

Primero.—Se reconoce una bonificación del 99 por 100 de la cuota del Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados para los actos, contratos y operaciones a que den lugar las aportaciones y adjudicaciones de bienes y derechos de «Bética de Autopistas, Sociedad Anónima», Concesionaria del Estado (BETICA), a «Autopistas del Mare Nostrum, Sociedad Anónima», Concesionaria del Estado (AUMAR), así como para las escrituras públicas y demás documentos que puedan producirse y que se consideren necesarios para llevar a cabo la presente fusión.

Segundo.—Se reconoce una bonificación del 99 por 100 de la cuota del Impuesto sobre el Incremento del Valor de los Terrenos sitos en Sevilla, que se devengue con motivo de esta fusión, conforme a lo dispuesto en el artículo 10 del Real Decreto 1132/1986, de 6 de junio.

Tercero.—La efectividad de los anteriores beneficios queda expresamente supeditada, en los términos previstos en el artículo 6, apartado 2, de la Ley 76/1980, de 26 de diciembre, a que la operación de fusión se lleve a cabo en las condiciones recogidas en esta Orden y a que dicha operación queda ultimada dentro del plazo máximo de un año, contado a partir de la fecha de publicación de la presente en el «Boletín Oficial del Estado».

Cuarto.—Contra la presente Orden podrá interponerse recurso de reposición de acuerdo con lo previsto en el artículo 126 de la Ley de Procedimiento Administrativo, ante el Ministerio de Economía y Hacienda, en el plazo de un mes, contado a partir del día siguiente al de su publicación.

Lo que comunico a V. E. para su conocimiento y efectos.

Madrid, 16 de diciembre de 1986.—P. D., el Secretario de Estado de Hacienda, José Borrell Fontelles.

Excmo. Sr. Secretario de Estado de Hacienda.

### 33424 BANCO DE ESPAÑA Mercado de Divisas

Cambios oficiales del día 23 de diciembre de 1986

Divisas convertibles	Cambios	
	Comprador	Vendedor
1 dólar USA .....	133,133	133,467
1 dólar canadiense .....	96,708	96,950
1 franco francés .....	20,580	20,631
1 libra esterlina .....	191,992	192,472
1 libra irlandesa .....	183,924	184,384
1 franco suizo .....	80,834	81,036
100 francos belgas .....	324,834	325,647
1 marco alemán .....	67,618	67,787
100 liras italianas .....	9,748	9,772
1 florin holandés .....	59,800	59,950
1 corona sueca .....	19,366	19,415
1 corona danesa .....	17,849	17,893
1 corona noruega .....	17,749	17,793
1 marco finlandés .....	27,382	27,451
100 chelines austriacos .....	960,212	962,615
100 escudos portugueses .....	89,955	90,180
100 yens japoneses .....	81,923	82,128
1 dólar australiano .....	87,602	87,821
100 dracmas griegas .....	95,197	95,436

## MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

### 33425 CORRECCION de errores de la Orden de 14 de mayo de 1986 por la que se clasifica la Fundación «Pro Juventute», instituida en Madrid, como de beneficencia particular.

Advertido error en el texto remitido para su publicación de la Orden de 14 de mayo de 1986 por la que se clasifica la Fundación «Pro Juventute», instituida en Madrid, como de beneficencia particular, inserta en el «Boletín Oficial del Estado» número 160,

de fecha 5 de julio de 1986, página 24500, se transcribe a continuación la correspondiente rectificación:

En la página 24500, Resultando 1.º, donde dice: «instituida por don Luis Montuenga Aguayo y doña Josefa Badía Carbo», debe decir: «instituida por don Luis Montuenga Aguayo, doña Josefa Badía Carbo, don Casimiro Molins Ribot y doña María de los Dolores López Rodó».

### 33426 RESOLUCION de 18 de noviembre de 1986, de la Dirección General de Servicios, por la que se dispone el cumplimiento de la sentencia recaída en el recurso contencioso-administrativo interpuesto por «Asociación Sindical de Funcionarios de Entidades de la Seguridad Social».

De orden delegada por el excelentísimo señor Ministro, se publica, para general conocimiento y cumplimiento en sus propio términos, el fallo de la sentencia dictada con fecha 24 de junio de 1986, por el Tribunal Supremo, en el recurso contencioso-administrativo número 515.729, promovido por «Asociación Sindical de Funcionarios de Entidades de la Seguridad Social», sobre reconocimiento de la antigüedad de servicios prestados por los funcionarios de la Seguridad Social, cuyo pronunciamiento es del siguiente tenor:

«Fallamos: Que debemos desestimar y desestimamos íntegramente el recurso número 515.729, promovido por el Procurador don Ignacio Aguilar Fernández, en nombre y representación de la «Asociación Sindical de Funcionarios de la Seguridad Social», contra la Orden del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de 22 de diciembre de 1983, sobre reconocimiento de la antigüedad de servicios prestados por los funcionarios de la Seguridad Social, por resultar conforme a Derecho, y no hacemos pronunciamiento especial sobre las costas causadas.»

Madrid, 18 de noviembre de 1986.—El Director general, Enrique Heras Poza.

## MINISTERIO PARA LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS

### 33427 RESOLUCION de 15 de diciembre de 1986, de la Dirección General de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, por la que se publica el Concierto suscrito por la misma para la prestación de asistencia sanitaria durante 1987.

De conformidad con lo previsto en el artículo 19 de la Ley 29/1975, de 27 de junio, sobre seguridad social de los funcionarios civiles del Estado, y el artículo 75 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo, aprobado por Decreto 843/1976, de 18 de marzo, y al amparo de la Orden del Ministerio para las Administraciones Públicas de 21 de octubre de 1986, la Dirección General de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), ha concertado la prestación de servicios de asistencia sanitaria a los mutualistas titulares y beneficiarios durante 1987 con diversas Entidades de Seguro libre del ramo de Asistencia Sanitaria.

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, parece conveniente hacer público el texto del Concierto, así como la relación de Entidades que lo han suscrito.

En virtud de lo expuesto, esta Dirección General ha resuelto:

Primero.—Publicar el texto del Concierto, conforme al cual MUFACE prestará la asistencia sanitaria a sus mutualistas titulares y beneficiarios durante 1987 (anexo I), así como la relación de Entidades que han suscrito dicho Concierto (anexo II).

La asistencia sanitaria prestada por la Seguridad Social a los mutualistas titulares y beneficiarios que hayan elegido o elijan este sistema, se regirá por el oportuno Convenio con arreglo a las condiciones establecidas para el régimen general de la Seguridad Social.

