

III. OTRAS DISPOSICIONES

MINISTERIO DE LA PRESIDENCIA

21108 *Resolución de 15 de diciembre de 2009, de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, por la que se publican los conciertos suscritos por la misma para la prestación de asistencia sanitaria en territorio nacional durante los años 2010 y 2011.*

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 (BOE de 28 junio), y 77 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo, aprobado por Decreto 375/2003, de 28 de marzo, esta Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), previa convocatoria pública por Resolución de 28 de septiembre de 2009 de esta Dirección General, ha suscrito Concierto con diversas Entidades de Seguro para el aseguramiento del acceso a la prestación de asistencia sanitaria en territorio nacional a los mutualistas y demás beneficiarios durante los años 2010 y 2011.

Conforme a lo estipulado en la base 12 de la Resolución de 28 de septiembre de 2009, a fin de posibilitar la elección por los titulares afiliados a MUFACE de la Entidad por la que desean recibir asistencia sanitaria y para que, en caso de que opten por una Entidad de Seguro, conozcan el contenido y régimen de la prestación,

Esta Dirección General, acuerda:

Primero.—Publicar, como anexo a esta Resolución, el texto del Concierto de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado con Entidades de seguro para el aseguramiento del acceso a la prestación de asistencia sanitaria en territorio nacional a los mutualistas y demás beneficiarios de la misma que hayan optado por recibirla a través de Entidades de Seguro Libre, durante los años 2010 y 2011, con excepción de los anexos 6 y 10 relativos, respectivamente, al sistema de información asistencial y al baremo de reintegro de pruebas prescritas para valoración de incapacidades que no son objeto de publicación porque por su naturaleza técnica no se estima preciso el conocimiento generalizado de su contenido.

Segundo.—Hacer público que el Concierto ha sido suscrito con las siguientes Entidades de Seguro de Asistencia Sanitaria:

- «Compañía de Seguros ADESLAS, S. A.».
- «ASISA, Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S. A. U.».
- «DKV Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima Española».
- «Iguatorial Médico Quirúrgico Colegial, S. A. de Seguros».

Tercero.—Hacer público que las siguientes Entidades **no** han suscrito el Concierto:

«Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima (CASER).»

«Nueva Equitativa, Compañía de Seguros, Sociedad Anónima».

«Mapfre Caja Salud de Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima».

Por tanto, estas Entidades durante los años 2010 y 2011 no prestarán la asistencia sanitaria a los beneficiarios de MUFACE, sin perjuicio de las obligaciones establecidas en las cláusulas 7.1.3 y 7.1.4 del Concierto suscrito entre MUFACE y aquéllas el 22 de diciembre de 2006 para la prestación de la asistencia sanitaria en territorio nacional a los mutualistas y demás beneficiarios de esta Mutualidad durante el año 2007, prorrogado anualmente por mutuo acuerdo de las partes para los años 2008 y 2009.

En cumplimiento de estas cláusulas los mutualistas adscritos a fecha 31 de diciembre de 2009 a las citadas Entidades deberán elegir durante el mes de enero de 2010 la Entidad por la que desean recibir asistencia sanitaria, entre las que constan en el apartado segundo de esta Resolución o el Instituto Nacional de la Seguridad Social, elección que tendrá efectos a las cero horas del día uno de febrero del año 2010.

Cuarto.—Determinar que durante el mes de enero del año 2010, los titulares afiliados a MUFACE que lo deseen puedan cambiar de Entidad, mediante la oportuna solicitud, para adscribirse al Instituto Nacional de la Seguridad Social (Red Sanitaria de la Seguridad Social) o a alguna de las Entidades que han suscrito Concierto para los años 2010 y 2011 y que se relacionan en el apartado segundo de esta Resolución. Los titulares que no soliciten cambio continuarán adscritos a la misma Entidad que en su momento hubiesen elegido.

El plazo del mes de enero de cada año será único para los cambios de Entidad ordinarios, pudiendo realizarse cambios extraordinarios únicamente en los supuestos específicos previstos en los correspondientes Conciertos.

Quinto.—Disponer que, a partir del mes de enero de 2010, en los Servicios Provinciales y Oficinas Delegadas de MUFACE se expongan, a disposición de los titulares que deseen consultarlos, los Catálogos de Proveedores de la respectiva provincia correspondientes a las Entidades de Seguro de Asistencia Sanitaria concertadas.

Madrid, 15 de diciembre de 2009.—La Directora General de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, María Ángeles Fernández Simón.

ANEXO A

Concierto para el aseguramiento del acceso a la prestación de asistencia sanitaria en el territorio nacional a los mutualistas y demás beneficiarios de MUFACE, que opten por recibirla a través de entidades de seguro, durante los años 2010 y 2011

Índice

Capítulo 1. Objeto del Concierto, alcance de la acción protectora y ámbito de aplicación.

- 1.1 Objeto del Concierto y alcance de la acción protectora.
- 1.2 Beneficiarios en general.
- 1.3 Nacimiento y extinción de los derechos de los beneficiarios.
- 1.4 Cambio de Entidad.
- 1.5 Beneficiarias por maternidad.

Capítulo 2. Cartera de Servicios.

- 2.1 Normas generales.
- 2.2 Cartera de Servicios de Atención Primaria.
- 2.3 Cartera de servicios de Atención Especializada.
- 2.4 Cartera de servicios de Atención de Urgencia.
- 2.5 Cuidados Paliativos.
- 2.6 Rehabilitación.
- 2.7 Salud bucodental.
- 2.8 Prestaciones farmacéuticas y dietoterápicas.
- 2.9 Transporte para la asistencia sanitaria.

2.10 Otras prestaciones.

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

Capítulo 3. Medios de la Entidad.

- 3.1 Normas generales.
- 3.2 Criterios de disponibilidad de medios.
- 3.3 Catálogo de proveedores.
- 3.4 Responsabilidad de edición del catálogo de proveedores de la Entidad.
- 3.5 Invariabilidad de los catálogos de proveedores de la Entidad.
- 3.6 Principio de continuidad asistencial.
- 3.7 Calidad de la asistencia sanitaria.
- 3.8 Historia de Salud Digital.

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

- 4.1 Libertad de elección de facultativo y centro.
- 4.2 Identificación.
- 4.3 Mutualistas no adscritos a Entidad Médica.
- 4.4 Altas, bajas y variaciones.
- 4.5 Tarjetas sanitarias.
- 4.6 Procedimiento de acceso y prestación de la asistencia.
- 4.7 Requisitos adicionales.
- 4.8 Supuesto especial: Facultativo ajeno.
- 4.9 Hospitales militares.
- 4.10 Protección de datos de carácter personal y salvaguardia de los derechos de los pacientes.

Capítulo 5. Utilización de medios no concertados.

- 5.1 Norma general.
- 5.2 Denegación injustificada de asistencia.
- 5.3 Asistencia urgente de carácter vital.
- 5.4 Transporte en medios ajenos para la asistencia sanitaria en los supuestos de denegación injustificada de asistencia y de urgencia vital.

Capítulo 6. Información y documentación sanitaria.

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

Capítulo 7. Régimen jurídico del concierto.

- 7.1 Naturaleza y régimen del Concierto y de las relaciones en él basadas.
- 7.2 Naturaleza y régimen de las relaciones asistenciales.
- 7.3 Comisiones mixtas.
- 7.4 Procedimiento para las reclamaciones.
- 7.5 Procedimiento de ejecución de reclamaciones estimadas.
- 7.6 Descuentos de farmacia.
- 7.7 Compensaciones económicas por incumplimiento parcial de obligaciones definidas en el Concierto. Procedimiento para su imposición.

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

- 8.1 Duración del Concierto.
- 8.2 Régimen económico del Concierto.
- 8.3 Precio del Concierto e incentivos a la calidad.
- 8.4 Deducciones por fallos de disponibilidad.

8.5 Condiciones de pago y revisión de precios.

8.6 Compensación excepcional de eventuales incrementos de gasto por gripe A.

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

1. Programas preventivos.
2. Salud bucodental.
3. Salud mental.
4. Cirugía plástica, estética y reparadora.
5. Farmacia y productos sanitarios.
6. Diagnóstico y tratamiento de la esterilidad.
7. Transporte sanitario.

Anexo 2. Medios de asistencia en zonas rurales.

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

1. Criterio general.
2. Disponibilidad de medios de Atención Primaria.
3. Disponibilidad de medios de Atención Especializada.
4. Territorio insular.

Anexo 4. Criterios de calidad de la asistencia.

1. Estrategias del Sistema Nacional de Salud.
2. Elaboración de protocolos de atención.
3. Evaluación de la calidad de los procesos asistenciales.
4. Calidad de la prestación farmacéutica.
5. Calidad de la información.

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

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

Anexo 6. Sistema de información asistencial.

1. Información sobre actividad ambulatoria.
2. Información sobre actividad hospitalaria.
3. Información sobre actividad de urgencias.
4. Información sobre actividad quirúrgica.
5. Otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
6. Informes de alta y CMBD.
7. Criterios de evaluación de la calidad de los registros de alta codificados mediante CMBD.

Anexo 7. Informes, exploraciones o pruebas prescritas por los órganos de valoración de incapacidades y otros órganos de MUFACE.

Anexo 8. Instrucciones para la elaboración del modelo de catálogo de proveedores.

1. Catálogos de proveedores en formato papel.
2. Catálogos de proveedores en formato electrónico.

Anexo 9. Sistema de medición de los niveles de disponibilidad y calidad de la asistencia.

1. Asignación del incentivo de calidad.
2. Deducciones por fallos de disponibilidad.
3. Unidad técnica de calidad.

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

CAPÍTULO 1

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

1.1 *Objeto del Concierto y alcance de la acción protectora*

1.1.1 El objeto del Concierto es asegurar el acceso a la prestación de asistencia sanitaria en el territorio nacional a los mutualistas y demás beneficiarios de MUFACE que opten por recibir la asistencia a través de la Entidad. Esta asistencia se prestará conforme a lo establecido en el Texto Refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio, la Ley 14/1986, General de Sanidad, de 25 de abril, y la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

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

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

1.1.4 Para hacer efectiva la prestación de la asistencia sanitaria integral conforme a tal Cartera de Servicios, la Entidad firmante del Concierto (en adelante, Entidad) pondrá a disposición de los beneficiarios adscritos a ella (en adelante, beneficiarios), todos los medios propios o concertados precisos (en adelante, medios de la Entidad) de conformidad con lo que se establece en el capítulo 3 de este Concierto. Si excepcionalmente la Entidad no dispusiera de tales medios, se hará cargo directamente del gasto ocasionado por la utilización de medios no concertados de conformidad con las cláusulas de este Concierto.

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

1.2 *Beneficiarios en general*

1.2.1 Sin perjuicio de lo que se establece en la cláusula 1.5, son beneficiarios a los efectos del presente Concierto todos los mutualistas y demás beneficiarios de asistencia sanitaria de MUFACE, determinados conforme a sus propias normas, que hayan quedado adscritos a la Entidad a dichos efectos. El reconocimiento de la condición de beneficiario corresponde a MUFACE.

1.2.2 A ciertos fines de gestión y siempre que así se derive del propio texto de las cláusulas, los beneficiarios del Concierto pueden ser denominados titulares, si poseen documento de afiliación a MUFACE propio, o simplemente beneficiarios, cuando figuren como tales en el documento de afiliación de un titular o cuando posean un documento

asimilado al de afiliación. En todo caso, los beneficiarios estarán adscritos a la Entidad mientras lo esté el titular del que dependan.

1.2.3 Estarán adscritos a la Entidad los titulares que, en su caso, lo estuvieran a 31 de diciembre de 2009 y no cambien de Entidad conforme a lo previsto en la cláusula 1.4 o según las reglas de adscripción a la Red Sanitaria de la Seguridad Social, y los que la elijan conforme a las normas de dicha cláusula o cuando se produzca su alta en MUFACE y opten por la misma.

1.3 *Nacimiento y extinción de los derechos de los beneficiarios*

1.3.1 Sin perjuicio de lo establecido en el párrafo siguiente y en la cláusula 4.3, los derechos de los beneficiarios comienzan en la fecha en que hayan quedado adscritos a la Entidad por los servicios de MUFACE, sin que existan plazos de carencia para ningún tipo de asistencia.

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

1.3.3 Los derechos de los beneficiarios se extinguen, en cualquier caso, en la fecha en que los servicios de MUFACE acuerden su baja en la misma o en la Entidad.

1.4 *Cambio de Entidad*

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

A. Con carácter ordinario y general, una sola vez cada año, durante el mes de enero, en la forma que se establezca por MUFACE.

B. Con carácter extraordinario:

- a. Cuando se produzca un cambio de destino del titular con traslado de provincia.
- b. Cuando se produzca un cambio de domicilio del titular, con cambio de provincia de residencia. Este derecho podrá ejercitarse por una sola vez.
- c. Cuando el interesado obtenga la conformidad expresada por escrito de las dos Entidades afectadas.
- d. Cuando, por concurrir circunstancias objetivas que justifiquen el cambio de una pluralidad de titulares afectados por el mismo problema de asistencia sanitaria, la Dirección General de MUFACE acuerde la apertura de plazo especial de elección de Entidad.

1.4.2 La Entidad podrá hacer publicidad sobre su oferta de servicios a lo largo del año y durante el período de cambio ordinario, siempre que dicha publicidad no se realice dentro de recintos de organismos públicos y se efectúe con carácter general sin dirigirse a colectivos profesionales específicos. En ningún caso podrá ofertar obsequios, directa o indirectamente a través de terceros, a los mutualistas, en especial durante el periodo de cambio ordinario y en los procesos de alta de colectivos profesionales específicos. El incumplimiento de esta obligación dará lugar a las compensaciones económicas previstas en la cláusula.

1.4.3 La fusión de la Entidad con otra u otras de las concertadas por MUFACE no supondrá la apertura de plazo especial de cambio, quedando automáticamente adscritos a la Entidad absorbente o resultante de la fusión los beneficiarios que, en el momento de la fusión, se encontraran adscritos a la/s Entidad/es extinguida/s o a cada una de las Entidades fusionadas, y obligándose la Entidad absorbente resultante, desde ese momento, a garantizar todos sus derechos en los términos previstos en el presente Concierto.

1.5 *Beneficiarias por maternidad*

1.5.1 Además de las beneficiarias incluidas en la cláusula 1.2, son también beneficiarias por maternidad, a los efectos del presente Concierto, las cónyuges de los/las

mutualistas o aquéllas que convivan con los/las mutualistas en relación de pareja con carácter estable, aun cuando no reúnan la condición de beneficiarias incluidas en el correspondiente documento, siempre que no sean titulares adscritas a otra Entidad firmante del presente Concierto. En este caso, la asistencia cubre la preparación al parto así como la patología obstétrica del embarazo, parto y puerperio.

1.5.2 La condición de beneficiaria por maternidad debe ser expresamente reconocida por MUFACE previa solicitud del/la mutualista.

CAPÍTULO 2

Cartera de Servicios

2.1 Normas generales

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

La Cartera de Servicios es el conjunto de 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.

2.1.2 El contenido de la Cartera de Servicios a facilitar por la Entidad comprenderá, como mínimo, las prestaciones contenidas en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con lo regulado en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, con las especificidades que se recogen en este capítulo y en el anexo 1 de este Concierto.

2.1.3 La Cartera de Servicios que es objeto del Concierto se estructura en las siguientes prestaciones:

- A. Atención Primaria.
- B. Atención Especializada.
- C. Atención de Urgencias.
- D. Cuidados Paliativos.
- E. Rehabilitación.
- F. Salud Bucodental.
- G. Prestación farmacéutica.
- H. Transporte sanitario.
- I. Otras prestaciones:
 - a. Podología.
 - b. Terapias respiratorias.
 - c. Ortoprótisis.

2.1.4 Las prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios a facilitar por la Entidad se garantizan mediante la provisión de recursos asistenciales necesarios por niveles y ámbitos geográficos y de población establecidos en el capítulo 3 de este Concierto y en el anexo 3, con los procedimientos y normas de utilización de estos medios que se describen en el capítulo 4.

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

2.2 Cartera de Servicios de Atención Primaria

2.2.1 Contenido.—La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención sanitaria y se facilitará por especialistas en medicina familiar y comunitaria o médicos generalistas,

especialistas en pediatría y profesionales de enfermería, sin menoscabo de la colaboración de otros profesionales.

