

Vengo en concederle la Gran Cruz del Mérito Aeronáutico con distintivo blanco.

Dado en Madrid a 18 de diciembre de 1998.

JUAN CARLOS R.

El Ministro de Defensa,
EDUARDO SERRA REXACH

56 *REAL DECRETO 2795/1998, de 18 de diciembre, por el que se concede la Gran Cruz del Mérito Aeronáutico, con distintivo blanco, al General de Brigada del Cuerpo General del Ejército del Aire don Francisco Rodríguez Touza.*

En atención a los méritos y circunstancias que concurren en el General de Brigada del Cuerpo General del Ejército del Aire don Francisco Rodríguez Touza,

Vengo en concederle la Gran Cruz del Mérito Aeronáutico con distintivo blanco.

Dado en Madrid a 18 de diciembre de 1998.

JUAN CARLOS R.

El Ministro de Defensa,
EDUARDO SERRA REXACH

57 *REAL DECRETO 2796/1998, de 18 de diciembre, por el que se concede la Gran Cruz del Mérito Aeronáutico, con distintivo blanco, al General de Brigada del Cuerpo General del Ejército del Aire don Rafael Sanchiz Pons.*

En atención a los méritos y circunstancias que concurren en el General de Brigada del Cuerpo General del Ejército del Aire don Rafael Sanchiz Pons,

Vengo en concederle la Gran Cruz del Mérito Aeronáutico con distintivo blanco.

Dado en Madrid a 18 de diciembre de 1998.

JUAN CARLOS R.

El Ministro de Defensa,
EDUARDO SERRA REXACH

58 *REAL DECRETO 2797/1998, de 18 de diciembre, por el que se concede la Gran Cruz del Mérito Aeronáutico, con distintivo blanco, al General de Brigada del Cuerpo de Intendencia del Ejército del Aire don Domingo Cervantes Espinosa.*

En atención a los méritos y circunstancias que concurren en el General de Brigada del Cuerpo de Intendencia del Ejército del Aire don Domingo Cervantes Espinosa,

Vengo en concederle la Gran Cruz del Mérito Aeronáutico con distintivo blanco.

Dado en Madrid a 18 de diciembre de 1998.

JUAN CARLOS R.

El Ministro de Defensa,
EDUARDO SERRA REXACH

59 *REAL DECRETO 2798/1998, de 18 de diciembre, por el que se concede la Gran Cruz del Mérito Aeronáutico, con distintivo blanco, al General de Brigada del Cuerpo de Ingenieros del Ejército del Aire don Juan Manuel González Arenal.*

En atención a los méritos y circunstancias que concurren en el General de Brigada del Cuerpo de Ingenieros del Ejército del Aire don Juan Manuel González Arenal,

Vengo en concederle la Gran Cruz del Mérito Aeronáutico con distintivo blanco.

Dado en Madrid a 18 de diciembre de 1998.

JUAN CARLOS R.

El Ministro de Defensa,
EDUARDO SERRA REXACH

60 *REAL DECRETO 2799/1998, de 18 de diciembre, por el que se concede la Gran Cruz del Mérito Aeronáutico, con distintivo blanco, al General de Brigada del Cuerpo de Intendencia del Ejército de Tierra don José Herrero Pérez.*

En atención a los méritos y circunstancias que concurren en el General de Brigada del Cuerpo de Intendencia del Ejército de Tierra don José Herrero Pérez,

Vengo en concederle la Gran Cruz del Mérito Aeronáutico con distintivo blanco.

Dado en Madrid a 18 de diciembre de 1998.

JUAN CARLOS R.

El Ministro de Defensa,
EDUARDO SERRA REXACH

61 *REAL DECRETO 2800/1998, de 18 de diciembre, por el que se concede la Gran Cruz del Mérito Aeronáutico, con distintivo blanco, a don Carlos Espinosa de los Monteros.*

En atención a los méritos y circunstancias que concurren en don Carlos Espinosa de los Monteros,

Vengo en concederle la Gran Cruz del Mérito Aeronáutico con distintivo blanco.

Dado en Madrid a 18 de diciembre de 1998.

JUAN CARLOS R.

El Ministro de Defensa,
EDUARDO SERRA REXACH

MINISTERIO DE ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

62 *RESOLUCIÓN de 9 de diciembre de 1998, de la Dirección General de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, por la que se hace público el texto de los acuerdos firmados por MUFACE con las entidades de seguro de asistencia sanitaria para la prórroga del concierto para la prestación de dicha asistencia durante 1999, y se determina el período de cambio ordinario de entidad.*

Suscritos el día 30 de octubre de 1998 los acuerdos entre la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado y las entidades que se relacionan en el apartado dispositivo tercero de esta Resolución, por los que se prorroga para el año 1999 la duración de los conciertos para la prestación de la asistencia sanitaria a los mutualistas y demás beneficiarios de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado,

Esta Dirección General resuelve:

Primero.—Hacer públicos los citados acuerdos que fueron firmados el 30 de octubre de 1998 por las dos partes, la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado y la entidad correspondiente, con el siguiente tenor literal:

«Manifiestan:

Primero.—La Cláusula 6.1.2 del Concierto suscrito entre MUFACE y la entidad el día 16 de diciembre de 1996, para la prestación de la asistencia sanitaria a los mutualistas y demás beneficiarios de MUFACE durante 1997

(en adelante, Concierto), prevé la posibilidad de prórroga de los efectos del Concierto, año a año, para 1998 y 1999. Esta prórroga deberá ser convenida por mutuo acuerdo de las partes, expresado por escrito en el mes de octubre del año precedente. En aplicación de dicha cláusula, el Concierto suscrito para 1997 fue prorrogado para 1998 en virtud de Acuerdo firmado con la entidad el 27 de octubre de 1997.

Segundo.—Ambas partes consideran conveniente la citada prórroga para el año 1999 y, a dicho fin, el representante de la entidad declara bajo su responsabilidad que la misma mantiene las condiciones exigidas para la firma del Concierto en la Resolución de la Dirección General de MUFACE, de 25 de octubre de 1996, de convocatoria de solicitudes para dicho Concierto, publicada en el «Boletín Oficial del Estado» del día 31 de octubre siguiente.

Tercero.—La aplicación práctica del texto suscrito el 16 de diciembre de 1996 ha revelado la existencia de determinados aspectos que, implícitos en dicho texto, no se encuentran especificados suficientemente en la redacción vigente durante los años 1997 y 1998. Ambas partes están de acuerdo en la necesidad de mejorar la redacción de las cláusulas afectadas a fin de aclarar el alcance de la cobertura del Concierto en los aspectos antes referidos.

