

MINISTERIO DE LA PRESIDENCIA

32 *ORDEN de 31 de diciembre de 1996 por la que se dictan instrucciones para el cobro de las prestaciones patrimoniales de carácter público del Boletín Oficial del Estado.*

La Ley 13/1996, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social, en su Capítulo Tercero, Sección Segunda, establece las prestaciones patrimoniales de carácter público a percibir por el Boletín Oficial del Estado por la venta, suscripción y anuncios en los Diarios Oficiales. La aplicación práctica de las cuantías previstas en dicha Ley requiere fijar, mediante Orden, los precios de las diferentes prestaciones del citado Organismo.

En virtud de lo anteriormente expuesto, he tenido a bien disponer:

Primero. 1. El precio de venta del ejemplar diario del «Boletín Oficial del Estado» se fija en 120 pesetas, cualquiera que sea su número de fascículos.

2. Los precios de suscripción al «Boletín Oficial del Estado» serán los siguientes:

Clase de suscripción	Suscripción anual — Pesetas	Suscripción semestral — Pesetas	Suscripción trimestral — Pesetas
España	36.000	18.000	9.000
España por avión	40.800	20.400	10.200
Extranjero	57.000	28.500	14.250
Extranjero por avión	96.000	48.000	24.000

3. Las cantidades fijadas en los números 1 y 2 precedentes, son precios finales que incluyen el correspondiente Impuesto sobre el Valor Añadido.

Segundo. 1. El precio de los anuncios en el «Boletín Oficial del Estado» se fija en 425 pesetas por milímetro de altura del ancho de una columna de 14 cíceros.

2. El precio de los anuncios urgentes será de 850 pesetas, valorándose en la misma forma fijada en el número anterior.

3. Sobre el importe de los precios establecidos en el presente apartado se aplicará el tipo de gravamen del Impuesto sobre el Valor Añadido vigente en cada momento.

Tercero. La presente Orden entrará en vigor el mismo día de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Madrid, 31 de diciembre de 1996.

ÁLVAREZ-CASCOS FERNÁNDEZ

Ilmos. Sres. Subsecretario del Ministerio de la Presidencia y Director general del Boletín Oficial del Estado.

MINISTERIO DE ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

33 *RESOLUCIÓN de la Dirección General de MUFACE por la que se publican los conciertos suscritos por la misma para la prestación de asistencia sanitaria durante el año 1997.*

En aplicación de lo previsto en los artículos 19.1 de la Ley 29/1975, de 27 de junio, sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, y 75.3 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo, aprobado por Decreto 843/1976, de 18 de marzo, esta Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE) suscribió concierto con las

correspondientes Entidades Gestoras de la Seguridad Social para que los mutualistas y demás beneficiarios de la misma pudieran recibir la prestación de asistencia sanitaria a través de la Red Sanitaria de la Seguridad Social. Este concierto tiene vigencia indefinida y establece que la asistencia sanitaria se prestará con arreglo a las condiciones vigentes para el Régimen General de la Seguridad Social.

Al amparo de los mismos preceptos antes citados, y de conformidad con el procedimiento previsto en el artículo segundo de la Orden del Ministerio para las Administraciones Públicas de 21 de octubre de 1986, por la que se establecen las normas sobre el régimen de contratación y el patrimonio de MUFACE, esta Mutualidad, previa convocatoria pública, ha suscrito asimismo concierto con diversas Entidades de Seguro de Asistencia Sanitaria, durante el año 1997.

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 suscrito para la asistencia sanitaria de mutualistas y otros beneficiarios de MUFACE durante 1997, con las siguientes entidades de Seguro de Asistencia Sanitaria:

- «Aegón Unión As. Juradora, Sociedad Anónima».
- «Compañía de Seguros Adeslas, Sociedad Anónima».
- «Asistencia Médica Colegial Extremeña, Sociedad Anónima de Seguros».
- «Aseguradora Islas Canarias de Seguros, Sociedad Anónima».
- «Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, Sociedad Anónima».
- «Caja Salud de Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima».
- «Caser Salud, Compañía de Seguros, Sociedad Anónima».
- «Clínica Cisne Seguros, Sociedad Anónima».
- «Groupama Ibérica, Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima».
- «Iguatorialo Colegial de Asistencia Médico Quirúrgica, Sociedad Anónima de Seguros».
- «Iguatorialo Médico Quirúrgico Colegial, Sociedad Anónima de Seguros».
- «La Equitativa de Madrid, Compañía de Seguros, Sociedad Anónima».
- «Previa, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros».
- «Unión Médica Gaditana, Sociedad Anónima de Seguros».

Segundo. Determinar que durante el mes de enero de 1997, 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 que se relacionan en el apartado precedente de esta resolución. Los titulares que no soliciten cambio continuarán adscritos a la misma entidad que 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.

Tercero. Disponer que en los Servicios Provinciales y Oficinas Delegadas de MUFACE se expongan, a disposición de los titulares que deseen consultarlos, los Catálogos de Servicios de la respectiva provincia correspondientes a las Entidades de Seguro de Asistencia Sanitaria concertadas. En dichos Servicios Provinciales y Oficinas Delegadas podrá, asimismo, consultarse el Anexo V, en el que se recoge el baremo para reintegros, que por su naturaleza técnica, no es objeto de publicación.

Madrid, 19 de diciembre de 1996.—La Directora general, Ana María Pastor Julián.

ANEXO

Concierto de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado para la prestación de la asistencia sanitaria a los mutualistas y demás beneficiarios de MUFACE durante el año 1997

ÍNDICE

Capítulo I: Objeto del concierto y beneficiarios.

- 1.1 Objeto del concierto.
- 1.2 Beneficiarios en general.
- 1.3 Beneficiarias por maternidad.
- 1.4 Nacimiento y extinción de los derechos de los beneficiarios.
- 1.5 Cambio de entidad.
- 1.6 Mutualistas no adscritos a entidad médica.

Capítulo II: Medios de la entidad.

- 2.1 Normas generales.
- 2.2 Prestaciones sanitarias.
 - 2.2.1 Nivel I de asistencia sanitaria.
 - 2.2.2 Nivel II de asistencia sanitaria.
 - 2.2.3 Nivel III de asistencia sanitaria.
 - 2.2.4 Nivel IV de asistencia sanitaria.
 - 2.2.5 Garantía de accesibilidad a los medios.
 - 2.2.6 Atención de urgencia.
- 2.3 Prestaciones complementarias.
 - 2.3.1 Oxigenoterapia, ventiloterapia y aerosolterapia a domicilio.
 - 2.3.2 Prestación ortoprotésica.
 - 2.3.3 Transporte para la asistencia sanitaria.
 - 2.3.4 Información y documentación sanitaria.
- 2.4 Incorporación de nuevos medios de diagnóstico y tratamiento.
- 2.5 Catálogo de servicios de la entidad.

Capítulo III: Utilización de los medios de la entidad.

- 3.1 Norma general.
- 3.2 Alcance de la acción protectora.
- 3.3 Ámbito territorial.
- 3.4 Disposiciones comunes.
 - 3.4.1 Identificación.
 - 3.4.2 Cheques de asistencia.
 - 3.4.3 Requisitos adicionales.
- 3.5 Libertad de elección de Facultativo y Centro.
- 3.6 Contenido de la atención sanitaria.
 - 3.6.1 Asistencia en consulta externa.
 - 3.6.2 Asistencia domiciliaria.
 - 3.6.3 Asistencia urgente.
 - 3.6.4 Asistencia en régimen de hospitalización.
 - a) Requisitos.
 - b) Duración de la hospitalización.
 - c) Tipo de habitación.
 - d) Gastos cubiertos.
 - e) Hospitalización por maternidad.
 - f) Hospitalización por asistencia pediátrica.
 - g) Hospitalización domiciliaria.
- 3.7 Farmacia.
- 3.8 Utilización directa del servicio de ambulancias.
- 3.9 Especificaciones complementarias.
 - 3.9.1 Diagnóstico y tratamiento de la esterilidad.
 - 3.9.2 Estomatología y Odontología.
 - 3.9.3 Rehabilitación.
 - 3.9.4 Psiquiatría.
 - 3.9.5 Cirugía plástica.
 - 3.9.6 Trasplantes.
- 3.10 Supuesto especial.

Capítulo IV: Utilización de medios no concertados.

- 4.1 Norma general.
- 4.2 Denegación injustificada de asistencia.
- 4.3 Asistencia urgente de carácter vital.
 - 4.3.1 Concepto.
 - 4.3.2 Requisitos.
 - 4.3.3 Alcance.
 - 4.3.4 Efectos de la comunicación a la entidad.
 - 4.3.5 Obligaciones de la entidad.
 - 4.3.6 Reclamación del beneficiario.

Capítulo V: Régimen jurídico del concierto.

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

- 5.2 Naturaleza y régimen de las relaciones asistenciales.
- 5.3 Comisiones mixtas.
- 5.4 Procedimiento para las reclamaciones.
- 5.5 Procedimiento de ejecución de reclamaciones de reembolso estimadas.

Capítulo VI: Duración, precio y régimen económico del concierto.

- 6.1 Duración del concierto.
- 6.2 Precio del concierto.
- 6.3 Régimen económico del concierto.

INTRODUCCIÓN

El derecho a la protección de la salud, consagrado en el artículo 43 de la Constitución Española, constituye uno de los aspectos fundamentales del Estado del Bienestar.

