

## III. Otras disposiciones

### MINISTERIO DE JUSTICIA

1697

*RESOLUCIÓN de 11 de enero de 2000, de la Presidencia de la Mutualidad General Judicial, por la que se publica el concierto para la prestación de asistencia sanitaria a beneficiarios de MUGEJU durante los años 2000, 2001 y 2002.*

En aplicación de lo previsto en el artículo 10.2 del Real Decreto-ley 16/1978, de 7 de junio, por el que se regula la Seguridad Social de los funcionarios al servicio de la Administración de Justicia, y en el artículo 63 del Real Decreto 3283/1978, de 3 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de la Mutualidad General Judicial, y previa convocatoria publicada por Resolución de la Presidencia de 7 de octubre de 1999, «Boletín Oficial del Estado» de 5 de noviembre, esta Mutualidad ha suscrito conciertos con diversas entidades de seguros autorizadas en el ramo de enfermedad (comprendida la asistencia sanitaria) para la prestación de la asistencia sanitaria a beneficiarios de la Mutualidad General Judicial durante el año 2000, prorrogable a los años 2001 y 2002.

En cumplimiento de lo determinado en la base número 8 de dicha convocatoria, la Presidencia de la Mutualidad acuerda publicar el texto de dicho concierto, así como la relación de las entidades de seguros que han suscrito el mismo.

Primero.—Texto del concierto de la Mutualidad General Judicial con las entidades de seguros para la prestación de Asistencia Sanitaria a beneficiarios de la Mutualidad General Judicial durante el año 2000, prorrogable a los años 2001 y 2002.

#### CAPÍTULO I

##### Objeto del concierto y beneficiarios

###### 1.1 Objeto del concierto.

1.1.1 El objeto del concierto es facilitar asistencia sanitaria a los mutualistas y demás beneficiarios de MUGEJU, en todo el territorio nacional. Esta asistencia se prestará conforme a lo establecido en el Real Decreto-ley 16/1978, de 7 de junio, que regula el Régimen Especial de Seguridad Social del Personal al servicio de la Administración de Justicia, procurando la máxima homogeneidad con las prestaciones que otorga el Sistema Nacional de Salud. Para ello, la entidad firmante del concierto (en adelante entidad), pondrá a disposición de los beneficiarios adscritos a ella (en adelante beneficiarios) todos los medios propios o concertados precisos (en adelante medios de la entidad), para prestar una asistencia sanitaria integral de calidad, o, en caso de no disponer de los mismos con carácter excepcional, a asumir o a reintegrar los gastos ocasionados a los beneficiarios por la utilización de otros medios necesarios para tal asistencia (en adelante, medios ajenos a la entidad), todo ello con arreglo a lo establecido en las cláusulas del concierto.

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

###### 1.2 Beneficiarios en general.

1.2.1 Sin perjuicio de lo que se establece en la cláusula 1.3, son beneficiarios a los efectos del presente concierto todos los mutualistas y demás

beneficiarios de asistencia sanitaria de MUGEJU, determinados conforme a sus propias normas, que hayan quedado adscritos a la entidad a dichos efectos.

El reconocimiento de la condición de beneficiario corresponde a MUGEJU.

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

1.2.3 Estarán adscritos a la entidad los titulares que, en su caso, lo estuvieran a 31 de diciembre de 1999 y no cambien de entidad conforme a lo previsto en la cláusula 1.5, o según las reglas de adscripción a la red sanitaria de la Seguridad Social y los que la elijan conforme a las normas de dicha cláusula o cuando se produzca su alta en MUGEJU.

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

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

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

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

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

###### 1.5 *Cambio de entidad.*

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

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

B) Con carácter extraordinario:

a) Cuando se produzca un cambio de destino del titular con traslado de provincia.

b) Cuando el interesado obtenga la conformidad expresada por escrito de las dos entidades afectadas.

c) Cuando, por concurrir circunstancias objetivas que justifiquen el cambio de una pluralidad de titulares afectados por el mismo problema de asistencia sanitaria, la Presidencia de MUGEJU acuerde la apertura de plazo especial de elección de entidad.

d) En los casos particulares en que, a juicio del Presidente de MUGEJU, concurren circunstancias excepcionales que justifiquen el cambio de la entidad.