En virtud de lo expuesto, acuerdan:

Primero.—El Concierto suscrito entre las partes el 16 de diciembre de 1996 para la prestación de asistencia sanitaria a los mutualistas y demás beneficiarios de MUFACE durante 1997 se prorroga para el año 1999, sin perjuicio de la nueva redacción de las cláusulas recogidas en el anexo I del presente Acuerdo. La prórroga tendrá efectos desde las cero horas del día uno de enero de 1999 hasta las veinticuatro horas del día 31 de diciembre de 1999.

Segundo.—En la redacción del Concierto se introducen las modificaciones que se contienen en el anexo I, que se acompaña al presente Acuerdo como parte integrante del mismo. En el anexo II se contiene el texto refundido en el que se incorporan al Concierto las modificaciones referidas en el anexo I. Este texto refundido será el aplicable durante el período de prórroga.

Tercero.—El precio que MUFACE abonará a la entidad por las obligaciones que a ésta corresponden en virtud del Concierto para 1999 será de 5.244 pesetas/persona/mes.

Cuarto.—Se actualizan, asimismo, las cantidades que se detallan en el baremo para reintegros que se contiene en el anexo V del Concierto, aplicando un incremento del cuatro con ochenta y dos por ciento. Dicho Baremo se sustituye por el que figura como anexo III al presente Acuerdo, en el que se detallan las cifras actualizadas.

Quinto.—De conformidad con la previsión de la base 6.1 de la Resolución de 25 de octubre de 1996, de la Dirección General de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), de convocatoria de presentación de solicitudes para suscribir Concierto para la prestación de la asistencia sanitaria a los mutualistas y demás beneficiarios de MUFACE, la presente prórroga queda sometida a la condición suspensiva de existencia de crédito adecuado y suficiente para financiar las obligaciones derivadas de ella.»

Segundo.—Publicar con esta Resolución el texto íntegro de los conciertos que estarán en vigor en 1999. Dado su carácter técnico, no se publican los anexos V y VI de los conciertos.

Tercero.—Publicar la relación de las entidades firmantes de los acuerdos a que se refiere el apartado primero de esta resolución y que está compuesta por las siguientes:

- «Aegon Unión Aseguradora, Sociedad Anónima».
- «Compañía de Seguros Adeslas, Sociedad Anónima».
- «Asistencia Médica Colegial Extremeña, Sociedad Anónima de Seguros».
- «Aseguradora Islas Canarias de Seguros, Sociedad Anónima».
- «Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, Sociedad Anónima».
- «Cajasalud de Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima».
- «Caser Salud, Compañía de Seguros, Sociedad Anónima».
- «Clínica Cisne Seguros, Sociedad Anónima».
- «Groupama Ibérica, Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima».
- «Iguatorial Colegio de Asistencia Médico Quirúrgica, Sociedad Anónima de Seguros».
- «Iguatorial Médico Quirúrgico Colegial, Sociedad Anónima de Seguros».
- «La Equitativa de Madrid, Compañía de Seguros, Sociedad Anónima».
- «Previassa, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros».
- «Unión Médica Gaditana, Sociedad Anónima de Seguros».

Cuarto.—Durante el mes de enero de 1999, por los titulares adscritos para la prestación de la asistencia sanitaria, tanto al Instituto Nacional de Seguridad Social como a las entidades de seguro de asistencia sanitaria,

se podrá solicitar cambio de entidad. Dentro de dicho plazo, los titulares que lo deseen presentarán su solicitud de cambio, cumplimentando el impreso que a tal efecto se facilitará por el Servicio Provincial u oficina delegada de MUFACE que corresponda, junto con el documento de afiliación, que deberán entregar para su sustitución.

Madrid, 9 de diciembre de 1998.—La Directora general, Ana María Pastor Julián.

CONCIERTO DE LA MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO CON LAS ENTIDADES DE SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA PARA LA PRESTACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA A MUTUALISTAS Y DEMÁS BENEFICIARIOS DE MUFACE DURANTE EL AÑO 1999

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO I

Objeto del Concierto y beneficiarios

1.1 Objeto del Concierto

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

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

1.2 *Beneficiarios en general*

1.2.1 Sin perjuicio de lo que se establece en la cláusula 1.3, son beneficiarios a los efectos del presente Concierto todos los mutualistas y demás beneficiarios de asistencia sanitaria de MUFACE, determinados conforme a sus propias normas, que hayan quedado adscritos a la entidad a dichos efectos.

El reconocimiento de la condición de beneficiario corresponde a MUFACE.

1.2.2 A ciertos fines de gestión y siempre que así se derive del propio texto de las cláusulas, los beneficiarios del Concierto pueden ser denominados titulares, si poseen documento de afiliación a MUFACE propio, o simplemente beneficiarios, cuando figuren en el documento de beneficiarios de un titular. En todo caso, los beneficiarios estarán adscritos a la entidad mientras lo esté el titular del que dependan.

1.2.3 Estarán adscritos a la entidad los titulares que, en su caso, lo estuvieran a 31 de diciembre de 1996 y no cambien de entidad conforme a lo previsto en la cláusula 1.5 o según las reglas de adscripción a la Red Sanitaria de la Seguridad Social y los que la elijan conforme a las normas de dicha cláusula o cuando se produzca su alta en MUFACE.

1.3 *Beneficiarias por maternidad*

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

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

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

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

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

1.5 *Cambio de entidad*

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

A) Con carácter ordinario y general, durante el mes de enero de cada año, en la forma que se establezca por MUFACE.
B) Con carácter extraordinario:

- Cuando se produzca un cambio de destino del titular con traslado de provincia.
- Cuando el interesado obtenga la conformidad expresada por escrito de las dos entidades afectadas.
- Cuando, por concurrir circunstancias objetivas que justifiquen el cambio de una pluralidad de titulares afectados por el mismo problema de asistencia sanitaria, la Dirección General de MUFACE acuerde la apertura de plazo especial de elección de entidad.

1.6 *Mutualistas no adscritos a entidad médica*

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

La entidad prestará la asistencia y, en el plazo de los cinco días hábiles siguientes, notificará los hechos a MUFACE para que proceda al alta del

mutualista en la entidad con efectos del quinto de los citados días y al abono de los gastos de la asistencia prestada hasta la fecha de efectos del alta.

CAPÍTULO II

Medios de la entidad

2.1 *Normas generales*

2.1.1 Los medios de la entidad son los siguientes:

A) Centros, instalaciones o establecimientos propios de la entidad o concertados por la misma bajo cualquier régimen jurídico.

B) Personal sanitario, facultativo y no facultativo, dependiente de la entidad mediante una relación de carácter laboral o vinculados a la misma mediante una relación de carácter civil.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.6 Programa de Comparabilidad.—El Programa de Comparabilidad de MUFACE se orienta a garantizar la calidad de la asistencia sanitaria mediante la determinación de las características de los servicios ofertados por la entidad. El Programa de Comparabilidad establece los criterios, tanto funcionales como de proceso, que deben reunir todos los servicios sanitarios, propios o concertados, ofertados por la entidad.

