

III. Otras disposiciones

PRESIDENCIA DEL GOBIERNO

102

ORDEN de 29 de noviembre de 1983 por la que se concede la aprobación de seis prototipos de contadores eléctricos, marca «Enertec Schlumberger», tipos: «A6A21 ab Tu IMO 15» de 3 por 220/380 V; «A6A21 ab Tu IMO 15» de 3 por 63,5/110 V; «A6A21 ab Ou IMS 15» de 3 por 63,5/110 V; «A6A21 ab Dsu IMO 15» de 3 por 220/380 V, y «A6A21 ab Tu» de 3 por 63,5/110 V.

Ilmos. Sres.: Vista la petición interesada por la Entidad «Cia. para la Fabricación de Contadores y Material Industrial, S. A.», domiciliada en Montornés del Vallés (Barcelona), calle Vial, número 5, en solicitud de aprobación de seis prototipos de contadores eléctricos, marca «Enertec Schlumberger», sistema trifásico 4 hilos para energía activa, tipos: «A6A21 ab Tu IMO 15» de 3 por 220/380 V y 5 A; «A6A21 ab Tu IMO 15» de 3 por 63,5/110 V y 5 A; «A6A21 ab Ou IMS 15» de 3 por 63,5/110 V y 5 A; «A6A21 ab Dsu IMO 15» de 3 por 220/380 V y 5 A y «A6A21 ab Tu» de 3 por 63,5/110 V y 5 A, fabricados en Francia.

Esta Presidencia del Gobierno, de conformidad con las normas previstas en el Decreto de 12 de marzo de 1954; Decreto 955/1974, de 28 de marzo, por el que se someten a plazo de validez temporal las aprobaciones de los modelos-tipo de aparatos de pesar y medir, y con el informe emitido por la Comisión Nacional de Metrología y Metrotecnia, ha resuelto:

Primero.—Aprobar en favor de la Entidad «Cia. para la Fabricación de Contadores y Material Industrial, S. A.», por un plazo de validez que caducará el día treinta y uno de diciembre de mil novecientos noventa y tres (31-12-93), los seis contadores eléctricos, marca «Enertec Schlumberger», sistema trifásico 4 hilos para energía activa, cuyos tipos, características y precios máximos de venta serán: «A6A21 ab Tu IMO 15» de 3 por 220/380 V y 5 A, ochenta y nueve mil ochocientos sesenta y cinco (89.805) pesetas; «A6A21 ab Tu IMO 15» de 3 por 63,5/110 V y 5 A, ochenta y nueve mil ochocientos sesenta y cinco (89.805) pesetas; «A6A21 ab Ou IMS 15» de 3 por 63,5/110 V y 5 A, sesenta y una mil ochocientas setenta y tres (61.873) pesetas; «A6A21 ab Dsu IMO 15» de 3 por 63,5/110 V y 5 A, sesenta y tres mil novecientos sesenta y cinco (63.965) pesetas; «A6A21 ab Tu» de 3 por 63,5/110 V y 5 A, cincuenta y cuatro mil ciento veinte (54.120) pesetas.

Segundo.—La aprobación temporal de los prototipos anteriores queda supeditada al cumplimiento de todas y cada una de las condiciones de carácter general aprobadas por Orden de la Presidencia del Gobierno de 11 de julio de 1983 («Boletín Oficial del Estado» del día 6 de agosto).

Tercero.—Próximo a transcurrir el plazo de validez temporal que se concede (31 de diciembre de 1993), el fabricante, si lo desea, solicitará de la Comisión Nacional de Metrología y Metrotecnia prórroga de la autorización de circulación, la cual será propuesta a la Superioridad de acuerdo con los datos, estudios y experiencias llevados a cabo por la Comisión Nacional de Metrología y Metrotecnia, de la Presidencia del Gobierno.

Cuarto.—Los contadores correspondientes a los prototipos a que se refiere esta disposición llevarán una placa indicadora en la que conste:

- Nombre de la casa constructora, o marca del contador, tipo del contador y designación del sistema.
- Número de fabricación del contador, que coincidirá con el grabado en una de sus piezas principales interiores (chasis).
- Clase de corriente para la que deben ser empleados los contadores; condiciones de la instalación; características normales de la corriente para la que se ha de utilizar; número de revoluciones por minuto que corresponden a un kilovatio hora.
- Fecha del «Boletín Oficial del Estado» en que se publique la aprobación del contador.

Lo que comunico a VV. II. para su conocimiento.

Dios guarde a VV. II.

Madrid, 29 de noviembre de 1983.—P. D. (Orden de 31 de mayo de 1983), el Subsecretario, José María Rodríguez Oliver.

Ilmos. Sres. Presidente de la Comisión Nacional de Metrología y Metrotecnia y Director general de Innovación Industrial y Tecnología.

103

ORDEN de 2 de enero de 1984 por la que se fija para el ejercicio de 1984 el coeficiente multiplicador del subsidio de jubilación de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado.

Excmo. e Ilmo. Sres.: La disposición final primera del Real Decreto 606/1983, de 16 de marzo, por el que se regulan los subsidios de defunción y jubilación de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado autoriza a la Presidencia del Gobierno mediante Orden ministerial, a revisar el coeficiente multiplicador para el cálculo del subsidio de jubilación, en función de las posibilidades de financiación.

Aprobados los Presupuestos Generales del Estado para 1984, debe revisarse el coeficiente multiplicador en razón de los créditos asignados para estas atenciones.

En su virtud, este Ministerio ha tenido a bien disponer:

Primero.—El coeficiente multiplicador previsto en el número 2.º del artículo 4.º del Real Decreto 606/1983, de 16 de marzo, se fija en 1.

Segundo.—Los efectos económicos de la presente Orden entrarán en vigor el 1 de enero de 1984.

Lo que comunico a V. E. y a V. I. a los efectos oportunos Madrid, 2 de enero de 1984.

MOSCOSO DEL PRADO Y MUÑOZ

Excmo. Sr. Secretario de Estado para la Administración Pública e Ilmo. Sr. Gerente de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado.

104

RESOLUCION de 2 de enero de 1984, de la Secretaría de Estado para la Administración Pública por la que se publica el concierto suscrito por la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado para la prestación de asistencia sanitaria.

De conformidad con lo previsto en el artículo 19 de la Ley 28/1975, de 27 de junio, sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, y en el artículo 75 del Reglamento del Mutualismo Administrativo, aprobado por Decreto 843/1976, de 18 de marzo, se ha concertado por la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE) la prestación de servicios de asistencia sanitaria para el año 1984 con diversas entidades.

A los efectos de poner en conocimiento de los mutualistas el alcance exacto de sus derechos y obligaciones en materia de asistencia sanitaria y la forma en que procede su prestación, se hace público el texto del citado Concierto, así como la relación de las entidades que lo han suscrito; por lo que esta Secretaría de Estado para la Administración Pública ha resuelto:

Primero.—Publicar el texto del Concierto conforme al cual será facilitada por la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado la asistencia sanitaria durante 1984 (anexo I), así como la relación de entidades que han suscrito dicho Concierto con aquella (anexo II).

Segundo.—La asistencia sanitaria prestada por el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) a los mutualistas adscritos o que se adscriban a dicho Instituto, continuará rigiéndose por el Convenio suscrito el 24 de febrero de 1977 que establece la prestación de dicha asistencia con arreglo a las condiciones determinadas para el régimen general de la Seguridad Social.

Tercero.—1. Se establece el plazo del 5 al 25 de enero de 1984 como período para que los mutualistas que lo deseen puedan solicitar su adscripción a alguna de las entidades expresadas en el anexo II o al INSALUD. Dentro del indicado plazo deberán también solicitar la adscripción los mutualistas que resulten obligados a ello por no haberse concertado con la entidad que tenían asignada en 1983.