Comprenderá:

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

2.2.2 Alcance y procedimiento de acceso y prestación del servicio.—En el capítulo 4, Normas de Utilización de los Medios de la Entidad, se establece el procedimiento de acceso y prestación de la asistencia en lo referente a:

- A. Asistencia en consulta.
- B. Asistencia domiciliaria.
- C. Asistencia urgente.

2.3 Cartera de servicios de Atención Especializada

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

La Atención Especializada comprende:

- A. Asistencia especializada en consultas.
- B. Asistencia especializada en hospital de día médico o quirúrgico.
- C. Hospitalización en régimen de internamiento.
- D. Hospitalización domiciliaria.
- E. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

2.3.2 Especificaciones de la cartera de servicios de atención especializada.—En el anexo 1 se establecen las especificaciones a la cartera de servicios de atención especializada en lo referente a:

- A. Programas preventivos.
- B. Salud mental.
- C. Cirugía plástica, estética y reparadora.
- D. Diagnóstico y tratamiento de la esterilidad.

2.3.3 Alcance, procedimiento de acceso y prestación del servicio.—El alcance y contenido de la cartera de servicios de atención especializada incluye el de la cartera de Servicios Comunes del SNS con todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos referidos en la misma.

En el capítulo 4: Normas de utilización de los medios de la Entidad, se establece el procedimiento de acceso y prestación de la asistencia en lo referente a:

- A. Asistencia en consulta externa.
- B. Asistencia en régimen de hospitalización: internamiento, hospital de día, hospitalización por maternidad, hospitalización pediátrica y psiquiátrica y atención de urgencias.
- C. Hospitalización domiciliaria.

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

2.4 Cartera de Servicios de Atención de Urgencia

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

La Entidad dispondrá de un teléfono gratuito que canalizará la demanda de urgencias y emergencias sanitarias garantizando la accesibilidad y coordinación de los recursos disponibles para este tipo de atención.

2.5 Cuidados Paliativos

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

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

2.5.2 Organización.—El abordaje de este tipo de atención requiere de un modelo organizativo explícito adaptado a las distintas situaciones y delimitaciones territoriales. A fin de que por parte de la Entidad se adapte su estructura organizativa al modelo requerido, se fija como objetivo de calidad la elaboración de un plan de adaptación a la estrategia de Cuidados Paliativos del SNS con los criterios definidos en el anexo 4 y el incentivo económico establecido en el anexo 9.

2.6 Rehabilitación

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

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

2.6.2 Alcance, procedimiento de acceso y prestación del servicio.—En el capítulo 4: Normas de utilización de los medios de la Entidad, se establece el procedimiento de acceso y prestación de la asistencia.

2.7 Salud bucodental

Comprende las actividades asistenciales, diagnósticas y terapéuticas, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y preventivas dirigidas a la atención a la salud bucodental. En el punto 2 del anexo 1 se especifica el contenido de las prestaciones de salud bucodental.

2.8 Prestaciones farmacéuticas y dietoterápicas

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

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

La prestación con productos dietéticos comprende la dispensación de los tratamientos dietoterápicos a las personas que padezcan determinados trastornos metabólicos

congénitos y la nutrición enteral domiciliaria para pacientes a los que no es posible cubrir sus necesidades nutricionales, a causa de su situación clínica, con alimentos de consumo ordinario.

2.8.2 En el caso de pacientes no hospitalizados, la cartera de servicios a facilitar por la Entidad comprende la indicación y prescripción por los facultativos correspondientes en receta oficial de MUFACE de los medicamentos y productos incluidos en las prestaciones farmacéutica y dietoterápica del Sistema Nacional de Salud.

Las prescripciones deberán realizarse en las recetas oficiales de MUFACE, única y exclusivamente cuando deriven de la asistencia a pacientes no hospitalizados, y la cumplimentación de aquellas se llevará a efecto de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 1910/1984, de 26 de septiembre, de Receta Médica.

En el caso de pacientes hospitalizados, la cartera de servicios a facilitar por la Entidad comprende la indicación, prescripción y dispensación de aquellos productos farmacéuticos, sanitarios y dietéticos que precisen los pacientes que estén siendo atendidos en este ámbito asistencial (ingreso, hospital de día, hospitalización domiciliaria, urgencias, unidad de diálisis y otras unidades dependientes del hospital), los cuales serán financiados por la Entidad.

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

2.9 Transporte para la asistencia sanitaria

2.9.1 El transporte sanitario incluido en la cobertura de este concierto puede ser:

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

B. Transporte extraordinario.—El transporte extraordinario consiste en el desplazamiento de enfermos por causas exclusivamente clínicas, cuya situación les impida desplazarse en los medios ordinarios de transporte.

Se considera medio de transporte extraordinario, a los fines asistenciales previstos en el Concierto, el que se realiza en ambulancia, ambulancia medicalizada, UVI móvil, avión y helicóptero medicalizados. Todos ellos, necesariamente, deberán ser accesibles a las personas con discapacidad. También se considera medio de transporte extraordinario el taxi.

2.9.2 El contenido y alcance de la cobertura de esta prestación quedan recogidos en el punto 7 del anexo 1 con las especificaciones correspondiente a los supuestos asistenciales que se presenten.

2.10 Otras prestaciones

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

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

2.10.2 Terapias respiratorias.—Se incluye la cobertura de cualquiera de las técnicas de terapia respiratoria a domicilio atendidas en el Sistema Nacional de Salud, cuando las circunstancias del paciente así lo requieran, incluyendo el uso de las mochilas de oxígeno líquido, la pulsioximetría y la aerosolterapia.

2.10.3 Ortoprótisis.—Están incluidos en la cobertura de este Concierto los implantes quirúrgicos, terapéuticos o diagnósticos, entendiéndose por tales aquellos productos sanitarios diseñados para ser implantados total o parcialmente en el cuerpo humano mediante un determinado acto médico o intervención quirúrgica, así como la renovación de cualquiera de sus accesorios, incluidos los externos. Se incluyen, asimismo, los materiales utilizados para realizar técnicas de osteosíntesis.

Quedan excluidos los implantes osteointegrados para prótesis dentarias, excepto cuando los mismos deriven de accidente de servicio o enfermedad profesional.

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

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

2.11.1 La Cartera de Servicios que se determina en este capítulo, con las especificaciones recogidas en el anexo 1 de este Concierto, se actualizará de forma automática por actualización de la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, de conformidad con lo previsto en el artículo 7 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.

2.11.2 Para incorporar nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos a la Cartera de Servicios a facilitar por la Entidad o excluir los ya existentes que no se correspondan con los servicios comunes del Sistema Nacional de Salud será necesaria su evaluación por la Dirección General de MUFACE, quien se apoyará en las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas.

2.11.3 La Dirección General de MUFACE creará una Comisión de Prestaciones, en la que se analizarán las solicitudes de actualización, de la que serán integrantes, además de los miembros que la Dirección General designe, miembros designados por la Entidad.

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

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

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

CAPÍTULO 3

Medios de la Entidad

3.1 Normas generales

A los efectos previstos en los artículos 17.2 del Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, y 77 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo, aprobado por Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo, se considera que los medios de la Entidad son los servicios, propios o concertados, asignados para la asistencia sanitaria de los beneficiarios de la misma.

3.1.1 A los fines asistenciales de este Concierto los medios de la Entidad son los siguientes:

A. Personal sanitario dependiente de la Entidad mediante una relación de carácter laboral o vinculados a la misma mediante una relación de carácter civil.

B. Centros y servicios propios de la Entidad o concertados por la misma, privados o públicos, bajo cualquier régimen jurídico.

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

D. Los servicios de atención primaria y de urgencias de la Red Sanitaria Pública concertados por cuenta de la Entidad, conforme a lo previsto en el anexo 2, quedan asimilados a los medios de la Entidad.

3.1.2 La Entidad dispondrá de todos los medios que haga constar en su Catálogo de Proveedores, debiendo figurar en éste todos los profesionales y centros que presten servicios a los beneficiarios por cuenta de la Entidad. Se faculta a la Entidad para que determinados facultativos puedan aparecer diferenciados en el cuadro como consultores para áreas específicas y complejas de su especialidad, siempre que dicha especialidad disponga al menos de dos especialistas no consultores. El acceso a estos especialistas consultores se realizará previa derivación por otro especialista y con la autorización previa de la Entidad.

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

3.1.3 Los medios de la Entidad deberán cumplir los requisitos establecidos con carácter general por la normativa sanitaria vigente, bajo la supervisión que, con igual carácter, pueda proceder por parte de la administración sanitaria competente.

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

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

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

3.1.4 La Entidad promoverá acciones tendentes a que los médicos concertados dispongan en sus consultas de medios informáticos: ordenador con lector de tarjetas e impresora y conexión a Internet, a fin de que estén disponibles para poder llevar a cabo las acciones contempladas en la cláusula 3.8, así como la puesta en marcha de otros programas y actuaciones conducentes a la mejora de la calidad asistencial y de la salud de los asegurados.

3.1.5 La Entidad facilitará el acceso a los centros y servicios incluidos en la Cartera de Servicios a fin de que MUFACE pueda comprobar la adecuación de los medios de la institución respecto a la oferta de servicios realizada.

3.2 Criterios de disponibilidad de medios

3.2.1 Las prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios a facilitar por la Entidad se estructurarán por niveles asistenciales y tamaños de población. De conformidad con lo establecido en la cláusula 2.1 del presente Concierto, se distinguen los siguientes niveles asistenciales:

A. El nivel de Atención Primaria de Salud, que tiene como marco geográfico y poblacional al municipio.

B. El nivel de Atención Especializada, que tiene como marco geográfico y territorial el municipio a partir de 20.000 habitantes.

C. Para los Servicios de Referencia el marco geográfico y poblacional será el del conjunto del territorio de Estado.

Cada nivel superior incluye todos los servicios de los niveles inferiores.

En el anexo 3 se establecen los criterios de disponibilidad de medios por niveles asistenciales y tamaños de población.

3.2.2 Garantía de accesibilidad a los medios.—La Entidad debe garantizar el acceso a los medios que en cada nivel asistencial exige la Cartera de Servicios del presente Concierto en los términos establecidos en el Anexo 3, salvo que dichos medios no existan a nivel privado ni público. Si coyunturalmente no estuvieran operativos será de aplicación lo dispuesto en la letra B de la cláusula 5.21.

3.3 *Catálogo de Proveedores*

3.3.1 El Catálogo de Proveedores de la Entidad contiene la relación detallada de los medios de la Entidad, y la información necesaria para posibilitar la utilización de dichos medios por los beneficiarios.

El contenido del Catálogo de Proveedores, tanto de profesionales como de centros, será claro, completo y transparente, debiendo figurar sin exclusiones todos los facultativos y centros asistenciales concertados por la Entidad que hayan sido ofertados para la suscripción de este Concierto.

El Catálogo de Proveedores de la Entidad no incluirá publicidad o mensajes publicitarios, ni información relativa a otros productos o servicios de la Entidad.

3.3.2 La Entidad se atenderá a las instrucciones que se detallan en el Anexo 8 para la elaboración del Catálogo de Proveedores, que tendrá, tanto en papel como en soporte electrónico, un formato común de obligado cumplimiento, al objeto de que su tratamiento sea homogéneo entre las distintas Entidades concertadas.

El Catálogo de Proveedores de la Entidad será específico para MUFACE, tendrá ámbito provincial, y se adaptará a los niveles asistenciales establecidos en el Concierto.

3.3.3 La Entidad enviará una prueba en estado final del Catálogo de Proveedores, tanto en su versión en papel como en soporte electrónico, a la Dirección General de MUFACE con el objeto de recabar la conformidad de la misma, que será requisito imprescindible para la publicación de ambas versiones.

3.4 *Responsabilidad de edición del Catálogo de Proveedores de la Entidad*

Antes del 15 de diciembre del año anterior al del inicio de la vigencia del Concierto, la Entidad deberá entregar en los Servicios Centrales de MUFACE los Catálogos de Proveedores de la Entidad correspondientes a los niveles asistenciales establecidos en este Concierto en el formato y en el número de ejemplares que se establezcan. Asimismo, y en el mismo plazo, facilitará a los beneficiarios que tenga adscritos el Catálogo de Proveedores o Adendas de la correspondiente provincia en edición de papel y/o, opcionalmente, en formato electrónico, mediante su envío al domicilio o poniéndolo a su disposición en los locales y delegaciones de la Entidad, y entregará en los Servicios Provinciales de MUFACE el número de ejemplares que solicite cada Servicio Provincial para su entrega a los beneficiarios que lo requieran.

A su vez, la Entidad debe disponer de una página web que informe a los beneficiarios de MUFACE sobre el contenido de los Catálogos de Proveedores de la Entidad correspondientes a todas las provincias. Para evitar confusiones con las prestaciones ofrecidas a asegurados ajenos al presente Concierto, esta información deberá aparecer en una sección específica de MUFACE e incluir para cada provincia los contenidos que aparecen especificados en el Anexo 8. La información de la página web deberá actualizarse siempre que existan modificaciones, haciendo constar la fecha de la última modificación.

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

3.5 *Invariabilidad de los Catálogos de Proveedores de la Entidad*

El Catálogo de Proveedores de la Entidad debe mantenerse estable y garantizar el principio de continuidad asistencial de los pacientes.

Por ello, la oferta de medios de la Entidad publicitada en el Catálogo de Proveedores únicamente podrá registrar altas de nuevos servicios sin que puedan producirse bajas a lo largo de la vigencia del Concierto, salvo aquellas que se lleven a cabo a petición del especialista o centro, por cese de actividad o traslado a otro municipio, o aquellas que obedecieran a circunstancias excepcionales debidamente acreditadas. En este caso, las bajas deberán ser comunicadas a MUFACE, justificando los motivos, con 30 días de antelación.

Si la baja afecta a centros o servicios hospitalarios, la Entidad debe informar a MUFACE de los beneficiarios que están siendo atendidos en dichos centros o servicios.

En cualquier caso la Entidad está obligada a sustituir en el menor plazo posible al profesional u hospital que haya causado baja, debiendo comunicar a MUFACE los servicios, centros o facultativos que hayan de sustituir a las bajas producidas. Asimismo deberá dirigir una comunicación, con carácter generalizado, a los beneficiarios sobre las altas o bajas producidas en los Catálogos de Proveedores de la Entidad.

La baja o falta de disponibilidad de un medio de la Entidad dará lugar a la aplicación automática de las deducciones fijadas en el anexo 9 conforme a los términos establecidos en el mismo, así como a lo establecido en la cláusula 7.7.

3.6 *Principio de continuidad asistencial*

3.6.1 Si se produce la baja de algún profesional de los Catálogos de Proveedores, la Entidad se obliga a garantizar a los pacientes en tratamiento de procesos patológicos graves la continuidad asistencial para el proceso patológico del que viene siendo tratado, con el mismo facultativo, durante los 12 meses siguientes a la fecha en que la baja se hubiera producido, siempre que hubiese conformidad del facultativo.

3.6.2 Si la baja se refiere a un centro sanitario o servicio hospitalario, la Entidad se obliga a garantizar a los pacientes que están siendo atendidos de un determinado proceso patológico la continuidad del tratamiento de dicho proceso en ese centro o servicio, durante todo el tiempo que persista la necesidad del mismo o hasta que se haya obtenido el alta. En el caso de que se produjeran reingresos o revisiones en dichos centros o servicios, por el mismo proceso, la Entidad seguirá haciéndose cargo de los mismos, y el beneficiario deberá cumplir los requisitos establecidos en el Concierto, en cuanto a prescripción (por médico concertado o no concertado perteneciente a dicho centro o servicio) y autorización previa de la Entidad. En cualquiera de los casos 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 beneficiarios, en un plazo no superior a cinco días hábiles, sobre su derecho a mantener el tratamiento y la continuidad asistencial en dicho centro o servicio, con cargo a la Entidad.

Estas obligaciones, en tanto no se modifique su contenido, no quedan interrumpidas por la finalización de este Concierto.

3.7 *Calidad de la asistencia sanitaria*

3.7.1 La Dirección General de MUFACE desea impulsar una política global de calidad, para la mejora de la asistencia sanitaria a los mutualistas y beneficiarios de MUFACE. Dentro de las directrices de mejora de la calidad asistencial establecidas por MUFACE, cuyos criterios se encuentran en el anexo 4 de este Concierto, han de destacarse:

A. La Entidad deberá impulsar, en colaboración con sus profesionales, el desarrollo y aplicación de guías clínicas, protocolos y pautas de actuación, de acreditada y contrastada eficacia, relacionados con las patologías más prevalentes en la población con el fin de que

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

B. En relación con la prescripción farmacéutica, la Entidad impulsará la participación de sus facultativos en todas las medidas y actividades establecidas por MUFACE para la mejora de la utilización de medicamentos y productos, y colaborará con la Mutuality en los procedimientos que se inicien para verificar la adecuación de prescripciones individualizadas así como en la adopción de las correspondientes medidas de control.