La entidad facilitará a MUFACE los datos relativos a las características de cada uno de los centros o servicios de su catálogo de servicios que se contienen en el cuestionario de comparabilidad que a tal fin le proporcionará MUFACE. MUFACE podrá verificar la exactitud de las contestaciones al cuestionario de comparabilidad para lo cual la entidad facilitará, en cuanto esté a su alcance, el acceso a los centros y servicios.

La información sobre los centros y servicios derivada del Programa de Comparabilidad se integrará en los informes de seguimiento del Concierto que periódicamente serán objeto de análisis en las comisiones mixtas. La entidad propondrá a MUFACE los planes de mejora de la oferta de servicios que resulten pertinentes a partir de la información obtenida del Programa de Comparabilidad. MUFACE podrá difundir información derivada del Programa de Comparabilidad que resulte de interés para los mutualistas.

2.1.7 Protocolos clínicos.—MUFACE impulsará, en colaboración con la entidad y sus profesionales, el desarrollo y aplicación de protocolos clínicos de actuación relacionados con las patologías más prevalentes en la población. Dicha colaboración se realizará de forma participativa y corresponsable, tanto en la selección de protocolos, como en su validación clínico-epidemiológica, y en su implantación en la práctica asistencial de los asegurados de MUFACE, con el fin de que sirvan como instrumentos de ayuda en la toma de decisiones clínicas y con el objetivo de contribuir a la mejora de la calidad asistencial y la eficiencia en la utilización de recursos.

2.1.8 Información sanitaria.—MUFACE podrá utilizar todos los datos e información proporcionada por la entidad con el fin de mejorar la gestión y calidad de sus prestaciones, todo ello con respecto a lo previsto en la Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, sobre Regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal.

2.2 Prestaciones sanitarias

A) La asistencia sanitaria comprende las siguientes modalidades:

- Atención primaria.
- Atención especializada.
- Prestaciones farmacéuticas.
- Prestaciones complementarias.
- Servicios de información y documentación sanitaria.

B) La asistencia sanitaria se estructura en niveles asistenciales por tamaños de población:

- Nivel I de asistencia sanitaria: Localidades de hasta 20.000 habitantes.
- Nivel II de asistencia sanitaria: Municipios de más de 20.000 hasta 75.000 habitantes.
- Nivel III de asistencia sanitaria: Municipios de más de 75.000 habitantes y capitales de provincia.
- Nivel IV de asistencia sanitaria: Comunidades Autónomas.

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

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

C) La entidad deberá promover paulatinamente el desarrollo de medidas para lograr un enfoque integral de la asistencia sanitaria y en especial pondrá en marcha, a lo largo de 1999, los siguientes programas:

I. Programa de Inmunizaciones:

- Calendario vacunal del niño.
- Vacunación de la rubeola en mujeres.
- Vacunación del tétanos en adultos.
- Vacunación de la gripe en grupos de riesgo.
- Vacunación de la Hepatitis «B» a grupos de riesgo.

(Todas las vacunaciones incluyen registro de personas vacunadas).

II. Programa de salud buco-dental:

- Del niño (hasta los catorce años), incluyendo:
 - Revisión periódica.
 - Aplicación de flúor tópico.
 - Selladores oclusales y obturadores.
- Prevención de caries en la mujer embarazada.

III. Programa de prevención del cáncer de cérvix, endometrio y mama.

2.2.1 Nivel I de asistencia sanitaria:

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

La disponibilidad de medios se ajustará a las siguientes reglas:

- Un médico general por cada 1.500 habitantes o fracción.
- Una enfermera/o por cada 2.500 habitantes o fracción.
- Un pediatra por cada 1.500 habitantes menores de catorce años o fracción.
- Una matrona y un fisioterapeuta por cada 20.000 habitantes.
- Un odontólogo por cada 12.000 habitantes.

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

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

Cartera de servicios de atención primaria:

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

Criterio supletorio:

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

2.2.2 Nivel II de asistencia sanitaria:

En los municipios de más de 20.000 hasta 75.000 habitantes se prestarán, además de los servicios de atención primaria contemplados en la cláusula 2.2.1, los siguientes servicios de atención especializada:

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

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

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

Atención de urgencia: Hospitalaria y extrahospitalaria.

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

Cartera de servicios de atención especializada del Nivel II de asistencia sanitaria (cuadro I):

CUADRO I

Cartera de servicios de atención especializada de Nivel II

Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades funcionales	Servicios	Unidades funcionales
Área Médica: A. Digestivo. Cardiología. Estomatología. Medicina Interna. Obstetricia.	Ecografía.	Área Médica: Hemoterapia. Medicina Interna. Obstetricia.	

Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades funcionales	Servicios	Unidades funcionales
Pediatría. Psiquiatría. Rehabilitación.	Logopedia.	Pediatría. Rehabilitación. U.C.I.	
Área Quirúrgica:		Área Quirúrgica:	
Cirugía General. Ginecología. Oftalmología. O.R.L. Traumatología.		Anestesia y reanimación. Cirugía General. Ginecología. Oftalmología. O.R.L. Traumatología.	
Servicios Centrales:		Servicios Centrales:	
Análisis Clínicos.		Análisis Clínicos. Anatomía Patológica. Farmacia. Radiodiagnóstico.	
Radiodiagnóstico.	Radiología General. Ecografía. Mamografía. T.A.C.		Radiología General. Ecografía. Mamografía. T.A.C.
Urgencias.		Urgencias.	

2.2.3 Nivel III de asistencia sanitaria:

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

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

Asistencia especializada en régimen de hospitalización.

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

Asistencia especializada en régimen de hospitalización a domicilio.

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

Atención de urgencia: Hospitalaria y extrahospitalaria.

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

Cartera de servicios de atención especializada del Nivel III de asistencia sanitaria (cuadros II, III y IV):

CUADRO II

Cartera de servicios de atención especializada de Nivel III

Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades funcionales	Servicios	Unidades funcionales
Área Médica:		Área Médica:	
Alergología. Aparato Digestivo. Cardiología. Dermatología. Endocrinología. Estomatología. Hematología. Medicina Interna. Nefrología.	Electrofisiología.	Alergología. Aparato Digestivo. Cardiología. Dermatología. Endocrinología.	Endoscopia Digestiva. Electrofisiología.
Neumología. Neurología. Obstetricia. Oncología Médica.	Hemodiálisis y Diálisis peritoneal domiciliaria.	Hematología. Medicina Interna. Nefrología.	Hospital de Día. Unidad de Infecciosos. Hemodiálisis y Diálisis peritoneal.
Pediatría. Psiquiatría.	Ecografía.	Neumología. Neurología. Obstetricia. Oncología Médica.	Endoscopia Respiratoria.
Rehabilitación y Fisioterapia.		Pediatría. Psiquiatría.	Quimioterapia. Hospital de Día. Neonatología. Unidad de desintoxicación. Hospital de Día.
		Rehabilitación.	Unidad de Atención Temprana. Unidad de Hospitalización a Domicilio.

