resolverá la Dirección General de MUFACE.

7.4.6 No obstante, también serán resueltas por el Director del Servicio Provincial correspondiente, aunque las posturas de las partes no fueran concordantes, las reclamaciones motivadas en aplicación de la cláusula 5.2.1 b).

7.4.7 Tampoco podrán presentarse reclamaciones en Comisión Mixta Nacional por temas similares que ya hayan sido resueltos previamente, de forma favorable y de acuerdo con la entidad, por la Dirección General de MUFACE, debiendo aplicarse el criterio resultante de la correspondiente Comisión Mixta Nacional en la gestión de las entidades con los beneficiarios. 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, 7.4.6 y 7.4.7 deberán dictarse dentro del plazo máximo de tres meses. Si la resolución correspondiese a la Dirección General de MUFACE, dicho plazo máximo será de seis meses.

Sin perjuicio de estos plazos máximos, se impulsarán las medidas oportunas para la resolución de los expedientes en un periodo de tiempo inferior.

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 Hacienda y Función Pública, de acuerdo con lo previsto en los artículos 112 a 122 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, 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, 7.4.6 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 cinco días hábiles 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, siendo a su cargo en todo caso los posibles recargos o intereses de demora que hubieran podido generarse desde la fecha de la reclamación inicial a la entidad.

c) Cuando la reclamación tenga por objeto el reembolso de los gastos reclamados, la entidad procederá a efectuarlo en el plazo de un mes a partir de la notificación de la resolución, 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 rembolsar 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 se seguirá el siguiente procedimiento:

- a) 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.

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

Si la entidad no lo hace y el interesado se ve obligado al abono de los gastos de dicha asistencia, se procederá a su abono conforme al procedimiento establecido en el punto a) anterior.

- c) Serán a cargo de la entidad los costes de posibles recargos de apremio o intereses de demora generados desde el momento en que la obligación principal le fue reclamada, cuando la causa de demora fuera imputable a la entidad.

7.5.5 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 Procedimiento especial para sustanciar reclamaciones con el mismo objeto.

7.6.1 Cuando por el cambio de concierto se produzcan bajas de centros o servicios hospitalarios y por tal motivo haya una pluralidad de reclamaciones, en aplicación de la cláusula 3.6, el Director General, previa resolución al efecto, podrá acordar la acumulación de todas o parte de aquellas que se refieran al mismo centro o servicio para que sean sustanciadas a través de un procedimiento especial cuya resolución corresponderá al Director del Servicio Provincial donde se ubique aquél, aun cuando la posición de las partes de la correspondiente Comisión Mixta no sea concordante, y cuyo plazo máximo de resolución será de un mes.

7.6.2 Para la ejecución de las resoluciones estimatorias adoptadas a través de este procedimiento especial, podrá aplicarse, si así lo acuerda el Director General, el pago

directo por MUFACE al Centro o servicio, por cuenta de la entidad mediante descuento del importe de las cuotas mensuales a abonar a la misma.

7.6.3. Lo dispuesto en la cláusula anterior podrá ser igualmente aplicado en las reclamaciones cuyo objeto sea la aplicación de la cláusula 8.1.2.

7.7 Descuentos por gastos de farmacia.

7.7.1 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, tanto en formato papel, como, en su caso, electrónico, que deberían haber sido a cargo de la entidad según lo establecido en este concierto, o cuando por otras circunstancias excepcionales y justificadas MUFACE se hubiera visto obligada a asumir gastos de farmacia o de productos sanitarios correspondientes a la entidad, 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 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.

7.7.2 En aquellos supuestos de dispensaciones de medicamentos y productos farmacéuticos que, estando financiados por el Sistema Nacional de Salud, no estén dotados de cupón precinto y estén sometidos a reservas singulares consistentes en limitar su dispensación a los servicios de farmacia de los hospitales, se facturen a MUFACE a un precio superior al indicado en la cláusula 2.9.3.b.1, se supere el techo máximo de gasto o que, estando sometidos a acuerdos de financiación específicos, este haya sido superado, y pudiera existir dificultad para el acceso de los pacientes a estos tratamientos, MUFACE atenderá el pago de las facturas que se emitan por el hospital o centro y, posteriormente, repercutirá las diferencias sobre los límites fijados a la entidad en el pago mensual de las cuotas.

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

7.8.1 El incumplimiento de obligaciones previstas y plazos fijados en las cláusulas 1.5, 1.6, 3.1.8, 3.1.9, 3.4.1, 3.6, 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.

7.8.2 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 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.

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 2018 y se extenderán hasta las veinticuatro horas del día treinta y uno de diciembre del año 2019.

8.1.2 Si la entidad no suscribiera con MUFACE un nuevo concierto para el año 2020, continuará obligada por el contenido del presente concierto hasta el treinta y uno de enero de 2020, para el colectivo que tenga adscrito a treinta y uno de diciembre de 2019. Además, si a 31 de enero de 2020 continuase prestando una asistencia en régimen de hospitalización o una asistencia por maternidad (con fecha prevista de parto para el mes de febrero), la entidad quedará obligada a seguir prestando la asistencia hasta el día en que se produzca el alta hospitalaria o se concluya la asistencia por maternidad, respectivamente. No obstante, si la necesidad de hospitalización se prolongara, la entidad sólo asumirá su cobertura hasta finalizar el mes de marzo de 2020, fecha a partir de la cual deberá asumirla la nueva entidad de adscripción.

La entidad tendrá derecho a percibir, por el mes de enero de 2020, la prima fija por persona/mes que se establezca para las entidades que ese año estén concertadas con MUFACE, por el colectivo que tuviera adscrito a treinta y uno de diciembre de 2019. No obstante, del importe a abonar por dicho mes, MUFACE retendrá un diez por ciento hasta el treinta y uno de enero del año 2021, 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 de 2021, la entidad se obliga a satisfacerlos directa e inmediatamente.

8.1.3 El colectivo afectado por la no suscripción por la entidad del concierto para 2020 deberá elegir nueva entidad durante el plazo que establezca MUFACE y la elección tendrá efectos a las cero horas del día uno de febrero de 2020 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 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 titulares 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 titulares y beneficiarios adscritos a la entidad, diferenciados por edad, según los parámetros establecidos en la cláusula 8.3.1. El pago, salvo eventualidades de carácter excepcional, se efectuará por MUFACE, mediante transferencia bancaria, dentro de los diez 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. El 50% del pago mensual correspondiente al mes de diciembre podrá anticiparse y realizarse a partir del día 16 de ese mes.

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 titulares, incluidos 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 estas.

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 beneficiarios relativos al importe de los gastos derivados de dicha asistencia sanitaria, realizando a su cargo las gestiones necesarias para reintegrarse del coste de la misma. Los beneficiarios, por su parte, estarán obligados a facilitar a la entidad los datos necesarios para ello.

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 la vigencia del concierto, se distribuirá de la siguiente manera:

Grupos etarios	Prima €/persona y mes Años 2018 y 2019
0-4	67,40
5-14	56,16
15-44	63,65
45-54	67,40
55-64	74,89
65-74	89,87
Más de 74	97,35

El importe de la prima fija a abonar será el correspondiente al grupo etario por la edad del beneficiario a las cero horas del día 1 de enero de cada año natural y por cada nuevo beneficiario será la que corresponda al grupo de edad en el que esté incluido en la fecha de adscripción a la entidad por MUFACE.

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

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

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

Donde:

Pm = 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 del respectivo año.

Q = Coeficiente 0,035

8.3.3 Al margen del IAC, se establece la cantidad mensual de 0,010 euros por mutualista y beneficiario como compensación económica por los gastos derivados del grupo de trabajo previsto en la cláusula 6.2.4. El abono a la entidad se efectuará conforme lo estipulado en la cláusula 8.5.2 C).

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 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 7.8 de este concierto.

8.5 Condiciones de pago.

8.5.1 El pago se realizará en los términos establecidos en el artículo 216 del TRLCSP, en firme y a favor de la(s) entidad(es) adjudicataria(s), en la forma que se regula en los epígrafes siguientes, previa presentación de la factura electrónica a través del Punto General de Entrada de Facturas Electrónicas (FACE) y del certificado de ejecución de conformidad de la unidad proponente del contrato.

La Disposición Adicional Tercera de la Orden Ministerial HAP/492/2014, de 27 de marzo, por la que se regulan los requisitos funcionales y técnicos del registro contable de facturas de las entidades del ámbito de aplicación de la Ley 25/2013, de 27 de diciembre, de impulso de la factura electrónica y creación del registro contable de facturas en el Sector Público, determina que las facturas se expidan recogiendo los códigos establecidos en el directorio DIR3, por tanto la codificación de órganos administrativos en el presente contrato es:

	Código DIR3	Denominación
Órgano gestor (OG)	E00106104	Mutualidad General De Funcionarios Civiles Del Estado (MUFACE)
Oficina contable (OC)	EA0003306	Servicio contabilidad (MUFACE)
Unidad tramitadora (UT)	EA0003307	Servicio de contratación (MUFACE)
Unidad proponente (UP)	E02660204	Departamento de prestaciones sanitarias

8.5.2 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: 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 en el punto 3 del Anexo 8 del presente concierto

B) Trimestralmente:

a) La factura de los informes, exploraciones y pruebas realizadas prescritas por los Equipos de Valoración de Incapacidades dentro del campo de aplicación de MUFACE en los términos previstos en el Anexo 9 y con arreglo al Baremo establecido en el Anexo 10.

b) La factura de los informes, exploraciones y pruebas prescritas para la realización de determinados reconocimientos médicos para la gestión y seguimiento de la incapacidad temporal dentro del campo de aplicación 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 los puntos 2.1, 2.2 y 2.3 del anexo 8.

b) La compensación establecida en la cláusula 8.3.3.

8.5.3 Las cantidades facturadas por los centros hospitalarios a MUFACE en aplicación de la cláusula 2.9.3 b) serán abonadas directamente a aquellos a través del correspondiente expediente del Servicio Provincial de adscripción del paciente.

8.5.4 Las cantidades serán satisfechas con cargo a la aplicación 15.106.312E.251, con excepción de las correspondientes al cumplimiento de la cláusula 8.5.2.B).b) que serán satisfechas con cargo a la aplicación 15.106.222M.227.06 y las correspondientes a la cláusula 8.5.3 con cargo a la aplicación 15.106.312E.484.01, todo ello dentro de las disponibilidades presupuestarias del Organismo.

ANEXO 1

Asistencia sanitaria transfronteriza

De conformidad con lo dispuesto en la cláusula 1.1.5, la entidad se obliga a la cobertura de la asistencia sanitaria transfronteriza de su colectivo protegido, conforme al Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre recetas médicas y órdenes de dispensación. El ejercicio del derecho por parte de los beneficiarios, su alcance, las condiciones, requisitos y procedimiento para el reembolso de los gastos por dicha asistencia se establecen en este anexo.

La asistencia sanitaria transfronteriza es aquella que se recibe cuando el beneficiario decide acudir a servicios sanitarios ubicados en otro Estado miembro de la Unión Europea. Por tanto, no incluye los supuestos de estancia temporal en que, por razones médicas sobrevenidas, el beneficiario haya recibido asistencia sanitaria cuya cobertura, con carácter general, corresponde a MUFACE directamente o a través de los mecanismos de coordinación con las instituciones del resto de estados miembros.

La asistencia sanitaria transfronteriza no incluye los gastos conexos a la prestación sanitaria.

1. Normas generales.

1.1 Contenido. La asistencia sanitaria transfronteriza a cargo de la entidad comprende las prestaciones sanitarias que conforman la Cartera Común de Servicios del SNS y cuya cobertura corresponde a la entidad de acuerdo con lo establecido en el Capítulo 2 del concierto.

Cuando en el proceso asistencial transfronterizo se generen gastos por la dispensación ambulatoria de medicamentos, productos dietéticos, y otros productos sanitarios objeto de la prestación farmacéutica del SNS, así como de material ortoprotésico, el reintegro de los mismos será a cargo de MUFACE en los términos previstos en la normativa específica de la Mutualidad que regula estas prestaciones.

Están excluidas aquellas prestaciones que expresamente menciona el Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, como son:

- a) Los servicios en el ámbito de los cuidados de larga duración, cuya finalidad sea ayudar a quienes requieran asistencia a la hora de realizar tareas rutinarias y diarias.
- b) La asignación de órganos y el acceso a éstos con fines de trasplante.
- c) Los programas de vacunación pública contra enfermedades infecciosas, que tengan por finalidad exclusiva la protección de la salud de la población en el territorio español y que estén sujetas a medidas específicas de planificación y ejecución, sin perjuicio de los relativos a la cooperación entre España y los demás Estados miembros en el ámbito de la Unión Europea.

En ningún caso serán objeto de reembolso los gastos derivados de la asistencia sanitaria prestada en territorio nacional por medios distintos a los asignados por MUFACE al beneficiario a través de este concierto.

En el caso de los tratamientos incluidos en el punto 2.1 de este Anexo será necesario haber obtenido autorización previa, conforme al procedimiento previsto en el punto 2.2.

1.2. Modalidad. La modalidad de cobertura será a través del reembolso de gastos mediante la aplicación de las tarifas incluidas en el Anexo 11, sin exceder del coste real de la asistencia efectivamente prestada, y con los límites, términos, condiciones y requisitos que se especifican en el presente anexo.

1.3. Ámbito subjetivo. Los gastos objeto de cobertura a cargo de la entidad serán los ocasionados por la asistencia sanitaria transfronteriza recibida por los mutualistas y los familiares o asimilados que tengan reconocida la condición de beneficiarios y el recién nacido en los términos de la cláusula 1.3.2.

1.4. Otras obligaciones de la entidad. Los medios de la entidad facilitarán el acceso de los beneficiarios que busquen asistencia sanitaria transfronteriza a su historial médico o, al menos, a una copia del mismo.

Con independencia del derecho al reembolso de los gastos derivados de la asistencia sanitaria transfronteriza, siempre que resulte necesario, la entidad facilitará el seguimiento posterior del beneficiario, a través de los correspondientes servicios concertados, en las mismas condiciones que si la asistencia se hubiera llevado a cabo por medios de la entidad.

2. Prestaciones sanitarias sujetas a autorización previa y procedimiento para su obtención.

2.1 La prestaciones que se relacionan a continuación estarán sujetas a autorización previa de la entidad:

- a) Cualquier tipo de atención sanitaria que implique que el paciente tenga que pernoctar en el hospital al menos una noche.
- b) Aquellas técnicas, tecnologías o procedimientos incluidos en la cartera común de servicios del SNS que han sido seleccionadas en base a la exigencia del uso de

procedimientos o equipos médicos sumamente especializados, a la necesidad de atención a pacientes con problemas complejos, o a su elevado coste económico:

- Tomografía por emisión de positrones (PET), y combinada con el TC (PET-TC) y SPECT.
- Reproducción humana asistida.
- Diálisis.
- Cirugía mayor ambulatoria que requiera la utilización de un implante quirúrgico.
- Tratamientos con radioterapia.
- Tratamientos farmacológicos o con productos biológicos, cuyo importe mensual sea superior a 1.500 €.
- Radiocirugía.
- Los análisis genéticos, orientados a diagnósticos de casos complejos, incluidos el diagnóstico prenatal y el preimplantacional, análisis genéticos presintomáticos y de portadores, análisis de farmacogenética y farmacogenómica.
- Tratamientos de discapacidades que requieran para su corrección o mejoría: Sillas de ruedas eléctricas, prótesis de miembro superior excepto las prótesis parciales de mano, prótesis de miembro inferior excepto las prótesis parciales de pie, audífonos y bitutores.
- Atención a patologías y realización de procedimientos recogidos en el Anexo 3 como Servicios de Referencia.

Esta relación deberá ajustarse, en su caso, a los criterios comunes que al efecto establezca el Consejo Interterritorial del SNS.

2.2 La solicitud de autorización se presentará ante la entidad que, en un plazo máximo de siete días hábiles, deberá autorizar la prestación solicitada o, si no procede, deberá indicar el motivo y, en su caso, los medios asignados para facilitarla en territorio nacional, en los términos estipulados en el concierto.

La respuesta de la entidad deberá realizarse por escrito o por cualquier otro medio que permita dejar constancia de la misma y con indicación del derecho del interesado a presentar reclamación ante la Mutualidad.

En caso de que la autorización sea denegada, en la misma fecha de comunicación al interesado, la entidad deberá remitir al Departamento de Prestaciones Sanitarias el expediente completo con un informe justificativo.

Cuando la entidad hubiera emitido la autorización correspondiente, y se produjeran complicaciones inmediatas que hagan necesario otro tipo de asistencia que esté incluida dentro de las que precisan autorización previa, se entenderán autorizadas todas las prestaciones asistenciales derivadas del mismo proceso.

2.3 La autorización podrá denegarse en los casos y por las causas que expresamente menciona el artículo 17 del Real Decreto 81/2014, antes citado, entre ellos cuando la atención sanitaria pueda prestarse en territorio nacional, en los términos estipulados en el concierto, en un plazo que sea médicamente justificable.

Si en la denegación no se hicieran constar los medios asignados, o si la respuesta no se produce en el plazo establecido en el punto 2.2, se entenderá que la asistencia del beneficiario no puede llevarse a cabo en un plazo médicamente justificable.

2.4 En caso de reclamación del interesado ante MUFACE, porque la entidad haya denegado la autorización, será resuelta por la Dirección General de MUFACE, a propuesta del Departamento de Prestaciones Sanitarias, en el plazo máximo de cuarenta y cinco días hábiles, a contar desde la fecha de entrada de la solicitud en la entidad, suspendiéndose el cómputo del plazo desde el día siguiente a la fecha de denegación de la entidad hasta el día en que la reclamación del interesado haya tenido entrada en la Mutualidad, éste inclusive.

2.5 En caso de que la reclamación del interesado sea estimada por la Dirección General de MUFACE, el plazo previsto en el punto 3.2 se computará desde la fecha de la resolución, cuando esta sea posterior a la fecha del pago de la factura.

3. Procedimiento para el reembolso de los gastos por la asistencia sanitaria transfronteriza.

3.1 El procedimiento se iniciará a instancia del interesado. No obstante, podrá iniciarse de oficio por MUFACE, cuando el interesado haya presentado una solicitud de reintegro de gastos en el exterior y en la instrucción del expediente se considere que es objeto de asistencia sanitaria transfronteriza. Si la entidad considera que se trata de una prestación recibida por necesidad sobrevenida en estancias temporales enviará al correspondiente Servicio Provincial de MUFACE el expediente completo para su estudio y resolución en su caso.

3.2 La solicitud de reembolso se presentará por el interesado a la entidad, en un plazo máximo de tres meses a partir de la fecha de pago de la asistencia recibida, acompañada de la factura original, en la que figuren de forma detallada los diversos conceptos asistenciales realizados, y de la acreditación de su abono, así como copia de la prescripción médica o informe clínico en que figure la asistencia sanitaria prestada, con indicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos principales y secundarios realizados.

En los tratamientos incluidos en el punto 2.1 de este anexo será necesario hacer referencia a la existencia de la autorización previa.

3.3 Recibida la solicitud y demás documentación, una vez realizadas las comprobaciones necesarias, incluida si fuera necesaria la subsanación por defecto de la solicitud o falta de la documentación, la entidad procederá al reembolso de los gastos al interesado de acuerdo con las tarifas del Anexo 11, en el plazo máximo de un mes.

En ese mismo plazo, si la entidad considera que no procede el reembolso, en todo o en parte, lo comunicará al interesado por escrito o por cualquier otro medio que permita dejar constancia, con indicación del motivo de denegación y del derecho a reclamar ante la Mutualidad.

En caso de denegación, en la misma fecha de comunicación al interesado, la entidad deberá remitir al Departamento de Prestaciones Sanitarias el expediente completo con un informe justificativo.

3.4 El interesado podrá formular la correspondiente reclamación ante MUFACE en caso de que la entidad no proceda en el plazo previsto en el punto anterior al reembolso de los gastos o se lo deniegue, así como en caso de disconformidad con la aplicación de las tarifas. Para la tramitación y resolución de la reclamación se seguirá el procedimiento previsto en las cláusulas 7.4 y 7.5, correspondiendo el conocimiento y estudio de la misma, conforme se estipula en la cláusula 7.3.3, a la Comisión Mixta Nacional. Dicha reclamación será resuelta por la Dirección General de MUFACE en el plazo máximo de tres meses.

ANEXO 2

Convenios

1. Medios de asistencia en zonas rurales. Para hacer posible la prestación de servicios sanitarios en las zonas rurales a los beneficiarios adscritos a la entidad, MUFACE podrá convenir con los Servicios de Salud de las comunidades autónomas la prestación de aquellos, de acuerdo con la posibilidad prevista en el artículo 48 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre.

1.1 **Habilitación a MUFACE.** Mediante la firma de este concierto la entidad concede su expresa y total autorización a MUFACE para convenir dichos servicios, que ampara también la autorización para las prórrogas que, en su caso, se puedan convenir.

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.

1.2 Objeto. Los servicios que podrán figurar 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.

1.3 Contenido.

1.3.1 Cada convenio será común para todas las entidades firmantes del concierto. El contenido asistencial, la contraprestación económica y la relación de municipios convenidos con las respectivas comunidades autónomas serán comunicados a cada una de ellas.

1.3.2 La contraprestación económica que se establezca en cada convenio podrá estipularse:

- a) En función del colectivo afectado, mediante la fijación de un precio mensual por persona y tipo de servicio.
- b) Por acto médico, mediante la aplicación de los precios públicos o tarifas que la correspondiente Comunidad Autónoma aplique por la prestación de servicios sanitarios u otros de menor cuantía que se puedan convenir.

1.3.3 El importe final de cada convenio, conforme a lo previsto en el punto 1.3.2 a), 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. 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.

También se podrá establecer que el importe final de cada convenio, conforme a lo previsto en el punto 1.3.2.a), sea abonado directamente por las entidades en la forma que se determine en los convenios.

1.3.4 En aquellos convenios en los que la contraprestación económica, conforme a lo previsto en el punto 1.3.2.b), se estipule por acto médico, la entidad procederá al pago directo a la respectiva Comunidad Autónoma en los términos que se estipulen en el convenio correspondiente.