Segundo.—Que durante el plazo comprendido entre el 1 y el 31 de enero de 1987, ambos inclusive, los mutualistas que lo deseen

puedan solicitar el cambio de Entidad, adscribiéndose a alguna de las que figuran en el anexo II o al Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Este plazo será el único de carácter ordinario para solicitar el cambio de Entidad, sin perjuicio de los supuestos extraordinarios previstos en la cláusula 2.6 del Concierto.

Tercero.-En los Servicios provinciales y Oficinas delegadas de MUFACE, se expondrán los cuadros médicos y sanatoriales de la respectiva provincia, correspondientes a las Entidades relacionadas en el anexo II, así como la Red asistencial, propia o coasegurada, a través de la cual prestarán servicios en el resto del territorio nacional.

Madrid, 15 de diciembre de 1986.-El Director general, José A. Sánchez Velayos.

## ANEXO I

Concierto para la prestación de asistencia sanitaria durante 1987 a los mutualistas y demás beneficiarios de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado por la Entidad

### INDICE

#### CAPÍTULO PRIMERO. NORMAS GENERALES

- 1.1 Contenido de la prestación concertada.
- 1.2 Ambito territorial de aplicación.
- 1.3 Cuadros médicos-sanatoriales.
- 1.4 Invariabilidad de los Cuadros.
- 1.5 Prescripción de medicamentos.
- 1.6 Cumplimentación de partes por enfermedad.

#### CAPÍTULO II. DESTINATARIOS DE LA ASISTENCIA SANITARIA

- 2.1 Beneficiarios en general.
- 2.2 Mutualistas no adscritos a Entidad médica.
- 2.3 Beneficiarios de asistencia por maternidad.
- 2.4 Nacimiento del derecho a la asistencia.
- 2.5 Duración de la asistencia.
- 2.6 Cambio de Entidad.

#### CAPÍTULO III. FORMA Y MODALIDADES DE PRESTACIÓN DE LA ASISTENCIA

##### Sección 1.ª Formas de prestación

- 3.1 Libertad de elección.
- 3.2 Organización geográfica en los Servicios de Asistencia Sanitaria.
- 3.3 Inexistencia de facultativos de la Entidad.
- 3.4 Especialistas ajenos al Cuadro de la Entidad.

##### Sección 2.ª Modalidades de la asistencia

- 3.5 Asistencia sanitaria urgente.
- 3.6 Asistencia sanitaria a domicilio.
- 3.7 Asistencia en consultorio.
- 3.8 Asistencia sanitaria en régimen de internamiento.
- 3.9 Internamientos de carácter especial.
- 3.10 Especificaciones para diversas especialidades.
- 3.11 Traslado de enfermos para recibir asistencia sanitaria.
- 3.12 Asistencia en el extranjero.
- 3.13 Denegación de asistencia.

#### CAPÍTULO IV. COMISIONES MIXTAS.-RECLAMACIONES POR RAZÓN DE ASISTENCIA SANITARIA

- 4.1 Comisiones Mixtas.
- 4.2 Comisiones Mixtas Provinciales. Composición y funcionamiento.
- 4.3 Comisión Mixta Nacional. Composición y funcionamiento.
- 4.4 Reclamaciones por razón de asistencia sanitaria.
- 4.5 Procedimiento de pago en supuestos generales.
- 4.6 Procedimiento de pago en supuestos especiales.

#### CAPÍTULO V. RÉGIMEN ECONÓMICO, DURACIÓN Y NORMAS COMPLEMENTARIAS

- 5.1 Precio.
- 5.2 Régimen de pagos.
- 5.3 Duración.
- 5.4 Prórrogas y continuidad asistencial.
- 5.5 Lesiones por accidente de automóvil.

#### CAPÍTULO VI. NORMAS GENERALES

- 6.1 Impuestos.
- 6.2 Comprobaciones.
- 6.3 Recursos y jurisdicción competente.
- 6.4 Anexos.

En la sede central de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), en Madrid, paseo de Juan XXIII, 26, a de diciembre de 1986,

### REUNIDOS

De una parte, el ilustrísimo señor don José A. Sánchez Velayos, Director general de la Mutualidad citada, en representación de la misma y al amparo de las facultades que le asigna el artículo 10.2 g) del Real Decreto 344/1985, de 6 de marzo.

Y de otra don ....., con documento nacional de identidad ....., en nombre y representación de la Entidad ....., en su calidad de ....., de la misma y con poderes suficientes según consta en la copia de la escritura pública de fecha ....., otorgada ante el Notario don ....., de ....., que exhibe.

### ACUERDAN

Concertar la prestación de servicios de asistencia sanitaria a los mutualistas y demás beneficiarios de MUFACE que están adscritos a la citada Entidad o se adscriban durante el año, con arreglo a las cláusulas del presente Concierto, cuya naturaleza es administrativa y que se acomoda a lo establecido en el artículo 2.º de la Orden del Ministerio para las Administraciones Públicas de 21 de octubre de 1986 («Boletín Oficial del Estado» del 23).

El Concierto se establece para la prestación de servicios en todo el territorio nacional, bajo la exclusiva responsabilidad de la Entidad que concerta, sin perjuicio de que ésta pueda, a su vez, haber subconcertado la totalidad o parte de los servicios para determinadas provincias, conforme queda expresado todo ello en la documentación presentada por la Entidad, que se considera anexo del presente Concierto.

#### CAPÍTULO PRIMERO

##### Normas generales

##### 1.1 Contenido de la prestación concertada.

La Entidad se obliga en el más amplio sentido, y salvo en lo expresamente excluido, a prestar a su cargo la asistencia sanitaria tendente a conservar o restablecer la salud de todos los mutualistas y beneficiarios a ella adscritos, en los términos y con la extensión prevista en las cláusulas de este Concierto, tanto por enfermedad común o profesional, como por accidente, cualquiera que sea su causa, y por embarazo, parto o puerperio.

Serán también por cuenta de la Entidad los costes de medicación en caso de internamiento sanatorial, asistencia en Centros de urgencia, hospitalización domiciliaria y a domicilio, sin perjuicio de las normas especiales expresamente contenidas en este Concierto.

##### 1.2 Ambito territorial de aplicación.

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 más requisito, a estos fines, que la exhibición de la documentación señalada en la cláusula 2.1, y sin que el contenido de la asistencia pueda limitarse por razón del domicilio del mutualista.

##### 1.3 Cuadros médico-sanatoriales.

La Entidad confeccionará los Cuadros médico-sanatoriales y pondrá a disposición de los Servicios 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 Urgencias y de Información, la lista de sus facultativos por especialidades denominadas según el Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, los Centros sanatoriales 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.