Este plazo será el único de carácter ordinario para solicitar el cambio de entidad sin perjuicio de los supuestos extraordinarios previstos en la cláusula 2.ª del Concierto.

2. A estos efectos, en las delegaciones de MUFACE se expedirán los cuadros médicos y hospitalarios de las entidades en la correspondiente provincia y las organizaciones, propias o coaseguradas, a través de las cuales prestarán servicio en el resto del territorio nacional.

3. Por las delegaciones de MUFACE se realizará la adscripción de oficio de quienes, debiendo elegir entidad, no lo hayan realizado antes del día 25 de enero.

Madrid, 2 de enero de 1984.—El Secretario de Estado para la Administración Pública, Francisco Ramos y Fernández Torrecilla.

ANEXO I

Concierto para la asistencia sanitaria entre la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado y la entidad:

durante 1984

En la sede central de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, en Madrid, paseo de Juan XXIII, 26, a de diciembre de 1983,

REUNIDOS

De una parte, el ilustrísimo señor don

Cerente de la Mutualidad citada, en nombre y representación de la misma;

Y de otra don

con DNI , en su condición de

de la entidad

según consta en la copia de la escritura notarial de fecha

ante el Notario don

de

, que exhibe.

ACUERDAN

Conceder la prestación de los servicios de asistencia sanitaria, a cargo de la entidad

y en favor de los mutualistas titulares y beneficiarios que están adscritos a la citada entidad o se adscriban durante el año, con arreglo a las cláusulas del presente contrato, que es de naturaleza administrativa.

El Concierto se establece para la prestación de servicios en todas las provincias y bajo la forma que para cada una se expresa en documento que presenta la entidad.

CAPITULO PRIMERO

Normas generales

1.1 La entidad se obliga, en el más amplio sentido, y salvo en lo expresamente excluido, a prestar la asistencia sanitaria prevista en este Concierto tendente a conservar o restablecer la salud de todos los mutualistas y beneficiarios a ella adscritos.

La asistencia sanitaria referida comprende la prestación de los servicios de asistencia médica, quirúrgica y sanatorial, por enfermedad común o profesional, accidente, cualquiera que sea su causa, y por embarazo, parto y puerperio.

1.2 Todos los gastos que, por todos los conceptos, originen las citadas prestaciones serán por cuenta de la entidad, así como los originados por los costes de medicación en caso de internamiento sanatorial, asistencia en centros de urgencia y asistencia hospitalaria y hemodiálisis realizadas a domicilio.

Excepto los supuestos recogidos en el presente Concierto queda excluida la medicación, si bien los facultativos de la entidad, que gozarán de libertad de prescripción farmacéutica, vienen obligados a utilizar la receta oficial de MUFACE, a cuyo efecto, los correspondientes talonarios de recetas serán entregados por MUFACE a sus mutualistas a fin de que sean presentados en el acto médico.

1.3 La entidad confeccionará los cuadros médico-sanatoriales y pondrá a disposición de las delegaciones de MUFACE, el día 1 de enero, el número necesario de ejemplares para distribuir a los mutualistas. Los cuadros incluirán los datos relativos a sus servicios de urgencia y de información, la lista de sus facultativos por especialidades denominadas según Real Decreto 2015/1978, de 15 de julio, los Centros asistenciales y demás información relativa a la provincia en la que el beneficiario de la asistencia tenga su domicilio. También incluirán los servicios de urgencia y de información de las restantes provincias. Contendrán, igualmente, las indicaciones precisas para la utilización de los servicios.

1.4 Los mutualistas y sus beneficiarios deberán manifestar su condición para recibir la asistencia, acreditándolo con la siguiente documentación que será comprobada por los facultativos y demás personal sanitario que figure en los cuadros de la entidad:

- Documento de afiliación a MUFACE.
- Cheque de asistencia, facilitado gratuitamente por la entidad o a través de las delegaciones de MUFACE. El uso de estos cheques es intransferible aunque puede ser usado indistintamente por los beneficiarios, vieniendo obligados éstos a cumplimentar correctamente los datos exigidos en los talones y a su adecuada utilización.
- El documento nacional de identidad, si fuera requerido a efectos de identificación.

En los casos en que, por razones de urgencia en la petición, no sea posible aportar esta documentación, se presentará en un plazo máximo de cuarenta y ocho horas.

1.5 La asistencia se prestará en todo el territorio nacional, tanto por los servicios propios de la entidad adjudicataria como por los de las entidades coaseguradoras, sin necesidad de otro requisito que la exhibición de la documentación señalada en el párrafo anterior, y sin que el contenido de la asistencia pueda limitarse por razón del domicilio del mutualista.

1.6 La entidad queda obligada a contratar pólizas con los mutualistas que lo deseen en favor de sus hijos mayores de veintidós años y menores de veinticinco, que dependan económicamente de aquéllos, para la prestación de la asistencia sanitaria en la misma forma y condiciones que las del presente Convenio, excepción hecha de lo dispuesto sobre utilización de recetas oficiales para dispensación de productos farmacéuticos. La suscripción de dicha póliza deberá efectuarse directamente por el mutualista durante los tres meses anteriores al cumplimiento de los veintidós años del hijo.

En los supuestos de hijos mayores de veintidós años y menores de veinticinco que estuvieran acogidos a otro Régimen de la Seguridad Social y perdieran su condición de beneficiarios, sería de aplicación lo anteriormente establecido, contando el plazo de tres meses a que se ha hecho referencia, a partir de la fecha de baja en otro Régimen aludido.

1.7 La entidad se obliga a que los facultativos de sus cuadros extiendan los partes de baja, alta y confirmación de enfermedad, así como los de embarazo y parto, a los mutualistas, en el modelo oficial que se establezca.

La cumplimentación de los aludidos partes, no devengará otros honorarios que los que abone la entidad según sus normas, por la asistencia sanitaria prestada por el facultativo.

1.8 La entidad se obliga a no modificar los cuadros asistenciales que presenta, comprometiéndose a no efectuar modificación en los mismos durante 1984. En el supuesto de que, por necesidad fuera preciso efectuarla, la entidad lo pondrá en conocimiento de MUFACE, comunicando al mismo tiempo el facultativo o clínica que hayan de sustituir la baja producida en el caso de que quede reducido el cuadro de manera importante. En el supuesto de que la entidad no cumpliera lo establecido en los párrafos anteriores, se obliga a asumir los gastos que se deriven de la utilización por los mutualistas y beneficiarios de los servicios que presten los facultativos y las clínicas incluidos en el citado cuadro y que hubiesen causado baja.

CAPITULO II

Destinatarios

2.1 La asistencia sanitaria se dispensará por la entidad a todos los mutualistas y beneficiarios en situación de alta en la misma y de conformidad con lo establecido en el presente Concierto.

La situación de alta se presumirá siempre que se exhiba la documentación expresada en el párrafo 1.4.

2.2 El mutualista que, habiendo adquirido la condición de funcionario, no haya formalizado su adscripción a una de las entidades concertadas y, precisando asistencia sanitaria la requiera en las oficinas de la entidad, hará constar su condición de funcionario de la Administración Civil del Estado.

La entidad prestará la asistencia y en un plazo de cinco días hábiles siguientes notificará los hechos a MUFACE para que proceda al alta del mutualista en la misma entidad y al abono de los gastos de la asistencia prestada.

2.3 La entidad prestará la asistencia sanitaria por maternidad a:

- Las mutualistas afiliadas y en alta.
- Las beneficiarias a cargo de los mutualistas en alta.
- Las esposas de los mutualistas titulares, que tendrán siempre derecho a esta asistencia.