En el supuesto de existir obligaciones económicas pendientes con alguna Comunidad Autónoma como consecuencia del pago directo o compromiso de pago por la entidad, MUFACE procederá al abono de éstas con cargo al importe que deba abonar a la entidad por el concierto, entendiéndose realizado el pago por cuenta de la misma y trasladándole la justificación correspondiente.

2. Medios de atención de urgencia.

2.1 La Mutualidad impulsará instrumentos de colaboración con las administraciones públicas responsables de los teléfonos de emergencias para favorecer la derivación a centros concertados, siempre que éstos cuenten con medios para afrontar la situación de urgencia.

2.2 Según el presente concierto, el Centro Coordinador de Urgencias de la entidad será 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.

2.3 Asimismo se estipula que la entidad pueda coordinar sus dispositivos de emergencias sanitarias con otros centros coordinadores de urgencias y emergencias, incluidos aquellos dependientes de otras administraciones sanitarias.

2.4 Sin perjuicio de lo anterior, MUFACE impulsará la celebración de instrumentos de colaboración con las administraciones públicas responsables de los teléfonos de

emergencias públicas, 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).

2.5 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.

2.6 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.

2.7 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.

2.8 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.

ANEXO 3

Criterios de disponibilidad de medios por niveles asistenciales

1. 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.

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

b) Los municipios de más de 20.000 habitantes dispondrán, además, de un podólogo y una matrona, incrementándose el número de profesionales en función del número de beneficiarios como se indica a continuación:

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

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

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

c) 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 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.

2.3 Si, excepcionalmente, la entidad no dispusiera de los medios propios o concertados precisos, deberá garantizar la cobertura de la asistencia por otros servicios privados que existan en el mismo municipio o, de no existir esos, por los correspondientes servicios 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, y con el alcance y contenido estipulado en cada uno de ellos, 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 beneficiarios residentes en los municipios incluidos en los respectivos convenios rurales, podrán optar por ser atendidos en los medios de que disponga la entidad en los municipios próximos.

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.

2.5 En los municipios de menos de 20.000 habitantes pertenecientes a comunidades autónomas con las que no se hayan formalizado los convenios de colaboración previstos en el punto anterior, o éstos sólo tengan por objeto la asistencia sanitaria de urgencias, y en los que la entidad no disponga de medios propios o concertados, y no existieran medios privados, ésta facilitará el acceso de los 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.

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

3.1 La Atención Especializada se dispensará en los municipios o agrupaciones con población a partir de 20.000 habitantes, sin perjuicio de lo establecido en la cláusula 2.4.2.

3.2 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, número de beneficiarios residentes, así como distancia y tiempo de desplazamiento a los núcleos urbanos donde existe una mayor disponibilidad de recursos sanitarios privados.

Asimismo, y teniendo en consideración lo anterior, 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 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 los medios exigibles en los niveles de Atención Especializada inferiores, además de los servicios de Atención Primaria que correspondan, de acuerdo a lo establecido en el punto 2 de este anexo.

3.4 En el punto 3.9 de este anexo se incluyen las siguientes tablas descriptivas:

- En la tabla 1 se relaciona la exigencia de disponibilidad de medios y servicios.
- En la tabla 2 se relacionan las especialidades de presencia física en urgencias hospitalarias.

c) En la tabla 3 se relacionan las unidades y equipos multidisciplinares y consejo genético por niveles de atención.

3.5 Nivel I de Atención Especializada.

3.5.1 El marco territorial del Nivel I de Atención Especializada es el de los municipios y agrupaciones que con los criterios definidos anteriormente se relacionan en la siguiente tabla:

Provincia	Municipios y Agrupaciones Nivel I
A Coruña.	Cambre.
A Coruña.	Carballo.
A Coruña.	Culleredo.
A Coruña.	Ribeira.
Albacete.	Almansa.
Albacete.	Villarrobledo.
Alicante/Alacant.	Campello, El / Mutxamel.
Alicante/Alacant.	San Vicente del Raspeig/Sant Vicent del Raspeig / Sant Joan d' Alacant.
Asturias.	Castrillón.
Barcelona.	Castellar del Vallès.
Barcelona.	Esparreguera / Martorell / Olesa de Montserrat.
Barcelona.	Igualada.
Barcelona.	Masnou, El.
Barcelona.	Molins de Rei / Sant Andreu de la Barca / Sant Vicenç dels Horts.
Barcelona.	Premià de Mar.
Barcelona.	Sitges.
Bizkaia.	Barakaldo.
Bizkaia.	Portugalete / Santurtzi / Sestao.
Cádiz.	Arcos de la Frontera.
Cádiz.	Conil de la Frontera.
Cádiz.	Rota.
Cádiz.	San Roque.
Cantabria.	Camargo.
Cantabria.	Castro-Urdiales.
Cantabria.	Piélagos.
Castellón/Castelló.	Borriana/Burriana.
Castellón/Castelló.	Onda.
Castellón/Castelló.	Vall d'Uixó, La.
Castellón/Castelló.	Vila-real.
Córdoba.	Cabra.
Córdoba.	Montilla.
Córdoba.	Priego de Córdoba.
Gipuzkoa.	Errenteria / Irun.
Girona.	Blanes / Lloret de Mar.
Granada.	Almuñécar.
Granada.	Armillá.
Granada.	Baza.
Granada.	Gabias, Las.
Granada.	Loja.
Granada.	Maracena.
Guadalajara.	Azuqueca de Henares.
Huelva.	Aljaraque.
Huelva.	Ayamonte.
Huelva.	Lepe.

Provincia	Municipios y Agrupaciones Nivel I
Illes Balears.	(Isla de Mallorca)-Calvià.
Illes Balears.	(Isla de Mallorca)-Inca.
Illes Balears.	(Isla de Mallorca)-Llucmajor.
Illes Balears.	(Isla de Mallorca)-Marratxí.
Illes Balears.	(Isla de Menorca)-Ciutadella de Menorca.
Illes Balears.	(Isla de Menorca)-Maó-Mahón.
Jaén.	Alcalá la Real.
Jaén.	Martos.
Las Palmas.	(Isla de Gran Canaria)-Agüimes.
Las Palmas.	(Isla de Gran Canaria)-Arucas.
Las Palmas.	(Isla de Gran Canaria)-Gáldar.
Las Palmas.	(Isla de Gran Canaria)-Ingenio.
Las Palmas.	(Isla de Lanzarote)-Teguise.
Madrid.	Arroyomolinos.
Madrid.	Navalcarnero.
Madrid.	Paracuellos del Jarama.
Madrid.	Villaviciosa de Odón.
Madrid/Toledo.	Ciempozuelos (Madrid) / Seseña (Toledo).
Málaga.	Cártama.
Málaga.	Coín.
Murcia.	Águilas.
Murcia.	Alcantarilla.
Murcia.	Alhama de Murcia / Totana.
Murcia.	Caravaca de la Cruz.
Murcia.	Jumilla.
Navarra.	Barañain.
Pontevedra.	Estrada, A.
Pontevedra.	Cangas.
Pontevedra.	Lalín.
Pontevedra.	Marín.
Pontevedra.	Redondela.
Santa Cruz de Tenerife.	(Isla de La Palma)-Llanos de Aridane, Los.
Santa Cruz de Tenerife.	(Isla de Tenerife)-Candelaria.
Santa Cruz de Tenerife.	(Isla de Tenerife)-Icod de los Vinos.
Santa Cruz de Tenerife.	(Isla de Tenerife)-Tacoronte.
Sevilla.	Bormujos.
Sevilla.	Camas.
Sevilla.	Carmona.
Sevilla.	Coria de Río.
Sevilla.	Lebrija.
Sevilla.	Mairena del Alcor.
Sevilla.	Mairena del Aljarafe.
Sevilla.	Morón de la Frontera.
Sevilla.	Palacios y Villafranca, Los.
Sevilla.	Rinconada, La.
Sevilla.	San Juan de Aznalfarache.
Sevilla.	Tomares.
Tarragona.	Salou / Vila-seca.
Tarragona.	Valls.
Toledo.	Illescas.
Valencia/València.	Alaquàs / Aldaia / Xirivella.
Valencia/València.	Alboraia/Alboraya.
Valencia/València.	Algemesí.

Provincia	Municipios y Agrupaciones Nivel I
Valencia/València.	Bétera.
Valencia/València.	Catarroja.
Valencia/València.	Cullera.
Valencia/València.	Llíria / Pobla de Vallbona, La.
Valencia/València.	Paiporta.
Valencia/València.	Requena.
Valencia/València.	Riba-roja de Túria.
Valencia/València.	Sueca.
Valencia/València.	Torrent.
Valencia/València.	Xàtiva.
Valladolid.	Laguna de Duero.
Valladolid.	Medina del Campo.
Zaragoza.	Calatayud.

3.5.2 Estos municipios y agrupaciones dispondrán, al menos, de los medios de Atención Especializada que se especifican en la tabla 1, que comprenderá la asistencia sanitaria en régimen de consultas externas o ambulatorias.

3.6 Nivel II de Atención Especializada.

3.6.1 El marco territorial del Nivel II de Atención Especializada es el de los municipios y agrupaciones que con los criterios definidos anteriormente se relacionan en la siguiente tabla:

Provincia	Municipios y Agrupaciones Nivel II	Urgencias hospitalarias
A Coruña.	Oleiros.	
Albacete.	Hellín.	X
Alicante/Alacant.	Alcoy/Alcoi / Ibi.	X
Alicante/Alacant.	Dénia / Jávea/Xàbia.	X
Alicante/Alacant.	Aspe / Crevillent / Elche/Elx / Novelda / Santa Pola.	X
Alicante/Alacant.	Elda / Petrer / Villena.	X
Alicante/Alacant.	Alfàs del Pí / L' Altea / Benidorm / Villajoyosa/ Vila Joiosa, La.	X
Alicante/Alacant.	Orihuela.	
Alicante/Alacant.	Torre Vieja.	X
Almería.	Ejido, El.	
Almería.	Roquetas de Mar.	
Asturias.	Avilés.	X
Asturias.	Langreo / Mieres.	
Asturias.	Siero.	
Badajoz.	Don Benito / Villanueva de la Serena.	X
Barcelona.	Badalona / Sant Adrià de Besòs / Santa Coloma de Gramenet.	X
Barcelona.	Barberà del Vallès / Cerdanyola del Vallès / Ripoll.	
Barcelona.	Castelldefels / Gavà / Viladecans.	
Barcelona.	Cornellà de Llobregat / Hospitalet de Llobregat, L' / Sant Boi de Llobregat.	X
Barcelona.	Esplugues de Llobregat / Sant Feliu de Llobregat / Sant Joan Despí / Prat de Llobregat, El.	X
Barcelona.	Granollers / Mollet del Vallès / Montcada i Reixac.	X
Barcelona.	Manlleu / Vic.	X
Barcelona.	Manresa.	X
Barcelona.	Mataró / Vilassar de Mar.	X

Provincia	Municipios y Agrupaciones Nivel II	Urgencias hospitalarias
Barcelona.	Rubí / Sant Cugat del Vallès / Terrassa.	X
Barcelona.	Sabadell.	X
Barcelona.	Vilafranca del Penedès.	X
Barcelona / Tarragona.	Vilanova i la Geltrú / Vendrell, El (Tarragona).	X
Bizkaia.	Getxo / Leioa.	
Burgos.	Aranda de Duero.	X
Burgos.	Miranda de Ebro.	X
Cáceres.	Plasencia.	X
Cádiz.	Chiclana de la Frontera / Puerto Real.	X
Cádiz.	Sanlúcar de Barrameda.	X
Cantabria.	Torrelavega.	
Castellón/Castelló.	Benicarló / Vinaròs.	X
Ciudad Real.	Alcázar de San Juan.	X
Ciudad Real.	Puertollano.	X
Ciudad Real.	Tomelloso.	X
Ciudad Real.	Valdepeñas.	X
Córdoba.	Lucena / Puente Genil.	X
Girona.	Figueres.	X
Girona.	Olot.	X
Granada.	Motril.	X
Illes Balears.	(Isla de Ibiza)-Eivissa / Sant Antoni de Portmany / Sant Josep de Sa Talaia / Santa Eulària des Riu.	X
Illes Balears.	(Isla de Mallorca)-Manacor.	X
Jaén.	Andújar.	X
Jaén.	Linares.	X
Jaén.	Úbeda.	X
Las Palmas.	(Isla de Fuerteventura)-Puerto del Rosario.	X
Las Palmas.	(Isla de Gran Canaria)-San Bartolomé de Tirajana / Santa Lucía de Tirajana.	X
Las Palmas.	(Isla de Gran Canaria) - Telde.	
Las Palmas.	(Isla de Lanzarote)-Arrecife.	X
León.	Ponferrada.	X
Madrid.	Alcobendas / San Sebastián de los Reyes.	
Madrid.	Aranjuez.	X
Madrid.	Arganda del Rey / Rivas-Vaciamadrid.	
Madrid.	Colmenar Viejo / Tres Cantos.	
Madrid.	Collado Villalba / Galapagar / TorreloDONEs.	X
Madrid.	Coslada / San Fernando de Henares.	
Madrid.	Getafe / Parla.	X
Madrid.	Leganés.	X
Madrid.	Pinto / Valdemoro.	
Málaga.	Alhaurín de la Torre.	
Málaga.	Antequera.	X
Málaga.	Benalmádena / Torremolinos.	X
Málaga.	Estepona.	X
Málaga.	Fuengirola / Marbella / Mijas.	X
Málaga.	Rincón de la Victoria / Vélez-Málaga.	X
Málaga.	Ronda.	X
Murcia.	Cieza / Molina de Segura / Torres de Cotillas, Las.	X
Murcia.	Pilar de la Horadada (Alicante/Alacant) / San Javier (Murcia) / San Pedro del Pinatar (Murcia).	
Murcia.	Yecla.	X

Provincia	Municipios y Agrupaciones Nivel II	Urgencias hospitalarias
Navarra.	Tudela.	X
Pontevedra.	Vilagarcía de Arousa.	
Santa Cruz de Tenerife.	(Isla de Tenerife)-Adeje / Arona / Granadilla de Abona.	X
Santa Cruz de Tenerife.	(Isla de Tenerife)-Orotava, La / Puerto de la Cruz / Realejos, Los.	X
Santa Cruz de Tenerife.	(Isla de Tenerife)-San Cristóbal de la Laguna.	
Sevilla.	Alcalá de Guadaíra / Dos Hermanas.	X
Sevilla.	Écija.	X
Sevilla.	Utrera.	
Tarragona.	Amposta / Tortosa.	X
Tarragona.	Cambrils / Reus.	X
Valencia/València.	Alzira / Carcaixent.	X
Valencia/València.	Burjassot / Manises / Mislata / Paterna / Quart de Poblet.	X
Valencia/València.	Ontinyent.	X
Valencia/València.	Sagunto/Sagunt.	

3.6.2 Estos municipios y agrupaciones dispondrán, al menos, de los medios de Atención Especializada especificados en la tabla 1, que comprenderá la asistencia sanitaria en régimen de consultas externas o ambulatorias y adicionalmente de urgencias hospitalarias en aquellos municipios expresamente señalados en la tabla que figura en el punto anterior. La entidad también asumirá, en su caso, los correspondientes ingresos o estancias para cualquier régimen de atención hospitalaria que puedan derivarse de esas urgencias hospitalarias facilitando el acceso a cualquier especialidad que fuera precisa.

3.6.3 Además, en todos aquellos municipios o agrupaciones de municipios donde existan centros hospitalarios privados y la entidad no disponga de centro concertado, se obliga a proporcionar en esos centros (incluyendo todas las especialidades disponibles en el mismo) la asistencia sanitaria, en régimen de consultas externas y para cualquier régimen de atención hospitalaria a los beneficiarios residentes en ese municipio o agrupación. La atención de urgencia hospitalaria también será proporcionada por la entidad en estos centros hospitalarios a cualquier beneficiario del concierto, en los términos señalados en el punto 3.6.2.

A los fines asistenciales de este concierto, esos centros hospitalarios privados quedan asimilados a los medios de la entidad.

3.6.4 En el caso de centros privados concertados, la entidad deberá disponer en las urgencias hospitalarias de médicos de presencia física para las especialidades de este nivel recogidas en la tabla 2.

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 Nivel III de Atención Especializada.

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

Provincia	Municipios y Agrupaciones Nivel III
A Coruña.	Ames / Santiago de Compostela.
A Coruña.	Ferrol / Narón.
Almería.	Almería.

Provincia	Municipios y Agrupaciones Nivel III
Araba/Álava.	Vitoria-Gasteiz.
Asturias.	Gijón.
Ávila.	Ávila.
Badajoz.	Almendralejo / Mérida.
Burgos.	Burgos.
Cáceres.	Cáceres.
Cádiz.	Algeciras / Barrios, Los / Línea de la Concepción, La.
Cádiz.	Cádiz / San Fernando.
Cádiz.	Jerez de la Frontera / Puerto de Santamaría, El.
Castellón/Castelló.	Almazora/Almassora / Castellón de la Plana/Castelló de la Plana.
Ceuta.	Ceuta.
Ciudad real.	Ciudad Real.
Cuenca.	Cuenca.
Gipuzkoa.	San Sebastián/Donostia.
Girona.	Gerona / Salt.
Guadalajara.	Guadalajara.
Huelva.	Huelva.
Huesca.	Huesca.
Jaén.	Jaén.
León.	León / San Andrés del Rabanedo.
Lleida.	Lleida.
Lugo.	Lugo.
Madrid.	Alcalá de Henares / Torrejón de Ardoz.
Madrid.	Alcorcón / Fuenlabrada / Móstoles.
Madrid.	Boadilla del Monte / Majadahonda / Rozas de Madrid, Las.
Madrid.	Pozuelo de Alarcón.
Melilla.	Melilla.
Murcia.	Cartagena.
Murcia.	Lorca.
Ourense.	Ourense.
Palencia.	Palencia.
Pontevedra.	Pontevedra.
Salamanca.	Salamanca.
Segovia.	Segovia.
Soria.	Soria.
Tarragona.	Tarragona.
Teruel.	Teruel.
Toledo.	Talavera de la Reina.
Toledo.	Toledo.
Valencia/València.	Gandía / Oliva.
Zamora.	Zamora.

3.7.2 Estos municipios y agrupaciones dispondrán, al menos, de los medios de Atención Especializada especificados en las tablas 1 y 3, que comprenderá la asistencia sanitaria en régimen de consultas externas o ambulatorias, de hospitalización y de urgencias hospitalarias.

3.7.3 La entidad deberá disponer en las urgencias hospitalarias de médicos de presencia física para las especialidades de este nivel recogidas en la tabla 2.

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 En caso de hospitalización la oferta de la entidad se considerará válida cuando el hospital ofertado se sitúe en otro municipio, siempre que el hospital esté a una distancia inferior a 30 minutos o 20 kilómetros desde el núcleo urbano, o desde el más lejano en el caso de las agrupaciones de municipios y en dicho municipio no fuera exigible, a su vez, la disponibilidad de hospital.

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 la tabla siguiente se relacionan los municipios que corresponden al Nivel IV de Atención Especializada.

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

3.8.2 Todos los municipios incluidos en la tabla anterior dispondrán, al menos, de los medios de Atención Especializada especificados en las tablas 1 y 3, que comprenderá la asistencia sanitaria en régimen de consultas externas o ambulatorias, de hospitalización y de urgencias hospitalarias.

En los municipios de Madrid y Barcelona siempre se garantizará la disponibilidad de todos los Servicios de Nivel IV y de, al menos, un Hospital con acreditación docente para la Formación Médica Especializada.

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 de este nivel recogidas en la tabla 2.

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 En caso de hospitalización la oferta 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 o 20 kilómetros desde el núcleo urbano, y en dicho municipio no fuera exigible, a su vez, la disponibilidad de hospital..

3.9 Tablas descriptivas de disponibilidad de medios y niveles de Atención Especializada:

A) Tabla 1. Exigencia de disponibilidad de medios y servicios.

Especialidad/Servicio	Especificaciones	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV
Alergología.				X	X
Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica.	Análisis clínicos.	X	X	X	X
	Citogenética/Genética.				X
	Inmunología.				X
Anatomía patológica.			X	X	X
Anestesiología y Reanimación / URPA.			X	X	X
Angiología y Cirugía Vascolar.				X	X
Aparato Digestivo.	Aparato Digestivo.		X	X	X
	Endoscopia.			X	X
	Cápsula endoscópica.				X
Cardiología.	Cardiología.		X	X	X
	Electrofisiología cardiaca/marcapasos.			X	X
	Desfibrilador implantable.				X
	Ablación/cardioversión.				X
	Hemodinámica.				X
Cirugía Cardiovascular.					X
Cirugía General y Aparato Digestivo.			X	X	X
Cirugía Oral y Maxilofacial.					X
Cirugía Ortopédica y Traumatología.		X	X	X	X
Cirugía Pediátrica.					X
Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.					X
Cirugía Torácica.					X
Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología.				X	X
Endocrinología y Nutrición.				X	X
Farmacia Hospitalaria.			X	X	X
Ginecología y Obstetricia.	Ginecología y Obstetricia.	X	X	X	X
	Ecografía ginecológica.	X	X	X	X
	Diagnóstico prenatal.			X	X
	Obstetricia de alto riesgo.				X
	Reproducción Humana Asistida.				X
	Hematología/Hospital de día.			X	X
	Hemoterapia.		X	X	X
Medicina Física y Rehabilitación.	Medicina Física y RH.		X	X	X
	Fisioterapia general.	X	X	X	X
	Logopedia.		X	X	X
	Rehabilitación cardiaca.			X	X
	Rehabilitación integral daño cerebral.			X	X
	Rehabilitación suelo pélvico.			X	X
	Terapia ocupacional.			X	X
Medicina Intensiva / UCI.				X	X
Medicina Interna.			X	X	X

Especialidad/Servicio	Especificaciones	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV
Medicina Nuclear.	Medicina nuclear. Gammagrafía/Radioisótopos. PET y PET-TC.			X	X
Nefrología.	Nefrología. Hemodiálisis y diálisis peritoneal.			X	X
Neumología.	Neumología.			X	X
Neurocirugía.					X
Neurofisiología Clínica.	Neurofisiología Clínica. Potenciales evocados. Unidad del sueño.			X	X
Neurología.				X	X
Oftalmología.		X	X	X	X
Oncología Médica.	Oncología Médica. Hospital de día.			X	X
Oncología Radioterápica.	Oncología Radioterápica.				X
Otorrinolaringología.	Otorrinolaringología. Rehabilitación vestibular.		X	X	X
Pediatría.		X	X	X	X
Psiquiatría.				X	X
Radiodiagnóstico.	Radiología convencional. Ecografía. Mamografía. TAC. RMN. Densitometría. Radiología intervencionista.		X	X	X
Reumatología.				X	X
Urología.	Urología. Litotricia. Láser verde.			X	X
Otros.	Odontología. Psicología.	X	X	X	X

B) Tabla 2. Especialidades de presencia física en urgencias hospitalarias.