C. La Entidad velará porque los facultativos informen correctamente a los pacientes de todo lo referente a su enfermedad y proceso asistencial garantizando el cumplimiento de todos los principios recogidos en la Ley de Autonomía del Paciente. En especial velará porque se lleve a cabo el consentimiento informado en cuantos procedimientos lo requieran así como que se cumpla con las instrucciones previas cuando el paciente haya formalizado su testamento vital.

3.8 *Historia de Salud Digital*

La Entidad promoverá todas las actuaciones necesarias para el desarrollo e implantación del proyecto de Historia de Salud Digital de MUFACE, ya en marcha. La Mutuality marcará los objetivos anuales sobre las etapas a cubrir en el mismo, cuyo alcance se vinculará a la percepción de la compensación económica prevista en la cláusula 8.33.

El Grupo de Trabajo Mixto constituido al efecto irá desarrollando el alcance, contenido y características puntuales que recogerá cada fase de la informatización de la historia clínica y de la prescripción farmacéutica, así como los requisitos necesarios para su desarrollo e implantación.

CAPÍTULO 4

Normas de utilización de los medios de la Entidad

4.1 *Libertad de elección de facultativo y centro*

Los beneficiarios podrán elegir libremente facultativo y centro de entre los que figuran en los Catálogos de Proveedores de la Entidad en todo el territorio nacional.

4.2 *Identificación*

Se deberá acreditar previamente la condición de beneficiario, exhibiendo el correspondiente documento de afiliación a MUFACE.

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

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

4.3 *Mutualistas no adscritos a Entidad Médica*

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

La Entidad prestará la asistencia y, en el plazo de los cinco días hábiles siguientes, notificará los hechos a MUFACE para que proceda al alta del mutualista en la Entidad con efectos del quinto de los citados días y al abono de los gastos de la asistencia prestada hasta la fecha de efectos del alta.

4.4 *Altas, bajas y variaciones*

MUFACE diariamente comunicará el alta de los beneficiarios a la Entidad, de forma telemática, depositándose la información en un directorio seguro con acceso por parte de la Entidad. Por el mismo procedimiento, se comunicarán a la Entidad por MUFACE las bajas y variaciones en los datos de los beneficiarios.

Asimismo, MUFACE pone a disposición de las Entidades una conexión «on-line» a su base de datos para que aquéllas puedan conocer la situación real de adscripción de un determinado mutualista o beneficiario, especialmente para la aplicación de lo dispuesto en la cláusula siguiente.

4.5 *Tarjetas sanitarias*

4.5.1 La Entidad, en el momento en que, por cualquier cauce, tenga conocimiento del alta de un beneficiario, le entregará una tarjeta provisional, cheques de asistencia o cualquier otro documento que haga posible la utilización de los medios concertados desde el momento del alta. Posteriormente, emitirá la correspondiente tarjeta sanitaria, que será enviada al domicilio del beneficiario en el plazo máximo de siete días hábiles desde la efectiva comunicación.

4.5.2 No obstante, en los casos en que, ante la solicitud expresa de un titular que hubiera sido dado de alta como beneficiario adscrito a la Entidad, no le fuera facilitada la tarjeta provisional o el documento que haga posible la utilización de los medios concertados, por la Dirección del correspondiente Servicio Provincial de MUFACE se emitirá un certificado en el que se hará constar que todos los gastos que se ocasionen por la asistencia del titular y sus beneficiarios a través de los facultativos, servicios y centros incluidos en el Catálogo de Servicios de la Entidad podrán ser facturados directamente a MUFACE para la materialización del correspondiente abono. Posteriormente, el importe de estos gastos será deducido de las cuotas mensuales que deban abonarse a la Entidad, sin perjuicio de las penalidades o compensaciones económicas que pudieran acordarse.

4.5.3 Si la tarjeta es emitida por una Entidad subconcertada, deberá llevar siempre el logotipo de la Entidad concertada con MUFACE, a efectos de facilitar la utilización de medios fuera de las provincias donde esté implantada la subconcertada.

4.5.4 El beneficiario deberá presentar la correspondiente tarjeta sanitaria cuando acuda a los medios de la Entidad. En cualquier caso, la no presentación de dichas tarjetas en el momento de la asistencia, en aquellos casos en que la Entidad aún no la ha emitido o en situaciones de urgencia, no impide ni condiciona el derecho del beneficiario a hacer uso de los medios de la Entidad.

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

4.5.6 En la tarjeta deberá figurar de forma destacada el teléfono de 24 horas, 365 días al año, al que llamar en caso de urgencia sanitaria.

4.6 *Procedimiento de acceso y prestación de la asistencia*

4.6.1 Asistencia en consulta.—El beneficiario se dirigirá directamente al profesional sanitario elegido de Atención Primaria y/o Especializada para recibir la asistencia que precise, sin más requisitos que acreditar su condición y presentar la correspondiente tarjeta sanitaria, sin perjuicio de lo establecido en la cláusula 4.3.

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

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

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

C. Cuando se trate de enfermos terminales. La atención paliativa a estos enfermos comprenderá una atención integral y continuada de personas con enfermedad en situación avanzada, no susceptibles de recibir tratamientos con finalidad curativa y con una esperanza de vida limitada, con el objetivo principal de aliviar el sufrimiento. Se realizará el asesoramiento necesario a las personas a ellas vinculadas.

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

4.6.3 Asistencia urgente.—La asistencia urgente podrá recabarse de los facultativos de medicina general, pediatría y enfermería de la Entidad y, fuera de los horarios de consulta y en cualquier caso, de los Servicios de Urgencia de Atención Primaria y Especializada de la Entidad.

Conforme a lo previsto en la cláusula 2.4, con el objeto de facilitar a los mutualistas y demás beneficiarios de MUFACE que precisen atención sanitaria urgente la información que estos requieran acerca de los medios disponibles en que puedan ser atendidos, y en general sobre cualquier aspecto relacionado con esta modalidad asistencial, la Entidad habilitará un centro de llamadas gratuitas, con cobertura para todo el territorio nacional, que proporcionará soporte las 24 horas del día, los 365 días del año.

4.6.4 Asistencia en régimen de hospitalización.—Comprende la asistencia médico-quirúrgica, con la realización de cuantos tratamientos o procedimientos diagnósticos precisen los pacientes que requieren cuidados continuados en régimen de hospitalización. Incluye todos los servicios hoteleros básicos inherentes a la hospitalización, con estancia en habitación individual.

Junto con el informe de alta en los términos establecidos en la cláusula 6.52, los pacientes han de recibir información al alta con instrucciones para el correcto seguimiento del tratamiento y establecimiento de los mecanismos que aseguren la continuidad y la seguridad de la atención y de los cuidados.

Requisitos: El ingreso programado en un hospital precisará previamente de la prescripción del mismo por médico de la Entidad, con indicación del centro, y de la autorización de la Entidad. En los ingresos efectuados a través de los servicios de urgencia estos requisitos deberán cumplimentarse en el plazo más breve posible.

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

B. Tipo de habitación: La hospitalización se efectuará en habitación individual con baño o ducha y cama de acompañante. En ningún caso podrán excluirse habitaciones que formen parte de la capacidad de alojamiento del centro concertado.

MUFACE podrá autorizar que la Entidad disponga en su Catálogo de Proveedores de centros hospitalarios que no cumplan el requisito del párrafo anterior.

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

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

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

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

La hospitalización de día se prestará en los centros de la Entidad, propios o concertados. Quedan cubiertos todos los gastos de hospitalización que se puedan producir en el centro sanitario durante la estancia en el mismo para la realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos.

4.6.6 Hospitalización por maternidad.—En el momento del ingreso, o en todo caso antes del alta hospitalaria, deberá presentarse en el centro la autorización de la Entidad. A efectos de la asistencia al recién nacido se tendrá en cuenta lo dispuesto en la cláusula 1.32.

Si la práctica de la ligadura de trompas se decidiera en el mismo momento del parto sin haberse indicado en la prescripción del ingreso, los gastos causados por este concepto serán también a cargo de la Entidad.

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

Cuando las características del centro no permitan el alojamiento del acompañante o el menor se encuentre en la UCI, la Entidad abonará al mutualista una cantidad total compensatoria de 47,76 euros por día, siempre que el acompañante resida en un municipio distinto al del centro sanitario. No se abonará cantidad alguna cuando el acompañante resida en el mismo municipio.

4.6.8 Hospitalización psiquiátrica.—Si el ingreso se ha producido en un centro no concertado por causas justificadas sin autorización previa de la Entidad, la misma abonará al mutualista los gastos de hospitalización, con el límite de 81,18 euros por día. El reintegro deberá efectuarse dentro de los 10 días hábiles siguientes a la fecha en que el beneficiario presente los justificantes de dichos gastos ante la Entidad.

4.6.9 Hospitalización domiciliaria.—La hospitalización domiciliaria podrá llevarse a cabo en aquellos casos en que el estado del enfermo lo permita, pueda beneficiarle y sea aconsejable. Dicha hospitalización se realizará en su domicilio, especialmente si es por cuidados paliativos y siempre que las condiciones familiares, domésticas y de proximidad al hospital lo permitan.

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

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

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

La UHD informará por escrito al paciente y su familia acerca de cómo contactar con la unidad a cualquier hora del día, con el objeto de dar respuesta a las eventuales incidencias. Cuando se produzca el alta, el médico de la UHD emitirá el correspondiente parte médico de alta en los términos previstos por la ley.

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

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

4.6.10 Rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.—Los tratamientos podrán ser requeridos a la Entidad por los médicos rehabilitadores o por los médicos especialistas responsables de las patologías susceptibles de dichos tratamientos. La

evolución del paciente y la determinación del alta serán responsabilidad del médico rehabilitador o, en su caso, del facultativo especialista que solicitó dicho tratamiento. Su aplicación podrá ser realizada por médico rehabilitador, fisioterapeuta, logopeda y terapeuta ocupacional, según corresponda.

El número de sesiones está supeditado al criterio facultativo y a la situación del paciente, siendo orientativas las tablas de duración de las sesiones aprobadas por la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física u otras sociedades científicas.

La obligación de la Entidad terminará cuando se haya conseguido la recuperación funcional totalmente, o el máximo posible de ésta por haber entrado el proceso en un estado de estabilización insuperable, al tratarse de una atención dirigida a pacientes con déficit funcional recuperable. Se atenderá en cualquier caso la rehabilitación que se indique por reagudización del proceso.

4.7 *Requisitos adicionales*

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

La solicitud de autorización de un determinado medio diagnóstico o terapéutico deriva de la necesidad de ordenar y canalizar las prestaciones por parte de la Entidad, para facilitar el servicio y evitar demoras, pero nunca puede suponer una restricción al acceso a las prestaciones reconocidas en la Cartera de Servicios. En ningún caso se denegará una solicitud de un medio diagnóstico o terapéutico incluido en la Cartera de Servicios establecida en este Concierto, indicado por un facultativo de la Entidad y, en el caso de que se trate de un proceso para el que la Comisión de Prestaciones haya aprobado un protocolo, que la indicación se ajuste al mismo.

El anexo 5 contiene una relación exhaustiva, con las especificaciones pertinentes, de los supuestos de utilización de los medios que exigen autorización previa de la Entidad, así como el procedimiento que esta deberá desarrollar para facilitar que los mutualistas y beneficiarios obtengan dicha autorización.

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

4.8 *Supuesto especial: Facultativo ajeno*

4.8.1 Cuando, por decisión propia y para una determinada intervención, un beneficiario elija a un médico no concertado con la Entidad, podrá solicitar de ésta que se haga cargo del internamiento en un centro de la misma, siempre que la petición esté fundada en la continuidad asistencial en procesos patológicos graves o en que el médico sea familiar suyo, incluyendo el concepto de familiar hasta el quinto grado de parentesco, tanto por consanguinidad como por afinidad.

4.8.2 La Entidad deberá autorizar el internamiento, a su cargo, si concurre alguna de dichas circunstancias y si, además, el médico reúne las condiciones exigidas por el centro para actuar profesionalmente en el mismo. En este supuesto, el centro no asumirá la eventual responsabilidad civil por la actuación del médico no concertado por la Entidad.

4.8.3 El internamiento será autorizado por el periodo de tiempo que se estime habitualmente suficiente para la intervención de que se trate, sin perjuicio de su prórroga en caso de que exista causa médica que la justifique.

4.8.4 La Entidad cubrirá los gastos del internamiento en los términos de la cláusula 4.6.4 D con excepción de los honorarios de los médicos y, en caso de parto, matrona, que serán por cuenta del beneficiario.

4.9 *Hospitales militares*

A solicitud del beneficiario, la Entidad podrá discrecionalmente autorizar a su cargo cualquier tratamiento o internamiento en un hospital militar.

4.10 *Protección de datos de carácter personal y salvaguardia de los derechos de los pacientes*

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

CAPÍTULO 5

Utilización de medios no concertados

5.1 *Norma general*

De conformidad con lo establecido en los artículos 17 del Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, y 78 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo, aprobado por Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo, en relación con la cláusula 3.1 del presente Concierto, cuando un beneficiario, por decisión propia o de sus familiares, utilice medios no concertados con la Entidad, deberá abonar, sin derecho a reintegro, los gastos que puedan ocasionarse, excepto en los casos de denegación injustificada de asistencia y en los de asistencia urgente de carácter vital.

5.2 *Denegación injustificada de asistencia*

5.2.1 Supuestos de denegación injustificada de asistencia.—En aplicación de lo previsto en el artículo 78.1 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo, se produce denegación injustificada de asistencia:

A. Cuando el beneficiario solicite por escrito a la Entidad la prestación de una determinada asistencia sanitaria prescrita por un médico concertado 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.

B. Cuando no se cumplan los requisitos de disponibilidad de medios previstos en el presente Concierto, el beneficiario podrá acudir a los facultativos o centros que existan en el nivel correspondiente.

C. Cuando un facultativo de la Entidad prescriba por escrito, con exposición de las causas médicas justificativas, la necesidad de acudir a un facultativo o centro no concertado, el beneficiario deberá presentar la citada prescripción a la Entidad, a fin de que ésta, antes de que concluya el décimo día hábil siguiente a la presentación, autorice la remisión al facultativo o centro no concertados, o bien ofrezca una alternativa asistencial válida con sus medios.

Si la Entidad autoriza la remisión a un facultativo o centro no concertados, debe asumir, sin exclusiones, los gastos ocasionados por el proceso asistencial hasta el alta del mismo. No obstante, transcurrido un año desde el inicio de la asistencia, el beneficiario deberá presentar ante la Entidad la renovación de la solicitud para la continuidad de la asistencia,

a fin de que la Entidad, antes de que concluya el décimo día hábil siguiente a la presentación, autorice la renovación, o bien ofrezca una alternativa asistencial válida con sus medios.

Si la Entidad ofrece medios propios o concertados, la oferta debe especificar expresamente el facultativo, servicio o centro que vaya a asumir la asistencia y que pueda llevar a cabo la técnica diagnóstica o terapéutica prescrita.

D. Cuando en un medio de la Entidad, al que un beneficiario haya acudido para recibir asistencia o en el que esté ingresado, no existan o no estén disponibles los recursos adecuados, según criterio del facultativo de la Entidad o del centro que tenga a su cargo la asistencia, y ello se manifieste implícitamente en la remisión del beneficiario a centro no concertado.

5.2.2 Obligaciones de la Entidad.—En cualquiera de los supuestos de denegación injustificada de asistencia descritos en la cláusula anterior, la Entidad viene obligada a asumir los gastos derivados de la asistencia.

Cuando la Entidad conozca que el beneficiario ha recibido asistencia en hospitales ajenos, ésta realizará las gestiones oportunas ante el correspondiente 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.

Si el beneficiario hubiera abonado los gastos directamente al proveedor sanitario la Entidad deberá efectuar el reintegro dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que el beneficiario presente los justificantes de los gastos.

5.2.3 Reclamación del beneficiario.—El beneficiario podrá presentar reclamación ante el Servicio Provincial de MUFACE cuando la Entidad incurra en alguno de los supuestos de denegación injustificada de asistencia previstos en la cláusula 5.2.1 y no hubiera abonado directamente al proveedor o reintegrado al beneficiario los gastos ocasionados.