Con la finalidad de consolidar y avanzar en la continuidad de los logros del Estado del Bienestar, los sistemas sanitarios se orientan hacia fórmulas más flexibles que garanticen la eficacia y la eficiencia en la producción de salud y la equidad en el acceso a los servicios, junto con la satisfacción de los usuarios y un mayor acercamiento a las necesidades de la población y a las preferencias individuales.

Para la consecución de estos objetivos es importante la separación de las competencias y funciones, manteniendo al Estado como planificador, controlador y financiador, y dejando a la oferta de servicios existente la función provisoria de los mismos.

Este modelo es el que inspira y da origen al sistema sanitario de MUFACE, y es hacia el mismo al que se dirigen todos los análisis y propuestas de revisión.

MUFACE es la responsable de conseguir los objetivos de mejora de la salud y de garantizar la calidad de los servicios para sus beneficiarios, en el marco de los recursos disponibles, considerando la accesibilidad a los recursos sanitarios como derecho fundamental, encaminado hacia la igualdad y la equidad en el ordenamiento de la oferta de servicios. Esto, junto con la libertad de elección, constituye el éxito del modelo.

Asimismo, resulta imprescindible seguir avanzando en la equiparación y comparabilidad de todas las alternativas de provisión que puedan ser elegidas mediante el desarrollo permanente y continuado de sistemas de información, a fin de disponer de datos, sobre las características de los servicios prestados, que permitan establecer comparaciones entre los distintos proveedores.

Por los motivos expuestos se deben establecer las reglas que definan los servicios que han de prestar los proveedores, y los indicadores de calidad que permitan evaluar el comportamiento de los mismos. Para ello es necesario un instrumento de regulación de este sistema, y el presente concierto constituye ese instrumento.

CAPÍTULO I

Objeto del concierto y beneficiarios

1.1 Objeto del concierto.

1.1.1 El objeto del concierto es facilitar asistencia sanitaria a los mutualistas y demás beneficiarios de MUFACE, en todo el territorio nacional. Esta asistencia se prestará conforme a lo establecido en la Ley 29/1975, de Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, y la Ley 14/1986 General de Sanidad, procurando la máxima homogeneidad con las prestaciones que otorga el Sistema Nacional de Salud. Para ello, la entidad firmante del concierto (en adelante entidad) pondrá a disposición de los beneficiarios adscritos a ella, todos los medios propios o concertados precisos, para prestar una asistencia sanitaria integral de calidad o, en caso de no disponer de los mismos con carácter excepcional, a asumir o a reintegrar los gastos ocasionados a los beneficiarios por la utilización de otros medios necesarios para tal asistencia, todo ello con arreglo a lo establecido en las cláusulas del concierto. En aquellos supuestos expresamente señalados en el presente concierto, se obliga, asimismo, a reintegrar los gastos ocasionados por la utilización de medios no concertados.

1.1.2 Por su parte y al mismo fin, MUFACE se obliga a abonar a la entidad la cantidad por mes y persona que se prevé en la cláusula 6.2, con sujeción a las especificaciones y procedimiento contenidos en la cláusula 6.3.

1.2 *Beneficiarios en general.*

1.2.1 Sin perjuicio de lo que se establece en la cláusula 1.3, son beneficiarios a los efectos del presente concierto todos los mutualistas y demás beneficiarios de asistencia sanitaria de 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 en el documento de beneficiarios de un titular. 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 tuvieran a 31 de diciembre de 1996 y no cambien de entidad conforme a lo previsto en la cláusula 1.5, o según las reglas de adscripción a la Red Sanitaria de la Seguridad Social y los que la elijan conforme a las normas de dicha cláusula o cuando se produzca su alta en MUFACE.

1.3 *Beneficiarias por maternidad.*

Además de las beneficiarias incluidas en la cláusula 1.2, son también beneficiarias por maternidad, a los efectos del presente concierto, las cónyuges de los mutualistas o aquéllas que hubieran venido conviviendo con éstos en análoga relación de afectividad a la de cónyuge, aun cuando no reúnan la condición de beneficiarias incluidas en el correspondiente documento, siempre que no sean titulares adscritas a otra entidad firmante del presente concierto. En este caso, la asistencia cubre la preparación al parto y todas las incidencias y la patología obstétrica del embarazo, parto y puerperio.

1.4 *Nacimiento y extinción de los derechos de los beneficiarios.*

1.4.1 Sin perjuicio de lo establecido en el párrafo siguiente y en la cláusula 1.6, los derechos de los beneficiarios comienzan en la fecha en que hayan quedado adscritos a la entidad por los servicios de MUFACE, sin que existan plazos de carencia para ningún tipo de asistencia.

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

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

1.5 *Cambio de entidad.*

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

- A) Con carácter ordinario y general, durante el mes de enero de cada año, 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 el interesado obtenga la conformidad expresada por escrito de las dos entidades afectadas.
 - c) Cuando, por concurrir circunstancias objetivas que justifiquen el cambio de una pluralidad de titulares afectados por el mismo problema de asistencia sanitaria, la Dirección General de MUFACE acuerde la apertura de plazo especial de elección de entidad.

1.6 *Mutualistas no adscritos a entidad médica.*

El funcionario mutualista de MUFACE que no haya formalizado su adscripción a una de las entidades concertadas o a la Red Sanitaria Pública y que, precisando asistencia sanitaria para sí o sus beneficiarios, la requiera en las oficinas de la entidad, tendrá derecho a recibirla una vez que acredite su condición de funcionario de la Administración Civil del Estado.

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.

CAPÍTULO II

Medios de la entidad

2.1 *Normas generales.*

2.1.1 Los medios de la entidad son los siguientes:

- a) Centros, instalaciones o establecimientos propios de la entidad o concertados por la misma bajo cualquier régimen jurídico.
- b) Personal sanitario, facultativo y no facultativo, dependiente de la entidad mediante una relación de carácter laboral o vinculados a la misma mediante una relación de carácter civil.

A los fines asistenciales de este concierto, quedan asimilados a los medios de la entidad los servicios de atención primaria y de urgencias de la Red Sanitaria Pública concertados por cuenta de la entidad, conforme a lo previsto en el Anexo I

2.1.2 La entidad dispondrá de todos los medios, propios o concertados, que haga constar en su catálogo de servicios.

MUFACE, como parte contratante, podrá comprobar, cuando lo estime oportuno, el cumplimiento por parte de la entidad de la obligación prevista en el párrafo anterior.

El incumplimiento de dicha obligación podrá ser causa de rescisión del concierto.

2.1.3 Los medios de la entidad deberán cumplir los requisitos establecidos con carácter general por la normativa sanitaria vigente, bajo la supervisión que, con igual carácter, pueda proceder por parte de la Administración Sanitaria competente.

Para verificar la adecuación de los medios dispuestos por la entidad para satisfacer los requisitos establecidos en cada Nivel Asistencial, se tomará como referencia lo establecido en la Resolución de 11 de abril de 1980, de la Secretaría de Estado para la Sanidad, del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, por la que se regula la asistencia sanitaria con medios ajenos a los beneficiarios de la Seguridad Social.

A todos los efectos, los facultativos especialistas deberán tener el título reconocido, en los términos previstos en el Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista.

Si MUFACE tiene conocimiento del posible incumplimiento de dichos requisitos de carácter general, podrá ponerlo en conocimiento de la autoridad sanitaria competente. Este incumplimiento, y según su gravedad y el grado de responsabilidad en que hubiera incurrido la entidad ante MUFACE, podrá ser causa de rescisión del concierto.

2.1.4 Dentro de cada uno de los Niveles Asistenciales previstos en el presente Capítulo, los medios de que disponga la entidad deberán garantizar, en todo caso, el principio de libre elección de facultativo, teniendo en cuenta lo establecido en las cláusulas, 2.2.1, 2.2.2, 2.2.3 y 2.2.4.

2.1.5 MUFACE comunicará a las entidades firmantes de este concierto la forma en que deberán proporcionar la información necesaria, que permita la integración de los datos referidos a la prestación de servicios a los beneficiarios de MUFACE, con la finalidad de garantizar la comparabilidad de los servicios entre los distintos proveedores.

2.2 *Prestaciones sanitarias.*

A) La asistencia sanitaria comprende las siguientes modalidades:

- a) Atención primaria.
- b) Atención especializada.
- c) Prestaciones farmacéuticas.
- d) Prestaciones complementarias.
- e) Servicios de Información y Documentación Sanitaria.

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

- a) Nivel I de Asistencia Sanitaria: Localidades de hasta 20.000 habitantes.
- b) Nivel II de Asistencia Sanitaria: Municipios de más de 20.000 hasta 75.000 habitantes.
- c) Nivel III de Asistencia Sanitaria: Municipios de más de 75.000 habitantes y capitales de provincia.
- d) Nivel IV de Asistencia Sanitaria: Comunidades Autónomas.

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

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

2.2.1 Nivel I de Asistencia Sanitaria.

Atención Primaria: Para localidades desde 1.000 hasta 20.000 habitantes la Atención Primaria comprenderá la asistencia sanitaria a nivel ambulatorio, domiciliario y de urgencia a cargo del médico general, pediatra, enfermera/o matrona, fisioterapeuta y odontólogo.

La disponibilidad de medios se ajustará a las siguientes reglas:

Un médico general por cada 1.500 habitantes o fracción.

Una enfermera/o por cada 2.500 habitantes o fracción.

Un pediatra por cada 1.500 habitantes menores de catorce años o fracción.

