

III. OTRAS DISPOSICIONES

MINISTERIO DE POLÍTICA TERRITORIAL Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

19917 *Resolución de 9 de diciembre de 2011, de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, por la que se publica el concierto suscrito con DKV Seguros y Reaseguros SAE para el aseguramiento de la prestación de asistencia sanitaria a los mutualistas destinados y/o residentes en el extranjero y sus beneficiarios durante los años 2012 y 2013.*

En aplicación de lo previsto en los artículos 17.1 del Texto Refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio, y 77 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo, aprobado por Decreto 375/2003, de 28 de marzo, esta Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), previa convocatoria pública cuyo anuncio fue publicado en el BOE y en la Plataforma de contratación del Estado el 16 de agosto de 2011, ha suscrito el 5 de diciembre de 2011 con la Entidad adjudicataria, DKV Seguros y Reaseguros S.A.E, el Concierto para el aseguramiento de la prestación de asistencia sanitaria a los mutualistas destinados y/o residentes en el extranjero y sus beneficiarios durante los años 2012 y 2013, con previsión de prórrogas por plazos de un año, con un máximo de dos.

Con objeto de dar público conocimiento de su contenido y del régimen de la prestación de asistencia sanitaria,

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

Madrid, 9 de diciembre de 2011.–El Director General de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, José María Fernández Lacasa.

ANEXO

Concierto de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado con Entidad de seguro para el aseguramiento de la prestación de asistencia sanitaria a los mutualistas destinados y/o residentes en el extranjero y sus beneficiarios durante los años 2012 y 2013, con previsión de prórroga por plazos de un año, con un máximo de dos

ÍNDICE

Capítulo 1.

Objeto del concierto y ámbito de aplicación.

1.1 Objeto del concierto y obligaciones principales.

1.1.1 Objeto.

1.1.2 Obligaciones de la Entidad.

1.1.3 Obligaciones de MUFACE.

1.2 Contingencias cubiertas.

1.3 Colectivo protegido.

- 1.4 Beneficiarias de asistencia sanitaria por maternidad.
 - 1.4.1 Contenido.
 - 1.4.2 Reconocimiento.
- 1.5 Nacimiento y extinción de los derechos.
 - 1.5.1 Nacimiento de los derechos.
 - 1.5.2 Recién nacido.
 - 1.5.3 Extinción de los derechos.
 - 1.5.4 Continuidad de prestaciones de mutualistas o beneficiarios que hayan causado baja en el Concierto.
- 1.6 Adscripción a la Entidad.
 - 1.6.1 Procedimiento.
 - 1.6.2 Comunicación altas y bajas a la Entidad.
 - 1.6.3 Devolución tarjetas y talonarios.
- 1.7 Obligaciones de los mutualistas y beneficiarios.
 - 1.7.1 Obligaciones con MUFACE.
 - 1.7.2 Obligaciones con la Entidad.

Capítulo 2.

Cartera de Servicios.

- 2.1 Disposiciones Generales.
 - 2.1.1 Definición.
 - 2.1.2 Contenido general.
- 2.2 Contenido y especificaciones de la Cartera de Servicios
 - 2.2.1 Estructura.
 - 2.2.2 Atención primaria.
 - 2.2.3 Atención especializada y especificaciones complementarias.
 - 2.2.4 Atención de urgencia.
 - 2.2.5 Cuidados paliativos.
 - 2.2.6 Rehabilitación.
 - 2.2.7 Salud bucodental/odontoestomatología.
 - 2.2.8 Farmacia, productos sanitarios y productos dietéticos.
 - 2.2.9 Transporte sanitario, evacuación y repatriación.
 - 2.2.10 Otras prestaciones.

Capítulo 3.

Medios de la entidad y forma de la prestación.

- 3.1 Disposiciones generales.
 - 3.1.1 Descripción general.
 - 3.1.2 Tarjeta.
 - 3.1.3 Guía.
 - 3.1.4 Servicio de información y atención telefónica.
 - 3.1.5 Página web.
- 3.2 Asistencia prestada en el exterior.
 - 3.2.1 Sucursales y representantes acreditados.

- 3.2.2 Principio básicos.
- 3.2.3 Solicitud de prestaciones.
- 3.2.4 Modelos.
- 3.2.5 Presentación.
- 3.2.6 Solicitud pago directo.
- 3.2.7 Solicitud de reembolsos.
- 3.3 Asistencia prestada en territorio nacional.
 - 3.3.1 Principio básicos.
 - 3.3.2 Utilización de medios de la Entidad.
 - 3.3.3 Requisitos adicionales.
 - 3.3.4 Autorizaciones previas de la Entidad.
 - 3.3.5 Utilización de medios no concertados.
 - 3.3.6 Denegación injustificada de asistencia.
 - 3.3.7 Asistencia urgente de carácter vital.
 - 3.3.8 Transporte ordinario.
 - 3.3.9 Disposiciones transitorias.
- Capítulo 4.
Información y documentación sanitaria.
 - 4.1 Normas generales.
 - 4.1.1 Obligaciones Entidad.
 - 4.1.2 Aplicación garantías protección de datos.
 - 4.2 Información sobre actividad.
 - 4.2.1 Sistema de información.
 - 4.2.2 Presentación datos.
 - 4.3 Información sobre la gestión de las prestaciones sanitarias.
 - 4.3.1 Sistema de información.
 - 4.3.2 Presentación datos.
 - 4.4 Documentación clínica y sanitaria.
 - 4.4.1 Informes prestaciones.
 - 4.4.2 Otros informes.
- Capítulo 5.
Régimen Jurídico del Concierto.
 - 5.1 Régimen jurídico del concierto.
 - 5.1.1 Régimen jurídico.
 - 5.1.2 Normativa sanitaria de aplicación.
 - 5.2 Régimen de las relaciones basadas en el Concierto.
 - 5.2.1 Régimen de las relaciones asistenciales.
 - 5.2.2 Régimen de las relaciones entre MUFACE y la Entidad.
 - 5.2.3 Régimen de las relaciones entre MUFACE y las sucursales o representantes acreditados de la Entidad en el extranjero.

- 5.3 Comisión Mixta.
 - 5.3.1 Composición.
 - 5.3.2 Funciones.
 - 5.3.3 Régimen de funcionamiento.
 - 5.4 Procedimiento para las reclamaciones.
 - 5.4.1 Reclamaciones.
 - 5.4.2 Resolución de las reclamaciones.
 - 5.4.3 Procedimiento de ejecución de reclamaciones estimadas.
 - 5.4.4 Reembolso de gastos asumidos indebidamente por MUFACE.
 - 5.5 Compensaciones económicas por incumplimiento parcial de obligaciones definidas en el Concierto y deducciones por fallos de disponibilidad. Procedimiento para su imposición.
 - 5.5.1 Compensaciones económicas por incumplimiento parcial de obligaciones definidas en el Concierto.
 - 5.5.2 Deducciones por fallos de disponibilidad.
 - 5.5.3 Procedimiento para la imposición de las compensaciones económicas y de las deducciones por fallos de disponibilidad.
- Capítulo 6.
- Duración, régimen económico y precio del Concierto.
- 6.1 Duración del Concierto.
 - 6.1.1 Efectos del Concierto.
 - 6.1.2 Retención de cantidades.
 - 6.2 Régimen económico.
 - 6.2.1 Efectos económicos y pagos mensuales.
 - 6.2.2 Información sobre variaciones producidas.
 - 6.2.3 Impuestos y resarcimientos.
 - 6.3 Precio del Concierto.
 - 6.3.1 Precio del Concierto.
 - 6.3.2 Precio del Concierto en los años de duración del Concierto.
- Anexo 1. Glosario de términos.
- Anexo 2. Cartera de servicios.
- Anexo 3. Criterios de disponibilidad de medios en territorio nacional por niveles asistenciales.
- Anexo 4. Sistema de información sanitaria.

CAPÍTULO 1

Objeto del Concierto y ámbito de aplicación

- 1.1 Objeto del Concierto y obligaciones principales.
 - 1.1.1 De conformidad con lo establecido en el artículo 17 del Texto Refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio, y en los artículos 85 y 86 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo (en adelante RGMA), aprobado por Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo, el objeto del Concierto entre la Mutualidad General de

Funcionarios Civiles del Estado (en adelante MUFACE) y la Entidad firmante (en adelante, Entidad), es asegurar la prestación de asistencia sanitaria en cualquier país del mundo, incluida España, al colectivo señalado en las cláusulas 1.3 y 1.4 mediante los procedimientos y requisitos establecidos en las siguientes cláusulas.