En la publicación que contenga los Cuadros se harán constar igualmente las indicaciones precisas para la utilización de los servicios, que en ningún caso podrán diferir ni exceder de las previstas en este Concierto.

##### 1.4 Invariabilidad de los Cuadros.

La Entidad se obliga en principio a no modificar durante 1987 los Cuadros asistenciales presentados. Las bajas que durante la vigencia del Concierto se produzcan en los Cuadros por causas de fuerza mayor, serán puestas en conocimiento de MUFACE a la mayor brevedad posible. Cuando las bajas producidas redujeran el Cuadro en forma tal que se incumplieran las exigencias mínimas establecidas en la Sección 1.ª del capítulo III de este Concierto, la Entidad procederá a completarlo de manera inmediata, comuni-

cando a MUFACE los facultativos o clínicas que hayan de sustituir a las bajas producidas.

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 demás beneficiarios de los servicios que presten los facultativos y las clínicas incluidos en el citado Cuadro y que hubieran causado baja.

#### 1.5 Prescripción de medicamentos.

Excepto los supuestos de la cláusula 1.1 y cualquier otro expresamente recogido en el presente Concierto, quedan excluidos del mismo los costes de la medicación. No obstante, los facultativos de la Entidad vienen obligados a utilizar la receta oficial de MUFACE y podrán libremente prescribir las especialidades farmacéuticas, fórmulas magistrales, efectos y accesorios incluidos en la prestación farmacéutica del régimen general de la Seguridad Social. Por los servicios de MUFACE se analizarán los datos correspondientes a las prescripciones y, en su caso, la Entidad adoptará las medidas que resulten oportunas como consecuencia de dichos estudios y de los que realice la propia Entidad, que se acordarán en Comisión Mixta Nacional.

MUFACE entregará bajo control los talonarios a los mutualistas para ser presentados en el acto médico.

#### 1.6. Cumplimentación de partes por enfermedad.

La Entidad se obliga a que los facultativos de sus Cuadros extiendan las partes de baja y confirmación por enfermedad, accidente, embarazo o parto, en el modelo oficial establecido.

La cumplimentación de los aludidos partes se considerará como un acto médico y no devengará otros honorarios que los que abone la Entidad, según sus normas, por la asistencia sanitaria prestada usualmente por el facultativo.

### CAPITULO II

#### Destinatarios de la asistencia sanitaria

##### 2.1 Beneficiarios en general.

La asistencia sanitaria objeto del presente Concierto se dispensará a todos los mutualistas y beneficiarios de MUFACE determinados conforme a sus propias normas, que hayan quedado adscritos a la Entidad a estos efectos.

Los mutualistas y sus beneficiarios deberán acreditar dicha circunstancia para recibir la asistencia, exhibiendo el correspondiente documento de afiliación a MUFACE y, en su caso, el de beneficiario de dicha asistencia.

Además deberán entregar el oportuno cheque de asistencia que, en talonarios, será facilitado gratuitamente por la Entidad a través de los Servicios de MUFACE. Los talonarios se entregarán a los mutualistas con devolución simultánea, por éstos, en su caso, de las matrices debidamente cumplimentadas, de los anteriores talonarios utilizados.

La utilización de estos cheques se realizará exclusivamente, por su carácter de intransferible, por el mutualista al que correspondan y por los beneficiarios incluidos en el documento de beneficiario de asistencia sanitaria, debiéndose cumplimentar correctamente los datos que en los mismos figuran.

En aquellos supuestos concretos expresamente determinados en el presente Concierto, la Entidad podrá exigir los requisitos adicionales que en el mismo se establecen para la prestación de la asistencia sanitaria a los beneficiarios de la misma.

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

##### 2.2 Mutualistas no adscritos a Entidad médica.

El mutualista que, habiendo adquirido la condición de funcionario, no haya formalizado su adscripción a una de las Entidades concertadas y, precisando asistencia sanitaria para sí o sus beneficiarios, la requiera en las oficinas de la Entidad, tendrá derecho a recibirla una vez haga constar 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 misma Entidad y al abono de los gastos de la asistencia prestada.

##### 2.3 Beneficiarios de asistencia por maternidad.

La Entidad prestará la asistencia por maternidad a:

- A) Las mutualistas afiliadas y en alta.
- B) Las beneficiarias incluidas en el documento de beneficiarios de asistencia sanitaria de los mutualistas en alta.
- C) Las esposas de los mutualistas, aun cuando no reúnan la condición de beneficiarias de la asistencia sanitaria, por enfermedad o accidente común.

Las respectivas condiciones se acreditarán en la forma establecida en el epígrafe 2.1, salvo en el supuesto del apartado C) en el que, además, deberá aportarse el libro de familia o cualquier otro documento que acredite la condición de esposa del mutualista de que se trate.

#### 2.4 Nacimiento del derecho a la asistencia.

Sin perjuicio de lo establecido en la cláusula 2.2 y en párrafo siguiente, el derecho a obtener asistencia sanitaria de la Entidad comienza en la fecha en que el mutualista haya quedado adscrito a la misma por los servicios de MUFACE, siempre que se cumpla lo previsto en el primer párrafo de la cláusula 5.2.2, sin que existan plazos de carencia.

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

#### 2.5 Duración de la asistencia.

La asistencia, ya sea por accidente o por enfermedad, se prestará por la Entidad en cualquiera de sus modalidades por todo el tiempo que sea necesario a juicio de los facultativos y siempre que conserve el beneficiario el derecho a percibirla. El derecho sólo se extingue en la fecha en que los Servicios de MUFACE acuerden su baja en la misma o en la Entidad.

#### 2.6 Cambio de Entidad.

Los mutualistas podrán cambiar de Entidad en los siguientes supuestos:

- A) Con carácter ordinario y general, durante el mes de enero de cada año, en la forma que se establezca por MUFACE.
- B) Con carácter extraordinario:
  - a) Cuando se produzca un cambio de destino del titular que implique un traslado de provincia.
  - b) Cuando el interesado obtenga la conformidad expresada por escrito de las dos Entidades afectadas.
  - c) Previa autorización del Director general de MUFACE, cuando concurren circunstancias objetivas que justifiquen el cambio de una pluralidad de mutualistas afectados por el mismo problema de asistencia médica.

### CAPITULO III

#### Forma y modalidades de prestación de la asistencia

##### SECCIÓN 1.ª FORMAS DE PRESTACIÓN

##### 3.1 Libertad de elección.

En la asistencia sanitaria que se concerta 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 50 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 expone seguidamente, a partir del nivel comarcal, la Entidad dispondrá de 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 Organización geográfica en los servicios de asistencia sanitaria.