CUADRO III

Cartera de servicios de atención especializada de Nivel III

Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades funcionales	Servicios	Unidades funcionales
<p>Área Quirúrgica:</p> <p>Angiología y C. Vascular. Cirugía General y Digest. Cirugía Maxilofacial. Cirugía Pediátrica.</p> <p>Ginecología.</p> <p>Oftalmología. O.R.L. Traumatología y C. Ortopédica. Urología.</p>	<p>Ecografía.</p>	<p>Área Quirúrgica:</p> <p>Anestesiología.</p> <p>Cirugía General y Digest. Cirugía Maxilofacial. Cirugía Pediátrica. Cirugía Vascular. Ginecología.</p> <p>Oftalmología. O.R.L. Traumatología y C. Ortopédica. Urología.</p> <p>Unidad de Cuidados Intensivos.</p>	<p>Unidad de Despertar. Unidad de Reanimación. Unidad de Dolor.</p> <p>Laparoscopia.</p> <p>I.V.E. Ligadura de Trompas.</p> <p>Litotricia. Vasectomía. Endoscopia. Adultos. Pediátrica.</p>

CUADRO IV

Cartera de servicios de atención especializada de Nivel III

Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades funcionales	Servicios	Unidades funcionales
<p>Servicios Centrales:</p> <p>Análisis Clínicos-Bioquímica.</p> <p>Radiodiagnóstico.</p> <p>Urgencias.</p>	<p>Radiología General. Ecografía. Mamografía. T.A.C. R.N.M. Densitometría Ósea.</p>	<p>Servicios Centrales:</p> <p>Laboratorio.</p> <p>Farmacia. Neurofisiología.</p> <p>Radiología.</p> <p>Urgencias.</p>	<p>Anatomía Patológica. Bioquímica. Farmacología. Hematología. Inmunología. Microbiología. Parasitología.</p> <p>Potenciales Evocados. E.M.G. Radiología General. Ecografía. Mamografía. T.A.C. R.N.M. Densitometría Ósea.</p>

2.2.4 Nivel IV de asistencia sanitaria:

Por comunidades autónomas, la Entidad deberá disponer de los medios asistenciales que aparecen en el Cuadro V. Dichos servicios deberán existir, al menos, en cada comunidad autónoma o, en su defecto, en una comunidad autónoma limítrofe a aquélla en la que resida el beneficiario.

Cartera de servicios de atención especializada del Nivel IV de asistencia sanitaria (cuadro V):

CUADRO V
Cartera de servicios de atención especializada del Nivel IV

Consultas externas	Hospitalización	
Servicios	Servicios	Unidades funcionales
Cardiología. Cirugía Cardiovascular. Cirugía Plástica y Reparadora. Cirugía Torácica. Medicina Nuclear. Neurocirugía.	Cardiología. Cirugía Cardiovascular. Cirugía Plástica y Reparadora. Cirugía Torácica. Medicina Nuclear. Neurocirugía. Neurofisiología. Obstetricia de Alto Riesgo. Oncología Radioterápica. Planificación Familiar. Unidad de Reproducción Asistida. Trasplantes. Unidad de Quemados. Unidad de Lesionados Medulares. Laboratorio. Radiología.	Hemodinámica Diagnóstica. Hemodinámica Terapéutica. Cirugía Estereotáxica. Unidad del Sueño. Cobaltoterapia. Radiumterapia e Isótopos Radiactivos. Braquiterapia. Acelerador Lineal. Consejo Genético. F.I.V. Inseminación Artificial. Banco de Semen. Corazón. Córnea. Hígado. Médula Ósea. Páncreas. Pulmón. Riñón. Genética. Citogenética. Genética Molecular. Medicina Nuclear. Angiografía digital. Gammacámara. Radiología Intervencionista.

2.2.5 Garantía de accesibilidad a los medios.—En caso de no disponer de los medios que en cada nivel asistencial exige la cartera de servicios del presente Concierto y siempre que ello se deba a la inexistencia de recursos sanitarios privados o a la imposibilidad de concertar con la red sanitaria pública, la entidad deberá facilitar dichos medios en las localidades de nivel inmediato superior en que existan. En todo caso, se garantizará la asistencia sanitaria de urgencia que corresponda en cada nivel.

2.2.6 Atención de urgencia.—Se define la atención de urgencia como aquélla que garantiza la atención inmediata y continuada de cualquier emergencia sanitaria, ya sea actuando directamente sobre el paciente hasta su resolución definitiva, o garantizando su traslado en las mejores condiciones posibles a otro centro propio o concertado.

La atención de urgencia deberá contar con los recursos humanos y materiales necesarios para el adecuado cumplimiento de su función y se prestará a todos los beneficiarios de cualquier edad, de forma continuada y permanente, con igual calidad y capacidad de atención y resolución durante las veinticuatro horas del día, todos los días del año.

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

a) Nivel I de asistencia sanitaria: La atención primaria de urgencia se prestará, de forma continuada, durante las veinticuatro horas del día, a las personas de cualquier edad, mediante la atención médica y de enfermería en régimen ambulatorio y domiciliario.

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

2.2.7 La entidad facilitará el acceso a los centros y servicios incluidos en las carteras de servicios a fin de que MUFACE pueda comprobar la adecuación de los medios de la Institución respecto a la oferta de servicios realizada.

2.3 Prestaciones complementarias

2.3.1 Oxigenoterapia, ventiloterapia y aerosolterapia a domicilio.—Requiere volante de prescripción de especialista de la entidad y presentación a la misma para su autorización.

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

Quedan excluidos los implantes osteointegrados para prótesis dentarias.

2.3.3 Transporte para la asistencia sanitaria:

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

a) Transporte ordinario: Es el que se efectúa en automóvil, autobús, ferrocarril, barco y avión.

Estos traslados se valorarán siempre por su coste en líneas regulares de transporte en autobús o ferrocarril o, si procediese por tratarse de provincias insulares o las ciudades de Ceuta y Melilla, barco o avión en clase normal o turista.

b) Transporte extraordinario: Comprende el transporte en ambulancia, ambulancia medicalizada, UVI móvil, avión y helicóptero medicalizados, y taxi.

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

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

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

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

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

Entre distintos niveles de asistencia sanitaria.

A servicios radicados fuera de una localidad de nivel III de asistencia sanitaria, en el supuesto de que la entidad no disponga de los medios exigidos en este nivel.

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

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

A servicios de nivel IV de asistencia sanitaria, siempre que sea fuera de la localidad de residencia.

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

C) Condiciones generales: Con carácter general, todos los desplazamientos precisan autorización previa de la entidad, excepto los que se produzcan:

Por razones de urgencia.