Urgencias hospitalarias	Nivel II	Nivel III	Nivel IV
Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica.	X	X	X
Anestesiología y Reanimación/URPA.	X	X	X
Angiología y Cirugía Vascular.			X
Aparato Digestivo.			X
Cardiología.		X	X
Cirugía Cardiovascular.			X
Cirugía General y Aparato Digestivo.	X	X	X
Cirugía Oral y Maxilofacial.			X
Cirugía Ortopédica y Traumatología.	X	X	X
Cirugía Pediátrica.			X
Ginecología y Obstetricia.	X	X	X
Hematología y Hemoterapia.		X	X
Medicina Intensiva / UCI.		X	X
Medicina Interna.	X	X	X
Nefrología.			X
Neurocirugía.			X

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

C) Tabla 3. Unidades/equipos multidisciplinares/Consejo Genético.

Unidades/Equipos	Nivel III	Nivel IV
Cuidados Paliativos.	X	X
Unidad del Dolor.	X	X
Unidad de Ictus.		X
Unidad de Trastornos de la Alimentación.		X
Unidad de Atención Temprana.		X
Unidad de Infecciosos.		X
Consejo Genético.		X

3.10 Servicios de Referencia. 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. Los Servicios de Referencia tendrán como marco geográfico y poblacional el conjunto del territorio nacional.

3.10.1 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, Servicios Sociales e Igualdad. En estos casos la entidad facilitará el acceso a estos centros ubicados en la Comunidad Autónoma de residencia o, de no existir en ésta, en la Comunidad Autónoma limítrofe más cercana a la residencia del beneficiario.

3.10.2 Además de lo señalado en el punto anterior, 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. Cirugía con intención curativa del cáncer de esófago.
 2. Cirugía con intención curativa del cáncer pancreático.
 3. Cirugía oncológica combinada de los órganos pélvicos.
 4. Cirugía radioguiada.
 5. Cirugía de las metástasis hepáticas.
 6. Radiocirugía del sistema nervioso central y extracraneal.
 7. Radioterapia intraoperatoria.
- b) Trasplante de órganos, tejidos y células.
- c) Unidad de Daño Cerebral.
- d) Unidad de Lesionados Medulares.
- e) Unidad de Grandes Quemados.

- f) Cirugía Torácica:
 - 1. Videotoroscopias diagnósticas y terapéuticas.
 - 2. Tratamientos endoscópicos paliativos en cáncer de pulmón y tumores traqueobronquiales.
 - 3. Neuroestimuladores diafragmáticos.
 - 4. Prótesis traqueales y bronquiales.
- g) Cirugía robotizada.

3.10.3 La entidad ofertará, como mínimo, tres alternativas, de las cuales al menos una deberá estar ubicada en la Comunidad Autónoma de residencia del beneficiario o, de no existir en esa, en la Comunidad Autónoma limítrofe más cercana a la residencia del beneficiario. Cuando las alternativas ofertadas sólo se diferencien por la titularidad patrimonial del centro, se priorizará la que corresponda a un centro sanitario privado.

4. Disponibilidad de medios de Atención Especializada en consultas externas o centros ambulatorios.

4.1 Las diferencias territoriales en la disponibilidad de especialistas y en la demanda por tipo de especialidad hacen que se determinen 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 y Nivel de Atención Especializada serán los siguientes:

A) Especialidades tipo A. La entidad dispondrá como mínimo de un facultativo, incrementándose en proporción al número de beneficiarios residentes en el ámbito geográfico a que corresponda el Nivel asignado a la especialidad.

Para las especialidades de este tipo de Nivel I y II se incrementará su número en un facultativo más por cada 4.000 beneficiarios residentes en el municipio o agrupación, salvo en el municipio de Madrid que lo hará por cada 7.000. En todo caso la exigencia para la especialidad de Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica (referido a centros de extracciones) en municipios que sean capital de provincia será como mínimo de dos facultativos.

Para las especialidades de Nivel III se incrementará su número en un facultativo más por cada 10.000 beneficiarios residentes en la provincia, salvo en el municipio de Madrid que lo hará por cada 12.000 beneficiarios residentes en la provincia. Estos facultativos estarán disponibles en la capital de provincia o municipio de nivel superior de dicha provincia.

En el caso de los municipios o agrupaciones incluidos en el Nivel III que no sean capital de provincia, la exigencia se calculará por el número de beneficiarios residentes en el municipio o agrupación, que será a su vez descontado del que se compute para determinar el número de especialistas de este nivel en la capital de provincia.

B) Especialidades tipo B. La entidad dispondrá como mínimo de un facultativo, incrementándose en proporción al número de beneficiarios residentes en el ámbito geográfico a que corresponda el Nivel asignado a la especialidad.

Para las especialidades de Nivel III se incrementará su número en un facultativo más por cada 12.000 beneficiarios residentes en la provincia, salvo en el municipio de Madrid que lo hará por cada 14.000 beneficiarios residentes en la provincia. Estos facultativos estarán disponibles en la capital de provincia o municipio de nivel superior de dicha provincia.

En el caso de los municipios o agrupaciones incluidos en el Nivel III que no sean capital de provincia, la exigencia se calculará por el número de beneficiarios residentes en el municipio o agrupación, que será a su vez descontado del que se compute para determinar el número de especialistas de este nivel en la capital de provincia.

Para las especialidades de Nivel IV se incrementará su número en un facultativo más por cada 20.000 beneficiarios residentes en la Comunidad Autónoma.

En el caso de las Comunidades Autónomas que dispongan de más de un municipio de Nivel IV, la exigencia de cada municipio se determinará mediante la asignación a partes iguales del número de beneficiarios residentes en la comunidad autónoma.

C) Especialidades tipo C. La entidad dispondrá como mínimo de un facultativo, incrementándose su número en un facultativo más por cada 40.000 beneficiarios residentes en la Comunidad Autónoma.

En el caso de las comunidades autónomas que dispongan de más de un municipio de Nivel IV, la exigencia de cada municipio se determinará mediante la asignación a partes iguales del número de beneficiarios residentes en la Comunidad Autónoma.

4.3 En la siguiente tabla 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.	<ul style="list-style-type: none"> – Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica (referido a centros de extracciones). – C. Ortopédica y Traumatología. – Ginecología y Obstetricia. – Oftalmología. 4.000 beneficiarios. (Madrid, 7.000).	<ul style="list-style-type: none"> – Aparato Digestivo. – Cardiología. – Cirugía General y Ap. Digestivo. – Medicina Interna. – Medicina Física y Rehabilitación. – Otorrinolaringología. – Radiodiagnóstico. 4.000 beneficiarios. (Madrid 7.000).	<ul style="list-style-type: none"> – Dermatología Médico-quirúrgica. – Psiquiatría. – Urología. 10.000 beneficiarios. (Madrid 12.000).	
Tipo B.			<ul style="list-style-type: none"> – Alergología. – Angiología y Cirugía Vascul. – Endocrinología y Nutrición. – Hematología y Hemoterapia. – Nefrología. – Neumología. – Neurología. – Neurofisiología Clínica. – Oncología Médica. – Reumatología. 12.000 beneficiarios. (Madrid, 14.000).	<ul style="list-style-type: none"> – Cirugía Estética Plástica y Reparadora. – Cirugía Maxilofacial. – Neurocirugía. – Medicina Nuclear. 20.000 beneficiarios.
Tipo C.				<ul style="list-style-type: none"> – Cirugía Cardiovascular. – Cirugía Pediátrica. – Cirugía Torácica. – Oncología Radioterápica. 40.000 beneficiarios.

4.4 A efectos del cálculo del número de facultativos se toma como referencia el número de beneficiarios a 1 de febrero de 2017 y el número no variará durante toda la vigencia del concierto.

5. Condiciones complementarias para el Territorio Insular.

5.1 Además de lo señalado en cada Nivel para los correspondientes municipios o agrupaciones que se mencionan en el punto 3, las condiciones especiales complementarias para las islas de los archipiélagos balear y canario serán las siguientes:

a) En Atención Especializada se ha tomado como referencia la población de cada isla y el número de beneficiarios residentes.

b) En las islas no capitalinas la entidad deberá garantizar los servicios de urgencia hospitalarios de conformidad con lo dispuesto en la cláusula 2.4.2. y el punto 3.6.2 del presente Anexo.

5.2 Conforme a las condiciones especiales establecidas en el punto anterior, en las siguientes tablas se relacionan las islas de cada archipiélago con el nivel y modalidad de Atención Especializada que a cada una corresponden.

Illes Balears

Isla	Nivel Atención Especializada	Consultas Externas	Hospitalización	Urgencias Hospitalarias
Mallorca	Nivel IV	X	X	X
Eivissa	Nivel II	X	X	X
Menorca	Nivel II	X	X	X
Formentera				X

Islas Canarias

Isla	Nivel Atención Especializada	Consultas Externas	Hospitalización	Urgencias Hospitalarias
Gran Canaria	Nivel IV	X	X	X
Lanzarote	Nivel II	X	X	X
Fuerteventura	Nivel II	X	X	X
Tenerife	Nivel IV	X	X	X
La Palma	Nivel II	X	X	X
La Gomera	Nivel I	X		X
El Hierro				X

5.3 Lo dispuesto en el punto 3.6.3 del presente Anexo será de aplicación a las islas a las que conforme a lo dispuesto en el punto anterior corresponde el Nivel II de Atención Especializada, salvo que alguno de sus municipios figure relacionado en la tabla incluida en el punto 3.6.1, correspondiente a ese mismo nivel asistencial.

5.4 En el caso de Formentera, La Gomera y El Hierro, se atenderán los gastos de desplazamiento interinsular para la asistencia a especialidades de Nivel II.

5.5 La entidad asumirá en todos los casos los gastos de desplazamiento interinsular para la asistencia a las especialidades de Nivel III y Nivel IV, salvo que disponga de medio concertado para prestar esa asistencia en la isla.

5.6 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.

5.7 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.

ANEXO 4

Instrucciones para la elaboración y difusión del catálogo de proveedores

1.1 La entidad publicará sus catálogos de proveedores específicos para MUFACE. El Catálogo, cuyo contenido se ajustará a lo previsto en la cláusula 3.3, será de ámbito

provincial y equivalente al que suministre la entidad en el registro de medios sanitarios descrito en el punto 5 del Anexo 6.

En los Servicios Centrales se entregarán los catálogos en formato electrónico y dos ejemplares en papel de cada catálogo provincial; en los Servicios Provinciales, además del formato electrónico del respectivo catálogo, se entregarán al menos cinco ejemplares en papel.

1.2 La estructura e información de los catálogos será:

A) En la portada deberán figurar el logotipo de MUFACE y el de la entidad, así como de forma destacada el teléfono gratuito y único del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias de la entidad.

B) En la primera página deberán figurar los datos relativos a:

- 1) Teléfono del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias de la entidad.
- 2) Teléfono de Información de la entidad.
- 3) Número de fax u otro sistema para autorizaciones.
- 4) Página web de la entidad.
- 5) Dirección; teléfono, que será distinto del teléfono de información general de la entidad, y horario de funcionamiento de la delegación provincial de la entidad, así como de la/las oficina/s existente/s en la provincia para la atención presencial de los beneficiarios.

C) En el margen derecho del encabezado de cada página deberá figurar el teléfono del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias.

D) Índice general del Catálogo.

E) A continuación deberán figurar las direcciones de los centros de urgencias hospitalarias en toda la provincia, que en el caso de las provincias insulares se detallara por cada isla.

F) Centros hospitalarios en la provincia, indicando la relación de especialidades concertadas.

G) Cuadro médico.

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

2) 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) Por cada municipio 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) En Atención de Urgencia se relacionarán los servicios extrahospitalarios y, en su caso, hospitalarios disponibles, así como los de ambulancias.

5) En Atención Primaria, en cada municipio, 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 los apellidos del profesional.

Si en alguno de los municipios 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) correspondiente al municipio.

6) En Atención Especializada, 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. En todos los casos, ordenados alfabéticamente por los apellidos del profesional. Los profesionales sanitarios de cada especialidad podrán agruparse 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.

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

H) 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 beneficiarios.

I) Cuadros resumen con los medios por niveles de Atención Especializada ofertada, según lo previsto en el Anexo 3, indicando el nombre del hospital y el municipio en el que se localiza.

J) Índice de facultativos por orden alfabético e índice de centros concertados.

K) Información general y normas de uso establecidas en el concierto.

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

a) Identificación para el acceso a los medios concertados/Tarjeta Sanitaria de la entidad.

b) Normas de utilización de los medios de la entidad, incluida la libre elección de facultativo y centro concertado, y la relación de servicios que precisan autorización previa de la entidad y forma de obtención.

c) Especificaciones relativas a determinados servicios: asistencia domiciliaria, asistencia en régimen de hospitalización, incluida la hospitalización de día y domiciliaria.

d) Transporte para la asistencia sanitaria. Modalidades y requisitos para su utilización.

e) Garantía de accesibilidad a los medios.

f) Utilización de medios no concertados.

g) Asistencia urgente de carácter vital.

h) Instrucciones 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.

ANEXO 5

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

1. Servicios que precisan autorización previa. 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) Cuidados paliativos a domicilio por equipos de soporte.

1.2 Técnicas diagnósticas, tratamientos y técnicas quirúrgicas:

- A) Cirugía ambulatoria.
- B) Odontostomatología: Tartrectomía (limpieza de boca). Prótesis dentarias e implantes osteointegrados en accidente en acto de servicio o enfermedad profesional y en los supuestos previstos en la cláusula 2.8.3.
- 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, Gammagrafía, Doppler y Densitometría Ósea.
- H) Estudios neurofisiológicos.
- I) Test y estudios neuropsicológicos.
- J) Estudio y tratamiento endoscópico.
- K) Cardiología: Estudios y tratamientos hemodinámicos.
- L) Obstetricia: Amniocentesis.
- M) Oftalmología: Retinografía y tratamiento láser, Tomografía Óptica de Coherencia, Tomografía Óptica con Láser Confocal (HTR-Heidelberg Retina Tomograph), Polarimetría Láser GDX, y Tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) por Terapia Fotodinámica o Inyección intravítrea de antiangiogénicos.
- N) Tratamiento en Unidad del Dolor.
- O) Estudio y tratamiento en Unidad del Sueño.
- P) litotricia renal extracorpórea.

1.3 Psicoterapia.

1.4 Asistencia a médicos consultores.

1.5 Podología.

1.6 Los servicios correspondientes al Nivel IV y los Servicios de Referencia.

1.7 Los Servicios correspondientes a los centros hospitalarios privados no concertados a los que se refiere el punto 3.6.3 del Anexo 3.

2. Procedimiento para la obtención de autorización previa.

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.

2.2 La entidad dispondrá los recursos organizativos necesarios para facilitar que los beneficiarios de MUFACE que lo precisen soliciten y 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.

2.3 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. Nombre y apellidos.
 2. Número de tarjeta sanitaria de la entidad.
 3. Teléfono de contacto, dirección de correo electrónico o fax.
- b) Datos del servicio para el que se solicita autorización previa:
 1. Provincia en la que se realizará la prestación.
 2. Identificación del servicio solicitado.
 3. Fecha de prescripción.
 4. Identificación del facultativo que realiza la prescripción, con firma y sello del mismo.
 5. Fecha prevista para la realización de la prestación, en su caso.
 6. Centro sanitario en el que se realizará la prestación, en su caso.

2.4 En el caso referido en el punto 1.7 de este anexo, la entidad, una vez recibida la solicitud, podrá confirmar el profesional o servicio del centro sanitario privado o bien asignar otro diferente, siempre que constituya una alternativa asistencial válida para la realización de la prestación solicitada.

2.5 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 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.

2.6 El envío de la autorización al 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 le entregará un justificante de la solicitud, disponiendo como máximo de cinco días hábiles para el envío de la autorización, excepto en el caso previsto en la cláusula 5.2.1 c) del concierto, en el que dispondrá de diez días hábiles.

2.7 La entidad únicamente podrá denegar la autorización previa si la solicitud:

- a) Carece de la prescripción de facultativo.
- b) Carece de la información necesaria, en cuyo caso deberá ponerse en contacto inmediatamente con el solicitante con el objeto de completar la que falte.
- c) Se refiere a una prestación no incluida en la Cartera de Servicios.

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

2.8 Con el fin de facilitar el acceso a las prestaciones, la entidad prestará asesoramiento a los beneficiarios que así lo soliciten.

2.9 La información del procedimiento para la obtención de autorización previa constará en el Catálogo de Proveedores, página web y, en su caso, demás medios de información dirigidos a los beneficiarios.

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.		

Especialidad	N.º de consultas*	Coste
Obstetricia y Ginecología. Oftalmología. Oncología Médica. Oncología Radioterápica. Otorrinolaringología. Psiquiatría. Rehabilitación. Reumatología. Tratamiento del dolor. Urología. Servicio concertado a precio fijo / pago capitativo. Otros**.		

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

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

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. – Sanitario. Otras prestaciones: Tiras reactivas de glucosa, jeringuillas de insulina, farmacia (V04, Uso Hospitalario...) Indemnizaciones: Pagos directos a interesados 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

Diagnóstico por imagen	N.º de estudios	Coste
– Radiología Simple (cabeza, tronco, miembros, radiología estomatológica). – Radiología Especial (radiología de contraste, mamografía...) – Radiología intervencionista.		

Diagnóstico por imagen	N.º de estudios	Coste
<ul style="list-style-type: none"> - Ecografía/Doppler (no incluye ecocardiografía ni ecografía ginecológica). - Tomografía (TC). - Resonancia Magnética Nuclear (RMN). - Densitometría Ósea. - Otras técnicas. 		
Análisis clínicos	N.º de estudios	Coste
<ul style="list-style-type: none"> - Bioquímica. - Endocrinología. - Genética. - Hematología. - Inmunología. - Microbiología. - Parasitología. - Otras determinaciones. 		
Anatomía Patológica	N.º de estudios	Coste
<ul style="list-style-type: none"> - Biopsias. - Citologías. - PAAF. - Otros. 		
Medicina Nuclear	N.º de estudios	Coste
<ul style="list-style-type: none"> - Gammagrafías. - PET-TC. - Otros. 		
Otras pruebas diagnósticas	N.º de estudios	Coste
<p>Alergia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pruebas alérgicas. <p>Cardiología:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ECG. - Ecocardiografía / Eco doppler. - Ergometría. - Holter. - Otros (excluye hemodinámica y electrofisiología). <p>Digestivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gastroskopias. - Colonoscopias. - Otros. <p>Ginecología:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ecografías. - Colposcopias. - Otros. <p>Neumología:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bronoscopias. 		

Otras pruebas diagnósticas	N.º de estudios	Coste
– 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. Otros*.		

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

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

Hospital de Día*	N.º de pacientes	N.º de sesiones / días**	Coste
<ul style="list-style-type: none"> - Oncohematológico. - Psiquiatría. - Otros. 			
Hospitalización a domicilio. <ul style="list-style-type: none"> - Hospitalización a domicilio. 			

* 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

Actividad	N.º de urgencias	Coste
<ul style="list-style-type: none"> - 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

Actividad	N.º	Coste
Cirugía mayor. <ul style="list-style-type: none"> 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. <ul style="list-style-type: none"> 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

Procedimientos	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		
Otros*		

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

2. Información sobre asistencia sanitaria transfronteriza. La entidad facilitará a MUFACE, con periodicidad trimestral, un archivo en soporte informático en el que se hará constar la siguiente información:

- a) Prestaciones que no requieren autorización previa: indicando tipo de prestación, número de pacientes, y coste de la prestación e importe reembolsado.
- b) Prestaciones que requieren autorización previa: indicando tipo de prestación, número de pacientes, y coste de la prestación e importe reembolsado.

3. Registro de CMBD.

3.1 El Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada, con base en el conjunto mínimo básico de datos (RAE-CMBD), constituye la mayor base de datos sobre pacientes hospitalizados y la principal fuente de información sobre morbilidad atendida. El registro tiene naturaleza administrativa y se integra en el Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud previsto en el artículo 53 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Conforme a lo previsto en el artículo 20 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, la estructura y demás información relevante del «Fichero de Datos CMBD, creado por MUFACE figura en la Orden HAP/2478/2013, de 20 de diciembre, por la que se regulan los ficheros de datos de carácter personal existentes en el departamento y en determinados organismos públicos adscritos al mismo.

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

La entidad facilitará a MUFACE los datos del CMBD, para su posterior explotación y análisis por MUFACE, en soporte informático y a través de la aplicación informática

específica existente en el del Portal de entidades de la página web de la Mutualidad, siguiendo según el formato y las instrucciones que en el mismo figuran establece dicha aplicación.

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

3.3 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
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

3.4 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.

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).

3.5 Descripción de los campos.

3.5.1 Identificación de la Mutualidad: Campo alfanumérico de 2 posiciones. Se refiere a la Mutualidad a la que pertenece el beneficiario que ha recibido la asistencia sanitaria. Se pondrá el código 60.

3.5.2 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.