1.5.2 La fusión de la entidad con otra u otras de las concertadas por MUGEJU, no supondrá la apertura de plazo especial de cambio, quedando automáticamente adscritos a la entidad absorbente o resultante

de la fusión, los beneficiarios que, en el momento de la fusión, se encontraran adscritos a la/s entidad/es extinguida/s o a cada una de las entidades fusionadas, y obligándose la entidad absorbente resultante, desde ese momento, a garantizar todos sus derechos en los términos previstos en el presente concierto.

1.6 *Mutualistas no adscritos a entidad médica.*—El funcionario mutualista de MUGEJU que no haya formalizado su adscripción a una de las entidades concertadas o a la red sanitaria pública y que, precisando asistencia sanitaria para sí o sus beneficiarios, la requiera en las oficinas de la entidad, tendrá derecho a recibirla una vez que acredite su condición de afiliado a MUGEJU.

La entidad prestará la asistencia y, en el plazo de los cinco días hábiles siguientes, notificará los hechos a MUGEJU para que proceda al alta del mutualista en la entidad, con efectos del quinto de los citados días y al abono de los gastos de la asistencia prestada hasta la fecha de efectos del alta.

## CAPÍTULO II

### Medios de la entidad

#### 2.1 Normas generales:

##### 2.1.1 Los medios de la entidad son los siguientes:

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

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

C) Medios de que disponga otra entidad y que queden adscritos mediante subconcierto con la entidad concertada, a los fines de este concierto.

Igualmente, a los fines asistenciales de este concierto, quedan asimilados a los medios de la entidad los servicios de atención primaria y de urgencias de la red sanitaria pública concertados por cuenta de la entidad, conforme a lo previsto en el anexo I.

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

Podrá MUGEJU comprobar, cuando lo estime oportuno, el cumplimiento por parte de la entidad de la obligación prevista en el párrafo anterior.

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

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

Si MUGEJU tiene conocimiento del posible incumplimiento de dichos requisitos de carácter general, podrá ponerlo en conocimiento de la autoridad sanitaria competente.

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

2.1.5 MUGEJU comunicará a la entidad la forma en que deberá proporcionar la información necesaria, que permita la integración de los datos referidos a la prestación de servicios a los beneficiarios de MUGEJU, con la finalidad de posibilitar la comparación de los servicios entre los distintos proveedores.

A fin de garantizar la calidad de la asistencia sanitaria, esta información se integrará en los informes de seguimiento del concierto, que periódicamente serán objeto de análisis en las Comisiones Mixtas previstas en la cláusula 5.3 del concierto y de las que podrán derivarse los planes de mejora de la oferta de servicios que resulten pertinentes a partir de la información solicitada.

2.1.6 MUGEJU impulsará, en colaboración con la entidad y sus profesionales, el desarrollo y aplicación de aquellos protocolos clínicos y pautas de actuación, de acreditada y contrastada implantación y eficacia, relacionados con las patologías más prevalentes en la población. Dicha colaboración se concretará tanto en la selección de protocolos, como en su implantación en la práctica asistencial de los asegurados de MUGEJU, con el fin de que sirvan como instrumentos de ayuda en la toma de decisiones clínicas con el objetivo de contribuir a la mejora de la calidad asistencial y la eficiencia en la utilización de recursos.

2.1.7 MUGEJU podrá utilizar la información proporcionada por la entidad con el fin de mejorar la gestión y calidad de la asistencia sanitaria prestada a sus beneficiarios, todo ello con respecto a lo previsto en la Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, sobre regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal.

#### 2.2 Prestaciones sanitarias.

A) La asistencia sanitaria comprende las siguientes modalidades:

- a) Atención primaria.
- b) Atención especializada.
- c) Prestaciones farmacéuticas.
- d) Prestaciones complementarias.
- e) Servicios de información y documentación sanitaria.