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

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

1.2 Contingencias cubiertas.

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

1.3 Colectivo protegido.

A los efectos del presente Concierto y de acuerdo con lo previsto en el capítulo II del RGMA, el colectivo protegido por el mismo está compuesto por los mutualistas con residencia permanente en el extranjero, sus beneficiarios y los beneficiarios en caso de fallecimiento, separación, divorcio o nulidad del matrimonio del mutualista, a los que MUFACE, conforme a su normativa, haya adscrito a la Entidad a efectos de su asistencia sanitaria. Ambos tipos de beneficiarios quedarán protegidos por este Concierto siempre y cuando MUFACE les haya reconocido dicha condición, mantengan los requisitos para serlo y lo esté el mutualista del que sean beneficiarios.

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

1.4 Beneficiarias de la asistencia sanitaria por maternidad en el supuesto previsto en el artículo 69, b) del Reglamento General del Mutualismo Administrativo.

1.4.1 Además de las mutualistas y beneficiarias incluidas en la cláusula 1.3, son también beneficiarias por maternidad, a los efectos del presente Concierto, las cónyuges de las/los mutualistas o aquéllas que convivan con las/los mutualistas en relación de pareja con carácter estable, aun cuando no reúnan la condición de beneficiarias incluidas en el correspondiente documento de afiliación. En este caso, la asistencia cubre la preparación al parto, así como la patología obstétrica del embarazo, parto y puerperio.

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

1.5 Nacimiento y extinción de los derechos de los mutualistas y beneficiarios.

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

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

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

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

1.6 Adscripción a la Entidad.

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

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

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

1.7 Obligaciones de los mutualistas y beneficiarios.

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

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

La falta de comunicación no justificada por parte del mutualista o beneficiario con documento asimilado al de afiliación en el plazo de un mes desde la producción del hecho causante de la circunstancia que provoca su baja en la Entidad o la de cualquiera de sus

beneficiarios dará lugar, cuando MUFACE tenga conocimiento de la misma, a que repercuta en el mutualista o, en su caso, en el beneficiario con documento asimilado al de afiliación, los costes producidos por la cobertura asistencial indebidamente recibida.

1.7.2 Obligaciones frente la Entidad: Los mutualistas o beneficiarios con documento asimilado al de afiliación que dejen de estar protegidos por este Concierto no podrán hacer uso de los servicios ofertados por la Entidad a partir de la fecha de extinción de sus derechos, con la excepción de las normas, que sobre continuidad de prestaciones se recogen en la cláusula 1.5.4 y deberán devolver las tarjetas o cualquier otro documento identificativo de la Entidad, en el momento en que se produzca la baja.

A su vez, podrán ser requeridos por la Entidad para proceder a ser examinados por los servicios médicos de la misma, siempre que, estando pendiente la autorización para la cobertura de una asistencia o una solicitud de reembolso de gastos acogido al presente Concierto, dicha exigencia sea razonable y respete las garantías de confidencialidad sanitaria recogidos en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y su normativa de desarrollo. En caso de duda sobre la razonabilidad de dicho examen, el beneficiario podrá instar el procedimiento previsto en la cláusula 5.4 del presente Concierto.

CAPÍTULO 2

Cartera de servicios

2.1. Disposiciones generales.

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

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

En el anexo 1 se incluye un glosario de aclaraciones terminológicas relacionadas con el contenido de este capítulo.

2.1.2 La cartera de servicios a facilitar por la Entidad comprenderá como mínimo, las prestaciones contenidas en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con lo regulado en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, con las especificidades que se recogen en este capítulo y en el anexo 2.

2.2. Contenido y especificaciones de la cartera de servicios.

2.2.1 La cartera de servicios objeto de este Concierto se estructura en las siguientes prestaciones:

- A. Atención primaria.
- B. Atención especializada.
- C. Atención de urgencias.
- D. Cuidados paliativos.
- E. Rehabilitación.
- F. Salud bucodental.
- G. Prestación farmacéutica.
- H. Transporte sanitario, evacuación y repatriación.
- I. Otras prestaciones:
 - a. Podología.
 - b. Terapias respiratorias.
 - c. Prestación ortoprotésica y prestaciones sanitarias complementarias.

2.2.2 Atención primaria: Comprenderá la atención sanitaria a cargo de especialistas en medicina familiar y comunitaria o médicos generalistas, especialistas en pediatría y diplomado de enfermería, odontólogo, fisioterapeuta, matrona y podólogo a nivel ambulatorio, domiciliario y de urgencia.

2.2.3 Atención especializada: Incluye las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de prevención cuya naturaleza hace necesaria la intervención de médicos especialistas, conforme a la relación incluida en el anexo 2.

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

Se establecen las siguientes especificaciones complementarias para estas prestaciones:

A. Salud mental: Incluye el diagnóstico y seguimiento clínico, el tratamiento farmacológico y la psicoterapia individual, de grupo o familiar, de enfermedades psiquiátricas.

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

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

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

B. Cirugía plástica, estética, y reparadora: Queda cubierta la cirugía plástica que guarde relación con accidente, enfermedad o malformación congénita. En los supuestos de enfermedad profesional o accidente en acto de servicio incluirá la cirugía necesaria en los casos en que, aun habiendo sido curadas las lesiones, quedaran deformaciones o mutilaciones que produzcan alteraciones del aspecto físico o dificulten la total recuperación del paciente.

C. Diagnóstico y tratamiento de la esterilidad: Incluye el diagnóstico de la esterilidad del/de la mutualista o beneficiario/a, el cual se extenderá cuando proceda a la pareja, y las técnicas de reproducción asistida cuando la mujer sobre la que se vaya a realizar la técnica sea mutualista o beneficiaria de MUFACE.

También serán a cargo de la Entidad la crioconservación y mantenimiento de ovocitos y tejido ovárico de mujeres que vayan a someterse a tratamientos de cirugía, radioterapia, quimioterapia y determinados fármacos y/o a técnicas de reproducción asistida, y la de los preembriones sobrantes de ciclos FIV autorizados.

Se atenderá la cobertura de la crioconservación y mantenimiento del semen de los varones que vayan a someterse a tratamientos de cirugía, radioterapia, quimioterapia y determinados fármacos, que puedan afectar de forma importante a su fertilidad.

En cuanto a las técnicas incluidas, criterios y límites de cobertura se estará a lo dispuesto en La guía de recomendaciones en reproducción humana asistida de MUFACE.

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

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

2.2.5 Cuidados paliativos: Comprende la atención integral, individualizada y continuada, de personas con enfermedad en situación avanzada no susceptible de recibir tratamientos con finalidad curativa y con una esperanza de vida limitada, así como de las personas a ellas vinculadas.

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

2.2.7 Salud bucodental /odontoestomatología:

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

Además, para los beneficiarios menores de 15 años, comprende las revisiones periódicas que se consideren precisas para el mantenimiento de una buena salud bucodental, la aplicación de flúor tópico, selladores oclusales y obturaciones o empastes.

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

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

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

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

2.2.8 Farmacia, productos sanitarios y productos dietéticos: Serán a cargo de la Entidad cuando exista una prescripción médica por escrito, cualquier medicamento, efecto o accesorio, o producto dietoterápico complejo y de nutrición enteral domiciliar que esté cubierto a efectos de financiación y con las mismas indicaciones previstas en el Sistema Nacional de Salud de España, con las siguientes especificaciones:

A. La totalidad del coste de los productos farmacéuticos, sanitarios y dietéticos necesarios para cualquier tratamiento en el ámbito hospitalario, incluidos los que según la legislación sanitaria española estén calificados como de uso hospitalario o de diagnóstico hospitalario sin cupón precinto y deban dispensarse a través de hospital a pacientes ambulantes o externos, así como los quimioterápicos tanto por vía intravenosa como intravesical.

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

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

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

E. En el caso de medicamentos y efectos y accesorios sujetos a aportación reducida conforme a lo previsto en el apartado 3.2 del anexo V del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, así como los prescritos para

pacientes diagnosticados de fibrosis quística y de enfermedad de paget en tratamiento con calcitonina, el nivel de cobertura será del noventa por ciento del coste del producto dispensado, excepto cuando la cantidad que corresponda aportar al paciente supere 2,64 euros por envase, en cuyo caso la Entidad abonará la diferencia entre el coste y dicha aportación.

