

### III. OTRAS DISPOSICIONES

## MINISTERIO DE HACIENDA Y FUNCIÓN PÚBLICA

**21338** *Resolución de 22 de diciembre de 2021, de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, por la que se publica el Concierto suscrito con DKV Seguros y Reaseguros, SAE, para el aseguramiento de la asistencia sanitaria a los mutualistas destinados y/o residentes en el extranjero y sus beneficiarios durante los años 2022, 2023 y 2024.*

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, 77 y 86 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) ha suscrito con DKV, Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima Española, el 12 de diciembre de 2021, Concierto para el aseguramiento de la asistencia sanitaria a los mutualistas destinados y/o residentes en el extranjero y sus beneficiarios, durante los años 2022, 2023 y 2024.

Con objeto de que los interesados conozcan el contenido y el régimen de la prestación de asistencia sanitaria,

Esta Dirección General resuelve publicar el citado Concierto que figura como anexo de esta Resolución.

Madrid, 22 de diciembre de 2021.–La Directora General de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, Myriam Pallarés Cortón.

#### ANEXO

#### **Concierto de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado con entidades de seguro para el aseguramiento de la asistencia sanitaria a los mutualistas destinados y/o residentes en el extranjero y sus beneficiarios durante los años 2022, 2023 y 2024**

#### ÍNDICE

- Capítulo 1. Objeto del Concierto y ámbito de aplicación.
  - 1.1 Objeto del Concierto y obligaciones principales.
    - 1.1.1 Objeto.
    - 1.1.2 Obligaciones de la Entidad.
    - 1.1.3 Obligaciones de MUFACE.
  - 1.2 Contingencias cubiertas.
  - 1.3 Colectivo protegido.
  - 1.4 Nacimiento y extinción de los derechos.
    - 1.4.1 Nacimiento de los derechos.
    - 1.4.2 Recién nacido.
    - 1.4.3 Extinción de los derechos.
    - 1.4.4 Continuidad de prestaciones de mutualistas o beneficiarios que hayan causado baja en el Concierto.
  - 1.5 Adscripción a la entidad.
    - 1.5.1 Procedimiento.

1.5.2 Comunicación de altas y bajas a la Entidad.

1.5.3 Devolución tarjetas y talonarios.

1.6 Obligaciones de los mutualistas y beneficiarios.

1.6.1 Obligaciones con MUFACE.

1.6.2 Obligaciones con la Entidad.

Capítulo 2. Cartera de servicios.

2.1 Disposiciones generales.

2.1.1 Definición.

2.1.2 Contenido general.

2.1.3 Actualización de la cartera.

2.2 Contenido y especificaciones de la cartera de servicios.

2.2.1 Estructura.

2.2.2 Atención Primaria.

2.2.3 Atención Especializada y especificaciones complementarias.

2.2.4 Programas preventivos.

2.2.5 Atención de urgencia.

2.2.6 Cuidados Paliativos.

2.2.7 Rehabilitación.

2.2.8 Salud bucodental/Odontoestomatología.

2.2.9 Farmacia, productos sanitarios y productos dietéticos.

2.2.10 Transporte sanitario, evacuación y repatriación.

2.2.11 Otras prestaciones.

2.2.12 Prestaciones COVID.

Capítulo 3. Medios de la entidad y forma de la prestación.

3.1 Disposiciones generales.

3.1.1 Descripción general.

3.1.2 Tarjeta.

3.1.3 Guía.

3.1.4 Servicio de información y atención telefónica.

3.1.5 Página web.

3.2 Asistencia prestada en el exterior.

3.2.1 Sucursales y representantes acreditados.

3.2.2 Principio básicos.

3.2.3 Solicitud de prestaciones.

3.2.4 Modelos.

3.2.5 Presentación.

3.2.6 Solicitud pago directo.

3.2.7 Solicitud de reembolsos.

3.3 Asistencia prestada en territorio nacional.

3.3.1 Principio básicos.

3.3.2 Utilización de medios de la Entidad.

3.3.3 Requisitos adicionales.

3.3.4 Autorizaciones previas de la Entidad.

3.3.5 Utilización de medios no concertados.

3.3.6 Denegación injustificada de asistencia.

- 3.3.7 Asistencia urgente de carácter vital.
  - 3.3.8 Transporte ordinario.
  - 3.3.9 Disposiciones transitorias.
- Capítulo 4. Información y documentación sanitaria.
- 4.1 Normas generales.
    - 4.1.1 Obligaciones Entidad.
    - 4.1.2 Aplicación garantías Protección de Datos.
  - 4.2 Información sobre actividad.
    - 4.2.1 Sistema de información.
    - 4.2.2 Presentación datos.
  - 4.3 Información sobre la gestión de las prestaciones sanitarias.
    - 4.3.1 Sistema de información.
    - 4.3.2 Presentación datos.
  - 4.4 Documentación clínica y sanitaria.
    - 4.4.1 Informes prestaciones.
    - 4.4.2 Otros informes.
- Capítulo 5. Régimen jurídico del Concierto.
- 5.1 Régimen jurídico del Concierto.
    - 5.1.1 Régimen jurídico.
    - 5.1.2 Normativa sanitaria de aplicación.
  - 5.2 Régimen de las relaciones basadas en el Concierto.
    - 5.2.1 Régimen de las relaciones asistenciales.
    - 5.2.2 Régimen de las relaciones entre MUFACE y la Entidad.
    - 5.2.3 Régimen de las relaciones entre MUFACE y las sucursales o representantes acreditados de la Entidad en el extranjero.
  - 5.3 Comisión Mixta.
    - 5.3.1 Composición.
    - 5.3.2 Funciones.
    - 5.3.3 Régimen de funcionamiento.
  - 5.4 Procedimiento para las reclamaciones.
    - 5.4.1 Reclamaciones.
    - 5.4.2 Resolución de las reclamaciones.
    - 5.4.3 Procedimiento de ejecución de reclamaciones estimadas.
    - 5.4.4 Reembolso de gastos asumidos indebidamente por MUFACE.
  - 5.5 Compensaciones económicas por incumplimiento parcial de obligaciones definidas en el Concierto y deducciones por fallos de disponibilidad. Procedimiento para su imposición.
    - 5.5.1 Compensaciones económicas por incumplimiento parcial de obligaciones definidas en el Concierto.
    - 5.5.2 Deducciones por fallos de disponibilidad.

5.5.3 Procedimiento para la imposición de las compensaciones económicas y de las deducciones por fallos de disponibilidad.

Capítulo 6. Duración, régimen económico y precio del Concierto.

6.1 Duración del Concierto.

6.1.1 Efectos del Concierto.

6.1.2 Retención de cantidades.

6.2 Régimen económico.

6.2.1 Efectos económicos y pagos mensuales.

6.2.2 Información sobre variaciones producidas.

6.2.3 Impuestos y resarcimientos.

6.2.4 Posibilidad de modificar el Concierto.

6.3 Precio del Concierto.

6.3.1 Precio del Concierto.

6.3.2 Precio del Concierto en los años de duración del Concierto.

Anexo 1. Cartera de servicios.

Anexo 2. Criterios de disponibilidad de medios en territorio nacional por niveles asistenciales.

Anexo 3. Asistencia sanitaria transfronteriza.

Anexo 4. Glosario de términos.

Anexo 5. Sistema de información sanitaria.

Anexo 6. Protocolo de actuación, identificación y manejo de casos y contactos COVID-19 en España.

Anexo 7. Tarifas de reembolso.

## CAPÍTULO 1

### Objeto del Concierto y ámbito de aplicación

1.1 Objeto del Concierto y obligaciones principales.

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, y en los artículos 85 y 86 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 la prestación de asistencia sanitaria en cualquier país del mundo, incluida España, al colectivo señalado en la cláusula 1.3 mediante los procedimientos y requisitos establecidos en las siguientes cláusulas.

1.1.2 La Entidad asume el compromiso de prestar asistencia sanitaria a los mutualistas y beneficiarios a través de proveedores sanitarios de acreditada solvencia y calidad asistencial, garantizando las prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios establecida en el capítulo 2 y anexo 1 del presente Concierto con arreglo a los procedimientos, especificaciones y requisitos contenidos en el capítulo 3, mediante la puesta a disposición de medios sanitarios o cubriendo los gastos, mediante el reembolso o de forma directa, incluida la anticipación de fondos o cantidades a cuenta cuando así lo exijan los proveedores sanitarios. En el anexo 2 se recogen los criterios de disponibilidad de medios en territorio nacional.

1.1.3 Asimismo, la Entidad se obliga a la cobertura de la asistencia sanitaria transfronteriza, 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, procedimiento y tarifas para el reembolso de los gastos por dicha asistencia se establecen en los Anexos 3 y 6.

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

1.2 Contingencias cubiertas. Las contingencias cubiertas por este Concierto son las derivadas de enfermedad común o profesional, lesiones derivadas de accidente, cualquiera que sea la causa, incluso si se trata de un acto de terrorismo, y por embarazo, parto y puerperio, así como las actuaciones preventivas recogidas en el Concierto.

1.3 Colectivo protegido. A los efectos del presente Concierto y de acuerdo con lo previsto en el Capítulo II del RGMA, el colectivo protegido por el mismo está compuesto por los mutualistas destinados fuera de territorio nacional o que se encuentren fuera del territorio nacional por un periodo de tiempo superior a seis meses por otros motivos relacionados con la Función Pública, y otros supuestos asimilados por la normativa de la Mutualidad, sus beneficiarios y los beneficiarios en caso de fallecimiento, separación, divorcio o nulidad del matrimonio del mutualista, a los que MUFACE haya adscrito a la Entidad a efectos de su asistencia sanitaria. Ambos tipos de beneficiarios quedarán protegidos por este Concierto siempre y cuando MUFACE les haya reconocido dicha condición, mantengan los requisitos para serlo y lo esté el mutualista del que sean beneficiarios.

1.4 Nacimiento y extinción del derecho a recibir la asistencia sanitaria de la Entidad.

1.4.1 Sin perjuicio de lo establecido en la cláusula siguiente, los derechos de los mutualistas y beneficiarios a efectos de este Concierto comienzan en la fecha en que hayan quedado adscritos a la Entidad por los servicios de MUFACE, sin que existan plazos de carencia para ningún tipo de asistencia.

1.4.2 A los efectos citados, cuando la madre sea mutualista o beneficiaria protegida por el Concierto se presume que el recién nacido está adscrito a la Entidad 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.

1.4.3 Los derechos de los mutualistas y beneficiarios se extinguen, en cualquier caso, en la fecha en que los servicios de MUFACE acuerden su baja en la Mutualidad o el fin de su adscripción a la Entidad por dejar de concurrir los requisitos o supuestos de hecho que permitían en cada caso estar protegido por este Concierto, sin perjuicio de la continuidad de prestaciones prevista en la cláusula siguiente y de los efectos económicos para la Entidad establecidos en la cláusula 6.2.1.

1.4.4 Cuando un mutualista o beneficiario cause baja en la Entidad de conformidad con lo dispuesto en la cláusula anterior, la Entidad continuará obligada, al margen de los efectos económicos previstos en la cláusula 6.2.1 y con el mismo contenido prestacional del Concierto en vigor, si estuviese cubriendo en la fecha de extinción de los efectos asistenciales, una asistencia a un mutualista o beneficiario por enfermedad muy grave en régimen de hospitalización, sea domiciliaría, de día o internamiento hasta el alta del episodio en curso o, en cualquier caso, hasta que se pueda garantizar la continuidad del tratamiento en otros medios o centros sanitarios. A estos efectos, se entenderá como enfermedad muy grave aquella patología que comporte riesgo vital o daño irreparable para la integridad física de la persona.

## 1.5 Adscripción a la entidad.

1.5.1 Los mutualistas o beneficiarios con documento asimilado al de afiliación que debido a sus circunstancias profesionales o personales puedan estar protegidos por el Concierto, deberán solicitar en MUFACE el alta para sí y sus beneficiarios en el régimen de cobertura de este Concierto, siguiendo el procedimiento establecido para ello.

1.5.2 Una vez reconocida la condición de mutualista o beneficiario protegido por este Concierto, MUFACE comunicará a la Entidad diariamente las altas de forma telemática, depositándose la información en un directorio seguro con acceso por parte de la Entidad. Asimismo y por el mismo procedimiento se comunicarán las bajas y variaciones de datos de mutualistas y beneficiarios.

1.5.3 Por su parte, los mutualistas o beneficiarios con documento asimilado al de afiliación por fallecimiento del mutualista deberán entregar en MUFACE las tarjetas sanitarias de la Entidad o del Servicio Público de Salud de la Comunidad Autónoma a la que estuvieran adscritos con anterioridad para su asistencia sanitaria en territorio nacional y las de sus beneficiarios, así como los talonarios de recetas de MUFACE, ya que a partir de la fecha de efectos de su adscripción a la Entidad firmante de este Concierto, no podrán hacer uso de los mismos, siendo responsable de su uso indebido el titular del derecho.

## 1.6 Obligaciones de los mutualistas y beneficiarios.

1.6.1 Obligaciones frente MUFACE. Conforme a lo dispuesto en el artículo 20.2 del RGMA, los mutualistas o beneficiarios con documento asimilado al de afiliación adscritos a la Entidad y protegidos por este Concierto quedan obligados, a comunicar a los servicios de MUFACE cualquier modificación que pudiera ocasionar su baja en la Entidad, así como la de cualquiera de sus beneficiarios, especialmente en los siguientes supuestos:

- a) Cuando se produzca un cambio de destino y/o residencia del mutualista o beneficiario con documento asimilado al de afiliación con traslado al territorio nacional.
- b) Cuando en un beneficiario dejen de concurrir las circunstancias que justificaban su adscripción como tal, según la normativa aplicable.

1.6.2 Obligaciones frente la Entidad. Los mutualistas o beneficiarios con documento asimilado al de afiliación que dejen de estar protegidos por este Concierto no podrán hacer uso de los servicios ofertados por la Entidad a partir de la fecha de extinción de sus derechos, con la excepción de las normas, que sobre continuidad de prestaciones se recogen en la cláusula 1.4.4 y deberán devolver las tarjetas o cualquier otro documento identificativo de la Entidad, en el momento en que se produzca la baja.

A su vez, podrán ser requeridos por la Entidad para proceder a ser examinados por los servicios médicos de la misma, siempre que, estando pendiente la autorización para la cobertura de una asistencia o una solicitud de reembolso de gastos acogido al presente Concierto, dicha exigencia sea razonable y respete las garantías de confidencialidad sanitaria recogidos en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y su normativa de desarrollo. En caso de duda sobre la razonabilidad de dicho examen, el beneficiario podrá instar el procedimiento previsto en la cláusula 5.4 del presente Concierto.

## CAPÍTULO 2

### Cartera de servicios

#### 2.1 Disposiciones generales.

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

La Cartera de Servicios es el conjunto de técnicas, tecnologías 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.

En el anexo 4 se incluye un glosario de aclaraciones terminológicas relacionadas con el contenido de este Capítulo.

2.1.2 La Cartera de Servicios a facilitar por la Entidad comprenderá como mínimo, las prestaciones contenidas en la Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud español (SNS), de acuerdo con la normativa sanitaria española vigente en cada momento, con las especificidades que se recogen en este capítulo y en el anexo 1.

2.1.3 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 y de la Cartera de Servicios del Concierto de asistencia sanitaria en territorio Nacional.

A través de la Comisión Mixta, prevista en la cláusula 5.3, MUFACE facilitará información periódica a la Entidad sobre los proyectos normativos u otras disposiciones que afecten al contenido de la Cartera Común de Servicios del SNS. Además, también comunicará la fecha en que deban hacerse efectivos los cambios o variaciones en la Cartera de Servicios del Concierto, por la actualización de la Cartera Común de Servicios del SNS, en aquellos casos en que la norma fije un periodo transitorio.

Se actuará de igual manera y formarán parte de la Cartera de Servicios del presente Concierto en el caso de aquellos servicios, técnicas o procedimientos que no estén detallados en la Cartera Común de Servicios del SNS pero que se estén realizando en al menos un tercio (6) de los Servicios Públicos de Salud.

Cuando en aplicación del artículo 85 del RGMA, sea necesario 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 la Entidad, 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 registrará 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.

#### 2.2 Contenido y especificaciones de la Cartera de Servicios.

2.2.1 La Cartera de Servicios objeto de este Concierto se estructura en las siguientes prestaciones:

- A. Atención Primaria.
- B. Atención Especializada.
- C. Atención de Urgencias y Emergencias.
- D. Programas Preventivos
- E. Cuidados Paliativos.

- F. Rehabilitación.
- G. Salud Bucodental/Odontoestomatología.
- H. Prestación Farmacéutica y productos dietéticos.
- I. Transporte Sanitario, Evacuación y Repatriación.
- J. Otras prestaciones:
  - a) Podología.
  - b) Terapias Respiratorias domiciliarias.
  - c) Prestación Ortoprotésica y Prestaciones sanitarias complementarias.
- K. Prestaciones Covid.

2.2.2 Atención Primaria. Comprenderá la atención sanitaria a cargo de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria o Médicos Generalistas, especialistas en Pediatría y profesionales de Enfermería, Odontólogo, Fisioterapeuta, Matrona y Podólogo, que se dispensará a nivel ambulatorio, domiciliario y de urgencia.

2.2.3 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, conforme a la relación incluida en el Anexo 1.

La Atención Especializada, sea programada o de urgencia, podrá ser prestada en consulta externa o en régimen de hospitalización que incluye internamiento, hospital de día médico o quirúrgico y hospitalización domiciliaria.

Se establecen las siguientes especificaciones complementarias para estas prestaciones:

A. Salud mental: Incluye el diagnóstico y seguimiento clínico, el tratamiento farmacológico y la psicoterapia individual, de grupo o familiar, de enfermedades psiquiátricas propiamente dichas o en relación con procesos oncológicos, si procede.

La Entidad está obligada a facilitar un número máximo de 20 sesiones de psicoterapia por año natural (psicoterapia breve o terapia focal), salvo para los casos de trastornos de la alimentación y víctimas de violencia de género y sus beneficiarios, en que se facilitarán todas las sesiones que el psiquiatra responsable de la asistencia considere necesarias para la correcta evolución del caso.

Se realizará en régimen de hospitalización, consultas externas y urgencias, garantizando en cualquier caso la necesaria continuidad asistencial.

La hospitalización, incluida la de día, se prolongará durante el tiempo que el psiquiatra responsable de la asistencia al paciente considere necesario y por tanto hasta el alta hospitalaria, y abarcará todos los procesos tanto agudos como crónicos.

Se excluyen el psicoanálisis, la psicoterapia psicoanalítica, la hipnosis y la narcolepsia ambulatoria, así como el internamiento social de pacientes afectados de algún tipo de demencia, de alcoholismo o drogadicción.

B. Cirugía plástica, estética y reparadora: Queda cubierta la cirugía plástica, estética y reparadora que guarde relación con accidente, enfermedad o malformación congénita.

En los supuestos de enfermedad profesional o accidente en acto de servicio incluirá la cirugía necesaria 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. De igual manera se atenderán las lesiones derivadas de actos de violencia de género.

C. Diagnóstico y tratamiento de la esterilidad.

1. Consideraciones generales. Las técnicas de reproducción asistida, incluido el diagnóstico de esterilidad, serán cubiertas por la Entidad cuando la mujer sobre la que se vaya a realizar la técnica sea mutualista o beneficiaria de MUFACE y no tenga ningún hijo, previo y sano. En caso de parejas, sin ningún hijo común, previo y sano.

Para acreditar el requisito de ausencia de hijo sano o hijo sano común en pareja podrá aportarse, según el caso, informe médico en el que conste la patología, documento público que acredite la filiación y/o, según el tipo de pareja, certificado de matrimonio, inscripción de la pareja en un registro de parejas de hecho, documento notarial de la constitución de la pareja, o documento que acredite la convivencia de dos años.

Están 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.

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.

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.

En los tratamientos de reproducción asistida y 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.

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.

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. Asimismo, 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.

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.

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 aplicación de los límites se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

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

Cuando existan preembriones congelados sobrantes, procedentes de ciclos FIV autorizados, su transferencia forma parte del ciclo FIV en el que se obtuvieron y será financiada hasta el día anterior en que la mujer cumpla 50 años, con independencia de la existencia de hijos previos y sanos.

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

d) 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.

e) 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.

f) Se considerarán preembriones propios aquellos sobrantes de ciclos anteriores sin tener en cuenta la procedencia del gameto

D. Trasplantes. Comprenderá los trasplantes de todo tipo, así como los injertos óseos y/o tendinosos. La obtención y trasplante de órganos se realizará conforme a lo establecido en la legislación sanitaria vigente del país donde se produzca el trasplante, correspondiendo a la Entidad asumir todos los gastos de obtención y trasplante del órgano o tejido.

E. Protonterapia. Se incluye la técnica de protonterapia en los términos de la Resolución del 30 de noviembre de 2020, de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se hacen públicos los acuerdos de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación de 14 de julio de 2020 en relación a la técnica de protonterapia en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud. En esta Resolución se recogen las indicaciones que estarán incluidas en la financiación del SNS para esta terapia.

Será necesaria autorización de la Entidad, conforme a la cláusula 3.2.2.F, previa verificación por MUFACE de que el tratamiento prescrito se ajusta a los criterios e indicaciones aprobados para el Sistema Nacional de Salud.

2.2.4 Programas preventivos. En el apartado A del anexo 1 se relacionan las asistencias preventivas incluidas en la Cartera de Servicios del Concierto. En todo caso, la información sobre estos programas preventivos deberá figurar en la página web de la Entidad.

2.2.5 Atención de Urgencias. Se incluye la atención de urgencia en los casos en que la situación clínica obligue a una atención sanitaria inmediata durante las 24 horas del día todos los días del año, en el lugar en que se produzca la necesidad de la asistencia y en los centros sanitarios.

2.2.6 Cuidados Paliativos. 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.

2.2.7 Rehabilitación. Los tratamientos de rehabilitación y fisioterapia en pacientes con déficit funcional recuperable prescritos por médicos rehabilitadores o especialistas responsables de las patologías susceptibles de dichos tratamientos, aunque requieran la intervención de distintos profesionales o técnicas rehabilitadoras.