Una matrona y un fisioterapeuta por cada 20.000 habitantes.

Un odontólogo por cada 12.000 habitantes.

Las localidades desde 1.000 hasta 20.000 habitantes dispondrán siempre de médico general y enfermera/o.

Las localidades desde 5.000 hasta 20.000 habitantes dispondrán, además, de pediatra, matrona, fisioterapeuta y odontólogo.

Cartera de Servicios de Atención Primaria.

La Cartera de Servicios de Atención Primaria incluirá con carácter general las mismas prestaciones que para este nivel establece el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud y de forma específica las vacunaciones del niño y del adulto, la atención a pacientes con VIH-SIDA y los tratamientos fisioterápicos básicos. Asimismo, la Atención Primaria de Urgencia se prestará, a las personas de cualquier edad, de forma continuada, durante las veinticuatro horas del día, mediante la atención médica y de enfermería, en régimen ambulatorio o en el domicilio del paciente.

Criterio Supletorio.

Como criterio supletorio de lo previsto en la presente cláusula, se tendrá en cuenta que la asistencia sanitaria a nivel ambulatorio, domiciliario o de urgencia a cargo del médico general, pediatra, enfermera/o y matrona se podrá sustituir por los servicios de atención primaria y de urgencias de la Red Sanitaria Pública, conforme a lo previsto en el Anexo I.

2.2.2 Nivel II de Asistencia Sanitaria.

En los municipios de más de 20.000 hasta 75.000 habitantes se prestarán, además de los servicios de Atención Primaria contemplados en la cláusula 2.2.1, los siguientes servicios de Atención Especializada:

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

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

Asistencia psiquiátrica, que incluye el diagnóstico y seguimiento clínico en régimen ambulatorio.

Atención de urgencia: Hospitalaria y extrahospitalaria.

En este nivel, las entidades deberán disponer, como mínimo, de dos facultativos por especialidad, incrementados, en su caso, proporcionalmente al número de beneficiarios de acuerdo con los criterios utilizados en el Sistema Nacional de Salud.

Cartera de Servicios de Atención Especializada del Nivel II de Asistencia Sanitaria (cuadro número I).

CUADRO I

Cartera de servicios de atención especializada de nivel II			
Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades funcionales	Servicios	Unidades funcionales
<i>Área médica</i>		<i>Área médica</i>	
A. Digestivo.			
Cardiología.			
Estomatología.			
Medicina interna.		Hemoterapia.	Medicina interna.

Cartera de servicios de atención especializada de nivel II			
Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades funcionales	Servicios	Unidades funcionales
Obstetricia.	Ecografía.	Obstetricia.	
Pediatría.		Pediatría.	
Psiquiatría.	Logopedia.	Rehabilitación.	
Rehabilitación.		U.C.I.	
<i>Área quirúrgica</i>		<i>Área quirúrgica</i>	
		Anestesia y reanimación.	
Cirugía general.		Cirugía general.	
Ginecología.		Ginecología.	
Oftalmología.		Oftalmología.	
O.R.L.		O.R.L.	
Traumatología.		Traumatología.	
<i>Servic. Centrales</i>		<i>Servic. Centrales</i>	
Análisis clínicos.		Análisis clínicos.	
		Anatomía patológica.	
		Farmacia.	
Radiodiagnóstico.	Radiología general.	Radiodiagnóstico.	Radiología general.
	Mamografía.		Mamografía.
	T.A.C.		T.A.C.
<i>Urgencias</i>		<i>Urgencias</i>	

2.2.3. Nivel III de asistencia sanitaria.

En los municipios de más de 75.000 habitantes, en las ciudades de Ceuta y Melilla, y en las capitales de provincia, se prestarán además de los servicios de Atención Primaria y de Atención Especializada contemplados en las cláusulas 2.2.1 y 2.2.2, los siguientes:

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

Asistencia especializada en régimen de hospitalización.

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

Asistencia especializada en régimen de hospitalización a domicilio.

Asistencia psiquiátrica, que incluye el diagnóstico y seguimiento clínico, en régimen ambulatorio y la hospitalización en procesos agudos y readjudicación de procesos crónicos.

Atención de urgencia: Hospitalaria y extrahospitalaria.

En este nivel, las entidades deberán disponer, como mínimo, de dos facultativos por especialidad, incrementados, en su caso, proporcionalmente al número de beneficiarios de acuerdo con los criterios utilizados en el Sistema Nacional de Salud.

Cartera de Servicios de Atención Especializada del Nivel III de Asistencia Sanitaria (cuadros II, III y IV).

CUADRO II

Cartera de servicios de atención especializada de nivel III			
Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades funcionales	Servicios	Unidades funcionales
<i>Área Médica</i>		<i>Área Médica</i>	
Alergología.		Alergología.	
Aparato digestivo.		Aparato digestivo.	Endoscopia digest.
Cardiología.	Electrofisiología.	Cardiología.	Electrofisiología.
Dermatología.		Dermatología.	

Cartera de servicios de atención especializada de nivel III

Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades funcionales	Servicios	Unidades funcionales
Endocrinología. Estomatología. Hematología. Medicina interna. Nefrología.	Hemodiálisis y diálisis peritoneal domiciliaria.	Endocrinología.	Hospital de día. U. de Infecciosos. Hemodiálisis y diálisis peritoneal.
Neumología. Neurología. Obstetricia.		Hematología. Medicina interna. Nefrología.	
Oncología médica.		Neumología. Neurología. Obstetricia.	
Pediatría. Psiquiatría.		Oncología médica.	
Rehabilitación y fisiot.		Pediatría. Psiquiatría.	
	Ecografía.	Rehabilitación.	Endoscopia Resp. Quimioterapia. Hospital de día. Neonatología. Unidad de desintoxicación. Hospital de día. U. Atención Temprana.
		U. de Hospitalización a domicilio.	

CUADRO III

Cartera de servicios de atención especializada de nivel III

Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades funcionales	Servicios	Unidades funcionales
Área Quirúrgica	Ecografía.	Área Quirúrgica	U. de Despertar. U. de Reanimación. U. de Dolor. Laparoscopia. I.V.E. Ligadura de Trompas. Litotricia. Vasectomía. Endoscopia. Adultos. Pediátrica.
Angiología y C. Vascular.		Anestesiología.	
Cirugía gral. y Digest.		Cirugía gral. y Digest.	
Cirugía Maxilofacial.		Cirugía Maxilofacial.	
Cirugía Pediátrica.		Cirugía Pediátrica.	
Ginecología.		Cirugía Vascular. Ginecología.	
Oftalmología.		Oftalmología.	
O.R.L.		O.R.L.	
Traumatología y C. Ortopédica.		Traumatología y C. Ortopédica.	
Urología.		Urología.	
		Unidad C. Intervivos.	

CUADRO IV

Cartera de servicios de atención especializada de nivel III

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

2.2.4 Nivel IV de Asistencia Sanitaria.

Por Comunidades Autónomas, la entidad deberá disponer de los medios asistenciales que aparecen en el cuadro V. Dichos servicios deberán existir, al menos, en cada Comunidad Autónoma o, en su defecto, en una Comunidad Autónoma limítrofe a aquélla en la que resida el beneficiario.

Cartera de Servicios de Atención Especializada del Nivel IV de Asistencia Sanitaria (cuadro V).

CUADRO V

Cartera de servicios de atención especializada de nivel IV

Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Servicios	Unidades funcionales	
Cardiología.	Cardiología.	Hemodinámica Diag. Hemodinámica Terap.	
Cirugía Cardiovascular. Cirugía Plástica y Reparadora.	Cirugía Cardiovascular. Cirugía Plástica y Reparadora.	Cirugía Estereotáxica. Unidad del Sueño.	
Cirugía Torácica. Medicina Nuclear. Neurocirugía.	Cirugía Torácica. Medicina Nuclear. Neurocirugía. Neurofisiología. Obstetricia de Alto Riesgo.	Cobaltoterapia.	
	Oncología Radioterápica.	Radioterapia e Isótopos Radiac. Braquiterapia. Acelarador lineal. Consejero Genético.	
	Planificación familiar. Unidad Reproducción Asistida.	F.I.V. Inseminación Artificial. Banco de Semen. Corazón. Córnea. Hígado.	
	Trasplantes.		

Cartera de servicios de atención especializada de nivel IV		
Consultas externas	Hospitalización	
Servicios	Servicios	Unidades funcionales
	Unidad de Quemados. Unidad de Lesionados Medulares. Laboratorio.	Médula Ósea. Páncreas. Pulmón. Riñón.
	Radiología.	Genética. Citogenética. Genética Molecular. Medicina Nuclear. Angiografía digital. Gammacámara. Radiología Intervencionista.

2.2.5 Garantía de accesibilidad a los medios.

En caso de no disponer de los medios que en cada nivel asistencial exige la Cartera de Servicios del presente Concierto y siempre que ello se deba a la inexistencia de recursos sanitarios privados o a la imposibilidad de concertar con la Red Sanitaria Pública, la entidad deberá facilitar dichos medios en las localidades de nivel inmediato superior en que existan. En todo caso, se garantizará la asistencia sanitaria de urgencia que corresponda en cada nivel.