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

G. El setenta por ciento del coste de las medias elásticas terapéuticas de compresión normal o fuerte.

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

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

1. Todos los dispositivos intrauterinos (DIU).
2. Los productos implantables destinados a ejercer un efecto biológico o a ser absorbidos en todo o en parte, elaborados a base de sal sódica del ácido hialurónico.
3. Todos los equipos y material fungible necesarios para el seguimiento y control del paciente diabético según prescripción facultativa, incluidas las bombas portátiles de infusión subcutánea continua de insulina.
4. Los medios, elementos o productos farmacéuticos precisos para la realización de técnicas diagnósticas, tales como medios de contraste y laxantes drásticos, financiados en el Sistema Nacional de Salud de España.

2.2.9 Transporte sanitario, evacuación y repatriación.

Será a cargo de la Entidad:

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

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

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

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

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

2.2.10 Otras prestaciones:

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

La atención por el podólogo requiere prescripción médica. El número de sesiones máximo por paciente y año será de seis.

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

C. Prestación ortoprotésica y prestaciones sanitarias complementarias:

Están incluidos en la cobertura del Concierto:

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

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

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

Están excluidas las gafas, lentillas de contacto y cualquier otra prótesis destinada a corregir defectos de refracción, excepto cuando medie enfermedad profesional o accidente en acto de servicio que serán por cuenta de la Entidad, previo reconocimiento por MUFACE del derecho a las prestaciones derivadas de tales contingencias.

CAPÍTULO 3

Medios de la Entidad y forma de la prestación

3.1 Disposiciones generales.

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

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

3.1.3 Además, la Entidad facilitará al colectivo protegido una guía, una vez supervisado su contenido por MUFACE, con la información necesaria para una correcta utilización de sus servicios, así como la relación actualizada por países y localidades de sus delegaciones, sucursales o representantes acreditados, previstas en la cláusula 3.2.1.

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

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

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

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

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

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

3.2 Asistencia prestada en el exterior.

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

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

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

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

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

En el supuesto de que no existan medios adecuados en el país de destino o residencia, el mutualistas recibirá la asistencia en España o en algún otro país en el que la Entidad disponga de medios concertados, salvo en los supuestos de asistencia urgente, en los que la Entidad deberá cubrir los gastos cualesquiera hayan sido los medios sanitarios utilizados.

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

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

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

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

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

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

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

B. Por correo.

C. Por fax.

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

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

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

Al mismo fin, la Entidad dispondrá en la página web en español de un apartado específico para las solicitudes que permita la descarga de los modelos, su cumplimentación, así como anexar facturas, informes médicos y cualesquiera otros

documentos. Asimismo, deberá permitir que la presentación, tramitación y resolución de la solicitud se efectúe a través de la página y que las aplicaciones al efecto permitan dejar constancia de las distintas fases del procedimiento, así como permitir que el interesado conozca en cualquier momento el estado de tramitación de su solicitud.

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

En estos supuestos, la Entidad abonará al centro o profesional sanitario el importe facturado en un período de tiempo que no exceda de 60 días, salvo causa justificada que se haga constar por escrito. La superación no justificada de dicho plazo dará lugar a la exigencia de las compensaciones económicas previstas en el capítulo 5.

3.2.5 Solicitud de reembolsos: Los reembolsos deberán hacerse efectivos en la moneda oficial del país donde resida o solicite el mutualista o beneficiario con documento asimilado al de afiliación en los 10 días hábiles siguientes a la fecha en que la Entidad reciba la documentación pertinente, siendo a cargo de la Entidad todos los gastos que se pudieran ocasionar por el cambio de moneda. La superación no justificada de dicho plazo dará lugar a la exigencia de las compensaciones económicas previstas en el capítulo 5.

3.3 Asistencia prestada en territorio nacional.

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

A. La Entidad pondrá a disposición de los mutualistas y beneficiarios todos los medios propios o concertados precisos en los términos previstos en el anexo 3.

Sin perjuicio de que en un futuro MUFACE pueda formalizar acuerdos para la utilización de los dispositivos de emergencias públicos (teléfonos 112, 061, etc) la Entidad deberá disponer de un teléfono gratuito disponible durante las 24 horas del día, los 365 días del año, para canalizar la demanda de urgencias y emergencias sanitarias garantizando la accesibilidad y coordinación de los recursos disponibles para este tipo de atención.

B. La Entidad debe garantizar el acceso a los medios citados en el apartado anterior, salvo que los mismos no existan a nivel privado ni público. Si excepcionalmente la Entidad no dispusiera de tales medios concertados se hará cargo directamente del gasto ocasionado por la utilización de medios no concertados, de conformidad con lo dispuesto en la cláusula 3.3.6.

C. Para posibilitar a los mutualistas y beneficiarios la utilización de los medios propios y concertados en España, la Entidad deberá elaborar y publicar, en formato papel y en la sección específica para MUFACE de su página web, los catálogos de proveedores que contengan la relación detallada de los mismos y la información detallada necesaria a tal fin.

Los catálogos de proveedores serán específicos para MUFACE, tendrán ámbito provincial, y se adaptarán a los niveles asistenciales establecidos en el Concierto. Cuando en la provincia de que se trate la Entidad no esté obligada a disponer de servicios de nivel IV de atención especializada, conforme a los criterios del anexo 3, en el catálogo se harán constar los medios de que a tal fin disponga la Entidad en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma a la que pertenece la provincia, asimismo se harán constar los servicios de referencia en todo el territorio nacional.

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

1.º En la portada figurará en logotipo de MUFACE.
2.º En la primera página, y de forma destacada deberán figurar al menos los siguientes datos:

- Teléfono único y gratuito de urgencias y de coordinación de recursos.
- Dirección de los centros de urgencias ambulatorias y hospitalarias.
- Teléfono de información de la Entidad.
- Número de fax u otro sistema para autorizaciones.
- Dirección, teléfonos y horario de funcionamiento de una oficina para la atención presencial de los mutualistas.
- Dirección http de la página web de la Entidad.

3.º Se incluirá el contenido de esta cláusula 3.3.1 (salvo este apartado C) y de las cláusulas 3.3.6 y 3.3.7, así como una relación exhaustiva de los servicios que precisen autorización previa de la Entidad y del procedimiento para su obtención.

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

D. Los mutualistas y beneficiarios podrán elegir libremente facultativo y centro de entre los que figuran en los catálogos de proveedores de la Entidad en todo el territorio nacional.

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

3.3.3 Requisitos adicionales: La Entidad podrá exigir para el acceso a la asistencia requisitos adicionales como prescripción médica o autorización previa de la Entidad, siempre que se hagan constar expresamente en los catálogos.

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

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

- a) Presencialmente, en cualquiera de las oficinas que consten en los catálogos de la Entidad.
- b) Telefónicamente.
- c) Por fax.
- d) A través de la página web de la Entidad.

A fin de evitar eventuales demoras en el acceso a la prestación solicitada, el envío de la autorización al solicitante por parte de la Entidad se realizará como máximo en 5 días hábiles.

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

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

3.3.6 Denegación injustificada de asistencia.

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

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

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

2. Cuando la Entidad no cumpla los requisitos de disponibilidad de medios previstos en el anexo 3 del presente Concierto. En este caso el mutualista o beneficiario podrá acudir a los facultativos o centros ajenos a la Entidad que existan en el nivel correspondiente.

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

Si la Entidad autoriza la remisión a un facultativo o centro no concertados, debe asumir, sin exclusiones, los gastos ocasionados por el proceso asistencial hasta el alta del mismo. No obstante, transcurrido un año desde el inicio de la asistencia, el mutualista o beneficiario deberá presentar ante la Entidad la renovación de la solicitud para la continuidad de la asistencia, a fin de que la Entidad, antes de que concluya el décimo día hábil siguiente a la presentación, autorice la renovación o bien ofrezca una alternativa asistencial válida con sus medios.

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

4. Cuando en un medio de la Entidad, al que un mutualista o beneficiario haya acudido para recibir asistencia o en el que esté ingresado, no existan o no estén disponibles los recursos adecuados para atenderle, según criterio del facultativo de la Entidad o del centro que tenga a su cargo la asistencia.

Se presume en todo caso que concurre esta situación de denegación injustificada de asistencia cuando desde el medio de la Entidad se haya remitido al paciente a centro no concertado.

5. Cuando el mutualista o beneficiario se encuentre ingresado en un centro no concertado por derivación de un dispositivo de emergencias público a causa de una situación de urgencia de carácter no vital y habiendo solicitado a la Entidad el traslado a un centro concertado aquélla no le ofrezca la solución asistencial con sus medios, siempre y cuando el traslado sea médicamente posible. La Entidad deberá gestionar su traslado o autorizar la cobertura del ingreso en el centro no concertado donde se encuentre ingresado.