2.2.8 Salud Bucodental /Odontología:

A. Prestaciones incluidas: Previa prescripción de facultativo especialista, será a cargo de la Entidad el tratamiento de las afecciones estomatológicas en general, incluyendo toda clase de extracciones y limpieza de boca una vez por año o, más si fuera necesario, previo informe justificativo del facultativo especialista.

Además, para los beneficiarios menores de 15 años, comprende las revisiones periódicas que se consideren precisas para el mantenimiento de una buena salud bucodental, la 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.

Para las mutualistas y beneficiarias embarazadas se incluye el seguimiento preventivo de la cavidad oral con aplicación de flúor tópico de acuerdo con las necesidades individuales.

Para los pacientes discapacitados psíquicos se incluye los gastos de hospitalización, quirófano y anestesia necesarios para la realización de los tratamientos y prestaciones odontológicas excluidos de la cobertura del Concierto.

Se incluyen a cargo de la Entidad las prótesis de maxilar superior e inferior tanto implantosoportadas como las no implantosoportadas, para pacientes con malformaciones congénitas que cursan con anodoncia, grandes traumatismos 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.

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

B. Exclusiones: Se excluyen de la cobertura del Concierto, con las salvedades previstas en la letra anterior, tanto en lo referente a su coste, como a su colocación, los empastes y las endodoncias a beneficiarios en general de 15 años o más, las prótesis dentarias, los implantes osteointegrados, el tratamiento de ortodoncia y la periodoncia, 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.

No obstante, estas prestaciones estarán incluidas cuando medie enfermedad profesional o accidente en acto de servicio previo reconocimiento por MUFACE del derecho a las prestaciones derivadas de tales contingencias.

2.2.9 Farmacia, productos sanitarios y productos dietéticos: Serán a cargo de la Entidad, cuando exista una prescripción médica por escrito, cualquier medicamento o principio activo, efecto o accesorio y producto dietoterápico complejo y de nutrición

enteral domiciliaria que esté cubierto a efectos de financiación y con las mismas indicaciones previstas en el Sistema Nacional de Salud de España, con las siguientes especificaciones:

A. La totalidad del coste de los productos farmacéuticos, sanitarios y dietéticos necesarios para cualquier tratamiento en el ámbito hospitalario, incluidos los que según la legislación sanitaria española estén calificados como de uso hospitalario o que por Resolución de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia estén desprovistos de cupón precinto y se limite su dispensación a los servicios de farmacia de los hospitales a pacientes ambulantes o externos, así como los quimioterápicos tanto por vía intravenosa como intravesical.

B. Los tratamientos de Hormona de Crecimiento requerirán la previa autorización de MUFACE. Para obtener esta autorización el mutualista o beneficiario con documento asimilado al de afiliación deberá presentar debidamente cumplimentado por facultativo especialista el Protocolo que a estos efectos figura en la página web del Ministerio de Sanidad.

C. Aquellos tratamientos que tengan su origen en accidente en acto de servicio o enfermedad profesional.

D. El 70 % del coste de los medicamentos y demás productos sanitarios incluidos en la prestación del Sistema Nacional de Salud de España para su dispensación a través de oficinas de farmacia.

E. En el caso de medicamentos y efectos y accesorios sujetos a aportación reducida conforme a lo previsto en el apartado 3.2 del anexo V del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, así como los prescritos para pacientes diagnosticados de fibrosis quística y de Enfermedad de Paget en tratamiento con calcitonina, el nivel de cobertura será del 90 % del coste del producto dispensado, excepto cuando la cantidad que corresponda aportar al paciente supere 4,24 euros por envase, en cuyo caso la Entidad abonará la diferencia entre el coste y dicha aportación.

F. El 70 % del coste de la adquisición de artículos para incontinencia urinaria si son necesarios desde el punto de vista médico, hasta un máximo de 600 euros al año.

G. La totalidad del coste de los productos dietoterápicos complejos destinados a las personas que padezcan determinados trastornos metabólicos congénitos y de nutrición enteral domiciliaria para aquellos a los que no es posible cubrir sus necesidades nutricionales con alimentos de consumo ordinario.

H. La totalidad del coste de los productos sanitarios que se relacionan a continuación:

1. Los dispositivos intrauterinos (DIU), incluidos los sistemas de liberación intrauterinos (DIUs hormonales) y los pesarios.

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

3. El material fungible necesario para para la administración parenteral de insulina fármacos antidiabéticos u otros fármacos: las jeringuillas de insulina y las agujas correspondientes, las agujas para inyectores y sistemas precargados de antidiabéticos de administración parenteral que carezcan de ellas, así como el material fungible de las bombas de infusión de insulina.

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

5. Las tiras reactivas para la medición en pacientes diabéticos de glucemia, glucosuria y combinadas glucosa/cuerpos cetónicos, así como el glucómetro, lancetas y el material necesario, de acuerdo con los criterios y estándares establecidos por las administraciones sanitarias y sociedades científicas y siempre que, a juicio del profesional responsable, se adapten mejor a las necesidades y habilidades del paciente.

6. Los sistemas de administración de nutrición enteral domiciliaria, cánulas de traqueotomía y laringectomía, sus accesorios y sondas vesicales especiales, así como otras sondas especiales y productos de ostomía, cuando dichos productos hubieran sido debidamente indicados por el especialista.

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

8. Los sistemas de monitorización de glucosa (tipo flash o de medición continua en tiempo real), siempre y cuando el beneficiario cumpla con los requisitos establecidos por el Ministerio de Sanidad, y sean prescritos por el médico especialista (pediatra o endocrino).

#### 2.2.10 Transporte sanitario, evacuación y repatriación. Será a cargo de la Entidad:

A. El transporte sanitario en el interior del mismo país donde ocurra la contingencia o la necesidad de la asistencia para desplazarse al hospital o centro sanitario donde recibir asistencia o tratamiento periódico cuando la patología del paciente le impida desplazarse por sus propios medios, acreditado este extremo mediante la prescripción escrita del facultativo en la que conste la necesidad del traslado.

El transporte deberá realizarse en el medio más adecuado en función del estado físico del paciente y otras circunstancias, en los siguientes medios: ambulancia, ambulancia medicalizada, UVI móvil, avión y helicóptero medicalizados.

No obstante lo anterior, podrá acordarse entre la Entidad y el beneficiario el uso de medios de transporte convencionales como taxi, avión o vehículo propio.

B. El transporte sanitario, entre distintos países, cuando el paciente requiera una asistencia cubierta por el presente Concierto y no se disponga de los medios adecuados en el país donde se encuentre. En este supuesto, la Entidad se hará cargo de los gastos ocasionados por la utilización del medio de transporte más adecuado desde el país donde se encuentren al país donde se dispense el tratamiento en los términos de la cláusula 3.2.2 A, salvo el supuesto del párrafo tercero, hasta un máximo de 50.000 euros, que incluirán los gastos de viaje de un acompañante del paciente. Estas prestaciones estarán sujetas a la certificación de la necesidad médica de dicho transporte y tratamiento por el médico que atienda al paciente y a la previa aprobación de la Entidad.

C. La evacuación sanitaria de un mutualista o beneficiario, como consecuencia de una enfermedad o lesión cubierta por el presente Concierto, en fase terminal, debidamente justificada mediante el informe del médico responsable de la asistencia. Dicho informe deberá ser presentado a la Entidad para su autorización y ésta deberá abonar los gastos derivados de la evacuación del paciente a España o al país de residencia habitual, desde el país donde haya sido atendido, en el medio de transporte más adecuado al estado físico del paciente, incluyendo, de ser necesarios, los gastos del personal médico o de enfermería que acompañe al paciente, hasta un máximo de 50.000 euros.

D. La repatriación del cadáver o cenizas de un mutualista o beneficiario desde el país donde se ha producido el óbito a España o al país de residencia habitual, que incluirá los gastos de transporte de los restos mortales, de un acompañante, embalsamamiento y ataúd, hasta un máximo de 10.000 euros.

#### 2.2.11 Otras prestaciones:

A. Podología: Se incluye 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. El número de sesiones máximo por paciente será de seis al año.

B. 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.

C. Prestación ortoprotésica y prestaciones sanitarias complementarias: Están incluidos en la cobertura del Concierto:

1. Los implantes quirúrgicos, terapéuticos o diagnósticos, entendiéndose por tales, aquellos productos sanitarios diseñados para ser implantados total o parcialmente en el cuerpo humano mediante un determinado acto médico o intervención quirúrgica, así como la renovación de cualquiera de sus accesorios, incluidos los externos. Se incluyen 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.

2. Las prótesis externas, las sillas de ruedas, las órtesis y las ortoprótesis especiales, previa prescripción médica, con el contenido y extensión previstos en la normativa específica de la Mutualidad.

3. Se incluyen los audífonos, laringófonos, colchones antiescaras previa prescripción médica, con el contenido y extensión previstos en la normativa específica de la Mutualidad.

Están excluidas de la cobertura del Concierto las prótesis oculares previstas en la normativa específica de la Mutualidad, excepto cuando medie enfermedad profesional o accidente en acto de servicio que serán por cuenta de la Entidad, previo reconocimiento por MUFACE del derecho a las prestaciones derivadas de tales contingencias.

2.2.12 Prestaciones COVID. Conforme a la disposición adicional cuarta de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, MUFACE debe garantizar el contenido de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, pero en materia de salud pública, se exceptúan las actuaciones de vigilancia epidemiológica, y las acciones generales de protección y promoción de la salud relacionadas con la prevención y abordaje de las epidemias y catástrofes.

Por ello, corresponde a la Entidad la atención sanitaria de los beneficiarios cuando se considera caso sospechoso de COVID-19 por presentar cuadro clínico de infección respiratoria aguda de aparición súbita de cualquier gravedad u otros síntomas de sospecha de infección por SARS-CoV-2 según criterio clínico, incluida la realización de pruebas diagnósticas de infección aguda (PDIA). Asimismo, la Entidad debe realizar el seguimiento del paciente lo que incluye la realización de nuevas pruebas de diagnóstico pero siempre vinculadas a la atención sanitaria del paciente.

Sin perjuicio de lo anterior, en España la Entidad realizará pruebas diagnósticas de infección aguda (PDIA) conforme al Protocolo que figura en el Anexo 6.

## CAPÍTULO 3

### Medios de la entidad y forma de la prestación

#### 3.1 Disposiciones generales.

3.1.1 La Entidad facilitará a los mutualistas y beneficiarios de MUFACE que tenga adscritos el acceso a las prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios del Concierto, conforme a lo dispuesto en el Capítulo 2, mediante los procedimientos regulados en el presente Capítulo, con sujeción a los requisitos y especificaciones que para cada tipo de asistencia se estipulan en el mismo.

3.1.2 A tal fin, la Entidad facilitará una tarjeta individual específica para la aplicación de este Concierto mediante la que los mutualistas y beneficiarios podrán acceder a los medios concertados por la Entidad y/o, según el caso, acreditar el derecho a recibir la asistencia sanitaria en la forma y condiciones establecidas en el presente Concierto. La tarjeta llevará el logotipo de MUFACE en el anverso e incluirá entre los datos personales el número de afiliación que será facilitado por la Mutualidad a la Entidad.

3.1.3 Además, la Entidad facilitará al colectivo protegido una guía, una vez supervisado su contenido por MUFACE, con la información necesaria para una correcta utilización de sus servicios, incluidos los sistemas de consulta no presencial, así como la relación actualizada por países y localidades de sus delegaciones, sucursales o representantes acreditados, previstas en la cláusula 3.2.1.

En el supuesto previsto en el segundo párrafo de la cláusula 3.2.2 B la Entidad proporcionará al colectivo destinado/residente en el referido país una guía específica con las indicaciones para que dispongan de toda la información necesaria para el acceso y utilización de la red concertada de proveedores asistenciales.

3.1.4 La Entidad dispondrá de un servicio de información y de asistencia telefónica en español, durante las 24 horas del día, los 365 días del año, y oficina virtual con servicio permanente, a los que los mutualistas y beneficiarios del Concierto puedan dirigirse, desde cualquier país donde residan, para obtener:

- a) Información para atender las situaciones de urgencia, especialmente los dispositivos asistenciales que los mutualistas y beneficiarios puedan utilizar en estas situaciones.
- b) Información sobre los servicios asistenciales más próximos al lugar de residencia del paciente.
- c) Información sobre los contenidos asistenciales del Concierto y los procedimientos para el acceso a la cobertura de las prestaciones o, en su caso, a los reintegros.
- d) Información sobre las delegaciones, sucursales propias o representantes acreditados, en cada localidad o país.
- e) Tramitación de cualquier tipo de prestación sanitaria incluida en este Concierto.

La falta de operatividad de estos recursos dará lugar a la exigencia de las compensaciones económicas previstas en el Capítulo 5.

En el caso de que la petición de información se refiera a prestaciones no cubiertas por el Concierto, la Entidad deberá dar respuesta motivada en un plazo no superior a cinco días hábiles, con indicación del procedimiento de reclamación previsto en la cláusula 5.4.

3.1.5 Asimismo, los mutualistas y beneficiarios podrán acceder a esta información a través de la página web de la Entidad, en la sección específica de MUFACE que, en cualquier caso, deberá estar disponible en español.

Además, a través de esta página web se podrán descargar y cumplimentar los distintos modelos de solicitud previstos en la cláusula 3.2.3, así como las otras funcionalidades contempladas en el Concierto.

La falta de operatividad de este recurso dará lugar a la exigencia de las compensaciones económicas previstas en el Capítulo 5.

3.1.6 La Entidad podrá disponer de sistemas de consulta no presencial, como:

- a) Consulta telefónica como opción adicional para el mantenimiento del nivel de servicio asistencial, pudiendo ser realizadas las 24 horas del día.
- b) Consulta a través de los chatbots asociados a las aplicaciones móviles de las entidades aseguradoras.
- c) Servicio de videoconsultas a través de internet o de dispositivos móviles.
- d) Otras modalidades.

3.2 Asistencia prestada en el exterior.

3.2.1 Las delegaciones, sean sucursales propias o representantes acreditados de la Entidad, dispondrán de capacidad suficiente para la gestión de todas las tramitaciones y procedimientos relacionados con las prestaciones incluidas en este Concierto, incluyendo la anticipación de fondos o cantidades a cuenta cuando sea requerido por los proveedores. Además, facilitarán toda la información necesaria a los mutualistas y beneficiarios que la precisen, tanto de forma presencial (a ser posible mediante profesionales sanitarios) como a distancia (teléfono, fax, correo ordinario o electrónico, etc.) acerca de:

- a) El contenido prestacional del Concierto y la forma de acceso a las prestaciones.
- b) La adecuación de los centros y profesionales sanitarios existentes en el país de residencia o de desplazamiento a las necesidades específicas del mutualista o beneficiario, en función del conocimiento previo que disponga la Entidad sobre dichos proveedores sanitarios.
- c) La relación de medios sanitarios en el país de residencia o de desplazamiento en los que no se exija el abono previo de los costes de la asistencia a los mutualistas y beneficiarios del Concierto por su utilización, todo ello sin detrimento de su libertad de elección.
- d) Aspectos relacionados con las enfermedades más prevalentes, vacunaciones, medidas preventivas u otras informaciones médicas relevantes en el ámbito geográfico del Estado de residencia o de desplazamiento, a cargo de personal sanitario propio o concertado con la Entidad.

La Entidad deberá comunicar, en un plazo no superior a un mes, a MUFACE y a los mutualistas y beneficiarios con documento asimilado al de afiliación, directamente afectados, cualquier modificación producida en los datos y servicios de las delegaciones, sean sucursales propias o por representación.

3.2.2 La cobertura de la asistencia sanitaria que los mutualistas y beneficiarios adscritos a la Entidad precisen se estructura sobre los siguientes principios básicos:

A. Con carácter general, la asistencia se recibirá en el país de destino o de residencia, salvo que en el mismo no se disponga de los medios adecuados.

En los desplazamientos temporales fuera del país de destino o residencia, salvo los realizados a España (cuya cobertura se regula en la cláusula 3.3), queda cubierta la asistencia sanitaria que el paciente necesite siempre que, existiendo medios adecuados en el país de destino o residencia, el motivo del desplazamiento no haya sido precisamente recibir tratamiento médico.

Subsidiariamente como alternativa, el mutualista o beneficiario que desee recibir cualquier prestación sanitaria amparada en este Concierto en país distinto al de residencia o destino, deberá comunicar a la Entidad con una antelación mínima de cinco días naturales antes de su desplazamiento, la intención de recibir esta asistencia, adjuntando informe médico e indicación del país. La Entidad queda obligada al reintegro de los gastos mediante la aplicación de las tarifas fijadas en el Anexo 6 de este Concierto o el gasto máximo realizado si éste fuera menor. En ningún caso se cubrirán los gastos de transporte por el desplazamiento del paciente o sus acompañantes.

B. La libre elección de médicos y otros medios sanitarios en el país de destino o de residencia por parte de los mutualistas y beneficiarios con el único límite de que éstos cumplan los requisitos establecidos, con carácter general, por la normativa sanitaria vigente en el Estado donde reciba la asistencia, bajo la supervisión que, con igual carácter, pueda proceder por parte de la administración sanitaria competente.

No obstante, en aquellas zonas geográficas o países en los que exista una alta variabilidad de precios de los servicios sanitarios, la Entidad podrá disponer de una red concertada de proveedores asistenciales, a través de la que los mutualistas y beneficiarios deberán recibir la asistencia. Para ello, en la Guía prevista en la cláusula 3.1.3, la Entidad deberá incluir información detallada sobre el acceso y uso de la red

Además, la Entidad deberá haber especificado en la oferta con detalle el ámbito territorial de la red, así como la ubicación y distribución de los recursos sanitarios asistenciales, de forma que, en condiciones de equivalencia con la asistencia prestada en territorio nacional, se garantice la accesibilidad a todos los servicios y prestaciones que conforman la Cartera de Servicios regulada en el Capítulo 2.

Asimismo, al tratarse de una red asistencial concertada serán de aplicación mutatis mutandis las disposiciones establecidas en la cláusula 3.3 para la atención en territorio nacional, especialmente las relativas a utilización de medios no concertados por supuestos de denegación injustificada de asistencia o por asistencia urgente de carácter vital, compensación por gastos de transporte y continuidad asistencial.

C. La relación con los proveedores sanitarios es responsabilidad de la Entidad, que asumirá la interlocución con los mismos a efectos de garantizar el cumplimiento de lo establecido en el Concierto, resolviendo cuantas cuestiones relacionadas con la prestación del servicio puedan surgir.

D. El reembolso por la Entidad de los gastos ocasionados a los mutualistas y beneficiarios por las prestaciones sanitarias recibidas, siempre y cuando estas se encuentren entre las contenidas en el Capítulo 2, estén prescritas por médico o, en su caso, otros profesionales sanitarios y su cuantía no exceda de los gastos normales y habituales por dichos servicios y suministros en la localidad donde se reciben.

E. El pago directo por la Entidad a los proveedores sanitarios en los casos de hospitalizaciones y en determinados tratamientos como los relacionados con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, diálisis y otros. No obstante y con el fin de prestar una mejor atención a los mutualistas y beneficiarios, la Entidad procurará facilitar el pago directo a los centros y profesionales sanitarios, que así lo admitan para el mayor número posible de prestaciones incluidas en el presente Concierto, especialmente en los casos de intervenciones programadas, tratamientos crónicos o pruebas diagnósticas complejas.

F. Para evitar incidencias en la cobertura de determinadas prestaciones, procedimientos o técnicas sometidas a criterios de indicación, el beneficiario solicitará autorización previa en los siguientes supuestos:

1. Reproducción Humana Asistida.
2. Genética.
3. Cirugía robotizada.
4. Protonterapia.
5. Podología.
6. Psicoterapia.
7. Rehabilitación.
8. Hormona de crecimiento.
9. Terapias avanzadas.
10. Pruebas COVID.

El procedimiento para las solicitudes será el establecido en la cláusula 3.3.4. La autorización por parte de la Entidad se realizará con la mayor brevedad posible, disponiendo como máximo de cinco días hábiles, salvo para las pruebas COVID cuya

autorización debe realizarse en las 24 horas siguientes. La denegación de prestaciones por parte del Entidad se producirá siempre por escrito y de manera motivada.

No obstante, la Entidad no podrá denegar la cobertura porque el beneficiario no haya solicitado la referida autorización cuando el beneficiario cumpla con los criterios de indicación.

3.2.3 Solicitud de prestaciones. Los mutualistas y beneficiarios con documento asimilado al de afiliación podrán solicitar las prestaciones y los reembolsos a los que tienen derecho, así como otros trámites u obligaciones que se deriven del presente Concierto por cualquiera de los medios siguientes:

A. A través de la página web de la Entidad en español en la sección específica de MUFACE.

B. Presencialmente, en cualquiera de las delegaciones de la Entidad, sean sucursales propias o representantes acreditados.

C. Por correo postal.

D. Adicionalmente, la Entidad podrá establecer otros medios como aplicaciones para móviles.

La Entidad dispondrá para su cumplimentación por los interesados de modelos normalizados de solicitud en español, específicos para la aplicación de este Concierto.

Asimismo, la Entidad dispondrá de modelos normalizados de liquidación en español donde puedan hacerse constar los datos por separado de cada una de las solicitudes de reintegro, importe abonado, importe no abonado y causa de denegación (en su caso).

Al mismo fin, la Entidad dispondrá en la página web en español de un apartado específico para las solicitudes que permita la descarga de los modelos, su cumplimentación, así como anexar facturas, informes médicos y cualesquiera otros documentos. Asimismo, deberá permitir que la presentación, tramitación y resolución de la solicitud se efectúe a través de la página y que las aplicaciones al efecto permitan dejar constancia de las distintas fases del procedimiento, así como permitir que el interesado conozca en cualquier momento el estado de tramitación de su solicitud.

En aquellos casos que se trate de asistencias periódicas por el mismo proceso o en casos de facultativos o centros de atención primaria, el titular acumulará las facturas hasta un mínimo de 200 euros o cuantía equivalente en otra moneda, a efectos de solicitar el reembolso por una sola vez.