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

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

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

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

##### 2.2.1 Nivel I de asistencia sanitaria:

A) Las localidades desde 1.000 a 20.000 habitantes dispondrán de atención primaria, que comprenderá la asistencia sanitaria a nivel ambulatorio, domiciliario y de urgencia a cargo del Médico general, Pediatra, Diplomado en Enfermería, Matrona, Fisioterapeuta y Odontólogo, teniendo en cuenta:

- a) Las localidades de 1.000 o más habitantes dispondrán siempre de Médico general y Diplomado en Enfermería.
- b) Las localidades de 5.000 o más habitantes dispondrán además, de Pediatra, Matrona, Fisioterapeuta y Odontólogo.

B) La disponibilidad de medios se ajustará a las siguientes reglas:

- Un Médico general por cada 1.500 habitantes o fracción.  
 Un Diplomado en Enfermería por cada 2.500 habitantes o fracción.  
 Un Pediatra por cada 1.500 habitantes menores de catorce años o fracción.  
 Una Matrona y un Fisioterapeuta por cada 20.000 habitantes.  
 Un Odontólogo por cada 12.000 habitantes.

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

D) Criterio supletorio: Como criterio supletorio de lo previsto en la presente cláusula se tendrá en cuenta que, en las zonas rurales expresamente previstas en los Convenios a que se refiere el anexo I de este concierto, la asistencia sanitaria a nivel ambulatorio, domiciliario o de urgencia a cargo del Médico general, Pediatra, Diplomado en Enfermería y Matrona se podrá prestar por los servicios de Atención Primaria y de Urgencias de la Red Sanitaria Pública.

2.2.2 Nivel II de asistencia sanitaria.—En los municipios de más de 20.000 hasta 75.000 habitantes se prestarán, además de los servicios de atención primaria contemplados en la cláusula 2.2.1, los siguientes servicios de atención especializada:

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

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

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

Atención de urgencia: Hospitalaria y extrahospitalaria.

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

CUADRO I

**Cartera de servicios de atención especializada de nivel II**

Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades funcionales	Servicios	Unidades funcionales
<i>Área Médica</i>		<i>Área Médica</i>	
Aparato Digestivo. Cardiología. Estomatología.	Ecografía.	Hemoterapia. Medicina Interna. Obstetricia. Pediatria.	Hospital de Día. U. de Infecciosos. Hemodiálisis Y Diálisis Peritoneal .
Medicina Interna. Obstetricia. Pediatria. Psiquiatria. Rehabilitación.		Rehabilitación. UCI.	
<i>Área Quirúrgica</i>		<i>Área Quirúrgica</i>	
Cirugía General. Ginecología. Oftalmología. ORL. Traumatología.	Logopedia.	Anestesia y Reanimación. Cirugía General. Ginecología. Oftalmología. ORL. Traumatología.	Hospital de Día. Neonatología. Unidad de Desintoxicación. Hospital de Día. Unidad Atención Temprana.
<i>Servicios Centrales</i>		<i>Servicios Centrales</i>	
Análisis Clínicos.	Radiología General. Ecografía. Mamografía. TAC.	Análisis Clínicos. Anatomía Patológica. Farmacia.	Unidad de Despertar. Unidad de Reanimación. Unidad de Dolor.
Radiodiagnóstico.		Radiodiagnóstico.	
<i>Urgencias</i>		<i>Urgencias</i>	

2.2.3 Nivel III de asistencia sanitaria.—En los municipios de más de 75.000 habitantes, en las Ciudades de Ceuta y Melilla, y en capitales de provincia, se prestarán además de los servicios de atención primaria y de atención especializada contemplados en los puntos 2.2.1 y 2.2.2, los siguientes:

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

Asistencia especializada en régimen de hospitalización.

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

Asistencia especializada en régimen de hospitalización a domicilio.

Asistencia psiquiátrica en régimen ambulatorio o de hospitalización.

Atención de urgencia: Hospitalaria y extrahospitalaria.