2.4 El derecho a reclamar asistencia sanitaria de la entidad comienza en el momento en que el mutualista haya quedado formalmente adscrito a la entidad por la delegación de MUFACE salvo en el supuesto previsto en la cláusula 2.2; no existen plazos de carencia.

El recién nacido queda adscrito a la entidad, y causa alta en ella, desde el mismo momento del parto, formalizándose la adscripción lo antes posible. En el supuesto de que ambos progenitores estén adscritos como titulares al Régimen de MUFACE, el recién nacido se incorporará a la entidad a la que pertenezca la madre.

En todos los casos, los efectos económicos del alta en la entidad se computarán a partir del mes siguiente al del día del alta.

La extinción del derecho se producirá al establecer MUFACE la baja en la adscripción a la entidad; los efectos económicos se extinguirán con el mes en que se haya producido la baja.

2.5 MUFACE facilitará mensualmente, antes del día 15 del mes siguiente a aquel en que se produzcan, los ejemplares de los documentos de afiliación de las altas, relaciones de bajas de mutualistas y beneficiarios y de las variaciones producidas, entregando, con la liquidación mensual y respecto al mes anterior al que se liquida, cinta magnética o relación con los datos de todas las altas, bajas y variaciones producidas en

dicho período, comunicando la cifra de colectivo total adscrito a la misma, referida al último día de dicho mes. La cinta o relación podrá ser comprobada por la entidad junto con la información suministrada directamente por las delegaciones de MUFACE, formulando ante los Servicios Centrales de MUFACE las reclamaciones que, por diferencias, procedan mediante dos tipos de reclamaciones:

- a) Las relativas a los mutualistas, incluidos los que afecten a sus beneficiarios si existen.
- b) Las relativas a beneficiarios exclusivamente.

La entidad presentará las reclamaciones separadamente en función de la clasificación anterior acompañando cinta magnética o relación de las mismas características técnicas que la entregada por MUFACE, conteniendo la información en la que se funda la reclamación en el plazo máximo de tres meses a partir de la comunicación mensual del estado del colectivo y relación de incidencias. MUFACE resolverá en los tres meses siguientes a dicha presentación.

La entidad viene obligada a no incluir en sus reclamaciones las que corresponden a supuestos que den lugar a cantidades atrasadas, siempre que la información individualizada de tales supuestos le haya sido comunicada en fecha anterior a la de reclamación, pues, de lo contrario se desestimará la petición, sin perjuicio de que la entidad repita la reclamación, subsanando el defecto; esta incidencia suspenderá el plazo de tres meses antedicho, volviendo a contar a partir de la fecha de comunicación de MUFACE. Una vez transcurrido el aludido plazo de tres meses sin que se hubiese presentado reclamación se entenderá que existe conformidad por parte de la entidad, adquiriendo firmeza el pago efectuado en función de dicho colectivo.

2.6 Los mutualistas podrán cambiar de entidad una vez al año durante los días del mes de enero que se señalen por la Gerencia de MUFACE.

La Gerencia de MUFACE podrá asimismo autorizar, con carácter extraordinario, aquellos cambios de entidad que, afectando a una pluralidad de mutualistas, obedezcan a razones de urgencia, oportunidad o rescisión de Convenio con la entidad a la que inicialmente se hallaban adscritos.

Igualmente se autorizarán individualmente cambios de entidad, con carácter extraordinario, cuando se produzca el cambio de destino del mutualista que implique traslado.

CAPITULO III

Forma de prestación de la asistencia y modalidades

Sección 1.ª Formas de prestación

3.1 En la asistencia sanitaria que se concierda, rige el principio general de libertad de elección de facultativos de entre los que figuren en el cuadro médico de la entidad.

A esos efectos y salvo que en la localidad de que se trate no haya más que un facultativo o un máximo de 60 mutualistas, la entidad hará que figure en dicho cuadro un mínimo de dos médicos de familia por cada 200 beneficiarios por localidad o demarcación geográfica, y dos pediatras de familia por cada 400 beneficiarios.

Por lo que se refiere a los especialistas, y de acuerdo con la distribución geográfica que se expondrá seguidamente, a partir de nivel comarcal, la entidad pondrá a disposición un mínimo de dos facultativos por especialidad, en número proporcional al de beneficiarios, de acuerdo con los criterios utilizados por el INSALUD, excepto cuando no exista más que un especialista en la localidad, o un máximo de 200 mutualistas.

3.2 Sin perjuicio de lo anterior, las realizaciones de la asistencia se efectuarán por áreas geográficas, teniendo en cuenta la distribución de los mapas sanitarios provinciales que se aplicarán a medida que se publiquen, y en defecto de ellos, regirán las normas siguientes:

3.2.1 Las áreas o niveles geográficos estarán constituidos por la unidad sanitaria local, la subcomarca, la comarca, el medio urbano y la región.

3.2.2 La unidad sanitaria local se constituye por conjuntos de población hasta un total aproximado de 5.000 habitantes, comprendiendo en cada localidad la asistencia general, esto es, los servicios de: medicina de familia, pediatría de familia, ATS o practicante y matrona.

3.2.3 La subcomarca sanitaria agrupa varias unidades sanitarias locales, con un total entre 25.000 y 30.000 habitantes, disponiendo, además de los servicios de éstas, de los de obstetricia y ginecología, estomatología, análisis clínicos, electro-radiología, cirugía general, anestesiología y reanimación y rehabilitación.

3.2.4 La comarca sanitaria incluye varias subcomarcas hasta totalizar una población de 75.000 a 100.000 habitantes y contará, además de con los anteriores, con los siguientes servicios:

- a) Especialidades médicas: cardiología, reumatología, oftalmología, otorrinolaringología, aparato digestivo, hematología y hemoterapia.
- b) Especialidades quirúrgicas: oftalmología, traumatología y cirugía ortopédica y otorrinolaringología.

3.2.5 El medio urbano sanitario lo constituyen las capitales de provincia y localidades con población aproximada a los 100.000 habitantes. Comprenderá todas las especialidades del nivel comarcal complementadas con las siguientes:

a) Alergia, dermatología y venereología, endocrinología y nutrición, medicina interna, neurología, psiquiatría, reumatología, nefrología, oncología, geriatría, aparato digestivo, urología, anatomía patológica, radiodiagnóstico, radioterapia, microbiología y parasitología, medicina nuclear y bioquímica única.

b) Técnicas de diagnóstico: audiograma, electrocardiografía y fonocardiografía, endoscopias en las diferentes especialidades, ecografía y exploración funcional en los diversos aparatos, metabolismo basal y reflexograma aquileo, radiodiagnóstico general y pediátrico (incluido Scanner), análisis clínicos (químicos, bioquímicos, biológicos y microbiológicos), exploraciones eléctricas, isótopos radiactivos, angiocardiografía, electroencefalografía, electromiografía y ultrasonografía Doppler, y demás técnicas de diagnóstico.

c) Medios de tratamiento: electrología, rayos ultravioleta, rayos infrarrojos, onda corta, diatermia, microondas, ultrasonido), fisioterapia (kinesioterapia, mecanoterapia, termoterapia, hidroterapia en centros de rehabilitación), hemoterapia oxigenoterapia (en domicilio o en internamiento), electro-shock, rayo laser, aerosolterapia y ventiloterapia, neumotórax artificial y demás medios de tratamiento.