La aplicación deberá permitir que el interesado pueda obtener, por periodos de tiempo al menos semanales, informes sobre las solicitudes de reembolsos presentadas y su estado de tramitación en la fecha del informe.

3.2.4 Solicitud de pago directo. Para las asistencias incluidas en la cláusula 3.2.2.E el mutualista o beneficiario previamente comunicará el internamiento o inicio del tratamiento a la Entidad, que gestionará la correspondiente autorización y la anticipación de fondos o cantidades a cuenta cuando así lo exija el respectivo centro o profesional sanitario. La Entidad deberá resolver y comunicar al interesado el resultado de las gestiones en el plazo máximo de cinco días.

En estos supuestos, la Entidad abonará al centro o profesional sanitario el importe facturado en un período de tiempo que no exceda, en ningún caso, de 60 días. La superación no justificada de dicho plazo dará lugar a la exigencia de las compensaciones económicas previstas en el Capítulo 5.

En aquellos casos que se trate de asistencias periódicas por el propio proceso o en casos de facultativos o centros de atención primaria, el titular podrá solicitar a la Entidad que gestione con el proveedor el pago directo del coste generado, siempre que exista conformidad de éste. Excepto en el supuesto previsto como subsidiario en el párrafo tercero de la cláusula 3.2.2 A, que será siempre por reintegro a solicitud del interesado y siempre que se haya producido la comunicación previa prevista en la citada cláusula.

3.2.5 Solicitud de reembolsos. Los reembolsos deberán hacerse efectivos en la moneda oficial del país de destino, residencia o en euros, en los 15 días hábiles siguientes a la fecha en que la Entidad reciba la documentación pertinente, siendo a cargo de la Entidad todos los gastos que se pudieran ocasionar por el cambio de moneda. La superación no justificada de dicho plazo dará lugar a la exigencia de las compensaciones económicas previstas en el Capítulo 5.

Para determinar el valor en euros de los reintegros se tendrán en cuenta los tipos de cambio vigentes el día en que se materialice el pago de la factura, conforme al anuncio del Banco de España publicado en el BOE. Si para ese día no existiera cambio oficial se tendrá en cuenta el correspondiente al día anterior más próximo.

### 3.3 Asistencia prestada en territorio nacional.

3.3.1 La cobertura de la asistencia sanitaria que los mutualistas y beneficiarios adscritos a la Entidad precisen en territorio nacional se estructura sobre los siguientes principios básicos:

A. La Entidad pondrá a disposición de los mutualistas y beneficiarios todos los medios propios o concertados precisos en los términos previstos en el anexo 2.

La asistencia urgente hospitalaria estará disponible de acuerdo con los criterios establecidos en el referido Anexo 2. 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 clínicas 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.

La Entidad deberá disponer de un teléfono gratuito disponible durante las 24 horas del día, los 365 días del año, para canalizar la demanda de urgencias y emergencias sanitarias garantizando la accesibilidad y coordinación de los recursos disponibles para este tipo de atención.

B. 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 2, tal como se estipula en el apartado anterior.

Si no existieran medios ni privados ni públicos en el correspondiente nivel asistencial, la Entidad deberá facilitarlos donde estén disponibles, priorizando criterios de cercanía al domicilio del paciente y asumiendo el coste de los gastos de transporte conforme a la cláusula 3.3.9.

Si existieran medios disponibles en el nivel asistencial correspondiente, la Entidad se obliga a facilitar el acceso de los beneficiarios a alguno de los existentes en el referido nivel, gestionando directamente con el proveedor el acceso y el abono de los gastos.

En caso de que la Entidad no ofertara ningún recurso válido, el beneficiario podrá acudir a los facultativos o centros de su elección existentes en el marco geográfico del referido nivel, debiendo la Entidad asumir directamente los gastos que pudieran facturarse.

Sin perjuicio de lo anterior, la Entidad podrá realizar una oferta asistencial fuera del nivel asistencial que, siempre y cuando sea aceptada por el mutualista, se considerará válida.

C. La Entidad debe garantizar el acceso a cualquiera de los medios concertados en el Nivel asistencial que corresponda en el tiempo máximo que se detalla en el Anexo 2 para cada tipo de atención, prueba diagnóstica, procedimiento terapéutico e intervención quirúrgica programada.

En el supuesto de que el beneficiario no hubiera podido obtener una cita para alguna asistencia, en los términos previstos en el Anexo 2, por los distintos medios concertados

disponibles en el correspondiente Nivel asistencial, deberá ponerlo en conocimiento de la Entidad por cualquier medio que permita dejar constancia de la actuación.

En el plazo de cinco días, la Entidad adoptará las medidas organizativas necesarias para asegurar el acceso del beneficiario a la atención requerida, facilitando una cita concreta, dentro del tiempo máximo de acceso que se contabilizará en días naturales, a partir de la fecha de la solicitud a la Entidad.

En ningún caso, será exigible la asistencia por un especialista, servicio o centro concreto dentro de un tiempo máximo, ya que el plazo de asistencia por medios concretos queda condicionado por su situación o volumen de demanda específico.

La garantía de tiempo máximo de acceso quedará sin efecto cuando el beneficiario:

1. Deje de tener la indicación que justificaba la atención.
2. Renuncie voluntariamente a la atención por los servicios asignados para la asistencia precisa en el tiempo máximo de acceso, optando por la atención a través de otros servicios de su elección.
3. No hubiera optado, en el plazo de cinco días, por alguna de las alternativas ofertadas por la Entidad o hubiera rechazado el/los centro/s alternativo/s ofertado/s para la realización de la asistencia.
4. No se presente, sin motivo justificado, a la citación correspondiente en el centro o servicio que se hubiera facilitado por la Entidad.
5. Retrase la atención sin causa justificada.

Se producirá una suspensión de la garantía de tiempo máximo de acceso, que conllevará la interrupción del cómputo del plazo máximo, en los siguientes supuestos:

1. Cuando el beneficiario lo solicite y siempre que alegue causas debidamente justificadas, tales como nacimiento o adopción de hijo, matrimonio, fallecimiento o enfermedad grave de un familiar o cumplimiento de un deber inexcusable de carácter personal durante los días que resulten indispensables para atenderlo.
2. Cuando concurra causa clínica que justifique el aplazamiento del proceso de atención.
3. En caso de acontecimientos catastróficos, epidemias, huelgas o disfunciones graves que afecten a uno o más centros o servicios sanitarios.

El cómputo del tiempo máximo de acceso se reanudará una vez desaparezcan las circunstancias que hubiesen motivado la interrupción del plazo.

D. Para posibilitar a los mutualistas y beneficiarios la utilización de los medios propios y concertados en España, la Entidad editará, en formato electrónico (accesible en la sección específica para MUFACE de su página web), los Catálogos de Proveedores que contengan la relación detallada de los mismos y la información necesaria a tal fin. Asimismo, figurarán los Servicios de Telemedicina y otros canales de relación entre el médico y paciente.

Los Catálogos de proveedores, tendrán ámbito provincial, y se adaptarán a los niveles asistenciales establecidos en el Concierto. Cuando en la provincia de que se trate la Entidad no esté obligada a disponer de servicios de Nivel IV de Atención Especializada, conforme a los criterios del Anexo 2, en el Catálogo 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, asimismo se harán constar los Servicios de Referencia en todo el territorio nacional.

Con carácter general, el contenido de los catálogos seguirá la siguiente estructura:

1.º En la portada deberá 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.

2.º En la primera página, y de forma destacada deberán figurar los datos relativos a:

- Teléfono del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias de la Entidad

- Teléfono de Información de la Entidad.
- Cualquier otro sistema para autorizaciones.
- Dirección, teléfonos y horario de funcionamiento de una oficina para la atención presencial de los mutualistas.

- Dirección http de la página Web de la Entidad.
- Acceso a plataformas de telemedicina.

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

4.º 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.

5.º Centros hospitalarios en la provincia, indicando la relación de especialidades concertadas.

6.º Cuadro médico.

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

E. Los mutualistas y beneficiarios deberán recibir la asistencia a través de los medios de la Entidad 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.

3.3.2 Utilización de medios de la Entidad. Los mutualistas y beneficiarios accederán directamente a los medios concertados de la Entidad incluidos en sus Catálogos Provinciales de Proveedores con la presentación de la tarjeta identificativa a que se hace referencia en la cláusula 3.1.2.

3.3.3 Requisitos adicionales,. La Entidad podrá exigir para el acceso a la asistencia requisitos adicionales como prescripción médica o autorización previa de la Entidad, siempre que se hagan constar expresamente en los Catálogos y en la Guía, prevista en la cláusula 3.1.3, la relación de los supuestos que precisan autorización previa de la Entidad así como el procedimiento para su obtención.

La Entidad, a través de los facultativos que prescriban o realicen las pruebas diagnósticas o tratamientos que precisen autorización, deberá informar debidamente de este requisito al paciente. En ningún caso podrán efectuarse con cargo al mutualista o beneficiario las pruebas no autorizadas si no se le ha informado antes de la necesidad de tal autorización previa o, en el caso de actos médicos o quirúrgicos realizadas en el momento de la consulta, por falta de tiempo para obtenerla.

3.3.4 Autorizaciones previas de la Entidad. La Entidad dispondrá los recursos organizativos necesarios para facilitar que los mutualistas y beneficiarios que lo precisen obtengan la autorización previa para la prestación de los servicios por cualquiera de los medios siguientes:

A. A través de la página web de la Entidad en español en la sección específica de MUFACE.

B. Telefónicamente

C. Presencialmente, en cualquiera de las delegaciones de la Entidad, sean sucursales propias o representantes acreditados.

D. Adicionalmente, la Entidad podrá establecer otros medios como aplicaciones para móviles.

A fin de evitar eventuales demoras en el acceso a la prestación solicitada, el envío de la autorización al solicitante por parte de la Entidad se realizará como máximo en cinco días hábiles 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 este Concierto. En el caso de las PDIA para el coronavirus, el envío de la autorización se realizará en las 24 horas siguientes a la solicitud.

La Entidad, en las autorizaciones de ingreso en centro hospitalario o de cirugía mayor ambulatoria que emita, se ocupará de informar a los mutualistas y beneficiarios 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 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y su normativa de desarrollo.

3.3.5 Utilización de medios no concertados. De conformidad con lo establecido en los artículos 17 del Texto Refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado y 78 del RGMA, cuando un mutualista o beneficiario, por decisión propia o de sus familiares, utilice medios no concertados con la Entidad, deberá abonar, sin derecho a reintegro, los gastos que puedan ocasionarse, excepto en los casos de denegación injustificada de asistencia y en los de asistencia urgente de carácter vital que se detallan y regulan en las cláusulas siguientes.

3.3.6 Denegación injustificada de asistencia.

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

B. A lo exclusivos efectos de aplicación de este Concierto se produce denegación injustificada de asistencia:

1. Cuando el mutualista o beneficiario solicite por escrito a la Entidad la prestación de una determinada asistencia sanitaria prescrita por un médico concertado por la Entidad en España, o por un facultativo fuera de España cuya atención haya sido cubierta por la Entidad, y ésta no le ofrezca, también por escrito y antes de que concluya el quinto día hábil siguiente a la comunicación, la solución asistencial válida en el nivel que corresponda.

2. Cuando la Entidad no cumpla las exigencias de disponibilidad de medios previstos en el Anexo 2 del presente Concierto. En este supuesto, el beneficiario podrá acudir a los facultativos o centros que existan en el referido nivel, de conformidad con lo estipulado en la cláusula 3.3.1.B.

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

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

5. Cuando el mutualista o beneficiario se encuentre ingresado en un centro no concertado a causa de una situación médica que requiera una atención inmediata de urgencia, y éste (o lo 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.

6. Cuando la Entidad, previa comunicación del beneficiario, no cumpla con la garantía de tiempo máximo de acceso a la atención, conforme a la cláusula 3.3.1. C y el punto 5 del Anexo 2, ya sea porque no facilite la cita en el plazo de cinco días, o porque la fecha de esta no sea dentro del tiempo máximo de acceso.

C. Obligaciones de la Entidad ante una denegación injustificada:

1. En cualquiera de los supuestos de denegación injustificada de asistencia descritos, la Entidad viene obligada a asumir los gastos derivados de la asistencia.

En el supuesto contemplado en el punto 5 de la letra B anterior, 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.

2. 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.

3. 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 cada supuesto, 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 2 anterior.

4. Cuando la Entidad reciba del mutualista o beneficiario la comunicación de la asistencia prestada en medios ajenos por alguna de las circunstancias previstas de denegación injustificada, realizará las gestiones oportunas ante el proveedor para hacerse cargo de los gastos ocasionados por dicha asistencia y que por parte de éste se emita la correspondiente factura a la Entidad.

5. Si el interesado 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.

3.3.7 Asistencia urgente de carácter vital.

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

B. Situaciones especiales de urgencia: Se considerará que siempre reúnen la condición de urgencia de carácter vital y que la asistencia recibida en medios ajenos posee también el requisito previsto en la letra anterior, las siguientes situaciones especiales:

1. Cuando los mutualistas de MUFACE pertenecientes al Cuerpo Nacional de Policía precisen asistencia en medios ajenos, 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.

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

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

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

5. Cuando el beneficiario resida en un centro de mayores asistido o en un centro para crónicos y los equipos de emergencias sanitarias públicas 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 su adscripción a la Entidad a efectos de su asistencia sanitaria.

6. Cuando en el marco de una emergencia sanitaria decretada por la autoridad sanitaria correspondiente, el beneficiario haya utilizado recursos sanitarios públicos por orden de aquella.

C. Alcance: 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:

1. 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.

2. 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.

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

E. Obligaciones de la Entidad: 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, o por cualquier otra razón debe asumir los gastos, 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 interesado 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 mutualista o beneficiario y a la Oficina Delegada de MUFACE para el personal en el exterior (en adelante la Oficina Delegada).

Cuando la Entidad debe asumir los gastos por la situación de urgencia vital, 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.

Si el beneficiario ya hubiera abonado los gastos, 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.

En el supuesto de la situación especial de urgencia previsto en el apartado 6 de la letra B, la Entidad, sin perjuicio de que debe asumir los gastos conforme los párrafos anteriores, podrá ejercer las acciones que procedan en orden a recurrir la facturación de la asistencia cuando el uso de los recursos sanitarios públicos derive de una orden imperativa de la correspondiente autoridad sanitaria.

3.3.8 Sin perjuicio de lo establecido en la cláusula 2.2.10 A para transporte sanitario no urgente en España, 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, 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.

3.3.9 La Entidad cubrirá en territorio nacional los gastos por transporte ordinario en los supuestos que a continuación se especifican:

A. Cuando no existan los medios exigidos, de forma que el mutualista o beneficiario venga obligado a desplazarse desde la localidad en que resida, con carácter temporal o permanente, a la localidad más próxima donde aquéllos estén disponibles o a la localidad a la que la Entidad lo haya derivado.

B. A Servicios de Nivel IV, a Servicios de Referencia y Servicios Especiales ubicados en una provincia distinta a la de residencia.

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

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, en avión o helicóptero.

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

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.

3.3.10 Principio de continuidad asistencial. Si durante la vigencia del Concierto se produce la baja de algún medio concertado, o en el caso de que la entidad adjudicataria sea la misma que para el Concierto anterior pero ha modificado sus Catálogos, serán de aplicación las siguientes estipulaciones:

A. Si se produce la baja de algún profesional de los Catálogos de Servicios, 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.

B. 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.

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.

3.3.11 Disposiciones transitorias para la asistencia de los mutualistas y beneficiarios adscritos al Concierto de asistencia sanitaria en el exterior a 31 de diciembre de 2021:

A. Los pacientes que a 31 de diciembre de 2021 estuvieran siendo tratados en España de patologías graves en los medios concertados por la entidad adjudicataria del Concierto de Asistencia Sanitaria en el Exterior de MUFACE para los años 2020-2021 y que, por aplicación de las estipulaciones del presente Concierto, deban pasar a recibir la asistencia en medios concertados por la nueva Entidad, lo comunicaran a la Entidad para que ésta ofrezca por escrito antes de que concluya el quinto día hábil siguiente a la comunicación la solución asistencial válida en el nivel que corresponda. Durante todo este período la Entidad deberá hacerse cargo de los gastos generados por la continuidad de la asistencia del paciente en los medios concertados por la anterior Entidad.

B. Lo dispuesto en el párrafo anterior se extenderá a la asistencia por maternidad cuando el parto estuviese previsto para enero o febrero de 2022.

C. Los gastos derivados por la asistencia de los pacientes que a 31 de diciembre de 2021 la estuvieran recibiendo en régimen de hospitalización, sea domiciliaría, de día o internamiento, en centros no concertados por la Entidad en el presente Concierto serán asumidos por ésta hasta la fecha del alta del episodio en curso o, en cualquier caso, hasta que se pueda garantizar la continuidad del tratamiento en los medios o centros sanitarios de la Entidad.

3.3.12 Disposiciones especiales para la asistencia en determinados procesos a los mutualistas y beneficiarios adscritos al Concierto durante su vigencia. Cuando se produzca la adscripción a este Concierto de algún paciente durante un proceso asistencial grave y/o complejo por el que, en su condición de colectivo protegido por MUFACE, estuviera siendo previamente tratado en territorio nacional en medios no concertados por la Entidad, ésta deberá hacerse cargo de la asistencia en medios ajenos hasta el alta del proceso.

## CAPÍTULO 4

### Información y documentación sanitaria

#### 4.1 Normas generales.

4.1.1 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 que se

especifican en este Capítulo sobre los servicios prestados a los mutualistas y beneficiarios. Igualmente lo hará sobre aquellos que, aunque no especificados, durante la vigencia del Concierto pudieran ser demandados por el Ministerio de Sanidad, en el contexto de desarrollo del Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud.

4.1.2 La Entidad se obliga a cumplir todos los requisitos establecidos en Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y en su normativa de desarrollo, en relación con la información y documentación sanitaria relativa a los mutualistas y beneficiarios de MUFACE, así como a salvaguardar el ejercicio de los derechos de los pacientes recogidos en el artículo 10 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica, especialmente 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 referida ley.

4.1.3 Además, la Entidad está obligada a cumplir y hacer cumplir a los profesionales y centros sanitarios incluidos en su Catálogo de Proveedores las disposiciones contenidas en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, en orden a garantizar el derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir

#### 4.2 Información sobre actividad.

4.2.1 La Entidad dispondrá de un sistema de información asistencial que permita conocer el número, tipo y coste de los servicios proporcionados a los mutualistas y beneficiarios de MUFACE y el país donde se ha producido la asistencia, todo ello según el formato que aparece en el Anexo 5 del presente Concierto.

4.2.2 La Entidad facilitará a MUFACE los datos sobre actividad asistencial de cada trimestre natural mediante su remisión, en soporte informático, dentro de los tres meses siguientes a la finalización del período correspondiente.

#### 4.3 Información sobre la gestión de las prestaciones sanitarias.

4.3.1 La Entidad dispondrá de un sistema de información sobre la gestión realizada que permita conocer el número de gestiones realizadas para la aplicación y cumplimiento del Concierto, todo ello según el formato que aparece en el Anexo 5 del presente Concierto.

4.3.2 La Entidad facilitará a MUFACE los datos sobre la gestión de cada trimestre natural mediante su remisión, en soporte informático, dentro de los tres meses siguientes a la finalización del período correspondiente.

4.4 Información sobre los medios ofertados propios o concertados. La información de los medios propios y concertados que la Entidad ofrece para prestar el servicio se enviará en formato electrónico a MUFACE anualmente con arreglo a los requisitos que se definen en el apartado 3 del Anexo 5. La remisión a MUFACE del soporte electrónico conteniendo dicha información se efectuará por la Entidad antes del 1 de diciembre del año anterior al que se refiera la información.

#### 4.5 Documentación clínica y sanitaria.

4.5.1 Serán por cuenta de la Entidad los costes de los informes médicos, exploraciones o pruebas de diagnóstico que prescriban a los mutualistas de MUFACE para la evaluación, calificación, declaración o revisión de incapacidad permanente en orden al reconocimiento de la jubilación por incapacidad permanente para el servicio o de la pensión por incapacidad permanente.

4.5.2 Asimismo, la Entidad también deberá asumir los costes de los informes médicos, exploraciones o pruebas de diagnóstico que prescriban a los mutualistas de MUFACE para la evaluación, calificación, declaración o revisión, de la Incapacidad

Temporal, riesgo durante el embarazo o riesgo durante la lactancia natural, para cualquier otra prestación gestionada por la Mutualidad.

4.5.2 Serán por cuenta de la Entidad los gastos que puedan ocasionar la emisión de la documentación, informes o certificados sobre el estado de salud de los mutualistas y beneficiarios exigibles por disposición legal o reglamentaria, así como los necesarios para la gestión de las prestaciones que gestiona MUFACE.

4.5.3 Asimismo, la Entidad también deberá asumir los costes por la emisión de 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.

## CAPÍTULO 5

### Régimen jurídico del Concierto

#### 5.1 Régimen jurídico del Concierto.

##### 5.1.1 El presente Concierto se rige por:

A. El Texto Refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio especialmente las previsiones contenidas en su 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, las contenidas en el artículo 16 que establece el contenido de la asistencia sanitaria que MUFACE debe prestar a sus mutualistas y 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 Reglamento General del Mutualismo Administrativo, aprobado por Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo, especialmente las previsiones contenidas en sus artículos 85 y 86 sobre el contenido y modalidades de cobertura de la asistencia sanitaria prestada fuera del territorio nacional a los mutualistas y beneficiarios de MUFACE destinados y/o residentes en el extranjero y en los 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. Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público (LCSP), por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014 y su desarrollo reglamentario.

5.1.2 Normativa sanitaria de aplicación. En lo que respecta al contenido de las prestaciones sanitarias incluidas en el Capítulo 2, el presente Concierto estará a lo establecido en sus propias cláusulas así como, en caso de duda, al contenido de la legislación sanitaria básica española y más específicamente a lo dispuesto en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización o las normas que pudieran sustituirlas, desarrollarlas o complementarlas.