La solicitud a la Entidad se realizará por cualquier medio que permita tener constancia de la recepción por aquélla y en la misma se hará constar una breve descripción de los hechos y circunstancias en que se ha producido el ingreso. La Entidad de igual modo ofrecerá al beneficiario la solución asistencial en un plazo no superior a las 48 horas.

Si la Entidad procede al traslado en el plazo establecido, el mutualista o beneficiario deberá hacerse cargo de los gastos generados por la asistencia hasta su traslado.

C. Obligaciones de la Entidad ante una denegación injustificada: En cualquiera de estos supuestos de denegación injustificada de asistencia la Entidad viene obligada a asumir los gastos derivados de la misma.

Cuando la Entidad conozca que el mutualista o beneficiario por las causas justificadas anteriores ha recibido asistencia en hospitales u otros medios ajenos, ésta realizará las gestiones oportunas ante el correspondiente proveedor para hacerse cargo de los gastos ocasionados por dicha asistencia y que por parte de éste se emita la correspondiente factura a la Entidad.

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

3.3.7 Asistencia urgente de carácter vital.

A. Concepto y requisito: Se considera situación de urgencia de carácter vital aquélla en que se haya producido una patología cuya naturaleza y síntomas hagan previsible un riesgo vital inminente o muy próximo, o un daño irreparable para la integridad física de la persona de no obtenerse una actuación terapéutica de inmediato.

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

B. Situaciones especiales de urgencia: Sin perjuicio de lo que en el futuro dispongan los acuerdos que MUFACE formalice con los responsables autonómicos del teléfono único de emergencias 112, se considerará que siempre reúnen la condición de urgencia de carácter vital y que la asistencia recibida en medios ajenos posee también el requisito previsto en párrafo anterior, las siguientes situaciones especiales:

1. Cuando los mutualistas de MUFACE pertenecientes al Cuerpo Nacional de Policía precisen asistencia en medios ajenos, con motivo de lesiones o daños corporales sufridos en el ejercicio de las funciones propias del cuerpo o con ocasión de actos cometidos por personas integradas en bandas o grupos organizados y armados.

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

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

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

5. Cuando el mutualista o beneficiario resida en un centro de mayores asistido y sean activados los equipos de emergencias sanitarias públicos por el personal del centro, siempre y cuando aquél o su familia hayan comunicado al centro que para la asistencia médica pertenecen a la Entidad firmante de este Concierto.

6. Cuando el mutualista o beneficiario sea un paciente psiquiátrico, en estado de agitación, y la activación del dispositivo de emergencias sanitarias público sea realizada por personas ajenas a la familia. En el supuesto de que se trate de pacientes ingresados siempre y cuando aquél o su familia hayan comunicado al centro que para la asistencia médica pertenecen a la Entidad firmante de este Concierto.

C. 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:

1. Cuando la Entidad, con la conformidad del equipo médico que estuviese prestando la asistencia, ofrezca una alternativa asistencial que posibilite el traslado del paciente a un centro propio o concertado adecuado y el enfermo o sus familiares responsables se nieguen a ello.

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

D. Comunicación a la Entidad: El mutualista o beneficiario, u otra persona en su nombre, comunicará a la Entidad, por cualquier medio que permita dejar constancia, la asistencia recibida con medios ajenos, aportando el correspondiente informe médico, dentro del plazo de los dos días siguientes al inicio de la asistencia, salvo que concurren circunstancias excepcionales debidamente justificadas que hayan impedido comunicar la asistencia recibida con medios ajenos.

E. Obligaciones de la Entidad: Cuando la Entidad reciba la comunicación prevista en el apartado anterior deberá contestar, por cualquier medio que permita dejar constancia en el plazo de los dos días siguientes a la recepción de la comunicación, si acepta la situación de urgencia vital (y por tanto el pago de los gastos producidos) o si, por el contrario, no se considera obligada al pago por entender que no ha existido una situación de urgencia de carácter vital:

1. En el supuesto de haber aceptado la situación de urgencia vital deberá comunicar al proveedor que se hace cargo de los gastos ocasionados directamente, a fin de que éste emita la correspondiente factura a la Entidad. Si el mutualista o beneficiario ya hubiera abonado los gastos, la Entidad deberá efectuar su reintegro dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que el mutualista o beneficiario presente los justificantes de los gastos. Cuando el mutualista o beneficiario no haya efectuado la comunicación en tiempo y forma, la Entidad le reintegrará el importe de la asistencia dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que presente los justificantes.

2. Cuando la Entidad no se considere obligada al pago por entender que no ha existido una situación de urgencia vital, emitirá informe fundamentando tal circunstancia y dará traslado del mismo al interesado y al servicio provincial de MUFACE donde esté adscrito el paciente.

3.3.8 Sin perjuicio de lo establecido en la cláusula 2.2.9 A, para transporte sanitario en España la Entidad cubrirá los gastos por transporte ordinario en los supuestos que a continuación se especifican:

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

B. A servicios de nivel IV y a servicios de referencia ubicados en una provincia distinta a la de residencia.

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

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

- A. Menores de quince años.
- B. Con un grado de discapacidad superior al 65%, debidamente acreditado.
- C. Residentes en las ciudades de Ceuta y Melilla y las provincias insulares cuando así lo prescriba su médico responsable, en cuyo caso deberán aportar prescripción escrita del facultativo.

A estos efectos, se considera medios de transporte ordinario el que se realiza en automóvil, autobús, ferrocarril, o si procediese (por tratarse de provincias insulares o ciudades de Ceuta y Melilla) en barco o avión. Los traslados se valorarán siempre por su coste, en clase normal o turista, en líneas regulares de transporte en autobús, ferrocarril, barco o avión.

3.3.9 Disposiciones transitorias para la asistencia de los mutualistas y beneficiarios adscritos al Concierto de asistencia sanitaria en el exterior a 31 de diciembre de 2011:

A. Los pacientes que a 31 de diciembre de 2011 estuvieran siendo tratados en España de patologías graves en los medios libremente elegidos en virtud del Concierto de Asistencia Sanitaria en el Exterior de MUFACE para los años 2009-2011 y que, por aplicación de las estipulaciones del presente Concierto, deban pasar a recibir la asistencia en medios concertados, deberán comunicar por escrito durante el mes de enero de 2012 tal circunstancia a la Entidad, para que ésta ofrezca por escrito antes de que concluya el quinto día hábil siguiente a la comunicación la solución asistencial válida en el nivel que corresponda. Durante todo este período la Entidad deberá hacerse cargo de los gastos generados por la continuidad de la asistencia del paciente en los medios libremente elegidos.

B Lo dispuesto en la letra anterior se extenderá a la asistencia por maternidad cuando el parto estuviese previsto para enero o febrero de 2012.

C Los gastos derivados por la asistencia de los pacientes que a 31 de diciembre de 2011 la estuvieran recibiendo en régimen de hospitalización, sea domiciliaría, de día o internamiento, en centros no concertados por la Entidad en el presente Concierto serán asumidos por ésta hasta la fecha del alta del episodio en curso o, en cualquier caso, hasta que se pueda garantizar la continuidad del tratamiento en los medios o centros sanitarios de la Entidad.

CAPÍTULO 4

Información y documentación sanitaria

4.1 Normas generales.

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

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

4.2 Información sobre actividad.

4.2.1 La Entidad dispondrá de un sistema de información asistencial que permita conocer el número, tipo y coste de los servicios proporcionados a los mutualistas y beneficiarios de MUFACE y el país donde se ha producido la asistencia, todo ello según el formato que aparece en el anexo 4 del presente Concierto.

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

4.3 Información sobre la gestión de las prestaciones sanitarias.

4.3.1 La Entidad dispondrá de un sistema de información sobre la gestión realizada que permita conocer el número de gestiones realizadas para la aplicación y cumplimiento del Concierto, todo ello según el formato que aparece en el anexo 4 del presente Concierto.

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

4.4 Información sobre los medios ofertados propios o concertados.

La información de los medios propios y concertados que la Entidad ofrece para prestar el servicio se enviará en formato electrónico a MUFACE anualmente con arreglo a los requisitos que se definen en el apartado 3 del anexo 4. La remisión a MUFACE del soporte electrónico conteniendo dicha información se efectuará por la Entidad antes del 1 de diciembre del año anterior al que se refiera la información.