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

CUADRO II

**Cartera de servicios de atención especializada de nivel III**

Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades funcionales	Servicios	Unidades funcionales
<i>Área Médica</i>		<i>Área Médica</i>	
Alergología. Aparato Digestivo. Cardiología. Dermatología. Endocrinología. Estomatología. Hematología. Medicina Interna. Nefrología.	Electrofisiología.	Alergología. Aparato Digestivo. Cardiología. Dermatología. Endocrinología.	Endoscopia Digest. Electrofisiología.
Neumología. Neurología. Obstetricia. Oncología Médica.	Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal domiciliaria.	Hematología. Medicina Interna. Nefrología.	Hospital de Día. U. de Infecciosos. Hemodiálisis Y Diálisis Peritoneal .
Pediatria. Psiquiatria.	Ecografía.	Neumología. Neurología. Obstetricia. Oncología Medica.	Endoscopia Resp. Quimioterapia. Hospital de Día. Neonatología. Unidad de Desintoxicación. Hospital de Día. Unidad Atención Temprana.
Rehabilitación y Fisioterapia.		Pediatria. Psiquiatria.	Unidad de Desintoxicación. Hospital de Día. Unidad Atención Temprana.
		Rehabilitación.	Unidad Atención Temprana.
		Unidad de Hospitalización a Domicilio.	

CUADRO III

**Cartera de servicios de atención especializada de nivel III**

Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades funcionales	Servicios	Unidades funcionales
<i>Área Quirúrgica</i>		<i>Área Quirúrgica</i>	
Angiología y Cirugía Vascular. Cirugía General y Digestiva. Cirugía Maxilofacial. Cirugía Pediátrica.	Ecografía.	Anestesiología.	Unidad de Despertar. Unidad de Reanimación. Unidad de Dolor.
Ginecología.		Cirugía General y Digestiva. Cirugía Maxilofacial. Cirugía Pediátrica. Cirugía Vascular. Ginecología.	Laparoscopia. IVE. Ligadura de Trompas.
Oftalmología. ORL. Traumatología y C. Ortopédica. Urología.		Oftalmología. ORL. Traumatología y C. Ortopédica. Urología.	Litotricia. Vasectomía. Endoscopia. Adultos. Pediátrica.
		Unidad C. Intensivos.	

CUADRO IV

## Cartera de servicios de atención especializada de nivel III

Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades funcionales	Servicios	Unidades funcionales
<i>S. Centrales</i>		<i>S. Centrales</i>	
Análisis Clínicos-Bioquímica.		Laboratorio.	Anatomía Patológica. Bioquímica. Farmacología. Hematología. Inmunología. Microbiología. Parasitología.
Radiodiagnóstico.	Radiología General. Ecografía. Mamografía. TAC. RNM. Densitometría Ósea.	Farmacia. Neurofisiología. Radiología.	Potenciales Evocados. EMG. Radiología General. Ecografía. Mamografía. TAC. RNM. Densitometría Ósea.
<i>Urgencias</i>		<i>Urgencias</i>	

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

CUADRO V

## Cartera de servicios de atención especializada de nivel IV

Consultas externas	Hospitalización	
Servicios	Servicios	Unidades funcionales
Cardiología.	Cardiología.	Hemodinámica Diag. Hemodinámica Terap.
Cirugía Cardiovascular. Cirugía Plástica y Reparadora. Cirugía Torácica. Medicina Nuclear. Neurocirugía.	Cirugía Cardiovascular. Cirugía Plástica y Reparadora. Cirugía Torácica. Medicina Nuclear. Neurocirugía. Neurofisiología. Obstetricia de Alto Riesgo. Oncología Radioterápica.	Cirugía Estereotáxica. Unidad del Sueño.  Cobaltoterapia. Radiumterapia e Isótopos Radiactivos. Braquiterapia. Acelerador Lineal. Consejo Genético. FIV. Inseminación Artificial. Banco de Semen. Corazón. Córnea. Hígado. Médula Osea. Páncreas. Pulmón. Riñón.
	Planificación Familiar. Unidad de Reproducción Asistida. Trasplantes.	

Consultas externas	Hospitalización	
Servicios	Servicios	Unidades funcionales
	Unidad de Quemados. Unidad Lesionados Medulares. Laboratorio.  Radiología.	Genética. Citogenética. Genética Molecular. Medicina Nuclear. Angiografía Digital. Gammacámara. Radiología Intervencionista.