2.2.6 Atención de urgencia.

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

a) Nivel I de Asistencia Sanitaria: La Atención Primaria de Urgencia se prestará, de forma continuada, durante las veinticuatro horas del día, a las personas de cualquier edad, mediante la atención médica y de enfermería en régimen ambulatorio y domiciliario.

b) Niveles II y III de Asistencia Sanitaria: Además de la Atención de Urgencia establecida para el nivel I de Asistencia Sanitaria, la entidad deberá disponer de los Servicios de Urgencias hospitalarios y extrahospitalarios previstos en las cláusulas 2.2.2 y 2.2.3 según corresponda. A dichos Servicios podrán acudir los beneficiarios en todo momento y contarán con los médicos de guardia precisos y los medios personales y materiales necesarios para su función.

2.2.7 La entidad facilitará el acceso a los Centros y Servicios incluidos en las Carteras de Servicios a fin de que MUFACE pueda comprobar la adecuación de los medios de la institución respecto a la oferta de servicios realizada.

2.3 Prestaciones complementarias.

2.3.1 Oxigenoterapia, ventiloterapia y aerosolterapia a domicilio.

Requiere volante de prescripción de especialista de la entidad y presentación a la misma para su autorización.

2.3.2 Prestación Ortoprotésica.

Serán a cargo de la entidad las prótesis quirúrgicas fijas, entendiéndose por tales aquellos productos sanitarios que precisan de una implantación interna en el paciente, a través de un determinado acto quirúrgico. Se incluyen. Asimismo, los materiales utilizados para realizar técnicas de osteosíntesis.

Quedan excluidos los implantes osteointegrados para prótesis dentarias.

2.3.3 Transporte para la Asistencia Sanitaria.

A) Tipo de transporte: Se entiende por transporte sanitario el que se realiza en los siguientes medios:

a) Transporte ordinario:

Es el que se efectúa en automóvil, autobús, ferrocarril, barco y avión.

Estos traslados se valorarán siempre por su coste en líneas regulares de transporte en autobús o ferrocarril o, si procediese, por tratarse de

provincias insulares o las ciudades de Ceuta y Melilla, barco o avión en clase normal o turista.

b) Transporte extraordinario:

Comprende el transporte en ambulancia, ambulancia medicalizada, UVI móvil, avión y helicóptero medicalizados, y taxi.

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

B) Prestaciones derivadas:

El beneficiario de MUFACE tendrá derecho a transporte sanitario a cargo de la entidad, siempre que se realice a la localidad más próxima en que la misma disponga de medios, en los siguientes supuestos:

a) Cuando el paciente se desplace en medios extraordinarios de transporte:

Por razones de urgencia, desde el lugar en que ésta se produzca, para su ingreso en Centro de la entidad. En estos casos, será necesaria la previa prescripción escrita del facultativo que haya prestado la asistencia, sea o no de la entidad, en la que conste la necesidad del traslado en dichos medios.

Para recibir tratamientos periódicos, como hemodiálisis, radioterapia, rehabilitación u otras contempladas en este Concierto, desde el lugar en que resida, con carácter temporal o permanente.

Entre distintos Niveles de Asistencia Sanitaria.

A servicios radicados fuera de una localidad de Nivel III de Asistencia Sanitaria, en el supuesto de que la entidad no disponga de los medios exigidos en este Nivel.

b) Cuando el paciente se desplace en medios ordinarios de transporte:

Para recibir tratamientos periódicos, desde la localidad en que reside, con carácter temporal o permanente, a la localidad más próxima en que la entidad disponga de medios, siempre que dicha localidad diste más de 25 kilómetros.

A servicios de Nivel IV de Asistencia Sanitaria, siempre que sea fuera de la localidad de residencia.

Entre distintos Niveles de Asistencia Sanitaria, en el supuesto de no disponer de los medios exigidos en cada uno de ellos, siempre que la distancia entre la localidad en que reside y aquella en que se le preste la asistencia diste más de 25 kilómetros.

C) Condiciones generales:

Todos los desplazamientos precisan autorización previa de la entidad, excepto los que se produzcan por razones de urgencia y en los casos de utilización de medios ordinarios para desplazarse entre Niveles de Asistencia Sanitaria en el supuesto de no disponer de los medios exigidos en cada uno de ellos.

Los desplazamientos en medios extraordinarios de transporte precisan siempre prescripción escrita del facultativo en la que conste la necesidad del traslado en dichos medios.

Los desplazamientos efectuados por menores de quince años, darán derecho a los gastos de transporte del acompañante. Del citado requisito de edad se exceptúan los residentes en las ciudades de Ceuta y Melilla, que, en todo caso, deberán aportar prescripción escrita del facultativo.

2.3.4 Información y documentación sanitaria.

Los facultativos de la entidad están obligados a:

a) Informar al paciente y a sus familiares o allegados de sus derechos y deberes, en particular, para la adecuada prestación del consentimiento informado y la utilización de los servicios sanitarios.

b) Complimentar y entregar el informe de alta, al finalizar la estancia en una institución hospitalaria o el informe de consulta externa de atención especializada.

c) Comunicar o entregar, a petición del interesado, un ejemplar de su historia clínica o determinados datos contenidos en la misma, sin perjuicio de la obligación de su conservación en el centro sanitario.

d) Complimentar, tanto para la baja inicial como para la continuidad, los informes médicos de los Partes de Incapacidad Temporal, Embarazo, Parto o Maternidad de MUFACE que presenten los mutualistas.

e) 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 concor-

dantes, para la tramitación de los procedimientos de jubilación de mutualistas por incapacidad permanente para el servicio.

f) Emitir los informes médicos exigibles por MUFACE a sus beneficiarios para determinadas prestaciones sanitarias o complementarias de éstas.

g) La entidad se obliga igualmente, bajo las condiciones y el régimen establecido en el anexo IV, a que los facultativos o centros de su cartera de servicios realicen a los mutualistas los informes, exploraciones o pruebas de diagnóstico que en dicho anexo se especifican.

h) 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.

2.4 Incorporación de nuevos medios de diagnóstico y tratamiento.

Cualquier nueva técnica de diagnóstico o tratamiento que aparezca después de la firma del Concierto, constituirá medio obligatorio para la entidad cuando sea implantada en la Red Sanitaria Pública. En caso de duda, se estará a lo dispuesto en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

2.5 Catálogo de servicios de la entidad.

2.5.1 El Catálogo de Servicios de la entidad contiene la relación detallada de los medios de la entidad, propios y concertados (públicos o privados), y su finalidad es posibilitar la utilización de dichos medios por los beneficiarios.

2.5.2 Los Catálogos de Servicios serán de ámbito provincial e incluirán:

Cartera de Servicios por Niveles de Asistencia Sanitaria, desglosados por consulta externa y hospitalización, según lo previsto en las cláusulas 2.2.1, 2.2.2, 2.2.3 y 2.2.4, ordenados en sentido decreciente.

Relación de los Servicios de Urgencias, Centros Hospitalarios con nombre, facultativos, con nombre y apellidos, agrupados por especialidades, Servicio de Ambulancias y Servicio de Información de la entidad, con direcciones, teléfonos y horarios de funcionamiento.

Relación exhaustiva de los medios de la entidad que precisan la autorización previa de la misma, y que deberá coincidir con el anexo III.

Además de lo indicado en los puntos anteriores, contendrá la Relación de los Servicios de Información, Urgencias y Ambulancias correspondientes a las restantes provincias, a fin de facilitar su utilización en caso de desplazamiento de los beneficiarios.

2.5.3 La entidad confeccionará bajo su responsabilidad su Catálogo de Servicios y el primer día hábil del inicio de vigencia del Concierto pondrá a disposición de los Servicios Provinciales y Oficinas Delegadas de MUFACE el número necesario de ejemplares para su entrega a las personas que los soliciten. En su caso, deberán actualizarse, al menos, una vez al año, poniendo a disposición de MUFACE los días 31 de diciembre de 1997 y 1998 el número necesario de ejemplares modificados, o de «adenda» a los Catálogos.

2.5.4 Si se produjese alguna baja en los Catálogos de Servicios, la entidad se obliga a garantizar a los pacientes en tratamiento de procesos patológicos graves, la continuidad de la prestación del servicio con el mismo facultativo o Centro hasta el día 31 de diciembre del año en que la baja se hubiera producido, siempre que hubiese conformidad del facultativo o Centro.

Las bajas serán puestas en conocimiento de los Servicios Provinciales de MUFACE correspondientes en el plazo de quince días hábiles y, si redujeran un Catálogo de Servicios en forma tal que se incumplieran las exigencias mínimas establecidas en este Capítulo, la entidad procederá a completarlo simultáneamente, comunicando asimismo a MUFACE los Servicios, Centros o facultativos que hayan de sustituir a las bajas producidas. Además, si la reducción o los cambios afectan a más del 25 por 100 del contenido inicial del Catálogo, la entidad queda obligada a adoptar las medidas precisas para que los titulares adscritos a la misma puedan disponer de los nuevos Catálogos.

En el supuesto de que la entidad no cumpliera lo establecido en el párrafo anterior, 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.

CAPÍTULO III

Utilización de los medios de la entidad

3.1 Norma general.

A los efectos previstos en los artículos 19.2 de la Ley de Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado y 90.1 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo, se considera que los medios de la entidad son los servicios, propios o concertados, asignados para la asistencia sanitaria de los beneficiarios adscritos a la misma.

La utilización de los medios de la entidad se realizará siempre con arreglo a la normativa sanitaria vigente.