En los casos de desplazamientos en medios ordinarios para recibir tratamientos periódicos a la localidad más próxima en que la entidad disponga de medios. En estos casos se entenderá que la autorización para el tratamiento lleva implícita la autorización para el desplazamiento.

Para desplazarse en medios ordinarios entre niveles de asistencia sanitaria en el supuesto de no disponer de los medios exigidos en cada uno de ellos.

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

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

2.3.4 Información y documentación sanitaria.—La entidad se ocupará activamente de que los profesionales y centros sanitarios incluidos en su catálogo de servicios cumplan las obligaciones que a cargo de ellos se recogen en este Concierto y en especial las siguientes:

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 particular:

Informar al paciente y a sus familiares o allegados de sus derechos y deberes, para la correcta utilización de los servicios sanitarios.

Dar al paciente y a sus familiares o allegados, información en términos comprensibles, completa y continuada, verbal o escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.

Posibilitar la libre elección entre opciones que le presente el responsable médico, en su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos:

Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.

Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares o personas allegadas a él.

Cuando la urgencia no permita demoras, por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.

b) Requerir a sus centros para que cumplimenten el informe de alta, al finalizar la estancia en una institución hospitalaria o el informe de consulta externa en atención especializada.

El informe de alta deberá adaptarse a lo establecido en la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 6 de septiembre de 1984, y demás disposiciones que son de aplicación a los hospitales públicos, debiendo contener, en todo caso, el conjunto mínimo básico de datos siguiente:

Datos de afiliación del usuario.

Motivo de consulta.

Valoración al inicio del tratamiento.

Resultado de la anamnesis y de la exploración clínica.

Resultado de las exploraciones complementarias practicadas.

Orientación diagnóstica.

Tratamiento, procedimientos practicados y recomendaciones terapéuticas.

Fecha de inicio del proceso y fecha del alta.

Nombre legible y firma del facultativo responsable.

El informe de alta será entregado en mano al paciente o, por indicación del médico responsable, al familiar o tutor legal, en el momento en que se produzca el alta del centro sanitario. Asimismo, se le facilitará una copia para su entrega al médico responsable del seguimiento del paciente en el ámbito extrahospitalario.

Otra copia del informe de alta quedará archivada en la historia clínica.

c) Requerir a sus centros propios y concertados el desarrollo de un dispositivo de información que permita el conocimiento de los servicios prestados en los mismos, así como de los procesos atendidos. Para ello deberán establecer el registro y codificación de las variables que conforman el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria, de los pacientes ingresados.

d) Comunicar o entregar, a petición del interesado, un ejemplar de su historia clínica o determinados datos contenidos en la misma, sin perjuicio de la obligación de su conservación en el centro sanitario, dejando constancia escrita de todo el proceso y garantizando, en todo caso, la confidencialidad de toda la información relacionada con el proceso y la estancia del paciente en instituciones sanitarias.

e) Cumplimentar los informes médicos precisos para la concesión o valoración de la incapacidad temporal de los funcionarios, así como aquellos informes que sean necesarios para acreditar las situaciones de embarazo, parto o maternidad.

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

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

h) Requerir a sus facultativos y centros de su cartera de servicios para que bajo las condiciones y el régimen establecido en el anexo IV realicen a los mutualistas los informes, exploraciones o pruebas de diagnóstico que en dicho anexo se especifican.

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

2.4 Incorporación de nuevos medios de diagnóstico y tratamiento

Cualquier nueva técnica de diagnóstico o tratamiento que aparezca después de la firma del Concerto, constituirá medio obligatorio para la entidad cuando sea implantada en la red sanitaria pública. En caso de duda, se estará a lo dispuesto en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

2.5 Catálogo de servicios de la entidad

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

2.5.2 Los catálogos serán de ámbito provincial e incluirán:

Cartera de servicios de atención primaria y especializada, por niveles de asistencia sanitaria, ofertada y forma de acceder a la misma, desglosada por consulta externa y hospitalización, según lo previsto en las cláusulas 2.2.1, 2.2.2, 2.2.3 y 2.2.4, ordenados en sentido decreciente.

Relación, con dirección, teléfono y horarios de funcionamiento de los siguientes servicios:

Servicios de urgencia.
Centros hospitalarios con su nombre.
Facultativos con nombre y apellidos, agrupados por especialidades.
Servicios de ambulancias.
Servicio de información de la entidad.

Otros servicios: Centros de rehabilitación, radiodiagnóstico, laboratorios, etc. Deberá constar, junto al nombre del mismo, los nombres y apellidos de los profesionales responsables de la asistencia.

Relación exhaustiva de los medios de la entidad que precisan la autorización previa de la misma; entre los servicios que requieren autorización previa de la entidad no podrá figurar ningún otro distinto a los relacionados en el anexo III.

Además de lo indicado en los puntos anteriores, contendrá la relación de los servicios de información, urgencias y ambulancias correspondientes a las restantes provincias, a fin de facilitar su utilización en caso de desplazamiento de los beneficiarios.

Los catálogos de servicios no podrán incluir publicidad que pueda inducir a confusión con las prestaciones incluidas en el presente concierto.

2.5.3 La entidad editará bajo su responsabilidad los catálogos de servicios, que deberán coincidir en su contenido con la cartera de servicios. La entidad deberá remitir a MUFACE, antes del 15 de noviembre, los catálogos de servicios que se vayan a distribuir en el ejercicio siguiente; en su caso, MUFACE comunicará a la entidad sus observaciones a los catálogos.

La entidad enviará a los servicios centrales de MUFACE, antes del 31 de diciembre, los catálogos de servicios de las distintas provincias y pondrá a disposición de los mutualistas que tenga adscritos el catálogo que corresponda a la provincia en que éstos residan; asimismo, facilitará a los Servicios Provinciales y Oficinas Delegadas de MUFACE un número suficiente de ejemplares para su entrega a los mutualistas que lo soliciten.

La entidad remitirá, antes del 31 de diciembre del año anterior al que vaya a estar vigente, la cartera de servicios debidamente firmada.

En cualquier caso, la cartera de servicios y los catálogos deberán actualizarse, al menos una vez al año, debiendo poner a disposición de los mutualistas los ejemplares modificados o adenda a los mismos. Las modificaciones de la cartera de servicios, debidamente firmadas por la entidad, se enviarán a los servicios centrales de MUFACE.

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

Las bajas serán puestas en conocimiento de los servicios provinciales de MUFACE correspondientes en el plazo de quince días hábiles y, si redujeran un catálogo de servicios en forma tal que se incumplieran las exigencias mínimas establecidas en este capítulo, la entidad procederá a completarlo simultáneamente, comunicando asimismo a MUFACE los servicios, centros o facultativos que hayan de sustituir a las bajas producidas. Además, si la reducción o los cambios afectan a más del 25 por 100 del contenido inicial del catálogo, la entidad queda obligada a adoptar

las medidas precisas para que los titulares adscritos a la misma puedan disponer de los nuevos catálogos.