#### 5.2 Régimen de las relaciones basadas en el Concierto.

5.2.1 Régimen de las relaciones asistenciales. El presente Concierto no supone ni hace surgir ninguna relación entre MUFACE y los medios sanitarios que los mutualistas y beneficiarios hayan libremente escogido para recibir asistencia o los que la Entidad, al efecto, haya puesto a disposición de los mismos. Las relaciones entre la Entidad y dichos medios sanitarios son también ajenas al Concierto.

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, las que se produzcan entre los mutualistas y beneficiarios con los medios sanitarios que les hayan asistido por causa que afecte o se refiera a la actividad asistencial de dichos medios o al 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 su actividad en dichos centros.

Estas relaciones tendrán la naturaleza que, con arreglo a la legislación del país en que se haya producido dicha relación, corresponda a su contenido y, el conocimiento y decisión de las cuestiones que puedan surgir en las mismas, serán competencia de la jurisdicción de dicho Estado.

5.2.2 Régimen de las relaciones entre MUFACE y la Entidad. Las cuestiones que surjan en el ámbito de las relaciones entre MUFACE y la Entidad, con motivo del cumplimiento de los derechos y obligaciones que, según la Cláusula 1.1 constituyen el objeto del Concierto o en el ámbito de las relaciones entre los mutualistas y beneficiarios y la Entidad, con motivo del cumplimiento por la misma de las obligaciones asistenciales contenidas en el mismo, tendrán naturaleza administrativa, en los términos del Derecho Administrativo Español y serán resueltas por el órgano de MUFACE que tenga atribuida la competencia, previo el procedimiento previsto en la cláusula 5.3 del presente Concierto.

Contra dichas resoluciones 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.

5.2.3 Régimen de las relaciones entre MUFACE y los representantes acreditados por la Entidad en el extranjero. Los acuerdos de representación que suscriba la Entidad no producirán relaciones entre MUFACE y la Entidad representante, por lo que las obligaciones contenidas en el Concierto se entenderán siempre, frente a MUFACE, como de responsabilidad exclusiva de la Entidad concertada.

### 5.3 Comisión Mixta.

5.3.1 La Comisión Mixta, con composición paritaria, 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 designado por el Director General de MUFACE y como secretario actuará un funcionario de MUFACE.

5.3.2 La Comisión Mixta tiene por cometido:

- a) El seguimiento, análisis y evaluación del cumplimiento del presente Concierto. Así como, actuar como cauce de información en los términos de la cláusula 2.1.3.
- b) El análisis de las iniciativas de MUFACE sobre las compensaciones económicas por incumplimientos parciales del Concierto y sobre las deducciones por fallos de disponibilidad.
- c) El conocimiento de las reclamaciones que pudieran formularse por los mutualistas y beneficiarios con documento asimilado al de afiliación o, en su caso, de oficio por MUFACE, según los términos del Concierto.

A los efectos de los cometidos recogidos en los apartados b) y c) se entiende que con la intervención de la Entidad tiene lugar para la misma el cumplimiento del trámite establecido en el artículo 82 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

5.3.3 El régimen de funcionamiento de la Comisión Mixta será el regulado en los párrafos siguientes y, en lo no previsto en ellos, se aplicarán las normas sobre funcionamiento de los órganos colegiados previstas en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

La Comisión se reunirá con carácter ordinario, siempre que haya asuntos a tratar, en los primeros quince días de cada mes y con carácter extraordinario, a petición de cualquiera de las partes, siempre que hubiera asuntos a tratar que no admitan demora. En caso de incomparecencia a una reunión de los representantes de la Entidad se

entenderá que esta acepta los acuerdos que adopte MUFACE en relación con los asuntos incluidos en el orden del día de la reunión.

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

#### 5.4 Procedimiento para las reclamaciones.

5.4.1 Los mutualistas y beneficiarios con documento asimilado al de afiliación podrán reclamar de MUFACE que acuerde la procedencia de alguna actuación por parte de la Entidad por denegar o no contestar alguna solicitud de prestación o alguna otra de las obligaciones recogidas en el Concierto.

Esta vía administrativa no es procedente para reclamaciones sobre cuestiones referentes a las relaciones mencionadas en la cláusula 5.2.1 En caso de plantearse, se contestará al interesado que, por razón de incompetencia de MUFACE, no resulta posible resolver sobre el fondo de la reclamación, con indicación de que puede formularse, si se estima oportuno, frente a los facultativos o centros, en la vía jurisdiccional del país en el que se produjeron los hechos.

En aquellos supuestos excepcionales en los que el mutualista o beneficiario con documento asimilado al de afiliación 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 que considere oportuna ante la Comisión Mixta, motivando la causa de esa iniciación de oficio.

5.4.2 Resolución de las reclamaciones. Las reclamaciones se formularán por escrito ante la Oficina Delegada de MUFACE para el personal en el exterior (en adelante la Oficina Delegada), acompañando cuantos documentos puedan justificar la misma. Preferentemente, el canal de presentación de las reclamaciones para Comisión Mixta de Exterior será a través de la Sede Electrónica de MUFACE.

Recibida cualquier reclamación, la Oficina Delegada, si considerase inicialmente que existen razones para su estimación, realizará de manera inmediata las gestiones oportunas ante la Entidad para obtener satisfacción a la misma, en cuyo caso se archivará sin más trámites con anotación de la solución adoptada. En caso de que las citadas gestiones no prosperen, la Oficina Delegada formalizará el oportuno expediente y lo remitirá al Departamento de Prestaciones Sanitarias que procederá a incluirlo en el orden del día de la inmediata reunión de la Comisión Mixta. Estudiado el mismo, se levantará la correspondiente acta, en la que constarán, necesariamente, las posiciones de MUFACE y la Entidad sobre la reclamación planteada.

En cualquier caso la reclamación será resuelta por la Dirección General de MUFACE en un plazo máximo de tres meses desde la presentación de la reclamación, notificándose el contenido de la misma a la Entidad y al interesado.

Contra las resoluciones dictadas por la Dirección General de MUFACE 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.

#### 5.4.3 Procedimiento de ejecución de reclamaciones estimadas:

A. En las reclamaciones resueltas positivamente por la Dirección General de MUFACE, el procedimiento de ejecución será el siguiente, en función del objeto de la reclamación:

1. 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.

2. 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.

3. 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.

B. Dentro de los plazos citados, la Entidad deberá comunicar a la Oficina Delegada que ha procedido a emitir la autorización, a efectuar el abono directo al proveedor sanitario o a rembolsar los gastos o 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, porque el interesado no se ha presentado, no ha aportado los justificantes oportunos o no ha aceptado el referido pago.

C. Si MUFACE no hubiese recibido esta comunicación dentro del plazo indicado o si, superado este plazo, tuviese conocimiento de que se hubiera denegado el pago al interesado o no se hubiera efectuado el abono directo al proveedor sanitario, bajo cualquier motivo, el responsable de la Oficina Delegada, sin más trámites y siempre que existiese en ese momento Concierto en vigor con la Entidad o fuera de aplicación lo dispuesto en la cláusula 6.1.2, expedirá certificación del acuerdo adoptado y de los hechos posteriores y la remitirá al Departamento de Gestión Económica y Financiera de MUFACE. Éste, igualmente sin más requisitos, propondrá el oportuno acuerdo a la Dirección General y deducirá el importe que corresponda de la inmediata mensualidad que haya de abonarse a la Entidad.

D. En el supuesto de resoluciones administrativas o sentencias que resuelvan recursos interpuestos contra actos de MUFACE en materia de reintegro de gastos sujetos al presente Concierto, el pago de la cantidad que en cada caso corresponda será realizado directamente por MUFACE al interesado por cuenta de la Entidad, deduciendo el importe de las cuotas mensuales a abonar a la misma y facilitando a ésta el documento que acredite haber realizado el pago por su cuenta.

5.4.4 Reembolso de gastos asumidos indebidamente por MUFACE. Cuando MUFACE detecte que ha asumido gastos por prestaciones cubiertas en el presente Concierto que deberían haber sido a cargo de la Entidad, incluida la facturación de oficinas de farmacia, la Mutualidad 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 la cláusula 6.2 del presente Concierto.

5.5 Compensaciones económicas por incumplimiento parcial de obligaciones definidas en el Concierto y deducciones por fallos de disponibilidad. Procedimiento para su imposición.

5.5.1 Compensaciones económicas por incumplimiento parcial de obligaciones definidas en el Concierto. La Entidad está obligada a cumplir las obligaciones previstas y plazos fijados en las cláusulas 3.1.4, 3.1.5, 3.2.4 y 3.2.5 de este Concierto.

El incumplimiento de alguna de estas obligaciones dará lugar a la imposición a la Entidad de la correspondiente compensación económica para MUFACE en los términos que, en los siguientes apartados, se establecen:

A. Falta de disponibilidad u operatividad del servicio de información y de asistencia telefónica. Si la Entidad no dispone del servicio de información y de asistencia telefónica previsto en la cláusula 3.1.4 o el mismo no está operativo, la Entidad vendrá obligada a

satisfacer una compensación económica de 30.000 euros por cada mes o fracción de mes que se haya producido el incumplimiento.

B. Falta de disponibilidad u operatividad de la página web de la Entidad. Si la Entidad no dispone de la página web prevista en la cláusula 3.1.5 o la misma no está operativa, la Entidad vendrá obligada a satisfacer una compensación económica de 30.000 euros por cada mes o fracción de mes que se haya producido el incumplimiento.

C. Retraso en el abono directo de las facturas a los centros o profesionales sanitarios. En los supuestos regulados en las cláusulas 3.2.2. E y 3.2.4 en que la Entidad debe satisfacer directamente el importe de los gastos generados a los centros o profesionales sanitarios cuando éstos acepten emitir la factura a la Entidad, si aquella no realiza el pago en el plazo de 60 días, vendrá obligada al abono de una compensación económica del 10 % del importe facturado si lo efectúa dentro del mes siguiente, incrementándose la compensación en un 10 % adicional por cada mes o fracción de mes transcurrido hasta su abono. Esta compensación económica es independiente de los posibles recargos que el centro o profesional sanitario pueda imponer a la Entidad por la demora.

D. Retraso en el abono de los reembolsos. Si la Entidad no ha hecho efectivo el reembolso al mutualista o al beneficiario con documento asimilado al de afiliación, en el plazo de los 15 días hábiles siguientes a la fecha en que ha recibido la documentación pertinente, conforme a lo estipulado en la cláusula 3.2.5, aquella vendrá obligada al abono de una compensación económica del 10 % del importe del reembolso si lo efectúa dentro del mes siguiente, incrementándose la compensación en un 10 % adicional por cada mes o fracción de mes transcurrido hasta su abono.

5.5.2 Deducciones por fallos de disponibilidad. Se entiende por fallo de disponibilidad la baja de alguna de las delegaciones de la Entidad, sean sucursales propias o representantes acreditados, en las localidades que ofertó en el exterior para la suscripción del presente Concierto. Cuando se produzca un fallo de disponibilidad la Entidad contará, a partir del día siguiente a que MUFACE se lo haya comunicado, del plazo de un mes para su corrección.

Trascurrido el plazo de corrección sin que se haya repuesto en la misma localidad la delegación, sea sucursal propia o representante acreditado, será de aplicación una deducción económica por cada día transcurrido desde el siguiente a aquél en que finalice el plazo de corrección. El importe de la deducción diaria se calculara como sigue:

A. Cuando no exista otra delegación de la Entidad en el mismo país, se aplicará una deducción diaria que será el 10 % del producto del número de mutualistas y beneficiarios residentes en ese país por la prima diaria.

B. Cuando exista otra delegación de la Entidad en el mismo país, se aplicará una deducción diaria que será el 5 % del producto del número de mutualistas y beneficiarios residentes en la localidad donde se ha producido el fallo de disponibilidad por la prima diaria.

C. La prima diaria que se indica en las letras anteriores se calculará multiplicando por 12 la prima mensual que se establece en las cláusula 6.3 y dividiendo el resultado por 365.

5.5.3 Procedimiento para la imposición de las compensaciones económicas y de las deducciones por fallos de disponibilidad. En los supuestos en los que se haya detectado un incumplimiento de las obligaciones recogidas en las cláusulas 3.1.4, 3.1.5, 3.2.4 y 3.2.5, en los términos descritos en la cláusula 5.5.1, o un fallo de disponibilidad que, conforme a la cláusula 5.5.2, finalizado el plazo de corrección no ha sido comunicado por la Entidad que ha sido subsanado, el Departamento de Prestaciones Sanitarias de MUFACE incluirá el expediente por incumplimiento o por fallo de disponibilidad para su estudio en el orden del día de la inmediata reunión de la Comisión Mixta para que la Entidad presente las alegaciones correspondientes. Estudiado el

asunto, se incluirán en la correspondiente acta de la Comisión las posiciones mantenidas por MUFACE y la Entidad. En caso de que las posiciones fueran concordantes y el resultado de las mismas fuera que tal incumplimiento o fallo 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 fallo, o en caso de desacuerdo de las partes en la Comisión Mixta resolverá la Dirección General de MUFACE que fijará el importe de la correspondiente compensación económica o deducción.

Conforme a los términos fijados en la resolución de la Dirección General de MUFACE, se procederá a descontar en el siguiente pago mensual a la Entidad el coste de la compensación o deducción 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.

Cuando el fallo de disponibilidad no hubiera sido corregido en la fecha de celebración de la Comisión Mixta procederá efectuar la deducción diaria hasta la fecha en que sea comunicada la corrección, 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.

## CAPÍTULO 6

### **Duración, régimen económico y precio del Concierto**

#### 6.1 Duración del Concierto.

6.1.1 Los efectos del presente Concierto, previa formalización del mismo, se iniciarán a las cero horas del día uno de enero del año 2022 y se extenderán hasta las veinticuatro horas del día treinta y uno de diciembre del año 2024, con independencia de la fecha de su formalización.

6.1.2 Finalizada la duración del Concierto si no se formalizara un nuevo Concierto con la Entidad para el año 2025, MUFACE retendrá hasta el treinta y uno de enero del año 2026 un diez por ciento del importe a abonar a la Entidad por el mes de diciembre de 2024, con la finalidad exclusiva de hacer frente, por cuenta de la Entidad, a los reembolsos de gastos que sean acordados durante ese periodo de tiempo al amparo del presente Concierto. Si la cantidad estimada se agotase o los reembolsos se acordaran con posterioridad a la fecha indicada, la Entidad se obliga a satisfacerlos directa e inmediatamente.

#### 6.2 Régimen económico.

##### 6.2.1 Efectos económicos y pagos mensuales:

El pago se realizará en los términos establecidos en el artículo 198 de la LCSP, en firme y a favor de la Entidad adjudicataria, 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
Organo 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.

Sin perjuicio del nacimiento y extinción para los mutualistas y beneficiarios de los derechos derivados del Concierto en los términos previstos en la cláusula 1.5, 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.

Cada pago mensual será el resultado de multiplicar el importe de la prima mensual por el número de mutualistas y beneficiarios existente a las cero horas del día uno del mes de que se trate y se efectuará por MUFACE, mediante transferencia bancaria, dentro de los quince primeros días hábiles del mes siguiente, previas las retenciones o los descuentos que procedan con arreglo a las disposiciones establecidas en este Concierto o en la Resolución de Convocatoria, incluidas las compensaciones económicas y deducciones por fallos de disponibilidad en los términos establecidos en la cláusula 5.5. El pago mensual correspondiente a diciembre podrá anticiparse, total o parcialmente, a los diez últimos días de dicho mes.

6.2.2 Información sobre las variaciones producidas. MUFACE comunicará a la Entidad las altas, bajas y variaciones de mutualistas y beneficiarios producidas, a través del procedimiento más inmediato posible. Igualmente, MUFACE entregará, junto con la liquidación de cada mes y en el soporte más adecuado, la relación con los datos de todas las altas, bajas y variaciones en el mes precedente, comunicando la cifra del colectivo total adscrito a la Entidad, referida a las cero horas del primer día del mes que se liquida.

La relación podrá ser comprobada por la Entidad, a fin de que, si estimara que existen diferencias, pueda formular la consiguiente reclamación ante MUFACE, adjuntando la información en la que se funda dicha reclamación, en el plazo máximo de tres meses a partir de la comunicación mensual del estado del colectivo y relación de incidencias. Transcurrido este plazo, sin que se hubiese formulado reclamación, se entenderá que existe conformidad por parte de la Entidad, adquiriendo firmeza el pago efectuado, en función de dicho colectivo. Las reclamaciones presentadas serán resueltas por MUFACE, dentro de los tres meses siguientes a la fecha de presentación de las mismas.

6.2.3 Impuestos y resarcimientos. Todos los impuestos, arbitrios, tasas y exacciones que graven los actos que se deriven de este Concierto serán por cuenta de la Entidad.

En el supuesto de asistencia sanitaria por lesiones producidas o enfermedad derivada o agravada por accidentes cubiertos por cualquier modalidad de seguro obligatorio, en base a la legislación del país donde se hubiera producido el hecho causante, o cuando el coste de la asistencia sanitaria prestada deba ser satisfecho por organismos públicos o por entidades privadas del Estado donde resida el paciente o donde se hubiera producido el hecho, la Entidad, sin perjuicio de cubrir en todo caso la asistencia, podrá subrogarse en los derechos y acciones del mutualista o beneficiario relativos al importe de los gastos derivados de dicha asistencia sanitaria, realizando a su cargo las gestiones necesarias para reintegrarse del coste de la misma. Los mutualistas o beneficiarios, por su parte, estarán obligados a facilitar a la Entidad los datos necesarios para ello.

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 5.4.3 del presente Concierto.

6.2.4 Posibilidad de modificar el Concierto. El Concierto, de acuerdo con el artículo 205 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público (LCSP), podrá ser objeto de modificación cuando la necesidad se derive de circunstancias sobrevenidas y que fueran imprevisibles en el momento en que tuvo lugar la licitación del contrato, siempre y cuando se cumplan las tres condiciones siguientes:

- a) Que la necesidad de la modificación se derive de circunstancias que una Administración diligente no hubiera podido prever.
- b) Que la modificación no altere la naturaleza global del contrato.
- c) Que la modificación del contrato implique una alteración en su cuantía que no exceda, aislada o conjuntamente con otras modificaciones acordadas conforme a este artículo, del 50 por ciento de su precio inicial, IVA excluido.

Además de las causas señaladas en el artículo 205 y las específicas de la concesión de servicios del artículo 290 de la LCSP, se prevé modificación en caso de variación de la cartera de servicios del Concierto, en los términos previstos la cláusula 2.1.3.

#### 6.3 Precio del Concierto.

6.3.1 MUFACE abonará a la Entidad una prima mensual por las obligaciones que a ésta corresponden en virtud del Concierto por cada mutualista o beneficiario. Los pagos serán satisfechos con cargo a la aplicación 22.102.312E.251.01, dentro de las disponibilidades presupuestarias del Organismo.

Por primera vez el Concierto amplía su vigencia a tres años. Ello unido a la situación de pandemia en la que nos encontramos actualmente hace necesario que se recoja en el mismo algún mecanismo que atienda a lo largo del tiempo de su ejecución el incremento de coste que va a experimentar el sector sanitario hasta 2024, junto al previsible aumento de la siniestralidad por las secuelas de la enfermedad.

Todo ello ha determinado el establecimiento del abono de una prima con un precio cierto y fijo para cada uno de los tres ejercicios que se va adecuando al sucesivo incremento de costes con la finalidad de garantizar la economía y el efectivo cumplimiento del contrato.

El importe de las primas fijas en euros, por persona y mes, para la vigencia del Concierto, se distribuirá de la siguiente manera en los sucesivos ejercicios:

Prima €/persona y mes

Año 2022	Año 2023	Año 2024
–	–	–
Euros	Euros	Euros
183,60	185,43	187,29

6.3.2 Además, se abonará a la Entidad por cada tratamiento autorizado e iniciado de terapia avanzada (Inmunoterapias CAR-T) y de protonterapia las siguientes cantidades:

- a) Por cada tratamiento de terapia avanzada la cantidad correspondiente al 60 % del precio de financiación pública del Sistema Nacional de Salud en España del medicamento CAR-T de que se trate.
- b) Por cada tratamiento de Protonterapia la cantidad de 24.000 euros.

El abono se efectuará dentro de los dos meses siguientes a la finalización de cada trimestre natural por los tratamientos que se haya autorizado e iniciado en el referido trimestre.

## ANEXO 1

### Cartera de servicios

#### A. Asistencias Preventivas.

##### 1. Inmunizaciones.

– Vacunas del programa de vacunación infantil del Sistema Nacional de Salud Español y/o del Estado de residencia o destino.

– Vacunas del programa de vacunación del adulto del Sistema Nacional de Salud Español y/o del Estado de residencia o destino.

– Vacunas del calendario de vacunación a lo largo de toda la vida del Sistema Nacional Español y/o del Estado de residencia o destino.

– Vacunaciones sistemáticas recomendadas por la Organización Mundial de Salud<sup>1</sup>, así como aquellas recomendadas en función de la zona geográfica de residencia o trabajo, o por pertenecer a grupos de riesgo.

– Campañas específicas de vacunación establecidas como obligatorias por el Estado de residencia o destino.

– Vacunas obligatorias para viajeros que vengan exigidas para la entrada en el país de acuerdo al Reglamento Sanitario Internacional, siempre que el motivo de desplazamiento sea laboral.

2. Programas de cribado neonatal de enfermedades endocrino- metabólicas de la cartera común básica del Sistema Nacional de Salud Español.

3. Programas de cribado de cáncer de la cartera común básica de los servicios asistenciales del Sistema Nacional Español.

#### B. Relación de especialidades cubiertas\*.

\* En todo caso las especialidades equivalentes en contenido asistencial y prestaciones en la denominación oficial que tengan en el país de residencia.

##### 1. Especialidades médicas y quirúrgicas:

– Medicina Familiar y Comunitaria.

– Alergología.

– Anatomía Patológica.

– Anestesiología y Reanimación.

– Angiología y Cirugía Vascul.

– 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.

– Farmacología Clínica.

– Hematología y Hemoterapia.

- Medicina Física y Rehabilitación.
- Medicina Intensiva.
- Medicina Interna.
- Medicina Nuclear.
- Medicina Preventiva y Salud Pública.
- Nefrología.
- Neumología.
- Neurocirugía.
- Neurofisiología Clínica.
- Neurología.
- Obstetricia y Ginecología.
- Oftalmología.
- Oncología Médica.
- Oncología Radioterápica.
- Otorrinolaringología.
- Pediatría y sus áreas específicas.
- Psiquiatría.
- Radiodiagnóstico.
- Reumatología.
- Urología.