3.2.6 La región sanitaria permitirá un sistema completo y autosuficiente y figurará establecido en las localidades donde exista Facultad de Medicina. Además de las especialidades y técnicas consiguientes para los niveles geográficos anteriores, comprenderá los siguientes: inmunología, cardiología de consulta, psiquiatría de consulta, neurología de consulta, oftalmología de consulta, especialidades pediátricas, cirugía maxilofacial, cirugía pediátrica, angiología y cirugía vascular, cirugía cardiovascular, cirugía torácica, neurocirugía, traumatología y cirugía ortopédica, otorrinolaringología, oftalmología, cirugía plástica y reparadora y neurología clínica.

3.2.7 Centros de urgencia.

La asistencia por razones de urgencia deberá realizarse en los centros sanitarios que figuren en el cuadro de la entidad.

A partir de los medios urbanos, la entidad deberá disponer en los sanatorios y centros hospitalarios de su cuadro, de un servicio especial de urgencias, que además de contar con los médicos de guardia, personal sanitario auxiliar necesario y quirófanos correspondientes, tendrá los siguientes dispositivos: sala de yesos, de departamento de esterilización, equipo de radiología, laboratorio para análisis clínicos y hematología (banco de sangre), incubadora portátil, electrocardiógrafo, aparatos de medición de la presión arterial, salas de toma de oxígeno, de aspiración y de protóxido de nitrógeno, laringoscopio, instrumental para traqueotomía, tubos endotraqueales, respirador automático, resucitador con marcapasos, instrumental para broncoscopia de urgencia (broncofibroscopio), gastroscopio, rectoscopio y depósito de farmacia con medicación para urgencia, que será a cargo de la entidad.

Si siendo preciso, el sanatorio concertado no dispusiese de una Unidad de Cuidados Intensivos y de Coronarias, el enfermo tendrá que ser trasladado a un centro que cuente con la misma y disponga, además, del instrumental siguiente: electroencefalógrafo, ecocencefalógrafo, aparatos de medición de la presión venosa central, equipo de oxígeno, monitor de hemodiálisis, unidad de respiración portátil o respirador universal y unidad móvil para reanimación y control cardíaco que, a su vez, contendrá pantalla osciloscópica, alarmas de pulso óptica o acústica, desfibrilador, marcapasos, registrador de todas las curvas y fonómenos visibles sobre la pantalla del monitor (derivaciones ECG, pulso periférico, ECC), fibroendoscopios, esofagofibroscopio, proctoscopio, etc.

3.2.8 Como norma general, quedan incluidas en cualquiera de los niveles todas las especialidades establecidas en el Régimen General de la Seguridad Social para cada uno.

3.3 El uso de técnicas quirúrgicas especializadas, tratamientos especiales o visita a especialistas consultores a nivel regional, deberán ser prescritos por el especialista del cuadro, por escrito, y autorizado previamente en las oficinas de la entidad, también por escrito.

3.4 Asimismo, la utilización de cualesquiera medios de diagnóstico o tratamiento concertados, deberá ser prescrita por facultativo del cuadro de la entidad. Todos los elementos necesarios para la realización de pruebas de diagnóstico serán por cuenta de la entidad.

3.5 En los casos de inexistencia de facultativos de la especialidad de que se trate, o de centro sanitario en los distintos niveles relacionados en el punto 3.2, la asistencia sanitaria se prestará por la entidad en el nivel geográfico inmediato superior. La inexistencia habrá de acreditarse por la Dirección Provincial de Sanidad.

3.6 La visita a especialista que no figure en los cuadros de la entidad deberá ser formulada, por escrito, por facultativo del cuadro, exponiendo las causas médicas que lo justifiquen; el mutualista deberá comunicarlo en las oficinas de la entidad antes de efectuar la consulta requiriendo la oportuna autorización que la entidad concederá o denegará por escrito en el

mismo día o el primer día hábil siguiente de la petición. En el supuesto de denegación indicará expresamente el facultativo al que podrá acudir el mutualista.

Sección 2.ª Modalidades de la asistencia

3.7 Asistencia sanitaria urgente:

3.7.1 Domiciliaria: El beneficiario de la asistencia que la precise con carácter urgente, la recabará del servicio de urgencias que figure en el cuadro médico-sanatorial de la entidad, el cual deberá contar con los medios materiales y humanos adecuados para atender estas contingencias.

Recibida una petición de asistencia, el mismo servicio dispondrá lo preciso para que sea prestada por el facultativo y con los medios idóneos en cada caso, gestionando incluso, si procediese, el traslado del enfermo e ingreso en centro adecuado.

3.7.2 En centro de urgencias del cuadro:

El beneficiario podrá acudir directamente a los centros de urgencias del cuadro para recibir asistencia sanitaria:

a) En los casos de precisar asistencia no urgente de carácter ambulatorio en los términos en que se expresa el epígrafe 3.9.2.

b) En los casos de precisar asistencia urgente. Si de la asistencia prestada inicialmente se dedujese la necesidad de internamiento, el centro de urgencia gestionará el adecuado, así como la intervención o tratamiento preciso, dentro de los cuadros de la entidad. Si el centro de urgencias estableciese el internamiento en centro ajeno o la intervención de facultativo ajeno, la entidad asumirá el total de los gastos. El centro de urgencias hará la notificación inmediata a la entidad, sin perjuicio de que el mutualista lo comunique a ésta en el plazo de los diez días hábiles siguientes.

3.7.3 En centro no de urgencias del cuadro:

El beneficiario podrá acudir a estos centros únicamente para internamiento, por prescripción de facultativo del cuadro, para una asistencia inmediata y urgente por el mismo facultativo que haya ordenado el ingreso. El propio centro dará cuenta inmediata a la entidad acompañando el documento de prescripción del facultativo.

3.7.4 Asistencia por urgencia vital:

El beneficiario, en los casos de urgencia vital a que se refiere este epígrafe, podrá acudir a centros ajenos a los establecidos por la entidad en sus cuadros.

Se considera urgencia vital toda situación patológica que presuntamente ponga en peligro inmediato la vida del paciente o su integridad física o fisiológica, requiriendo una acción terapéutica de comienzo inmediato. La demora en requerir la asistencia impide la calificación de urgencia vital en cuanto a reclamación de gastos.

La calificación de urgencia vital, en todo caso, se establecerá ponderando las circunstancias de la asistencia, los informes médicos, tratamientos y evolución seguidos, extendiéndose hasta la resolución de la situación urgente que motivó el internamiento.

Producido un ingreso por esta causa en centro ajeno a los consignados en los cuadros de la entidad, el interesado, o cualquier persona en su nombre, dará cuenta a la entidad, por cualquier medio que permita tener constancia, en el plazo de los diez días hábiles siguientes al ingreso para poder tener derecho, en su caso, al reintegro de la totalidad de los gastos. Una vez comprobado el hecho y sus circunstancias, la entidad comunicará, por escrito, al interesado si se hace cargo del pago al centro de la asistencia prestada; en caso negativo, el interesado abonará los gastos y solicitará el reintegro ante la Delegación de MUFACE.

La comunicación a la entidad pasado el plazo de los diez días hábiles siguientes al ingreso y antes de los veinte hábiles, dará derecho, en su caso, al reintegro de los gastos según el baremo anexo.

El estado clínico de inconsciencia del interesado en el momento de su ingreso si además no contase con familiares o allegados, interrumpirá el cómputo de los plazos.

La entidad podrá trasladar al enfermo a uno de sus centros asistenciales, una vez que su estado físico lo permita, previo acuerdo de los médicos de la entidad con el facultativo que le estuviere prestando la asistencia. En caso de discrepancia en cuanto a la posibilidad de traslado, se someterá la cuestión a la Delegación de MUFACE.

Solicitado el reintegro de los gastos, la Delegación de MUFACE instruirá el oportuno expediente al objeto de comprobar si resulta procedente dicho reintegro por haberse cumplido por el mutualista las obligaciones que le conciernen según la presente cláusula. En el supuesto de probarse el conocimiento de la entidad y no haber realizado esta actuación alguna, se presumirá la aceptación del reintegro total o según baremo por la entidad.