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

2.2.6 Atención de urgencia.—Se define la asistencia de urgencia como aquella que garantiza la atención inmediata y continuada de cualquier emergencia sanitaria, ya sea actuando directamente sobre el paciente hasta su resolución definitiva, o garantizando su traslado en las mejores condiciones posibles a otro centro propio o concertado. Deberá contar con los recursos humanos y materiales necesarios para el adecuado cumplimiento de su función.

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

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

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

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

## 2.3 Prestaciones complementarias.

2.3.1 Oxigenoterapia, ventiloterapia y aerosolterapia a domicilio.—Requiere prescripción escrita de especialista de la entidad y autorización previa de la misma.

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

Quedan excluidos los implantes osteointegrados para prótesis dentarias.

## 2.3.3 Transporte para la asistencia sanitaria:

A) Tipo de transporte: Se entiende por transporte sanitario el que, a los fines asistenciales previstos en el concierto, se realiza en los siguientes medios:

a) Transporte ordinario: Es el que se efectúa en automóvil, autobús, ferrocarril, barco y avión. Estos traslados se valorarán siempre por su coste, en clase normal o turista, en líneas regulares de transporte en autobús o ferrocarril o, si procediese por tratarse de provincias insulares, o las Ciudades de Ceuta y Melilla, en barco o avión.

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

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

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

a) En medios de transporte ordinario:

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

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

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

b) En medios extraordinarios de transporte:

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

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

Entre distintos niveles de asistencia sanitaria.

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

C) Condiciones generales:

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

Por razones de urgencia.

En los casos de desplazamientos en medios ordinarios para recibir tratamientos periódicos a la localidad más próxima en que la entidad disponga de medios.

En estos casos, se entenderá que la autorización para el tratamiento lleva implícita la autorización para el desplazamiento.

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

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

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

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

a) Salvaguardar el ejercicio de los derechos de los pacientes, recogidos en el artículo 10 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y, en particular:

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

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

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

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

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

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

b) Requerir a sus centros para que cumplimenten el informe de alta, al finalizar la estancia en una institución hospitalaria o el informe de consulta externa de atención especializada. El informe de alta deberá adaptarse a lo establecido en la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 6 de septiembre de 1984, y demás disposiciones que son de aplicación para los hospitales públicos, debiendo contener, en todo caso, el conjunto mínimo básico de datos siguiente:

Datos de afiliación del usuario.

Motivo de la consulta.

Valoración al inicio del tratamiento.

Resultado de la anamnesis y de la exploración clínica.

Resultado de las pruebas complementarias practicadas.

Orientación diagnóstica.

Tratamiento, procedimiento practicado y recomendaciones terapéuticas.

Fecha de inicio del proceso y fecha de alta.

Nombre legible y firma del facultativo responsable.

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

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

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

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

e) Cumplimentar los informes médicos precisos para la valoración y concesión, en su caso, de las licencias por enfermedad o accidente de los funcionarios, así como aquellos informes que sean necesarios para acreditar las situaciones de embarazo, parto o maternidad.

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

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

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

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

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

2.5 *Catálogo de servicios de la entidad.*

2.5.1 El catálogo de servicios de la entidad contiene la relación detallada de los medios de la entidad, y su finalidad es posibilitar la utilización de dichos medios por los beneficiarios.

2.5.2 Los catálogos de servicios serán de ámbito provincial, e incluirán:

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

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

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

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

Cartera de servicios de urgencias, ambulatorias y hospitalarias.

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

Instrucciones precisas para la utilización de los servicios de atención primaria del sistema público en el medio rural, en régimen ambulatorio, domiciliario y de urgencia, en los términos previstos en los Convenios suscritos por MUGEJU con el INSALUD y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas con competencias en la materia.

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

Si incluyeran publicidad o mensajes publicitarios, así como información relativa a otros productos o servicios de la entidad, deberá figurar separadamente, de forma que no pueda inducir a confusión en relación con el alcance y contenido de las prestaciones incluidas en el presente concierto.

2.5.3 La entidad editará bajo su responsabilidad los catálogos de servicios. Antes de 31 de diciembre del año anterior al del inicio de la vigencia del concierto, la entidad deberá entregar en los Servicios Centrales de MUGEJU los catálogos de servicios correspondientes a todas las provincias. Asimismo, y en el mismo plazo, pondrá a disposición de los beneficiarios que tengan adscritos el catálogo de la correspondiente provincia y entregará en las Delegaciones Provinciales de MUGEJU el número necesario de ejemplares para su entrega a los beneficiarios que los soliciten.