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, 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, junto con 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, ginecología, aparato digestivo, urología, anatomía patológica, radio-diagnóstico, radioterapia, microbiología y parasitología, medicina nuclear y bioquímica clínica.

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, electro-miografía 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 láser, 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 las siguientes: Inmunología, cardiología de consulta, psiquiatría de consulta, nefrología de consulta, oftalmología de consulta, especialidades pediátricas, cirugía maxilofacial, cirugía pediátrica, angiología y cirugía vascular, cirugía cardio-vascular, cirugía torácica, neurocirugía, traumatología y cirugía ortopédica, otorrinolaringología, oftalmología, cirugía plástica y reparadora, 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, al menos en uno de dichos Centros, de un servicio especial de urgencias de carácter permanente, que además de contar con los Médicos de guardia precisos para atender dicho Servicio de Urgencias, con el personal sanitario auxiliar necesario y con los quirófanos correspondientes, tendrá los siguientes dispositivos: Sala de yesos, departamento de esterilización, equipo de radiología, laboratorio para análisis clínicos y depósito de sangre, incubadora portátil, electrocardiógrafo, aparatos de medición de la presión arterial, salas de toma de oxígeno, de aspiración y de protóxido de nitrógeno, laringoscopia, instrumental para traqueotomía, incluyendo tubos endotraqueales, respirador automático, resucitador con marcapasos, instrumental para broncoscopia de urgencia (broncofibroscopio), gastroscopio, rectoscopia y depósito de farmacia con medicación para urgencia, que será a cargo de la Entidad.

Si, siendo preciso, el Servicio de Urgencias 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, ecoencefalógrafo; 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 fenómenos visibles sobre la pantalla del monitor (derivaciones ECG, pulso periférico, ECC), fibroendoscopios, esofagofibroscopio, proctoscopia, etc.

Además, la Entidad deberá contar con un Servicio de Urgencias para la asistencia urgente domiciliaria.

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 Inexistencia de facultativos de la Entidad.

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.

### 3.4 Especialistas ajenos al Cuadro de la Entidad.

La visita a especialista que no figure en los Cuadros de la Entidad deberá ser indicada, 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, indicando expresamente, en caso de denegación, el facultativo al que podrá acudir el mutualista. Transcurrido el primer día hábil siguiente sin contestación escrita, se presumirá concedida la autorización a todos los efectos.

## SECCIÓN 2.ª MODALIDADES DE LA ASISTENCIA

### 3.5 Asistencia sanitaria urgente.

3.5.1 Domiciliaria: El beneficiario de la asistencia que la precise con carácter urgente, la recabará del Servicio de Urgencias que figure en el Cuadro médico-sanitario de la Entidad.

Recibida una petición de asistencia, el mismo Servicio de Urgencias 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.

3.5.2 En Centros de urgencia 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 3.7.2.

b) En los casos de precisar asistencia urgente. Si de la asistencia prestada inicialmente se dedujese la necesidad de internamiento, el Centro de urgencias gestionará el adecuado, así como la intervención o tratamiento preciso dentro de los Cuadros de la Entidad. Si el Centro de urgencias prescribiese el internamiento en Centro ajeno o la intervención de facultativo ajeno, la Entidad asumirá el total de los gastos, correspondiendo al propio Centro de urgencias hacer la notificación inmediata a la Entidad.

3.5.3. En Centros 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.

3.5.4 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. En el anexo II se incluyen, a título indicativo y no exhaustivo, situaciones que pueden calificarse de urgencia vital.

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 motivo 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 dejar constancia de ello, 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 podrá plantearse la cuestión del reintegro ante el correspondiente Servicio de MUFACE.

La comunicación a la Entidad pasado el plazo de los diez días hábiles siguientes al ingreso dará derecho, en su caso, al reintegro de los gastos según el baremo anexo, siempre que se efectúe dentro de los cinco años siguientes a la fecha del mismo.

El estado clínico de inconsciencia del interesado en el momento de su ingreso, si además no contase con familiares 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 al Servicio Provincial de MUFACE.

Solicitado el reintegro de gastos, el Servicio Provincial de MUFACE instruirá el expediente a que se refiere el artículo 90.3 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo, 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 ésta 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.

### 3.6 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.

### 3.7 Asistencia en consultorio.

3.7.1 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 1.ª del presente capítulo.

3.7.2 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 ATS 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.

### 3.8 Asistencia sanitaria en régimen de internamiento.

3.8.1 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 resulte necesario.

3.8.2 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 curación del enfermo, serán por cuenta de la Entidad.

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

En ningún caso podrán excluirse habitaciones que, sin disponer de más servicios de los citados, tengan en el Centro, por razones de régimen interior, una superior calificación.

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

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

3.8.4 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, quien deberá aportar informe del facultativo; el Centro comunicará a la Entidad, en todos los casos, el hecho de haberse producido el alta hospitalaria.

3.8.5 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 concederá, 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. Se considerarán en todo caso causas objetivas que justifican la petición, entre otras, las siguientes: Que la asistencia se preste por un familiar médico, el tratarse de un facultativo de notorio prestigio y la continuidad asistencial en procesos patológicos graves.

En los supuestos contemplados en esta cláusula, los honorarios de los facultativos correrán por cuenta del mutualista.

3.8.6 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 al paciente y que el mutualista presentará en las oficinas de la Entidad, que emitirá por escrito su conformidad o denegación en el mismo día o en el primer día hábil siguiente, expresando en caso de denegación la solución alternativa. Transcurrido el primer día hábil siguiente sin contestación escrita, se presumirá concedida la autorización a todos los efectos.

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

3.8.7.1 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 infecto-contagiosas deben ser efectuados en los Centros y condiciones establecidas por la legislación vigente. La permanencia dependerá exclusivamente del criterio médico.

3.8.7.2 Hospitalización por maternidad: La embarazada tendrá derecho a la atención de todas las contingencias del embarazo, aborto espontáneo y terapéutico, parto y puerperio. La asistencia correrá íntegramente a cargo de la Entidad cualquiera que sean las técnicas utilizadas, salvo lo previsto en el último párrafo de esta cláusula.

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

3.8.7.3 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 3.8.6, 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.

3.8.7.4 Hospitalización por asistencia pediátrica: Se prestará a los niños menores de siete años, o a los de mayor edad que legalmente se determine, 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.

Cuando las características de la enfermedad exijan la compañía de una persona adulta o cuando por otras razones lo aconseje el Pediatra, la madre o la persona que acompañe al niño tendrá derecho a cama y pensión de acompañante.