No obsta para la calificación de urgencia vital la intervención previa al internamiento de un facultativo ajeno al cuadro de la entidad, siempre que haya limitado su actuación a prestar primeros auxilios.

3.8 Asistencia sanitaria a domicilio:

La asistencia médica se prestará a domicilio por el médico o pediatra de familia cuando el beneficiario de la asistencia no pueda, a causa de su enfermedad, acudir a la consulta del facultativo.

Para la visita a domicilio de cualquier especialista del cuadro será necesaria la petición escrita del facultativo que la solicite, así como su presencia en la consulta a celebra, excepto cuando se trate de radiólogo y analista.

3.9 Asistencia en consultorio:

3.9.1 La asistencia en consultorio se prestará a los beneficiarios de la asistencia en el lugar de consulta de los facultativos y en los centros que figuren en el cuadro médico-sanatorial de la entidad, y con sujeción a las formas de realización previstas en la sección primera del presente capítulo.

3.9.2 La entidad viene obligada a disponer en los medios urbanos, según se definen éstos en la cláusula 3.2.5, de un servicio permanente de asistencia ambulatoria en consultorio atendido por un facultativo de medicina general y servicio de AIS y curas ambulatorias, al que el beneficiario de la asistencia podrá acudir fuera de los días y horas en que funcionan los servicios normales.

La entidad podrá prestar este servicio en los centros de urgencia del cuadro.

3.10 La asistencia sanitaria en régimen de internamiento se prestará con sujeción a las siguientes normas:

3.10.1 La asistencia en internamiento se prestará en los Centros sanatoriales que figuren en el cuadro médico sanatorial de la entidad, y se facilitará siempre que la naturaleza de la enfermedad lo requiera.

3.10.2 El importe de los gastos causados por los internamientos, ya sean por la estancia, ya por honorarios profesionales, medios y procedimientos instrumentales y farmacológicos y demás elementos necesarios para el diagnóstico y tratamiento del enfermo serán de cuenta de la entidad.

3.10.3 Los internamientos se efectuarán en habitación individual con servicio de aseo y cama de acompañante, debiendo proporcionarse de superior nivel por la entidad cuando no hubiese disponible del tipo señalado.

La permanencia en régimen de hospitalización dependerá de si, según criterio médico, subsiste o no la necesidad técnica de dicha permanencia.

En ningún caso se aceptarán como motivo de permanencia problemas de tipo social.

3.10.4 Los internamientos serán prescritos por médico de la entidad con indicación del centro de ingreso de entre los que figuran en el cuadro de la misma. La prescripción habrá de ser canjeada en las oficinas de la entidad por la oportuna autorización previamente a efectuarse el ingreso. No se precisarán prórrogas de ingreso, excepto en los supuestos de internamientos de carácter médico que se renovarán por la entidad cada ocho días a solicitud del mutualista que deberá aportar informe del facultativo; el centro comunicará a la entidad, en todos los casos, el hecho de haberse producido el alta hospitalaria.

3.10.5 Cuando disponiendo la entidad de facultativos en sus cuadros, el ingreso en centro sanitario concertado por la entidad sea indicado por médico ajeno a la entidad, sin mediar urgencia, se deberá solicitar la previa autorización de ésta, que la podrá conceder si se aprecian causas objetivas por un período de tiempo determinado, transcurrido el cual, el mutualista deberá solicitar nueva autorización para prolongar la estancia, que le será concedida por la entidad si existen causas médicas que lo justifiquen. Los honorarios de los facultativos correrán por cuenta del mutualista.

3.10.6 Cuando el facultativo de la entidad prescriba el internamiento en centro ajeno, expondrá las causas médicas que lo justifiquen en el mismo volante de prescripción de ingreso que entregará previamente al paciente; el mutualista deberá recabar la oportuna autorización en las oficinas de la entidad que emitirán su conformidad o denegación en el mismo día o en el primer día hábil siguiente y también por escrito, expresando solución alternativa si decidiera la denegación.

3.10.7 El régimen de internamiento sanatorial del enfermo se cubre en los casos y bajo las condiciones señaladas y las que a continuación se especifican:

3.10.7.1 Hospitalización por enfermedad.

Procede cuando la naturaleza, tratamiento o diagnóstico de la enfermedad lo exija, y hasta que se produzca el alta hospitalaria a determinar por el médico del cuadro.

Los internamientos por enfermedades infectocontagiosas deben ser efectuados en los centros y condiciones establecidas por la legislación vigente. La permanencia dependerá exclusivamente del criterio médico.

3.10.7.2 Hospitalización por maternidad:

La embarazada tendrá derecho a la atención de todas las contingencias del embarazo, parto y puerperio, utilizándose todos los medios y elementos necesarios prescritos por el facultativo.

Se prestará siempre al recién nacido que lo requiera asistencia neonatal a cargo de pediatra.

La asistencia al recién nacido patológico incluye servicio de incubadora y, en su caso, el traslado del recién nacido al centro donde exista, por cuenta de la entidad.

La entidad no tendrá que abonar el importe de la vacuna anti D cuando proceda su administración, aunque la prescripción del médico concertado habrá de extenderse en receta oficial.

3.10.7.3 Hospitalización por asistencia quirúrgica:

Comprende el internamiento en cualquiera de sus modalidades y en los centros de la entidad, salvo que el facultativo del cuadro prescriba el ingreso en centro no concertado y demás supuestos excepcionales, en que regirá lo establecido en el punto 3.10.6 y en las demás normas del presente Concerto.

La asistencia médico-quirúrgica se prestará según los grupos y especialidades reseñados en el punto 3.2 anterior, relativo a la distribución por grupos de población, áreas y niveles geográficos.

3.10.7.4 Hospitalización por asistencia pediátrica:

Se prestará a los niños menores de siete años, o a los de mayor edad que legalmente puedan determinarse con posterioridad, y en todos aquellos casos en los que el diagnóstico y tratamiento exija una especial atención y una mayor garantía de eficacia que si se realizara en el domicilio del enfermo.

El niño se hospitalizará con su madre u otro acompañante cuando las características de la enfermedad exijan la compañía de una persona adulta o cuando por otras razones lo aconseje el pediatra.

Cuando el recién nacido necesite cuidados asistenciales en el área de neonatología o de lactantes o en UVI, no se internarán por esta causa en el centro sanitario la madre u otra persona acompañante.

No obstante todo lo anterior, las características de las unidades de enfermería del centro sanitario, propio o concertado determinarán las modalidades del internamiento del niño, con su madre u otro acompañante o sin ellos.

3.10.7.5 Hospitalización domiciliaria:

El enfermo sometido a tratamiento en régimen de internamiento en clínica podrá continuar dicha asistencia en régimen de hospitalización domiciliaria si su estado clínico lo permite. La indicación deberá formularla por escrito el médico de la entidad que le viene asistiendo, en el volante o documento adecuado. Dicho documento será presentado en las oficinas de la entidad, a fin de que ésta asigne el equipo sanitario que habrá de hacerse cargo de la asistencia.

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

El cese en la situación de hospitalización domiciliaria será establecido por el médico que tenga a su cargo dicha hospitalización; en el supuesto de determinarse el reintegro en clínica, la orden de ingreso habrá de ser autorizada por la entidad.

3.11 Internamientos de carácter especial.

Se consideran así aquellos que precisen acudir periódicamente a un centro especial o no para recibir tratamiento bajo control médico y los que precisen la hospitalización en centros especiales.