En cualquier caso, deberán actualizarse, al menos una vez al año. Las obligaciones de la entidad señaladas en los párrafos anteriores, se entienden también referidas a las actualizaciones de los catálogos o Adenda a los mismos que, en su caso, vayan a tener vigencia en los años 2001 y 2002.

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

Las bajas serán puestas en conocimiento de las Delegaciones Provinciales de MUGEJU correspondientes en el plazo de quince días hábiles desde que las mismas se produzcan. Cualquier comunicación que la entidad dirija con carácter generalizado a los beneficiarios sobre altas o bajas producidas en los catálogos, serán previamente depositadas en las Delegaciones Provinciales de Mugeju, con una antelación, en relación con la fecha prevista para su envío, no inferior a tres días. Si las bajas redujeran un catálogo de servicios en forma tal que se incumplieran las exigencias mínimas establecidas en este capítulo, la entidad procederá a completarlo simultáneamente, comunicando asimismo a MUGEJU los servicios, centros o facultativos que hayan de sustituir a las bajas producidas. Además, si la reducción o los cambios afectan a más del 25 por 100 del contenido inicial del catálogo, la entidad queda obligada a adoptar las medidas precisas para que los titulares adscritos a la misma puedan disponer de los nuevos catálogos.

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

### CAPÍTULO III

#### Utilización de los medios de la entidad

3.1 *Norma general.*—A los efectos previstos en los artículos 10.2 del Real Decreto-ley 16/1978, de 7 de junio, y 63 del Reglamento de la Mutua General Judicial, se considera que los medios de la entidad son

los servicios, propios o concertados, asignados para la asistencia sanitaria de los beneficiarios adscritos a la misma.

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

#### 3.2 Alcance de la acción protectora.

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

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

#### 3.4 Requisitos.

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 3.6 Contenido de la atención sanitaria.

3.6.1 *Asistencia en consulta externa.*—El beneficiario se dirigirá directamente al facultativo elegido, de atención primaria y especializada, para recibir la asistencia que precise, sin más requisito que acreditar su condición y entregar el correspondiente cheque de asistencia o, en el supuesto previsto en el párrafo final de la cláusula 3.4.2, presentar el oportuno soporte magnético.

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

En atención especializada, la asistencia domiciliaria por parte de facultativo especialista, precisa la previa prescripción escrita del Médico de atención primaria. En todo caso, el especialista informará al Médico que solicitó la interconsulta sobre la orientación diagnóstica y terapéutica del caso.

3.6.3 *Asistencia urgente.*—La asistencia urgente podrá recabarse de los facultativos de Medicina General, Pediatría y Enfermería de la entidad y, fuera de los horarios de consulta y, en cualquier caso, de los Servicios de Urgencia de Atención Primaria y Especializada de la entidad, propios o concertados.

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

## A) Requisitos.—El ingreso en un hospital precisará:

- a) La prescripción del mismo por Médico de la entidad, con indicación del centro.
- b) La autorización de la prescripción por la entidad.
- c) La presentación de la prescripción autorizada por la entidad en el centro.

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

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

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

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

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

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

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

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

Los medicamentos empleados en quimioterapia intravenosa o intravesical, administrados a los pacientes atendidos en las unidades funcionales de quimioterapia de los servicios de Oncología Médica.

Curas.

Alimentación según dieta prescrita.

Nutrición parenteral y enteral.

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

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

Estancias en UCI.

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

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

Cuando el acompañante resida en localidad distinta a la del centro sanitario, si las características del centro no permiten su alojamiento o bien el niño se encuentra en la UCI, la entidad abonará al mutualista una cantidad compensatoria de 5.000 pesetas (30,05 euros) por día.

G) Hospitalización domiciliaria.—La hospitalización domiciliaria podrá llevarse a cabo en aquellos casos en que el estado del enfermo lo permita y lo haga aconsejable. La indicación deberá formularla por escrito el Médico de la entidad que le venga asistiendo, para su autorización por la entidad que asignará el equipo sanitario que habrá de hacerse cargo de la asistencia.