Cuando siendo la compañía necesaria, el acompañante residiera en localidad distinta a la del Centro sanitario, la Entidad se obliga a pagar una cantidad compensatoria de 3.000 pesetas por día, si las características de las Unidades de Enfermería del Centro sanitario no permitieran su internamiento.

3.8.7.5 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 venga 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.

### 3.9 Internamientos de carácter especial

Se considera así los de aquellos enfermos 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 de acuerdo con lo que a continuación se especifica.

3.9.1 Tratamientos 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 ocasionen, incluyendo, en su caso, el alquiler del aparato.

**3.9.2 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 período de tiempo no superior a veinticuatro horas.

En este supuesto, la Entidad aseguradora 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 en receta oficial por el facultativo del cuadro que le viniera atendiendo. Aquellos productos farmacéuticos que siendo de uso únicamente hospitalario no se dispensen en Farmacias, serán facturados directamente al mutualista, quien podrá solicitar el reintegro que corresponda de MUFACE.

**3.9.3 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-sanatorial 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 la esta prestación la rehabilitación que se realice simultáneamente a los tratamientos médicos o quirúrgicos, por estar comprendida en los mismos.

**3.9.4 Hospitalización de enfermos mentales:** La Entidad viene obligada a hacerse cargo de los internamientos de enfermos afectados de procesos agudos o crónicos agudizados, debiendo abonar los gastos correspondientes a un mes, como máximo, por cada año natural, mes que será el primero de los que el titular o el beneficiario de que se trate se encuentre internado durante cada año. El año se contará desde la fecha de entrada en vigor del Concierto.

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 internamiento, tanto en procesos agudos como crónicos y sin limitación temporal alguna.

Si el internamiento se hubiera realizado en Centro no concertado, la Entidad abonará el importe establecido en el baremo que figura como anexo.

**3.9.5 Hospitalización de enfermos tuberculosos:** Procederá cuando se encuentren en fase de contagio o requieran tratamiento quirúrgico, prolongándose la duración del tratamiento hasta que la baciloscopia resulte negativa.

**3.9.6 Hospitalización de enfermos infecto-contagiosos:** En este supuesto, la Entidad se atenderá a lo dispuesto por el Ministerio de Sanidad y las Consejerías de Sanidad de las distintas Comunidades Autónomas.

### 3.10 Especificaciones para diversas especialidades

**3.10.1 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. No obstante, el tratamiento de la causa de la esterilidad alcanzará sólo al cónyuge que sea beneficiario de la prestación de asistencia sanitaria.

**3.10.2 Asistencia por maternidad:** A) La asistencia por maternidad a las beneficiarias con derecho a ello conforme a lo señalado en la cláusula 2.3, estará a cargo de Tocólogo y Matrona en las poblaciones donde exista dicho especialista, y de 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 3.8.7.2, teniendo en cuenta, en todo caso, lo establecido en el párrafo segundo del punto 2.4.

B) Alcanza igualmente la cobertura del presente Concierto al aborto espontáneo, así como al aborto terapéutico en los términos establecidos por la legislación vigente.

**3.10.3 Pequeña cirugía y curas post-quirúrgicas:** Todos los gastos causados por estos conceptos, incluida la medicación en el acto de la cura, serán a cargo de la Entidad.

**3.10.4 Estomatología:** Comprende toda clase de extracciones, la limpieza de boca una vez por año o siempre que lo considere oportuno el Odontólogo, y la periodoncia, quedando 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.

**3.10.5 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.

**3.10.6 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, circunstancia que habrá de ser apreciada previamente por 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, aún habiendo sido curadas las lesiones, quedaran deformaciones o mutilaciones que produzcan alteraciones del aspecto físico o dificulten la total recuperación del paciente.

**3.10.7 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.

**3.10.8 Prótesis:** Serán a cargo de MUFACE, excepto los materiales utilizados para realizar técnicas de osteosíntesis, que serán siempre por cuenta de la Entidad. La prescripción y colocación de todas las prótesis, tanto internas como externas, correrán igualmente a cargo de la Entidad.

**3.10.9 Rehabilitación y recuperación funcional:** Se aplicarán los distintos medios de la medicina física y rehabilitadora para restablecer el estado funcional que poseía el paciente antes del proceso patológico, cualquiera que haya sido su causa, 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 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 que tampoco podrá establecer controles adicionales sobre el enfermo.

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 reanudaré 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.

**3.10.10 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 test psicológicos.

**3.10.11 Medicina preventiva:** Quedan incluidos en la cobertura del presente Concierto el diagnóstico precoz de 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.

**3.10.12 Planificación familiar:** Quedan incluidos en la cobertura del presente Concierto los siguientes métodos, de acuerdo con la regulación de los mismos en la legislación vigente:

A) Tratamientos con anticonceptivos y las revisiones ginecológicas necesarias para la mujer.

B) Implantes de dispositivos intrauterinos (DIU) y tratamiento de sus posibles complicaciones, no siendo dichos dispositivos (DIU) a cargo de la Entidad.

C) Ligadura de trompas y vasectomía.

**3.10.13 Tratamiento de litofragmentación:** Serán a cargo de la Entidad los procedimientos que permitan la resolución de los cálculos de riñón y uréter: Litotricia extracorpórea por ondas de

choque y nefrectomía percutánea por litotricia ultrasónica o electrohidráulica. El tratamiento deberá ser prescrito por especialista del Cuadro y autorizado previamente por escrito en las oficinas de la Entidad. La autorización sólo podrá ser denegada, también por escrito, por razones médicas que desaconsejen el tratamiento.

3.10.14 Técnicas quirúrgicas y tratamientos especiales: 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.

3.10.15. Medios de diagnóstico: Asimismo, la utilización de cualesquiera medios de diagnóstico 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.

### 3.11 Traslado de enfermos para recibir asistencia sanitaria.

Además de las previsiones establecidas en otras cláusulas, serán por cuenta de la Entidad los desplazamientos o traslados de enfermos en los siguientes supuestos:

A) Cuando por razones de urgencia o por concurrir especiales circunstancias de carácter médico, deban desplazarse desde su residencia habitual para su internamiento en Centro concertado o para recibir tratamientos especiales, como hemodiálisis, radioterapia, rehabilitación u otros contemplados en este Concierto. En todos estos casos será necesaria la prescripción escrita del Facultativo de la Entidad, en la que conste la necesidad del traslado en medios especiales, entre los que no se consideran incluidos los medios de transporte público colectivo. El trayecto de regreso correrá asimismo por cuenta de la Entidad, de continuar dándose las mismas circunstancias.