5.2.4 Otros efectos.—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.

5.3 Asistencia urgente de carácter vital

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

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

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

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

A. Cuando la Entidad, con la conformidad del equipo médico que estuviese prestando la asistencia, ofrezca una alternativa asistencial que posibilite el traslado del paciente a un

centro propio o concertado adecuado y el enfermo o sus familiares responsables se nieguen a ello.

B. Cuando el paciente sea remitido a un segundo centro ajeno y no existan causas que impidan la continuidad del tratamiento en un centro de la Entidad.

5.3.4 Comunicación a la Entidad.—El beneficiario, u otra persona en su nombre, comunicará a la Entidad, por cualquier medio que permita dejar constancia de la comunicación, la asistencia recibida con medios ajenos dentro del plazo de los siete días siguientes al inicio de la asistencia, salvo que concurran circunstancias excepcionales debidamente justificadas que hayan impedido comunicar la asistencia recibida con medios ajenos. Asimismo, deberá aportar el correspondiente informe médico.

5.3.5 Obligaciones de la Entidad.—Cuando la Entidad reciba la comunicación deberá contestar por escrito y en el plazo de los quince días siguientes a la recepción de la comunicación si acepta la situación de urgencia vital y, por tanto, el pago de los gastos producidos. En este supuesto deberá comunicar al proveedor que se hace cargo de los gastos ocasionados directamente a fin de que por parte de éste se emita la correspondiente factura a la Entidad. Si el beneficiario hubiera abonado los gastos la Entidad deberá efectuar el reintegro dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que el beneficiario presente los justificantes de los gastos.

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

Cuando la Entidad no se considere obligada al pago por entender que no ha existido una situación de urgencia vital, emitirá informe argumentando y fundamentando tal circunstancia y dará traslado del mismo al beneficiario y al Servicio Provincial de MUFACE.

5.3.6 Reclamación del beneficiario.—El beneficiario podrá presentar reclamación ante el Servicio Provincial de MUFACE cuando la Entidad incumpla las obligaciones previstas en las cláusulas anteriores y en caso de discrepancia con el criterio de la Entidad.

5.4 *Transporte en medios ajenos para la asistencia sanitaria en los supuestos de denegación injustificada de asistencia y de urgencia vital*

Cuando en estos supuestos fuera necesaria la utilización de medios ajenos de transporte, tanto ordinario como extraordinario, las condiciones y requisitos serán los establecidos en la cláusula 2.9 y en el punto 7 del Anexo 1 de este Concierto. El beneficiario tendrá derecho a que la Entidad le reintegre los gastos ocasionados por dicho traslado. El reintegro deberá efectuarse dentro del plazo de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que el beneficiario presente ante la Entidad la oportuna reclamación por escrito, acompañando los justificantes de dichos gastos.

CAPÍTULO 6

Información y documentación sanitaria

6.1 *Normas generales*

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

Asimismo, se obliga a requerir de sus profesionales la cumplimentación de cuantos documentos se especifican en este capítulo.

En cualquier caso, la Entidad queda obligada al cumplimiento de los preceptos legales a que se refiere la cláusula 4.10 de este Concierto, relacionados con la protección de datos de carácter personal y la salvaguardia de los derechos de los pacientes y, en especial, de aquellos relacionados con el consentimiento informado y las instrucciones previas.

6.2 Información general sobre actividad

6.2.1 La Entidad dispondrá de un sistema de información que permita conocer el número, tipo y coste de los servicios proporcionados a los beneficiarios de MUFACE con medios propios o concertados según el formato que aparece en el Anexo 6 del presente Concierto.

6.2.2 La Entidad facilitará a MUFACE, en soporte informático, los datos sobre actividad asistencial de acuerdo a las tablas resumen y estructura de datos que MUFACE facilitará en el mes de enero.

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

6.3 Información económica

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

6.4 Información sobre asistencia hospitalaria

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

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

6.4.2 La Entidad requerirá a sus centros para que cumplimenten el informe de alta, al finalizar la estancia en una institución hospitalaria, o el informe de consulta externa en atención especializada. El informe de alta deberá adaptarse a lo establecido en la Orden del Ministerio de Sanidad y Política Social de 6 de septiembre de 1984 y demás disposiciones que son de aplicación para los hospitales públicos, debiendo contener, en todo caso, el Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria, en adelante CMBD, que se estableció desde 1987 por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, y cuyo contenido se recoge en el Anexo 6.

6.4.3 La Entidad, en las autorizaciones de ingreso en centro hospitalario o de cirugía mayor ambulatoria que emita, se ocupará de informar a los beneficiarios de este Concierto

que sus datos de salud pueden ser tratados por MUFACE para los fines establecidos, siempre con las recomendaciones y cautelas establecidas por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y por su normativa de desarrollo.

6.4.4 La Entidad facilitará a MUFACE el CMBD en formato electrónico de todas las personas protegidas de MUFACE que estén adscritas a la Entidad y que hayan tenido un ingreso hospitalario o que hayan sido sometidos a cirugía mayor ambulatoria.

6.4.5 El CMBD deberá presentarse trimestralmente, dentro de los tres meses siguientes a la finalización del periodo correspondiente.

6.5 Documentación clínica

6.5.1 La información a que se refiere la cláusula 6.4 se ha de conservar durante el tiempo que la legislación establezca en soporte papel y/o soporte informático; en cualquier caso deberá cumplirse con los requisitos legales ya referidos en la cláusula 6.1.

6.5.2 El informe de alta, en cualquier tipo de modalidad asistencial, será entregado al paciente o, por indicación del médico responsable, al familiar o tutor legal, en el momento en que se produzca el alta del centro sanitario o del proceso del que esté siendo atendido en consulta externa. Asimismo, se le proveerá de una copia para su entrega al médico responsable del seguimiento del paciente, mientras que otra copia del informe de alta quedará archivada en la historia clínica.

6.5.3 También se hará entrega, a petición del interesado, de una copia de su historia clínica o de determinados datos contenidos en la misma, sin perjuicio de la obligación de su conservación en el centro sanitario, dejando constancia escrita de todo el proceso y garantizando, en todo caso, la confidencialidad de toda la información relacionada con el proceso y la estancia del paciente en instituciones sanitarias, según establece la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

6.6 Documentación sanitaria

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

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

B. Facilitar los antecedentes e informes médicos previstos en el apartado quinto de la Resolución de la Secretaría de Estado para la Administración Pública de 29 de diciembre de 1995, y demás normas concordantes, para la tramitación de los procedimientos de jubilación de mutualistas por incapacidad permanente para el servicio.

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

D. Requerir a sus facultativos y centros de su Catálogo de Proveedores para que bajo las condiciones y el régimen establecido en el Anexo 7 realicen a los mutualistas los informes, exploraciones o pruebas de diagnóstico que se especifican en el Anexo 10.

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

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

CAPÍTULO 7

Régimen Jurídico del Concierto*7.1 Naturaleza y régimen del Concierto y de las relaciones en él basadas*

7.1.1 El presente Concierto se rige por:

A. El Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, 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; el 16, que establece el contenido de la asistencia sanitaria que MUFACE debe prestar a sus beneficiarios protegidos, y el 17.1, que prevé que la asistencia sanitaria pueda facilitarse por Concierto con Entidades públicas o privadas.

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

C. La Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público, el Real Decreto 817/2009, de 8 de mayo, por el que se desarrolla parcialmente esta Ley y, en lo no derogado por los anteriores, por el Reglamento General de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, aprobado por Real Decreto 1098/2001, de 12 de octubre.

7.1.2 Son relaciones basadas en el Concierto:

A. Las relaciones entre MUFACE y la Entidad, con motivo del cumplimiento de los derechos y obligaciones establecidos en el presente Concierto.

B. Las relaciones entre los beneficiarios y la Entidad, con motivo del cumplimiento por la misma de las obligaciones señaladas en el presente Concierto.

7.1.3 Las cuestiones que surjan en el ámbito de las relaciones enumeradas en el apartado B de la cláusula anterior tendrán naturaleza administrativa, y serán resueltas por el órgano de MUFACE que tenga atribuida la competencia, previo el procedimiento que en este Capítulo se determina. Contra cualquiera de los acuerdos así dictados cabrá recurso de alzada ante el/la Ministro/a de Presidencia. El orden jurisdiccional competente, en su caso, será siempre el contencioso-administrativo.

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

7.2 Naturaleza y régimen de las relaciones asistenciales

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

7.2.2 Consecuentemente, son también ajenas al conjunto de derechos y obligaciones que determinan los fines del Concierto y se configuran como relaciones autónomas entre las partes:

A. Las relaciones de los beneficiarios con los facultativos de la Entidad por causa que afecte o se refiera al ámbito propio del ejercicio profesional de dichos facultativos.

B. Las relaciones de los beneficiarios con los centros de la Entidad propios o concertados, por causa de la actividad asistencial de dichos medios o del funcionamiento de sus instalaciones o por motivo que afecte o se refiera al ámbito propio del ejercicio profesional de los facultativos que, bajo cualquier título, desarrollen actividad en dichos centros.

Tanto las relaciones del apartado A como las del B de la presente cláusula seguirán siendo ajenas a los fines del Concierto aun cuando, en virtud de las vinculaciones existentes entre los facultativos y centros y la Entidad, puedan generar efectos directos o subsidiarios sobre éstas.

7.2.3 Las relaciones mencionadas en la cláusula precedente tendrán la naturaleza que, con arreglo a derecho, corresponda a su contenido, y el conocimiento y decisión de las cuestiones que puedan surgir en las mismas serán competencia de la jurisdicción ordinaria civil, o, en su caso, de la penal.

7.3 Comisiones mixtas

7.3.1 Las comisiones mixtas, con composición paritaria, tienen por cometido:

- A. El seguimiento, análisis y evaluación del cumplimiento del presente Concierto.
- B. El análisis de las iniciativas de MUFACE sobre las compensaciones económicas por incumplimientos parciales del concierto, las deducciones por fallos de disponibilidad y los incentivos a la calidad.
- C. El conocimiento de las reclamaciones que pudieran formularse por los beneficiarios o, en su caso, de oficio por MUFACE, con arreglo a lo previsto en el presente Concierto.

A los efectos de los cometidos recogidos en los apartados B y C se entiende que con la intervención de la Entidad tiene lugar para la misma el cumplimiento del trámite establecido en el artículo 84 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

7.3.2 El régimen de funcionamiento de las comisiones mixtas será el regulado en las cláusulas siguientes y, en lo no previsto en ellas, se aplicarán las normas de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común sobre funcionamiento de los órganos colegiados.

7.3.3 Las funciones señaladas en la cláusula 7.3.1 se desempeñarán por las comisiones mixtas provinciales cuando las mismas se refieran al ámbito provincial y por la comisión mixta nacional cuando afecten a todo el territorio nacional. Todo ello según los procedimientos establecidos en las cláusulas 7.4 y 7.7.

7.3.4 Las comisiones mixtas provinciales estarán compuestas por parte de MUFACE por el Director del Servicio Provincial, que las presidirá, y por un funcionario de dicho Servicio que actuará, además, como Secretario; y, por parte de la Entidad, por uno o dos representantes de la misma con facultades decisorias suficientes. Podrá asistir a las reuniones el Asesor Médico del Servicio Provincial.

7.3.5 El funcionamiento de las comisiones mixtas provinciales se ajustará a las siguientes normas:

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

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

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

discrepancias sobre el contenido del acta, se solventarán mediante las gestiones oportunas entre ambas partes y, en todo caso, en la reunión siguiente.

7.3.6 La comisión mixta nacional estará compuesta por tres representantes de MUFACE y tres de la Entidad, con poderes y representación suficiente. El presidente será el Director del Departamento de Prestaciones Sanitarias o el funcionario en quien delegue y como secretario actuará un funcionario de MUFACE, con voz pero sin voto.

7.3.7 El funcionamiento de la comisión mixta nacional se ajustará a las mismas normas señaladas en la cláusula 7.3.5 para las comisiones provinciales.

7.4 Procedimiento para las reclamaciones

7.4.1 Los beneficiarios podrán reclamar de MUFACE que, con arreglo a lo previsto en la cláusula 7.1, acuerde la procedencia de alguna actuación por parte de la Entidad:

A. Cuando la Entidad deniegue alguna de las autorizaciones específicamente contempladas en el Concierto o cuando no conteste a la petición de las mismas y, además, no esté previsto un efecto positivo para dicha ausencia de contestación.

B. Cuando la Entidad esté obligada a asumir directamente algún gasto o a reintegrar su importe y, previa petición del beneficiario, no lo haga así.

C. Cuando la Entidad incumpla cualquier otra de las obligaciones que le corresponden según los términos del Concierto.

No será utilizable esta vía administrativa para reclamaciones sobre cuestiones referentes a las relaciones mencionadas en la cláusula 7.2. En caso de plantearse, se contestará al interesado que, por razón de incompetencia de MUFACE, no resulta posible resolver sobre el fondo de la reclamación, con indicación de que puede actuarse, si se estima oportuno, frente a los facultativos, centros o, si procede, la propia Entidad, en la vía jurisdiccional ordinaria que corresponda según la naturaleza de los hechos.

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

7.4.2 Las reclamaciones se formularán por escrito ante el correspondiente Servicio Provincial de MUFACE, acompañando cuantos documentos puedan justificar la misma.

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

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

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

7.4.6 En caso de que existan discrepancias en el seno de la comisión mixta provincial, el expediente se elevará para su estudio por la comisión mixta nacional y será incluido en el orden del día de la primera reunión que se celebre. Estudiado por la misma, resolverá la Dirección General de MUFACE.

7.4.7 No podrán presentarse reclamaciones en comisión mixta nacional por temas similares que ya hayan sido resueltos previamente, de forma favorable y de acuerdo con la Entidad, por la Dirección General de MUFACE, debiendo aplicarse el criterio resultante de la correspondiente comisión mixta nacional en la gestión de las Entidades con los beneficiarios. Si la Entidad no aplicara el criterio, el Director del Servicio Provincial

correspondiente resolverá, conforme al mismo, sin que sea necesario el acuerdo entre las partes que componen la comisión mixta provincial.

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

7.4.9 Las resoluciones dictadas por los Directores de los Servicios Provinciales y por la Dirección General de MUFACE serán notificadas a la Entidad y a los interesados. Contra ellas podrá interponerse recurso de alzada ante el/la Ministro de Presidencia, de acuerdo con lo previsto en los artículos 107 a 115 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, en la redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y en relación con el artículo 37.1 del Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado.

7.5 Procedimiento de ejecución de reclamaciones estimadas

7.5.1 En las reclamaciones resueltas positivamente por los Directores de los Servicios Provinciales, conforme a lo establecido en las cláusulas 7.4.5 y 7.4.7, el procedimiento de ejecución será el siguiente, en función del objeto de la reclamación:

A. Cuando la reclamación tenga por objeto que se autorice una determinada asistencia sanitaria, la Entidad procederá, en el plazo de diez días a partir de la notificación de la resolución, a emitir la correspondiente autorización.

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

C. Cuando la reclamación tenga por objeto el reembolso de los gastos reclamados, la Entidad procederá, en el plazo de un mes a partir de la notificación de la resolución, al reembolso, previa presentación, en su caso, de los oportunos justificantes del gasto, los que, a dicho fin y si los hubiera presentado, serán devueltos al reclamante.

7.5.2 Dentro de los plazos citados en la cláusula anterior, la Entidad deberá comunicar al Servicio Provincial de MUFACE:

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

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

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

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

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

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

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

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

7.6 Descuentos de farmacia

Cuando en el proceso de revisión de la facturación de recetas que realiza MUFACE se detectaran prescripciones de medicamentos y productos sanitarios realizadas en sus recetas oficiales, que deberían haber sido a cargo de la Entidad según lo establecido en este Concierto, MUFACE procederá, previa comunicación a la Entidad, a efectuar el descuento correspondiente en el pago mensual de las cuotas que ha de abonar a la misma, de acuerdo con lo previsto en las cláusulas 8.2 y 8.3 del presente Concierto.

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

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

7.7.1 Compensaciones económicas por incumplimiento de obligaciones definidas en el Concierto.—La Entidad está obligada a cumplir las obligaciones previstas y plazos fijados, en su caso, en las cláusulas 1.4.2, 3.4, 3.5, 4.5.1, 4.7, 6.2 y 6.4 de este Concierto. Cuando, tras el análisis efectuado en la correspondiente Comisión Mixta y tras el procedimiento recogido en la cláusula 7.7.2, se determine que la Entidad ha incurrido en un incumplimiento de alguna de estas obligaciones, la Dirección General de MUFACE fijará las siguientes compensaciones económicas:

A. El incumplimiento de las obligaciones previstas en la cláusula 1.4.2 dará lugar al abono de una compensación económica de hasta 50.000 euros por cada una de las provincias en que se produzca dicho incumplimiento.