En el supuesto de que la entidad no cumpliera lo establecido en el párrafo anterior, se obliga a asumir los gastos que se deriven de la utilización por los beneficiarios de los servicios que presten los centros y facultativos incluidos en el último catálogo vigente.

CAPÍTULO III

Utilización de los medios de la entidad

3.1 Norma general

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

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

3.2 Alcance de la acción protectora

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

3.3 Ámbito territorial

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

3.4 Disposiciones comunes

3.4.1 Identificación.—Se deberá acreditar previamente la condición de beneficiario, exhibiendo el correspondiente documento de afiliación a MUFACE y, en su caso, el de beneficiarios. Uno y otro podrán ser sustituidos por el documento individual de asistencia sanitaria, expedido por MUFACE de acuerdo con sus propias normas.

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

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

3.4.2 Cheques de asistencia.—Los talonarios de los cheques de asistencia serán confeccionados por la entidad y puestos a disposición de los servicios provinciales de MUFACE para su entrega a los beneficiarios sin coste alguno para éstos. También podrán ser facilitados en las oficinas de la entidad.

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

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

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

3.5 Libertad de elección de facultativo y centro

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

3.6 Contenido de la atención sanitaria

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

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

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

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

3.6.4 Asistencia en régimen de hospitalización.—Se prestará en los centros de la entidad, propios o concertados:

A) Requisitos: El ingreso en un hospital precisará:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Curas.

Alimentación según dieta prescrita.

Nutrición parenteral y enteral.

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

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

Estancias en UCI.

E) Hospitalización por maternidad: En el momento del ingreso o, en todo caso, antes del alta hospitalaria, deberá presentarse en el centro la autorización de la entidad. A efectos de la asistencia al recién nacido se tendrá en cuenta lo dispuesto en la cláusula 1.4.2. Si la práctica de la ligadura de trompas se decidiera en el mismo momento del parto sin haberse indicado en la prescripción del ingreso, los gastos causados por este concepto serán también a cargo de la entidad.

F) Hospitalización por asistencia pediátrica: Se prestará a los niños de cero a catorce años inclusive. En todo caso, la persona que acompañe al niño tendrá derecho a cama y pensión de acompañante.

Cuando el acompañante resida en localidad distinta a la del centro sanitario, si las características del centro no permiten su alojamiento o bien el niño se encuentra en la UCI, la entidad abonará al mutualista una cantidad compensatoria de 4.500 pesetas por día.

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

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

Durante la hospitalización a domicilio la entidad cubre los mismos gastos que durante la hospitalización en centro sanitario, incluidos los tratamientos de nutrición enteral a los que se refiere la Orden Ministerial de 15 de julio de 1998, por la que se regulan los tratamientos dietoterápicos complejos y las dietas enterales para patologías especiales, en MUFACE. Sólo quedan excluidos los gastos derivados de la estancia y alimentación natural.

3.7 Farmacia

Los facultativos de la entidad prescribirán los medicamentos y demás productos farmacéuticos en los términos establecidos en el Real Decreto 83/1993, de 22 de enero, que regula la selección de los medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud, y en el Real Decreto 1663/1998, de 24 de julio, por el que se amplía la relación de medicamentos a efectos de su financiación con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la sanidad, así como sus desarrollos posteriores. Las prescripciones deberán realizarse en las recetas oficiales de MUFACE, según el modelo incluido en el anexo VI y de conformidad con lo establecido en el Real Decreto 1910/1984, de 26 de septiembre, de recetas médicas. La entidad promoverá que los datos de identificación —nombre y dos apellidos, número de colegiado y provincia— de sus facultativos en las recetas se hagan constar mediante sello.

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

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

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

Los medios, elementos o productos farmacéuticos precisos para la realización de técnicas diagnósticas, tales como medios de contraste, laxantes drásticos a los que se refiere la Resolución de la Dirección General de MUFACE de 21 de septiembre de 1998, u otros, los dispositivos intrauterinos (DIU) y las jeringuillas de insulina u otros sistemas no precargados de administración de la misma, serán siempre a cargo de la entidad.

3.8 Utilización directa del servicio de ambulancias

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

3.9 Especificaciones complementarias

3.9.1 Diagnóstico y tratamiento de la esterilidad.—La entidad viene obligada a asumir los gastos necesarios para obtener el diagnóstico de la esterilidad, el cual se entenderá, cuando proceda, a la pareja.

Las técnicas de reproducción asistida serán a cargo de la entidad únicamente cuando la mujer sobre la que se vaya a realizar la técnica sea

beneficiaria de MUFACE. La entidad estará obligada a financiar todas las pruebas y actuaciones necesarias en las parejas de las mutualistas sometidas a técnicas de reproducción asistida. Estarán comprendidas todas las técnicas de fertilización implantadas en el territorio nacional con arreglo a la Ley de Reproducción Asistida.

Asimismo, será por cuenta de la entidad la criopreservación del semen durante el plazo que marca la legislación vigente, en aquellos casos de beneficiarios que vayan a someterse a tratamientos quirúrgicos y/o de quimioterapia y radioterapia.

3.9.2 Estomatología y Odontología.—Comprenderá el tratamiento de las afecciones estomatológicas en general, incluyendo toda clase de extracciones, limpieza de boca una vez por año o, previo informe justificativo del facultativo especialista, y la periodoncia.

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

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

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

3.9.3 Rehabilitación:

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

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

Programa de ejercicios.

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

Número de sesiones calculadas para finalizar el plan.

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

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

d) La obligación de la entidad terminará cuando se haya conseguido la recuperación funcional totalmente o el máximo posible de ésta por haber entrado el proceso en un estado de estabilización insuperable, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento y ocupacional, excepto en los casos de reagudización del proceso.

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

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

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

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

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

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

3.10 Supuesto especial

A) Cuando, por decisión propia y para una determinada intervención, un beneficiario elija a un médico no concertado con la entidad, podrá solicitar de ésta que se haga cargo del internamiento en un centro de

la misma, siempre que la petición esté fundada en la continuidad asistencial en procesos patológicos graves o en que el médico sea familiar suyo, incluyendo el concepto de familiar hasta el quinto grado de parentesco, tanto por consanguinidad como por afinidad.

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

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

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

CAPÍTULO IV

Utilización de medios no concertados

4.1 Norma general

De conformidad con lo establecido en los artículos 19 de la Ley de Seguridad Social de Funcionarios Civiles del Estado y 90 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo, en relación con la cláusula 3.1 del presente concierto, cuando un beneficiario, por decisión propia o de sus familiares, utilice medios no concertados con la entidad, deberá abonar, sin derecho a reintegro, los gastos que puedan ocasionarse, excepto en los casos de denegación injustificada de asistencia y en los de asistencia urgente de carácter vital.