3.5.3 Identificación del hospital: Centro sanitario en el que se presta la atención sanitaria:

Campo alfanumérico de 6 posiciones.

Código que figura en el catálogo nacional de hospitales.

3.5.4 Código postal del domicilio del paciente:

Campo alfanumérico de 5 posiciones.
Código postal del domicilio habitual del paciente.

3.5.5 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.

3.5.6 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.

3.5.7 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.

3.5.8 Sexo del paciente:

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

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

3.5.9 Tipo de contacto: 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: Atención realizada tras el ingreso de un paciente en una cama de hospitalización. Quedan excluidas de esta modalidad las sesiones de diálisis, las sesiones en hospital de día, la atención en las camas de observación en urgencias, así como la permanencia en el hospital de los recién nacidos sanos y el resto de contactos de otras modalidades asistenciales.

Los contactos de hospitalización se computarán al alta hospitalaria.

No se incluirán los episodios de hospitalización con cero días de estancia excepto los casos que hayan finalizado con motivo de alta de fallecimiento, traslado o alta voluntaria.

2. Cirugía Mayor Ambulatoria: Se considerarán como tal las intervenciones quirúrgicas realizadas bajo anestesia general, local, regional o sedación que requieren cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración por lo que no necesitan ingreso hospitalario y en las que está previsto el alta de forma inmediata o a las pocas horas de la intervención. Como referencia se considerarán para su inclusión en esta categoría y de acuerdo con los criterios del Manual de definiciones de la Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada todas las intervenciones quirúrgicas ambulatorias realizadas en quirófano.

En el caso de que el paciente haya permanecido ingresado en el centro sanitario durante más de veinticuatro horas, se considerará como episodio de «hospitalización».

3.5.10 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.

Fecha registrada en admisión o en los servicios asistenciales del centro sanitario e identifica la llegada del paciente a la modalidad asistencial (tipo asistencial).

3.5.11 Circunstancias de la atención: Campo numérico con 1 posición. Se codificará en las siguientes categorías:

1. No programado: Contacto no previsto con anterioridad que surge y se realiza de forma inesperada para el centro sanitario y por tanto no previsto y planificado con anterioridad.-
2. Programado: Contacto previsto con anterioridad, y que se ha concertado con antelación una fecha y/u hora para su realización.
9. Desconocido.

3.5.12 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 se produce el fin del contacto.

3.5.13 Tipo de alta: Campo numérico de 1 posición. Se entiende por circunstancia de alta el destino del paciente tras la finalización del contacto.

Se codificará en las siguientes categorías:

1. Domicilio: Cuando el paciente regresa a su domicilio habitual o cuando se vuelve al centro que constituía su residencia habitual antes del ingreso/contacto.
2. Traslado a otro hospital: Se asignará este código cuando el destino del paciente sea otro centro hospitalario
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: Cuando el paciente se traslada a un centro que sustituye al propio domicilio y que tiene la consideración de sociosanitario en el ámbito que tiene la atención.
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.

3.5.14 Servicio de alta:

Campo alfabético de 3 posiciones.

Servicio responsable de la firma del alta hospitalaria.

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

3.5.15 Diagnóstico principal: Campo alfanumérico 7 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.

La codificación de esta variable se realizará con la Clasificación Internacional de Enfermedades 10.^a revisión, modificación clínica para diagnósticos (CIE10ES-diagnósticos) y cuyo número de revisión y edición vigente para cada año será la oficial del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Se grabará el código de la CIE10ES incluyendo el punto en el lugar correspondiente.

3.5.16 Diagnósticos secundarios: Campo alfanumérico 7 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 Clasificación Internacional de Enfermedades 10.^a revisión, (CIE10ES diagnósticos) y cuyo número de revisión y edición vigente para cada año será

la oficial del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad incluyendo los apéndices de códigos E relativos a las causas externas de lesiones e intoxicaciones.

Se puede trabajar hasta con 14 diagnósticos secundarios.

Se grabará el código de la CIE10ES incluyendo el punto en el lugar correspondiente.

3.5.17 Códigos de morfologías de las neoplasias: Campo alfanumérico de 7 posiciones. Recogerá el tipo histológico de la/s neoplasia/s y su comportamiento.

Se utilizará la codificación de la versión en vigor de la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIEO)

Se puede trabajar hasta con 2 códigos de morfología.

3.5.18 Procedimientos realizados en el centro sanitario: Campo numérico de 7 posiciones. Procedimientos realizados en el centro sanitario que requieren recursos materiales y humanos especializados, que implican un riesgo para el paciente o que, relacionados con el diagnóstico principal, resultan relevantes para su estudio o tratamiento.

Se puede trabajar hasta con 20 procedimientos.

Se codificará con la CIE10ES para procedimientos (CIE10ES-procedimientos) y cuyo número de revisión y edición vigente para cada año será la oficial del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Se grabará el código de la CIE10ES incluyendo el punto en el lugar correspondiente.

3.5.19 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.

3.6 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.

Los sistemas informáticos del hospital o centro sanitario concertado deberán ser adaptados, en caso necesario, para la adecuada obtención de los datos solicitados, en el orden y en los formatos adecuados, 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.

4. Registro de medios sanitarios.

4.1 La información de los medios propios y concertados que las entidades ofertan para prestar el servicio de asistencia sanitaria a los 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.

4.2 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	Long.	Descripción
cif_nif	cif_nif	9	CIF, NIF o NIE del profesional.
apellido1_profesional	texto	50	Primer apellido del profesional.
apellido2_profesional	texto	50	Segundo apellido del profesional.
nombre_profesional	texto	50	Nombre del profesional.
colegiado	colegiado	9	Número de colegiado. Obligatorio únicamente si «actividad_profesional=1» (médico).
provincia	provincia	2	Código de la provincia donde se realiza la actividad profesional.
municipio	municipio	6	Código INE del municipio donde se realiza la actividad profesional.
especialidad	especialidad	3	Código de especialidad según CMBD/SIFCO (RD 1093/2010). Obligatorio únicamente si «actividad_profesional=1» (médico).
especialista	texto	75	Nombre literal de la especialidad. Obligatorio únicamente cuando el campo «especialidad» sea igual a ZZZ.
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	cif	9	CIF del centro sanitario donde ejerce la actividad profesional.
clinica_centro	texto	150	Denominación de la clínica u hospital donde el profesional desempeña su actividad. Obligatorio si se ha rellenado el campo «cif_centro».
direccion_tipovia	tipo_via	5	Código del tipo de vía (calle, plaza, avenida, glorieta, etc.) de la clínica u hospital donde el profesional desempeña su actividad.
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	codigo_postal	5	Código postal del municipio donde está ubicado el centro hospitalario.
correo_electronico	correo_electronico	60	Dirección de correo electrónico del profesional.
telefono	telefono	9	Teléfono de contacto del profesional.
equipo_informatico	si/no	1	Disponibilidad de equipo informático: S = Sí, N = No.
firma_electrónica	si/no	1	Disponibilidad de firma electrónica en la consulta: S = Sí, N = No.
lector_dnie	si/no	1	Disponibilidad de lector de DNI electrónico en la consulta: S = Sí, N = No.
prescripcion_receta	si/no	1	Indica si puede prescribir receta o no: S = Sí, N = No.

4.3 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	Long.	Descripción
hospital	hospital	6	Código del hospital según el Catálogo Nacional de Hospitales.
clínica_hospital	texto	150	Denominación de la clínica u hospital.
provincia_código	provincia	2	Código de la provincia.
provincia_nombre	texto	150	Nombre de la provincia.
municipio_código	municipio	6	Código INE del municipio.
municipio_nombre	texto	150	Nombre del municipio.
lista_atención_especializada	lista_atención_especializada	—	Lista de cartera de servicios de atención especializada de la clínica u hospital.
campo	Tipo	Long.	Descripción

Campo	Tipo	Long.	Descripción
hospital	hospital	6	Código del hospital según el Catálogo Nacional de Hospitales.
clínica_hospital	texto	150	Denominación de la clínica u hospital.
provincia_código	provincia	2	Código de la provincia.
provincia_nombre	texto	150	Nombre de la provincia.
municipio_código	municipio	6	Código INE del municipio.
municipio_nombre	texto	150	Nombre del municipio.
lista_atención_especializada	lista_atención_especializada	—	Lista de cartera de servicios de atención especializada de la clínica u hospital.

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

Campo	Tipo	Long.	Descripción
cif_nif	cif_nif	9	CIF, NIF o NIE del centro.
clinica_centro	texto	150	Denominación del centro.
provincia	provincia	2	Código de la provincia.
municipio	municipio	6	Código INE del municipio.
tipo_centro_sinint	tipo_centro_sinint	5	Código del tipo de centro sin internamiento.
direccion_tipovia	tipo_via	5	Código del tipo de vía (calle, plaza, avenida, glorieta, etc.).
dirección_nombrevia	texto	150	Nombre de la vía donde se halla situado el centro.
dirección_numero	texto	3	Número de la vía donde se halla situado el centro.
localidad	texto	150	Localidad donde se halla situado el centro.
codigo_postal	codigo_postal	5	Código postal.
correo_electronico	correo_electronico	60	Dirección de correo electrónico del centro.
telefono	telefono	9	Teléfono del centro.
fax	telefono	9	Fax del centro.
lista_oferta_servicios	lista_oferta_servicios	—	Lista de la oferta de servicios del centro.

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

Campo	Tipo	Long.	Descripción
provincia	provincia	2	Código de la provincia de la delegación provincial de la entidad.
municipio	municipio	6	Código INE del municipio de la delegación provincial de la entidad.
propia	si/no	1	Indica si la entidad dispone de delegación propia o no. S = Sí, N = No.
nombre_responsable	texto	50	Nombre de la persona responsable de la delegación.
apellido1_responsable	texto	50	Primer apellido de la persona responsable de la delegación.
apellido2_responsable	texto	50	Segundo apellido de la persona responsable de la delegación.
direccion_tipovia	tipo_via	5	Código del tipo de vía (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	codigo_postal	5	Código postal de la delegación provincial de la entidad.
telefono	telefono	9	Teléfono de la delegación provincial de la entidad.
fax	telefono	9	Número de fax de la delegación provincial de la entidad.
telefono_ambulancias	telefono	9	Teléfono de ambulancias de la entidad.

5. 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, asistencia sanitaria transfronteriza, 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 7.8, en este Anexo se establece la tipificación de los incumplimientos por la entidad de las obligaciones definidas en las cláusulas 1.5, 1.6, 3.4.1, 3.6, 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 la entrega por la entidad del documento de identificación para el acceso a la asistencia

1.2.1 La tipificación del incumplimiento de las obligaciones previstas en la cláusula 1.5, en relación con la entrega de la tarjeta sanitaria o del documento provisional para el acceso inmediato a los servicios de los beneficiarios desde el momento del alta y con la inclusión en la tarjeta del teléfono 900.../800... de atención de urgencia y emergencia, 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 beneficiario reciba asistencia en medios correspondientes al nivel de Atención Primaria.

b) Se considerará incumplimiento grave:

1. Si el retraso en la entrega del documento provisional impide que el beneficiario reciba asistencia en medios incluidos en el nivel de Atención Especializada, excepto hospitalización.

2. Si después de emitido el certificado previsto en la cláusula 1.5.4, se ha facturado a MUFACE el importe de una asistencia de Atención Primaria.

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

c) Se considerará incumplimiento muy grave:

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

2. Si después de emitido el certificado previsto en la cláusula 1.5.4, se ha facturado a MUFACE el importe de una asistencia de Atención Especializada, excepto hospitalización.

3. Si la tarjeta no es enviada en el plazo estipulado en la cláusula 1.5.1 o si en ella no consta el teléfono 900.../800... de atención de urgencia y emergencia.

4. La reiteración de tres incumplimientos graves.

1.2.2 En el supuesto previsto en el punto 1.2.1 a), el importe de la compensación económica será de hasta 1.000 euros; en los supuestos previstos en el punto 1.2.1 b), será una cantidad entre 1.001 y 2.000 euros y en los supuestos previstos en el punto 1.2.1 c) será una cantidad entre 2.001 y 3.000 euros.

1.3 Publicidad indebida.

1.3.1 La tipificación del incumplimiento de las obligaciones previstas en la cláusula 1.6 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. La publicidad de la oferta de servicios de una entidad dirigida a colectivos profesionales específicos.

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

3. Cuando la entidad utilice el logotipo o algún otro identificativo de MUFACE o de la Administración General del Estado en cualquier tipo de campaña publicitaria.

4. La reiteración de tres incumplimientos leves.

c) Se considerará incumplimiento muy grave:

1. 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. La reiteración de tres incumplimientos graves.

1.3.2 En el supuesto previsto en el punto 1.3.1.a), el importe de la compensación económica será de hasta 10.000 euros; en los supuestos previstos en el punto 1.3.1.b), será una cantidad entre 10.001 y 25.000 euros y en los supuestos previstos en el punto 1.3.1.c) será una cantidad entre 25.001 y 50.000 euros.

1.4 Diferencias de trato.

1.4.1 La tipificación del incumplimiento de las obligaciones previstas en la cláusula 3.1.8 y el importe de la compensación económica se determinarán de acuerdo a los siguientes criterios:

a) Se considerará incumplimiento leve cuando MUFACE tenga constancia de quejas de beneficiarios por haber recibido un trato diferente al resto de usuarios en un centro sanitario concreto en un volumen que no exceda del 5% del colectivo del municipio donde esté ubicado dicho centro.

b) Se considerará incumplimiento grave:

1. Cuando el porcentaje al que se hace referencia en el apartado a) supere el 5% y no exceda del 20%.

2. Cuando se hayan cometido incumplimientos leves en tres o más centros de un mismo municipio.

3. Cuando se hayan acumulado incumplimientos leves en tres o más municipios de la misma provincia.

c) Se considerará incumplimiento muy grave:

1. Cuando el porcentaje al que se hace referencia en el apartado a) exceda del 20%.

2. Cuando la entidad haya sido sancionada por incumplimiento grave y en el plazo de un mes no haya realizado acciones encaminadas a corregirlo.

1.4.2 En el supuesto previsto en el punto 1.4.1.a), el importe de la compensación económica será de hasta 10.000 euros; en los supuestos previstos en el punto 1.4.1.b),

será una cantidad entre 10.001 y 25.000 euros, y en los supuestos previstos en el punto 1.4.1.c) será una cantidad entre 25.001 y 50.000 euros.

1.5 Transferencia de riesgo.

1.5.1 La tipificación del incumplimiento de la obligación prevista en la cláusula 3.1.9 y el importe de la compensación económica se determinarán de acuerdo a los siguientes criterios:

a) Se considerará incumplimiento leve cuando MUFACE tenga constancia de que se ha producido un cambio por el mutualista de entidad de adscripción, debido a la realización por su entidad originaria de cualquier acción prevista en la cláusula 3.1.9, por patología distinta a las referidas en las letras b) y c).

b) Se considerará incumplimiento grave cuando MUFACE tenga constancia de que se ha producido un cambio por el mutualista de entidad de adscripción, debido a la realización por su entidad originaria de cualquier acción prevista en la cláusula 3.1.9, por patología crónica relacionada con la edad.

c) Se considerará incumplimiento muy grave cuando MUFACE tenga constancia de que se ha producido un cambio por el mutualista de entidad de adscripción, debido a la realización por su entidad originaria de cualquier acción prevista en la cláusula 3.1.9, por patología relacionada con un proceso oncológico, psiquiátrico o proceso renal que requiera diálisis.

1.5.2 En el supuesto previsto en el punto 1.4.1 a), el importe de la compensación económica será de hasta 10.000 euros; en los supuestos previstos en el punto 1.4.1 b), será una cantidad entre 10.001 y 25.000 euros, y en los supuestos previstos en el punto 1.4.1.c) será una cantidad entre 25.001 y 50.000 euros.

1.6 Falta de garantía del principio de continuidad asistencial.

1.6.1 La tipificación del incumplimiento de las obligaciones previstas en la cláusula 3.6 en relación con la falta de garantía de la continuidad asistencial y el importe de la correspondiente compensación económica se determinarán de acuerdo a los siguientes criterios:

a) Se considerará incumplimiento leve si la entidad no garantiza la continuidad asistencial de algún beneficiario en el supuesto previsto en la cláusula 3.6.1, salvo para los procesos oncológicos, psiquiátricos y pacientes con insuficiencia renal que precisen diálisis.

b) Se considerará incumplimiento grave:

1. Si la entidad no garantiza en procesos oncológicos, psiquiátricos y pacientes con insuficiencia renal que precisen diálisis la continuidad asistencial de algún beneficiario en el supuesto previsto en la cláusula 3.6.1.

2. Si la entidad no garantiza la continuidad asistencial de algún beneficiario en el supuesto previsto en la cláusula 3.6.2, salvo para los procesos oncológicos, psiquiátricos y pacientes con insuficiencia renal que precisen diálisis.

3. Si la entidad no garantiza la continuidad asistencial de algún beneficiario en el supuesto previsto en la cláusula 3.6.4, salvo para los procesos oncológicos, psiquiátricos y pacientes con insuficiencia renal que precisen diálisis.

4. La reiteración de tres incumplimientos leves.

c) Se considerará incumplimiento muy grave:

1. Si la entidad no garantiza en procesos oncológicos, psiquiátricos y pacientes con insuficiencia renal que precisen diálisis la continuidad asistencial de algún beneficiario en el supuesto previsto en la cláusula 3.6.2.

2. Si la entidad no garantiza en procesos oncológicos y psiquiátricos la continuidad asistencial de algún beneficiario en el supuesto previsto en la cláusula 3.6.4.

3. La reiteración de tres incumplimientos graves.

1.6.2 En el supuesto previsto en el punto 1.5.1 a), el importe de la compensación económica será de hasta 30.000 euros; en los supuestos previstos en el punto 1.5.1 b), será una cantidad entre 30.001 y 45.000 euros y en los supuestos previstos en el punto 1.5.1 c) será una cantidad entre 45.001 y 60.000 euros.

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

1.7.1 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, así como el importe de la compensación económica se determinarán de acuerdo a los siguientes criterios:

a) Se considerará incumplimiento leve:

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

2. Si la denegación corresponde a los medios indicados en los puntos 1.2.C), 1.2.D), 1.2.H), 1.2.I), 1.2.O), 1.3, 1.4 y 1.5 del anexo 5.

b) Se considerará incumplimiento grave:

1. Si la denegación corresponde a medios indicados en los puntos 1.2.A), 1.2.B) (para contingencias profesionales) 1.2.G), 1.2.J), 1.2.K), 1.2.L) 1.2.M), 1.2.N), 1.2.P) y 1.7 del anexo 5.

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

c) Se considerará incumplimiento muy grave:

1. 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. 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.

1.7.2 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 cuando la entidad no emita el informe motivado exigido en la cláusula 5.3.6, o lo haga fuera del plazo establecido en la misma.

b) Se considerará incumplimiento grave:

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

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

c) Se considerará incumplimiento muy grave:

1. El incumplimiento de las obligaciones de la cláusula 5.2.1.e).
2. Cuando la entidad no conteste en los términos y en el plazo de 48 horas establecido en la cláusula 5.3.6.
3. 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.

1.7.3 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.

1.8 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. Si el retraso se produce en la entrega de la información general sobre actividad corresponderá aplicar un 1%.
2. Si el retraso se produce en la entrega de la información sobre asistencia hospitalaria (CMBD) corresponderá aplicar un 1%.

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 1.6, 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, las posiciones mantenidas por MUFACE y la entidad se incluirán en el acta de la Comisión. 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 1.5, 3.1.8, 3.1.9, 3.6, 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, las posiciones mantenidas por MUFACE y la entidad se incluirán en

el acta de la Comisión. En caso de que las posiciones fueran concordantes y el resultado de las mismas fuera que tal incumplimiento se considera como no producido, bastará que este extremo se recoja en el acta aprobada para dar por finalizado el asunto.

En caso de acuerdo con la existencia de un incumplimiento o de desacuerdo de las partes en la Comisión Mixta Nacional, resolverá la Dirección General de MUFACE. 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 Hacienda y Función Pública, de acuerdo con lo previsto en los artículos 112 a 122 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre 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 el punto anterior, tratándose en la reunión de la Comisión Mixta Nacional en cuyo orden del día figure la reclamación del interesado.

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 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, 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 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 todos los objetivos, una vez ponderado el peso asignado a cada uno, y al colectivo adscrito a cada entidad a 1 de febrero.

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, en función al grado de cumplimiento del resto de los objetivos alcanzado por la misma, una vez ponderado el peso asignado a cada uno, y de acuerdo a los criterios de asignación establecidos para el referido objetivo.

2. Criterios de asignación de los incentivos económicos vinculados a los objetivos de calidad.

2.1 Objetivo 1: Desarrollo de los planes elaborados para adecuarse a las estrategias del SNS y Protocolo de Atención a la Urgencia

2.1.1 En el presente ejercicio, se procederá a la evaluación del desarrollo de los planes de Cáncer, Cuidados Paliativos (CP), Ictus, Cardiopatía Isquémica y del Protocolo de Atención a la Urgencia.

2.1.2 Para la aprobación de la evaluación del desarrollo de cada uno de los planes y del Protocolo de Atención a la Urgencia, la puntuación obtenida en cada uno de los indicadores seleccionados no podrá ser en ningún caso inferior al 50% de su puntuación máxima.

La ponderación del objetivo es de un 40 %.

En las tablas 1.1, 1.2 y 1.3 se recogen los indicadores, las metas y la puntuación para la evaluación del desarrollo de los planes de Cáncer, Ictus, Cardiopatía Isquémica, Cuidados Paliativos (CP) y del Protocolo de Atención a la Urgencia para los años 2018 y 2019.

A) Tabla 1.1: Evaluación 2018.