3.2 Alcance de la acción protectora.

3.2.1 Los beneficiarios podrán utilizar los medios de la entidad en los casos de enfermedad común o profesional, en los de lesiones derivadas de accidente, cualquiera que sea la causa, incluso si se trata de un acto de terrorismo, y por embarazo, parto y puerperio, así como en las actuaciones preventivas recogidas en el Concierto.

3.3 Ámbito territorial.

El derecho a la utilización de los medios de la entidad podrá ejercitarse en todo el territorio nacional, con independencia de que los mismos sean propios o concertados.

3.4 Disposiciones comunes.

3.4.1 Identificación.

Se deberá acreditar previamente la condición de beneficiario, exhibiendo el correspondiente Documento de Afiliación a MUFACE y, en su caso, el de Beneficiarios. Uno y otro podrán ser sustituidos por el Documento Individual de Asistencia Sanitaria, expedido por MUFACE de acuerdo con sus propias normas.

En el caso de asistencia por maternidad a las beneficiarias a que se refiere la cláusula 1.3 no incluidas en el Documento de Beneficiarios del mutualista, el vínculo o situación se acreditará exhibiendo el Libro de Familia o cualquier otro medio de prueba admitido en derecho.

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

3.4.2 Cheques de asistencia.

Los talonarios de los cheques de asistencia serán confeccionados por la entidad y puestos a disposición de los Servicios Provinciales de MUFACE para su entrega a los beneficiarios sin coste alguno para éstos. También podrán ser facilitados en las Oficinas de la entidad.

El beneficiario deberá entregar el correspondiente cheque de asistencia cuando acuda a los medios de la entidad. La utilización de estos cheques se realizará exclusivamente, por su carácter de intransferibles, por el titular al que corresponden y por los beneficiarios incluidos en su Documento de Beneficiarios, debiéndose cumplimentar correctamente los datos que en los mismos figuran.

La Entidad, previa comunicación a MUFACE, podrá suprimir total o parcialmente la exigencia de cheques. En este caso, previo acuerdo con MUFACE, podrá sustituir en todo o en parte el sistema de cheques por cualquier otro establecido sobre soportes magnéticos o análogos.

3.4.3 Requisitos adicionales.

La Entidad podrá exigir en los supuestos que expresamente se determinan en el presente Concierto, los requisitos adicionales que procedan, tales como volante de prescripción y autorización previa. El anexo III contiene una relación exhaustiva de los supuestos de utilización de los medios de la entidad que exigen autorización previa de la misma.

3.5 Libertad de elección de facultativo y centro.

Los beneficiarios podrán elegir libremente facultativo y centro de entre los que figuran en los catálogos de servicios de la entidad en todo el territorio nacional.

3.6 Contenido de la atención sanitaria.

3.6.1 Asistencia en consulta externa.

El beneficiario se dirigirá directamente al facultativo elegido de Atención Primaria y Especializada, para recibir la asistencia que precise, sin más requisito que acreditar su condición y entregar el correspondiente cheque de asistencia.

3.6.2 Asistencia domiciliaria.

En Atención Primaria, la asistencia domiciliaria se prestará por los profesionales sanitarios de Atención Primaria en el domicilio del paciente, cuando éste no pueda desplazarse, por razón de su enfermedad, a la consulta externa.

En Atención Especializada, la asistencia domiciliaria por parte de facultativo especialista, precisa la previa prescripción escrita del médico de Atención Primaria. En todo caso, el especialista informará al médico que solicitó la interconsulta sobre la orientación diagnóstica y terapéutica del caso.

3.6.3 Asistencia urgente.

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

3.6.4 Asistencia en régimen de hospitalización.

Se prestará en los centros de la entidad, propios o concertados.

A) Requisitos.

El ingreso en un hospital precisará:

- La prescripción del mismo por médico de la entidad, con indicación del centro.
- La autorización del «volante» de prescripción por la Entidad.
- La presentación del «volante» autorizado en el centro.

B) Duración de la hospitalización.

La hospitalización persistirá mientras que, a juicio del facultativo responsable de la asistencia al enfermo, subsista la necesidad, sin que puedan ser motivos de ésta razones de tipo social.

C) Tipo de habitación.

La hospitalización se efectuará en habitación individual con baño o ducha y cama de acompañante, debiendo proporcionarse por la entidad de superior nivel cuando no hubiera disponible del tipo señalado. En ningún caso podrán excluirse habitaciones que formen parte de la capacidad de alojamiento del Centro.

Con carácter excepcional, MUFACE podrá autorizar que la entidad disponga en su cartera de servicios de Centros hospitalarios que no cumplan el requisito del párrafo anterior.

D) Gastos cubiertos.

La entidad cubre todos los gastos producidos durante la hospitalización del paciente, desde su ingreso hasta el alta hospitalaria, incluyendo:

La realización de los exámenes y pruebas diagnósticas, y la aplicación de los tratamientos o procedimientos terapéuticos que precise el paciente, tanto por la patología atendida como por cualquier otra intercurrente distinta del proceso principal que motivó el ingreso.

El tratamiento de las posibles complicaciones que puedan presentarse a lo largo de todo el proceso asistencial.

Tratamientos adicionales que pueda requerir el paciente, tales como: Diálisis, rehabilitación, etc.

Tratamiento farmacológico, gases medicinales, material fungible y productos sanitarios que sean precisos.

Curas.

Alimentación según dieta prescrita.

Nutrición parenteral y enteral.

Asistencia por equipo médico especializado, enfermería y personal auxiliar sanitario.

Estancias en habitación individual, incluyendo servicios hoteleros básicos directamente relacionados con la propia hospitalización.

Estancias en UCI.

E) Hospitalización por maternidad.

En el momento del ingreso, la beneficiaria deberá presentar en el Centro el «volante» de prescripción autorizado por la entidad. En caso de concurrir

circunstancias que impidan la presentación del «volante», deberá aportarse tan pronto como sea posible y, en todo caso, antes del alta hospitalaria.

A efectos de la asistencia al recién nacido se tendrá en cuenta lo dispuesto en la cláusula 1.4.2.

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

F) Hospitalización por asistencia pediátrica.

Se prestará a los niños de 0 a catorce años inclusive. En todo caso, la persona que acompañe al niño tendrá derecho a cama y pensión de acompañante.

Cuando el acompañante resida en localidad distinta a la del Centro sanitario y las características de las unidades de enfermería del centro no permitan su alojamiento, la Entidad abonará una cantidad compensatoria de 4.500 pesetas por día.

G) Hospitalización domiciliaria.

La hospitalización domiciliaria podrá llevarse a cabo en aquellos casos en que el estado del enfermo lo permita y haga aconsejable. La indicación deberá formularla por escrito el médico de la Entidad que le venga asistiendo, en el volante o documento adecuado. Dicho documento será presentado en la entidad, a fin de que ésta autorice este régimen de hospitalización y asigne el equipo sanitario que habrá de hacerse cargo de la asistencia.

En todos los casos de hospitalización domiciliaria, incluida la hemodiálisis a domicilio, la Entidad viene obligada a facilitar los medios materiales y humanos adecuados, incluso la oxigenoterapia, siendo a su cargo también la medicación hasta que se produzca el alta médica o el pase a la situación de asistencia ordinaria a domicilio.

3.7 Farmacia.

Los facultativos de la entidad prescribirán los medicamentos y demás productos farmacéuticos, en los términos establecidos en el Real Decreto 83/1993, de 22 de enero, que regula la selección de los medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud, y desarrollos posteriores. Las prescripciones deberán realizarse en las recetas oficiales de MUFACE que, en talonarios, ésta entregará a los titulares.

La adquisición se realizará por los beneficiarios en las Oficinas de Farmacia, de acuerdo con las normas establecidas por MUFACE para su prestación farmacéutica.

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

Los medicamentos calificados como de Uso Hospitalario en las normas del PROSEREME 5 de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo, serán suministrados por los Servicios de Farmacia Hospitalaria a cargo de la entidad.

Los medios, elementos o productos farmacéuticos precisos para la realización de técnicas diagnósticas, tales como medios de contraste u otros, los dispositivos intrauterinos (DIU) y las jeringuillas de insulina, serán siempre a cargo de la entidad.

3.8 Utilización directa del servicio de ambulancias.

En los casos de urgencia en que no haya sido posible comunicar con los Servicios de Urgencias y/o de ambulancias de la entidad y no resulte adecuada otra alternativa, el beneficiario podrá solicitar directamente del Servicio de Ambulancias existente en la localidad el traslado del enfermo al Servicio de Urgencias de la Entidad a la que se encuentre adscrito.

3.9 Especificaciones complementarias.

3.9.1 Diagnóstico y tratamiento de la esterilidad.

La entidad viene obligada a asumir los gastos necesarios para obtener el diagnóstico de la esterilidad, el cual se extenderá, cuando proceda, a la pareja. No obstante, el tratamiento de la causa de la esterilidad sólo alcanzará al cónyuge si es beneficiario incluido en el correspondiente documento.

3.9.2 Estomatología y Odontología.

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.

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

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

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

3.9.3 Rehabilitación.

a) El plan de rehabilitación deberá ser confeccionado por médico rehabilitador de la entidad, debiendo contener:

Valoración del estado funcional del paciente y de la evolución del proceso.

Programa de ejercicios.

Profesionales responsables del programa de ejercicios: Fisioterapeuta, fonoiatra, logopeda.

Número de sesiones calculadas para finalizar el plan.

b) El médico rehabilitador supervisará, en todo caso, la evolución del paciente y el cumplimiento del plan por los profesionales asignados, hasta el momento del alta.

c) El plan de rehabilitación deberá ser presentado a la entidad para su autorización.

d) 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, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento y ocupacional, excepto en los casos de reagudización del proceso.