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

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

3.7 *Farmacia.*

3.7.1 Los facultativos de la entidad prescribirán los medicamentos y demás productos farmacéuticos, en los términos establecidos en el Real Decreto 83/1993, de 22 de enero, que regula la selección de los medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud, y desarrollos posteriores. Las prescripciones deberán realizarse en las recetas oficiales de Mugeju, que en talonarios se entregarán a los titulares. La entidad promoverá que los datos de identificación de sus facultativos —nombre, dos apellidos, número de colegiado y provincia— se hagan constar en las recetas mediante sello.

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

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

3.7.3 Si en el proceso de revisión de la facturación de recetas que realiza Mugeju, se detectaran prescripciones de medicamentos y productos sanitarios realizadas, excepcionalmente, en recetas oficiales de Mugeju, aunque según lo establecido en las diversas cláusulas de este concierto deberían haber sido a cargo de la entidad, MUGEJU procederá, previa comunicación detallada a la entidad de las prescripciones detectadas con su importe unitario, a efectuar el descuento correspondiente a la cantidad que, en cada caso, MUGEJU hubiera indebidamente asumido según la normativa reguladora de la prestación farmacéutica, en el pago mensual que corresponda de las cuotas que ha de abonar a la entidad, de acuerdo con lo previsto en los epígrafes 6.2 y 6.3 del presente concierto.

Por otra parte, la entidad se compromete a reintegrar a los beneficiarios, en un plazo no superior a quince días a contar desde la petición de reintegro, la cantidad que éstos hubieran abonado en la oficina de farmacia, con el único requisito de la presentación del documento acreditativo de esta circunstancia, que MUGEJU les facilitará a estos efectos o de la correspondiente factura de la farmacia.

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

3.9 *Especificaciones complementarias.*

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

Las técnicas de reproducción asistida serán a cargo de la entidad únicamente cuando la mujer sobre la que se vaya a realizar la técnica sea beneficiaria de MUGEJU. La entidad estará obligada a financiar todas las pruebas y actuaciones necesarias en las parejas de las mutualistas sometidas a técnicas de reproducción asistida. Estarán comprendidas todas las técnicas de fertilización implantadas en el territorio nacional con arreglo a la Ley de Reproducción Asistida.

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

3.9.2 *Estomatología y Odontología:*

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

B) Quedan excluidos, tanto en lo referente a su coste como a su colocación, los empastes [excepto las obturaciones del programa de salud buco-dental del apartado E)], la endodoncia, las prótesis dentarias, los implantes osteointegrados y la ortodoncia.

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

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

E) La entidad contará con los medios necesarios para realizar a su cargo un programa de salud buco-dental dirigido a los niños, hasta los catorce años de edad, que incluirá:

- Revisión periódica.
- Aplicación de flúor tópico.
- Selladores oclusales y obturaciones.

F) También serán a cargo de la entidad los gastos de hospitalización, de quirófano y anestesista necesarios para la realización de los tratamientos y prestaciones odontológicas excluidos de la cobertura del concierto, a pacientes disminuidos psíquicos, siempre que los tratamientos se efectúen con medios de la entidad.

### 3.9.3 Rehabilitación:

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

- a) Valoración del estado funcional del paciente y de la evolución del proceso.
  - b) Programa de ejercicios.
  - c) Profesionales responsables del programa de ejercicios: Fisioterapeuta, Foniatra, Logopeda.
  - d) Número de sesiones calculadas para finalizar el plan.

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

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

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

### 3.9.4 Psiquiatría:

A) La hospitalización, incluida la de día, se prolongará durante el tiempo que el Psiquiatra responsable de la asistencia al paciente lo considere necesario y abarcará todos los procesos, tanto agudos como crónicos.

B) Se excluyen el psicoanálisis, la hipnosis, la narcolepsia ambulatoria y test psicológicos, así como el internamiento de pacientes afectados de Alzheimer, con excepción de los que a la entrada en vigor del presente concierto se encontraran ingresados en centros psiquiátricos.