4.5 Documentación clínica y sanitaria.

4.5.1 Serán por cuenta de la Entidad los costes de los informes médicos, exploraciones o pruebas de diagnóstico que prescriban, a los mutualistas de MUFACE, los facultativos de los órganos de valoración de incapacidades dentro del procedimiento de jubilación por incapacidad permanente para el servicio regulado en la Resolución de la Secretaría de Estado para la Administración Pública de 29 de diciembre de 1995 y normas concordantes, así como de los procedimientos de reconocimiento de una gran invalidez o de determinación de existencia de lesiones permanentes no invalidantes, recogidos en los artículos 26 y 28 del Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado.

Asimismo, la Entidad también deberá asumir los costes de los informes médicos, exploraciones o pruebas de diagnóstico que prescriban a los mutualistas de MUFACE, los facultativos de los órganos de MUFACE o aquellos a los que MUFACE encomiende esta función, encargados del asesoramiento médico para la gestión de la incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo o riesgo durante la lactancia natural de acuerdo con lo establecido en la Orden PRE/1744/2010, de 30 de junio, por la que se regula el procedimiento de reconocimiento, control y seguimiento de las situaciones de incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado y normas concordantes.

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

CAPÍTULO 5

Régimen jurídico del concierto

5.1 Régimen jurídico del Concierto.

5.1.1 El presente Concierto se rige por:

A. El Texto Refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio especialmente las previsiones contenidas en su artículo 5.2 que señala que el régimen de los Conciertos para la prestación de los servicios de asistencia sanitaria y farmacéutica es el establecido por esta misma Ley y sus normas de desarrollo, las contenidas en el artículo 16 que establece el contenido de la asistencia sanitaria que MUFACE debe prestar a sus mutualistas y beneficiarios protegidos y en el artículo 17.1, que prevé que la asistencia sanitaria pueda facilitarse por Concierto con entidades públicas o privadas.

B. El Reglamento General del Mutualismo Administrativo, aprobado por Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo, especialmente las previsiones contenidas en sus artículos 85 y 86 sobre el contenido y modalidades de cobertura de la asistencia sanitaria prestada fuera del territorio nacional a los mutualistas y beneficiarios de MUFACE destinados y/o residentes en el extranjero y en los artículos 77 y 151.3 sobre el régimen de contratación por Concierto y sus contenidos básicos para la prestación de servicios asistenciales médicos por MUFACE.

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

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

5.2 Régimen de las relaciones basadas en el Concierto.

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

Consecuentemente, son también ajenas al conjunto de derechos y obligaciones que determinan los fines del Concierto y se configuran como relaciones autónomas entre las partes, las que se produzcan entre los mutualistas y beneficiarios con los medios sanitarios que les hayan asistido por causa que afecte o se refiera a la actividad asistencial de dichos medios o al funcionamiento de sus instalaciones o por motivo que afecte o se refiera al ámbito propio del ejercicio profesional de los facultativos que, bajo cualquier título, desarrollen su actividad en dichos centros.

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

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

Contra dichas resoluciones cabrá recurso de alzada ante la persona titular del Ministerio de Política Territorial y Administración Pública. El orden jurisdiccional competente, en su caso, será siempre el contencioso-administrativo.

5.2.3 Régimen de las relaciones entre MUFACE y los representantes acreditados por la Entidad en el extranjero:

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

5.3 Comisión Mixta.

5.3.1 La Comisión mixta, con composición paritaria, estará compuesta por al menos dos representantes de MUFACE y dos de la Entidad. El presidente será designado por el Director General de MUFACE y como secretario actuará un funcionario de MUFACE.

5.3.2 La Comisión Mixta tiene por cometido:

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

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

5.3.3 El régimen de funcionamiento de la Comisión mixta será el regulado en los párrafos siguientes y, en lo no previsto en ellos, se aplicarán las normas sobre funcionamiento de los órganos colegiados previstas en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

La Comisión se reunirá con carácter ordinario, siempre que haya asuntos a tratar, en los primeros quince días de cada mes y con carácter extraordinario, a petición de cualquiera de las partes, siempre que hubiera asuntos a tratar que no admitan demora. En caso de incomparecencia a una reunión de los representantes de la Entidad se entenderá que esta acepta los acuerdos que adopte MUFACE en relación con los asuntos incluidos en el orden del día de la reunión.

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

5.4 Procedimiento para las reclamaciones.

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

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

En aquellos supuestos excepcionales en los que el mutualista o beneficiario con documento asimilado al de afiliación no pueda presentar reclamación y se haya producido una facturación a su nombre o al de alguno de sus beneficiarios por una asistencia que la Entidad podría estar obligada a reintegrar, MUFACE podrá iniciar de oficio la reclamación que considere oportuna ante la Comisión mixta, motivando la causa de esa iniciación de oficio.

5.4.2 Resolución de las reclamaciones: Las reclamaciones se formularán por escrito ante la oficina delegada de MUFACE para el personal en el exterior (en adelante la oficina delegada), acompañando cuantos documentos puedan justificar la misma.

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

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

Contra las resoluciones dictadas por la Dirección General de MUFACE podrá interponerse recurso de alzada ante la persona titular del Ministerio de Política Territorial y Administración Pública, de acuerdo con lo previsto en los artículos 107 a 115 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

5.4.3 Procedimiento de ejecución de reclamaciones estimadas: En las reclamaciones resueltas positivamente por la Dirección General de MUFACE, el procedimiento de ejecución será el siguiente:

A) La Entidad procederá, en el plazo de un mes a partir de la notificación de la resolución, a la autorización de la prestación solicitada o al reembolso 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.

B) Dentro del plazo citado, la Entidad deberá comunicar a la oficina delegada que ha realizado el pago, o que el mismo no se ha efectuado porque el interesado no se ha presentado, no ha aportado los justificantes oportunos o no ha aceptado el referido pago.

C) Si MUFACE no hubiese recibido esta comunicación dentro del plazo indicado o si, superado este plazo, tuviese conocimiento de que se hubiera denegado el pago al interesado, bajo cualquier motivo, el responsable de la oficina delegada, sin más trámites y siempre que existiese en ese momento Concierto en vigor con la Entidad o fuera de aplicación lo dispuesto en la cláusula 6.1.3, expedirá certificación del acuerdo adoptado y de los hechos posteriores y la remitirá al Departamento de gestión económica y financiera de MUFACE. Éste, igualmente sin más requisitos, propondrá el oportuno acuerdo a la Dirección General y deducirá 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 ciento en concepto de penalización a la Entidad y de recíproca compensación al titular por la demora en el reintegro.

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

5.4.4 Reembolso de gastos asumidos indebidamente por MUFACE: Cuando MUFACE detecte que ha asumido gastos por prestaciones cubiertas en el presente Concierto que deberían haber sido a cargo de la Entidad, incluida la facturación de oficinas de farmacia, la Mutualidad procederá, previa comunicación a la Entidad, a efectuar el descuento correspondiente en el pago mensual de las cuotas que ha de abonar a la misma, de acuerdo con lo previsto en la cláusula 6.2 del presente Concierto.

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

5.5.1 Compensaciones económicas por incumplimiento parcial de obligaciones definidas en el Concierto:

La Entidad está obligada a cumplir las obligaciones previstas y plazos fijados en las cláusulas 3.1.4, 3.1.5, 3.2.4 y 3.2.5 de este Concierto.

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

A. Falta de disponibilidad u operatividad del servicio de información y de asistencia telefónica: Si la Entidad no dispone del servicio de información y de asistencia telefónica previsto en la cláusula 3.1.4 o el mismo no está operativo, la Entidad vendrá obligada a satisfacer una compensación económica de 30.000 euros por cada mes o fracción de mes que se haya producido el incumplimiento.

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

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

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

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

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

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

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

C. La prima diaria que se indica en las letras anteriores se calculará multiplicando por 12 la prima mensual que se establece en las cláusulas 6.3.1 y 6.3.2 y dividiendo el resultado por 365.

5.5.3 Procedimiento para la imposición de las compensaciones económicas y de las deducciones por fallos de disponibilidad: En los supuestos en los que se haya detectado un incumplimiento de las obligaciones recogidas en las cláusulas 3.1.4, 3.1.5, 3.2.4 y 3.2.5, en los términos descritos en la cláusula 5.5.1, o un fallo de disponibilidad que, conforme a la cláusula 5.5.2, finalizado el plazo de corrección no ha sido comunicado por la Entidad que ha sido subsanado, el departamento de prestaciones sanitarias de MUFACE incluirá el expediente por incumplimiento o por fallo de disponibilidad para su estudio en el orden del día de la inmediata reunión de la Comisión mixta para que la Entidad presente las alegaciones correspondientes. Estudiado el asunto, se incluirán en la correspondiente acta de la comisión las posiciones mantenidas por MUFACE y la Entidad. En caso de que las posiciones fueran concordantes y el resultado de las mismas fuera que tal incumplimiento o fallo se considera como no producido, bastará que este extremo se recoja en el acta aprobada para dar por finalizado el asunto.