3.9.4 Psiquiatría.

Queda cubierta la asistencia psiquiátrica, que incluye el diagnóstico, seguimiento clínico y la psicofarmacoterapia. Se excluyen los psicoanálisis, hipnosis, narcolepsia ambulatoria y tests psicológicos.

Igualmente, queda cubierta la hospitalización en los casos de enfermos afectados de procesos agudos o crónicos agudizados. Si el ingreso se produce en un Centro no concertado, la Entidad asumirá la asistencia conforme al baremo que figura como anexo V.

Una vez superados los procesos psiquiátricos agudos o crónicos agudizados a cargo de la Entidad, el beneficiario podrá solicitar de MUFACE la ayuda económica que proceda según su normativa específica.

No obstante, en los casos de enfermedad mental derivada de accidente de servicio o enfermedad profesional, la entidad correrá con el importe total de los gastos de hospitalización, incluidos los procesos crónicos y sin limitación temporal alguna.

3.9.5 Cirugía plástica.

Queda excluida la cirugía estética que no guarde relación con accidente, enfermedad o malformación congénita. En los supuestos de accidente de servicio o enfermedad profesional, se practicará en toda su amplitud, incluyendo, si fuera necesario, la cirugía estética 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.

3.9.6 Trasplantes.

Quedan incluidos en la cobertura los trasplantes de todo tipo, así como los injertos óseos. La obtención y trasplante de órganos se realizará conforme a lo establecido en la legislación sanitaria vigente, correspondiendo a la entidad asumir todos los gastos de obtención y trasplante del órgano o tejido.

3.10 Supuesto especial.

A) Cuando, por decisión propia y para una determinada intervención, un beneficiario elija a un médico no concertado con la entidad, podrá solicitar de ésta que se haga cargo del internamiento en un Centro de la misma, siempre que la petición esté fundada en la continuidad asistencial

en procesos patológicos graves o en que el médico sea familiar suyo, incluyendo el concepto de familiar hasta el quinto grado de parentesco, tanto por consanguinidad como por afinidad.

B) La Entidad deberá autorizar el internamiento, a su cargo, si concurre alguna de dichas circunstancias y si, además, el médico reúne las condiciones exigidas por el Centro para actuar profesionalmente en el mismo.

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

D) La entidad cubrirá los gastos del internamiento en los términos de la cláusula 3.6.4.D), con excepción de los honorarios de los médicos y, en caso de parto, matrona, que serán por cuenta del beneficiario.

CAPÍTULO IV

Utilización de medios no concertados

4.1 Norma general.

De conformidad con lo establecido en los artículos 19 de la Ley de Seguridad Social de Funcionarios Civiles del Estado y 90 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo, 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.

4.2 Denegación injustificada de asistencia.

4.2.1 En aplicación de lo previsto en el artículo 90,2 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo, se produce denegación injustificada de asistencia:

A) Cuando el beneficiario no obtenga de los medios de la entidad una asistencia solicitada con sujeción a las condiciones y requisitos del presente concierto y, comunicada por escrito tal circunstancia a la entidad, ésta no le ofrezca, también por escrito y antes de que concluya el tercer día hábil siguiente a la comunicación, la procedente solución asistencial en el nivel que corresponda.

En este caso, el beneficiario tendrá derecho a que la entidad le reintegre los gastos ocasionados. El reintegro deberá efectuarse dentro del plazo de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que el beneficiario presente ante la entidad la oportuna reclamación por escrito, acompañando los justificantes de dichos gastos.

B) Cuando no se cumplan los requisitos de disponibilidad de medios previstos en las cláusulas 2.2.1, 2.2.2, 2.2.3, 2.2.4 y 2.2.5 del presente concierto.

En este caso, el beneficiario podrá acudir a los facultativos o centros que existan en el nivel correspondiente y, sin necesidad de comunicar a la entidad el comienzo de la asistencia recibida, tendrá derecho a que la entidad le reintegre los gastos ocasionados. El reintegro deberá efectuarse dentro del plazo de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que el beneficiario presente ante la entidad la oportuna reclamación por escrito, acompañando los justificantes de dichos gastos.

C) Cuando la entidad, con incumplimiento de las obligaciones establecidas en los dos párrafos siguientes, no autorice la remisión a un facultativo o Centro no concertado, sin proporcionar alternativa de asistencia con sus medios propios o concertados.

Si un facultativo de la entidad prescribe por escrito, con exposición de las causas médicas justificativas, la necesidad de acudir a un facultativo o Centro no concertado, el beneficiario debe presentar la citada prescripción en la entidad, a fin de que ésta, antes de que concluya el décimo día hábil siguiente a la presentación, autorice la remisión al facultativo o Centro no concertados, o bien ofrezca una alternativa asistencial con sus medios.

Si la entidad autoriza la remisión a un facultativo o centro no concertados, debe autorizar y asumir los gastos ocasionados durante todo el proceso asistencial, sin exclusiones. Si ofrece medios propios o concertados, debe garantizar que éstos asumen la asistencia y pueden llevar a cabo la técnica diagnóstica o terapéutica prescrita.

En este supuesto de denegación, el beneficiario que utilice los medios ajenos especificados en la prescripción presentada a la entidad tendrá derecho a que la misma le reintegre los gastos ocasionados, igualmente

sin necesidad de comunicarle el comienzo de la asistencia sanitaria. El reintegro deberá efectuarse dentro del plazo de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que el beneficiario presente ante la entidad la oportuna reclamación por escrito, acompañando los justificantes de dichos gastos.

D) Cuando en un centro de la entidad, en el que esté ingresado un beneficiario o al que haya acudido para recibir asistencia, no existan o no estén disponibles los medios adecuados, según criterio del facultativo de la entidad o del centro que tenga a su cargo la asistencia, manifestada implícitamente en la remisión del beneficiario a centro no concertado.

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

4.2.2 El beneficiario podrá presentar reclamación en el Servicio Provincial u Oficina Delegada correspondiente cuando la Entidad incurra en alguno de los supuestos de denegación injustificada de asistencia previstos en el apartado anterior, o no efectúe el reintegro de los gastos ocasionados en los plazos señalados en dicho apartado.

4.2.3 La aceptación por la Entidad o, en su caso, la declaración por 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.

4.3 Asistencia urgente de carácter vital.

4.3.1 Concepto.

A los fines previstos en el artículo 90.3 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo, se considera situación de urgencia de carácter vital aquella en que se haya producido una patología cuya naturaleza y síntomas hagan previsible un riesgo vital inminente o muy próximo, o un daño irreparable para la integridad física de la persona, de no obtenerse una actuación terapéutica de inmediato. Se considera asimismo situación de urgencia de carácter vital las lesiones o daños corporales sufridos por los funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía en el ejercicio de las funciones propias del Cuerpo o como consecuencia o con ocasión de actos cometidos por personas integradas en bandas o grupos organizados y armados.

4.3.2 Requisitos.

Para que el beneficiario tenga derecho al reintegro de gastos por utilización de medios no concertados en situación de urgencia vital, deben concurrir los siguientes requisitos:

A) Que el Centro no concertado al que se dirija o sea trasladado el paciente, sea razonablemente elegido, teniendo en cuenta las circunstancias de lugar y tiempo en que la patología se haya producido, así como la capacidad de decisión del enfermo y, en su caso, de las personas que prestaron los primeros auxilios.

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

4.3.3 Alcance.

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

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

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

4.3.4 Efectos de la comunicación a la Entidad.

Si la comunicación a la Entidad de la asistencia recibida en Centro no concertado, se realiza dentro del plazo de los quince días hábiles siguientes al inicio de la asistencia, el beneficiario tendrá derecho a la cobertura total de los gastos ocasionados.

Si se realiza después del mencionado plazo, pero antes de que transcurran cinco años a contar desde el inicio de la asistencia, el beneficiario tendrá derecho al reintegro de los gastos según el baremo que figura como

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

El estado clínico de inconsciencia del interesado, no contar con familiares allegados, o cualquier otra circunstancia similar, interrumpirá el cómputo de los quince días previstos para la comunicación a la Entidad.

4.3.5 Obligaciones de la Entidad.

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

La ausencia de respuesta dentro del plazo establecido supondrá, en todo caso, la obligación de la Entidad de reintegro total o por baremo, según proceda.

4.3.6 Reclamación del beneficiario.

El beneficiario podrá presentar reclamación en el correspondiente Servicio Provincial u Oficina Delegada de MUFACE correspondiente cuando la Entidad incumpla las obligaciones previstas en la cláusula 4.3.5, y en caso de discrepancia con el criterio de la Entidad.

CAPÍTULO V

Régimen jurídico del concierto

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

5.1.1 El presente concierto, realizado al amparo de lo previsto en los artículos 19.1 de la Ley 29/1975, de 27 de junio, sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, y 75.3 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo, aprobado por Decreto 843/1976, de 18 de marzo, se halla excluido del régimen establecido en la Ley 13/1995, de 18 de mayo, de Contratos de las Administraciones Públicas, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3.1.d) de la misma, y se acomoda a lo señalado en el artículo segundo de la Orden del Ministerio para las Administraciones Públicas de 21 de octubre de 1986, por la que se establecen las normas sobre el régimen de contratación y patrimonio de MUFACE, sin perjuicio de que le serán de aplicación los principios de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas para resolver las dudas y lagunas que pudieran presentarse.