B) Cuando el enfermo acuda a Facultativo o Centro radicado en localidad distinta a la de su residencia habitual, si la Entidad hubiera formulado al titular esta oferta alternativa, por no figurar en los Cuadros de ésta Facultativos o Centros de los que debería disponer en el nivel geográfico de que se trate, conforme a lo estipulado en la cláusula 3.2. La obligación comprende tanto el trayecto de ida como el de regreso.

C) Cuando, conforme a las condiciones previstas en este Concierto, la Entidad traslade al enfermo desde el Centro ajeno en el que hubiera sido internado, en caso de urgencia vital, a Centro incluido en los Cuadros propios; o desde el Centro propio en el que estuviera ingresado el paciente a Centro ajeno, si por carecer aquél de los medios adecuados o ser insuficientes, los Facultativos de la Entidad, o cualquier Facultativo del Centro si mediara urgencia, así lo hubieran dispuesto.

### 3.12 Asistencia en el extranjero.

3.12.1 Los gastos de asistencia sanitaria que hubieran tenido por causa una urgencia vital o una enfermedad aguda o crónica agudizada fuera del territorio nacional, con ocasión de desplazamiento del mutualista o beneficiario, serán sufragados por la Entidad en la siguiente cuantía:

A) Los correspondientes a asistencia médica, internamientos quirúrgicos, hospitalizaciones no quirúrgicas y cualquier otro servicio de estancia y tratamiento en Centro sanitario, en la cuantía que resulte de aplicar el baremo que figura como anexo.

B) El coste total de los medicamentos aplicados en régimen de internamiento hospitalario.

3.12.2 Los gastos de asistencia sanitaria en los supuestos señalados en el epígrafe anterior serán abonados por el mutualista o beneficiario de que se trate, el cual deberá solicitar su reintegro en el correspondiente Servicio de MUFACE, conforme a las normas que ésta establezca a estos efectos. El reintegro de los gastos, en la cuantía que proceda, se realizará en la siguiente forma:

A) En el supuesto de que el desplazamiento del mutualista al extranjero fuera en virtud de una Comisión de Servicio conferida en virtud del Real Decreto 1344/1984, de 4 de julio, o al amparo del artículo 41.1, d), de la Ley Articulada de Funcionarios Civiles del Estado, o aun siendo de carácter privado -en este caso, tanto el mutualista como sus beneficiarios- la asistencia obedeciera a un supuesto de urgencia vital, MUFACE reintegrará directamente al mutualista la totalidad de los gastos ocasionados por la asistencia sanitaria recibida, deduciendo el importe que corresponda sufragar a la Entidad, conforme a lo previsto en el epígrafe 3.12.1, de la siguiente certificación mensual de las cuotas que deba abonar a la Entidad.

B) En el supuesto de que el desplazamiento del mutualista o del beneficiario de que se trate tuviera carácter privado y la asistencia no hubiera obedecido a un supuesto de urgencia vital, el Servicio Provincial de MUFACE incluirá la reclamación de los gastos que corresponda sufragar a la Entidad en la inmediata

reunión de la Comisión Mixta Provincial, procediéndose en la forma prevista en las cláusulas 4.4 y 4.5 de este Concierto.

### 3.13 Denegación de asistencia.

Se considera denegación de asistencia:

A) La no inclusión en los Cuadros facultativos o Centros que deban figurar en aquéllos según la cláusula 3.2. 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.

B) El no formular oferta alternativa en los casos en que un Facultativo de la Entidad expresase, en los términos de las cláusulas 3.4 y 3.8.6, la necesidad de acudir a Facultativo o Centros ajenos al Cuadro. En este supuesto, los gastos serán abonados por el mutualista y reintegrados totalmente por la Entidad.

C) Los casos en que se hubiere producido demora no justificable 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 la asistencia, 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 a los quince primeros, el reintegro de gastos se efectuará según el baremo anexo.

D) La carencia o insuficiencia de medios adecuados en el Centro de la Entidad en el que estuviera ingresado un paciente o al que acuda para recibir asistencia sanitaria. En estos supuestos, la Entidad vendrá obligada a cubrir los gastos que se originen por la asistencia, 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, asumiendo la Entidad los gastos originados.

## CAPITULO IV

### Comisiones Mixtas. Reclamaciones por razón de asistencia sanitaria

#### 4.1 Comisiones Mixtas.

4.1.1 Las Comisiones Mixtas son órganos de carácter paritario que tienen por cometido el estudio e informe de todas las cuestiones que puedan suscitarse en las relaciones entre la Entidad y MUFACE, en materia de asistencia sanitaria y en la interpretación y aplicación del presente Concierto. Asimismo corresponde a las Comisiones Mixtas informar sobre las reclamaciones que pudieran formularse por los mutualistas en materia de asistencia sanitaria.

4.1.2 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 siguientes se aplicará subsidiariamente las normas de la Ley de Procedimiento Administrativo sobre funcionamiento de los órganos colegiados.

4.1.3 Las funciones de las Comisiones Mixtas señaladas en el epígrafe 4.1.1, se desempeñarán cuando las cuestiones planteadas tengan ámbito provincial por las Comisiones Mixtas Provinciales, y por la Comisión Mixta Nacional cuando las cuestiones afecten a todo el territorio nacional.

#### 4.2 Comisiones Mixtas Provinciales. Composición y funcionamiento.

4.2.1 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.

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

A) La Comisión celebrará reunión, con carácter ordinario, dentro de los diez primeros días de cada mes y con carácter extraordinario a petición de las partes integrantes formulada por escrito.

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 las reclamaciones y 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 se enviará a la Entidad para su conocimiento y conformidad, entendiéndose aprobada provisionalmente a partir de la recepción de la misma por los Servicios de MUFACE, debidamente firmada por la Entidad, y definitivamente al término de la reunión siguiente, sin necesidad de acuerdo expreso, siempre que la Entidad no hubiera planteado objeciones a la misma. La aprobación definitiva del acta no es requisito indispensable para que la Entidad cumpla los acuerdos adoptados, sin perjuicio de lo previsto en el epígrafe 4.4.3.

E) El Secretario de la Comisión remitirá un ejemplar del acta, debidamente firmada por los representantes de MUFACE y de la Entidad, al Departamento de Prestaciones Básicas y a la Entidad. Efectuará asimismo los traslados y notificaciones correspondientes, cuidando del archivo de toda la documentación.

#### 4.3 Comisión Mixta Nacional. Composición y funcionamiento.

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

4.3.2 El funcionamiento de la Comisión Mixta Nacional se ajustará a las mismas normas señaladas en el epígrafe 4.2.2, para las Comisiones Provinciales, excepto las contenidas en el apartado B).