Tabla 1.1 Evaluación 2018

Indicadores	Metas para obtener el incentivo de calidad	Puntuación sobre un total de 150 puntos
Plan de cáncer		
Programa de cribado de cáncer de cérvix	Elaboración y difusión del nuevo programa de cribado de cáncer de cérvix para beneficiarias de entre 25 y 65 años.	25
Programa de cribado de cáncer de colon y recto	Al menos el 25% de los beneficiarios/as de entre 50 y 69 años deberán haber sido invitados a participar en el programa en el período comprendido entre el 1 de noviembre de 2017 y el 31 de octubre de 2018.	25
Plan de ictus		
Evaluación del programa de prevención de cardiovascular	Herramientas de captación de pacientes con riesgo cardiovascular (HTA, DM, obesidad, dislipemias, tabaquismo).	20
	Programas de seguimiento y control de los pacientes de riesgo.	20
Plan de cardiopatía isquémica		
Redes asistenciales del síndrome coronario agudo	Mapa de recursos de hospitales con capacidad de atención de síndrome coronario agudo (fibrinólisis/técnicas hemodinámicas). El 100% de las provincias deben contar con un centro hospitalario de referencia.	20
Plan de cuidados paliativos		
Beneficiarios atendidos por equipos de soporte domiciliario	Al menos el 23% de los beneficiarios que precisen CP en el periodo comprendido entre el 1 de noviembre de 2017 y el 31 de octubre de 2018 serán atendidos en su domicilio por ESD.	20
Protocolo de atención a la urgencia		
Derivación en pacientes con código ictus y código infarto	Programa de derivación por el centro coordinador de urgencias y emergencias en casos de activación de código ictus y código infarto, por provincias.	20

B) Tabla 1.2: Evaluación 2019.

Tabla 1.2 Evaluación 2019

Indicadores	Metas para obtener el incentivo de calidad	Puntuación sobre un total de 150 puntos
Plan de cáncer		
Programa de cribado de cáncer de cérvix	Cobertura del programa de cribado de cáncer de cérvix. Al menos al 10% de las beneficiarias de entre 35 y 65 años deberá habersele realizado una determinación VPH de alto riesgo (VPH-AR).	25
Programa de cribado de cáncer de colon y recto	Al menos el 37% de los beneficiarios/as de entre 50 y 69 años deberán haber sido invitados a participar en el programa en el período comprendido entre el 1 de noviembre de 2018 y el 31 de octubre de 2019.	25

Indicadores	Metas para obtener el incentivo de calidad	Puntuación sobre un total de 150 puntos
Plan de ictus		
Rehabilitación daño cerebral Programa de derivación de pacientes a Unidades de daño cerebral.	Mapa de recursos de rehabilitación en ictus/unidades de daño cerebral en el que conste el número de pacientes atendidos. 10	10
Programa tele-ictus	Análisis de situación y diseño de un programa de tele-ictus.	30
Plan de cardiopatía isquémica		
Redes asistenciales del síndrome coronario agudo	Valoración de los tiempos de reperusión de los pacientes atendidos por código infarto en el periodo comprendido entre el 1 de noviembre de 2018 y el 31 de octubre de 2019.	30
Plan de cuidados paliativos		
Beneficiarios atendidos por equipos de soporte domiciliario	Al menos el 26% de los beneficiarios que precisen CP en el periodo comprendido entre el 1 de noviembre de 2018 y el 31 de octubre de 2019 serán atendidos en su domicilio por ESD.	20

2.2 Objetivo 2: Receta electrónica.

2.2.1 La entidad promoverá el uso e implantación del Sistema de Receta Electrónica de MUFACE entre los profesionales y centros concertados. Mediante Resolución de la Dirección General de MUFACE se fijarán las etapas del proyecto, así como los objetivos a cubrir por las entidades en cada una de ellas.

2.2.2 Para favorecer su uso e implantación, se asigna un 30 % del IAC, para cada año de vigencia del concierto, cuya asignación se efectuará proporcionalmente al grado de cumplimiento de los objetivos fijados en la citada Resolución.

2.3 Objetivo 3: Calidad en la gestión de la entidad.

2.3.1 Fidelidad o permanencia del colectivo en la entidad. Vinculado al eje estratégico de mejora del servicio al mutualista, se asigna un 20 % del IAC, para cada año de vigencia del concierto, cuando el colectivo adscrito a la entidad se mantenga estable y no sufra fluctuaciones a la baja superiores al 15 % con respecto a los últimos tres años, especialmente en el colectivo de mayor edad.

Índice de Permanencia. Se define como la relación entre el número de beneficiarios adscritos a la entidad en el año base con respecto al año anterior. Para su cálculo se tomará el número de beneficiarios adscritos a la entidad a 1 de julio de cada año, según la siguiente fórmula:

$$\text{Índice de permanencia} = \left(\frac{\text{Total beneficiarios año base}}{\text{Total beneficiarios año anterior}} + \frac{\text{Total beneficiarios año base -1}}{\text{Total beneficiarios año anterior}} + \frac{\text{Total beneficiarios año base -2}}{\text{Total beneficiarios año anterior}} \right) / 3$$

Ponderación del objetivo	Ponderación que corresponde al grado de cumplimiento en este objetivo
20%	Permanencia del colectivo de 65 o más años – El total de este incentivo si el Índice de Permanencia es mayor o igual al 90% – Proporcionalmente al cumplimiento de este índice si es inferior al 90%, siempre que sea igual o superior 80%

En el caso de que el presente concierto fuera suscrito por alguna nueva entidad, la cantidad que hubiera correspondido asignar a este objetivo a la citada entidad se trasvasará al incentivo vinculado al objetivo siguiente: Servicios y prestaciones adicionales.

Asimismo, el colectivo que se adscriba a la nueva/s entidad /es será descontando para la evaluación del resto mediante un índice corrector a aplicar al índice de permanencia de las otras entidades.

2.3.2 Servicios y prestaciones adicionales. Vinculado al objetivo de calidad en la gestión de la entidad, se asigna un 10 % del IAC, para cada año de vigencia del concierto, por ofertar al colectivo protegido servicios y prestaciones adicionales relacionados con la prestación de asistencia sanitaria.

Para la evaluación de este objetivo, la entidad presentará, antes del 31 de mayo de cada año, una relación de los servicios y prestaciones adicionales ofertados y las condiciones. Para su valoración será necesario que el servicio o prestación sea totalmente gratuito o cuente con un descuento sustancial respecto del precio ofertado al público en general.

Cada servicio o prestación será puntuado con 1 punto, al que se añadirá otro cualificado si se oferta gratuitamente, y otro más si se trata de alguna prestación incluida en la acción protectora de MUFACE que gestione la Mutualidad directamente.

Ponderación del objetivo	Ponderación que corresponde al grado de cumplimiento en este objetivo
10%	<ul style="list-style-type: none"> - 100% si se alcanzan 9 puntos. - Proporcionalmente a partir de 4 puntos.

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	Porcentaje 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.	Dos semanas, si hay disponible un especialista de la misma especialidad en el municipio correspondiente.	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 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 se detecte e identifique una baja de medios susceptible de constituir un fallo de disponibilidad, conforme a lo estipulado en el punto 3.3 del presente Anexo, la Mutualidad comunicará fehacientemente a la entidad que ha incurrido en un fallo de disponibilidad y le requerirá para que proceda a su subsanación. Cualquier escrito que la entidad dirija a MUFACE, al respecto, producirá efectos desde el día que conste en el registro de entrada del Organismo.

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, el expediente por fallo de disponibilidad se incluirá 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 8.5.2 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 Hacienda y Función Pública en el plazo de un mes, a contar desde el día siguiente de la notificación, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 112 y siguientes de la Ley 39/2015, de 1 de octubre.

ANEXO 9

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

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 y pensión por incapacidad permanente o de los procedimientos de reconocimiento de una gran invalidez o de lesiones permanentes no invalidantes, 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 2 del presente Anexo.

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 3 del presente Anexo. 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.

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.

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 2 del presente Anexo 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.

Las cuantías fijadas en el anexo 10, como compensación máxima por unidad, serán actualizadas conforme a las tarifas que el Instituto Nacional de la Seguridad Social aplique a estos efectos en cada momento.

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)	32,66	Parámetros y cifras de referencia
Perfil Cardíaco	62,40	Parámetros y cifras de referencia
Perfil Hepático	49,01	Parámetros y cifras de referencia
Perfil Reumatológico	48,98	Parámetros y cifras de referencia
Perfil Nefrourológico	59,48	Parámetros y cifras de referencia
Gasometría Arterial	28,35	Parámetros y cifras de referencia
Coagulación	20,00	Parámetros y cifras de referencia
Marcadores Hepáticos Virales	83,45	Parámetros y cifras de referencia
Determinación Carga Viral VIH	104,29	Parámetros y cifras de referencia
Radiografía simple (Tórax o Abdomen)	27,23	Placas en dos posiciones
Radiografías osteo-articular	27,23	Placas en dos posiciones por segmento
Tomografía Axial Computerizada (TAC)	189,46	Placa e informe
Tomografía Axial Computerizada con contraste (TAC + contraste)	215,18	Placa e informe
Resonancia Nuclear Magnética (RNM)	269,33	Placa e informe
Resonancia Nuclear Magnética con contraste (RNM + contraste)	332,63	Placa e informe
Densitometría Ósea	94,91	Informe
Gammagrafía Ósea	128,79	Registro e informe
Ecografía (todas las regiones)	97,70	Informe
Potenciales evocados (visuales; auditivos; somestésicos; cognitivos)	160,15	Informe
Electroencefalograma (EEG)	104,74	Registro e informe
Electromiograma (EMG)	160,06	Registro e informe
Electroneurograma (ENG)	91,61	Registro e informe
Electrocardiograma (ECG)	78,32	Registro e informe
Holter	105,99	Informe
Prueba de esfuerzo convencional (Protocolo de Bruce)	90,02	Informe
Prueba de esfuerzo NO convencional (por ECO de estrés)	110,96	Informe
Prueba de esfuerzo NO convencional por ECO con dobutamina)	71,76	Informe
Prueba de esfuerzo con determinación directa de consumo de O ₂ (Ergoespirometría)	136,46	Informe
Gammagrafía miocárdica (SPECT) con P de Bruce o estimulación farmacológica	238,93	Informe
Eco - Doppler cardiaco	116,51	Grafico; Informe y Datos (Fracción eyección y Gasto)
Eco - Doppler vascular	112,65	Informe
Espirometría forzada	43,47	Registro; Datos (CV; FEV1) en tres tomas
Espirometría forzada con broncodilatación	53,70	Registro; Datos (CV; FEV1) en 3 tomas antes/ después broncodilatación
Difusión alveolo-capilar (DLCO o TLCO)	61,52	Informe y datos
Pletismografía (volúmenes pulmonares)	39,41	Informe y datos

Denominación prueba	Compensación máxima por unidad (euros)	Contenidos
Polisomnografía	390,00	Informe
Campimetría visual digital	89,03	Grafico; Datos e informe
Electroretinograma	101,69	Informe
Electrooculograma	107,16	Informe
Audiometría tonal en cabina	36,50	Grafico ambos oídos con indicación vías aéreas y ósea
Pruebas vestibulares	168,99	Informe
Posturografía	118,34	Informe
Pruebas epicutáneas (contacto)	108,93	Resultado test; Valoración (graduación) de resultados
Informe valoración Neuro - Psicológico	112,62	Informe
Informe de Valoración Psiquiátrica	108,01	Informe escrito
Informe Médico especializado	95,92	Informe escrito
Informe Médico Requerido	104,76	Informe escrito
Balance articular y muscular de: Hombro; Codo o Muñeca por técnica de Biomecánica	321,39	Registro e informe
Balance articular y muscular de: Cadera; Rodilla o Tobillo por técnica de Biomecánica	245,13	Registro e informe
Valoración Funcional de la Capacidad de Marcha por técnica de Biomecánica	430,35	Registro e informe
Balance articular de columna: Cervical; Dorsal o Lumbar por técnicas de Biomecánica	228,80	Registro e informe
Valoración funcional de la Lumbalgia por técnica de Biomecánica	626,46	Registro e informe
Valoración funcional de la Cervicalgia por técnica de Biomecánica	626,46	Registro e informe
Valoración funcional del equilibrio postural, por técnicas de Biomecánica	430,35	Registro e informe
Informe Psicológico-Laboral	112,62	Informe escrito
Informe Valoración Puestos Trabajo (Requerimientos y/o Riesgos)	315,00	Informe escrito

ANEXO 11

Tarifas para el reembolso de los gastos por la asistencia sanitaria transfronteriza

Asistencia sanitaria	Tarifas - (Euros)
1. Asistencia sanitaria en atención primaria	
1.a. Asistencia sanitaria en centro	
Consulta médica.	
Primera consulta médica sin pruebas complementarias	69
Consulta sucesiva médica sin pruebas complementarias	34
Primera consulta médica con pruebas complementarias.	84
Consulta sucesiva médica con pruebas complementarias.	46
Primera consulta médica con enfermería sin pruebas complementarias.	84
Consulta sucesiva médica con enfermería sin pruebas complementarias.	46
Primera consulta médica con enfermería y pruebas complementarias	103
Consulta sucesiva médica con enfermería y pruebas complementarias	59
Consulta odontológica	63
Consulta de enfermería	
Consulta de enfermería con cuidados básicos.	21

Asistencia sanitaria	Tarifas – (Euros)
Consulta de enfermería con cuidados complejos.	29
Consulta de matrona	43
Preparación al parto	45
Intervención quirúrgica menor	90
1.b. Asistencia domiciliaria	
Consulta médica	
Primera consulta médica sin pruebas complementarias	98
Consulta sucesiva médica sin pruebas complementarias	44
Primera consulta médica con pruebas complementarias.	121
Consulta sucesiva médica con pruebas complementarias.	63
Primera consulta médica con enfermería sin pruebas complementarias.	97
Consulta sucesiva médica con enfermería sin pruebas complementarias.	53
Primera consulta médica con enfermería y pruebas complementarias	124
Consulta sucesiva médica con enfermería y pruebas complementarias	64
Consulta de enfermería	
Consulta de enfermería con cuidados básicos.	60
Consulta de enfermería con cuidados complejos.	93
2. Asistencia sanitaria de urgencias	
Urgencia domiciliaria	141
Urgencia ambulatoria	237
Urgencia hospitalaria	
Urgencia general	383
Urgencia Pediátrica	308
Urgencia Gineco-obstétrica	293
Urgencia Traumatológica	393
Urgencia hospitalaria que precisa observación en box / día de estancia y cama ocupada .	331
3. Asistencia sanitaria en atención especializada	
3.a. Consultas externas	
Consultas médicas	
Primera consulta.	155
Consulta sucesiva	78
Consulta de alta resolución	235
Consultas pediátricas	
Primera consulta.	191
Consulta sucesiva	115
Consulta de alta resolución	306
Consultas psiquiátricas.	
Primera consulta.	119
Consulta sucesiva	52
Consulta de alta resolución	146
Consultas quirúrgicas.	
Primera consulta.	101
Consulta sucesiva	60
Consulta de alta resolución	162
3.b. Hospitalización	
Hospitalización de día	
Hospitalización psiquiátrica	86
Hospitalización geriátrica	249
Hospitalización onco-hematológica	908
Hospitalización de infecciosos	472

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos	Tarifas – (Euros)
Ecografía. Esclerosis quística	498
Ecografía. Paaf.trioides y (punción aspiración aguja fina dirigida por eco)	287
Ecografía endoanal-endorrectal	335
Enema opaco	240
Enteroclis	549
Esofagograma	321
Exploración de mama	21
Fistulografía	355
Mamografía	110
Mamografía galactografía	190
Mamografía spot	171
Mamografía P.A.A.F.	138
Mamografía P.A.A.F. con esterotaxia	373
Biopsia percutánea de mama con mamotomo dirigida por esterotaxia	520
Mielografía o radiculografía	206
Mamografía de localización	340
Mamografía neumocistograf.	164
RX CT abdomen y pelvis	343
RX CT angio TAC	310
RX CT biopsia por aspiración (BAP)	722
RX CT columna lumbar C/C	256
RX CT cuerpo entero	343
RX CT hígado S/C	275
RX CT riñón S/C y C/C	343
RX CT tórax hígado suprarrenal.	343
RX CT tórax S/C	149
RX CT tórax y abdomen	343
RX eco alco. paratiroides	240
RX eco alcoho. plexo esplénica	240
RX eco convencional	94
RX eco doppler abdominal	124
RX eco doppler mama	124
RX eco doppler miembro	124
RX eco doppler paratiroide	108
RX eco doppler renal	124
RX eco doppler transultrasónica	124
RX eco intraoperatoria	112
RX eco mama	137
RX eco tórax toracocentesis	115
RX eco tórax	94
RX ecobiopsia mama	373
RX esterotaxia screening	127
RX mamografía especimen mama	340
RX PAAF screening mama	431
RX screening mama	137
RX trasrectal de próstata	95
Scanner CT Cadera	240
Scanner CT Cervical Dorsal	343
Scanner CT Columna Dorsal	243
Scanner CT Columna Lumbar	144
Scanner CT Cráneo Con Contraste	240

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos	Tarifas – (Euros)
Scanner CT Cráneo Esterotaxia	324
Scanner CT Cráneo Sin Contraste	129
Scanner CT Cuello	240
Scanner Ct Hígado Dinámico	275
Scanner CT Hígado-Páncreas	343
Scanner CT Laringe	240
Scanner CT Lumbar Con Contraste	257
Scanner CT Oído Coronal	240
Scanner CT Órbitas Con Contraste	240
Scanner CT Senos	144
Scanner CT Senos Con Contraste	244
Scanner CT Silla Turca/Axial	260
Scanner CT Silla Turca/Coronal	253
Scanner CT Suprarrenales	268
Scanner CT Tórax Contraste	271
Scanner CT Tórax Patron Intermedio	240
Scanner CT Tórax Abdomen	288
Scanner CT Abdomen Contraste	271
Scanner CT C.A.I. Cisternografía	287
Scanner CT C.A.I. Coronal	240
Scanner CT. Columna Cervical	359
Sialografía (digestivo)	352
Sinugrafía	423
Sondaje duodenal	240
Tránsito intestinal	378
Uretrografía	439
Urografía intravenosa	338
Vídeo fluoroscopia	321
Pielografía	287
Densitometría ósea sencilla	90
Densitometría ósea doble	175
Densitometría triple	216
RX.ECO-PAAF (PUN. CON ASP. AG. FINA)	287
PAAF	57
PAAF/ECO	391
PAAF-TAC	507
Radiología convencional	31
Neumocartografía	173
Ecografía con biopsia (solo eco)	101
Estudios con contraste	85
Estudios funcionales cerebrales con RM	586
RMN estudio simple	374
RMN estudio doble	569
RMN estudio triple	764
Plus anestesia RMN	156
Plus de contraste RMN	128
TAC simple	270
TAC doble	214
TAC vascular (angio TAC)	201
Suplemento Anestesia TAC	153
Suplemento Contraste TAC	159
Telerradiografía	151

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos	Tarifas – (Euros)
Medicina nuclear-Oncología	
Angiogammagrafía	92
Cisternogammagrafía	587
Estudio hemodinámico con isótopos	251
Filtrado glomerular	113
Gammagrafía simple	108
Gammagrafía de alta resolución	597
Gammagrafía abdominal divertículo de meckel	159
Gammagrafía cerebral	377
Gammagrafía de mama	296
Gammagrafía esplénica	61
Gammagrafía hepática	105
Gammagrafía infarto de miocardio	148
Gammagrafía ósea	174
Gammagrafía perfusión pulmonar	175
Gammagrafía suprarrenal	617
Gammagrafía testicular	85
Gammagrafía tiroidea	61
Gammagrafía ventilación pulmonar	185
Gammagrafía vías biliares	148
Gammagrafía de glándulas salivares	85
Hematíes marcados	244
Inmunogammagrafía	713
Rastreo con yodo -131-i	180
Rastreo con mibi	354
Reflujo gastro esofágico	140
Renograma	199
Sesión acelerador lineal	43
Test de shiling	120
Tratamiento con 131-i	603
Vaciamiento gástrico	145
Volumen sanguíneo total, celular y plasmático	180
Leucocitos marcados	436
Ibzm	894
Datscan	906
Ventriculografía isotópica	143
Respiratorio-neumología	
Biopsia pleural	197
Difusión alveolo capilar	488
Espiometría simple	41
Espiometría con broncodilatación	92
Gasometría	49
Mantoux	36
Pletismografía	155
Tbd	72
Toracocentesis evacuadora	185
Toracocentesis diagnóstica	151
Broncoscopia enf. Intersticial	375
Broncoscopia neoplasias	626
Broncoscopia enf. Infecciosas	526
Broncoscopia simple	260

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos	Tarifas – (Euros)
Test del sudor	65
Test del ejercicio	104
Test de metacolina	139
Polisomnografía domiciliaria	290
Cirugía general digestivo	
Anoscopias	80
Biopsia ciega de esófago o estómago	88
Biopsia ciega de hígado (eco biopsia hepática)	164
Biopsias (hepáticas, renales, óseas, toracocentesis, etc.) Con ecografía	363
Biopsias (hepáticas, renales, óseas, toracocentesis, etc.) Con TAC	530
Colocación drenaje biliar	884
Dilataciones esofágicas únicas con eder-puerto	729
Extracción cuerpo extraño	1.894
Laparoscopia con o sin biopsia	494
Manometría (esofágica)	308
Manometría rectal	135
Paracentesis	438
Phmetría	290
Polipectomía endoscópica	165
Rectoscopias con o sin biopsia	58
Sonda de gastrostomía endoscópica	540
Urología-exploraciones y cirugía	
Exploración urodinámica (varios)	163
Estudio videourodinámico	274
Flujometría aislada	110
Citoscopia	161
Alergias	
Pruebas alergias a medicamentos (varios)	58
Pruebas epicutáneas (por sesión) (varios)	211
Cirugía maxilofacial	
Ortopantomografía	41
Sialografía	139
Bloqueo intermaxilar	666
Drenaje (absceso)	360
Quistectomía	646
Ginecología-obstetricia	
Amniocentesis	148
Amniocentesis control ecográfico	450
Biopsia corial	77
Citología	29
Ecografía selectiva de malformaciones fetales	43
Ecografía transvaginal	194
Ecografía y diagnóstico prenatal	36
Espermiograma	10
Histerosalpingografía	112
Histeroscopia diagnostica ambulatoria	358
Histerosonografía	139
Microlegrado (biopsia endometrial)	230
Monitorización de la ovulación	119
Punción-citología de masas anexiales	80