B. Si la Entidad no hiciera entrega de los Catálogos de Proveedores en los Servicios Provinciales o en los Servicios Centrales de MUFACE antes del 15 de diciembre del año anterior al inicio de la vigencia del Concierto, conforme a lo establecido en la cláusula 3.4, vendrá obligada a abonar una compensación económica del 5% del importe de la prima mensual correspondiente al colectivo de las provincias en las que no se hubieran entregado los catálogos dentro del plazo antedicho, cuando la entrega se efectúe durante el mes de enero. En el supuesto de dilatarse la entrega, se incrementará la compensación económica en un 3% adicional por cada mes transcurrido.

C. El incumplimiento por la Entidad de las obligaciones previstas en la cláusula 3.5, con independencia de las deducciones establecidas en el Anexo 9, podrá dar lugar al abono por parte de la Entidad de una compensación de entre 30.000 y hasta 60.000 euros, cuando la baja de proveedores que se produzca en el período establecido para el cambio ordinario de Entidad o en el mes anterior o posterior a dicho período, implique una selección de riesgos.

D. El incumplimiento por parte de la Entidad de la obligación de entregar el documento provisional para el acceso inmediato a los servicios de los titulares y beneficiarios desde el momento del alta, conforme a lo dispuesto en la cláusula 4.5.1 del Concierto, dará lugar al

abono de una compensación de hasta 3.000 euros cuando impida el acceso a recibir la asistencia sanitaria al beneficiario afectado.

E. El incumplimiento por la Entidad de las obligaciones previstas en la cláusula 4.7, en relación con la denegación de una solicitud de prestación que, figurando en la Cartera de Servicios establecida en este Concierto, haya sido indicada por un facultativo concertado por la Entidad, y estudiado el correspondiente expediente en comisión mixta nacional haya sido dictada resolución estimatoria por la Dirección General de MUFACE. En este caso, la Entidad vendrá obligada a abonar una compensación económica de entre 1.000 y 6.000 euros.

F. El incumplimiento por la Entidad de las obligaciones previstas en las cláusulas 6.2 y 6.4 dará lugar al abono de una compensación económica del 2% del importe total de las primas de su colectivo, por mes de demora producido en la entrega de la información requerida.

7.7.2 Procedimiento para su imposición.

A. En los supuestos en los que se haya detectado un incumplimiento de las obligaciones recogidas en la cláusula 1.4.2, el Servicio Provincial correspondiente informará por escrito a la representación de la Entidad sobre el mismo e incluirá el asunto en el orden del día de la inmediata reunión de la comisión mixta provincial para que la Entidad presente las alegaciones correspondientes. Estudiado el asunto, se incluirán en la correspondiente acta de la Comisión las posiciones mantenidas por MUFACE y la Entidad. En caso de que las posiciones fueran concordantes y el resultado de las mismas fuera que tal incumplimiento se considera como no producido, bastará con que este extremo se recoja en el acta aprobada para dar por finalizado el asunto.

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

B. En los supuestos en los que se haya detectado un incumplimiento de las obligaciones recogidas en las cláusulas 3.4, 3.5, 4.5.1, 6.2 y 6.4, el Departamento de Prestaciones Sanitarias de MUFACE informará por escrito a la representación de la Entidad sobre el mismo e incluirá el asunto en el orden del día de la inmediata reunión de la Comisión Mixta Nacional para que la Entidad presente las alegaciones correspondientes. Estudiado el asunto, se incluirán en la correspondiente acta de la Comisión las posiciones mantenidas por MUFACE y la Entidad. En caso de que las posiciones fueran concordantes y el resultado de las mismas fuera que tal incumplimiento se considera como no producido, bastará que este extremo se recoja en el acta aprobada para dar por finalizado el asunto.

En caso de acuerdo con la existencia de un incumplimiento o de desacuerdo de las partes en la Comisión Mixta Nacional, resolverá la Dirección General de MUFACE. Conforme a los términos fijados en la correspondiente resolución, se procederá a descontar en el siguiente pago mensual a la Entidad el coste de la compensación y se notificará a la Entidad que podrá interponer recurso de alzada ante el/la Ministro de Presidencia, de acuerdo con lo previsto en los artículos 107 a 115 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, en la redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y en relación con el artículo 37.1 del Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado.

C. En los supuestos en los que se haya detectado un incumplimiento de las obligaciones recogidas en la cláusula 4.7, se seguirá el mismo procedimiento previsto en la letra anterior, pero la reunión de la Comisión Mixta Nacional será aquélla en cuyo orden del día figure la reclamación del beneficiario que haya sido estimada.

D. Para la determinación del importe de la correspondiente compensación económica que en cada caso se imponga, se tendrán en cuenta con carácter general, sin perjuicio de los aspectos en cada supuesto especificados, entre otros los siguientes factores:

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

Afin de garantizar la debida transparencia, la Dirección General de MUFACE establecerá el procedimiento para la aplicación de estas compensaciones económicas de forma que las cantidades deducidas resulten proporcionales según los factores mencionados.

CAPÍTULO 8

Duración, Régimen Económico y precio del Concierto

8.1 Duración del Concierto

8.1.1 Los efectos del presente Concierto se iniciarán a las cero horas del día uno de enero del año 2010 y se extenderán hasta las veinticuatro horas del día treinta y uno de diciembre del año 2011, sin perjuicio de lo establecido en la cláusula siguiente.

8.1.2 Aunque la Entidad no formalizara con MUFACE un nuevo Concierto para el año 2012, continuará obligada por el contenido de éste en el año 2011, para el colectivo que tuviera adscrito al treinta y uno de diciembre de dicho año, hasta el treinta y uno de enero del año 2012 o, en los casos en que se estuviese prestando en dicha fecha una asistencia en régimen de hospitalización o una asistencia por maternidad cuando el parto estuviese previsto para el mes de febrero, hasta el día en que, respectivamente, se produzca el alta o se concluya la asistencia por maternidad. En estos casos se prolongará la cobertura hasta finalizar junio de 2012, fecha en que será la nueva Entidad de adscripción quien asumirá la cobertura, en el caso de que la necesidad de hospitalización se prolongue.

La Entidad tendrá derecho a percibir, por el mes de enero del año 2012 y por el colectivo adscrito a treinta y uno de diciembre del año 2011, el precio por persona/mes que se establezca para las Entidades que suscriban Concierto para el año 2012. No obstante, del importe a abonar por dicho mes, MUFACE retendrá un diez por ciento hasta el treinta y uno de diciembre del año 2012, con la finalidad exclusiva de hacer frente, por cuenta de la Entidad, a los reembolsos de gastos que sean acordados durante el citado año al amparo del presente Concierto. Si la cantidad estimada se agotase o los reembolsos se acordaran con posterioridad al treinta y uno de diciembre de 2012, la Entidad se obliga a satisfacerlos directa e inmediatamente.

8.1.3 El colectivo afectado deberá elegir nueva Entidad durante el plazo que establezca MUFACE y la elección tendrá efectos a las cero horas del día uno de febrero del año 2012, sin perjuicio, de lo previsto para hospitalizaciones y maternidad en el párrafo primero de esta cláusula.

8.2 Régimen económico del Concierto

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

8.2.2 Consiguientemente, cada pago mensual tendrá en cuenta el número de titulares y de beneficiarios existentes en el censo del mes de que se trate, a cuyos efectos, MUFACE emitirá la oportuna certificación comunicando la cifra de titulares y beneficiarios adscritos a la Entidad, diferenciados por edad, según los parámetros establecidos en la cláusula 8.3.1. El pago se efectuará por MUFACE, mediante transferencia bancaria, dentro de los quince

primeros días hábiles del mes siguiente, previas las retenciones o los descuentos que procedan con arreglo a la Resolución de convocatoria y al Concierto con sus anexos.

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

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

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

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

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

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

8.2.7 En el supuesto de asistencia sanitaria por lesiones producidas o enfermedad derivada o agravada por accidentes cubiertos por cualquier modalidad de seguro obligatorio o cuando el coste de la asistencia sanitaria prestada deba ser satisfecho legal o reglamentariamente por organismos públicos distintos de MUFACE o por Entidades privadas, la Entidad, sin perjuicio de cubrir en todo caso la asistencia, podrá subrogarse en los derechos y acciones de los beneficiarios relativos al importe de los gastos derivados de dicha asistencia sanitaria, realizando a su cargo las gestiones necesarias para reintegrarse del coste de la misma. Los beneficiarios, por su parte, estarán obligados a facilitar a la Entidad los datos necesarios para ello.

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

8.3 Precio del Concierto e incentivos a la calidad

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

Grupos etarios	Prima / mes (1)
0-4	57,01
5-14	47,51
15-44	53,85
45-54	57,01

Grupos etarios	Prima / mes (1)
55-64	63,35
65-74	76,02
Más de 74	82,35
Prima mensual ponderada	58,84

(1) Importes expresados en euros por cada beneficiario protegido que, a 31 de diciembre de 2009, esté comprendido en cada grupo etario, según los criterios de altas y bajas que a efectos económicos se establecen en la Cláusula 8.2.1.

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

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

8.3.2 Se establece un incentivo anual de calidad, cuya cuantía inicial será del 3 % de la prima anual ponderada multiplicada por el número de beneficiarios que la Entidad tenga adscritos en el año en el caso de que ésta logre el cumplimiento de los objetivos al 100 %, y cuyos criterios de distribución se enuncian a continuación:

A. Hasta el 35 % de la cifra antes referida se destinará al fomento de la calidad de la prescripción farmacéutica y se hará efectiva de acuerdo con las ponderaciones que se recogen en el Anexo 9 de este Concierto para los dos años de duración del mismo.

B. Hasta el restante 65 % de la cifra global de referencia se aplicará a otros objetivos de calidad: un 35% para la elaboración de planes de adecuación a estrategias del SNS y de protocolos propuestos por MUFACE y un 30% para la calidad de la información requerida en el Anexo 6 del Concierto (CMBD).

Cada Entidad, en función del número medio de personas protegidas en el año a que corresponda el cálculo y del monto máximo aludido dispondrá de unas cifras posibles de incentivos a percibir en los apartados mencionados.

Las especificaciones concretas para el reparto de esas cifras posibles de incentivos se recogen en el Anexo 9 de este Concierto para los dos años de duración del mismo.

8.3.3 Al margen de lo anterior, se establece la cantidad de 0,14 euros por beneficiario y mes como compensación económica por el desarrollo e implantación del proyecto de informatización de la Historia de Salud Digital y de la prescripción farmacéutica, en los términos previstos en la cláusula 3.8 y con la manifestación expresa de conformidad por MUFACE.

8.4 Deducciones por fallos de disponibilidad

8.4.1 La Entidad está obligada a cumplir las obligaciones previstas y plazos fijados en relación con los criterios de disponibilidad establecidos en el Concierto y sus Anexos. En el Anexo 9 se establecen unos criterios que permiten medir el grado de disponibilidad de la atención prestada por las Entidades Aseguradoras.

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

8.4.3 El límite máximo anual de las deducciones por fallos de disponibilidad no podrá superar el 3% de la cuantía que corresponda abonar a la Entidad por aplicación de la prima prevista en la cláusula 8.3.1.

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

8.5 Condiciones de pago y revisión de precios

8.5.1 El abono por parte de MUFACE a la Entidad de las cantidades resultantes de la aplicación de las cláusulas 8.3.1, 8.3.2, 8.3.3 y 8.4 y Anexo 7 se hará efectivo de la siguiente forma:

A. Mensualmente:

Se abonará a la Entidad la cantidad resultante de la aplicación de las cláusulas 8.2.2 y 8.3.1 minorada en:

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

b. La cuantía que resulte de la aplicación del sistema de deducciones por falta de disponibilidad que se establece en la cláusula 8.4 del presente Concierto.

B. Trimestralmente:

Se satisfará a la Entidad:

a. La cuantía que resulte de aplicar lo previsto en el sistema de incentivos por mejoras en la calidad establecido en la cláusula 8.3.2 A.

b. La factura de los informes, exploraciones y pruebas realizadas prescritas por los órganos de valoración de incapacidades de MUFACE en los términos previstos en el Anexo 7 y con arreglo al baremo establecido en el Anexo 10.

C. Anualmente:

Se satisfará a la Entidad:

a. La cuantía que resulte de aplicar el sistema de incentivos por mejoras en la calidad establecido en la cláusula 8.3.2 B.

b. Si la Entidad ha cumplido, antes del 31 de diciembre de 2010 y antes del 31 de diciembre de 2011, los objetivos generales del proyecto de informatización de la Historia de Salud Digital y de la prescripción farmacéutica, de acuerdo con lo establecido en la cláusula 3.8, se abonará la cantidad máxima establecida en la cláusula 8.3.3 destinada a sufragar los gastos realizados, conforme a lo acordado en el grupo de trabajo establecido en la citada cláusula 3.8.

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

8.5.3 En los segundos doce meses de duración del Concierto resultará procedente la revisión de precios por parte de MUFACE, aplicando al concepto de prima fija el 85% de la variación del Índice General de Precios al Consumo del año transcurrido, una vez publicado oficialmente, según certificado del organismo competente. Asimismo, el monto global destinado a incentivos se revisará en igual proporción que el correspondiente a prima fija, con las especificaciones de reparto que se expresan para el año 2011 en el Anexo 9 de este Concierto.

El mismo porcentaje de revisión se aplicará al baremo del Anexo 10.

8.6. Compensación excepcional de eventuales incrementos de gasto por gripe A

8.6.1 Si se observara un incremento estadísticamente significativo de la frecuentación hospitalaria del colectivo adscrito a la Entidad en un período determinado respecto al mismo período de año anterior y coincidente con una situación de epidemia por gripe A, se podrá resarcir el incremento de gasto que esta situación excepcional produzca.

8.6.2 Los criterios para resarcir este incremento de gasto, en el marco de las disponibilidades presupuestarias, se establecerán en función del número de casos atendidos relacionados con esta enfermedad y del coste económico estimado que la atención de estos casos suponga.

ANEXO 1

Especificaciones a la Cartera de Servicios y Prestaciones Sanitarias incluidas en el Concierto

1. *Programas preventivos*

La Entidad realizará las actuaciones establecidas en el apartado 3.1. del Anexo II del Real Decreto 1030/2006 y, en su caso, de su actualización, que incluyen:

1. Vacunaciones en todos los grupos de edad y, en su caso, grupos de riesgo, según el calendario de vacunación del Sistema Nacional de Salud y las administraciones sanitarias competentes.

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

3. Actividades para prevenir la aparición de enfermedades actuando sobre los factores de riesgo (prevención primaria) o para detectarlas en fase presintomática mediante cribado o diagnóstico precoz (prevención secundaria):

A. Del cáncer de mama: Cribado con mamografía cada dos años en las mujeres mayores de 50 años.

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

A las mujeres mayores de 65 años sin citologías en los últimos 5 años se les ofrecerán 2 citologías con periodicidad anual y, si son normales, no se propondrán más intervenciones.

No se ofrecerá cribado en las mujeres que no han tenido relaciones sexuales, ni a las mujeres con histerectomía total.

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

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

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

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

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

2. *Salud bucodental*

2.1 Comprenderá el tratamiento de las afecciones estomatológicas en general, incluyendo toda clase de extracciones, limpieza de boca una vez por año o previo informe

justificativo del facultativo especialista, y la periodoncia. Asimismo, incluirá el programa de salud bucodental dirigido a los niños menores de 15 años, consistente en revisiones periódicas, aplicación de flúor tópico, selladores oclusales y obturaciones o empastes. Además, a este programa se incorporarán las actuaciones que se incluyan en el Plan de Salud Bucodental para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, con el mismo contenido, alcance y ritmo de implantación. A las beneficiarias embarazadas se les realizará un seguimiento preventivo de la cavidad oral con aplicación de flúor tópico de acuerdo con las necesidades individuales.

2.2 Quedan excluidos, tanto en lo referente a su coste como a su colocación, los empastes (excepto las obturaciones del programa de salud buco-dental), la endodoncia, las prótesis dentarias y los implantes osteointegrados y la ortodoncia.

2.3 No obstante, cuando mediara enfermedad profesional o accidente en acto de servicio serán a cargo de la Entidad todos los tratamientos y actuaciones, incluidas las prótesis dentarias y los implantes osteointegrados, así como su colocación.