4.2 Denegación injustificada de asistencia

4.2.1 En aplicación de lo previsto en el artículo 90.2 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo, se produce denegación injustificada de asistencia:

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

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

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

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

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

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

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

En este supuesto de denegación, el beneficiario que utilice los medios ajenos especificados en la prescripción presentada a la entidad tendrá derecho a que la misma le reintegre los gastos ocasionados, igualmente sin necesidad de comunicarle el comienzo de la asistencia sanitaria. El reintegro deberá efectuarse dentro del plazo de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que el beneficiario presente ante la entidad la oportuna reclamación por escrito, acompañando los justificantes de dichos gastos.

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

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

4.2.2 El beneficiario podrá presentar reclamación en el servicio provincial u oficina delegada correspondiente cuando la entidad incurra en alguno de los supuestos de denegación injustificada de asistencia previstos en el apartado anterior, o no efectúe el reintegro de los gastos ocasionados en los plazos señalados en dicho apartado.

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

4.3 Asistencia urgente de carácter vital

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

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

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

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

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

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

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

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

Si se realiza después del mencionado plazo, pero antes de que transcurran cinco años a contar desde el inicio de la asistencia, el beneficiario

tendrá derecho al reintegro de los gastos según el baremo que figura como anexo V. La entidad deberá efectuar el reintegro dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que el beneficiario presente los justificantes de dichos gastos.

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

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

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

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

CAPÍTULO V

Régimen jurídico del concierto

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

5.1.1 El presente concierto, realizado al amparo de lo previsto en los artículos 19.1 de la Ley 29/1975, de 27 de junio, sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado y 75.3 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo, aprobado por Decreto 843/1976, de 18 de marzo, se halla excluido del régimen establecido en la Ley 13/1995, de 18 de mayo, de Contratos de las Administraciones Públicas, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3.1.d) de la misma, y se acomoda a lo señalado en el artículo 2.º de la Orden del Ministerio para las Administraciones Públicas de 21 de octubre de 1986, por la que se establecen las normas sobre el régimen de contratación y patrimonio de MUFACE, sin perjuicio de que le serán de aplicación los principios de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas para resolver las dudas y lagunas que pudieran presentarse.

5.1.2 Son relaciones basadas en el Concierto:

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

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

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

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

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

5.2 Naturaleza y régimen de las relaciones asistenciales

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

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

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

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

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

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

5.3 Comisiones Mixtas

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

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

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

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

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

5.3.5 El funcionamiento de las Comisiones Mixtas Provinciales se ajustará a las siguientes normas:

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

B) En caso de incomparecencia a una reunión de los representantes de la entidad, se remitirán las actuaciones a la Comisión Mixta Nacional para el estudio de las reclamaciones y cuestiones incluidas en el orden del día.

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

D) De cada sesión se levantará acta por el Secretario, cuyo proyecto, con su firma, se enviará inmediatamente a la entidad para su conocimiento, conformidad y devolución una vez firmada por el representante de la mis-

ma, en cuyo momento se entenderá aprobada. De existir discrepancias sobre el contenido del acta, se solventarán mediante las gestiones oportunas entre ambas partes y, en todo caso, en la reunión siguiente.

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

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

5.4 Procedimiento para las reclamaciones

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

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

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

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

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

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

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

5.4.4 En caso de que las citadas gestiones no prosperasen o de reclamación no estimada urgente, el Servicio Provincial formalizará el oportuno expediente, lo incluirá en el orden del día de la inmediata reunión de la Comisión Mixta Provincial y estudiado el mismo se levantará la correspondiente acta en la que constará necesariamente las posiciones de MUFACE y la entidad sobre la reclamación planteada.

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

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

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

5.4.8 Las resoluciones dictadas por los Directores de los Servicios Provinciales y por la Dirección General de MUFACE serán notificadas a la entidad y a los interesados. Contra ellas podrá interponerse recurso ordinario ante el Ministro de Administraciones Públicas, de acuerdo con lo previsto en los artículos 107 a 114 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, en relación con el artículo 2.º del Real Decreto 1733/1994, de 29 de julio, por el que se adecuan los procedimientos en materia de Mutualismo Administrativo.

5.5 Procedimiento de ejecución de reclamaciones de reembolso estimadas

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

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

B) Dentro del plazo citado, la entidad deberá comunicar al Servicio Provincial de MUFACE:

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

C) Si MUFACE no hubiese recibido esta comunicación dentro del plazo indicado o si, superado este plazo, tuviese conocimiento de que se hubiera denegado el pago al interesado, bajo cualquier motivo, el Director del Servicio Provincial, sin más trámites y siempre que existiese concierto en vigor, expedirá certificación del acuerdo adoptado y de los hechos posteriores y la remitirá al Departamento Financiero de MUFACE. 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 100 en concepto de penalización a la entidad y de recíproca compensación al titular por la demora en el reintegro.

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

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

CAPÍTULO VI

Duración, precio y régimen económico del concierto

6.1 Duración del concierto

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

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

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

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

El colectivo afectado deberá elegir nueva entidad durante el plazo que establezca MUFACE y la elección tendrá efectos a las cero horas del día 1 de febrero de 1998, sin perjuicio, en todo caso, de lo previsto para hospitalizaciones y maternidad en el párrafo primero de esta cláusula.

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

6.2 Precio del concierto

6.2.1 El precio que MUFACE abonará a la entidad por las obligaciones que a ésta corresponden en virtud del concierto para 1999, será de 5.244 pesetas/persona/mes, que serán satisfechas con cargo a la aplicación presupuestaria 22.102.412L.251.

6.2.2 En cada año de prórroga del concierto, el precio que MUFACE habrá de satisfacer a la entidad sufrirá un incremento sobre el precio abonado en el año anterior que tendrá en cuenta el aumento que experimenten los créditos de la Política de Sanidad, así como las disponibilidades presupuestarias de MUFACE. En todo caso, el incremento no será inferior a la variación prevista para el IPC para el año al que se aplique la prórroga.

6.3 Régimen económico del concierto

6.3.1 Sin perjuicio del nacimiento y extinción para los beneficiarios de los derechos derivados del concierto en los términos previstos en las cláusulas correspondientes, las altas causarán efectos económicos a las cero horas del día 1 del mes siguiente a aquél en que se produzcan y las bajas a las veinticuatro horas del último día del mes en que hubieran tenido lugar. Consiguientemente, cada pago mensual tendrá en cuenta el número de titulares y de beneficiarios existente a las cero horas del día 1 del mes de que se trate y se efectuará por MUFACE, por cheque nominativo o transferencia bancaria, dentro de los quince primeros días del mes siguiente, previas las retenciones o los descuentos que procedan con arreglo a la Resolución de Convocatoria y al concierto, con sus anexos. El pago mensual correspondiente a diciembre podrá anticiparse, total o parcialmente, a los diez últimos días de dicho mes.