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos	Tarifas – (Euros)
Otorrinolaringología	
Audiometría	189
Laringoscopia	123
Pruebas vestibulares	204
Otoemisiones	195
Radiología vascular intervencionista	
Procedimientos diagnósticos	484
Procedimientos terapéuticos	1.733
Angiodinografía abdomen (angiografías dinámicas)	237
Angiodinografía cuello	236
Angiodinografía malformación	237
Angiodinografía mm.ss. (mm.ii.)	416
Angiodinografía varicocele	237
Angiografía diagnóstica medular	2.315
Angiografía pulmonar digital	653
Angiografía renal digital	509
Angiografía pulmonar	1.241
Aortograma abdominal	660
Arteriografía de miembros inferiores	627
Arteriografía estándar de miembro superior	627
Arteriografía bronquial/ (torácica)	638
Arteriografía fistula arteriovenosa	528
Arteriografía mm.ii. (vía) ax/brag	630
Arteriografía mm.ii. (vía femoral) trans	575
Arteriografía selectiva abdominal	715
Arteriografía selectiva carótida	502
Arteriografía tsa vía venosa	723
Arteriografía	908
Cambio de catéter de gastrostomía	738
Cambio de catéter de nefrectomía	380
Cavografía	747
Colangiografía transparietohepática	774
Control de fibrinólisis	618
Control drenaje biliar-endoprótesis	488
Control gastrostomía	395
Control nefrostomía	376
Control shunt porto cava	1.021
Dacriocistografía	3.308
Dilatación biliar	1.435
Dilatación de esófago péptico	1.776
Doppler dinámico	1.202
Doppler MM. II.	219
Doppler MM.SS.	668
Doppler de troncos supraorticós	155
Estudios arterial y venoso	82
Drenaje biliar interno/externo	810
Eco doppler MM.II.	1.252
Ecografía doppler color carot. Bilateral	354
Estudio diagnóstico de hipertensión	1.289
Estudio diagnóstico sangrante	1.069
Fibrinólisis venosa mm.ii.	462

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos	Tarifas – (Euros)
Flebografía espermática	753
Flebografía mm.ss.	642
Flebografías miembros inferiores	520
Rastreo venoso suprarrenal	630
Recolocación catéter de nefrectomía	435
Reparación catéter hickman	513
Reposición catéter	383
Reposición drenaje biliar	533
Retirada catéter hickman	258
Retirada catéter reservorio	268
Retirada catéter venoso central tunelizado	188
Retirada de catéter de gastrostomía	339
Retirada catéter nefrectomía	388
Microbiología	
Biología molecular	94
Cultivos grals. Micol y anaer.	14
Hemocultivos	13
Inmunología infecciosa	10
Micobacterias	20
Urocultivos, coproc, y paras.	5
Virología	43
Cardiología	
Ergometría (prueba de esfuerzo)	177
Holter	175
Ecocardiograma / estudio e informe	108
Ecocardiograma stress farmacológico	376
Eco transesofágico	208
Electrocardiograma	21
Estudio electrofisiología (EEF)	892
Neurofisiología	
Electroencefalograma /simple	130
Eec con privación de sueño	320
Estudio patología del sueño	385
Electroencefalograma con cuantificación	236
Emg electromiografía	155
Emg estudio de plexo nervioso	315
Potenciales evocados - exploración (PEATC)	194
Tratamiento con toxina botulínica (incluye fármaco)	
Distonía cervical - sesión	1.577
Distonía craneal - sesión	264
Distonía extremidades - sesión	607
Otras distonías segmentarias - sesión	825
Inyección toxina botulínica	496
Anatomía patológica	
Citología	83
Biopsia	183
Biopsia hepática transyugular	156
Biopsia preoperatoria	115
Biopsia simple (para pieza quirúrgica mayor)	218
Biopsia simple (para pieza quirúrgica menor)	140
Diagnóstico microscópico electrónico	494

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos	Tarifas – (Euros)
Inmunofluorescencia-estudio	274
Autopsia / necropsia	2.714
Pruebas funcionales	
Campimetría	91
Nistagmograma	257
Tratamiento del dolor	
Anestesia epidural	272
Bloqueo puntos trigger	129
Carga y/o precarga bomba	129
Infiltración subcutánea plus analgesia con presencia de anestesista	161
Tratamiento del dolor	378
Prueba de unidad del dolor	176
Endoscopia	
Ecoendoscopia gástrica	584
Gastroscopia	224
Gastroscopia diagnóstica	175
Gastroscopia terapéutica	105
Ecoendoscopia rectal	526
Colonoscopia	263
Colonoscopia corta diagnóstica y terapéutica	140
Colonoscopia larga diagnóstica y terapéutica	245
Cápsula endoscópica (coste de cápsula aparte)	239
Cápsula endoscópica	976
Colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE)	709
Dilatación esofágica sesión	56
Láserterapia	
Tratamiento con láser oftalmológico en régimen ambulatorio	114
Reparación de retina con láser	352
Láserterapia en malformaciones vasculares congénitas	181
Sesión puva	103
Rehabilitación (por sesión)	18
Actividades y servicios de hemoterapia y transfusión	
Componentes sanguíneos	
Sangre total para transfundir	95
Sangre total cpd- adenina	110
Concentrado de hematíes CPD-adenina	140
Autotransfusión	124
Concentrado de hematíes filtrado	140
Pool de plaquetas filtrado	350
Concentrado de plaquetas de aféresis	400
Pool de plaquetas inactivado	319
Concentrado de plaquetas de aféresis inactivadas	344
Concentrado de plaquetas congeladas	450
Unidad de buffy-coat	15
Plasma fresco congelado inactivado con azul de metileno	50
Plasma fresco congelado cuarentenado	48
Plasma fresco deficiente en iga	70
Unidad de sangre cordón umbilical para investigación	20
Suplementos de los componentes sanguíneos	
Lavado	108
Filtrado	53

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos	Tarifas – (Euros)
Irradiación	27
Fenotipo eritrocitario	32
Fenotipo plaquetario	120
Congelación de hematíes	137
Analítica de inmunohematología	
Grupo abo y rh	14
Estudio de anticuerpos irregulares para trasfudir	35
Fenotipo rh	20
Fenotipo extendido (serología)	80
Genotipo de antígenos eritrocitarios (técnica microarrays)	200
Prueba directa AGH (coombs directo)	53
Estudio de anemia hemolítica autoinmune	113
Estudio anticuerpos antiplaquetarios	126
Estudio anticuerpos antileucocitarios	126
Tipaje de antígenos plaquetarios	105
Tipaje de antígenos leucocitarios	105
Analítica de enfermedades infecciosas	
Determinación anticuerpos anti-vih	12
Determinación de anticuerpos anti-hcv	14
Determinación de ag hbs	11
Confirmatorio anti-vih (BLOT)	57
Confirmatorio anti-hcv (BLOT)	65
NAT para VIH	31
NAT para HCV	30
NAT para HBV	34
NAT VHC+VIH+VHB en POOL	117
Anticore	14
Anti s	15
Anti e	15
Antígeno e	15
Determinación anticuerpos anti-cmv	14
Test reagínico para la sífilis	9
Test confirmatorio para sífilis TPHA	18
Anticuerpos anti T cruzi	20
Anticuerpos malaria	20
Pruebas analíticas de biología molecular	
Tipaje hla baja resolución clase I/(A+B+C)	153
Tipaje hla baja resolución clase I/(A O B O C)	48
Tipaje hla baja resolución clase II (DRB1 + DRB3/4/5)	138
Tipaje hla baja resolución clase II (DRB1 + DRB3/4/5 + DQB1))	125
Tipaje hla baja resolución clase II (DQA1 + DQB1)	65
HLA alta resolución clase I (A+B+C)	275
HLA alta resolución clase II (DRB1 + DRB3/4/5 + DQB1)	280
HLA alta resolución por serie alélica (A O B O C O DRB1 O 3/4/5 O DQB1)	143
Prueba cruzada linfocitaria	20
Escrutinio de anticuerpos anti hla	125
Ica	34
Cuantificación células cd-34	55
Hibridación cromosómica (fish)	88
Ciclo celular	52

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos	Tarifas – (Euros)
Quimerismo post-tmo	115
Reordenamiento clonal sobre DNA	74
Reordenamiento clonal sobre RNA	108
Secuenciación automática de productos de pcr o clones	41
Inmunofenotipo en leucemias agudas y linfomas.	190
Envío muestras de sangre de donantes de médula ósea/dna unidades de cordón	65
Determinación cuantitativa de enfermedad residual	176
Recuento absoluto de leucocitos	17
Pruebas diagnósticas específicas	
Elastometría de transición	211
Medición de niveles farmacológicos en sangre	106
Procedimientos diagnósticos de enfermedades infecciosas	
Cultivo: bacteriológico, micológico,	21
Identificación microorganismos	63
Test de resistencia	211
Recuento celular.	106
Antibiograma	63
Carga viral	79
Otros estudios inmunológicos	21
Laboratorio-hematología (por cada determinación)	
Pruebas de biología molecular.	323
Pruebas de coagulación.	14
Pruebas de hematología	4
Pruebas de serie blanca.	89
Pruebas de serie roja	73
Pruebas de urgencia	7
Fenobarbital	15
Diferil hidantomía	15
Carbamazepina	15
Digoxina	17
Teofilina	15
Barbitúricos.	6
Osmolaridad	11
Pruebas de análisis clínicos, determinaciones hormonas y alergias	8
Pruebas de análisis clínicos, determinaciones de bioquímica	1
Pruebas de análisis clínicos, determinaciones manuales y lípidos	2
Pruebas de análisis clínicos, determinaciones proteínas.	17
Pruebas de análisis clínicos, determinaciones orinas	2
Benzodiacepinas	6
Clozapina	52
Cocaína y metabolitos	5
Diazepam	23
Dopamina	14
Prueba de alcoholemia (etanol)	117
Test del aliento helicobacter pylori	54
Consulta de sintrom	122
Analíticas básicas	
Analítica básica (hemograma, bioquímica y orina)	55
Análisis microbiológico y/o parasitológico básico.	15

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos	Tarifas – (Euros)
Antibiograma	29
Determinación analítica por pcr	94
Hepatitis a, b o c.	76
Hepatitis B completo.	235
Hepatitis C completo	119
HIV	76
HIV completo	119
Perfil bioquímico básico	141
Unidad analítica	20
Test de alcoholemia	72
Detección de drogas de abuso en orina.	59
Confirmación analítica de drogas.	141
Procedimientos especiales	Tarifas – (Euros)
Quimioterapia	
Quimioterapia sesión (coste del fármaco aparte).	151
Sesión de quimioterapia oncológica.	511
Sesión de quimioterapia hematológica.	765
Braquiterapia	
Aplicación de br. Intersticial (boost) de mama alta	712
Aplicación de braquit. Cervix y e. No operado	815
Aplicación de braquit. Endom. Y c. Operado	858
Braquiterapia oftálmica.	8.475
Braquiterapia prostática	12.172
Braquiterapia en otras localizaciones.	827
Braquiterapia consulta	134
Braquiterapia planificación	447
Planificaciones sucesivas.	224
Sesión.	1.117
Braquiterapia nivel I	600
Braquiterapia nivel II.	3.600
Braquiterapia nivel III	8.700
Radioterapia	
Radioterapia (tratamiento completo)	2.645
Radioterapia solo consulta	134
Radioterapia paliativa sencilla nivel I	833
Radioterapia paliativa compleja nivel II	1.753
RT adyuvante nivel III.	3.099
RT radical nivel IV	3.453
RT compleja y tratamientos especiales nivel V	7.500
Sesión-campo de radioterapia superficial	24
Sesión -campo de radioterapia profunda	64
Fisioterapia-rehabilitación	
Sesión no neurológica	22
Sesión neurológica	34
Sesión de rehabilitación	78
Sesión electroterapia con ondas de choque	163

Procedimientos especiales	Tarifas – (Euros)
Sesión cinesiterapia coloproctológica	125
Sesión biofeedback	198
Aerosolterapia (sesión).	23
Estudios genéticos	
Cariotipo sangre	210
Cariotipos de líquido amniótico	334
Cariotipos de biopsia	620
Cariotipos de tejidos	351
Cariotipos de medula ósea	257
Protocolo lig. Amniótico (cultivo y bioquímica)	556
Medicina nuclear	
Shunt	7.873
Sesión acelerador lineal	43
Spect cerebral con anestesia general	510
Spect miocardico	283
Tomografía por emisión de positrones (PET-TAC)	1.143
Pet corporal	1.012
Pet craneal	803
Radiología vascular intervencionista	
Radiocirugía estereotáxica para tumores cerebrales y neuralgia del trigémino	7.653
Radiocirugía estereotáxica de malformaciones arteriovenosas	9.450
Procedimientos diagnósticos	807
Procedimientos terapéuticos	1.331
Angiografía diagnostica medular	2.315
Angioplastia	6.605
Angioplastia MM.II. Distal	2.169
Angioplastia MMSS humeral	2.603
Angioplastia renal	2.841
Angioplastia diagnostica	1.410
Angioplastia terapéutica	5.684
Angioplastia mixta	6.344
Aterotomía (hemodinámica)	4.771
Arteriografía	893
Biopsia hepática	916
Biopsia digestiva	322
Cambio de catéter de gastrostomía	711
Cambio de catéter de nefrostomía	380
Cavografía	747
Colangiografía transparietohepática	774
Colocación catéter hickman	930
Colocación catéter infusión renal	632
Colocación catéter venoso	1.064
Colocación filtro cava vía femoral	2.618
Colocación stent lacrimonasal	3.372
Control catéter hickman	418
Control catéter reservorio	354
Control de fibrinólisis	618
Control drenaje biliar-endoprotesis	488
Control gastrostomía	395

Procedimientos especiales	Tarifas – (Euros)
Control nefrostomía	376
Control shunt porto cava	1.021
Dacriocistografía.	3.308
Dilatación biliar.	1.273
Dilatación de esófago péptico	1.776
Drenaje biliar interno/externo	810
Embolización. Malformación A.V.C.	2.440
Embolización aneurisma cerebral	16.733
Embolización bronquiales.	1.916
Embolización carótida externa	2.266
Embolización espermática	1.161
Embolización esplénica	1.744
Embolización malformación	2.224
Embolización tracto digestivo.	1.975
Embolización hepática	2.682
Endoprótesis cava o vena periférica	2.668
Endoprótesis colon.	3.450
Endoprótesis arterial mmi.	2.916
Endoprótesis biliar	3.033
Endoprótesis cubierta mm	2.086
Endoprótesis uréter	2.894
Estudio diagnóstico de hipertensión.	1.289
Estudio diagnóstico sangrante	1.069
Estudio hemodinámico prentg (hipertensión portal).	1.064
Estudio hemodinámico pulmonar	462
Extracción filtro cava	1.515
Fibrinólisis arterial mm.. . . .	1.954
Fibrinólisis BY PASS	1.997
Fibrinólisis endoprótesis.	3.770
Fibrinólisis venosa MM.II.	462
Gastrostomía percutánea	899
Nefrectomía	1.206
Rastreo venoso suprarrenal	630
Shunt porto cava	7.714
Shunt porto cava percutáneo	6.925
Ultrasonido intravascular	1.614
Embolización arteria hipogástrica.	2.490
Endoprótesis aorta	2.698
Embolización varices esofágicas	2.092
Intento shunt porto cava.	3.279
Control embolización tracto digestivo (sangría).	1.348
Embolización a. Pulmonar	1.917
Angiop.ater.fistula arterioven.	2.332
Embolización tumoral	1.648
Extracción cuerpo extraño RXVI	1.703
Valvuloplastia	4.914
Coronariografía + ACTP.	3.309
Coronariografía + ACTP + aterectomía	6.321
Coronariografía + ACTP + aterectomía + stent	9.834
Coronariografía + ACTP + stent.	7.823

Procedimientos especiales	Tarifas – (Euros)
Cirugía cardíaca infantil	
Válvulas cardíacas con cateterismo	16.785
Válvulas cardíacas sin cateterismo	13.307
Proced.cardiovasculares mayores con cc	10.675
Proced.cardiovasculares mayores sin cc	7.600
Cirugía torácica	
Toracotomía	5.421
Estereotomía	1.960
Toracoscopia + Talcaje	553
Toracot. Axilar resección bulla	1.268
Drenaje pleural	237
Traqueotomía	358
Terapia fotodinámica	1.777
Actividades y servicios de hemoterapia y transfusión	
Unidad de sangre cordón umbilical	21.000
Criopreservación células progenitoras hematopoyéticas	350
Diagnóstico genético molecular	475

CIE-9	Descripción de procedimientos	Tarifas – (Euros)
Procedimientos e intervenciones no clasificados en otra parte		
00.50	Terapia de resincronización (marcapaso)	14.224
00.6	ACTP o AITP o ACETP	2.259
00.6	ACTP + ATRECTOMÍA	5.271
00.6	ACTP + ATRECTOMÍA + STENT	8.784
00.6	ACTP + STENT o AITP o ACETP	5.773
00.6	Aterectomía, filtros de cava	3.066
00.61	Angioplastias, embolizaciones, accesos venosos centrales y extracciones de cuerpos extraños intravasculares	2.618
Operaciones sobre el sistema nervioso		
01.13	Biopsia cerebral estereotáctica	1.331
01.14	Biopsia cerebral	154
01.24	Craneotomía	1.377
01.24	Craneotomía fosa posterior	2.456
03.01	Extracción de cuerpo extraño del conducto espinal	1.473
03.09	Otra exploración y descompresión del conducto espinal	3.024
03.09	Hemilaminectomía	761
03.09	Laminectomía	625
03.09	Laminectomía cervical	1.432
04.07	Otras escisiones o avulsiones de nervios craneales y periféricos sin cc	1.078
04.43	Liberación de túnel carpiano	693
04.44	Liberación de túnel tarsal	983
04.49	Otra descompresión o lisis de adherencia de nervio o ganglio periférico	700
04.92	Implantación sistema completo neuroestimulación	721
Operaciones sobre el sistema endocrino		
06	Procedimientos sobre tiroides	1.500
06	Procedimientos sobre paratiroides	1.100

CIE-9	Descripción de procedimientos	Tarifas – (Euros)
06.3	Tiroidectomía parcial	1.346
06.4	Tiroidectomía total	1.617
06.7	Extirpación de conducto tirogloso.	854
06.81	Paratiroidectomía total	1.475
06.89	Otra paratiroidectomía	1.475
	Operaciones sobre el ojo	
08	Procedimientos extraoculares excepto órbita edad>17	804
08	Procedimientos extraoculares excepto órbita edad<18	601
08.20	Eliminación de lesión de párpado, N. E. O. M	341
08.21	Escisión de chalación	303
08.22	Escisión de otra lesión menor de párpado	341
08.32	Reparación de blefaroptosis por técnica del músculo frontal con suspensión facial	1.061
08.33	Reparación de blefaroptosis por resección o avance de músculo elevador o aponeurosis.	1.061
08.36	Reparación de blefaroptosis por otras técnicas	340
08.38	Corrección de retracción del párpado	1.061
08.4	Reparación entropión o ectropión	261
08.44	Reparación de entropión o ectropión con reconstrucción de párpado	846
08.49	Otra reparación de entropión o ectropión.	786
08.59	Otro ajuste de posición de párpado NEOM	1.061
08.61	Reconstrucción de parpado con colgajo o injerto de piel.	1.205
08.64	Reconstrucción de parpado con colgajo tarsoconjuntival	1.205
08.89	Otra reparación de párpado	786
09.2	Escisión lesión glándula lacrimal	244
09.81	Dacriocistorrinostomía (DCR).	939
09.82	Conjuntivocistorrinostomía	786
10.31	Escisión de lesión o tejido de conjuntiva	616
10.4	Conjuntivoplastia	256
10.41	Reparación de simbléfaron con injerto libre	616
10.42	Reconstrucción de fondo de saco conjuntival con injerto libre.	616
10.44	Otro injerto libre a la conjuntiva	704
10.99	Otra operación sobre conjuntiva ncoc	616
11	Procedimientos intraoculares excepto retina, iris y cristalino	1.024
11.39	Otra escisión de pterigión / escisión de pterigión	412
11.52	Reparación de dehiscencia de herida postoperatoria de córnea	704
11.99	Otra operación sobre cornea ncoc	616
12	Procedimientos primarios sobre iris	873
12.53	Goniotomía con goniopuntura	832
12.59	Otra facilitación de la circulación intraocular	832
12.64	Trabeculectomía desde el exterior	1.356
12.65	Otra fistulización escleral con iridectomía	1.356
12.79	Otros procedimientos de glaucoma	789
13	Procedimientos sobre cristalino con o sin vitrectomía	988
13.2	Extracción extracapsular cristalino, técnica extracción línea	967
13.3	Extracción extracapsular cristalino, técnica simple aspiración e irrigación simple	967
13.8	Extracción de cristalino implantado	967
13.19	Otra extracción intracapsular de cristalino	967
13.41	Facoemulsificación y aspiración de catarata / cataratas/inserción de cristalino protésico	977