2. Otras:

- Análisis Clínicos.
- Bioquímica Clínica.
- Microbiología y Parasitología.
- Inmunología.

3. Otras profesiones sanitarias:

- Fisioterapia
- Psicología
- Matrona
- Logopedia
- Enfermería
- Odontología
- Podología

## ANEXO 2

### **Criterios de disponibilidad de medios en territorio nacional por niveles asistenciales y garantía de tiempo máximo de acceso a la atención**

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 y de conformidad con la cláusula 3.3.1. B

2. Disponibilidad de medios de Atención Primaria

2.1 En todos los municipios se facilitará Atención Primaria, que comprenderá la asistencia sanitaria a nivel ambulatorio 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) En los municipios de menos de 10.000 habitantes se deberá garantizar siempre de médico general o de familia y diplomado en enfermería. Además, los municipios a partir de 5.000 habitantes dispondrán de pediatra.

En los municipios de más de 10.000 habitantes se deberá garantizar, además, la asistencia de fisioterapeuta y odontoestomatólogo.

b) En los municipios de más de 20.000 habitantes se deberá garantizar, además, la podología, y asistencia de matrona.

c) En los municipios de más de 100.000 habitantes se deberá garantizar servicios de Atención Primaria en todos los distritos postales o, en su defecto, en un distrito limítrofe.

d) En los municipios capitales de provincia, no incluidos en la letra anterior, se deberá garantizar varios puntos de atención diferentes, procurando que al menos sean tres si existen en el municipio recursos sanitarios privados concertables.

2.2 La Atención Primaria domiciliaria se prestará por el Médico General o de Familia y Diplomado en enfermería.

2.3 La Atención Primaria de Urgencias se prestará, de forma continuada, durante las veinticuatro horas del día, mediante la atención médica y de enfermería en régimen ambulatorio y domiciliario.

2.4 Si, excepcionalmente, la Entidad no dispusiera de los medios propios o concertados precisos, deberá garantizar la cobertura de la asistencia por otros servicios de conformidad con lo dispuesto en la cláusula 3.3.1. B y en los puntos siguientes.

2.5 En los municipios de menos de 20.000 habitantes, con el fin de facilitar el servicio de Atención Primaria, la Entidad podrá prestarla por médico general o de familia y diplomado en enfermería en régimen domiciliario a solicitud de los beneficiarios mediante cita previa, garantizando una respuesta asistencial en un plazo nunca superior a 72 horas desde que se efectuó el aviso a la Entidad.

2.6 En los municipios de menos de 20.000 habitantes en los que la Entidad no preste la Atención Primaria conforme a lo establecido en los puntos anteriores, 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 municipios o agrupaciones con población a partir de 20.000 habitantes que se relacionan en el presente anexo, de conformidad con lo dispuesto en los puntos siguientes, sin perjuicio de lo establecido en el párrafo segundo de la cláusula 3.3.1. A.

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/ San Joan d' Alacant.
Asturias.	Castrillón.
Barcelona.	Castellar del Vallès.
Barcelona.	Esparreguera/Martorell/Olesa de Montserrat.
Barcelona.	Igualada.
Barcelona.	El Masnou.
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.
Cantabria.	Camargo.
Cantabria.	Castro-Urdiales.
Cantabria.	Piélagos.
Castellón/Castelló.	Borriana/Burriana.
Castellón/Castelló.	Vall d'Uixó, La.
Castellón/Castelló.	Vila-real.
Córdoba.	Cabra.
Córdoba.	Montilla.
Córdoba.	Priego de Córdoba.
Gipuzkoa.	Errenteria/Irun.

Provincia	Municipios y agrupaciones Nivel I
Girona.	Banyoles.
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.
Illes Balears.	Calviá.
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.
Pontevedra.	Estrada, A.
Pontevedra.	Cangas.

Provincia	Municipios y agrupaciones Nivel I
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)-Güimar.
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.
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.	Arroyo de la Encomienda.

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

Provincia	Municipios y agrupaciones Nivel II
Barcelona / Tarragona.	Vilanova i la Geltrú / Vendrell, El (Tarragona).
Bizkaia.	Getxo / Leioa.
Burgos.	Aranda de Duero.
Burgos.	Miranda de Ebro.
Cáceres.	Plasencia.
Cádiz.	Chiclana de la Frontera / Puerto Real.
Cádiz.	Sanlúcar de Barrameda.
Cantabria.	Torrelavega.
Castellón/Castelló.	Benicarló / Vinaròs.
Ciudad Real.	Alcázar de San Juan.
Ciudad Real.	Puertollano.
Ciudad Real.	Tomelloso.
Ciudad Real.	Valdepeñas.
Córdoba.	Lucena / Puente Genil.
Girona.	Figueres.
Girona.	Olot.
Granada.	Motril.
Huelva.	Cartaya / Isla Cristina / Lepe.
Illes Balears.	(Isla de Ibiza) – Eivissa / Sant Antoni de Portmany / Sant Josep de sa Talaia / Santa Eulària des Riu.
Illes Balears.	(Isla de Mallorca) - Manacor.
Jaén.	Andújar.
Jaén.	Linares.
Jaén.	Úbeda.
Las Palmas.	(Isla de Fuerteventura) - Puerto del Rosario.
Las Palmas.	(Isla de Gran Canaria) - San Bartolomé de Tirajana / Santa Lucía de Tirajana.
Las Palmas.	(Isla de Gran Canaria) - Telde.
Las Palmas.	(Isla de Lanzarote) - Arrecife.
León.	Ponferrada.
Lleida.	La Seu d'Urgell.
Madrid.	Alcobendas / San Sebastián de los Reyes.
Madrid.	Aranjuez.
Madrid.	Arganda del Rey / Rivas-Vaciamadrid.
Madrid.	Colmenar Viejo / Tres Cantos.
Madrid.	Collado Villalba / Galapagar / Torreldones.
Madrid.	Coslada / San Fernando de Henares.
Madrid.	Getafe / Parla.
Madrid.	Leganés.

Provincia	Municipios y agrupaciones Nivel II
Madrid.	Pinto / Valdemoro.
Málaga.	Alhaurín de la Torre.
Málaga.	Antequera.
Málaga.	Benalmádena / Torremolinos.
Málaga.	Estepona.
Málaga.	Fuengirola / Marbella / Mijas.
Málaga.	Rincón de la Victoria / Vélez-Málaga.
Málaga.	Ronda.
Murcia.	Cieza / Molina de Segura / Torres de Cotillas, Las.
Murcia.	Pilar de la Horadada (Alicante/Alacant) / San Javier (Murcia) / San Pedro del Pinatar (Murcia).
Murcia.	Yecla.
Navarra.	Tudela.
Pontevedra.	Vilagarcía de Arousa.
Santa Cruz de Tenerife.	(Isla de Tenerife) - Adeje / Arona / Granadilla de Abona.
Santa Cruz de Tenerife.	(Isla de Tenerife) - Orotava, La / Puerto de la Cruz / Realejos, Los.
Santa Cruz de Tenerife.	(Isla de Tenerife) - San Cristóbal de la Laguna.
Sevilla.	Alcalá de Guadaíra / Dos Hermanas.
Sevilla.	Écija.
Sevilla.	Utrera.
Tarragona.	Amposta / Tortosa.
Tarragona.	Cambrils / Reus.
Valencia/València.	Alzira / Carcaixent.
Valencia/València.	Burjassot / Manises / Mislata / Paterna / Quart de Poblet.
Valencia/València.	Ontinyent.
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 de urgencias hospitalarias. 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.
Araba/Álava.	Vitoria-Gasteiz.
Asturias.	Gijón.
Ávila.	Ávila.
Badajoz.	Almendralejo / Mérida.
Barcelona.	Manresa.
Barcelona.	Terrasa / Sabadell.
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.

Provincia	Municipios y agrupaciones Nivel III
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 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 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.					
Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica.	Análisis clínicos.				
	Citogenética/Genética.				
	Inmunología.				
Anatomía patológica.					
Anestesiología y Reanimación / URPA.					
Angiología y Cirugía Vascolar.					
Aparato Digestivo.	Aparato Digestivo.				
	Endoscopia.				
	Cápsula endoscópica.				
Cardiología.	Cardiología.				
	Electrofisiología cardiaca/marcapasos.				
	Desfibrilador implantable.				
	Ablación/cardioversión.				
	Hemodinámica.				
Cirugía Cardiovascular.					
Cirugía General y Aparato Digestivo.					
Cirugía Oral y Maxilofacial.					
Cirugía Ortopédica y Traumatología.					
Cirugía Pediátrica.					
Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.	Cirugía plástica, Estética y Reparadora.				
	Micropigmentación areola y pezón.				
Cirugía Torácica.					
Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología.					
Endocrinología y Nutrición.					
Farmacia Hospitalaria.					
Ginecología y Obstetricia.	Ginecología y Obstetricia.				
	Ecografía ginecológica.				
	Diagnóstico prenatal.				
	Obstetricia de alto riesgo.				
	Reproducción Humana Asistida.				

Especialidad/Servicio	Especificaciones	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV
Hematología y Hemoterapia.	Hematología/Hospital de día.				
	Hemoterapia.				
Medicina Física y Rehabilitación.	Medicina Física y RH.				
	Fisioterapia general.				
	Logopedia.				
	Rehabilitación cardiaca.				
	Rehabilitación integral daño cerebral.				
	Rehabilitación suelo pélvico.				
	Terapia ocupacional.				
Medicina Intensiva / UCI.					
Medicina Interna.					
Medicina Nuclear.	Medicina Nuclear.				
	Gammagrafía/Radiosótopos.				
	PET y PET-TC.				
Nefrología.	Nefrología.				
	Hemodiálisis y diálisis peritoneal.				
Neumología.					
Neurocirugía.					
Neurofisiología Clínica.	Neurofisiología Clínica.				
	Potenciales evocados.				
	Unidad del sueño.				
Neurología.					
Oftalmología.					
Oncología Médica.	Oncología Médica.				
	Hospital de día.				
Oncología Radioterápica.					
Otorrinolaringología.	Otorrinolaringología.				
	Rehabilitación vestibular.				
Pediatría.					
Psiquiatría.					
Radiodiagnóstico.	Radiología convencional.				
	Ecografía.				
	Mamografía.				
	TAC.				
	RMN.				
	Densitometría.				
	Radiología intervencionista.				
Reumatología.					

Especialidad/Servicio	Especificaciones	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV
Urología.	Urología.				
	Litotricia.				
	Láser verde.				
	Biopsia Fusión.				
Otros.	Odontología.				
	Psicología.				

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

Urgencias hospitalarias	Nivel II	Nivel III	Nivel IV
Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica.			
Anestesiología y Reanimación/URPA.			
Angiología y Cirugía Vascolar.			
Aparato Digestivo.			
Cardiología.			
Cirugía Cardiovascular.			
Cirugía General y Aparato Digestivo.			
Cirugía Oral y Maxilofacial.			
Cirugía Ortopédica y Traumatología.			
Cirugía Pediátrica.			
Ginecología y Obstetricia.			
Hematología y Hemoterapia.			
Medicina Intensiva / UCI.			
Medicina Interna.			
Nefrología.			
Neurocirugía.			
Neurología.			
Oftalmología.			
Otorrinolaringología.			
Pediatría.			
Psiquiatría.			
Radiodiagnóstico.			
Urología.			

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

Unidades/Equipos	Nivel II	Nivel III	Nivel IV
Cuidados Paliativos.			
Unidad del Dolor.			

Unidades/Equipos	Nivel II	Nivel III	Nivel IV
Unidad de Ictus.			
Unidad de Trastornos de la Alimentación.			
Unidad de Atención Temprana.			
Unidad de Infecciosos.			
Consejo Genético.			

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 (CSUR), y que son publicadas por resoluciones del Ministerio de Sanidad. 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.

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.

### 3.11 Servicios Especiales.

3.11.1 Cirugía robotizada. Para las intervenciones enumeradas a continuación con las especificaciones correspondientes:

a) Cirugía Urológica. Cáncer de próstata (prostatectomía radical) que cumplan los siguientes criterios:

Pacientes diagnosticados de adenocarcinoma prostático localizado.

PSA < 15 ng/ml.

Ecografía transrectal de próstata sin evidencia de afectación extracapsular ni afectación de vesículas seminales (T1-T2).

Sin invasión linfática ni metástasis (N0 y M0).

Riesgo ASA < III.

Carcinoma renal: Nefrectomía parcial para las siguientes indicaciones:

Tumores de predominio exofítico < 4 cm.

En monorrenos tumores < 4 cm.

b) Cirugía Ginecológica:

Tumores de endometrio: histerectomía total para las siguientes indicaciones:

Tumor endometrio localizados.

c) Cirugía General y del Aparato Digestivo:

Cirugía Esófago-Gástrica: para las siguientes indicaciones:

Gastrectomía por tumor gástrico localizado.

Cirugía Colo-Rectal: para las siguientes indicaciones:

Tumor colo-rectal localizado.

La Entidad ofertará este tipo de cirugía en centros concertados con experiencia comprobada dentro de sus proveedores concertados. Todo ello, siempre y cuando sea prescrito por un especialista concertado con la Entidad, previa autorización por parte de la misma.

3.11.2 Protonterapia. La Resolución del 30 de noviembre de 2020, de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se hacen públicos los acuerdos de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación de 14 de julio de 2020 en relación a la técnica de protonterapia en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud. En esta Resolución se recogen las indicaciones que estarán incluidas en la financiación del SNS para esta terapia.

Para la valoración de los casos será necesario el informe médico y la prescripción por Oncólogo médico/radioterápico concertado con la Entidad.

La Entidad ofertará una alternativa, valorando, de ser posible la cercanía a la residencia del beneficiario.

### 4. Condiciones complementarias para el Territorio Insular.

4.1 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 el párrafo segundo de la cláusula 3.3.1. A y el punto 3.6.2 del presente anexo.

4.2 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

4.3 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.

4.4 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.

4.5 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.

4.6 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.

4.7 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.

5. Garantía de tiempo máximo de acceso a la atención. La Entidad debe garantizar el acceso a cualquiera de los medios concertados en el Nivel asistencial que corresponda en el tiempo máximo que se detalla en los puntos siguientes para cada tipo

de atención, prueba diagnóstica, procedimiento terapéutico e intervención quirúrgica programada.

5.1 Atención Primaria. En el ámbito de la Atención Primaria se aplicarán los siguientes periodos de tiempo máximo:

- a) Consulta programada con Médico general o de familia, pediatra y diplomado en enfermería. Tiempo máximo de espera: 3 días.
- b) Consulta programada con Odontólogo y Podólogo. Tiempo máximo de espera: 10 días.
- c) Consulta programada con Fisioterapeuta. Tiempo máximo de espera: 15 días.

5.2 Atención Especializada. En el ámbito de la Atención Especializada se aplicarán los siguientes periodos de tiempo máximo:

a) Primera consulta de Atención Especializada: Atención de un paciente, por primera vez, en una especialidad concreta y por un problema de salud, excluidas las revisiones periódicas de seguimiento o de tipo preventivo.

1. Especialidades de Nivel 1 y 2: 15 días.
2. Resto de especialidades: 30 días.

b) Primera consulta de origen en un Servicio de Urgencias: es aquella solicitada por un facultativo del Servicio de Urgencias asignado, por un problema de salud nuevo en relación con el proceso valorado en ese Servicio. Tiempo máximo de espera: 7 días.

c) Prueba diagnóstica: toda aquella prueba o exploración complementaria realizada en una consulta o sala especial que no está englobada en la anamnesis y exploración física básica que se realiza al paciente y que requiere la asignación de un tiempo distinto al de la propia consulta.

1. Procedimientos Básicos: 15 días.
2. Procedimientos complejos con alta tecnología: 30 días.

d) Procedimiento terapéutico: aquél que se realiza al paciente con objeto de aplicar una acción terapéutica que requiere un tiempo distinto al de una consulta. Tiempo máximo de espera: 15 días.

e) Intervención quirúrgica: todo procedimiento diagnóstico o terapéutico, establecido por un médico especialista quirúrgico del Catálogo de Servicios, aceptado por el paciente, y para cuya realización el hospital tiene previsto la utilización de quirófano. Tiempo máximo de espera: 30 días.

5.3 Exclusiones. Quedan excluidas del ámbito de aplicación de las garantías de tiempo máximo de acceso definidas en los puntos anteriores:

a) Las intervenciones quirúrgicas de trasplantes de órganos y tejidos, cuya realización dependerá de la disponibilidad de órganos, así como la atención sanitaria ante situaciones de catástrofe, de conformidad con lo previsto en el apartado 2 del artículo 25 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

b) Las intervenciones que puedan requerir una espera para reunir las condiciones adecuadas para su realización, como es el caso de las relacionadas con las técnicas de reproducción humana asistida.

c) La atención sanitaria de urgencia, incluyendo los tratamientos que, con este carácter se precisen.

d) La atención sanitaria no incluida en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud regulada en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre.

e) Las intervenciones programadas durante el episodio de hospitalización en que se establece la indicación quirúrgica.

f) Los procedimientos quirúrgicos realizados de forma habitual en una consulta o sala de curas de un hospital, por no precisar de quirófano.

### ANEXO 3

#### Asistencia sanitaria transfronteriza

De conformidad con lo dispuesto en la cláusula 1.1.3, 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 se proporciona 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.

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 7, 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 2 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 7, 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 la cláusula 5.4, correspondiendo el conocimiento y estudio de la misma, conforme se estipula en la cláusula 5.3.2, a la Comisión Mixta. Dicha reclamación será resuelta por la Dirección General de MUFACE en el plazo máximo de tres meses.

**ANEXO 4****Glosario de términos**

– Por «hospital» o «centro hospitalario» se entenderán los establecimientos sanitarios, legalmente autorizados, destinados para el tratamiento de pacientes en régimen de internamiento. No se consideran hospitales a efectos de este Concierto, los hoteles, casas de reposo, casas para convalecientes, residencias de personas mayores o instituciones dedicadas principalmente al internamiento y/o tratamiento de drogadictos o alcohólicos.

– La asistencia en régimen de hospitalización incluye todos los servicios hoteleros básicos inherentes a la hospitalización, con estancia en habitación individual con baño o ducha y cama de acompañante.

– Los gastos cubiertos no podrán exceder de la tarifa media, por alojamiento y manutención en habitación privada, del hospital donde se recibió la asistencia. Se excluyen los gastos ocasionados por los servicios personales de naturaleza no médica que hayan podido ser recibidos por el paciente o acompañante durante una estancia hospitalaria cubierta por el Concierto.

– En el anexo 5 de Sistema de Información Sanitaria, se entenderá por pacientes atendidos el número de personas distintas asistidas en cada trimestre declarado.

**ANEXO 5****Sistema de información sanitaria**

## 1. Información sobre actividad.

## 1.1 Número de asistencias y pacientes atendidos en el extranjero y en España:

## 1.1.1 Número de asistencias mensuales en el extranjero

Año:			
Trimestre:			
Mes	Importe en euros	Número de asistencias	Pacientes atendidos

## 1.1.2 Número de asistencias mensuales en España

Año:			
Trimestre:			
Mes	Importe en euros	Número de asistencias	Pacientes atendidos

## 1.2 Datos desglosados por países:

## 1.2 Número de asistencias por países

Año:						
Trimestre:						
País	Importe en euros	Total asistencias	Reembolso		Pago directo	
			Importe	Asistencia	Importe	Asistencia
Denominación del país por orden alfabético (incluido España)						

## 1.3 Datos desglosados por tipo de asistencia:

## 1.3.1 Tipo de asistencia sanitaria en el extranjero

Año:				
Trimestre:				
Tipo de asistencia	Pacientes atendidos	Importe en euros	N.º total de asistencias	Importe medio
Asistencia primaria.				
Especializada: consultas externas.				
Especializada: hospitalización.				
Prestaciones ortoprotésicas.				
Prestaciones odontológicas.				
Podología.				
Medicamentos y productos farmacéuticos.				
Transporte para la asistencia sanitaria.				
Evacuación y repatriación.				

## 1.3.2 Tipo de asistencia sanitaria en España

Año:				
Trimestre:				
Tipo de asistencia	Pacientes atendidos	Importe en euros	N.º total de asistencias	Importe medio
Asistencia primaria.				
Especializada: consultas externas.				

Especializada: hospitalización.				
Prestaciones ortoprotésicas.				
Prestaciones odontológicas.				
Podología.				
Medicamentos y productos farmacéuticos.				
Transporte para la asistencia sanitaria.				
Hospital de día.				

## 1.4 Datos desglosados por especialidad:

## 1.4 Asistencias por especialidad

Año:			
Trimestre:			
Especialidad	Importe en euros	Número de asistencias	Número de pacientes
Medicina General/Familiar.			
Alergología.			
Análisis Clínicos.			
Anatomía Patológica.			
Anestesia y Reanimación.			
Angiología y Cirugía Vascul.			
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.			
Endocrinología y Nutrición.			
Estomatología.			
Hematológica y Hemoterapia.			
Medicina Física y Rehabilitación.			
Medicina Intensiva.			

Medicina Interna.			
Medicina Nuclear.			
Medicina Preventiva.			
Microbiología y Parasitología.			
Nefrología.			
Neumología.			
Neurocirugía.			
Neurofisiología Clínica.			
Neurología.			
Obstetricia y Ginecología.			
Oftalmología.			
Oncología Medica.			
Oncología Radioterápica.			
Otorrinolaringología.			
Pediatría y sus áreas específicas.			
Psiquiatría.			
Radiodiagnóstico.			
Reumatología.			
Urología.			

## 2. Información sobre gestión de las prestaciones sanitarias.

### 2.1 Solicitudes de Asistencia Sanitaria en el extranjero:

#### 2.1.1 Tipo de solicitud

Trimestre:						
Tipo de solicitud	Número resueltas	Tiempo medio de resolución (días)	Estimadas	Desestimadas	Pendientes número	Pendientes días
Reintegro.						
Pago directo.						
Autorización medios concertados.						