3.11.1 Tratamiento de diálisis peritoneales y hemodiálisis:

Se prestará tanto en las insuficiencias renales agudas como en las crónicas, cuando existan las instalaciones adecuadas en el lugar de residencia del enfermo, o en su defecto, en la localidad más próxima.

Cuando por indicación del médico, la hemodiálisis pueda ser realizada en domicilio por permitirlo las condiciones de éste, siempre que se pueda disponer en la localidad de los medios técnicos apropiados, la entidad vendrá obligada a abonar los gastos que por todos los conceptos se ocasionen, incluyendo, en su caso, el alquiler del aparato.

3.11.2 Tratamientos de poliquimioterapia y análogos:

Se entenderán por éstos los ingresos sanatoriales que se originen en enfermos ambulatorios motivados únicamente para la aplicación del tratamiento durante un periodo de tiempo no superior a veinticuatro horas.

En este supuesto, la entidad correrá con todos los gastos sanatoriales y de atención médica que se originen.

El mutualista aportará la medicación necesaria adquirida en las oficinas de farmacia prescrita por el facultativo del cuadro que le viniere atendiendo. Aquellos productos farmacéuticos que siendo de uso únicamente hospitalario no se dispensen en farmacias, serán facturados directamente al mutualista, quien solicitará el reintegro que corresponda de MUFACE.

3.11.3 Tratamientos de rehabilitación y recuperación funcional:

Sólo procederá cuando los enfermos no puedan ser atendidos en forma ambulatoria, determinando el ingreso el médico rehabilitador correspondiente del cuadro médico-sanatorio de la entidad. La permanencia en régimen de internamiento

dependerá exclusivamente del criterio del médico concertado que prescribió el ingreso, que elevará periódicamente a la entidad el oportuno informe sobre la evolución del paciente y la necesidad de continuar el internamiento.

Queda excluida de esta prestación la rehabilitación que se realice simultáneamente a los tratamientos médicos o quirúrgicos, por estar comprendida en los mismos.

3.11.4 Hospitalización de enfermos mentales:

Serán a cargo de la entidad los internamientos de enfermos afectados de procesos agudos, debiendo abonar los gastos correspondientes a un máximo de treinta días por cada año natural, aunque la asistencia médica seguirá corriendo a cuenta de la entidad siempre que la proporcione el facultativo perteneciente a su cuadro, y abonando los honorarios por baremo caso de no pertenecer al mismo.

Si la enfermedad mental proviene de accidente de servicio o enfermedad profesional, la entidad cubrirá el internamiento a su total cuenta, tanto en procesos agudos como en crónicos y sin limitación temporal alguna.

3.11.5 Hospitalización de enfermos zuberulosos:

Procederá cuando se encuentren en fase de contagio o requieran tratamiento quirúrgico, prolongándose la duración del tratamiento hasta que la baciloscopia resulte negativa.

3.11.6 Hospitalización de enfermos infecto-contagiosos:

En este supuesto la entidad se atenderá a lo dispuesto por el Ministerio de Sanidad y Consumo y las Consejerías de Sanidad de las distintas Comunidades Autónomas.

3.12 La asistencia, ya sea por accidente o por enfermedad, se prestará por todo el tiempo que sea necesario a juicio de los facultativos y siempre que conserve el beneficiario el derecho a recibirla. En el caso de lesiones originadas por accidentes comprendidos en el ámbito del seguro de automóviles u otro que legalmente esté establecido, se tendrá en cuenta la normativa reguladora.

Siempre que existiere tercero civilmente responsable, la entidad se subrogará en los derechos y acciones de los beneficiarios derivados de la asistencia sanitaria prestada, quedando éstos obligados a facilitar a aquella los datos necesarios.

3.13 La asistencia por maternidad de las beneficiarias señaladas en el capítulo II estará a cargo de tocólogo y matrona en las poblaciones donde exista dicho especialista, y del médico de familia en aquellas en que no exista; la asistencia comprenderá, además del reconocimiento y la atención médica durante el embarazo, la asistencia del facultativo al parto, el empleo de la técnica adecuada en el mismo, cualquiera que sea, la asistencia al puerperio e incidencias patológicas y la hospitalización en los términos del punto 3.10.7.2 anterior.

3.14 En las especialidades que se relacionan a continuación se determinan las siguientes especificaciones:

3.14.1 Ginecología:

En los casos de esterilidad, la entidad viene obligada a asumir los gastos necesarios para obtener el diagnóstico, el cual se extenderá, cuando proceda, a la pareja. Comprenderá igualmente el tratamiento de la causa de la esterilidad del cónyuge mutualista o beneficiario.

3.14.2 Pequeña cirugía y curas postquirúrgicas:

Todos los gastos causados por estos conceptos, incluida la medicación en el acto de la cura, serán a cargo de la entidad.

3.14.3 Estomatología:

Comprende toda clase de extracciones, molares incluidos, la limpieza de boca una vez por año o siempre que lo considere oportuno el odontólogo, y la periodoncia en procesos agudos, excluidos los empastes, la ortodoncia, las prótesis dentarias y la endodoncia.

Cuando mediara accidente de servicio o enfermedad profesional no se excluye ninguna actuación y se incluye la colocación de las prótesis dentarias necesarias.

3.14.4 Anestesia-reanimación:

Comprenderá cualquier tipo de anestesia y la preanestesia, y habrá de ser realizada por médico especialista, abarcando el suministro de todos los fármacos y la utilización de los medios y procedimientos terapéuticos, instrumentales o farmacológicos necesarios para practicar la reanimación del enfermo.

3.14.5 Cirugía plástica y reparadora:

Queda excluida la cirugía plástica puramente estética, excepto cuando medien procesos patológicos que alteren la normalidad fisiológica o psicológica del paciente, en cuyo caso se someterá previamente al criterio discrecional de la Comisión Mixta.

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.

3.14.6 Trasplantes:

Quedan incluidos en la cobertura por la entidad los trasplantes de todo tipo, así como los injertos óseos; no será obligación de la entidad la gestión para la obtención del órgano a trasplantar.

Si la obtención del órgano fuera simultánea al trasplante y el donante fuese mutualista o beneficiario, las entidades asumirán los costes de la intervención para la obtención. Si el donante no tuviese la aludida condición, la entidad asumirá los costes, facturándolos a MUFACE, salvo que aquél tuviera cubierta esta contingencia.

3.14.7 Prótesis:

Serán a cargo de MUFACE, que en ningún caso abonará los materiales utilizados para realizar técnicas de osteosíntesis, corriendo éstos por cuenta de la entidad, así como la prescripción y colocación de todas las prótesis, tanto internas como externas.

3.14.8 Rehabilitación y recuperación funcional:

Se aplicarán los distintos medios de la medicina física y rehabilitadora para restablecer el estado funcional que posea el paciente antes del proceso patológico, o para disminuir los deterioros y evitar las secuelas del mismo.

También se aplicará a aquellos pacientes con procesos congénitos o adquiridos que requieran fisioterapia y tratamiento ocupacional, enseñando al paciente o a sus familiares a llevar a cabo tareas nuevas y renovadoras.

Para cada enfermo y según la evolución del proceso, el médico rehabilitador del cuadro de la entidad confeccionará los planes necesarios, valorando el estado funcional del paciente e indicando el pronóstico del mismo, el programa de ejercicios, su número y el tiempo calculado para llevar a cabo cada plan. El mutualista deberá solicitar en las oficinas de la entidad el visado del plan establecido, que en ningún caso podrá ser alterado ni reducido en su número por los servicios de la entidad.

La obligación de prestar asistencia por cuenta 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 supuestos de reagudización del proceso, en cuyo caso la entidad reanudará la asistencia en los mismos términos señalados en el párrafo anterior.