5.1.2 Son relaciones basadas en el concierto:

A) Las relaciones entre MUFACE y la Entidad, con motivo del cumplimiento de los derechos y obligaciones que, según la cláusula 1.1, constituyen los respectivos objetos del concierto.

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

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

5.1.4 Dentro de los límites y con sujeción a los requisitos y efectos señalados en la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, la Dirección General de MUFACE ostenta la prerrogativa de interpretar el concierto, resolver las dudas que ofrezca su cumplimiento, modificarlo por razones de interés público, acordar su resolución por incumplimiento y determinar los efectos de ésta. Los acuerdos correspondientes, previa instrucción del oportuno expediente en el que se le dará audiencia a la Entidad, pondrán fin a la vía administrativa y serán inmediatamente ejecutivos.

5.1.5 La Entidad se obliga a facilitar a MUFACE los datos y comprobaciones que le sean solicitados acerca de los distintos servicios que hayan sido prestados a los beneficiarios con sus medios propios o con medios concertados por la Entidad, debiendo disponer de un sistema de información que permita conocer el número y tipo de servicios proporcionados.

5.2 Naturaleza y régimen de las relaciones asistenciales.

5.2.1 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.

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

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

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

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

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

5.3 Comisiones Mixtas.

5.3.1 Las comisiones mixtas, con composición paritaria, tienen por cometido el seguimiento, análisis y evaluación del cumplimiento del presente Concierto. Asimismo, las Comisiones Mixtas conocerán de las reclamaciones que pudieran formularse por los beneficiarios, con arreglo a lo previsto en el presente capítulo, entendiéndose a estos efectos que con la intervención de la Entidad tiene lugar para la misma el cumplimiento del trámite establecido en el artículo 84 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

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

5.3.3 Las funciones señaladas en la cláusula 5.3.1, se desempeñarán por las Comisiones Mixtas Provinciales cuando las mismas se refieran al ámbito provincial y por la Comisión Mixta Nacional cuando afecten a todo el territorio nacional.

Si se trata de reclamaciones la distribución de funciones se acomodará a lo previsto en la cláusula 5.4.

5.3.4 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

5.3.5 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 remitirán las actuaciones a la Comisión Mixta Nacional para el estudio de las reclamaciones y cuestiones incluidas en el Orden del día.

C) En el supuesto de que los representantes de la Entidad no acudan a las reuniones durante tres sesiones consecutivas, se entenderá que aquélla acepta los acuerdos que adopte MUFACE en relación con los asuntos que debieran haberse examinado en la tercera incomparecencia y en las sucesivas sesiones en las que no comparezca.

D) De cada sesión se levantará Acta por el Secretario, cuyo proyecto, con su firma, se enviará inmediatamente a la Entidad para su conocimiento, conformidad y devolución una vez firmada por el representante de la misma, en cuyo momento se entenderá aprobada. De existir discrepancias

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

5.3.6 La Comisión Mixta Nacional estará compuesta por tres representantes de MUFACE y tres de la Entidad. El Presidente será el Director del Departamento de Prestaciones Básicas o el funcionario en quien delegue y como Secretario actuará un funcionario de MUFACE, con voz pero sin voto.

5.3.7 El funcionamiento de la Comisión Mixta Nacional se ajustará a las mismas normas señaladas en la cláusula 5.3.5 para las Comisiones Provinciales, excepto las contenidas en el apartado B).

5.4 Procedimiento para las reclamaciones.

5.4.1 Los beneficiarios podrán reclamar de MUFACE que, con arreglo a lo previsto en la cláusula 5.1, acuerde la procedencia de alguna actuación por parte de la Entidad:

E) 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.

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

G) Cuando la Entidad incumpla cualquier otra de las obligaciones que le corresponden según los términos del concierto.

No será utilizable esta vía administrativa para reclamaciones sobre cuestiones referentes a las relaciones mencionadas en la cláusula 5.2. En caso de plantearse, se contestará al interesado que, por razón de incompetencia de MUFACE, no resulta posible resolver sobre el fondo de la reclamación, con indicación de que puede formularse, si se estima oportuno, frente a los facultativos, Centros o, si procede, la propia Entidad, en la vía jurisdiccional ordinaria que corresponda según la naturaleza de los hechos.

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

5.4.3 Si la reclamación se refiere a cuestión estimada urgente, el Servicio Provincial podrá realizar de manera inmediata las gestiones oportunas ante la Entidad para obtener la satisfacción de la misma, en cuyo caso se archivarán sin más trámites con anotación de la solución adoptada.

5.4.4 En caso de que las citadas gestiones no prosperasen o de reclamación no estimada urgente, 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 constará necesariamente las posiciones de MUFACE y la Entidad sobre la reclamación planteada.

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

5.4.6 En caso de que existan discrepancias en el seno de la Comisión Mixta Provincial, el expediente se elevará para su estudio por la Comisión Mixta Nacional y será incluido en el Orden del día de la primera reunión que se celebre. Estudiado por la misma, resolverá la Dirección General de MUFACE.

5.4.7 Las resoluciones de los Directores de los Servicios Provinciales contempladas en la cláusula 5.4.5 deberán dictarse dentro del plazo máximo de tres meses. Si la resolución correspondiese a la Dirección General de MUFACE, según la cláusula 5.4.6, dicho plazo máximo será de seis meses.

5.4.8 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 ordinario ante el Ministro de Administraciones Públicas, de acuerdo con lo previsto en los artículos 107 a 114 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, en relación con el artículo 2.º del Real Decreto 1733/1994, de 29 de julio, por el que se adecuan los procedimientos en materia de Mutualismo Administrativo.

5.5 Procedimiento de ejecución de reclamaciones de reembolso estimadas.

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

H) La Entidad procederá, en el plazo de un mes a partir de la notificación de la resolución, al reembolso total o baremado de los gastos reclamados, previa presentación, en su caso, de los oportunos justificantes del gasto, los que, a dicho fin y si los hubiera presentado, serán devueltos al reclamante.

I) Dentro del plazo citado, la Entidad deberá comunicar al Servicio Provincial de MUFACE:

- a) Que ha realizado el abono o
- b) Que no se ha efectuado el pago por no haberse presentado el interesado, por no haberse aportado por el mismo los justificantes oportunos o por no haber sido aceptado el pago por éste.

C) Si 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, sin más trámites y siempre que existiese concierto en vigor, expedirá certificación del acuerdo adoptado y de los hechos posteriores y la remitirá al Departamento Financiero de MUFACE. Este, igualmente sin más requisitos, propondrá el oportuno acuerdo a la Dirección General y deducirá de la inmediata mensualidad que haya de abonarse a la Entidad y pagará directamente al interesado, por cuenta de la misma, la cantidad incluida en la certificación, con un incremento del 20 por 100 en concepto de penalización a la Entidad y de recíproca compensación al titular por la demora en el reintegro.

5.5.2 En el supuesto de reclamaciones de reembolso resueltas positivamente por la Dirección General de MUFACE, previo estudio de la Comisión Mixta Nacional, 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.

5.5.3 Las Resoluciones Administrativas o Sentencias que resuelvan recursos interpuestos contra actos por MUFACE en materia de reintegro de gastos sujetos al presente concierto, será ejecutadas, en su caso, conforme al procedimiento establecido en la precedente cláusula 5.5.2.

CAPÍTULO VI

Duración, precio y régimen económico del concierto

6.1 Duración del concierto.

6.1.1 Los efectos del presente concierto se iniciarán a las cero horas del día 1 de enero de 1997 se extenderán hasta las veinticuatro horas del día 31 de diciembre de 1997, sin perjuicio de lo que se establece en las cláusulas siguientes:

6.1.2 Para 1998 y 1999 se prevé la posible prórroga, año a año, de los efectos del concierto, por mutuo acuerdo de las partes, expresado por escrito en el mes de octubre del año precedente al de la prórroga. El cómputo del inicio y finalización del período de la prórroga, referido al año de que se trate, se hará de igual forma que la establecida en la cláusula 6.1.1.

6.1.3 Si no existiese acuerdo de prórroga del concierto para el año 1998, la Entidad continuará obligada por el contenido de éste en 1997, para el colectivo que tuviera adscrito al 31 de diciembre de dicho año, hasta el 31 de enero de 1998 o en los casos en que se estuviese prestando en dicha fecha una asistencia en régimen de hospitalización o una asistencia por maternidad cuando el parto estuviese previsto para el mes de febrero, hasta el día en que, respectivamente, se produzca el alta o se concluya la asistencia por maternidad.

La Entidad tendrá derecho a percibir, por el mes de enero de 1998 y por el colectivo adscrito a 31 de diciembre de 1997, el precio por persona/mes que se establezca para las Entidades que suscriban la prórroga del concierto para 1998. No obstante, del importe a abonar por dicho mes MUFACE retendrá un 10 por 100 hasta el 31 de diciembre de 1998, con la finalidad exclusiva de hacer frente, por cuenta de la Entidad, a los reembolsos de gastos que sean acordados durante el citado año al amparo del presente concierto. Si la cantidad estimada se agotase o los reembolsos se acordaran con posterioridad a la fecha indicada, la Entidad se obliga a satisfacerlos directa o inmediatamente.