#### 2.1.2 Forma de presentación

Trimestre:		
Forma presentación	Número	Tiempo medio de resolución (días)
Web.		
Presencial.		
Correo.		

Valija.		
Fax.		

## 2.2 Solicitudes de Asistencia Sanitaria en España:

### 2.2.1 Tipo de solicitud

Trimestre:						
Tipo de solicitud	Número resueltas	Tiempo medio de resolución (días)	Estimadas	Desestimadas	Pendientes número	Pendientes días
Reintegro.						
Pago directo.						
Autorización medios concertados.						

### 2.2.2 Forma de presentación

Trimestre:		
Forma presentación	Número	Tiempo medio de resolución (días)
Web.		
Presencial.		
Correo.		
Valija.		
Fax.		

3. Información sobre los medios ofertados por la Entidad. La información de los medios propios y concertados que la Entidad ofrece para prestar el servicio se enviará en formato electrónico a MUFACE anualmente con arreglo a los requisitos que se definen a continuación.

La información a enviar por la Entidad a MUFACE se compone de cuatro tablas:

1. Datos de Delegaciones por países.
2. Datos de clínicas y hospitales en España.
3. Datos de hospitales y centros sanitarios en el Extranjero.
4. Datos de profesionales sanitarios en España.

Los datos se enviarán a MUFACE en cuatro ficheros, en formato XLS con las siguientes denominaciones:

Nombre del fichero	Descripción
NOMBREENTIDAD_DELEGACIONES.XLS	Contiene toda la información sobre las Delegaciones por países (sucursales o representantes acreditados) de la Entidad.
NOMBREENTIDAD_HOSPITALNACIONAL.XLS	Contiene toda la información sobre las clínicas y hospitales privados propios o concertados de la Entidad en España.

Nombre del fichero	Descripción
NOMBREENTIDAD_HOSPITALEXTRANJERO.XLS	Contiene toda la información sobre hospitales y centros sanitarios propios o concertados de la Entidad en el extranjero.
NOMBREENTIDAD_PROFESIONALES.XLS	Contiene toda la información sobre los profesionales propios o concertados de la Entidad en España.

Tanto el orden como el nombre de las columnas han de respetarse, de forma que los ficheros Excel de envío a MUFACE, deben de coincidir en cuanto al número de columnas y nombre de las mismas. El formato de celda de todas las columnas de los ficheros Excel a enviar ha de ser tipo «Texto» para evitar la eliminación automática de los «0» a la izquierda en campos de tipo numérico, por ejemplo códigos de Hospitales o de países.

Debe existir en todos los casos una primera fila con los identificadores de las columnas Excel, y a continuación estarán todas las filas con los datos correspondientes.

El formato de los ficheros Excel han de tener extensión «.xls». No serán válidos los ficheros Excel con extensión distinta, por ejemplo: «.xlsx». Es decir, todos los ficheros Excel deberán ser guardados en formato «Libro de Excel 97-2003».

3.1 Tabla de delegaciones por países: Contiene los datos de información general de las Delegaciones de la Entidad en cada País. Se cumplimentará una fila por cada Delegación de la Entidad.

Campo	Longitud	Descripción
País.	5	Código del país donde esté ubicada la delegación de la Entidad.
Localidad.	50	Texto de la localidad donde esté ubicada la delegación.
Nombre_responsable.	50	Nombre de la persona de contacto en la Delegación
Apellido1_responsable.	50	Primer apellido de la persona de contacto en la Delegación
Apellido2_responsable.	50	Segundo apellido de la persona de contacto en la Delegación
Sucursal propia.	1	Indicar si tiene sucursal propia o no. Valores posibles S/N.
Representante acreditado.	1	Indicar si tiene representante acreditado. Valores posibles S/N.
Direccion.	150	Dirección postal de la delegación de la Entidad.
Telefono_delegacion.	15	Teléfono de la delegación de la Entidad.
Telefono_urgencias.	15	Teléfono de urgencias y de coordinación de recursos.
Fax.	15	Número de fax de la delegación de la Entidad.
Correo_electronico.	60	Dirección de correo electrónico de la delegación.

3.2 Tabla de clínicas y hospitales en España. Contiene la información de todos los hospitales y clínicas (con internamiento) privados propios o concertados por la Entidad en España. Se cumplimentará una fila por cada hospital o clínica.

Campo	Longitud	Descripción
Hospital.	6	Código según Catálogo Nacional de Hospitales.

Campo	Longitud	Descripción
Clinica_hospital.	150	Denominación de la clínica u hospital.
Cif_nif.	9	CIF/NIF del centro.
Provincia.	2	Código de la provincia.
Municipio.	4	Código INE del Municipio.
Numero_camras.	4	Indicar el número de camas instaladas.
Nivel_AE.	1	Nivel de atención especializada, según anexo 2 del Concierto.
Servicio_urgencias.	1	Indicar si tiene servicio de urgencias o no. Valores posibles S/N.
Direccion tipo de via.	5	Dirección Hospital tipo de via.
Direccion nombre de via.	150	Dirección Hospital nombre de via.
Direccion numero de via.	3	Direccion Hospital numero de via.
Localidad.	150	Localidad del Hospital.
Codigo_postal.	5	Código postal.
Telefono_clinica.	9	Teléfono contacto.
Correo_electronico.	60	Dirección de correo electrónico de la Clínica u Hospital.

3.3 Tabla de hospitales y centros sanitarios en el extranjero. Contiene la información de todos los hospitales y centros sanitarios privados propios o concertados por la Entidad fuera de España. Se cumplimentará una fila por cada hospital o clínica.

Campo	Longitud	Descripción
Clinica_hospital.	150	Denominación del hospital o centro sanitario.
País.	5	Código del país.
Localidad.	50	Texto de la ciudad donde este ubicado el centro hospitalario.
Servicio_urgencias.	1	Indicar si tiene servicio de urgencias o no. Valores posibles S/N.
Direccion.	150	Dirección postal de la de la Clínica u Hospital.
Telefono_clinica.	15	Teléfono contacto.
fax.	15	Número de fax del Hospital o Centro Sanitario.
Correo_electronico.	60	Dirección de correo electrónico de Hospital o Centro Sanitario.

3.4 Tabla de profesionales sanitarios en España. Contiene la información de todos los profesionales sanitarios asociados a la Entidad en España. Se cumplimentará una fila por cada profesional.

Campo	longitud	Descripción
NIF.	9	NIF.
Apellido 1.	50	Primer apellido.
Apellido 2.	50	Segundo apellido.

Campo	longitud	Descripción
Nombre.	50	Nombre.
Colegiado.	9	Número de colegiado.
Provincia.	2	Código de la provincia.
Municipio.	4	Código municipio INE.
Especialidad.	2	Código de especialidades OMC.
Especialista.	75	Indique el nombre literal de la especialidad.
Actividad profesional.	1	Código de actividad Profesional.
CIF Clínica _ centro.	9	CIF Centro.
Clinica_centro.	150	Clínica o centro donde el profesional realiza su actividad.
Direccion tipo de via.	5	Dirección en España tipo de vía.
Direccion nombre de via.	150	Dirección nombre de vía.
Direccion numero de via.	3	Dirección numero de vía.
Localidad.	150	Localidad.
Codigo_postal.	5	Código postal.
Correo electrónico.	50	Dirección de correo electrónico.
Telefono_profesional.	9	Teléfono contacto.

## ANEXO 6

### Protocolo de actuación, identificación y manejo de casos y contactos de COVID-19 en España

Sin perjuicio de las actuaciones de vigilancia epidemiológica, y las acciones generales de protección y promoción de la salud relacionadas con la prevención y abordaje de la pandemia por COVID-19 que corresponde realizar a las autoridades sanitarias, de acuerdo a la legislación vigente, en España la Entidad a través de sus medios concertados realizará las actuaciones recogidas en el presente Protocolo y se obliga a su difusión entre aquellos.

#### 1. Manejo de los beneficiarios con sintomatología.

1.1 Definición de Casos. Las siguientes definiciones, basadas en las de la «Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19» (actualización del 5 de julio de 2021), se deberán ir ajustando en caso de actualizaciones posteriores.

1.1.1 Caso sospechoso de infección por SARS-CoV-2. Cualquier persona con un cuadro clínico de infección respiratoria aguda de aparición súbita de cualquier gravedad que cursa, entre otros con fiebre, tos o sensación de falta de aire. Otros síntomas atípicos como la odinofagia, anosmia, ageusia, dolores musculares, diarrea, dolor torácico o cefalea, entre otros, pueden ser considerados también síntomas de sospecha de infección por SARS-CoV-2 según criterio clínico.

Hasta que se disponga de mayor información al respecto, las personas que han sido vacunadas y presenten sintomatología compatible con infección por SARS-CoV-2 serán consideradas también como caso sospechoso y se manejarán de igual forma, siempre bajo criterio clínico facultativo en el manejo clínico.

1.1.2 Caso confirmado con infección activa, cualquiera de los siguientes:

- a) Persona que cumple criterio clínico de caso sospechoso y con PDIA positiva.
- b) Persona asintomática con PDIA positiva.

1.1.3 Caso probable: Infección aguda grave + y Rx compatible + y PDIA negativa o no concluyente.

1.1.4 Caso descartado: Caso sospechoso con PDIA negativa en el que no hay una alta sospecha clínico-epidemiológica.

1.1.5 Caso resuelto: Un resultado positivo de IgG por serología de alto rendimiento capaz de diferenciar entre respuesta inmune por infección natural o por vacunación realizado en una persona asintomática no vacunada en la que se ha descartado infección activa.

1.1.6 Caso de reinfección: Se consideran casos de reinfección aquellos casos con PDIA positiva con/sin sintomatología con antecedentes de infección pasada hace más de 90 días.

- a) Reinfección posible:

1. Primera infección: diagnóstico por PCR no secuenciada o no secuenciable o prueba rápida de antígenos.

2. Segunda infección: diagnóstico por prueba rápida de Ag en el que no se ha podido realizar una PCR, si han transcurrido al menos 3 meses desde la primera infección.

- b) Reinfección probable:

1. Primera infección: Diagnóstico por PCR no secuenciada o no secuenciable o prueba rápida de antígenos.

2. Segunda infección: diagnóstico por PCR no secuenciada o no secuenciable si han transcurrido al menos tres meses desde la primera infección.

- c) Reinfección confirmada:

1. Primera infección: diagnóstico por PCR secuenciada o PCR no secuenciada o no secuenciable o prueba rápida de Ag.

2. Segunda infección: Diagnóstico por PCR secuenciada. Pueden darse dos circunstancias:

- Que haya diferencias significativas entre ambas secuencias independientemente del tiempo transcurrido entre las dos infecciones.

- En ausencia de una primera secuencia, que el linaje de la segunda infección no circulara cuando se produjo la primera infección.

Según las instrucciones recogidas en el documento de «Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19», con el objetivo de confirmar y caracterizar la reinfección se recomienda que el estudio de estos casos se centralice en uno o varios servicios hospitalarios, siempre en una estrategia coordinada desde salud pública, y que las muestras de los casos positivos se secuencien siguiendo lo que se recoge en el protocolo de «Integración de la secuenciación genómica en el sistema de vigilancia del SARS-CoV-2». En estos casos se solicitará también una serología de alto rendimiento frente a SARS-CoV-2 y muestras para eventuales estudios inmunológicos.

Los casos posibles, probables y confirmados se manejarán del mismo modo que una primera infección, lo que implica aislamiento y búsqueda de contactos tras este nuevo resultado.

Los casos de reinfección se notificarán a SiViEs siguiendo las instrucciones de cada CA.

2. Manejo de casos COVID-19 con infección activa. A todo caso sospechoso de infección por el SARS-CoV-2 se le realizará una Prueba Diagnóstica de Infección Activa (PDIA) por SARS-CoV-2 en las primeras 24h. Esta prueba precisa autorización por parte de la entidad, pero ésta ha de dar respuesta antes de las primeras 24h tras la solicitud.

No se recomienda la realización de ningún tipo de pruebas serológicas para el diagnóstico de infección activa, ni en personas con síntomas ni en asintomáticos como primera opción.

Las pruebas de autodiagnóstico no serán consideradas para el diagnóstico de confirmación de infección activa ni en personas con síntomas ni en asintomáticos. Los resultados positivos en estas pruebas se considerarán casos sospechosos que deberán confirmarse en un centro sanitario mediante una PDIA. Los mutualistas de adscripción a Entidad de seguro deberán acudir a medios concertados para su confirmación y seguimiento según este protocolo.

Una vez realizada una PDIA:

- Si inicialmente se realizó una prueba rápida de detección de antígeno cuyo resultado ha sido negativo y hay una alta sospecha clínico-epidemiológica de COVID-19 se realizará una PCR.

- Si inicialmente se realizó una PCR cuyo resultado ha sido negativo y hay una alta sospecha clínico-epidemiológica de COVID-19 se repetirá la PCR a las 48 horas.

- En casos sintomáticos en los que la PDIA salga repetidamente negativa y exista una alta sospecha clínico-epidemiológica, se podrá valorar la realización de test serológico de alto rendimiento para orientar el diagnóstico y capaz de diferenciar entre respuesta inmune por infección natural o por vacunación para orientar el diagnóstico.

- En pacientes sintomáticos cuando el resultado de cualquier PDIA sea positivo será considerado como caso confirmado.

Todos los casos sospechosos se mantendrán en aislamiento hasta tener el resultado de la PDIA.

Consideraciones especiales ante casos sospechosos:

a) Las personas que han sido vacunadas y presentan sintomatología compatible con infección por SARS-CoV-2 serán también consideradas como caso sospechoso y se manejarán como tales.

b) Las personas sintomáticas que hayan tenido una infección por SARS-CoV-2 confirmada por PDIA en los 90 días anteriores NO serán consideradas como casos sospechosos de nuevo. Las excepciones a esta consideración serán los trabajadores de centros sanitarios y sociosanitarios, las personas con condiciones clínicas que impliquen una inmunosupresión grave y aquellos casos en los que se sospecha que la infección puede ser por una variante diferente de la que se detectó en la infección previa, en cuyo caso no se tendrá en cuenta el tiempo transcurrido entre una y otra.

En estos casos si se realiza una PDIA positiva y es una prueba de antígenos, se recomendará realizar una PCR:

- Si esta PCR fuera negativa, se descartará infección activa.
- Si PCR fuera positiva se considerará valorar el umbral de ciclos (Ct).

c) Los casos confirmados únicamente mediante técnicas serológicas de diagnóstico rápido durante los primeros meses de la pandemia, serán considerados casos sospechosos de nuevo si cumplen criterios clínicos, independientemente del tiempo transcurrido desde su diagnóstico. Si se confirma el diagnóstico, se notificará como casos nuevos a SiViEs.

d) Casos sospechosos de reinfección: serán considerados como sospechosos aquellos casos con síntomas compatibles de COVID-19 que tuvieron una infección confirmada por PDIA de SARS-CoV-2 hace más de 90 días. En estos casos se indicará la realización de una PCR. Si el resultado fuera positivo, se considerará caso de reinfección.

También se considerarán como reinfección aquellos casos asintomáticos que ya tuvieron una infección confirmada por PDIA de SARS-CoV-2 hace más de 90 días y se

les ha realizado una nueva PDIA con resultado positivo. Si en estos casos la prueba positiva fuera de una prueba rápida de antígenos, se les realizará una PCR.

En ambos casos, si la PCR fuera negativa y la sospecha clínico-epidemiológica alta, se repetirá la PCR.

Los casos de reinfección posibles, probables y confirmados se manejarán del mismo modo que una primera infección.

Declaración obligatoria: El médico de la Entidad que realiza el diagnóstico de sospecha debe notificar el caso confirmado mediante el envío de los formularios que las autoridades de salud pública de la Comunidad Autónoma (CA) hayan establecido debidamente cumplimentado. En esta encuesta deben registrarse los contactos estrechos, con nombre y apellidos y su número de teléfono, si es mutualista de adscripción privada debe registrarse la entidad a la que pertenece para poder establecer comunicación con ellos.

Se deberá notificar el resultado de la prueba una vez realizada y actuar según protocolo.

Son casos de declaración obligatoria urgente los casos confirmados con infección activa así como los casos de reinfección probable y confirmada.

Los casos de reinfección se notificarán a SiViEs siguiendo las instrucciones de cada CA.

Si la PCR es positiva serán casos confirmados con la siguiente actuación:

– Si tienen clínica compatible con la infección por el nuevo coronavirus y esta sintomatología es leve, no requiriendo ingreso hospitalario, se mantendrá el aislamiento domiciliario, con seguimiento clínico activo, hasta transcurridos 3 días desde la resolución de la fiebre y del cuadro clínico con un mínimo de 10 días desde el inicio de los síntomas, haciendo el seguimiento médico adecuado desde la Entidad. Dicho seguimiento podrá ser telefónico, realizando el contacto con una periodicidad máxima de 2 días. Si se detecta empeoramiento de la patología, se deberá derivar al médico concertado para la valoración correspondiente.

– Si tiene clínica con criterios de ingreso, se ingresará y se pautará el tratamiento oportuno por parte de la Entidad.

Actuaciones para el alta:

– En el caso de aislamiento domiciliario por síntomas leves: Si han finalizado los síntomas tres días antes y ha completado los 10 días de aislamiento, podrá incorporarse a su vida habitual con las medidas de protección individual y colectiva adecuada (limpieza lugares, higiene personal y EPI).

No será necesario la realización de una PCR para levantar el aislamiento ni para reincorporarse a la actividad laboral.

– En el caso de ingreso hospitalario: podrían causar alta hospitalaria si su situación clínica lo permite aunque la PCR al alta siga siendo +.

– Si mantiene sintomatología al alta hospitalaria: se debe indicar el aislamiento domiciliario durante otros 14 días siguientes al alta hospitalaria.

• Se debe hacer un nuevo censo de contactos estrechos que serán convivientes durante el seguimiento domiciliario del caso y comunicarlo a los servicios de salud pública (ver punto C de este protocolo: Manejo de contactos)

• Si han finalizado los síntomas tres días antes del fin del aislamiento podrá reincorporarse a su vida habitual.

• Si la clínica continúa a los 14 días, deberá mantenerse el aislamiento hasta que hayan pasado tres días sin síntomas. En caso de enfermedad grave o inmunodepresión, este periodo se alargará a 21 días.

– Si la sintomatología ha desaparecido en los tres días previos al alta hospitalaria y además la PCR ha sido negativa, se considerará que la enfermedad está resuelta.

### 3. Manejo de los contactos:

#### 3.1 Definición de contacto estrecho:

– Cualquier persona que haya proporcionado cuidados a un caso o haya estado en contacto con sus secreciones y fluidos: personal sanitario o socio-sanitario que NO haya utilizado las medidas de protección adecuadas, miembros familiares o personas que tengan otro tipo de contacto físico similar o cualquier persona que haya manipulado muestras biológicas sin las debidas medidas de protección.

– De forma general, a nivel comunitario, se considerará contacto estrecho a cualquier persona que haya estado en contacto en el mismo lugar que un caso, a una distancia menor de 2 metros y durante un tiempo total acumulado de más de 15 minutos en 24 horas. En entornos en los que se pueda hacer una valoración del seguimiento de las medidas de prevención podrá realizarse una valoración individualizada por el servicio de prevención de riesgos laborales o el responsable que sea designado para este fin.

El periodo a considerar será de dos días antes del inicio de los síntomas del caso hasta el momento en el que el caso es aislado. En los casos asintomáticos confirmados por PDIA, los contactos se buscarán desde dos días antes de la fecha de toma de muestra para diagnóstico.

3.2 Actuaciones sobre los contactos estrechos. Cuando se detecte un caso confirmado o caso sospechoso de infección por coronavirus, el médico que atiende a dicho paciente deberá investigar sobre los posibles contactos estrechos y así lo comunicará a Salud Pública de la correspondiente CA, tanto el caso cuando se confirme como los posibles contactos.

Será Salud Pública quien, tras nueva encuesta epidemiológica, confirmará los contactos estrechos y determinará el procedimiento a seguir con cada uno de ellos.

Las pruebas que la CA determine que se deban realizar de Salud Pública y sólo tras la realización de la misma, si su resultado es positivo o el paciente comienza con sintomatología compatible con infección por SARS-CoV-2, será derivado el paciente a medios concertados con su entidad de adscripción. La primera PCR realizada será a cargo de la CA correspondiente puesto que está realizada en persona asintomática y por tanto incluida en las tareas de vigilancia epidemiológica.

Esto es debido a lo que se ha comentado al inicio de este documento conforme a la disposición adicional cuarta de la Ley 16/ 2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (Ley de Cohesión), Las Mutualidades deben garantizar el contenido de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, pero en materia de salud pública, se exceptúan de la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de dichas Mutualidades las actuaciones de vigilancia epidemiológica, y las acciones generales de protección y promoción de la salud relacionadas con la prevención y abordaje de las epidemias y catástrofes.