#### 4.4 Reclamaciones por razón de asistencia sanitaria.

4.4.1 Los mutualistas podrán formular reclamaciones ante MUFACE sobre la prestación de la asistencia sanitaria prevista en el Concierto, sin perjuicio de poder plantear previamente su reclamación ante la propia Entidad a la que figuren adscritos.

La reclamación ante MUFACE se formalizará mediante escrito del interesado al que deberá acompañar cuantos documentos puedan justificar su petición. El escrito se dirigirá al Servicio Provincial correspondiente.

4.4.2 El Servicio Provincial formalizará el oportuno expediente y lo incluirá en el orden del día de la inmediata reunión de la Comisión Mixta Provincial y estudiado el mismo:

A) Si se obtuviese acuerdo, éste podrá consistir en:

- Emitir informe conteniendo la aceptación por la Entidad del abono total de los gastos reclamados.
- Emitir informe conteniendo la aceptación por la Entidad de parte de dichos gastos.
- Emitir informe sobre la desestimación de los gastos.

B) Si no se obtuviese acuerdo, se harán constar ambas posiciones y el expediente se someterá a estudio de la Comisión Mixta Nacional.

4.4.3 En todos los supuestos en que haya existido acuerdo en el seno de la Comisión Mixta Provincial, emitiéndose informe estimatorio total o parcial o desestimatorio, la reclamación será resuelta por el Director del Servicio Provincial correspondiente de conformidad con el informe.

4.4.4 En el caso de que por no haber existido acuerdo en la Comisión Mixta Provincial, se hubiera elevado el expediente para estudio e informe de la Comisión Mixta Nacional, si éste estuviese completo, será incluido en el orden del día de la primera reunión que ésta celebre, resolviendo el Director general de MUFACE.

4.4.5 Las resoluciones dictadas por los Directores de los Servicios Provinciales y por el Director general de MUFACE, deberán cumplir los requisitos establecidos en la Ley de Procedimiento Administrativo y serán notificados a la Entidad y a los interesados en la forma establecida en dicha Ley, debiendo indicar la posibilidad que tienen de recurrir en alzada ante el Ministro para las Administraciones Públicas, de acuerdo con lo previsto en los artículos 44 de la Ley 29/1975, de 27 de junio, y 213 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo.

#### 4.5 Procedimiento de pago en supuestos generales.

4.5.1 En las reclamaciones resueltas por los Directores de los Servicios Provinciales, por haber recaído informe estimatorio total o parcial en la Comisión Mixta Provincial correspondiente, el procedimiento de pago será el siguiente:

A) Si el informe emitido fuera de estimación total o parcial de los gastos reclamados, durante el desarrollo mismo de cada sesión se procederá a cumplimentar por triplicado un documento firmado por ambas partes (representantes de MUFACE y de la Entidad) que servirá de orden de pago y será remitido al reclamante acto seguido de cada reunión, para que pueda realizar el cobro en la Entidad, la cual comunicará al Servicio Provincial de MUFACE haberlo realizado.

B) En el plazo de un mes a partir de la fecha del documento mencionado en el apartado anterior, la Entidad deberá comunicar al Servicio Provincial de MUFACE:

- Que ha realizado el abono, o
- Que no se ha efectuado el pago por no haberse presentado el mutualista interesado o por no haber sido aceptado por éste.

Si no hubiese recibido esta comunicación dentro del plazo indicado o si, dentro del año siguiente a la fecha del mismo documento, MUFACE tuviese conocimiento de que se hubiera negado el pago al mutualista, bajo cualquier motivo, el Director del Servicio Provincial, sin más trámites y siempre que existiese Concierto en vigor, expedirá certificación del acuerdo adoptado y de los hechos posteriores, y la remitirá al Departamento Financiero de MUFACE. Este, igualmente sin más requisitos, propondrá el oportuno acuerdo al Director general y deducirá de la inmediata mensualidad que haya de abonarse a la Entidad, y pagará directamente al mutualista 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 mutualista por la demora en el reintegro.

4.5.2 En el supuesto de reclamaciones resueltas por el Director general de MUFACE, previo estudio e informe de la Comisión Mixta Nacional, hubiérase o no llegado a un acuerdo entre las partes sobre la reclamación examinada, si la resolución fuera total o parcialmente estimatoria, el abono de la cantidad que en cada caso corresponda será realizado directamente por MUFACE al interesado, deduciendo el importe de las cuotas mensuales a abonar a la Entidad y facilitando a ésta el documento que acredite haber realizado el pago por su cuenta.

#### 4.6 Procedimiento de pago en supuestos especiales.

La ejecución de Resoluciones Administrativas o de Sentencias que resuelvan recursos interpuestos contra actos adoptados por MUFACE en las materias objeto del presente Concierto serán ejecutadas, en su caso, por MUFACE conforme al procedimiento establecido en la cláusula 4.5.2.

## CAPITULO V

### Régimen económico, duración y normas complementarias

#### 5.1 Precio.

La cantidad a satisfacer por MUFACE a la Entidad como contraprestación por los Servicios cubiertos por este Concierto se fija en 17.592 pesetas anuales por persona, equivalentes a 1.466 pesetas mensuales por persona.

#### 5.2 Régimen de pagos.

5.2.1 Sin perjuicio del nacimiento y extinción del derecho a la asistencia en los términos previstos en las cláusulas 2.4 y 2.5, las altas causarán efectos económicos a las cero horas del día 1 del mes siguiente a aquel en que se produzcan y las bajas a las veinticuatro horas del último día del mes en que hubieran tenido lugar. Consiguientemente, cada pago mensual tendrá en cuenta el número de mutualistas y demás beneficiarios existente a las cero horas del día 1 del mes de que se trate y se efectuará por MUFACE, en cheque nominativo o transferencia bancaria, dentro de los quince días del mes siguiente.

5.2.2 MUFACE, a través del Servicio Provincial correspondiente, facilitará mensualmente a la representación provincial de la Entidad, antes del día 15 del mes siguiente a aquel en que se produzcan, un ejemplar de los documentos de afiliación y de los de beneficiarios de asistencia sanitaria de las altas, así como una relación de las bajas de mutualistas 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 producidas en el mes precedente, comunicando la cifra del colectivo total adscrito a la Entidad, referida a las cero horas del primer día del mes que se liquida. La 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:

- Las relativas a los mutualistas, incluidas las que afectan a sus beneficiarios, si existen.
- Las relativas a beneficiarios exclusivamente.

La Entidad presentará las reclamaciones separadamente, conforme a 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. 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.