El colectivo afectado deberá elegir nueva Entidad durante el plazo que establezca MUFACE y la elección tendrá efectos a las cero horas del

día 1 de febrero de 1998, sin perjuicio, en todo caso, de lo previsto para hospitalizaciones y maternidad en el párrafo primero de esta cláusula.

6.1.4 Cuanto se dispone en la cláusula 6.1.3 será de plena aplicación para el caso de que, prorrogado el concierto para 1998, no se prorrogase, sin embargo, para 1999, entendiéndose que las referencias de fechas en aquélla contenidas se desplaza al año siguiente y que la cita de las Entidades que suscriban las prórrogas del concierto para 1998 corresponde a la de las Entidades que suscriban el nuevo concierto para el año 2000.

6.2 Precio del concierto.

6.2.1 El precio que MUFACE abonará a la Entidad por las obligaciones que a ésta corresponden en virtud del presente concierto en 1997 será de 4.792 pesetas/persona/mes menos «PR», que serán satisfechas con cargo a la aplicación presupuestaria 22.102.412L.251.

Por «PR» se entenderá el gasto medio para MUFACE, en pesetas por persona/mes, por la prótesis ortopédicas abonadas en el año precedente al colectivo total adscrito a todas las Entidades firmantes del concierto en dicho año, con un incremento porcentual igual al experimentado por dicha cifra sobre la del año anterior.

6.2.2 En cada año de prórroga del concierto, la determinación del precio que MUFACE habrá de satisfacer a la Entidad se efectuará sobre la base de incrementar el precio abonado en el año inmediato precedente en el porcentaje de aumento que los créditos de la Política de Sanidad, incluidos en los Presupuestos Generales del Estado del año de que se trate, registren respecto al Presupuesto inicial del ejercicio anterior.

6.3 Régimen económico del concierto.

6.3.1 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 1 del mes siguiente a aquel en que se produzcan y las bajas a las veinticuatro horas del último día del mes en que hubieran tenido lugar. Consecuentemente, cada pago mensual tendrá en cuenta el número de titulares y de beneficiarios existente a las cero horas del día uno del mes de que se trate y se efectuará por MUFACE, por cheque nominativo o transferencia bancaria, dentro de los quince primeros días del mes siguiente, previas las retenciones o los descuentos que procedan con arreglo a la Resolución de Convocatoria y al concierto, con sus Anexos.

6.3.2 MUFACE, a través del Servicio Provincial correspondiente, facilitará mensualmente a la representación provincial de la Entidad, antes del día 16 del mes siguiente a aquel en que se produzcan, un ejemplar de los documentos de afiliación y de los de beneficiarios de las altas, así como una relación de las bajas de titulares y beneficiarios y de las variaciones producidas. Igualmente entregará MUFACE, con la liquidación de cada mes, cinta magnética o relación con los datos de todas las altas, bajas y variaciones en el mes precedente, comunicando la cifra del colectivo total adscrito a la Entidad, referida a las cero horas del primer día del mes que se liquida.

6.3.3 La cinta o relación podrá ser comprobada por la Entidad junto con la información suministrada directamente por los Servicios Provinciales de MUFACE, 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.

6.3.4 La Entidad presentará las reclamaciones separadamente, conforme a la clasificación anterior, y acompañará cinta magnética o relación de las mismas características técnicas que la entregada 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.

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

6.3.6 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.

6.3.7 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 el epígrafe 5.5 del presente Concierto.

ANEXO I

Medios de asistencia en zonas rurales

Según el presente Concierto, la Entidad debe disponer de determinados medios de asistencia sanitaria en todo el territorio nacional, pero en 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 el Instituto Nacional de la Salud y los Organismos Gestores de la Asistencia Sanitaria de las Comunidades Autónomas con transferencias en este ámbito competencial.

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley General de Sanidad, dichos Organismos públicos pueden prestar asistencia sanitaria urgente o que no pueda llevarse a cabo por otros medios a cualquier persona, aunque no sea beneficiario del Sistema General de Seguridad Social, reintegrándose, en su caso, del tercero obligado al pago del coste de la asistencia prestada, por lo que, a fin de posibilitar la prestación de dichos servicios sanitarios a los mutualistas y demás beneficiarios adscritos a la Entidad:

Primero.—MUFACE podrá convenir con el Instituto Nacional de la Salud y con los Organismos Gestores de la Asistencia Sanitaria 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 poblaciones que no dispongan de medios privados suficientes.

B) Servicios de urgencias en poblaciones de hasta 20.000 habitantes.

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

Segundo.—Los Convenios podrán ser comunes para todas las Entidades firmantes del Concierto y su importe, conocido y aceptado por la Entidad, será imputado a la misma en función del colectivo afectado y satisfecho con cargo al precio que, una vez devengado y librado, MUFACE debe abonarle por el presente Concierto de Asistencia Sanitaria, entendiéndose realizado el pago por cuenta de la Entidad.

Tercero.—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.

Cuarto.—La autorización a MUFACE contenida en el punto primero debe entenderse que ampara también la prórroga de Convenios suscritos al mismo fin con anterioridad al 1 de enero de 1997.

ANEXO II

Territorio insular

Condiciones especiales complementarias para las islas de los archipiélagos balear y canario

1.1 La Entidad contará en las islas de los archipiélagos balear y canario con medios suficientes y estables para prestar asistencia sanitaria.

En las islas no capitalinas con población inferior a 75.000 habitantes, el catálogo de servicios de la Entidad deberá incluir los servicios establecidos en el Capítulo II del presente Concierto para los Niveles I y II de Asistencia Sanitaria. En caso de inexistencia de dichos medios, la Entidad garantizará la asistencia en la isla más próxima en que disponga de los mismos, debiendo asumir los gastos de desplazamiento.

1.2 La Asistencia Sanitaria de Nivel IV, si no estuviera disponible en la correspondiente Comunidad Autónoma, se prestará en aquella Comunidad que resulte más próxima en tiempo de desplazamiento.

1.3 La Entidad asumirá los gastos de desplazamiento del beneficiario, a los Servicios del Nivel III y IV de Asistencia Sanitaria y en el supuesto de inexistencia de medios previsto en el Punto 1.1 anterior, en los medios especificados en la cláusula 2.3.3, apartados A) o B), según proceda, previa prescripción escrita de facultativo de la Entidad.

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

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

ANEXO III

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

1. Consultas y hospitalizaciones:
 - a) Hospitalización.
 - b) Hospitalización domiciliaria.
 - c) Cirugía ambulatoria.
2. Técnicas diagnósticas, tratamientos y técnicas quirúrgicas:
 - a) Odontología: Tartrectomía (limpieza de boca) y Periodoncia.
 - b) Rehabilitación: Todas las técnicas
 - c) Oxigenoterapia, ventiloterapia y aerosolterapia a domicilio.
 - d) Tratamientos de diálisis peritoneales y hemodiálisis.
 - e) Oncología: Inmunoterapia y Quimioterapia.
 - f) Diagnóstico por imagen: Tomografía Axial Computarizada, Resonancia Magnética, Ortopantografía y Mamografía.
 - g) Tratamiento en Unidad de Dolor.
 - h) Tratamiento en Unidad del Sueño.
 - i) Todos los servicios correspondientes al Nivel IV de Asistencia Sanitaria.
 - j) Litotricia renal
3. Transporte para la Asistencia Sanitaria:
 - a) Transporte en medios extraordinarios.
 - b) Transporte en medios ordinarios:

Para tratamientos periódicos.

A servicios de Nivel IV de Asistencia Sanitaria fuera de la localidad de residencia.

ANEXO IV

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

La Entidad, conforme a la cláusula 2.3.4.g) 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 valoración de incapacidades dentro del procedimiento de jubilación por Incapacidad permanente para el servicio regulado en la Resolución de la Secretaría de Estado para la Administración Pública del 29 de diciembre de 1995 y normas concordantes, a cuyo fin queda obligada a realizar a los mutualistas que estén adscritos a ella los citados informes, exploraciones o pruebas a través de los facultativos, servicios o centros de su Cartera de Servicios y en la forma establecida en el Punto Primero.

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

Primero.—El mutualista a quien se prescriba la realización de una actuación de las indicadas en el punto precedente, presentará el impreso en el que se haya realizado la prescripción en 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 tercero.

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

A) Expedirá y entregará al mutualista con carácter inmediato el o los volantes necesarios para la realización de los informes, exploraciones o pruebas específicas 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 consignará la recepción por el mutualista del o de los volantes, bajo la fórmula que figura asimismo en el punto tercero del presente Anexo. La recepción quedará acreditada con la firma del mutualista, o, en su caso, del receptor que no sea el mutualista, haciendo constar en este supuesto su documento nacional de identidad y su relación con aquél.

C) Entregará al mutualista una fotocopia del impreso.

Segundo.—Al término de cada trimestre natural, la Entidad remitirá al Departamento Financiero 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 V de este Concierto. Cada informe, exploración o prueba que conste en la relación deberá ir justificada con el original del correspondiente impreso de prescripción, cumplimentado en la forma prevista en el punto primero.

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.

Tercero.—Para la aplicación de lo dispuesto en el punto primero se utilizarán los siguientes modelos:

70	
MUFACE (ESPACIO PARA EL NOMBRE DEL SERVICIO PROVINCIAL U OFICINA DELEGADA)	
FECHA	
PRESCRIPCIÓN AUTORIZADA Para asignación de facultativo PRESENTESE 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)
35	35

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

B) Fórmula para acreditar la recepción de los volantes por la Entidad:

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

....., a de de 19....

El mutualista,

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

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