CIE-9	Descripción de procedimientos	Tarifas – (Euros)
13.59	Otra extracción extracapsular de cristalino	821
13.64	Diseción de membrana secundaria (después de catarata)	693
13.66	Fragmentación mecánica membrana secundaria (después de catarata)	784
13.69	Otra extracción de catarata / cataratas/inserción de cristalino protésico	809
13.71	Cataratas/inserción de cristalino protésico.	821
13.72	Inserción secundaria de prótesis de cristalino intraocular	967
13.90	Operación sobre cristalino, no clasificada bajo otro concepto	967
13.91	Implantación de prótesis telescópica intraocular	967
14	Procedimientos sobre retina.	1.140
14.22	Destrucción de lesión coriorretinal por crioterapia	967
14.24	Destrucción lesión coriorretinal por fotocoagulación con láser	967
14.52	Otra reparación de desprendimiento retinal con crioterapia	335
14.27	Destrucción lesión coriorretinal por implantación fuente de radiación	967
14.41	Indentación escleral con implantación	1.300
14.49	Otra indentación escleral	1.300
14.6	Extracción material quirúrgicamente implantado, segmento posterior ojo.	967
14.71	Extracción de cuerpo vítreo, acceso anterior	848
14.72	Otra extracción del cuerpo vítreo	848
14.73	Vitrectomía mecánica por acceso anterior	848
14.74	Otra vitrectomía mecánica	1.085
14.75	Inyección de sustituto vítreo (incluida farmacología)	307
14.79	Otras operaciones sobre el cuerpo vítreo	1.600
14.9	Otras operaciones sobre retina, coroides y cámara posterior	1.085
15.3	Operaciones sobre dos o más músculos extraoculares con desprendimiento temporal del globo, uno o ambos ojos	1.085
15.4	Otras operaciones s/dos o más músculos extraoculares, uno o ambos ojos.	1.046
15.7	Reparación de lesión de músculo extraocular	1.046
15.9	Otras operaciones sobre músculos y tendones extraoculares / estrabismo/ operaciones sobre músculos extra-oculares.	810
16	Procedimientos sobre órbita.	1.650
16.0	Operaciones sobre órbita y globo.	307
16.09	Otra orbitotomía	1.220
16.89	Otra reparación de lesión de globo o de órbita	1.220
16.92	Escisión de lesión de órbita	1.220
	Operaciones sobre el oído	
18.21	Escisión de seno preauricular	1.047
18.29	Extirpación de quiste retroauricular	139
18.39	Otra escisión del oído externo ncoc	721
18.5	Corrección quirúrgica de pabellón auricular prominente	1.046
18.79	Otra reparación plástica de oído externo	847
18.9	Otras operaciones sobre el oído externo	721
19.1	Estapedectomía	662
19.3	Otras operaciones sobre la cadena osicular	1.154
19.4	Miringoplastia	1.154
19.6	Revisión de timpanoplastia.	1.154
20.01	Miringotomía con inserción de tubo 606 / miringoplastia. Drenaje transtimpánico.	423
20.01	Miringotomía con inserción de tubo edad >17	1.007
20.01	Miringotomía con inserción de tubo edad <18	604
20.09	Otra miringotomía 606 / miringoplastia. Drenaje transtimpánico	423
20.51	Escisión de lesión de oído medio.	742

CIE-9	Descripción de procedimientos	Tarifas – (Euros)
20.7	Incisión, escisión y destrucción del oído interno	742
20.95	Implantación de prótesis auditiva electromagnética	1.013
20.96	Intervención quirúrgica implante coclear	1.031
	Operaciones sobre la nariz, boca y faringe	
21.30	Polipectomía nasal con biopsia	398
21.32	Polipectomía nasal con biopsia	398
21.5	Resección submucosa del tabique nasal	818
21.6	Turbinectomía	387
21.61	Turbinectomía por diatermia o criocirugía	536
21.69	Otra turbinectomía	536
21.87	Otra rinoplastia	1.062
21.88	Otra septoplastia / tabique nasal desviado/septoplastia	773
22.9	Otra operaciones sobre senos nasales (paranasales)	709
23.1	Extracción de cordales/extracción quirúrgica dental, con sedación	290
23.11	Restos radiculares / extracción de raíz residual	144
23.19	Otra extracción quirúrgica de diente / caninos incluidos	286
23.73	Apicectomía	143
24	Trast. Dentales y bucales excepto extracciones y reposiciones edad <18	1.137
24.2	Gingivoplastia	550
24.3	Otras operaciones sobre encías	426
24.4	Escisión de lesión de maxilar, de origen dentario	467
25.1	Escisión o destrucción de lesión o tejido de lengua	550
25.2	Glosectomía parcial	550
25.91	Frenotomía lingual	550
25.92	Frenectomía lingual / frenotomía	377
26.0	Incisión glándulas o conducto salivar	290
26.29	Otra escisión de lesión de glándula salival	821
26.30	Sialoadenectomía, n. E. O. M.	619
26.31	Sialoadenectomía parcial	821
26.99	Procedimientos sobre glándulas salivares excepto sialoadenectomía	694
27	Procedimientos misceláneos sobre oído, nariz, boca y garganta	1.171
27	Otros diagnósticos de oído, nariz, boca y garganta edad >17	1.548
27	Otros procedimientos quirúrgicos sobre oído, nariz, boca y garganta	1.682
27.31	Escisión local o destrucción lesión o tejido del paladar óseo	550
27.4	Procedimientos sobre boca sin cc	979
27.41	Frenectomía labial	341
27.42	Escisión amplia de lesión de labio	798
27.43	Otra escisión de lesión o tejido de labio	550
27.49	Otra escisión de boca	550
27.54	Reparación de labio fisurado	868
27.62	Corrección de paladar fisurado	868
27.64	Inserción de implante de paladar	893
27.69	Otra reparación plástica de paladar	550
27.7	Resección parcial paladar. Uvuloplastia	398
27.92	Incisión de cavidad bucal, estructura no especificada	977
28.0	Incisión y drenaje de amígdala y estructuras periamigdalinas	853
28.2	Amigdelectomía sin adenoidectomía	541
28.3	Amigdelectomía con adenoidectomía	574
28.6	Adenoidectomía sin amigdalectomía	562
28.99	Otras operaciones sobre amígdalas y adenoides (con láser)	539

CIE-9	Descripción de procedimientos	Tarifas – (Euros)
28.99	Proced. S. Amígdalas y adenoides excepto amigdalectomía y/o adenoidectomía solo, edad>17.....	828
28.99	Proced. S. Amígdalas y adenoides excepto amigdalectomía y/o adenoidectomía solo, edad<18.....	675
28.99	Proced. S. Amígdalas y adenoides excepto amigdalectomía y/o adenoidectomía solo, edad>17.....	831
28.99	Proced. S. Amígdalas y adenoides excepto amigdalotomía y/o adenoidectomía solo, edad<18.....	713
29.2	Escisión de quiste o vestigio de hendidura branquial.....	1.415
26.21	Drenaje (absceso).....	360
26.29	Quistectomía.....	646
29.39	Otra escisión o resección de lesión o tejido de la faringe.....	445
29.52	Cierre de fístula de hendidura branquial.....	1.099
26.99	Parotidectomía.....	934
Operaciones sobre el aparato respiratorio		
30.09	Otra escisión o destrucción de lesión o tejido de laringe / escisión o resección lesión o tejido de laringe.....	612
30.22	Cordectomía vocal.....	1.013
31.3	Otra incisión de laringe o tráquea.....	1.000
31.42	Laringoscopia y otra traqueotomía.....	463
33	Otros procedimientos quirúrgicos de aparato respiratorio sin cc.....	3.155
31.69	Colocación de prótesis en vías respiratorias.....	3.012
31.7	Colocación de prótesis traqueobronquial.....	2.217
33	Biopsia (neumología).....	302
Operaciones sobre el aparato cardiovascular		
35.20	Rec. Valvular mitro-aórtico.....	12.770
35.22	Recambio valvular aórtico.....	7.834
35.24	Recambio válvula mitral.....	12.775
36.03	Endarterectomía carotídea.....	1.441
36.10	By pass aorto coronario.....	8.145
37.23	Trast. Circulatorios excepto iam, con cateterismo sin diag. Complejo.....	1.150
37.24	Biopsia endomiocárdica.....	1.456
37.33	Ablación cardíaca.....	5.206
37.34	Ablación de arritmia con navegador.....	9.225
37.80	Implant. Marcapasos card. Perm. Sin lam, F. Cardíaco, shock, desfib. o sust. Generador.....	5.905
37.85	Sustitución cualquier tipo marcapasos aparato de cámara única, no especificado ritmo sensible.....	3.401
37.86	Sustitución cualquier tipo marcapasos con apar. Cámara única, ritmo sensible.....	3.401
37.87	Sustitución cualquier tipo marcapasos con dispositivo de cámara doble.....	4.846
37.89	Revisión de marcapasos cardíaco excepto sustitución de generador.....	3.400
37.89	Revisión de marcapasos cardíaco sustitución de generador.....	4.158
38.5	Ligadura y stripping de venas.....	973
38.50	Ligadura y extirpación de v. Varicosas sitio no especificad.....	837
38.59	Ligadura y extirpación de varices v. De miembros inferiores.....	1.043
38.69	Otra escisión de venas de miembros inferiores.....	1.017
38.89	Otra oclusión quirúrgica de venas de miembros inferiores.....	1.017
38.95	Cateterismo venoso para diálisis renal.....	661
39	Otros procedimientos quirúrgicos de aparato circulatorio.....	1.215
39	Procedimientos hemodinámicos diagnósticos.....	2.420

CIE-9	Descripción de procedimientos	Tarifas – (Euros)
39	Procedimientos hemodinámicos terapéuticos	4.460
39	Hemodinámica portal	904
39.27	Arteriovenostomía para diálisis renal / fístula arteriovenosa/favi	907
39.29	By pass femoro popliteo	1.675
39.42	Revisión de derivación arteriovenosa para diálisis renal	917
39.43	Extracción de desviación arteriovenosa para diálisis renal	1.429
39.5	Otra reparación de vasos	2.152
39.53	Reparación de fístula arteriovenosa	1.492
39.59	Otras operaciones de vaso: arterioplastia y otros	2.152
39.92	Inyección de agente esclerosante en vena	103
39.95	Hemodiálisis en régimen ambulatorio paciente/mes	3.610
39.95	Hemodiálisis en régimen ambulatorio sesión	251
	Operaciones sobre el sistema hemático y linfático	
40.21	Escisión de nódulo linfático cervical profundo	1.009
40.23	Escisión de nódulo linfático axilar.	1.009
40.29	Escisión simple de otra estructura linfática / extirpación simple de otra estructura linfática	438
40.3	Escisión de nódulo linfático regional	1.009
	Operaciones sobre el aparato digestivo	
42.81	Colocación de prótesis de tubo digestivo	1.255
42.92	Dilataciones esofágicas únicas con eder-puerto	729
43	Gastrostomías percutáneas. Sonda nasoyeyunal de alimentación enteral	1.610
43.1	Gastrostomía	700
43.11	Sonda de gastrostomía endoscópica	540
44.13	Gastroscoopia sin biopsia	100
44.14	Gastroscoopia con biopsia + informe anatomopatológico	150
44.39	Gastroenterostomía (proced.integral.c.bariatrica)	4.042
44.66	Proc. Para creación de competencia a esfínter esof./gástr.	1.515
44.66	Gastroplicatura endoscópica	2.715
45.23	Colonostomía sin biopsia	190
45.25	Colonostomía con biopsia + informe anatomopatológico	240
45.42	Polipectomía endoscópica del intestino grueso	243
45.7G	Colectomía laparoscópica	2.917
45.79	Otra escisión parcial de intestino grueso y otras no especificadas	4.901
48.35	Escisión local de lesión o tejido rectal	789
48.5	Resección anterior de recto	2.009
48.6	Otra resección de recto	652
48.6	Sigmoidectomía+histerectomía	3.359
48.7	Reparación de recto	789
49	Procedimientos sobre ano y enterostomía sin cc.	682
49.11	Fistulotomía anal	789
49.12	Fistulectomía anal	596
49.3	Extirpación local o eliminación (destrucción) de otra lesión o tejido de ano (fisura anal/fisurectomía anal).	500
49.39	Otra escisión local o destrucción de lesión o tejido anal	789
49.45	Ligadura de hemorroides	789
49.46	Escisión de hemorroides / hemorroides/hemorroidectomía	764
49.59	Otra esfínterotomía anal	844
49.6	Escisión de ano	591
49.79	Otra reparación de esfínter anal	591

CIE-9	Descripción de procedimientos	Tarifas – (Euros)
49.92	Inserción o implante de estimulador anal eléctrico.	753
49.99	Otra operación sobre ano ncoc	591
50.11	Biopsia hepática	567
50.11	Biopsia hepática percutánea	1.629
50.13	Biopsia hepática transyugular	3.394
50.94	Embolización hepática para sustancia terapéutica (alcoholización)	3.162
50.99	Cateterismo hepático diagnóstico y terapéutico.	2.106
51.10	Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica con inserción de stent	761
51.2	Colecistectomía +vagotomía +gastroenterostomía	2.255
51.22	Colecistectomía	1.337
51.23	Colecistectomía laparoscópica.	1.337
51.23	Colecistectomía laparoscópica sin explorac. Conducto biliar sin cc	1.523
51.36	Colocación drenaje biliar / coledocoenterostomía	1.591
51.86	Colocación de prótesis colédoco-pancreáticas	3.012
51.88	Extracción percutánea de cálculos biliopancreáticos	1.024
52.41	Duodeno pancreatomectomía	2.830
53	Procedimientos sobre hernia excepto inguinal y femoral edad>17 con cc	1.391
53	Procedimientos sobre hernia excepto inguinal y femoral edad>17 sin cc	901
53	Procedimientos sobre hernia inguinal y femoral edad>17 con cc	1.169
53	Procedimientos sobre hernia inguinal y femoral edad>17 sin cc.	767
53	Procedimientos sobre hernia edad<18.	845
53.0	Reparación unilateral de hernia inguinal	844
53.1	Reparación bilateral de hernia inguinal	1.020
53.2	Reparación unilateral de hernia crural	724
53.3	Reparación bilateral de hernia crural	905
53.4	Reparación de hernia umbilical	910
53.49	Reparación hernia umbilical	740
53.5	Reparación de otra hernia de la pared abdominal anterior sin injerto ni prótesis	910
53.51	Reparación hernia incisional (eventración)	878
53.6	Reparación de otra hernia de la pared abdominal anterior con injerto o prótesis	1.092
54	Otros procedimientos quirúrgicos sobre aparato digestivo sin cc	1.455
54.3	Escisión o eliminación de lesión o tejido de pared abdominal u ombligo.	615
54.11	Laparotomía exploratoria	839
54.19	Otra laparotomía.	727
54.21	Laparoscopia	773
54.21	Laparoscopia exploratoria más colostomía	998
54.92	Extracción de cuerpo extraño de la cavidad peritoneal	916
54.93	Creación de fístula cutáneo-peritoneal.	916
	Operaciones sobre el aparato urinario	
55.01	Nefrolitotomía percutánea	340
55.23	Biopsia renal.	568
55.5	Nefrectomía	1.031
55.9	Otros procedimientos quirúrgicos sobre riñón y tracto urinario	1.535
56.0	Extracción transuretral de obstrucción de uréter y pelvis renal	1.049
56.0	Extracción percutánea de cálculos urinarios	3.012
56.3	Procedimientos diagnósticos en uréter	898
57.18	Otra cistotomía suprapúbica.	952
57.19	Otra cistotomía	756
57.4	R.T.U. vejiga	753

CIE-9	Descripción de procedimientos	Tarifas – (Euros)
57.49	Otra excisión o destrucción transuretral de lesión o tejido de vejiga	1.123
57.6	Cistectomía parcial	1.630
57.85	Cistouretroplastia y reparación cuello vejiga	1.630
57.99	Otra operación sobre vejiga ncoc.	952
57.99	Procedimientos menores sobre vejiga sin cc	1.049
58.0	Uretrotomía	756
58.1	Meatotomía uretral	830
58.2	Procedimientos diagnósticos sobre uretra	477
58.2	Procedimientos sobre uretra, edad >17 sin cc	727
58.2	Procedimientos sobre uretra, edad <18	655
58.3	Escisión o destrucción de tejido o lesión uretral.	869
58.45	Reparación de hipospadias o epispadias.	936
58.49	Reparación de hipospadias o epispadias.	1.021
58.49	Uretroplastia	1.084
58.5	Liberación de estenosis uretral.	895
58.93	Implantación de esfínter urinario artificial (aus).	952
59.6	Suspensión parauretral	1.630
59.79	Otra reparación de continencia urinaria de esfuerzo ncoc.	1.079
59.8	Colocación catéter ureteral.	477
59.8	Colocación catéter doble j	929
59.8	Retirada catéter doble j	267
	Operaciones sobre órganos genitales masculinos	
60.11	Biopsia de próstata.	476
60.11	Biopsia de próstata ecodirigida con inmunohistoquímica.	2.069
60.11	Biopsia de próstata ecodirigida sin inmunohistoquímica	897
60.2	Resección transuretral de próstata.	1.075
60.3	Prostatectomía-técnica cliuret (suprapúbica concertado)	818
60.3	Prostatectomía-técnica milly (suprapúbica concertado).	839
60.4	Prostatectomía retropúbica	1.580
60.62	Prostatectomía perineal (suprapúbica concertado)	1.164
60.69	Cistoprost+infoaden+briker	3.148
61.2	Escisión de hidrocele (de túnica vaginal)	607
61.4	Reparación de fístula escrotal	333
62.1	Procedimientos sobre testículo, proceso no maligno edad>17	1.157
62.1	Procedimientos sobre testículo, proceso no maligno edad<18	910
62.2	Escisión o destrucción de lesión testicular.	924
62.3	Orquiectomía unilateral	1.088
62.5	Orquidopexia	799
62.42	Extirpación de testículo restante	953
63.1	Escisión de varicocele e hidrocele de cordón espermático	652
63.2	Escisión de quiste de epidídimo.	682
63.3	Escisión otra lesión o tejido de cordón espermático y epidídimo.	924
63.6	Vasectomía	348
63.82	Reconstrucción de conducto deferente dividido quirúrgicamente	953
63.92	Epididimotomía.	615
64	Procedimientos sobre el pene	1.061
64.0	Circuncisión	417
64.0	Circuncisión edad>17.	780
64.0	Circuncisión edad<18.	660
64.49	Otra reparación de pene con cirugía plástica.	682

CIE-9	Descripción de procedimientos	Tarifas – (Euros)
64.93	Liberación de adherencias de pene	256
64.98	Otras operaciones sobre el pene	474
64.9	Otros proc.quirúrgicos de ap.genital masc. Exc. Para neoplasia maligna	729
	Operaciones sobre órganos genitales femeninos	
65/71	Proc. De reconstrucción aparato genital femenino.	1.021
65.01	Ooforotomía laparoscópica	535
65.25	Otra escisión local o destrucción laparoscópica de ovario.	839
65.29	Otra escisión local o destrucción de ovario	788
65.31	Ooforectomía unilateral laparoscópica	930
65.39	Otra ooforectomía unilateral	930
65.41	Salpingooforectomía unilateral laparoscópica	930
65.49	Otra salpingooforectomía unilateral	930
65.53	Extirpación laparoscópica de ambos ovarios en un mismo acto	1.293
65.61	Extirpación de ovarios y trompas en un acto quirúrgico.	861
65.63	Extirpación laparoscópica de ambos ovarios y trompas en un mismo acto.	1.293
65.81	Liberación laparoscópica de adherencias de ovario y trompas de falopio.	1.424
65.91	Punción-citología de masas anexiales	80
66.21	Ligadura y aplastamiento endoscópico bilateral de trompas de falopio.	768
66.2	Interrupción tubárica por endoscopia	833
66.22	Ligadura y sección endoscópica bilateral de trompas de falopio	768
66.29	Otra destrucción u oclusión endoscópica bilateral de trompas de falopio	768
66.3	Interrupción tubárica por laparoscopia y laparotomía	898
66.32	Ligadura de trompas.	676
66.39	Otra destrucción u oclusión bilateral de trompas de falopio.	734
66.51	Extirpación de ambas trompas de falopio en un mismo tiempo operatorio	1.400
66.63	Salpingectomía parcial bilateral	682
66.69	Otra salpingectomía parcial	682
67.2	Conización de cuello uterino	880
67.32	Destrucción de lesión de cuello uterino por cauterización	654
67.33	Destrucción de lesión de cuello uterino por criocirugía	654
68.1	Laparoscopia ginecológica.	955
68.1	Laparoscopia operativa	964
68.1	Laparoscopia quirúrgica FIV.	1.739
68.12	Histeroscopia	930
68.12	Histeroscopia diagnostica ambulatoria.	705
68.12	Histeroscopia quirurgica ambulatoria terapeutica	1.171
68.19	Microlegado (biopsia endometrial)	230
68.2	Escisión o destrucción de lesión o tejido de útero	861
68.21	Sección de sinequias endometriales	930
68.22	Incisión o escisión de tabique congénito de útero	930
68.23	Ablación endometrial	668
68.29	Otra escisión o destrucción de lesión de útero / miomectomía uterina	884
68.49	Histerectomía abdominal total	1.607
68.59	Histerectomía vaginal.	1.607
69	Proc. Sobre útero y anejos por ca.in situ y proceso no maligno sin cc	1.137
69.0	Dilatación y legrado uterino	499
69.02	Dilatación y legrado después de parto o aborto.	681
69.09	Otra dilatación y legrado.	670
69.09	Dilatación y legrado, conización y radio-implante por neoplasia maligna	1.355
69.09	Dilatación y legrado, conización excepto por neoplasia maligna	642