2.4 Para la periodoncia y la limpieza de boca, así como, en caso de accidente de servicio o enfermedad profesional para las prótesis dentarias, será necesaria prescripción de facultativo especialista de la Entidad, junto con presupuesto, si se trata de prótesis, para su autorización por la Entidad.

2.5 También serán a cargo de la Entidad los gastos de hospitalización, de quirófano y anestesia necesarios para la realización de los tratamientos y prestaciones odontológicas excluidos de la cobertura del Concierto a pacientes discapacitados psíquicos, siempre que los tratamientos se efectúen con medios de la Entidad.

3. *Salud mental*

3.1 Contenido.

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

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

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

4. *Cirugía plástica, estética y reparadora*

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

5. Farmacia y productos sanitarios

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

A. Los medicamentos comercializados como de uso hospitalario, cuya dispensación se realiza a través de los servicios de Farmacia Hospitalaria, conforme a lo establecido en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, cualesquiera que sean sus condiciones de utilización.

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

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

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

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

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

B. Los medicamentos de diagnóstico hospitalario cuya dispensación se solicite expresamente por MUFACE para el tratamiento de determinados pacientes, ante la existencia de dificultades para su dispensación en oficinas de farmacia.

Estos medicamentos se facturarán por la Entidad para su abono por parte de MUFACE, con arreglo a los criterios y procedimientos de facturación que se establezcan para cada supuesto.

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

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

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

C. Los productos implantables destinados a ejercer un efecto biológico o a ser absorbidos, en todo o en parte, elaborados a base de sal sódica del ácido hialurónico.

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

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

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

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

6. Diagnóstico y tratamiento de la esterilidad

6.1 Consideraciones generales:

La Entidad viene obligada a asumir los gastos necesarios para obtener el diagnóstico de la esterilidad, el cual se extenderá cuando proceda a la pareja.

Las técnicas de reproducción asistida serán a cargo de la Entidad cuando la mujer sobre la que se vaya a realizar la técnica sea beneficiaria de MUFACE. La Entidad estará obligada a financiar todas las pruebas y actuaciones necesarias en las parejas de las mutualistas sometidas a técnicas de reproducción asistida en aquellas Comunidades Autónomas en las que exista acuerdo de correspondencia con MUFACE. La Entidad se compromete a difundir entre sus profesionales ginecólogos y responsables de unidades de reproducción asistida la «Guía de Recomendaciones en Reproducción Humana Asistida» elaborada por MUFACE, a fin de promover y garantizar el desarrollo de una buena práctica clínica y un uso adecuado y racional de dicha prestación.

Estarán comprendidas todas las técnicas de fertilización implantadas en el territorio nacional con arreglo a la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida que además cumplan con los criterios de cobertura de la prestación establecidos en la citada Guía.

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

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

6.2 Criterios de cobertura en reproducción humana asistida:

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

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

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

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

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

En cualquier caso los tratamientos de reproducción humana asistida, valorados los criterios técnicos establecidos por el grupo de expertos, estarán sujetos a límites en cuanto

al número de ciclos y edad de la paciente, atendiendo a principios de eficiencia y seguridad para asegurar la mayor efectividad con el menor riesgo posible.

6.3 Límites relativos al número de ciclos de tratamiento y a la edad:

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

	Inducción ovulación	Inseminación artificial	F.I.V.*	F.I.V. Con Donación Ovocitos / Preembriones
Ciclos.	Máximo 6		Máximo 4	
Edad.	Menores de 42 años.			Menores de 46 años.

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

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

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

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

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

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

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

6.4 Otros límites y condiciones:

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

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

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

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

7. Transporte sanitario

7.1 Transporte ordinario:

7.1.1 Se facilitará el transporte ordinario en los siguientes supuestos:

A. Cuando no existan los medios exigidos, de forma que el beneficiario venga obligado a desplazarse desde la localidad en que resida, con carácter temporal o permanente, a la localidad más próxima donde aquellos existan.

B. A servicios de Referencia, siempre que sea fuera de la Comunidad Autónoma de residencia.

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

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

A. Menores de quince años.

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

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

7.2 Transporte extraordinario.

7.2.1 El transporte extraordinario se utilizará en caso de que la patología del paciente le impida desplazarse en medios ordinarios, acreditado este extremo mediante la prescripción escrita del facultativo en la que conste la necesidad del traslado en dichos medios.

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

A. Para acudir a consultas y curas, ambulatorias u hospitalarias, y para recibir tratamientos periódicos.

B. En el mismo o entre distintos Niveles de Asistencia Sanitaria, en el supuesto de que la Entidad no disponga de los medios exigidos en cada uno de ellos, y a los Servicios de Referencia cuando se precise este tipo de transporte.

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

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

B. Cuando se produzca el alta hospitalaria, desde el hospital hasta su domicilio dentro de la misma provincia, salvo que se trate de un Servicio de Referencia no disponible donde resida el beneficiario, en cuyo caso el desplazamiento hasta el domicilio podrá realizarse siempre que así lo determine el facultativo o servicio que le haya prestado la asistencia.

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

ANEXO 2**Medios de asistencia en zonas rurales**

Según el presente Concierto, la Entidad debe disponer de determinados medios de asistencia sanitaria en todo el territorio nacional, pero en las zonas rurales se produce la circunstancia de que, por lo general, no existen medios privados que puedan llevar a cabo dicha asistencia bajo la dependencia de la Entidad, puesto que únicamente disponen de medios los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

De acuerdo con lo dispuesto en la legislación sanitaria general, dichos organismos públicos pueden prestar asistencia sanitaria urgente o que no pueda llevarse a cabo por otros medios a cualquier persona, aunque no sea beneficiario del Régimen General de la Seguridad Social, reintegrándose, en su caso, del tercero obligado al pago del coste de la asistencia prestada.

Por tanto, a fin de posibilitar la prestación de dichos servicios sanitarios a los mutualistas y demás beneficiarios adscritos a la Entidad, y de acuerdo con la posibilidad de establecer convenios de Colaboración entre los órganos de la Administración del Estado y los de las administraciones de las Comunidades Autónomas, recogida en el artículo 6 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, en la redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero:

1. MUFACE podrá convenir con los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas la prestación de los siguientes servicios a los mutualistas y demás beneficiarios que la Entidad tenga adscritos:

A. Servicios sanitarios de asistencia primaria en municipios de hasta 20.000 habitantes en los que la Entidad no disponga de medios concertados suficientes.

B. Servicios de urgencias en municipios de hasta 20.000 habitantes, que se prestan a través de los Servicios de Atención Primaria.

La Entidad concede su expresa y total autorización a MUFACE para dicho fin.

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

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

4. La autorización a MUFACE contenida en el punto 1 debe entenderse que ampara también la prórroga de Convenios suscritos al mismo fin con anterioridad al 1 de enero del año 2010.

ANEXO 3**Criterios de disponibilidad de medios por niveles asistenciales****1. Criterio general**

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

2. Disponibilidad de medios de Atención Primaria

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

A. Los municipios de hasta 5.000 habitantes dispondrán siempre de médico general o de familia y diplomado en enfermería.

B. Los municipios de 5.000 hasta 10.000 habitantes dispondrán, además, de pediatra, matrona, fisioterapeuta y odontólogo.

C. Los municipios de más de 10.000 habitantes dispondrán de, al menos, dos médicos generales o de familia, dos pediatras, dos diplomados en enfermería, dos fisioterapeutas y dos odontólogos.

D. En los municipios de más de 20.000 habitantes, con más de 1.000 beneficiarios de MUFACE residentes, por cada incremento de 500 beneficiarios se aumentará un médico general o de familia y un diplomado en enfermería.

E. Los municipios de más de 20.000 habitantes dispondrán como mínimo de un podólogo, incrementándose proporcionalmente al número de beneficiarios de MUFACE.

F. Los municipios de más de 100.000 habitantes dispondrán de servicios de atención primaria en todos los distritos postales o en su defecto en un distrito limítrofe. En todo caso, se garantizará la atención domiciliaria a todos los beneficiarios.

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

2.3 Como criterio supletorio se tendrá en cuenta que, en las zonas rurales expresamente previstas en los Convenios a que se refiere el Anexo 2 de este Concierto, la asistencia sanitaria a nivel ambulatorio, domiciliario o de urgencia a cargo del médico general o de familia, pediatra, diplomado en enfermería y matrona se podrá prestar por los Servicios de Atención Primaria y de Urgencia de la Red Sanitaria Pública. En todo caso, los mutualistas y beneficiarios residentes en los municipios incluidos en el Anexo I de los respectivos Convenios Rurales, podrán optar por los medios de que disponga la Entidad en los municipios próximos.

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

En todo caso, y a los fines asistenciales de este Concierto, quedan asimilados a los medios de la Entidad los servicios de atención primaria y de urgencias de los Servicios Públicos de Salud concertados por cuenta de la Entidad, conforme a lo previsto en los Convenios rurales del Anexo 2 de este Concierto.

3. Disponibilidad de medios de Atención Especializada

3.1 Nivel I de Atención Especializada:

3.1.1 Los municipios de más de 20.000 y hasta 30.000 habitantes dispondrán de los Servicios de Atención Primaria y además de los medios incluidos en la Cartera de Servicios de Atención Especializada, que comprenderá la asistencia sanitaria en régimen de consultas externas.

3.1.2 Las prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios de Atención Especializada para estos municipios serán facilitadas por la Entidad teniendo en cuenta los medios establecidos en la tabla 1.

Tabla 1. *Cartera de Servicios de Atención Especializada en municipios de más de 20.000 habitantes hasta 30.000 habitantes*

Especialidades	Consultas externas
Análisis Clínicos	X
Cirugía Ortopédica y Traumatología	X
Estomatología	X
Fisioterapia	X
Ginecología y Obstetricia	X
	incluye ecografía)
Oftalmología	X
Otorrinolaringología	X

3.1.3 A partir de este nivel la Entidad facilitará los cuidados paliativos a través de los medios de atención primaria, en coordinación con los correspondientes dispositivos de nivel superior.

3.2 Nivel II de Atención Especializada:

3.2.1 Los municipios de más de 30.000 y hasta 75.000 habitantes dispondrán, además de los servicios de Atención Especializada ambulatoria de Nivel I, de los medios incluidos en la Cartera de Servicios de atención especializada de Nivel II, que comprenderá la asistencia sanitaria en régimen de hospitalización, consultas externas y atención de urgencias hospitalarias.

3.2.2 Las prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios de Atención Especializada nivel II serán facilitadas por la Entidad teniendo en cuenta los medios establecidos en la tabla 2.

Tabla 2. *Cartera de Servicios de Atención Especializada en municipios de más de 30.000 habitantes hasta 75.000 habitantes*

Especialidades	Hospitalización	Consultas externas	Urgencias Hospitalarias*
Análisis Clínicos: Hematología, Bioquímica	X	X	X
Anatomía Patológica	X		
Anestesiología y Reanimación	X	X	X
Aparato Digestivo	X	X	
Cardiología	X	X	
Cirugía General y Aparato Digestivo	X	X	X
Cirugía Ortopédica y Traumatología	X	X	X
Farmacia	X		
Ginecología y Obstetricia	X	X	
		(incluye ecografía)	X
Hemoterapia	X		
Medicina Interna	X	X	X
Medicina Intensiva/UCL	X		
Logopedia		X	
Oftalmología	X	X	
Otorrinolaringología	X	X	
Pediatría	X	X	X
Psiquiatría, Psicología		X	
Radiodiagnóstico: R. convencional, Ecografía, Mamografía, TAC	X	X	
Medicina Física y Rehabilitación		X	

(*) Médico de presencia física.

3.2.3 En los municipios de este nivel de atención, la Entidad deberá disponer como mínimo, de dos médicos de las especialidades contempladas en el apartado consultas externas de la Tabla 2.

3.2.4 La Entidad deberá disponer en las urgencias hospitalarias de médicos de presencia física para las especialidades señaladas en la Tabla 2. No obstante, si la guardia fuera localizada, deberá garantizarse la disponibilidad de los especialistas, una vez que sean requeridos por el médico de urgencias, en el plazo más breve posible en función de la patología y estado clínico del paciente, plazo no superior en cualquier caso a 30 minutos.

3.2.5 En caso de hospitalización, la oferta de la Entidad se considerará válida cuando el hospital ofertado se sitúe en un municipio limítrofe o colindante, a una distancia inferior a 30 minutos desde el núcleo urbano.

3.3 Nivel III de atención especializada:

3.3.1 En las capitales de provincia, capitales de CCAA, las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla y los municipios de 75.000 hasta 250.000 habitantes, además de los medios de Atención Especializada de Nivel I y II contemplados en las tablas 1 y 2, la Entidad dispondrá, al menos, de los medios establecidos en la tabla 3.

Tabla 3. *Cartera de Servicios de Atención Especializada en las capitales de provincia, las ciudades de Ceuta y Melilla y los municipios de más de 75.000 hasta 250.000 habitantes*

Especialidades	Hospitalización	Consultas externas	Urgencias Hospitalarias*
Alergología		X	
Análisis Clínicos: Microbiología y Parasitología	X	X	
Anestesia y Reanimación: URPA	X	X	X
Angiología y Cirugía Vascul ar	X	X	
Aparato Digestivo: Endoscopia	X	X	
Cardiología	X	X	X
	Marcapasos, Hemodinámica Diagnóstica y Terapéutica		
Cirugía General y Aparato Digestivo	X	X	X
	Laparoscopia		
Cirugía Ortopédica y Traumatología	X	X	X
Dermatología Medicoquirúrgica	X	X	
Endocrinología y Nutrición		X	
Ginecología y Obstetricia	X	X	X
	Diagnóstico prenatal		
Hematología y Hemoterapia: Hospital de Día	X	X Hematología	
Nefrología: Hemodiálisis, Diálisis peritoneal	X	X	
Neumología: Broncoscopia	X	X	
Neurofisiología Clínica: E.E.G.,E.M.G	X	X	
Neurología	X	X	
Oftalmología	X	X	X
Oncología Médica: Hospital de Día	X	X	
Otorrinolaringología	X	X	X
Pediatría	X	X	X
	Neonatología		

Especialidades	Hospitalización	Consultas externas	Urgencias Hospitalarias*
Radiodiagnóstico: RNM	X	X Densitometría Ósea	
Reumatología		X	
Psiquiatría/Salud Mental.	X	X	X
Unidad del dolor	X	X	
Urología	X	X	X
	Litotricia		
Hospitalización a Domicilio	X		

(*) Médico de presencia física

3.3.2 En los municipios de este nivel de atención, la Entidad deberá disponer como mínimo de dos médicos de las especialidades contempladas en el apartado consultas externas de la Tabla 3, incrementándose –en su caso– proporcionalmente al número de beneficiarios.

3.3.3 La Entidad deberá disponer en las urgencias hospitalarias de médicos de presencia física para las especialidades señaladas en las tablas 2 y 3. No obstante, si la guardia fuera localizada, deberá garantizarse la disponibilidad de los especialistas, una vez que sean requeridos por el médico de urgencias, en el plazo más breve posible en función de la patología y estado clínico del paciente, plazo no superior en cualquier caso a 30 minutos.

3.3.4 En caso de hospitalización, la oferta de la Entidad se considerará válida cuando el Hospital ofertado se sitúe en un municipio limítrofe o colindante, a una distancia inferior a 30 minutos desde el núcleo urbano.

3.4 Nivel IV de Atención Especializada

3.4.1 En aquellos municipios con población superior a 250.000 habitantes, además de los medios de Atención Especializada de Nivel I, II y III contemplados en las Tablas 1, 2 y 3, la Entidad dispondrá, al menos, de los medios establecidos en la tabla 4.