En caso de acuerdo con la existencia de un incumplimiento o fallo, o en caso de desacuerdo de las partes en la Comisión mixta resolverá la Dirección General de MUFACE que fijará el importe de la correspondiente compensación económica o deducción.

Conforme a los términos fijados en la resolución de la Dirección General de MUFACE, se procederá a descontar en el siguiente pago mensual a la Entidad el coste de la compensación o deducción y se notificará a la Entidad que podrá interponer recurso de alzada ante la persona titular del Ministerio de Política Territorial y Administración Pública, de acuerdo con lo previsto en los artículos 107 a 115 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

Cuando el fallo de disponibilidad no hubiera sido corregido en la fecha de celebración de la Comisión mixta procederá efectuar la deducción diaria hasta la fecha en que sea comunicada la corrección, en consecuencia, MUFACE realizará los correspondientes descuentos con periodicidad mensual informando de los mismos a la Entidad en la siguiente sesión de la Comisión mixta.

CAPÍTULO 6

Duración, régimen económico y precio del Concierto

6.1 Duración del Concierto.

6.1.1 Los efectos del presente Concierto se iniciarán a las cero horas del día uno de enero del año 2012 y se extenderán hasta las veinticuatro horas del día treinta y uno de diciembre del año 2013.

6.1.2 El presente Concierto podrá ser prorrogado para los años 2014 y 2015, por mutuo acuerdo de las partes, expresado por escrito en el mes de junio del año precedente al de la prórroga. Cada periodo anual de prórroga comenzará a las cero horas del día uno de enero y finalizará a las veinticuatro horas del día treinta y uno de diciembre, ambos días del año respectivo a que se refiera la prórroga.

6.1.3 Finalizada la duración del Concierto si no se formalizara acuerdo de prórroga para el año 2014, MUFACE retendrá hasta el treinta y uno de enero del año 2015 un diez por ciento del importe a abonar a la Entidad por el mes de diciembre de 2013, con la finalidad exclusiva de hacer frente, por cuenta de la Entidad, a los reembolsos de gastos que sean acordados durante el año 2014 al amparo del presente Concierto. Si la cantidad estimada se agotase o los reembolsos se acordaran con posterioridad a la fecha indicada, la Entidad se obliga a satisfacerlos directa e inmediatamente.

Cuanto se dispone en el párrafo anterior será de plena aplicación para el caso de que, prorrogado el Concierto para el año 2014, no se prorrogase, sin embargo, para el año 2015, y para el supuesto de que, habiéndose prorrogado para 2015 no se formalizara un nuevo Concierto, entendiéndose que las referencias de fechas en aquél contenidas se desplaza a los años siguientes.

6.2 Régimen económico.

6.2.1 Efectos económicos y pagos mensuales: Sin perjuicio del nacimiento y extinción para los mutualistas y beneficiarios de los derechos derivados del Concierto en los términos previstos en la cláusula 1.5, las altas causarán efectos económicos a las cero horas del día uno del mes siguiente a aquél en que se produzcan y las bajas a las veinticuatro horas del último día del mes en que hubieran tenido lugar.

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

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

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

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

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

Siempre que exista sentencia judicial firme en la que se ordene a MUFACE el pago de una indemnización, derivada de responsabilidad directa o subsidiaria por actuaciones asistenciales incluidas en el objeto del Concierto, MUFACE, sin perjuicio de ejecutar la sentencia, repercutirá el importe abonado a la Entidad concertada correspondiente, de acuerdo con el procedimiento previsto en la cláusula 5.4.3 del presente Concierto.

6.3 Precio del Concierto.

6.3.1 La prima mensual que MUFACE abonará a la Entidad por las obligaciones que a ésta corresponden en virtud del Concierto para el año 2012, será de XXX euros al mes por cada mutualista o beneficiario. Los pagos serán satisfechos con cargo a la aplicación 22.102.312E.251.01, dentro de las disponibilidades presupuestarias del Organismo.

6.3.2 Durante el segundo año de duración del Concierto y en los años de posible prórroga resultará procedente la revisión anual de precios por parte de MUFACE, aplicando al concepto de prima fija el ochenta y cinco por ciento de la variación del Índice General de Precios al Consumo del año anterior transcurrido. Este incremento de la prima fija por revisión anual del Índice de Precios al Consumo se hará efectivo en el abono de la primera mensualidad del año y se mantendrá durante los doce meses del año natural.

El mismo porcentaje de revisión se aplicará a la cantidad fijada en el anexo 1.

ANEXO 1

Glosario de términos

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

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

Si el paciente hospitalizado es menor de 15 años la persona que acompañe al menor tendrá derecho a cama de acompañante y pensión alimenticia.

Cuando las características del centro no permitan el alojamiento del acompañante o el menor se encuentre en la UCI, la Entidad abonará al mutualista una cantidad total compensatoria de 50 euros por día, siempre que el acompañante resida en una localidad distinto al del centro sanitario. No se abonará cantidad alguna cuando el acompañante resida en el mismo municipio.

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

- En el anexo 4 de sistema de información sanitaria, se entenderá por pacientes atendidos el número de personas distintas asistidas en cada trimestre declarado.

ANEXO 2

Cartera de servicios

- A. Asistencias preventivas.
1. Inmunizaciones:
 - Calendario vacunal del niño del Sistema Nacional de Salud de España.
 - Vacunación de la rubéola en mujeres.
 - Vacunación del tétanos en adultos.
 - Vacunación de la gripe en grupos de riesgo.
 - Vacunación de la Hepatitis «B» a grupos de riesgo.
 - Otras vacunaciones recomendadas por la Organización Mundial de la Salud, en función de la zona geográfica de residencia o trabajo, o cualquier campaña específica establecida como obligatoria por el Estado de residencia.
 2. Asistencia pediátrica preventiva y consultiva a menores de 15 años.
 3. Asistencia ginecológica preventiva que incluirá todas las pruebas diagnósticas solicitadas por facultativo especialista.
- B. Relación de especialidades cubiertas*.
1. Especialidades médicas y quirúrgicas:
 - Medicina familiar y comunitaria.
 - Alergología.
 - Anatomía patológica.
 - Anestesiología y reanimación.
 - Angiología y cirugía vascular.
 - Aparato digestivo.
 - Cardiología.
 - Cirugía cardiovascular.
 - Cirugía general y del aparato digestivo.
 - Cirugía oral y maxilofacial.
 - Cirugía ortopédica y traumatología.
 - Cirugía pediátrica.
 - Cirugía plástica, estética y reparadora.
 - Cirugía torácica.
 - Dermatología médico-quirúrgica y venereología.
 - Endocrinología y nutrición.
 - Farmacología clínica.
 - Hematología y hemoterapia.
 - Medicina física y rehabilitación.
 - Medicina intensiva.
 - Medicina interna.
 - Medicina nuclear.
 - Medicina preventiva y salud pública.
 - Nefrología.
 - Neumología.
 - Neurocirugía.
 - Neurofisiología clínica.
 - Neurología.
 - Obstetricia y ginecología.

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

- Oftalmología.
- Oncología médica.
- Oncología radioterápica.
- Otorrinolaringología.
- Pediatría y sus áreas específicas.
- Psiquiatría.
- Radiodiagnóstico.
- Reumatología.
- Urología.

2. Otras:

- Análisis clínicos.
- Bioquímica clínica.
- Microbiología y parasitología.
- Inmunología.

3. Otras profesiones sanitarias:

- Fisioterapia.
- Psicología.
- Matrona.
- Enfermería.
- Odontoestomatología.

ANEXO 3

Criterios de disponibilidad de medios en territorio nacional por niveles asistenciales

1. *Criterio general*

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

2. *Disponibilidad de medios de Atención Primaria*

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

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

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

En los municipios de más de 20.000 habitantes además dispondrán como mínimo de un podólogo y una matrona.

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

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

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

3. *Definición de los niveles de atención especializada y cartera de servicios*

La atención especializada se dispensará en los municipios de más de 20.000 habitantes.

Las distintas prestaciones incluidas en la cartera de servicios de atención especializada a facilitar por la Entidad se estructuran en cuatro niveles en orden creciente, en cuya definición se atiende a criterios de población general y número de mutualistas y beneficiarios.