CIE-9	Descripción de procedimientos	Tarifas – (Euros)
69.29	Otra reparación de útero y estructuras de soporte	1.323
69.52	Legrado post parto	463
69.92	Inseminación artificial de donante	923
69.92	Inseminación artificial de cónyuge	1.140
70.33	Escisión o destrucción de lesión de vagina	654
70.50	Reparación de cistocele y rectocele	641
70.51	Reparación de cistocele	641
70.52	Reparación de rectocele	622
70.53	Reparación de cistocele y rectocele con injerto o prótesis	789
70.54	Reparación de cistocele con injerto o prótesis	789
70.55	Reparación de rectocele con injerto o prótesis	789
70.77	Suspensión y fijación vaginales	789
70.78	Suspensión y fijación vaginal con injerto o prótesis	789
70.79	Colpoperineoplastia/reparación de vagina	634
70.8	Obliteración de cúpula vaginal	789
70/71	Procedimientos sobre vagina, cervix y vulva	1.121
71.2	Operaciones sobre glándula de bartholin	539
71.3	Otra escisión local o destrucción de vulva y perineo	589
71.23	Marsupialización de glándula de bartholin (quiste)	789
71.24	Escisión u otra destrucción de glándula de bartholin (quiste)	789
71.62	Vulvectomía bilateral	935
Procedimientos obstétricos		
72	Parto con forceps-maniobras	1.199
73	Inducción al parto	760
73.51	Parto gemelar y-o podálico	1.199
73.59	Parto normal	1.199
74.0	Cesárea	1.199
74.3	Embarazo ectópico	819
75	Interrupción voluntaria del embarazo (I.V.E.)	444
	< 12 sem.	290
	12.1 -14 sem.	500
	14.1 -16 sem.	570
	16.1 -18 sem.	700
	18.1 -20 sem.	975
	20.1 -22 sem.	1.200
75.1	Amniocentesis controlada por ecografía o biopsia corial	353
75.33	Cordón umbilical extracción	147
75.33	Cordón umbilical extracción+conservación	1.688
Procedimientos sobre el aparato músculo-esquelético		
76.2	Escisión local o destrucción de lesiones de hueso facial	426
76.39	Submaxilectomía	623
76.6	Otra reparación de hueso facial/cirugía ortognática	2.027
76.63	Osteotomía mandibular	1.584
76.66	Osteotomía maxilar	1.284
76.69	Reconstrucción partes óseas y blandas	2.790
76.69	Reconstrucción partes blandas	961
76.7	Reducción abierta	1.013
76.7	Diseccción Cuello 1.º	1.052
76.7	Diseccción Cuello 2.º	1.055
76.7	Diseccción Cuello 3.º	1.110

CIE-9	Descripción de procedimientos	Tarifas – (Euros)
76.76	Reducción abierta de fractura de mandíbula	1.016
76.9	Operaciones sobre hueso y articulaciones faciales	869
76.97	Extracción de dispositivo de fijación interna de hueso facial	838
76.99	Bloqueo intermaxilar	666
77.1	Otra incisión de hueso sin división	606
77.14	Otra incisión de hueso sin división carpianos y metacarpiano	868
77.20	Osteotomía en cuña	1.737
77.23	Osteotomía en cuña radio y cúbito	1.195
77.25	Osteotomía en cuña – fémur	1.737
77.27	Osteotomía en cuña – tibia y peroné	1.737
77.28	Osteotomía en cuña – tarsianos y metatarsianos	813
77.29	Osteotomía en cuña – otro	813
77.33	Osteoartrotomía de radio y cúbito	960
77.34	Osteoartrotomía de carpianos y metacarpianos	831
77.35	Osteoartrotomía de fémur	1.737
77.36	Osteoartrotomía de rótula	1.243
77.37	Osteoartrotomía de tibia y peroné	1.737
77.38	Osteoartrotomía de tarsianos y metatarsianos	861
77.4	Biopsias de hueso	511
77.51	Bursect.con corrección de tejido blando y osteotomía del 1er metatarsiano / bunionectomía con corrección de tejido blando	723
77.54	Escisión de hallux-valgus / escisión o corrección de hallux valgus-unil.	796
77.56	Reparación de dedo del pie en martillo	733
77.57	Reparación de dedo del pie en garra	733
77.58	Otra escisión, fusión y reparación de dedos de los pies	724
77.59	Otra bunionectomía	643
77.6	Escisión local de lesión o tejido de hueso	606
77.65	Escisión local de lesión o tejido de hueso de fémur	1.073
77.68	Escisión local de lesión o tejido huesos tarsianos y metatarsianos	957
77.69	Escisión local de lesión o tejido otro hueso ncoc	1.227
77.7	Escisión hueso para injerto	606
77.81	Descompresión subacromial de hombro	1.560
77.83	Ostectomía parcial-radio y cúbito	813
77.84	Ostectomía parcial-carpianos y metacarpianos	813
77.85	Ostectomía parcial-fémur	813
77.86	Ostectomía parcial- rótula	1.243
77.87	Otra ostectomía tibia y peroné	1.737
77.88	Ostectomía parcial – tarsianos y metatarsianos	813
78.0	Otras operaciones de huesos/injerto sitio no especificado	813
	Proc. Extr. Inferior y húmero exc. Cadera, pie, fémur edad >17 sin cc	1.397
	Procedimientos sobre el pie	1.412
	Proc. Hombro, codo o antebrazo, exc. Proc.mayor de articulacion sin cc	1.849
78.35	Procedimientos de alargamiento de extremidades-fémur	1.737
78.37	Procedimientos de alargamiento de extremidades-tibia y peroné	1.737
78.40	Otra reparación u operaciones plásticas sobre el hueso (reparación pseudoartrosis). Falanges (pie-mano)	813
78.41	Otra reparación u operaciones plásticas sobre el hueso (reparación pseudoartrosis). Escápula, clavícula y tórax [costillas y esternón]	1.737
78.42	Otra reparación u operaciones plásticas sobre el hueso (reparación pseudoartrosis). Húmero	1.737
78.43	Otra reparación u operaciones plásticas sobre el hueso (reparación pseudoartrosis). Radio y cúbito	813

CIE-9	Descripción de procedimientos	Tarifas – (Euros)
78.44	Otra reparación u operaciones plásticas sobre el hueso (reparación pseudoartrosis). Carpianos y metacarpianos	813
	Proc.mayor sobre pulgar o articulación, u otros proc.s.mano o muñeca con cc	1.294
	Proc. Sobre mano o muñeca, excepto proc. Mayores s. Articulación sin cc . .	1.013
78.45	Otra reparación u operaciones plásticas sobre el hueso (reparación pseudoartrosis). Fémur.	1.737
78.46	Otra reparación u operaciones plásticas sobre el hueso (reparación pseudoartrosis). Rótula.	1.737
78.47	Otra reparación u operaciones plásticas sobre el hueso (reparación pseudoartrosis). Tibia y peroné.	1.737
78.48	Otra reparación u operaciones plásticas sobre el hueso (reparación pseudoartrosis). Tarsianos y metatarsianos	813
78.49	Otra reparación u operaciones plásticas sobre el hueso (reparación pseudoartrosis). Huesos pelvianos - vértebras.	1.737
78.52	Fijación interna de hueso (húmero)	1.737
78.53	Fijación interna de hueso (radio y cúbito).	813
78.54	Fijación interna de hueso (carpianos y metacarpianos).	813
78.55	Fijación interna de hueso (fémur).	1.737
78.56	Fijación interna de hueso (rótula).	1.737
78.57	Fijación interna de hueso (tibia y peroné)	1.737
78.58	Fijación interna de hueso (tarsianos y metatarsianos).	813
78.6	Extracción mayor de material de osteosíntesis	643
78.60	Extracción menor de material de osteosíntesis	284
78.61	Extracción dispositivos implantados en escápula. Clavícula y tórax (costillas y esternón) / emo menor	598
78.62	Extracción de material de osteosíntesis-húmero (emo mayor)	643
78.63	Extracción de material de osteosíntesis-radio y cúbito (emo menor).	284
78.64	Extracción de material de osteosíntesis-carpianos y metacarpianos (emo menor).	284
78.65	Extracción dispositivo implantado fémur/extracción de material de osteosíntesis-fémur (emo mayor)	786
78.66	Extracción de material de osteosíntesis-rótula (emo menor)	284
78.67	Extracción de material de osteosíntesis-tibia y peroné (emo mayor).	643
78.68	Extracción de material de osteosíntesis-tarsianos y metatarsianos (emo menor).	284
78.69	Extracción dispositivos de fijación interna en columna	851
79	Osteosíntesis de rótula.	1.025
79.01	Reducción cerrada fractura húmero	884
79.02	Reducción cerrada fractura cúbito y radio	655
79.03	Reducción cerrada de fractura carpiano o metacarpiano.	607
79.04	Reducción cerrada de fractura de falanges	607
79.05	Reducción cerrada fractura de fémur / osteosíntesis de fémur con orthofix . .	1.327
79.05	Osteosíntesis cadera con t. Howse	3.271
79.06	Reducción cerrada fractura tibia y peroné / osteosíntesis de tibia con orthofix	1.056
79.12	Reducción cerrada de fractura con fijación interna en radio y cúbito.	1.195
79.12	Osteos. Cabeza de radio	1.752
79.13	Reducción cerrada de fractura con fijación interna en carpiano y metacarpiano	868
79.14	Reducción cerrada de fractura con fijación interna en falanges de mano	868
79.21	Reducción fractura abierta de húmero	1.761
79.21	Osteos. Acromio-clavicular.	1.477

CIE-9	Descripción de procedimientos	Tarifas – (Euros)
79.22	Reducción fractura abierta de cúbito y radio	813
79.23	Reducción fractura abierta carpiano o metacarpiano	813
79.24	Reducción fractura abierta de falanges	813
79.25	Reducción fractura abierta de fémur	1.737
79.25	Osteos. De fémur con kuntscher	874
79.25	Osteos. Cad. Con c. Ender.	1.449
79.26	Osteos. De tibia con kuntscher.	1.496
79.26	Osteos. Meseta tibial	903
79.36	Reducción fractura abierta de tibia y peroné con fijación interna.	1.737
79.71	Reducción cerrada de luxación de hombro	655
79.75	Reducción cerrada de luxación de cadera	1.287
79.76	Reducción cerrada de luxación de rodilla.	615
79.78	Reducción cerrada de luxación de pie y dedo de pie.	516
79.81	Reducción abierta luxación de hombro	1.449
79.85	Reducción abierta luxación de cadera	1.737
79.86	Reducción abierta de luxación de rodilla	1.737
79.87	Osteos. De tobillo	1.335
80.0	Excisión local y eliminación disp. Fijación interna de cadera y fémur	1.589
80.0	Escisión local y extracción de dispositivo fijación interna excepto cadera y fémur, sin c c.	1.522
80.2	Artroscopia	1.303
80.21	Artroscopia de hombro	1.295
80.22	Artroscopia de codo	971
80.23	Artroscopia de muñeca.	1.108
80.24	Artroscopia de mano y dedo de mano	691
80.25	Artroscopia de cadera	1.156
80.26	Artroscopia de rodilla	1.222
80.27	Artroscopia de tobillo	1.108
80.28	Artroscopia de pie y dedo de pie	516
80.29	Artroscopia de otros sitios especificados	1.142
80.4	División de cápsula, ligamento o cartílago articular	1.119
80.48	División de cápsula, ligamento o cartílago de articulación de pie y dedos de pie	1.295
80.51	Escisión de disco intervertebral	3.024
80.52	Quimionucleolisis intervertebral	2.359
80.54	Reparación del anillo fibroso con injerto o prótesis	3.024
80.59	Otra reparación del anillo fibroso	3.024
80.6	Escisión de cartílago semilunar de rodilla / escisión de menisco de rodilla	1.307
80.71	Sinovectomía de hombro	801
80.72	Sinovectomía de codo	925
80.73	Sinovectomía de muñeca.	933
80.74	Sinovectomía de mano y dedo de mano	743
80.75	Sinovectomía de cadera.	801
80.76	Sinovectomía de rodilla	911
80.77	Sinovectomía de tobillo.	911
80.78	Sinovectomía (pie y dedos del pie)	516
80.81	Escisión total o destrucción de lesión de articulación (hombro).	516
80.82	Escisión total o destrucción de lesión de articulación (codo)	516
80.83	Escisión total o destrucción de lesión de articulación (muñeca)	516
80.84	Escisión total o destrucción de lesión de articulación (mano y dedo de mano)	516
80.85	Escisión total o destrucción de lesión de articulación (cadera)	801

CIE-9	Descripción de procedimientos	Tarifas – (Euros)
80.86	Escisión total o destrucción de lesión de articulación (rodilla)	801
80.87	Escisión total o destrucción de lesión de articulación (tobillo)	516
80.88	Escisión total o destrucción de lesión de articulación (pie y dedos del pie) . . .	516
81.00	Artrodesis vertebral	3.322
81.01	Artrodesis a-o	1.155
81.02	Fijación columna cervical tipo caspar	1.437
81.11	Artrodesis y artroeresis de pie y tobillo	1.650
81.12	Triple artrodesis de tobillo	1.830
81.13	Artrodesis subastragalina	1.226
81.15	Fusión tarsometatarsiana	1.119
81.16	Artrodesis metatarso- falángica	1.155
81.17	Otra fusión de pie	1.119
81.18	Artroereis de articulación subastragalina	1.155
81.2	Artrodesis	2.448
81.21	Artrodesis de cadera	1.658
81.22	Artrodesis de rodilla	1.623
81.23	Artrodesis de hombro	981
81.25	Artrodesis radiocarpiana	1.144
81.26	Artrodesis carpometacarpiana	1.144
81.27	Artrodesis metacarpofalángica	1.144
81.28	Artrodesis interfalángica	868
81.29	Artrodesis de otras articulaciones especificadas	1.119
81.44	Estabilización de rótula	1.261
81.45	Otra reparación de los ligamentos cruzados	1.458
81.47	Otra reparación de rodilla	1.458
	Procedimientos sobre la rodilla sin cc	1.466
81.49	Otra reparación de tobillo	1.259
81.51	Prot. Total autobloq. Cad.	1.587
81.51	Sustitución total de cadera (prótesis no incluida)	4.098
81.52	Sustitución parcial de cadera (prótesis no incluida)	4.098
81.52	Operación de girdlstone (ext. Cabeza femur) (resección cabeza fémur)	1.548
81.53	Recambio de prótesis de cadera (prótesis no incluida)	4.098
81.53	Recambio de vástago y cabeza	1.614
	Procedimientos sobre espalda y cuello exc. Fusion espinal sin cc	3.508
81.54	Sustitución total de rodilla (prótesis no incluida)	4.098
81.54	Prot. Total rotatoria rod.	1.661
81.54	Prot. Total tack de rod.	1.382
81.55	Recambio de sustitución de prótesis rodilla (prótesis no incluida)	4.098
81.57	Sustitución de articulación de pie y dedos (prótesis no incluida)	1.571
81.7	Artroplastia de mano, dedo y muñeca (prótesis no incluida)	1.571
81.71	Artroplastia metacarpofalángica e interfalángica con implante	1.808
81.72	Artroplastia de articulaciones metacarpofalángica e interfalángica sin implante	1.074
81.74	Artroplastia de articulaciones carpocarpiana y teacarpofalángica con implante	1.808
81.75	Artroplastia de articulaciones carpocarpiana y metacarpofalángica sin implante	1.074
81.80	Sustitución total de hombro (prótesis no incluida)	4.098
81.81	Sustitución parcial de hombro (prótesis no incluida)	4.098
81.82	Reparación de luxación frecuente de hombro / reparación luxación recidivante de hombro	1.627

CIE-9	Descripción de procedimientos	Tarifas – (Euros)
81.83	Otra reparación de hombro	1.203
81.84	Artroplastia de codo (prótesis no incluida)	4.098
81.85	Otra reparación de codo (prótesis no incluida)	1.449
81.93	Sutura de capsula o ligamento de extremidad superior	1.195
81.95	Sutura de cápsula o ligamento de otra extremidad inferior	516
81.96	Otra reparación de articulación	516
82.01	Exploración vaina de tendón de mano	508
82.11	Tenotomía de mano (plastia rizartrosis)	979
82.12	Fasciotomía de mano	508
82.21	Excisión de lesión de vaina de tendón de mano / ganglionectomía.	441
82.22	Excisión de lesión de músculo de mano	333
82.29	Excisión de otra lesión de tejido blando de mano	568
82.31	Bursectomía de mano	508
82.33	Otra tendonectomía de mano	508
82.35	Otra fasciectomia de mano / liberación dupuytren	737
82.39	Otra escisión de tejido blando de mano	568
82.4	Sutura de músculo, tendón y fascia de mano	1.008
82.8	Operaciones plásticas sobre mano	1.008
82.91	Lisis de adherencias de mano / dedo resorte-gatillo	516
83.0	Incis. De músc., tendón, fascia y bolsa sinovi. (salvo mano)	502
83.1	División de músculo, tendón y fascia	508
83.11	Aquiletenotomía	918
83.12	Tenotomía de abductor de cadera	767
83.13	Otra tenotomía	641
83.14	Fasciotomía	918
83.21	Biopsias de sistema musculoesquelético y tejido conectivo	2.026
83.29	Otros diagnósticos de sistema musculoesquelético y tejido conectivo	1.775
83.39	Excisión de lesión de otro tejido blando / (quiste de baker)	568
83.44	Otra fasciectomía	544
83.49	Otra escisión de tejido blando	508
	Procedimientos sobre tejidos blandos sin cc	987
83.5	Bursectomía	569
83.63	Reparación de manguito de los rotadores	1.570
83.64	Sutura de tendón	801
83.65	Otra sutura de músculo o fascia	502
83.76	Otra trasposición de tendón	801
83.81	Injerto tendón	1.207
83.83	Reconstrucción de polea de tendón	1.207
83.85	Otro cambio en longitud de músculo o tendón	663
83.87	Otros trastornos de músculo/ligamentos	508
83.88	Liberación del túnel carpiano /reparación tendinosa mano	516
83.89	Otras operaciones plásticas sobre fascia	783
83.9	Otros proc.quirúrgicos de s.musculoesquelético y t. Conectivo sin cc.	1.288
83.91	Lisis de adhesiones de músculo, tendón, fascia y bolsa sinovial.	605
83.99	Otras operaciones sobre músculo, tendón, fascia y bolsa sinovial	783
83.99	Otras operaciones plásticas sobre fascia	508
81.0	Amputaciones miembro superior	1.752
84.01	Amputación y desarticulación de dedo de mano	702
84.02	Amputación y desarticulación de dedo pulgar	799
84.1	Amputación de miembro inferior.	1.752
84.11	Amputación de dedo de pie	793

CIE-9	Descripción de procedimientos	Tarifas – (Euros)
84.17	Amputación por encima de la rodilla	1.752
84.3	Revisión de muñón de amputación	709
	Operaciones sobre el aparato tegumentario	
85.11	Biopsia de mama dirigida por arpón.	204
85.11	Biopsia de mama dirigida por esterotaxia	605
85.12	Biopsia de mama y excisión local por proceso no maligno	843
85.19	Proc. Sobre mama por proceso no maligno excepto biopsia y excisión local	1.433
85.21	Escisión local de lesión de mama lesión menor.	537
85.22	Resección de cuadrante de mama.	836
85.24	Escisión de tejido mamario ectópico	836
85.25	Escisión de pezón	836
85.31	Mamoplastia de reducción unilateral	1.355
85.32	Mamoplastia de reducción bilateral	1.831
85.41	Mastectomía simple unilateral	1.103
85.42	Mastectomía total bilateral	1.623
85.53	Implante mamario unilateral	1.100
85.54	Implante mamario bilateral	1.688
85.6	Mastopexia	1.078
85.7	Reconstrucción total de mama.	2.529
85.70	Reconstrucción e injerto	468
85.81	Excisión y sutura directa.	366
85.82	Injerto libre	432
85.84	Colgajo sobre la mama.	917
85.84	Colgajo microquirúrgico	2.353
85.84	Plastia con colgajo	712
85.85	Colgajo mio-cutáneo.	1.109
85.87	Otra reparación o reconstrucción de pezón	1.033
85.89	Excisión y plastia con colgajo 1.ª	371
85.89	Desbridamiento quirúrgico	838
85.91	Aspiración de mama.	1.078
85.93	Revisión de implante de mama	1.100
85.94	Extracción de implante de mama.	684
85.95	Inserción de expansor del tejido mamario	1.016
85.96	Extracción de expansor de tejido mamario	917
85.99	Otra operación sobre mama ncoc	585
86.0	Trastornos menores de la piel sin cc	963
86.1	Otros procedimientos sobre piel, subcutáneo y mama sin cc	1.160
86.04	Otra incisión con drenaje de piel y tejido subcutáneo	567
86.05	Incisión con extracción de cuerpo extraño o dispositivo de piel y tejido subcutáneo	153
86.06	Inserción de bomba infusora totalmente implantable	996
86.07	Inserción dispositivo de acceso vascular totalmente implantable	725
86.2	Extirpación o destrucción de lesión o tejido de piel y tejido subcutáneo (lipomas)	317
86.21	Escisión de quiste o seno pilonidal.	664
86.23	Extracción uña, lecho o pliegue uña.	153
86.24	Quimiocirugía de piel	783
86.26	Ligadura de apéndice dérmico/dedo supernumerario	700
86.3	Otra extirpación local o destrucción de lesión o tejido de piel y tejido subcutáneo	153
86.4	Escisión radical de lesión maligna cutánea	517

CIE-9	Descripción de procedimientos	Tarifas – (Euros)
86.60	Injerto cutáneo libre	539
86.62	Otro injerto cutáneo a mano	1.195
86.70	Injerto pedículos y colgajos. Cirugía plástica	1.332
86.83	Operación plástica de reducción de tamaño / lipectomía	1.660
86.84	Relajación de cicatriz o de contractura reticulada de piel plastia de piel	948
86.85	Corrección de sindactilia	903
86.89	Otra reparación y reconstrucción de piel y tejido subcutáneo	539
	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos misceláneos	
87.82	Histerosalpingografía	112
89.17	Polisomnografía	695
89.50	Implantación holter subcutáneo	1.813
93.26	Liberación manual de adherencias articulares	516
96.23	Dilatación del esfínter anal	500
98.0	Extracción de cuerpo extraño en tubo digestivo	1.889
98.14	Extracción de cuerpo extraño traqueobronquial	1.960
98.52	Litotricia renal extracorpórea	1.143
	Tratamiento cámara hiperbárica	2.429
	Cápsula endoscópica	976
	Histerosonografía	139
	Analgesia epidural	86
	Atención amenaza parto premat	374
	Fecundación in vitro	3.448
	Inyección intracitoplasmática de espermatozoides (icsi)	1.233
	Microinyección	1.140
	Transferencia de congelados	1.140
	Otros proc quirúrgicos hematológicos y de órganos hematopoyéticos	2.592
	Trast.mieloproliferativo o neo. Mal difer. Con otro procedimiento	2.200
	Proc.quirúrgico con diag. De otro contacto con servicios sanitarios	1.083