## ANEXO 7

### Tarifas de reembolso

#### Atención Primaria

#### Asistencia en el centro

Consulta y/o cura de enfermería.	27
Consulta médica.	75
Consultas médicas sucesivas.	35
Consulta de matrona.	43

Otros servicios de enfermería: inyección, extracción....	20
Cirugía menor.	120
Urgencias de enfermería.	45
Urgencias médicas.	95

## Asistencia en domicilio

Consulta y/o cura de enfermería.	60
Consulta médica.	100
Consulta médica sucesiva.	50
Otros servicios de enfermería: inyección, extracción....	35
Urgencias de enfermería.	70
Urgencias médicas.	145

## Atención Especializada

## Consultas externas

Primera consulta.	165
Consultas sucesivas.	100
Consulta Alta Resolución.	270

## Cirugía ambulatoria

Intervención de cirugía mayor ambulatoria.	1.000
Intervención de cirugía menor ambulatoria.	175

## Urgencias

General.	225
Ginecológica.	170
Pediátrica.	190
Traumatológica.	270
Ingreso sin estancia.	340

## Estancias hospitalarias

Hospitalización médica.	600
Hospitalización pediatría- neonatología.	740

Hospitalización quirúrgica, traumatológica y ginecológica.	1.000
Hospitalización UCI, coronarias o quemados.	1.600
Hospitalización Unidad de Psiquiatría.	250
Hospital de día.	450
Hospitalización a domicilio.	240

## Procesos médicos y quirúrgicos singularizados

GRD	Nombre	Importe
004	Traqueostomía con vm 96+ horas con procedimiento extensivo o ecmo.	75.000
005	Traqueostomía con vm 96+ horas sin procedimiento extensivo.	55.000
020	Craneotomía por trauma.	20.000
021	Craneotomía excepto por trauma.	22.000
022	Procedimientos sobre shunt ventricular.	17.000
023	Procedimientos espinales.	19.000
024	Procedimientos vasculares extracraneales.	13.000
026	Otros procedimientos del sistema nervioso y relacionados.	6.000
040	Trastornos y lesiones espinales.	9.500
041	Neoplasias de sistema nervioso.	5.500
042	Trastornos degenerativos de sistema nervioso, excepto esclerosis múltiple.	5.000
043	Esclerosis múltiple y ataxia cerebelosa.	5.500
044	Hemorragia intracraneal.	6.500
045	ACVA y oclusiones precerebrales con infarto.	5.500
046	ACVA no específico y oclusiones precerebrales sin infarto.	4.000
047	Accidente isquémico transitorio.	3.300
048	Trastornos de nervios craneales, periféricos y autónomos.	4.300
049	Infecciones bacterianas y tuberculosas del sistema nervioso.	11.000
050	Infecciones no bacterianas del sistema nervioso excepto meningitis vírica.	8.000
051	Meningitis vírica.	4.500
052	Coma y estupor no traumático.	4.000
053	Convulsiones.	3.300
054	Migraña y otras cefaleas.	3.300
055	Traumatismo craneal con coma >1h o hemorragia.	6.000
056	Fractura craneal y lesión intracraneal complicada, coma < 1h o sin coma.	5.700
057	Concusión, lesión intracraneal no complicada, coma <1h o sin coma.	3.800
058	Otras enfermedades del sistema nervioso.	4.200
070	Procedimientos sobre órbita.	4.000
073	Procedimientos sobre cristalino, excepto órbita.	2.000

GRD	Nombre	Importe
080	Infecciones mayores del ojo principales.	4.200
082	Enfermedades oculares, excepto infecciones mayores.	3.500
089	Procedimientos mayores sobre huesos craneales/faciales.	14.000
090	Procedimientos mayores sobre laringe y tráquea.	14.000
091	Otros procedimientos mayores sobre cabeza y cuello.	16.000
092	Procedimientos sobre huesos faciales excepto proc. mayores sobre hueso craneal/facial.	8.000
093	Procedimientos sobre senos y mastoides.	5.000
095	Reparación de hendidura labial y paladar.	4.000
097	Amigdalectomía y adenoidectomía.	3.000
098	Otros procedimientos sobre oído, nariz, boca y garganta.	4.400
110	Neoplasias de oído, nariz, boca, garganta y craneales/faciales.	5.000
111	Alteraciones del equilibrio.	2.700
113	Infecciones de vías respiratorias superiores.	2.700
114	Enfermedades y heridas orales y dentales.	2.700
115	Otras enfermedades de oído, nariz, boca, garganta y craneales/faciales.	2.700
120	Procedimientos mayores sobre aparato respiratorio.	11.000
121	Otros procedimientos sobre aparato respiratorio.	8.500
130	Enferm. aparato respiratorio con ventilación asistida de más de 96 horas.	20.000
131	Fibrosis quística - enfermedad pulmonar.	8.000
132	Bdp y otras enf. respiratorias crónicas con origen en periodo perinatal.	6.500
133	Edema pulmonar y fallo respiratorio.	4.200
134	Embolismo pulmonar.	4.500
135	Traumatismos torácicos principales.	4.100
136	Neoplasias respiratorias.	5.000
137	Infecciones e inflamaciones pulmonares.	5.000
138	Neumonía por virus sincitial respiratorio.	4.000
139	Otra neumonía.	3.700
140	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.	3.500
141	Bronquiolitis y asma.	3.000
142	Enfermedad pulmonar intersticial y alveolar.	4.500
143	Otras enfermedades respiratorias excepto signos, síntomas y diag. Menores.	4.200
144	Otros diagnósticos menores, signos y síntomas de aparato respiratorio.	2.900
160	Reparación cardiotorácica mayor de anomalía cardíaca.	26.000
161	Implantación de desfibrilador cardíaco.	28.000
162	Procedimientos sobre válvulas cardíacas con cateterismo cardiaco.	32.000
163	Procedimientos sobre válvulas cardíacas sin cateterismo cardiaco.	26.000
165	Bypass coronario con cateterismo cardiaco o proc. cardiovasculares percutáneos.	27.000

GRD	Nombre	Importe
166	Bypass coronario sin cateterismo cardiaco o proc. cardiovasculares percutáneos.	20.500
167	Otros procedimientos cardiorráquicos.	22.000
169	Procedimientos torácicos y abdominales vasculares mayores.	15.000
170	Implant. marcapasos cardiaco permanente con IAM, fallo cardiaco o shock.	12.200
171	Implant. marcapasos cardiaco permanente sin IAM, fallo cardiaco o shock.	9.000
173	Otros procedimientos vasculares.	11.200
174	Procedimientos cardiovasculares percutáneos con IAM.	9.800
175	Procedimientos cardiovasculares percutáneos sin IAM.	8.000
176	Sustitución de generador de marcapasos y desfibrilador cardíaco.	10.000
177	Revisión de marcapasos y desfibrilador cardíaco excepto sustitución de generador.	7.000
180	Otros procedimientos sobre sistema circulatorio.	5.500
190	Infarto agudo de miocardio - IAM.	4.200
191	Cateterismo cardíaco con trastornos circulatorios excepto cardiopatía isquémica.	5.200
192	Cateterismo cardíaco para cardiopatía isquémica.	4.200
193	Endocarditis aguda y subaguda.	9.500
194	Insuficiencia cardíaca.	3.600
196	Parada cardíaca.	4.500
197	Trastornos vasculares periféricos y otros.	3.600
198	Arterioesclerosis coronaria y angina de pecho.	2.800
199	Hipertensión.	2.900
200	Cardiopatías congénitas y enfermedades valvulares.	3.500
201	Arritmias cardíacas y trastornos de la conducción.	2.900
203	Dolor torácico.	2.500
204	Sincope y colapso.	2.800
205	Miocardopatía.	3.900
206	Malfuncionamiento, reacción o complicación de dispositivo o proced. cardiovascular.	5.100
207	Otros diagnósticos de aparato circulatorio.	3.900
220	Procedimientos mayores sobre estómago, esófago y duodeno.	13.000
221	Procedimientos mayores de intestino delgado y grueso.	11.700
222	Otros procedimientos sobre estómago, esófago y duodeno.	7.200
223	Otros procedimientos sobre intestino delgado y grueso.	8.800
224	Adhesiolisis peritoneal.	9.300
225	Apendicectomía.	5.500
226	Procedimientos sobre ano.	4.000
227	Procedimientos sobre hernia excepto inguinal, femoral y umbilical.	6.100
228	Procedimientos sobre hernia inguinal, femoral y umbilical.	4.000
229	Otros procedimientos quirúrgicos sobre aparato digestivo.	9.000

GRD	Nombre	Importe
240	Neoplasia maligna digestiva.	5.100
241	Úlcera péptica y gastritis.	3.900
242	Enfermedades mayores del esófago.	3.900
243	Otras enfermedades esofágicas.	3.500
244	Diverticulitis y diverticulosis.	3.800
245	Enfermedad inflamatoria intestinal.	4.900
246	Insuficiencia vascular gastrointestinal.	4.500
247	Obstrucción gastrointestinal.	3.600
248	Infecciones bacterianas mayores de aparato digestivo.	4.600
249	Gastroenteritis, náuseas y vómitos no bacteriana.	2.800
251	Dolor abdominal.	2.700
252	Malfuncionamiento, reacción y complicación de dispositivo o proc. gastrointestinal.	4.500
253	Otras hemorragias gastrointestinales inespecíficas.	3.800
254	Otros diagnósticos del aparato digestivo.	3.300
260	Procedimientos mayores sobre páncreas, hígado y derivación.	11.300
261	Procedimientos mayores sobre vía biliar.	12.500
262	Colecistectomía excepto laparoscópica.	8.300
263	Colecistectomía laparoscópica.	5.400
264	Otros procedimientos hepatobiliares, páncreas y abdominales.	11.800
279	Coma hepático y otros trastornos mayores de hígado.	4.700
280	Cirrosis y hepatitis alcohólica.	5.000
281	Neoplasia maligna de sistema hepatobiliar o de páncreas.	5.200
282	Trastornos de páncreas excepto neoplasia maligna.	4.700
283	Otros trastornos de hígado.	4.400
284	Trastornos del tracto y vesícula biliar.	4.200
300	Cuidados posteriores neonatales.	11.000
301	Sustitución articulación cadera.	9.500
302	Sustitución articulación rodilla.	8.000
303	Procedimientos de fusión dorsal y lumbar por escoliosis.	28.000
304	Procedimientos de fusión dorsal y lumbar excepto por escoliosis.	17.000
305	Amputación extremidades inferiores excepto dedos del pie.	10.000
308	Procedimientos sobre cadera y fémur exc. Articulación mayor por trauma.	9.700
309	Procedimientos sobre cadera y fémur exc. Articulación mayor por no trauma.	7.800
310	Escisión y descompresión de disco intervertebral.	9.000
312	Diagnósticos de injerto de piel por trastorno musculoesquelético y tejido conectivo, excepto mano.	14.000
313	Procedimientos sobre rodilla y parte inferior de la pierna excepto pie.	6.700
314	Procedimientos sobre pie y dedos del pie.	4.700

GRD	Nombre	Importe
315	Procedimientos sobre hombro, codo y antebrazo.	7.000
316	Procedimientos sobre mano y muñeca.	4.700
317	Procedimientos sobre tendones, músculos y otros tejidos blandos.	5.700
320	Otros procedimientos de sistema musculo-esquelético y tejido conectivo.	6.000
321	Fusión espinal cervical y otros proc. de la espalda/cuello excepto escisión/descomp. discal.	13.000
340	Fracturas de fémur.	3.800
341	Fractura de pelvis o luxación de cadera.	3.900
342	Fractura o luxación excepto fémur, pelvis o espalda.	3.100
343	Fracturas patológicas y neoplasia maligna musculo-esquelética y tej. conectivo.	6.000
344	Osteomielitis, artritis séptica y otras infecciones musculo-esqueléticas.	8.600
346	Trastornos de tejido conectivo.	5.400
347	Otros problemas de la espalda y cuello, fracturas y heridas.	3.900
349	Malfuncionamiento, reacción o complicación de dispositivo o proced. ortopédico.	4.700
351	Otros diagnósticos de sistema musculoesquelético y tejido conectivo.	3.500
361	Injerto piel para diagnósticos piel y tejido subcutáneo.	7.700
362	Procedimientos de mastectomía.	6.700
363	Procedimientos sobre mama excepto mastectomía.	6.000
364	Otros procedimientos sobre piel, tejido subcutáneo y relacionados.	5.300
380	Ulceras cutáneas.	5.400
381	Trastornos mayores de la piel.	4.700
382	Enfermedades malignas de la mama.	4.300
383	Celulitis y otras infecciones de la piel bacterianas.	3.900
384	Traumatismos sobre piel, tejido subcutáneo y herida abierta.	3.700
385	Otras enfermedades de piel, tejido subcutáneo y mama.	3.000
401	Procedimientos sobre glándula adrenal y pituitaria.	12.000
403	Procedimientos quirúrgicos para obesidad.	7.600
404	Procedimientos sobre tiroides, paratiroides y tracto tireogloso.	5.700
405	Otros procedimientos endocrinos, nutricionales y metabólicos.	9.700
420	Diabetes.	3.500
421	Enfermedades nutricionales y metabólicas misceláneas.	4.200
422	Hipovolemia y trastornos electrolíticos relacionados.	3.000
423	Trastornos congénitos del metabolismo.	4.200
424	Otros trastornos endocrinos.	3.600
425	Trastornos electrolíticos excepto hipovolemia relacionada.	3.300
441	Procedimientos mayores sobre vejiga.	13.600
442	Procedimientos sobre riñón y tracto urinario por neoplasia.	9.000
443	Procedimientos sobre riñón y tracto urinario por procesos no malignos.	8.100

GRD	Nombre	Importe
444	Procedimientos de dispositivo de acceso diálisis renal, solo.	6.300
445	Otros procedimientos sobre vejiga.	6.300
446	Procedimientos uretrales y trans-uretrales.	4.700
447	Otros procedimientos relacionados sobre riñón y tracto urinario.	8.000
460	Insuficiencia renal.	4.100
461	Neoplasias de riñón y tracto urinario.	4.300
462	Nefritis y.	4.500
463	Infecciones de riñón y tracto urinario.	3.200
465	Cálculos urinarios y obstrucción tracto urinario superior adquirido.	3.100
466	Malfuncionamiento, reacción o complicación de dispositivo, injerto o trasplante gen.-uri.	4.200
468	Otros diagnósticos, signos y síntomas sobre riñón y tracto urinario.	3.800
480	Procedimientos mayores sobre pelvis masculina.	7.300
481	Procedimientos sobre el pene.	5.600
482	Prostatectomía transuretral.	4.700
483	Procedimientos sobre testículo y escroto.	3.400
484	Otros proc. Quirúrgicos de ap. Genital masculino.	5.000
500	Neoplasias de aparato genital masculino.	4.200
501	Diagnósticos de aparato genital masculino excepto neoplasia.	3.000
510	Evisceración pélvica, histerectomía radical y vulvectomía radical.	9.000
511	Proc. Sobre útero y anejos por neoplasia maligna de ovario o anejos.	8.000
512	Proc. S. Útero, anejos por n.maligna no ováricas ni de anejos.	6.600
513	Procedimientos sobre útero y anejos proceso no maligno, excepto leiomioma.	4.400
514	Proc. De reconstrucción aparato genital femenino.	4.500
517	Dilatación y legrado para diagnósticos no obstétricos.	3.700
518	Otros procedimientos quirúrgicos de ap.genital femenino.	4.200
519	Procedimientos sobre útero y anejos para leiomioma.	5.200
530	Trastornos malignos del sistema reproductor femenino.	4.400
531	Infecciones del sistema reproductor femenino.	3.300
532	Otras enfermedades menstruales y del aparato reproductor femenino.	2.500
540	Cesárea.	4.800
541	Parto con esterilización y/o dilatación y legrado.	4.400
542	Parto con procedimiento quirúrgico excepto d y l y/o esterilización.	3.300
544	Dilatación y legrado, aspiración o histerotomía para diagnósticos obstétricos.	3.600
545	Procedimientos embarazo ectópico.	4.200
546	Otros proc. Quirúrgicos para diagnósticos obstétricos excepto parto.	5.200
560	Parto.	2.700
561	Diagnósticos post-parto y post-aborto sin procedimiento quirúrgico.	2.900

GRD	Nombre	Importe
563	Parto prematuro.	3.100
564	Aborto sin dilatación y legrado, aspiración o histerotomía.	1.900
565	Falso trabajo de parto.	1.700
566	Otros diagnósticos anteparto.	2.600
580	Neonato, trasladado con <5 días, no nacido en el centro.	2.500
581	Neonato, trasladado con <5 días, nacido en el centro.	2.700
583	Neonato con oxigenación membrana extracorpórea.	72.000
588	Neonato, peso al nacer < 1500 g, con procedimiento mayor.	74.000
589	Neonato, peso al nacer <500 g o <24 sem. Gestación.	44.000
591	Neonato, peso al nacer 500-749 g, sin procedimiento mayor.	62.000
593	Neonato, peso al nacer 750-999 g, sin procedimiento mayor.	57.000
602	Neonato, peso al nacer 1000-1249 g, con síndrome de distress respiratorio/otras may. resp. U otras anomalías mayores.	46.000
603	Neonato, peso al nacer 1000-1249 g, con o sin otra condición significativa.	39.000
607	Neonato, peso al nacer 1250-1499 g, con síndrome de distress respiratorio/otras may. resp. U otras anomalías mayores.	33.000
608	Neonato, peso al nacer 1250-1499 g, con o sin otra condición significativa.	26.000
609	Neonato, peso al nacer 1500-2499 g, con procedimiento mayor.	38.000
611	Neonato, peso al nacer 1500-1999 g con anomalías mayores.	23.000
612	Neonato, peso al nacer 1500-1999 g con síndrome de distress respiratorio/otra condición resp. mayor.	23.000
613	Neonato, peso al nacer 1500-1999 g con infección congénita o perinatal.	20.000
614	Neonato, peso al nacer 1500-1999 g con o sin otra condición significativa.	17.000
621	Neonato, peso al nacer 2000-2499 con anomalías mayores.	14.000
622	Neonato, peso al nacer 2000-2499 g con síndrome de distress respiratorio/otra condición resp. mayor.	13.500
623	Neonato, peso al nacer 2000-2499 g con infección congénita o perinatal.	13.000
625	Neonato, peso al nacer 2000-2499 g con otra condición significativa.	12.000
626	Neonato, peso al nacer 2000-2499 g nacido en el centro, neonato normal o neonato con otros problemas.	4.500
630	Neonato, peso al nacer >2499 g con procedimiento cardiovascular mayor.	31.000
631	Neonato, peso al nacer >2499 g con otros procedimientos mayores.	26.000
633	Neonato, peso al nacer >2499 g con anomalías mayores.	7.500
634	Neonato, peso al nacer >2499g con síndrome de distress respiratorio/otra condición resp. mayor.	8.000
636	Neonato, peso al nacer > 2499g con infección congénita/perinatal.	7.000
639	Neonato, peso al nacer >2499 g con otras condiciones significativas.	5.500
640	Neonato, peso al nacer >2499 g neonato normal o neonato con otro problema.	1.800
650	Esplenectomía.	10.200
651	Otros procedimientos hematológicos y de órganos hematopoyéticos.	6.500

GRD	Nombre	Importe
660	Diag mayores hematológicos/inmunológicos excepto crisis por células falciformes y coagulación.	5.300
661	Trastornos de la coagulación y plaquetas.	6.600
662	Crisis por enfermedad de células falciformes.	5.000
663	Otra anemia y trastornos hematológicos y de órganos hematopoyéticos.	3.400
680	Procedimiento quirúrgico mayor para neoplasmas linfáticos/hematopoyéticos/otros.	14.600
681	Otro procedimiento quirúrgico para neoplasmas linfáticos/hematopoyéticos/otros.	9.500
690	Leucemia aguda.	17.000
691	Linfoma, mieloma y leucemia no aguda.	8.300
692	Radioterapia.	5.000
693	Quimioterapia.	6.000
694	Neoplasias linfáticas y otras y neoplasmas de comportamiento dudoso.	5.300
710	Enfermedades infecciosas y parasitosis incluyendo VIH con procedimiento quirúrgico.	15.000
711	Infecciones postoperatorias, postraumáticas y de otros dispositivos con procedimiento quirúrgico.	11.500
720	Septicemia e infecciones diseminadas.	5.800
721	Infecciones postoperatorias, postraumáticas y de otros dispositivos.	5.700
722	Fiebre.	3.200
723	Enfermedad vírica.	3.300
724	Otras infecciones y parasitosis sistémicas.	5.000
740	Diagnóstico de enfermedad mental con procedimiento quirúrgico.	14.500
750	Esquizofrenia.	10.800
751	Trastornos depresivos mayores y otros/psicosis no especificada.	8.000
752	Trastornos de personalidad y control de impulsos.	6.500
753	Trastornos bipolares.	9.000
754	Depresión excepto trastorno depresivo mayor.	5.400
755	Trastornos de adaptación y neurosis excepto diagnósticos depresivos.	5.700
756	Estados de ansiedad aguda y delirio.	4.100
757	Alteraciones orgánicas de salud mental.	6.000
758	Trastornos de comportamiento de la infancia.	8.000
759	Trastorno alimentario.	15.000
760	Otros trastornos de salud mental.	8.000
770	Abuso o dependencia de drogas y alcohol, alta voluntaria.	3.800
772	Abuso o dependencia de drogas y alcohol con rehabilitación o trat. combinado de rehab/desintoxicación.	7.000
773	Abuso o dependencia de opiáceos.	6.000
774	Abuso o dependencia de cocaína.	6.000
775	Abuso o dependencia de alcohol.	6.300

GRD	Nombre	Importe
776	Abuso o dependencia de otras drogas.	6.300
791	Procedimiento quirúrgico por otra complicación de tratamiento.	7.800
811	Reacciones alérgicas.	2.500
812	Envenenamiento por agentes medicinales.	3.900
813	Otras complicaciones de tratamiento.	4.500
815	Otros diagnósticos de lesión, envenenamiento y efecto tóxico.	4.100
816	Efectos tóxicos de sustancias no medicinales.	3.700
841	Quemaduras extensas de 3er. grado, con injerto de piel.	50.000
842	Quemaduras de grosor completo con injerto de piel.	22.000
843	Quemaduras extensas de 3.º grado o grosor completo sin injerto de piel.	11.600
844	Quemaduras de grosor parcial con o sin injerto de piel.	8.500
850	Procedimiento con diag. de rehab, cuidados posteriores u otro contacto con servicios sanitarios.	7.500
860	Rehabilitación.	6.800
861	Signos, síntomas y otros factores que afectan al estado de salud.	3.200
863	Cuidados posteriores neonatales.	10.000
862	Otros cuidados posteriores y convalecencia.	3.300
890	VIH con múltiples condiciones mayores relacionadas con VIH.	11.000
892	VIH con condiciones mayores relacionadas con VIH.	6.500
893	VIH con múltiples condiciones significativas mayores relacionadas con VIH.	6.500
894	VIH con una condición significativa VIH o sin condición significativa relacionada.	4.400
910	Craneotomía por trauma múltiple significativo.	30.000
911	Procedimientos abdominales/torácicos extensivos para trauma múltiple significativo.	20.000
912	Procedimientos musculo-esqueléticos y otros para trauma múltiple significativo.	20.000
930	Trauma significativo múltiple sin procedimiento quirúrgico.	8.200
950	Procedimiento extensivo sin relación con diagnóstico principal.	14.000
951	Procedimiento moderadamente extensivo no relacionado con diag. Principal.	9.700
952	Procedimiento no extensivo no relacionado con diagnóstico principal.	7.000
955	Diagnóstico principal no válido como diagnóstico de alta.	5.000
956	No agrupable.	5.000