Se excluyen de esta asistencia los procesos que precisen de terapia educativa, como la educación para el lenguaje en procesos congénitos o la educación especial en enfermos con afectación psíquica.

En los supuestos de accidente de servicio y enfermedad profesional, la entidad viene obligada a prestar la asistencia rehabilitadora que proceda hasta el alta total del paciente.

3.14.9 Tratamiento o técnicas para enfermos mentales:

No se encuentran incluidos en la asistencia los psicoanálisis, hipnosis, psicoterapia en sesiones individuales o de grupo, narcolepsia ambulatoria y tests psicológicos.

3.14.10 Medicina preventiva:

La entidad colaborará en la realización de las acciones de medicina preventiva que acuerde MUFACE, estableciéndose para estos supuestos convenios adicionales.

Quedan incluidos en la cobertura del presente concierto el diagnóstico precoz del cáncer ginecológico y de las enfermedades coronarias de mutualistas y beneficiarios; se realizará una vez en el año, previa petición del interesado a la entidad.

3.15 Traslado de enfermos:

El traslado de enfermos desde su domicilio habitual para su internamiento en centro concertado, o para recibir tratamientos especiales, como hemodialisis u otros, correrá a cargo de la entidad, así como el regreso siempre que obedezcan a motivos de urgencia o cuando concurren circunstancias especiales de carácter médico. En todos estos casos será necesaria la prescripción escrita del médico de la entidad, indicando la necesidad de traslado en medios especiales.

No se consideran en ningún caso medios especiales los transportes públicos colectivos.

3.16 Asistencia en el extranjero:

Los gastos de la asistencia prestada a causa de enfermedad aguda o crónica agudizada fuera del territorio nacional, con ocasión de desplazamiento transitorio del mutualista o beneficiario, serán sufragados por la entidad en la cuantía que resulte de aplicar el baremo que figura como anexo.

Los gastos serán abonados por el mutualista, que solicitará el reintegro en las Delegaciones de MUFACE.

3.17 Denegación de asistencia:

Se considerará denegación de asistencia:

3.17.1 La no inclusión en los cuadros de facultativos o centros que, debiendo figurar según la cláusula 3.2, existan en dicho nivel. En este supuesto, los mutualistas podrán acudir a los

facultativos ajenos que existan en el mismo nivel, abonando las facturas y reclamando el reintegro de los gastos, que será abonado íntegramente por la entidad.

3.17.2 El no formular oferta alternativa en los casos en que un facultativo de la entidad expresase, en los términos de las cláusulas 3.8 y 3.10.6, la necesidad de acudir a facultativo o centro ajenos al cuadro. En este supuesto, los gastos serán abonados por el mutualista y reintegrados totalmente por la entidad.

3.17.3 Los casos en que se hubiere producido excesiva demora en la prestación de la asistencia solicitada. Deben ser comunicados a la entidad en el plazo de los quince días hábiles siguientes a aquel en que se reciba o se comience a recibir, en cuyo caso la entidad viene obligada al reintegro total de los gastos.

Si la comunicación se efectuase en el plazo de los treinta días hábiles siguientes, el reintegro de gastos se efectuará según el baremo anexo.

3.17.4 Cuando las instalaciones del centro de la entidad en que estuviese ingresado un paciente, o al que acuda para recibir asistencia sanitaria, sean insuficientes o carezcan de los medios adecuados, la entidad vendrá obligada a cubrir los gastos que se originen si los facultativos de su cuadro hubieran remitido al enfermo a otro centro no concertado; si concurriera además la circunstancia de urgencia, cualquier facultativo del centro concertado podrá remitir al enfermo a centro ajeno, siendo obligatorio en ambos casos la notificación a la entidad por el centro concertado, aportando el documento justificativo del centro o médico en que se exprese la situación planteada y asumiendo la entidad los gastos originados.

CAPITULO IV**Reclamaciones por razón de asistencia sanitaria. Comisiones Mixtas**

Los mutualistas deberán formular sus reclamaciones ante la Delegación de MUFACE a la que se hallen adscritos, sin perjuicio de la posibilidad de plantearlas previamente ante la entidad.

Los Delegados de MUFACE resolverán las mismas, previo informe de la Comisión Mixta correspondiente; contra dichas resoluciones se podrán interponer los recursos que establece el artículo 273 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo.

Las Comisiones Mixtas son órganos de carácter paritario que tienen por objeto el estudio e informe de todas las cuestiones que puedan suscitarse en las relaciones entre la entidad y la MUFACE, en materia de asistencia sanitaria y en la interpretación y aplicación del presente Convenio.

Las actuaciones de las Comisiones Mixtas tendrán lugar sin perjuicio de las diversas acciones legales y de los distintos procedimientos que pudieran corresponder a las partes.

En lo no previsto en las cláusulas que se detallan a continuación, se aplicará subsidiariamente la Ley de Procedimiento Administrativo en su regulación del funcionamiento de los órganos colegiados.

Las actuaciones de las Comisiones Mixtas se producirán a nivel provincial y a nivel nacional.

4.1 Nivel provincial: Comisión Mixta Provincial,**4.1.1 Composición.**

La Comisión Mixta Provincial estará compuesta, por parte de MUFACE, por el Delegado provincial, que la presidirá, y un Vocal electivo de la Junta Provincial correspondiente, y por parte de la Entidad, por uno o dos representantes de la misma con facultades decisorias suficientes. Actuará como Secretario un funcionario de la Delegación de MUFACE, con voz pero sin voto.

4.1.2 Actuación.**4.1.2.1 La Comisión Mixta Provincial podrá:**

a) Emitir informe conteniendo la aceptación de la entidad del abono total de los gastos reclamados.

b) Emitir informe para la asunción por la entidad de parte de dichos gastos.

c) Emitir informe sobre la desestimación de los gastos.

En estos casos se resolverá la reclamación por el Delegado provincial de MUFACE.

Las resoluciones que se produzcan como consecuencia de los informes de la Comisión Mixta Provincial serán adoptadas por el Delegado de MUFACE y tendrán carácter ejecutivo. Contra dichas resoluciones, la entidad podrá interponer recurso de alzada ante la Presidencia del Gobierno, y contencioso-administrativo, y los mutualistas reclamantes podrán utilizar los recursos previstos en el artículo 213 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo.

d) Emitir informe sobre cualquier cuestión que se someta a su conocimiento.

4.1.2.2 Si hubiera discrepancia entre las partes o el sentido del informe no fuera aprobado por unanimidad, la reclamación se someterá a la Comisión Mixta Nacional.

4.1.3 Funcionamiento.

a) La Comisión Mixta Provincial celebrará reunión ordinaria dentro de los diez primeros días de cada mes.

b) Las reuniones extraordinarias se celebrarán a petición de cualquiera de las partes integrantes, mediante solicitud dirigida al Presidente de la Comisión.

c) El Secretario de la Comisión levantará acta de cada sesión que se celebre, efectuará los traslados y notificaciones correspondientes, así como los demás trámites que procedan, y cuidará del archivo de las actas y entregará copia de las mismas a la entidad. En los casos de incomparecencia de los representantes de la entidad, se levantará acta de la sesión y se remitirán todas las actuaciones a la Comisión Mixta Nacional para el estudio de las reclamaciones y cuestiones incluidas en el orden del día.

d) En el supuesto de que los representantes de la entidad no acudan reiteradamente a las reuniones, sin causa que lo justifique, a juicio de la Comisión Mixta Nacional, se entenderá que aquélla acepta las reclamaciones y los acuerdos que adopte MUFACE.

e) En cualquier caso, el Secretario de la Comisión Mixta Provincial remitirá a la Nacional un ejemplar del acta de cada sesión.