### 5.3 Duración.

Los efectos del presente Concierto, se iniciarán a las cero horas del día 1 de enero de 1987 y se extenderán hasta las veinticuatro horas del día 31 de diciembre del mismo año, sin perjuicio de lo establecido en la cláusula siguiente.

### 5.4 Prórrogas y continuidad asistencial.

Si alguna de las Entidades concertadas durante 1987 no suscribiese Concierto para 1988, continuará obligada a prestar asistencia sanitaria a sus asegurados en los términos del presente Concierto durante el mes de enero de 1988, abonándose por MUFACE la prima convenida para 1988 con el resto de las Entidades. Además continuarán vigentes los efectos asistenciales del Concierto, incluso después del 31 de enero de 1988, 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.

### 5.5 Lesiones por accidente de automóvil.

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 existiese 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 e informaciones necesarias.

## CAPITULO VI

### Normas finales

#### 6.1 Impuestos.

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

#### 6.2 Comprobaciones.

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. Asimismo quedará obligada a facilitar la comprobación de los mismos por los Servicios de MUFACE.

#### 6.3 Recursos y jurisdicción competente.

Las cuestiones que surjan en la interpretación o cumplimiento del presente Concierto serán resueltas por el órgano competente de MUFACE, según lo establecido en sus cláusulas. En lo no previsto en ellas, se entenderá siempre competente el Director general de MUFACE. Contra sus acuerdos podrá interponerse recurso de alzada ante el Ministro para las Administraciones Públicas.

En su caso, la jurisdicción competente será siempre la contencioso-administrativa.

#### 6.4 Anexos.

Son anexos al presente Concierto:

- I. Baremo de actos médicos.
- II. Urgencias vitales.

El presente Concierto consta de 24 páginas numeradas y selladas de texto; así como de las páginas que contienen el anexo I; y de las páginas 1 y 2, que contienen el anexo II.

Por la Entidad,

Por MUFACE:  
El Director general,

## ANEXO II

### Relación de Entidades que han suscrito Concierto con MUFACE

1. Compañía de Seguros «Adeslas, Sociedad Anónima».
2. «Asistencia Sanitaria Interprovincial, Sociedad Anónima».
3. «Iguatorialio Colegial de Asistencia Médico-Quirúrgica, Sociedad Anónima» (La Coruña).
4. «Iguatorialio Médico-Quirúrgico Colegial, Sociedad Anónima de Seguros» (Santander).
5. «La Equitativa de Madrid, Sociedad Anónima».
6. «Previsas, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros».
7. «Sanitas, Sociedad Anónima».
8. «Unión Médica Gaditana, Sociedad Anónima de Seguros».

## MINISTERIO DE CULTURA

**33428** ORDEN de 10 de diciembre de 1986 por la que se dispone se cumpla la sentencia dictada por la Audiencia Nacional (Sección 5.ª), en recurso contencioso-administrativo número 53.657, interpuesto por don Manuel Esteban Ballester Almadana.

Ilmo. Sr.: En el recurso contencioso-administrativo número 53.657, seguido ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo de la Audiencia Nacional, interpuesto por don Manuel Esteban Ballester Almadana, contra la Administración General del Estado, representada por el señor Letrado del Estado, ha recaído sentencia en 22 de septiembre de 1986, cuya parte dispositiva literalmente dice:

«Fallamos: Que estimando en parte el presente recurso, interpuesto por el Procurador don Luciano Rosch Nadal, en nombre y representación de don Manuel Esteban Ballester Almadana, contra las resoluciones del Ministerio de Cultura de fechas 7 de noviembre de 1983 y 10 de octubre de 1984, debemos declarar y declaramos la nulidad de las mismas, por no ser conformes con el ordenamiento jurídico, liberando al recurrente de la obligación de reedificar que allí se establecía, absolviendo a la Administración de las demás peticiones que figuran en el súplico de la demanda, y todo ello sin costas.

Así por esta nuestra sentencia, que se notificará haciendo la indicación que prescribe el artículo 248.4 de la Ley Orgánica 6/1985, y testimonio de la cual será remitido en su momento a la Oficina de origen a los efectos legales, junto con el expediente en su caso, lo pronunciamos, mandamos y firmamos».

En su virtud y en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 103 y 105, apartado a), de la Ley de 27 de diciembre de 1956, Reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, este Ministerio ha tenido a bien disponer que se cumpla en sus propios términos, la referida sentencia, publicándose el fallo en el «Boletín Oficial del Estado», significándole que contra la anterior sentencia ha sido interpuesto recurso de apelación por el Abogado del Estado, siendo admitido por el Tribunal Supremo en un solo efecto.

Lo que comunico a V. I. para su conocimiento y efectos.

Madrid, 10 de diciembre de 1986.-P. D. (Orden de 12 de junio de 1985), Ignacio Quintana Pedrós.

Ilmo. Sr. Director general de Bellas Artes y Archivos.

**33429** ORDEN de 15 de diciembre de 1986 por la que se convocan subvenciones a Empresas de exhibición cinematográfica para el acondicionamiento de las salas.

Ilmos. Sres.: La modernización de las salas de exhibición cinematográfica constituye una medida de indudable importancia para el desarrollo del sector cinematográfico, en cuanto contribuye a mantener e incrementar la asistencia del público a la proyección comercial de películas.

Con la finalidad de impulsar este esfuerzo de modernización emprendido por el sector privado, el Ministerio de Cultura viene concediendo, desde 1984, subvenciones para la renovación y actualización de los elementos técnicos de proyección y sonido de dichas salas, medida de estímulo que se considera conveniente mantener en el presente año.

En su virtud, a propuesta del Instituto de la Cinematografía y de las Artes Audiovisuales, he tenido a bien disponer:

Primero.-Se convoca la concesión de subvenciones, por un importe total de 187.075.744 pesetas, con cargo a la aplicación presupuestaria 24.108.771, programa 456-C, de los Presupuestos Generales del Estado para el año 1986.

Dichas subvenciones tienen por finalidad contribuir a la financiación de inversiones que tengan por objeto, preferentemente, la modernización de los elementos técnicos de proyección y sonido de las salas comerciales de exhibición cinematográfica, con exclusión de las salas X.

Segundo.-La cuantía, por sala, de las subvenciones que se concedan no podrá exceder del 60 por 100 del coste reconocido de la inversión, ni superar, en ningún caso, la cantidad de 1.000.000 de pesetas.

Tercero.-Las subvenciones podrán ser solicitadas únicamente por las Empresas de exhibición cinematográfica que figuren debidamente inscritas en la correspondiente Sección del Registro de Empresas del Instituto de la Cinematografía y de las Artes Audiovisuales, mediante instancia presentada ante dicho Orga-