### *Procedimientos Terapéuticos*

#### Aparato Digestivo

Cálculos biliares, extracción percutánea.	3.000
Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica terapéutica.	1.300
Colecistostomía/colostomía/gastrostomía/yeyunostomía percutánea.	1.800
Desinvaginación.	250

Dilatación estenosis biliar/tracto digestivo.	2.700
Drenaje biliar percutáneo.	1.700
Drenaje guiado por ecoendoscopia.	2.500
Endoprótesis biliar/digestiva.	4.800
Esclerosis de cavidades.	290
Esfinterotomía endoscópica.	1.000
Fístulas digestivas, tratamiento.	1.500
Hemostasia endoscópica (electrocoagulación, esclerosis, hemoclip y otras).	500
Paracentesis, punción evacuadora.	200
Polipectomía endoscópica ( por sesión).	400
Sonda alimentación por gastrostomía.	550

## Anestesia y Tratamiento del dolor

Analgesia epidural.	350
Bloqueo puntos trigger.	125
Cargar y reprogramar bomba.	125
Electroestimulación nerviosa transcutánea (TENS).	35
Infiltración subcutánea.	190
Iontoforesis, sesión.	70
Neuroestimulador, programación.	60
Terapia infusión continua fármacos, sesión.	125

## Cardiología y Cirugía Vasculr

Ablación arritmia por radiofrecuencia.	4.000
Acceso venoso central.	1.700
Angioplastia de un vaso.	3.500
Angioplastia carótida/coronaria.	8.000
Angioplastia intracerebral.	12.000
Aterectomía.	2.800
Cuerpo extraño intravascular, extracción.	2.500
Dilataciones vasculares.	2.700
Embolización de un vaso.	3.000
Embolización aneurisma cerebral.	19.000
Embolización intracraneal/medular.	9.000
Endoprótesis abdominal fenestrada.	50.000
Endoprótesis aórtica.	7.000
Endoprótesis cerebral.	25.000
Endoprótesis torácica fenestrada.	45.000

Endoprótesis de un vaso.	5.000
Fibrinolisis vaso/fístula hemodiálisis/prótesis vasculares.	5.500
Filtro de vena cava definitivo.	3.000
Filtro de vena cava temporal.	5.000
Filtro de vena cava con fibrinólisis asociada.	7.000
Retirada catéter venoso central/reservorio.	500
Retirada filtro cava.	900
Shunt porto-cava (tips).	11.000
Stent coronario.	7.000
Trombectomía vaso/fístula hemodiálisis/prótesis vasculares.	4.000
Valvuloplastia endoscópica.	5.500

## Dermatología

Cirugía de Mosh.	1.000
Crioterapia.	90
Curetaje.	95
Dermoabrasión con laser.	185
Electrocoagulación.	100
Fototerapia (UVA,UVB,PUBA)/sesión.	110
Terapia fotodinámica, sesión.	3.000

## Medicina Nuclear

Cáncer de tiroides con I131.	700
Dolor óseo metastásico.	1.700
Hipertiroidismo con I131.	250
Linfomas con 90-y-ibritumomab tiuxetam.	14.000
Procesos hematológicos con p32.	400
Sinoviortesis isotópica.	500

## Nefrología-Urología

Acceso vascular/peritoneal.	750
Cálculos urinarios, eliminación percutánea.	3.000
Cálculos urinarios, litotricia renal extracorpórea (sesión).	1.700
Cateterismo ureteral/doble J.	1.400
Cistostomía/nefrostomía percutánea.	1.400
Diálisis peritoneal (sesión).	140
Dilatación percutánea de estenosis genitourinaria.	2.500
Endoprótesis ureteral/uretral.	4.500

Fístulas urinarias, tratamiento percutáneo.	2.200
Hemodiálisis (sesión).	250
Quiste renal, esclerosis.	600
Retirada catéter doble J.	350

## Neumología

Drenaje pleural.	400
Endoprótesis traqueobronquial.	4.000
Pleurodesis.	250
Toracocentesis.	230

## Oftalmología

Fotocoagulación con láser.	500
Retina desprendimiento.	2.000
Terapia fotodinámica.	2.200
Vitrectomía.	2.500

## Oncología

Quimioterapia	
Quimioterapia, sesión.	700
Quimioterapia intraarterial supraselectiva.	6.000
Radioterapia	
Acelerador lineal (sesión).	100
Braquiterapia.	900
Braquiterapia de próstata.	13.000
Braquiterapia oftálmica.	10.000
Cobaltoterapia (sesión).	60
Planificación primera sesión.	450
Planificación sesiones sucesivas.	200
Radioterapia superficial o de contacto (sesión).	20
Radioterapia profunda/sesión.	40
Radiocirugía estereotáxica	
Radiocirugía esterotáxica: malformaciones arterio-venosas (dosis única).	8.000
Radiocirugía esterotáxica: malformaciones arterio-venosas (dosis fraccionada).	9.000
Radiocirugía esterotáxica: Tumores cerebrales (Dosis única).	7.000
Radiocirugía esterotáxica: (Dosis fraccionada).	8.000

## Otros procedimientos

Ablación tumoral percutánea por radiofrecuencia.	4.500
Embolización tumoral (paliativa o prequirúrgica).	2.500
Embolización tumoral neurológica.	25.000
Embolización tumoral percutánea.	10.000
Fulguración tumores con láser, gas argón y otros.	700
Quimioembolización hepática.	1.500

## Rehabilitación y fisioterapia

Fisioterapia.	20
Fisioterapia neurológica.	50
Rehabilitación.	40

## Traumatología

Artrocentesis.	250
Cifoplastia.	18.000
Vertebroplastia.	2.300

## Otros procedimientos

Control procedimientos.	450
Cuerpo extraño, extracción endoscópica.	300
Drenaje percutáneo abscesos/colecciones líquidas.	1.200
Esclerosis percutánea de quistes.	600
Infiltración toxina botulínica (disonías musculares).	150
Miringoplastia/Miringotomía.	1.200

## Hemoterapia y Transfusión

Aféresis (leucocitos/plasma/plaquetas) por sesión.	1.800
Buffy coat, unidad.	20
Concentrado hematíes desleucocitados.	145
Concentrado hematíes desleucocitados congelados.	350
Concentrado hematíes desleucocitados irradiados.	165
Concentrado hematíes desleucocitados lavados.	260
Concentrado plaquetas.	500
Plasma fresco.	60
Pool plaquetas desleucocitadas.	280
Sangre total.	160

*Pruebas diagnósticas*

## Anatomía Patológica

Citopatología	
Biopsia.	
Biopsia complicada o pieza quirúrgica menor.	140
Biopsia pieza quirúrgica mayor.	200
Biopsia preoperatoria.	150
Biopsia simple.	80
Citología exfoliativa ginecológica.	20
Citologías otras.	35
Necropsia.	1.700
PAAF citopreparación e interpretación.	68
Inmunohistoquímica-Diagnóstico molecular	
Citogenética en tumores sólidos.	300
Citometría.	160
Hibridación in situ.	275
Inmunofluorescencia técnicas (cada una).	50
Inmunohistoquímicas técnicas (cada una).	50
Microscopía electrónica de transmisión y de barrido.	400
PCR/Pruebas de patología molecular.	200

## Análisis clínicos

Alergia	
IgE.	10
IgE/IgG específica frente al alérgeno solicitado.	15
IgE/IgG específica frente a mezclas de alérgenos.	20
IgG 4 específica frente a alérgenos específicos.	25
Proteína catiónica de los eosinófilos.	25
Prueba de liberación de histamina.	40
Triptasa.	50
Bioquímica	
Bioquímica general en sangre (cada prueba).	2
Enzimas.	4
Hemoglobina glicosilada.	10
Iones (Na, K, Cl).	5
Indicadores infección/inflamación: ASLO,FR, PCR.	10
Metales.	13

Fármacos (cada uno)	
Antibióticos.	18
Antiepilépticos/Antidepresivos.	13
Digoxina/Teofilina.	13
Otros.	30
Hormonas	
Aldosterona, actividad Renina.	17
Cortisol.	12
Hipófisis: Hormona del crecimiento/ Prolactina.	14
Insulina/Péptido C.	15
Serotonina.	20
Sexuales: FSH, LH, Estradiol, Progesterona, Testosterona total.	12
Sexuales: Androstandiol glucurónico, Testosterona libre, 17OH Pregnenolona.	23
Suprarrenales: Androstenediona, DHEA, DHEA-S, 17OH Progesterona.	18
Tiroides: TSH, T4, FT4, T3, FT3.	12
Otras: ACTH, ADH, Calcitonina, Gastrina, Glucagón, Osteocalcina, PTH, Somatomedina, Tiroglobulina....	30
Inmunología	
Anticuerpos anti HLA.	100
Autoanticuerpos.	30
Inmunocomplejos circulantes.	16
Interleucinas.	30
HLA B27.	22
Tipaje HLA clase I/II (cada locus).	80
Tipaje HLA clase I/II alta resolución (cada locus).	170
Inmunoquímica	
Cadenas ligeras (sangre/orina).	15
Complemento C1 Inhibidor/C1Q.	18
Complemento C3, C4.	10
Factor de necrosis tumoral (TNF).	45
Inmunofijación (sangre/orina).	35
Inmunoglobulinas (sangre/orina/LCR) cada una.	10
Inmunoglobulina G1, G2, G3, G4 (cada una).	27
Marcadores tumorales	
AFP, CEA, HCG, PSA total.	14
Ca 125, Ca15.3, Ca 19,9, PSA libre.	17
Otros.	30
Proteínas	
Aminoácidos cuantificación.	32

Lipoproteínas: apo A/apo B/Lipoproteína a.	10
Metabolismo del hierro: ferritina, transferrina....	10
Miocárdicas: Mioglobina/troponina.	15
Otras proteínas: $\alpha$ 1 antitripsina, $\alpha$ 1 glicoproteína ácida, $\beta$ 2 microglobulina, ceruloplasmina, prealbúmina.	12
PAPP (proteína asociada al embarazo).	15
Proteinograma.	8
Vitaminas	
Ácido fólico/Vitamina B12.	12
Otras vitaminas.	30
Pruebas de orina	
Acido delta aminolevulínico/Acido vanilmandélico.	20
AMP cíclico.	22
Anormales y sedimento.	3
Aminoácidos cuantitativos.	32
Cálculos, estudio.	20
Catecolaminas.	25
Cetosteroides fraccionados.	18
Drogas en orina (Anfetaminas/Barbitúricos/Benzodiacepinas/Opiáceos...).	10
Embarazo, prueba.	6
Metabolismo óseo: Piridinolinas/ OH Prolina/ colágeno I telopéptido.	20
Metanefrinas.	25
Microalbuminuria.	12
Porfirinas: Coproporfirinas/Uroporfirinas.	18
Proteinograma.	15
Otros estudios	
Gasometría.	9
Helicobacter Pylori, test del Aliento.	60
Hemorragias ocultas en heces.	10
Seminograma.	50

## Genética

Citogenética	
Cariotipo.	
Biopsia.	450
Líquido amniótico.	400
Sangre periférica.	130
Sangre periférica, cariotipo de alta resolución.	210

Vellosidad corial.	450
FISH.	220
Diagnóstico molecular	
Análisis molecular indirecto.	450
MLPA.	175
Mutaciones puntuales, estudio por PCR/electroforesis.	120
Otras técnicas (inestabilidad cromosómica, microsatélites, reordenamientos...).	450

## Hematología

Citología y citoquímica	
Aspirado de médula ósea.	300
Biopsia de médula ósea.	400
Citoquímica (por prueba de tinción).	20
Fenotipo de leucemias/linfomas.	200
Inmunofenotipo médula ósea/sangre periférica.	40
Diagnóstico citogenético y molecular	
Cariotipo médula ósea.	230
PCR cualitativa.	200
PCR cuantitativa.	270
Trombofilia estudio (factor V leiden, protrombina, MTHFR...).	75
Hematimetría y eritropatología	
Enzimas asociados a patología eritrocitaria (G6PD, HK, PK...).	10
Hemograma.	4
Hemoglobina anómalas (Hb A2, Hb fetal, Hb S...).	16
Hemolisis tests.	22
Resistencia osmótica eritrocitaria.	15
Reticulocitos.	4
Hemostasia	
Agregación plaquetaria (cada factor).	15
Factores de coagulación (por prueba).	20
Inmunocomplejos circulantes.	16
Tiempos de coagulación (TP, APTT, Fibrinógeno).	3
Inmunohematología	
Anticuerpos antiplaquetarios.	45
Anticuerpos irregulares screening.	14
Anticuerpos irregulares, identificación.	65
Anticuerpos irregulares, titulación.	18
Antígenos eritrocitarios (cada uno).	14

Coombs directo.	14
Crioglobulinas, crioaglutininas screening.	10
Genotipo eritrocitario/plaquetario.	320
Linfocitos, subpoblaciones (cada una).	30
Pruebas cruzadas.	29
Tipificación AB0 y Rh (anti d).	12

## Medicina Nuclear

Captación tiroidea de yodo.	125
Cinética eritrocitaria/plaquetaria.	250
Cisternogammagrafía.	450
Filtrado glomerular isotópico.	225
Flujo plasmático renal efectivo (fpre).	225
Gammagrafía.	180
Gammagrafía con galio-67.	375
Gammagrafía con leucocitos marcados.	500
Gammagrafía paratiroides.	300
Gammagrafía suprarrenal.	700
Ganglio centinela detección isotópica.	300
Linfogammagrafía.	250
Mamografía isotópica.	450
Rastreo corporal total con 123-I.	350
Rastreo gammagráfico/ con 123-I y RHTSH.	900
Rastreo gammagráfico con galio-67.	450
Rastreo gammagráfico con MIBG-123I.	800
Rastreo gammagráfico de receptores somatostatina.	1.000
Renograma isotópico.	250
Volumen globular isotópico.	400
PET	
Tomografía por emisión de positrones.	1.250
SPECT	
Tomografía SPECT.	100
T. SPECT con galio-67.	250
T. SPECT cerebral de perfusión.	400
T. SPECT cerebral de receptores dopaminérgicos (DATSCAN).	1.300
T. SPECT miocárdica de inervación.	400
T. sincronizada (gated spect) perfusión miocárdica.	400

## Microbiología

Exámenes directos	
Examen en fresco.	4
Estudio de parásitos intestinales.	20
Tinciones (Gram, Giemsa, tinta china, Zielh-Neelsen...).	10
Cultivos	
Anaerobios cultivo.	15
Hemocultivo, por cada extracción.	20
Hongos cultivo.	13
Orina cultivo.	10
Otras muestras cultivo.	20
Otros microorganismos cultivo (mycobacterias, mycoplasma...).	25
Virus cultivo.	80
Pruebas de identificación /detección de antígenos en muestra	
Detección de antígenos microbianos (IFD, IFI, ELISA, aglutinación...).	30
Detección de toxinas clostridium difficile, botulinum.	30
Identificación de bacterias más antibiograma.	45
Identificación de hongos más fungigrama.	60
Identificación de mycobacterias más antibiograma.	100
Identificación de virus.	80
Serología microbiana	
Detección de anticuerpos: método aglutinación.	8
Detección de anticuerpos: método ELISA.	20
Detección de anticuerpos: método Inmunoblot.	90
Detección de anticuerpos otros métodos.	40
Detección de antígenos.	20
Prueba de tuberculina (Mantoux).	12
Microbiología molecular	
Carga viral.	120
Genotipo de virus.	170
PCR.	90

## Técnicas de imagen

Doppler	
Doppler aorta, vena cava e iliacas.	65
Doppler obstétrico.	200
Doppler de pene.	150
Doppler de troncos supraaórticos.	110

Doppler venoso.	70
Otros.	130
Ecografía	
Ecografía.	70
Ecografía abdomino-pélvica.	100
Ecografía con contraste.	400
Ecografía endoanal/endorectal/transrectal.	100
Ecografía intraoperatoria/portátil.	180
Ecografía obstétrica 2.º-3.º trimestre.	100
Ecografía transvaginal.	100
RX convencional	
Abdomen supino y bipedestación.	35
Columna completa AP y lateral.	50
Densitometría estándar (columna lumbar y cadera).	100
Mamografía.	70
Ortopantomografía.	25
Pies en carga.	30
Portátil.	45
Serie ósea completa, metastásica, articular, displásica.	50
Simple (una, dos proyecciones).	20
Telemetría de miembros inferiores.	35
Tres proyecciones.	30
RX con contraste	
Angiografía arco aórtico y troncos supraaórticos.	1.200
Angiografía cerebral completa.	1.300
Angiografía cerebral selectiva.	1.000
Aortografía.	900
Arteriografía.	1.000
Arteriografía de extremidades.	900
Arteriografía raquimedular.	1.900
Arteriografía selectiva visceral.	1.200
Artrografía.	125
Cavografía/liocavografía.	800
Cistografía.	110
Colangiografía trans-kehr.	95
Colangiografía intraoperatoria.	70
Colangiografía transhepática percutánea.	500
Coronariografía.	1.000
Dacriocistografía.	90

Defecografía.	120
Enema opaco.	160
Enema opaco doble contraste.	190
Enteroclinis.	250
Esofagograma.	100
Estudio esofagogastroduodenal (egd).	100
Fistulografía.	120
Flebografía extremidad unilateral.	300
Flebografía extremidad bilateral.	500
Flebografía fistulas de hemodiálisis.	700
Flebografía órganos (hígado, riñón, espermática, ovárica).	800
Galactografía.	150
Histerosalpingografía.	170
Mielografía.	190
Pielografía ascendente.	150
Pielografía por nefrostomía.	125
Retinografía.	85
Sialografía.	180
Tránsito intestinal.	180
Uretrocistografía retrógrada.	200
Urografía intravenosa.	180
Resonancia magnética	
Angioresonancia.	400
Artroresonancia.	220
Rm corazón de stress/funcional/morfológica cada una.	400
Rm corazón sin/con contraste.	550
Rm columna completa sin contraste.	280
Rm mamas sin/con contraste.	420
Rm planificación neuronavegación.	250
Rm próstata sin/con contraste.	420
Rm con contraste.	290
Rm sin contraste.	170
Rm sin/con contraste.	380
Tomografía Axial Computarizada	
Angiotc/TC embolismo pulmonar.	300
Artrotc.	130
Mielotc.	200
TAC con contraste.	170
TAC con y sin contraste/TAC bifásico.	190

TAC localización radiocirugía-estereotaxia.	225
TAC perfusión cerebral.	250
TAC sin contraste.	75

## Otras técnicas diagnósticas

Alergología	
Pruebas epicutáneas (batería).	80
Prick test (cada alérgeno).	10
Pruebas alergia a medicamentos (cada uno).	100
Pruebas de provocación.	450
Aparato digestivo	
Endoscopias.	
Cápsula de endoscopia.	900
Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica diagnóstica.	800
Colonoscopia.	275
Ecoendoscopia digestiva.	450
Gastroscopia.	225
Laparoscopia diagnóstica.	1.200
Biopsia endobiliar/endodigestiva.	2.800
Biopsia hepática percutánea.	600
Biopsia hepática transyugular.	2.000
Deglución y motilidad estudio.	100
Fibroscan.	80
Manometría ano-rectal/esofágica.	300
pH-metría esofágica y/o gástrica ambulatoria de 24 h.	300
Cardiología	
Ecocardiograma (Estudio e informe).	125
Ecocardiograma transesofágico.	225
Cateterismo cardiaco diagnóstico.	1.200
Electrocardiograma.	20
Ergometría.	110
Estudio electrofisiológico.	3.000
Holter.	100
Dermatología	
Biopsia cutánea.	70
Dermatoscopia digital.	110
Ginecología	
Amniocentesis.	450
Histeroscopia.	350

Mama, colocación de arpón guía.	210
Mama, biopsia aguja gruesa (BAG) guiada por ecografía.	220
Mama, biopsia aguja gruesa (BAG) guiada por estereotaxia.	300
Mama, biopsia asistida por vacío (BAV).	1.150
Mama, PAAF guiada por ecografía.	150
Mama, PAAF guiada por estereotaxia.	175
Neumología	
Broncoscopias.	
Ecobroncoscopia (EBUS).	900
Fibrobroncoscopia simple (FBS).	170
FBS con biopsia/BAL/aspirado.	230
Biopsia pleural «ciega».	130
Espirometría.	40
Nódulo pulmonar, punción guiada por radioscopia.	500
Pletismografía.	80
Prueba de broncodilatación.	90
Pruebas de provocación bronquial inespecífica (cada una).	30
Prueba de esfuerzo.	240
Neurofisiología	
Electroencefalograma.	100
Electroencefalograma con privación de sueño.	200
Electromiograma.	140
Electromiograma de fibra aislada (Jitter).	400
Electronistagmograma/ Electrooculograma (EOG)/ Electroretinograma.	150
Estimulación magnética.	225
Estudios neurofisiológicos estereotácticos.	12.000
Polisomnografía nocturna.	600
Polisomnografía tras privación de sueño/test múltiple de latencias del sueño.	300
Potencial evocado multitest.	260
Potencial evocado unitario (auditivos/somatosensitivos/tronco cerebral/visual).	120
Reflejo trigémino-facial.	125
Otorrinolaringología	
Audiometría.	60
Laringoscopia.	90
Pruebas vestibulares.	280
Oftalmología	
Angiografía con verde indocianina/con fluoresceína.	125
Biometría óptica.	80

Campimetría.	90
Paquimetría corneal.	80
Topografía corneal.	80
Urología	
Citoscopia.	190
Estudio urodinámico.	300
Próstata, punción biopsia transrectal.	450
Otros procedimientos diagnósticos	
Artroscopia.	2.100
Biopsia aguja gruesa guiada por ecografía.	260
Biopsia aguja gruesa guiada por tc.	350
Punción aspiración con aguja fina (PAAF), guiada por ecografía.	200
Punción aspiración con aguja fina (paaf), guiada por tc.	270
Punción lumbar.	320