Cada nivel de atención especializada incluye la cartera de servicios de los niveles de atención especializada inferiores, además de los correspondientes servicios de atención primaria de acuerdo a lo establecido en el punto 2.1 de este anexo.

En el apartado 3.5 se incluyen las siguientes tablas descriptivas:

- a) En las tablas 1, 2 y 3 se relacionan las especialidades exigidas en cada nivel de atención especializada en consultas externas o ambulatorias, hospital y urgencias hospitalarias.
- b) En la tabla 4 se relacionan las unidades multidisciplinarias por niveles de atención.
- c) En la tabla 5 se relacionan las especificaciones correspondientes a los contenidos de las diferentes especialidades.

3.1 Nivel I de Atención Especializada.

3.1.1 El marco territorial del nivel I de atención especializada es el de los municipios de más de 20.000 habitantes.

3.1.2 Estos municipios dispondrán de los medios de la cartera de servicios de atención especializada que se especifican en la tabla 1 y que comprenderá la asistencia sanitaria en régimen de consultas externas o ambulatorias, con las especificaciones correspondientes a los contenidos de las diferentes especialidades señaladas en la tabla 5.

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

3.2 Nivel II de Atención Especializada.

3.2.1 El marco territorial del nivel II de atención especializada son los municipios de más de 30.000 habitantes.

3.2.2 Estos municipios dispondrán de los medios de la cartera de servicios de atención especializada que se especifican en las tablas 1, 2, y 3, que comprenderá la asistencia sanitaria en consultas externas o ambulatorias, hospital, urgencias hospitalarias, con las especificaciones correspondientes a los contenidos de las diferentes especialidades señaladas en la tabla 5.

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

3.2.4 La oferta hospitalaria de la Entidad se considerará válida cuando el hospital ofertado se sitúe en un municipio limítrofe, a una distancia inferior a 30 minutos desde el núcleo urbano.

3.3. Nivel III de Atención Especializada.

3.3.1 El marco territorial del Nivel III es la provincia, por lo que todas las capitales de provincia y las ciudades de Ceuta y Melilla contarán con los medios establecidos para este nivel. Además, también existirán estos medios en los municipios de más de 75.000 habitantes.

3.3.2 Estos municipios dispondrán de los medios de la cartera de servicios de atención especializada que se especifican en las tablas 1, 2, 3 y 4, que comprenderá la asistencia sanitaria en consultas externas o ambulatorias, hospital, urgencias hospitalarias y unidades multidisciplinarias, con las especificaciones correspondientes a los contenidos de las diferentes especialidades señaladas en la tabla 5.

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

3.3.4 La oferta hospitalaria de la Entidad se considerará válida cuando el hospital ofertado se sitúe en un municipio limítrofe, a una distancia inferior a 30 minutos desde el núcleo urbano.

3.4 Nivel IV de Atención Especializada.

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

CC AA	Provincia	Municipio
Andalucía	Córdoba.	Córdoba.
Andalucía	Granada.	Granada.
Andalucía	Málaga.	Málaga.
Andalucía	Sevilla.	Sevilla.
Aragón	Zaragoza.	Zaragoza.
Asturias.	Asturias.	Oviedo.
Cantabria	Santander.	Santander.
Castilla-La Mancha.	Albacete.	Albacete.
Castilla y León	Valladolid.	Valladolid.
Cataluña	Barcelona.	Barcelona.
Extremadura.	Badajoz.	Badajoz.
Galicia.	La Coruña.	A Coruña.
Galicia.	Pontevedra.	Vigo.
Illes Balears	Illes Balears.	(Isla de Mallorca) Palma de Mallorca.
Islas Canarias.	Tenerife.	Isla de Tenerife) Santa Cruz de Tenerife.
C.A. de Canarias	Las Palmas.	(Isla de Gran Canaria) Las Palmas de Gran Canaria.
C. de Madrid.	Madrid.	Madrid.
R. de Murcia.	Murcia.	Murcia.
Navarra.	Navarra.	Pamplona.
País Vasco	Bizkaia.	Bilbao.
La Rioja	Logroño.	Logroño.
C. Valenciana	Alicante.	Alicante.
C. Valenciana	Valencia.	Valencia.

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

3.4.3 Con carácter excepcional, en caso de no disponer de medios privados concertados de algunas de estas especialidades de nivel IV en los municipios relacionados, se aceptará, a estos efectos, que estos medios estén disponibles en otra localidad de la Comunidad Autónoma a la que pertenezca el municipio afectado.

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

3.4.5 La oferta hospitalaria de la Entidad se considerará válida cuando el Hospital ofertado se sitúe, en un municipio limítrofe, a una distancia inferior a 30 minutos desde el núcleo urbano.

3.5 Tablas descriptivas.

A) Tabla 1

Especialidades en consulta externa o ambulatoria

Consultas Externas	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV
Alergología				
Análisis clínicos				
Anestesia y reanimación				
Angiología y cirugía vascular				
Aparato digestivo				
Cardiología				
Cirugía cardiovascular				
Cirugía general y aparato digestivo				
Cirugía máxilofacial				
Cirugía ortopédica y traumatología				
Cirugía pediátrica				
Cirugía plástica y reparadora				
Dermatología medicoquirúrgica				
Endocrinología y nutrición				
Ginecología y obstetricia				
Hematología y hemoterapia				
Medicina física y rehabilitación				
Medicina interna				
Medicina nuclear				
Nefrología				
Neurocirugía				
Neumología				
Neurofisiología clínica				
Neurología				
Oftalmología				
Oncología médica				
Oncología radioterápica				
Otorrinolaringología				
Pediatría				
Psiquiatría				
Radiodiagnóstico				
Reumatología				
Urología				

B) Tabla 2
Especialidades en hospital

Hospital	Nivel II	Nivel III	Nivel IV
Alergología			
Análisis clínicos			
Anatomía patológica			
Anestesia y reanimación /URPA			
Angiología y cirugía vascular			
Aparato digestivo			
Cardiología			
Cirugía cardiovascular			
Cirugía general y aparato digestivo			
Cirugía máxilofacial			
Cirugía ortopédica y traumatología			
Cirugía pediátrica			
Cirugía plástica y reparadora			
Dermatología medicoquirúrgica			
Endocrinología y nutrición			
Farmacia			
Ginecología y obstetricia			
Hematología			
Hemoterapia			
Medicina intensiva/UCI			
Medicina física y rehabilitación			
Medicina interna			
Medicina nuclear			
Nefrología			
Neurocirugía			
Neumología			
Neurofisiología clínica			
Neurología			
Oftalmología			
Oncología médica			
Oncología radioterápica			
Otorrinolaringología			
Pediatría			
Psiquiatría			
Radiodiagnóstico			
Reumatología			
Urología			

C) Tabla 3

Especialidades en urgencias hospitalarias

Urgencias Hospitalarias	Nivel II	Nivel III	Nivel IV
Análisis clínicos			
Anestesia y reanimación/URPA			
Angiología y cirugía vascular			
Aparato digestivo			
Cardiología			
Cirugía cardiovascular			
Cirugía general y aparato digestivo			
Cirugía máxilofacial			
Cirugía ortopédica y traumatología			
Cirugía pediátrica			
Ginecología y obstetricia			
Hematología y hemoterapia			
Medicina intensiva/UCI			
Medicina interna			
Nefrología			
Neurocirugía			
Neurología			
Oftalmología			
Otorrinolaringología			
Pediatría			
Psiquiatría			
Radiodiagnóstico			
Urología			

D) Tabla 4

Unidades multidisciplinarias

Unidades	Nivel II	Nivel III	Nivel IV
Unidad del dolor			
Unidad de ictus			
Unidad de T. alimentación			
Unidad de atención temprana			
Unidad de cuidados paliativos			
Unidad de infecciosos			

E) Tabla 5
Especificaciones según especialidad

Especialidad	Especificaciones	N I	N II	N III	N IV
Análisis clínicos	Hematología				
	Bioquímica				
	Microbiología/parasitología				
	Genética/ Citogenética				
	Inmunología				
Aparato digestivo	Endoscopia				
	Capsula endoscópica				
Cardiología	Electrofisiología marcapasos				
	Desfibrilador implantable				
	Ablación/cardioversión				
	Hemodinámica DT				
Ginecología y obstetricia	Ecografía ginecológica				
	Diagnóstico prenatal				
	Obstetricia alto riesgo				
Hematología	Hospital de día				
Medicina nuclear	Medicina nuclear				
	PET-TAC				
Nefrología	Hemodiálisis y diálisis peritoneal				
Neurofisiología clínica	Potenciales evocados				
	Unidad del sueño				
Oncología medica	Hospital de día				
Otorrinolaringología	Rehabilitación vestibular				
Radiodiagnóstico	Radiología convencional				
	Ecografía				
	Mamografía				
	TAC				
	RNM				
	Densitometría				
Rehabilitación	Radiología intervencionista				
	Fisioterapia general				
	Logopedia				
	Rehabilitación cardiaca				
Urología	Rehabilitación suelo pélvico				
	Litotricia				
	Láser verde				