Tabla 4. *Cartera de Servicios de Atención Especializada en municipios con población superior a 250.000 habitantes*

	Hospitalización	Consultas externas	Urgencias Hospitalarias(*)
Análisis Clínicos. Citogenética. Farmacología. Genética. Inmunología	X	X	
Angiología y Cirugía vascular.	X	X	X
Aparato Digestivo	X	X	X
	Cápsula endoscópica		
Cardiología	X	X	X
	E l e c t r o - fisiología		
Cirugía Cardiovascular.	X	X	
	Desfibrilador implantable		
Cirugía Maxilofacial	X	X	
Cirugía Pediátrica	X	X	
Cirugía Plástica y Reparadora	X	X	

	Hospitalización	Consultas externas	Urgencias Hospitalarias(*)
Ginecología y Obstetricia	X Obstetricia de alto riesgo	X Unidad de Reproducción Asistida	X
Medicina Nuclear. Diagnóstica. Terapéutica. PET. PET-TAC	X	X	
Nefrología	X	X	X
Neumología	X	X	X
Neurofisiología Clínica. Potenciales evocados. Unidad del sueño.	X	X	
Neurocirugía	X	X	
Neurología	X	X	X
Oncología radioterápica	X	X	
Radiodiagnóstico	X	X Densitometría Ósea	
Radiología intervencionista	X		
UCI Pediátrica	X		
Unidad de Infecciosos	X	X	
Unidad de T. de la alimentación	X	X	
Unidad de Atención Temprana	X	X	
Unidad de Cuidados Paliativos.	X	X	

(*) Médico de presencia física

3.4.2 En los municipios de este nivel de atención la Entidad deberá disponer, como mínimo, de tres facultativos, incrementándose -en su caso- proporcionalmente al número de beneficiarios para las especialidades definidas en el apartado de consultas externas de las tablas 2, 3 y 4.3.4.3 La Entidad deberá disponer en las urgencias hospitalarias de médicos de presencia física para las especialidades señaladas en las Tablas 2, 3 y 4. No obstante, si la guardia fuera localizada, deberá garantizarse la disponibilidad de los especialistas, una vez que sean requeridos por el médico de urgencias, en el plazo más breve posible en función de la patología y estado clínico del paciente, plazo que no podrá ser en ningún caso superior a 30 minutos.

3.4.3 En caso de hospitalización, la oferta de la Entidad se considerará válida cuando el Hospital ofertado se sitúe, en un municipio limítrofe o colindante, a una distancia inferior a 30 minutos desde el núcleo urbano.

3.5 Servicios de referencia:

3.5.1 Los servicios de referencia tendrán como marco geográfico y poblacional el conjunto del territorio del Estado, pudiendo el beneficiario acudir a aquel que, dentro de los medios ofertados por la Entidad, sea de su preferencia.

3.5.2 Dentro de la Cartera de Servicios de atención especializada se considerarán de Referencia los servicios especificados en la tabla 5.

Tabla 5. *Cartera de Servicios de Referencia*

Tratamientos complejos del Cáncer.	Cirugía con intención curativa del cáncer de esófago. Cirugía con intención curativa del cáncer pancreático. Cirugía de las metástasis hepáticas. Cirugía oncológica combinada de los órganos pélvicos. Cirugía radioguiada. Radiocirugía del sistema nervioso central y extracraneal. Tratamientos complejos de radioterapia y quimioterapia.
Trasplante de órganos, tejidos y células de origen humano.	Órganos. Tejidos y células.
Cirugía Torácica	
Unidad de Daño Cerebral	
Unidad de Lesionados Medulares	
Unidad de Grandes Quemados	

3.5.3 La Entidad ofertará, como mínimo, tres alternativas de servicios de referencia, siempre que estén disponibles.

3.5.4 Las Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valencia dispondrán de al menos un Servicio de Referencia para realizar trasplante de médula ósea y de córnea.

4. *Territorio insular*

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

4.1 A efectos de la prestación de atención primaria se tomará como referencia la población de cada municipio y para la prestación sanitaria en atención especializada se tomará como referencia la población de cada isla.

4.2 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.

4.3 La Asistencia Sanitaria en Servicios de Referencia, si no estuviera disponible en la correspondiente Comunidad Autónoma, se prestará en aquel Servicio que elija el beneficiario, de los ofrecidos por la Entidad. 4.4 En caso de que el enfermo necesitara ser acompañado, los gastos de desplazamiento del acompañante serán a cargo de la Entidad. Para ello deberá aportarse ante la Entidad informe médico en el que se justifique dicha necesidad.

ANEXO 4

Criterios de calidad de la asistencia

1. *Estrategias del Sistema Nacional de Salud*

El Ministerio de Sanidad y Política Social ha publicado, en colaboración con las Comunidades Autónomas, Sociedades Científicas y expertos, planes y estrategias en relación con distintas enfermedades o problemas de salud.

MUFACE ha de promover la incorporación de los principios que inspiran estas estrategias en el ámbito asistencial de las Entidades de Seguro y por ello ha seleccionado

para el periodo de vigencia de este Concierto las siguientes, para su adaptación y desarrollo:

- A. Cáncer.
- B. Cuidados paliativos.
- C. Cardiopatía isquémica.
- D. Ictus.

Las Entidades presentarán los planes para adaptarse a las mencionadas estrategias, garantizando los tiempos de atención recomendados en las mismas, según los siguientes plazos:

- A. En un plazo no superior a los nueve meses a partir de la entrada en vigor del presente Concierto, los planes para adaptarse a las estrategias de cáncer y cuidados paliativos.
- B. En septiembre de 2011, los planes para adaptarse a las estrategias de cardiopatía isquémica e Ictus.

La Dirección General de MUFACE establecerá la metodología y requisitos para la elaboración de los mencionados planes, al objeto de que tengan un tratamiento homogéneo entre las distintas Entidades concertadas.

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

2. Elaboración de protocolos de atención

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

La Dirección General de MUFACE establecerá la metodología y requisitos para la elaboración de los mencionados protocolos, al objeto de que tengan un tratamiento homogéneo entre las distintas Entidades concertadas.

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

Entre los protocolos que se elaborarán en el ejercicio 2010 se dará especial prioridad al referido a supuestos de urgencia vital, que establecerá los criterios de derivación de los pacientes que se encuentren en esta situación así como el procedimiento de relación entre el centro de atención telefónica de la Entidad con los dispositivos de emergencias para la población general.

3. Evaluación de la calidad de los procesos asistenciales

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

4. Calidad de la prestación farmacéutica

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

La Entidad fomentará el uso racional del medicamento promoviendo la utilización de medicamentos genéricos entre sus facultativos, así como la selección de principios activos de primera elección en patologías prevalentes y minimizando el uso de aquellos medicamentos de alto impacto económico sin aportación clínica relevante que cuentan con alternativas de igual eficacia y seguridad.

A los efectos contemplados en la cláusula 8.3 y en el Anexo 9 se establece como objetivo que el porcentaje de medicamentos genéricos suponga un mínimo del 11,5% de la dispensación total de medicamentos en el año 2010 y del 12% en el 2011.

5. Calidad de la información

La información relevante y confiable sobre la actividad asistencial prestada es un aspecto fundamental para la mejora continuada, considerándose, por tanto, la disponibilidad y calidad de la información prevista en el Anexo 6 una de las dimensiones de la calidad de la asistencia que la Entidad presta a los mutualistas y beneficiarios de MUFACE.

ANEXO 5

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

1. Servicios que precisan autorización previa de la Entidad

De conformidad con lo previsto en la cláusula 4.7 del Concierto, la prestación de los servicios que se indican a continuación precisa autorización previa de la Entidad:

1.1 Hospitalizaciones:

- A. Hospitalización.
- B. Hospitalización de día.
- C. Hospitalización domiciliaria.

1.2 Técnicas diagnósticas, tratamientos y técnicas quirúrgicas:

- A. Cirugía ambulatoria.
- B. Odontología: Tartrectomía –limpieza de boca– y Periodoncia.
- C. Rehabilitación y Fisioterapia.
- D. Terapias Respiratorias: Oxigenoterapia, ventiloterapia y aerosolterapia a domicilio.
- E. Tratamiento de diálisis peritoneal y hemodiálisis.
- F. Oncología: Inmunoterapia y Quimioterapia, Cobaltoterapia, Radiumterapia e Isótopos Radiactivos, Braquiterapia y Acelerador Lineal.
- G. Diagnóstico por imagen: Tomografía Axial Computerizada, Resonancia Magnética, Ortopantomografía, Mamografía, Radiología Intervencionista, PET-TAC, Gammagrafía, Doppler y Densitometría Ósea.
- H. Estudios neurofisiológicos: EEG, EMG, ENG.
- I. Estudio y tratamiento endoscópico.
- J. Cardiología: Estudios y tratamientos hemodinámicos.
- K. Obstetricia: Amniocentesis.
- L. Oftalmología: Retinografía y tratamiento láser.
- M. Tratamiento en Unidad del Dolor.

- N. Estudio y tratamiento en Unidad del Sueño.
- O. Litotricia renal.
- 1.3 Psicoterapia.
- 1.4 Asistencia a médicos consultores.
- 1.5 Podología.
- 1.6 Todos los servicios correspondientes al nivel IV –excepto consultas de especialistas– y los Servicios de Referencia.

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

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

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

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

En ningún caso podrán efectuarse con cargo al beneficiario las pruebas no autorizadas si no se le ha informado antes de la necesidad de tal autorización previa o, en el caso de actos médicos o quirúrgicos realizadas en el momento de la consulta, por falta de tiempo para obtenerla.

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

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

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

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

- A. Datos personales del solicitante:

Nombre y apellidos.

Número de tarjeta sanitaria.

Teléfono de contacto, dirección de correo electrónico o fax.

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

Provincia en la que se realizará la prestación.

Identificación del servicio solicitado.

Fecha de prescripción.

Identificación del facultativo concertado que realiza la prescripción.

Fecha prevista para la realización de la prestación, en su caso.

Centro sanitario en el que se realizará la prescripción, en su caso.

C. Petición de asesoramiento.

El mutualista o beneficiario tendrá la posibilidad de señalar si precisa asesoramiento por parte de la Entidad.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO 7

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

La Entidad, conforme a la cláusula 6.6.1.D del Concierto facilitará la realización de los informes médicos, exploraciones o pruebas de diagnóstico que prescriban a los mutualistas de MUFACE los facultativos de los órganos de MUFACE encargados del asesoramiento médico para la gestión de la Incapacidad Temporal (I.T.), dentro del procedimiento recogido en el apartado quinto de la Orden APU/2210/2003, de 17 de julio, por la que se regula el procedimiento de las situaciones de incapacidad temporal y de riesgo durante el embarazo en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, o disposición normativa que la sustituya. Otro tanto sucederá en el caso de los facultativos de los órganos de valoración de incapacidades dentro del procedimiento de jubilación por incapacidad permanente para el servicio regulado en la Resolución de la Secretaría de Estado para la Administración Pública de 29 de diciembre de 1995 y normas concordantes, o de los procedimientos de reconocimiento de una gran invalidez o de una lesión permanente no invalidante, recogidos en los artículos 105 y 107.2 o 109 y 110, respectivamente, del Reglamento General del Mutualismo Administrativo, aprobado por Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo, a cuyo fin queda obligada a realizar a los mutualistas que estén adscritos a ella los citados informes, exploración o pruebas a través de los facultativos, servicios o centros de su Catálogo de Proveedores y en la forma establecida en el siguiente punto 1.

Por su parte y con el mismo fin, MUFACE se obliga a abonar a cada Entidad el importe señalado en el punto 2 a continuación detallado, dentro del plazo previsto en dicho punto.

1. El mutualista a quien se prescriba la realización de una actuación de las indicadas, presentará el impreso en el que se haya realizado la prescripción en su Servicio Provincial u Oficina Delegada de MUFACE para la correspondiente autorización.

El Servicio Provincial u Oficina Delegada, una vez comprobada la afiliación del solicitante, autorizará la prescripción estampando en el impreso el modelo de sello que figura en el punto 3.

A continuación, el mutualista presentará el mismo impreso en las Oficinas de la Entidad a la que esté adscrito. Ésta, a la vista de la autorización concedida por MUFACE:

A. Expedirá y entregará al mutualista con carácter inmediato el o los volantes necesarios para la realización de los informes, exploraciones o pruebas especificadas en la prescripción, con expresa indicación de los facultativos o centros en que deben ser realizadas.

B. En el original del impreso autorizado por MUFACE se consignará la recepción por el mutualista del o de los volantes, bajo la fórmula que figura asimismo en el punto 3 del presente Anexo. La recepción quedará acreditada con la firma del mutualista, o, en su caso, del receptor que no sea el mutualista, haciendo constar en este supuesto su DNI y su relación con aquél.

C. Entregará al mutualista una fotocopia del impreso.

2. Al término de cada trimestre natural, la Entidad remitirá al Departamento de Gestión Económica y Financiera de MUFACE relación de los informes, exploraciones o pruebas realizadas en el trimestre, con indicación expresa del precio correspondiente, que será, precisamente, el que figure en el Anexo 10 de este Concierto. Cada informe, exploración o prueba que conste en la relación deberá ir justificada con el original del correspondiente impreso de prescripción, cumplimentado en la forma prevista en el punto 1, y con las facturas que reúnan las condiciones y requisitos establecidos en la normativa vigente al respecto.

Dentro del mes siguiente a la recepción de la relación, MUFACE procederá a abonar a la Entidad el importe de los informes, exploraciones o pruebas que figuren en la misma.

3. Para la aplicación de lo dispuesto en el punto 1 se utilizarán los siguientes modelos:

Modelo de sello para la autorización de prescripciones por MUFACE:

MUFACE (Espacio para el nombre del servicio provincial u oficina delegada)	
Fecha	
Prescripción autorizada para asignación de facultativo preséntese este impreso en las oficinas de la Entidad Médica del mutualista	(Espacio para la firma del Director del Servicio o Jefe de la Oficina Delegada)

Nota.—La firma podrá estar incluida en el sello.

Fórmula para acreditar la entrega de los volantes por la Entidad:

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

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

El Mutualista,

(Firma del mutualista o, en su caso, de la persona que lo represente, consignando en este supuesto el número del DNI y su relación con aquél.)

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

ANEXO 8

Instrucciones para la elaboración del modelo de catálogo de proveedores

1. Catálogos de Proveedores en formato papel

Los Catálogos de Proveedores en formato papel serán específicos para MUFACE y el contenido de su información se estructurará de la siguiente manera:

1.1 En la primera página, y de forma destacada, deberán figurar al menos los siguientes datos:

- Teléfono único y gratuito de Urgencias y de coordinación de recursos.
- Dirección de los centros de urgencias ambulatorias y hospitalarias.
- Teléfonos de ambulancias.
- Teléfono de Información de la Entidad.
- Número de fax u otro sistema para autorizaciones.
- Dirección, teléfonos y horario de funcionamiento de, al menos, una oficina existente de ámbito provincial para la atención presencial de los mutualistas.
- Página Web de la Entidad.

1.2 Índice general del Catálogo.

1.3 Información general y normas de uso establecidas en el Concierto:

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

El Catálogo de Proveedores de la Entidad no incluirá publicidad o mensajes publicitarios, ni información relativa a otros productos o servicios de la Entidad

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

Objeto del Concierto y alcance de la acción protectora: Cláusulas 1.1.1 y 1.1.2.
Normas de utilización de los medios de la Entidad.
Identificación/Tarjeta Sanitaria.
Libertad de elección de facultativo y centro.
Medios de la Entidad.
Garantía de accesibilidad a los medios (cláusula 3.2.2).
Utilización de medios no concertados.
Relación de servicios que precisan autorización previa de la Entidad (Anexo 5 del Concierto).
Asistencia urgente de carácter vital (cláusula 5.3).
Asistencia en consulta (cláusula 4.6.1).
Instrucciones precisas para la utilización de los Servicios de Atención Primaria del Sistema Público en el Medio Rural, en régimen ambulatorio, domiciliario y de urgencia, en los términos previstos en los Convenios suscritos por MUFACE con los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas o, en su caso, cuando no se hayan formalizado Convenios.
En Anexo aparte se incluirá la relación detallada de los municipios afectados por dicho Convenio en el ámbito provincial.

Asistencia domiciliaria (cláusula 4.6.2 del Concierto).
Asistencia en régimen de hospitalización, incluida la hospitalización de día y domiciliaria (cláusula 4.6.4).
Transporte sanitario. Modalidades y requisitos para su utilización (cláusula 2.9, 5.4 y punto 7 del Anexo I).
Otra información sobre prestaciones sanitarias:

Terapias respiratorias (cláusula 2.10.2).
Prestación ortoprotésica (cláusula 2.10.3).
Salud bucodental (punto 2 del Anexo I).
Rehabilitación (cláusula 2.6).
Podología (cláusula 2.10.1).
Diagnóstico y tratamiento de la esterilidad (punto 6 del Anexo I).
Información sobre asistencia sanitaria en caso de accidente cuando existe un tercero obligado al pago (accidentes de tráfico, deportistas federados, etc.) (cláusula 8.2.7.).
Relación exhaustiva de los medios de la Entidad que precisan la autorización previa de la misma, entre los que no podrá figurar ningún otro distinto a los relacionados en el Anexo 5, y detalle del procedimiento para su obtención.
Servicios que, en cada municipio, ofrezca la Entidad por encima de las exigencias establecidas en el Concierto, que constituirá su oferta diferenciada de servicios, como elemento para facilitar la elección de Entidad por parte de los titulares.
Además de lo indicado en los puntos anteriores, el Catálogo de Proveedores de la Entidad incluirá una separata, addenda recortable o folleto donde figure la relación de los servicios de Información, Urgencias y Ambulancias disponibles en las restantes provincias a fin de facilitar su utilización en caso de desplazamiento de los beneficiarios, y un teléfono de 24 horas para información a los interesados.