4.1.4 Procedimiento de pago:

a) Los informes emitidos por la Comisión en el sentido de la letra a) del punto 4.1.2.1 anterior, darán lugar a la cumplimentación por triplicado, y durante el desarrollo mismo de cada sesión, de un documento firmado por ambas partes, que servirá de orden de pago y será remitido al reclamante acto seguido de cada reunión para que pueda realizar el cobro ante la entidad, la cual comunicará a la Delegación de MUFACE haberlo realizado.

b) Los informes de la Comisión en el sentido de la letra b) del punto 4.1.2.1 anterior obligarán a la entidad a hacer efectivos los abonos en el plazo de un mes a partir de la aprobación del acta, comunicándolo a la Delegación de MUFACE.

c) En caso de incumplimiento por la entidad de las obligaciones recogidas en los dos puntos anteriores (a) y b), MUFACE podrá deducir de las cuotas a abonar el importe total de las cantidades que en tales casos correspondan, realizando los abonos y facilitando a la entidad documento que acredite haber realizado el pago por su cuenta.

4.2 Nivel nacional: Comisión Mixta Nacional.

4.2.1 Composición.

La Comisión Mixta Nacional estará compuesta por tres representantes de MUFACE, uno de los cuales podrá ser Vocal electivo de sus órganos de dirección y tres representantes de la entidad.

Actuará como Presidente el Director del Departamento correspondiente de MUFACE, o funcionario en quien delegue, y como Secretario, un funcionario de la misma, con voz pero sin voto.

La no asistencia de los representantes de la entidad a una sesión ordinaria debidamente convocada, establecerá presunción de conformidad con las reclamaciones incluidas en el orden del día y, en consecuencia, se adoptará la resolución estimatoria.

4.2.2 Competencia y actuación.

Serán funciones de la Comisión Mixta Nacional, el estudio e informe de todas las cuestiones que a nivel nacional, pueden suscitarse entre la entidad y la MUFACE, y, en concreto, en la interpretación y aplicación del presente Convenio.

Será igualmente función de la Comisión Mixta Nacional el estudio e informe de aquellas reclamaciones que, habiendo sido examinadas por las Comisiones Mixtas Provinciales, hubiera existido discrepancia en el seno de las mismas o el sentido del informe no fuera aprobado por unanimidad.

Las resoluciones que se produzcan como consecuencia de los informes de la Comisión Mixta Nacional serán adoptadas por el Gerente de MUFACE y tendrán carácter ejecutivo. Contra dichas resoluciones, la entidad podrá interponer recurso de alzada ante la Presidencia del Gobierno y, en su caso, recurso contencioso administrativo, y los mutualistas reclamantes podrán utilizar los recursos previstos en el artículo 213 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo.

4.2.3 Funcionamiento.

a) La Comisión Mixta Nacional celebrará reunión ordinaria en los diez primeros días de cada mes.

b) Las reuniones extraordinarias se celebrarán a petición de cualquiera de las partes interesadas, mediante solicitud dirigida al Presidente de la Comisión.

c) El Secretario de la Comisión levantará acta de cada sesión que se celebre, efectuará las notificaciones y demás trámites que procedan y cuidará del archivo de las actas, entregando copia de las mismas a la entidad.

4.2.4 Procedimientos de pago:

a) En los casos en los que la Comisión Mixta Nacional acuerda emitir informe estimatorio total o parcial, la entidad abonará el importe reclamado en el plazo de un mes a partir

de la aprobación del acta, comunicándolo a los Servicios centrales de MUFACE.

b) En los casos en los que la Comisión Mixta Nacional no haya llegado a un acuerdo y se adopte resolución de reintegro total o parcial por la Gerencia de MUFACE, deberá proceder al pago en el plazo de un mes a partir de la recepción de la resolución.

c) En caso de incumplimiento por la entidad de las obligaciones establecidas en los dos párrafos anteriores, MUFACE podrá deducir, de las cuotas mensuales a abonar, el importe total de las cantidades que en cada caso correspondan, realizando los abonos y facilitando a la entidad documento que acredite haber efectuado el pago por su cuenta.

4.3 Procedimientos de pago en supuestos especiales:

La ejecución de resoluciones y sentencias que resuelvan reclamaciones contra actos adoptados en base a los informes de las Comisiones Mixtas, obligan a la entidad al abono según el procedimiento establecido en los párrafos b) y c) de la cláusula anterior.

4.4 En los supuestos en que, a juicio de la Comisión Mixta correspondiente, no se den causas que justifiquen plenamente la utilización de servicios ajenos, pero concurren circunstancias que lo aconsejen, se podrá acordar el abono por la entidad de una cantidad compensatoria, que se fijará en la sesión.

CAPITULO V

Cantidad a abonar, duración, prórrogas y continuidad asistencial

5.1 La cantidad anual por los servicios cubiertos por este Concierto, se fija en 13.800 pesetas por persona, fraccionándose los pagos en mensualidades a razón de 1.150 pesetas por persona y mes. El pago se efectuará por MUFACE en talón nominativo o transferencia a mes vencido, dentro de los 15 días del mes siguiente al que corresponda la liquidación y con referencia al número de mutualistas y beneficiarios en situación de alta en el mes en cuestión. En caso de altas y bajas producidas a lo largo del mes, las bajas causarán efectos económicos el último día del mes en que se produzcan y las altas el primer día del mes siguiente; si el alta o baja en la entidad, incorporada en la relación de altas y bajas, tuviese fecha anterior al mes en curso, MUFACE podrá abonar o detraer las mensualidades atrasadas consecuentes con la diferencia de fechas con un límite de tres mensualidades.

5.2 Los efectos del presente Concierto se iniciarán a las cero horas del día primero de 1984, y se extenderán hasta las veinticuatro horas del 31 de diciembre. La renovación, en su caso, se efectuará, sin necesidad de preaviso, antes del 15 de diciembre.

5.3 En el caso de no alcanzarse acuerdo para su renovación, la vigencia se prorrogará durante el mes de enero de 1985. Continuarán vigentes los efectos asistenciales del Concierto, incluso después del 31 de enero de 1985 en los casos en que estuviese prestandose en dicha fecha una asistencia hospitalaria, y en la asistencia por maternidad cuando el parto estuviese previsto para los primeros quince días de febrero.

CAPITULO VI

Normas finales

6.1 Todos los impuestos, arbitrios, tasas y exacciones que gravan esta contratación o los actos que de ella se deriven, serán de cuenta de la entidad.

6.2 MUFACE se reserva el derecho de solicitar de la entidad cuantos datos considere oportunos sobre la asistencia sanitaria y sobre las instalaciones y características de los centros sanitarios que figuren en el cuadro de la entidad.

6.3 Son anexos al presente Concierto:

- I. Baremo de actos médicos.
- II. Urgencias.
- III. Relación de provincias y formas de prestación de servicios.

NOTA.—Los anexos citados en la cláusula 6.3 se encuentran depositados para información en todas las Delegaciones de MUFACE.

ANEXO II

Relación de entidades de asistencia sanitaria que conciertan con MUFACE

- (ADESLAS, S. A.), -Agrupación de Entidades de Seguro Libre de Asistencia Sanitaria, S. A., Compañía de Seguros.
- (ASISA, S. A.), -Asistencia Sanitaria Interprovincial, S. A..
- Iguatorial Colegio de Asistencia Médico-Quirúrgica de La Coruña, S. A..
- Iguatorial Médico-Quirúrgico Colegial, S. A., de Santander.
- Mare Nóstrum, Sociedad Anónima.
- (PREVIASA), -Previsión Aseguradora y Sanitaria, S. A..
- Sanitas, S. A..
- Unión Médica Gaditana, S. A..