3.6 Servicios de Referencia.

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

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

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

3.6.4 Además de lo señalado en el punto 3.5.2 anterior, dentro de la cartera de servicios de atención especializada se considerarán de referencia las patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos terapéuticos señalados a continuación en la tabla 6:

Tabla 6
Servicios de referencia

Tratamientos complejos del Cáncer	Cirugía con intención curativa del cáncer de esófago. Cirugía con intención curativa del cáncer pancreático. Cirugía de las metástasis hepáticas Cirugía oncológica combinada de los órganos pélvicos. Cirugía radioguiada. Radiocirugía del SNC y extracraneal.
Trasplante de órganos, tejidos y células	
Cirugía torácica	
Unidad de daño cerebral	
Unidad de lesionados medulares	
Unidad de grandes quemados	
Unidad reproducción humana asistida	

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

4. Disponibilidad de medios de Atención Especializada en Consultas Externas o Ambulatorias

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

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

A. Especialidades tipo A: En los municipios de nivel I se dispondrá como mínimo de un facultativo., incrementándose en los siguientes niveles de atención especializada en proporción al número de habitantes Para las especialidades de este tipo se incrementará su número en un facultativo más por cada 15.000 habitantes.

B. Especialidades tipo B: En los municipios de nivel II se dispondrá como mínimo de un facultativo, incrementándose en los siguientes niveles de atención especializada en proporción al número de habitantes. Para las especialidades de este tipo en los niveles II y III se incrementará su número en un facultativo más por cada 20.000 habitantes y para el nivel IV se incrementará en un facultativo más por cada 30.000 habitantes.

C. Especialidades tipo C: En los municipios de nivel IV se dispondrá como mínimo de un facultativo, incrementándose el número de especialistas en un facultativo más por cada 75.000 habitantes.

En la siguiente tabla (tabla 7) se muestran las diferentes especialidades según tipo (A,B y C) y nivel de atención especializada:

Tabla 7
Especialidades según tipo y nivel de atención

Tipo/Nivel	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV
Tipo A Al menos un facultativo, incrementándose uno mas por cada 15.000 habitantes	C. Ortopédica y Traumatología Ginecología y obstetricia Oftalmología Otorrinolaringología	Aparato Digestivo Cardiología Cirugía General y ap. Digestivo Medicina interna Psiquiatría	Dermatología Medicoquirúrgica Urología	
Tipo B Al menos un facultativo, incrementándose uno mas por cada 20.000 habitantes en nivel II y III y uno mas por cada 30.000 habitantes en nivel IV		Medicina física y rehabilitación	Alergología Angiología y Cirugía vascular Endocrinología y nutrición Hematología y hemoterapia Nefrología Neumología Neurología Oncología médica Reumatología	Cirugía plástica y reparadora Neurocirugía
Tipo C Al menos un facultativo, incrementándose uno mas por cada 75.000 habitantes				Cirugía Cardiovascular Cirugía pediátrica Cirugía torácica Oncología Radioterápica

5. Condiciones complementarias para el Territorio insular

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

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

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

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

5.4 La Asistencia especializada 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, debiendo asumir la Entidad los gastos de desplazamiento.

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

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

ANEXO 4

Sistema de información sanitaria

1. Información sobre actividad

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

1.1.1 Número de asistencias mensuales en el extranjero			
Año:			
Trimestre:			
Mes	Importe en Euros	Número de asistencias	Pacientes atendidos

1.1.2 Número de asistencias mensuales en España			
Año:			
Trimestre:			
Mes	Importe en Euros	Número de asistencias	Pacientes atendidos

1.2 Datos desglosados por países:

1.2 Número de asistencias por países						
Año:						
Trimestre:						
País	Importe en Euros	Total asistencias	Reembolso		Pago directo	
			Importe	Asistencias	Importe	Asistencias
Denominación del país por orden alfabético (incluido España)						

1.3 Datos desglosados por tipo de asistencia:

1.3.1 Tipo de Asistencia Sanitaria en el extranjero				
Año:				
Trimestre:				
Tipo de Asistencia	Pacientes atendidos	Importe en euros	Nº total de asistencias	Importe medio
Asistencia primaria				
Especializada: consultas externas				
Especializada: hospitalización				
Prestaciones complementarias				
Prestaciones odontológicas				
Podología				
Medicamentos y productos farmacéuticos				
Evacuación y repatriación				

1.3.2 Tipo de Asistencia Sanitaria en España				
Año:				
Trimestre:				
Tipo de asistencia	Pacientes atendidos	Importe en euros	Nº total de asistencias	Importe medio
Asistencia primaria				
Especializada: consultas externas				
Especializada: hospitalización				
Prestaciones complementarias				
Prestaciones odontológicas				
Podología				
Medicamentos y productos farmacéuticos				
Hospital de día				

1.4 Datos desglosados por especialidad:

1.4 Asistencias por especialidad			
Año:			
Trimestre:			
Especialidad	Importe en euros	Número de asistencias	Número de pacientes
Medicina general/Familiar			
Alergología			
Análisis clínicos			
Anatomía patológica			
Anestesia y reanimación			
Angiología y cirugía vascular			
Aparato digestivo.			
Cardiología			
Cirugía cardiovascular			
Cirugía general y del aparato digestivo			
Cirugía oral y maxilofacial			
Cirugía ortopédica y traumatología			
Cirugía pediátrica			
Cirugía plástica, estética y reparadora			
Cirugía torácica			
Dermatología médico-quirúrgica			
Endocrinología y nutrición			
Estomatología			
Hematológica y hemoterapia.			
Medicina física y rehabilitación			
Medicina intensiva			
Medicina interna			
Medicina nuclear			
Medicina preventiva			
Microbiología y parasitología			
Nefrología			
Neumología			
Neurocirugía			
Neurofisiología clínica			
Neurología			
Obstetricia y ginecología			
Oftalmología			
Oncología médica			
Oncología radioterápica.			
Otorrinolaringología			
Pediatría y sus áreas específicas			
Psiquiatría			
Radiodiagnóstico			
Reumatología			
Urología			

2. Información sobre gestión de las prestaciones sanitarias

2.1 Solicitudes de Asistencia Sanitaria en el extranjero:

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

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

2.2 Solicitudes de asistencia sanitaria en España:

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

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

3. Información sobre los medios ofertados por la Entidad

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

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

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

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

Nombre del fichero	Descripción
Nombreentidad_delegaciones.xls	Contiene toda la información sobre las Delegaciones por países (sucursales o representantes acreditados) de la Entidad.
Nombreentidad_hospitalnacional.xls	Contiene toda la información sobre las clínicas y hospitales privados propios o concertados de la Entidad en España.
Nombreentidad_hospitalextranjero.xls	Contiene toda la información sobre hospitales y centros sanitarios propios o concertados de la Entidad en el extranjero.
nombrentidad_profesionales.xls	Contiene toda la información sobre los profesionales propios o concertados de la Entidad en España.

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

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

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

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

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

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

Campo	Longitud	Descripción
Hospital	6	Código según Catálogo Nacional de Hospitales
Clinica_hospital	150	Denominación de la clínica u hospital
Cif_nif	9	CIF/NIF del centro.
Provincia	2	Código de la provincia.
Municipio	4	Código INE del Municipio.
Numero_camras	4	Indicar el número de camas instaladas.
Nivel_AE	1	Nivel de atención especializada, según anexo 3 del Concerto
Servicio_urgencias	1	Indicar si tiene servicio de urgencias o no. Valores posibles S/N.
Direccion tipo de vía	5	Dirección hospital tipo de vía
Direccion nombre de vía	150	Dirección hospital nombre de vía
Direccion numero de vía	3	Dirección hospital numero de vía
Localidad	150	Localidad del hospital
Codigo_postal	5	Código postal.
Telefono_clinica	9	Teléfono contacto.
Correo_electronico	60	Dirección de correo electrónico de la clínica u hospital

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

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

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

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