1.4 Cuadro médico:

El ámbito de los Catálogos de Proveedores será provincial.
Los profesionales y centros sanitarios se relacionarán empezando por la capital de la provincia, seguida de los municipios y/o localidades, todo ello por orden alfabético.
Todos los profesionales, centros y unidades funcionales deberán aparecer relacionados con sus datos de identificación (nombre y apellidos), debiendo figurar, además, la dirección, teléfono y horarios de funcionamiento.

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

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

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

1. Medicina general o de familia.
2. Pediatría.
3. Enfermería.
4. Matronas.
5. Fisioterapia.
6. Odontología-Estomatología.
7. Podología.

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

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

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

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

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

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

En Provincias Insulares los recursos deberán figurar en los Catálogos de Proveedores diferenciados por Islas, constando en primer lugar la «capital» o núcleo principal de la Isla, y las restantes por orden alfabético. A su vez por cada isla se ordenarán los municipios o localidades por orden alfabético.

- 1.5 Índice de facultativos por orden alfabético e índice de centros concertados.
- 1.6 Relación de servicios de urgencias y ambulancias de todas las provincias.
- 1.7 Cartera de Servicios de Atención Especializada.

Incluirá los cuadros con la Cartera de Servicios de Atención Especializada por niveles de atención especializada ofertada, desglosada por consulta externa y hospitalización, según lo previsto en las cláusulas 3.1, 3.2, 3.3, 3.4 y 3.5 del Anexo 3 del Concierto.

2. Catálogos de Proveedores en formato electrónico

Los Catálogos de Proveedores en formato electrónico se estructurarán de la siguiente manera:

2.1 Base de datos de información general.

Nombres	Tipo	Longitud	Descripción de los campos
Teléfono.	Alfanumérico.	9	Teléfono gratuito de Urgencias y de coordinación de recursos.
Dirección.	Texto.	150	Dirección de la delegación provincial de la Entidad.
Teléfono.	Alfanumérico.	9	Teléfono de la delegación provincial de la Entidad.
Teléfono.	Alfanumérico.	9	Teléfono de ambulancias.
Fax.	Alfanumérico.	9	Número de fax para autorizaciones.
Página web.	Texto.	60	Dirección de la página web de la Entidad.

2.2 Base de datos de profesionales.

Nombres	Tipo	Longitud	Descripción de los campos
Clínica/ Centro.	Texto.	150	Clínica o Centro donde el profesional realiza su actividad (en su caso descripción idéntica que en Catálogo Nacional de Hospitales).
Apellidos.	Texto.	50	Apellidos del profesional.
Nombre.	Texto.	50	Nombre del profesional.
Dirección.	Texto.	150	Dirección en España.
Código Postal.	Alfanumérico.	5	Código Postal.
Municipio.	Texto.	4	Código Municipio INE.
Provincia.	Texto.	2	Provincia INE.
Actividad Profesional.	Texto.	1	Código de Actividad profesional. ¹
Especialista.	Texto.	60	Denominación de la especialidad.
Especialidad.	Texto.	2	Código de Especialidades OMC. ²
Subespecialidad/ U. funcionales.	Texto.	150	Texto libre. Unidades Funcionales: Clasificación según RD 1277/2003.
NIF.	Alfanumérico.	9	NIF del profesional.
Núm. Colegiado.	Alfanumérico.	9	Número de colegiado.
E-mail.	Texto.	50	Dirección de correo electrónico.
Teléfono.	Alfanumérico.	9	Teléfono de contacto.

¹ Código de actividad profesional:

1. Médico.
2. Profesional de enfermería.
3. Odontólogo.
4. Fisioterapeuta.
5. Psicóloga.
6. Logopeda.
7. Podólogo.
8. Otros.

² Código de especialidades, OMC:

01. Medicina general.
02. Pediatría.
03. Alergología.
04. Análisis clínicos.
05. Anatomía patológica.
06. Anestesia y reanimación.
07. Angiología y cirugía vascular.
08. Aparato digestivo.
09. Cardiología.
10. Cirugía cardiovascular.

11. Cirugía general y aparato digestivo.
12. Cirugía maxilofacial.
13. Cirugía pediátrica.
14. Cirugía plástica y reparadora.
15. Cirugía torácica.
16. Dermatología médico-quirúrgica y venereología.
17. Radiodiagnóstico.
18. Endocrinología y nutrición.
19. Estomatología.
20. Geriátrica.
21. Hematología y hemoterapia.
22. Inmunología.
23. Medicina intensiva.
24. Medicina interna.
25. Medicina nuclear.
26. Nefrología.
27. Neumología.
28. Neurocirugía.
29. Neurofisiología clínica.
30. Neurología.
31. Obstetricia y ginecología.
32. Oftalmología.
33. Oncología médica.
34. Oncología radioterápica.
35. Otorrinolaringología.
36. Psiquiatría.
37. Rehabilitación.
38. Reumatología.
39. Tratamiento del dolor.
40. Traumatología y cirugía ortopédica.
41. Urología.

2.3 Base de datos de clínicas y hospitales.

Nombres	Tipo	Longitud	Descripción de los campos
Id. Clave.	Alfanumérico.	6	Código Nacional del Hospital.
Clínica/ Centro.	Texto.	150	Denominación.
Camas.	Numérico.	4	Número de camas.
Dirección.	Texto.	150	Dirección en España.
Código Postal.	Alfanumérico.	5	Código Postal.
Municipio.	Texto.	5	Código Municipio INE.
Provincia.	Texto.	2	Provincia INE.
Tipo de Centro.	Texto.	1	Código de tipo de centro ¹ .
Tipo de Hospital.	Texto.	1	Codificación de tipo de Hospital ² .
Servicio de urgencias.	Texto.	2	Sí/No.
CIF/NIF.	Alfanumérico.	9	CIF/NIF del centro.
E- mail.	Texto.	50	Dirección de correo electrónico.
Teléfono.	Alfanumérico.	9	Teléfono de contacto.
Teléfono.	Alfanumérico.	9	Teléfono de urgencias.
UHD ³ .	Texto.	2	Sí/No.

¹ Código de tipo de centro:

1. Hospital.
2. Clínica.
3. Centro diagnóstico.
4. Otros.

² Código de tipo de Hospital:

1. General.
2. Quirúrgico.
3. Maternal.
4. Infantil.
5. Materno-infantil.
6. Psiquiátrico.

7. Enfermedades del tórax.
8. Oncológico.
9. Oftálmico u ORL.
10. Traumatológico y/o Rehabilitación.
11. Rehabilitación psico-física.
12. Médico-quirúrgico.
13. Geriatría y/o Larga estancia.
14. Otros monográficos.
15. Leprológico o dermatológico.
16. Otra Finalidad.

³ Unidad de hospitalización domiciliaria.

ANEXO 9

Sistema de medición de los niveles de disponibilidad y calidad de la asistencia

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

1. Asignación del incentivo de calidad

1.1 Se establece un incentivo anual de calidad, cuyo importe inicial será el 3% de la prima anual ponderada multiplicada por el número de beneficiarios que la Entidad tenga adscritos en el año en el caso de que esta logre el cumplimiento de los objetivos al 100%.

La cuantía que inicialmente corresponderá a la Entidad por este concepto será el resultado de multiplicar dicho importe por la ponderación que se indica en las tablas siguientes:

Para 2010:

Criterio de Calidad	Ponderación del componente	Ponderación que corresponde a cada elemento del componente	Método de verificación
Calidad en la prestación farmacéutica.	35%	El 35% si la dispensación de envases genéricos es igual o superior al 12,5%. EL 25 % si la dispensación de envases genéricos es igual o superior al 12% e inferior al 12,5%. El 20% si la dispensación de envases genéricos es igual o superior al 11,5% e inferior al 12%.	Análisis de la facturación farmacéutica por recetas de MUFACE y de la dispensación de envases genéricos.
Elaboración de planes para adecuarse a las estrategias del SNS y de protocolos a determinar por MUFACE.	35%	15 % por plan aprobado para cada estrategia. 5 % por aprobación del protocolo de asistencia a la urgencia vital a través del Centro de atención de llamadas.	Aprobación por MUFACE, en un plazo no superior a los nueve meses a partir de la entrada en vigor del Concierto, de los planes para adaptarse a las Estrategias de Cáncer y Cuidados Paliativos, del SNS. Aprobación por MUFACE, antes de octubre de 2010, del protocolo.

Criterio de Calidad	Ponderación del componente	Ponderación que corresponde a cada elemento del componente	Método de verificación
Calidad en la información requerida en el Anexo 6 (CMBD).	30%	El 30 % si la base de datos de los informes de alta entregada a MUFACE permite la codificación mediante el CMBD de más del 50 % de las altas. El 30% multiplicado por el porcentaje de las altas que la base de datos de los informes de alta entregada a MUFACE permita codificar mediante CMBD, si éste está comprendido entre el 30% y el 50%.	Análisis de la información y requerimiento a la Entidad para que, en su caso, la complete o revise*.

* No se percibirá el incentivo si existen fehacientes incongruencias en la información facilitada, que no hayan sido subsanadas por la Entidad.

Para 2011:

Criterio de Calidad	Ponderación del componente	Ponderación que corresponde a cada elemento del componente	Método de verificación
Calidad en la prestación farmacéutica.	35%	El 35% si la dispensación de envases genéricos es igual o superior al 13%. El 25 % si la dispensación de envases genéricos es igual o superior al 12,5% e inferior al 13%. El 20% si la dispensación de envases genéricos es igual o superior al 12% e inferior al 12,5%.	Análisis de la facturación farmacéutica por recetas de MUFACE y de la dispensación de envases genéricos.
Elaboración de planes para adecuarse a las estrategias del SNS y de protocolos a determinar por MUFACE.	35%	15% por plan aprobado para cada estrategia. 5 % por un protocolo priorizado por la Dirección General de MUFACE	Aprobación por MUFACE, antes de octubre de 2011, de los planes para adaptarse a las Estrategias de Cardiopatía Isquémica e Ictus, del SNS. Aprobación por MUFACE, antes de octubre de 2011, del protocolo.
Calidad en la información requerida en el Anexo 6 (CMBD).	30%	El 30 % si la base de datos de los informes de alta entregada a MUFACE permite la codificación mediante el CMBD de más del 75 % de las altas. El 30% multiplicado por el porcentaje de las altas que la base de datos de los informes de alta entregada a MUFACE permita codificar mediante CMBD, si éste está comprendido entre el 40 % y el 75%.	Análisis de la información y requerimiento a la Entidad para que, en su caso, la complete o revise*.

* No se percibirá el incentivo si existen fehacientes incongruencias en la información facilitada, que no hayan sido subsanadas por la Entidad.

1.2 Las cuantías que no lleguen a distribirse por este concepto conformarán una bolsa que se repartirá íntegramente entre las Entidades cuyas deducciones por fallos de disponibilidad, por aplicación del sistema que se indica en el apartado siguiente, sean inferiores al 1% de la cuantía que corresponda abonar a la Entidad por aplicación de la prima prevista en la cláusula 8.3.1 y cuya ponderación por cumplimiento de los objetivos de calidad alcance como mínimo el 40% del total.

El reparto de dichas cuantías entre estas Entidades será proporcional al importe del incentivo a la calidad que le haya correspondido inicialmente a cada una de ellas.

2. Deducciones por fallos de disponibilidad

2.1 Se entiende por fallo de disponibilidad el incumplimiento de los requisitos sobre disponibilidad de medios a facilitar por la Entidad establecidos en el Anexo 3 del Concierto.

2.2 De acuerdo a lo establecido en la cláusula 8.4.2 del Concierto, cuando se produzca un fallo de disponibilidad y la Entidad exceda el tiempo máximo de corrección fijado por MUFACE sin haber repuesto el medio correspondiente, serán de aplicación las deducciones económicas por fallos de disponibilidad previstas en el punto 2.4.

2.3 El límite máximo anual de las deducciones por fallos de disponibilidad no podrá superar el 3% de la cuantía que corresponda abonar a la Entidad por aplicación de la prima prevista en la cláusula 8.3.1.

2.4 Los fallos de disponibilidad se tipificarán conforme al detalle que se incluye en la tabla siguiente, en la que se indican, además, el tiempo de corrección y los respectivos porcentajes a aplicar para el cálculo de las deducciones por disponibilidad:

En el nivel de atención primaria: Falta de un profesional ofertado en el Catálogo de Proveedores de la Entidad que produce una oferta de recursos inferior a la establecida en los criterios recogidos en el apartado 2 del Anexo 3 del Concierto:

Fallo de disponibilidad	Tiempo de corrección*	Porcentajes a aplicar para el cálculo de las deducciones
Médico general.	1 mes	0,05 %
Pediatra.	1 mes	0,05 %
Enfermero.	1 mes	0,05 %
Matrona.	1 mes	0,05 %
Fisioterapeuta.	1 mes	0,05 %
Odontólogo.	1 mes	0,05 %
Podólogo.	1 mes	0,05 %

En el nivel de atención especializada: Falta de medios ofertados en el Catálogo de Proveedores de la Entidad que produce una oferta de recursos inferior a la establecida en los criterios recogidos en el apartado 3 del Anexo 3 del Concierto:

Fallo de disponibilidad	Tiempo de corrección*	Porcentajes a aplicar para el cálculo de las deducciones
Especialistas en consulta externa.	1 semana si no hay disponible un especialista de la misma especialidad en el municipio correspondiente. 2 semanas si hay disponible un especialista de la misma especialidad en el municipio correspondiente.	0,1 %
Especialidades en el hospital que corresponda al ámbito geográfico y poblacional del municipio.	2 semanas.	0,1 %
Hospital que corresponda al ámbito geográfico y poblacional del municipio.	2 semanas.	0,1 %

* A contar a partir de la comunicación fehaciente a la Entidad.

2.5 Los fallos de disponibilidad se verificarán por cualquiera de los siguientes métodos:

A. Información de disponibilidad de medios aportada a través de los Servicios Provinciales de MUFACE

- B. Revisión de la documentación, especialmente de la información asistencial.
- C. Quejas, sugerencias y reclamaciones de los mutualistas y beneficiarios y verificación de las mismas.
- D. Encuestas de satisfacción y seguimiento.

2.6 El importe de la deducción correspondiente a cada fallo de disponibilidad será el producto del número de mutualistas y beneficiarios del municipio en el que se produzca el fallo por la prima diaria ponderada, el número de días en que se exceda el tiempo de corrección y el porcentaje a aplicar según el tipo de fallo que se trata.

2.7 La prima media ponderada que se indica en el apartado anterior se calculará multiplicando por 12 la prima ponderada mensual que se establece en la cláusula 8.3. y dividiendo el resultado por 365.

2.8 Se establece un período de carencia de tres meses, contados desde la fecha de inicio del Concierto, hasta la activación del mecanismo de deducciones por fallos de disponibilidad, durante los cuales se pondrá en funcionamiento el mecanismo de verificación de los defectos de disponibilidad y niveles de calidad y el sistema de deducciones.

3. *Unidad Técnica de Calidad*

3.1 Se constituirá una Unidad Técnica de Calidad que actuará bajo la superior dirección de la Dirección General de MUFACE, o de la persona en quien ésta delegue, y que será responsable del seguimiento, control y evaluación de:

- A. El nivel en la disponibilidad y calidad de las prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios a prestar por la Entidad.
- B. El cálculo de las deducciones mensuales por fallos de disponibilidad a aplicar al pago que realiza MUFACE a la Entidad.
- C. El cálculo de los importes que correspondan a la Entidad en concepto de incentivo anual a la calidad realizada.

3.2 La Unidad Técnica de Calidad elevará trimestralmente a la Dirección General de MUFACE, o la persona en que ésta delegue, el detalle sobre el grado de cumplimiento de las distintas variables contempladas en el presente Concierto de fallos de disponibilidad y de seguimiento de los objetivos de calidad en la prestación de servicios.

Adicionalmente, la Unidad Técnica de Calidad podrá realizar con carácter periódico encuestas de satisfacción de mutualistas y beneficiarios, así como al personal y servicios concertados por la Entidad, facilitando los resultados a MUFACE y a la Entidad.