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

6.3.3 La cinta o relación podrá ser comprobada por la entidad junto con la información suministrada directamente por los Servicios Provinciales de MUFACE, a fin de que, si estimara que existen diferencias, pueda formular las siguientes reclamaciones:

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

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

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

6.3.6 En el supuesto de asistencia sanitaria por lesiones producidas o enfermedad derivada o agravada por accidentes cubiertos por cualquier modalidad de seguro obligatorio o cuando el coste de la asistencia sanitaria prestada deba ser satisfecho legal o reglamentariamente por organismos públicos distintos de MUFACE o por entidades privadas, la entidad, sin

perjuicio de cubrir en todo caso la asistencia, podrá subrogarse en los derechos y acciones de los beneficiarios relativos al importe de los gastos derivados de dicha asistencia sanitaria, realizando a su cargo las gestiones necesarias para reintegrarse del coste de la misma. Los beneficiarios, por su parte, estarán obligados a facilitar a la entidad los datos necesarios para ello.

6.3.7 Siempre que exista sentencia judicial firme en la que se ordene a MUFACE el pago de una indemnización, derivada de responsabilidad directa o subsidiaria por actuaciones asistenciales incluidas en el objeto del concierto, MUFACE, sin perjuicio de ejecutar la Sentencia, repercutirá el importe abonado a la entidad concertada correspondiente, de acuerdo con el procedimiento previsto en el epígrafe 5.5 del presente concierto.

Por MUFACE,

Por la entidad,

Relación de anexos

Anexo I: Medios de asistencia en zonas rurales.

Anexo II: Territorio insular. Condiciones especiales complementarias para las islas de los archipiélagos balear y canario.

Anexo III: Relación de servicios de la entidad que precisan autorización previa de la misma.

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

Anexo V: Baremo para reintegros.

Anexo VI: Modelo oficial de receta de MUFACE.

ANEXO I

Medios de asistencia en zonas rurales

Según el presente Concierto, la entidad debe disponer de determinados medios de asistencia sanitaria en todo el territorio nacional, pero en las zonas rurales se produce la circunstancia de que, por lo general, no existen medios privados que puedan llevar a cabo dicha asistencia bajo la dependencia de la entidad, puesto que únicamente disponen de medios el Instituto Nacional de la Salud y los Organismos Gestores de la Asistencia Sanitaria de las Comunidades Autónomas con transferencias en este ámbito competencial.

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

Primero.—MUFACE podrá convenir con el Instituto Nacional de la Salud y con los Organismos Gestores de la Asistencia Sanitaria de las Comunidades Autónomas la prestación de los siguientes servicios a los mutualistas y demás beneficiarios que la entidad tenga adscritos:

A) Servicios sanitarios de asistencia primaria en poblaciones que no dispongan de medios privados suficientes.

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

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

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

Tercero.—MUFACE realizará cada pago mensual con cargo al importe del mismo mes que deba abonar a la entidad por el concierto, trasladándole la justificación correspondiente.

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

ANEXO II

Territorio insular

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

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

En las islas no capitalinas con población inferior a 75.000 habitantes, el Catálogo de Servicios de la entidad deberá incluir los servicios establecidos en el capítulo II del presente concierto para los Niveles I y II de asistencia sanitaria. En caso de inexistencia de dichos medios, la entidad garantizará la asistencia en la isla más próxima en que disponga de los mismos, debiendo asumir los gastos de desplazamiento.

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

3. La entidad asumirá los gastos de desplazamiento del beneficiario, a los servicios de los Niveles III y IV de asistencia sanitaria y en el supuesto de inexistencia de medios previsto en el punto 1 anterior, en los medios especificados en la cláusula 2.3.3, apartados A) o B), según proceda, previa prescripción escrita de facultativo de la entidad.

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

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

ANEXO III

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

1. Consultas y hospitalizaciones:

- a) Hospitalización.
- b) Hospitalización domiciliaria.
- c) Cirugía ambulatoria.

2. Técnicas diagnósticas, tratamientos y técnicas quirúrgicas:

- a) Odontostomatología: Tartrectomía —limpieza de boca— y periodoncia.
- b) Rehabilitación: Todas las técnicas.
- c) Oxigenoterapia, ventiloterapia y aerosolterapia a domicilio.
- d) Tratamientos de diálisis peritoneales y hemodiálisis.
- e) Oncología: Inmunoterapia y Quimioterapia.
- f) Diagnóstico por imagen: Tomografía Axial Computarizada, Resonancia Magnética, Ortopantomografía y Mamografía.
- g) Tratamiento en Unidad de Dolor.
- h) Tratamiento en Unidad del Sueño.
- i) Todos los servicios correspondientes al Nivel IV de asistencia sanitaria.
- j) Litotricia renal

3. Transporte para la asistencia sanitaria:

- a) Transporte en medios extraordinarios.
- b) Transporte en medios ordinarios:

Para tratamientos periódicos

A servicios de Nivel IV de asistencia sanitaria fuera de la localidad de residencia.

ANEXO IV

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

La entidad, conforme a la cláusula 2.3.4.g) del concierto facilitará la realización de los informes médicos, exploraciones o pruebas de diagnós-

tico que prescriban a los mutualistas de MUFACE los facultativos de los órganos de valoración de incapacidades dentro del procedimiento de jubilación por incapacidad permanente para el servicio regulado en la Resolución de la Secretaría de Estado para la Administración Pública del 29 de diciembre de 1995 y normas concordantes, a cuyo fin queda obligada a realizar a los mutualistas que estén adscritos a ella los citados informes, exploraciones o pruebas a través de los facultativos, servicios o centros de su Cartera de Servicios y en la forma establecida en el punto primero.

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

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

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

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

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

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

C) Entregará al mutualista una fotocopia del impreso.

Segundo.—Al término de cada trimestre natural, la entidad remitirá al Departamento Financiero de MUFACE relación de los informes, exploraciones o pruebas realizadas en el trimestre, con indicación expresa del precio correspondiente, que será, precisamente, el que figure en el anexo Quinto de este concierto. Cada informe, exploración o prueba que conste en la relación deberá ir justificada con el original del correspondiente impreso de prescripción, cumplimentado en la forma prevista en el punto primero.

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

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

A) Modelo de sello para autorización de prescripciones por MUFACE:

70	
MUFACE (ESPACIO PARA EL NOMBRE DEL SERVICIO PROVINCIAL U OFICINA DELEGADA)	
FECHA	
PRESCRIPCIÓN AUTORIZADA Para asignación de facultativo PRE- SÉNTENSE este impreso en las OFI- CINAS DE LA ENTIDAD MÉDICA del mutualista	(ESPACIO PARA LA FIRMA DEL DIRECTOR DEL SERVICIO O JEFE DE LA OFICINA DELEGADA)
35	35

Nota: La firma podrá estar incluida en el sello.

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

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

....., a de de 199...

EL MUTUALISTA,

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

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