C) En aquellos casos de beneficiarios que vienen siendo tratados en centros ajenos a la entidad a la entrada en vigor del presente concierto, la entidad abonará los gastos de su hospitalización, con el límite de 8.500 pesetas por día (51,09 euros por día).

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

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

3.9.7 Programas preventivos.—La entidad realizará las actuaciones que correspondan y dispondrá de los medios necesarios para llevar a efecto los programas preventivos incluidos en el anexo IV, garantizando la información adecuada a los beneficiarios.

3.9.8 Medicamentos de uso hospitalario.—Los medicamentos calificados como de uso hospitalario en las normas del PROSEREME-5 de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo, que se suministrarán por los Servicios de Farmacia Hospitalaria, serán a cargo de la entidad.

3.9.9 Productos sanitarios.—Sin perjuicio de las obligaciones señaladas en otras cláusulas del presente concierto, serán a cargo de la entidad y suministrados por sus medios, a los beneficiarios, los productos sanitarios que se relacionan a continuación:

Los dispositivos intrauterinos (DIU).

Los productos implantables destinados a ejercer un efecto biológico o a ser absorbidos en todo o en parte, elaborados a base de sal sódica del ácido hialurónico.

Las jeringuillas de insulina u otros sistemas no precargados de administración de la misma.

Las tiras reactivas para medición de glucemia, glucosuria y combinadas glucosa/cuerpos cetónicos, en los pacientes diabéticos.

3.9.10 Medios para técnicas diagnósticas.—Los medios, elementos o productos farmacéuticos precisos para la realización de técnicas diagnósticas, tales como medios de contraste, laxantes drásticos a los que se refiere la Resolución del Presidente de MUGEJU de 24 de septiembre de 1998, u otros, serán facilitados por la entidad, a su cargo.

### 3.10 *Supuesto especial.*

#### 3.10.1 Facultativo ajeno:

A) Cuando, por decisión propia y para una determinada intervención, un beneficiario elija a un Médico no concertado con la entidad, podrá solicitar de ésta que se haga cargo del internamiento en un centro de la misma, siempre que la petición esté fundada en la continuidad asistencial en procesos patológicos graves o en que el Médico sea familiar suyo, incluyendo el concepto de familiar hasta el quinto grado de parentesco, tanto por consanguinidad como por afinidad.

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

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

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

3.10.2 Hospitales militares.—A solicitud del beneficiario, la entidad podrá discrecionalmente autorizar, a su cargo, cualquier tratamiento o internamiento en un hospital militar.

## CAPÍTULO IV

### Utilización de medios no concertados

4.1 *Norma general.*—De conformidad con lo establecido en el artículo 66 del Reglamento de la Mutualidad General Judicial, en relación con la cláusula 3.1 del presente concierto, cuando un beneficiario, por decisión propia o de sus familiares, utilice medios no concertados con la entidad, deberá abonar, sin derecho a reintegro, los gastos que puedan ocasionarse, excepto en los casos de denegación injustificada de asistencia y en los de asistencia urgente de carácter vital.

#### 4.2 *Denegación injustificada de asistencia.*

4.2.1 En aplicación de lo previsto en el artículo 66 del Reglamento de la Mutualidad General Judicial, se produce denegación injustificada de asistencia:

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

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

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

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

C) Cuando un facultativo de la entidad prescriba por escrito, con exposición de las causas médicas justificativas, la necesidad de acudir a un facultativo o centro no concertado, el beneficiario debe presentar la citada prescripción en la entidad, a fin de que ésta, antes de que concluya



el décimo día hábil siguiente a la presentación, autorice la remisión al facultativo o centro no concertados, o bien ofrezca una alternativa asistencial con sus medios.

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

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

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

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

4.2.2 El beneficiario podrá presentar reclamación en la Delegación Provincial correspondiente o en los Servicios Centrales de MUGEJU cuando la entidad incurra en alguno de los supuestos de denegación injustificada de asistencia previstos en el apartado anterior, o no efectúe el reintegro de los gastos ocasionados en los plazos señalados en dicho apartado.

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

#### 4.3 Asistencia urgente de carácter vital.

4.3.1 Concepto.—A los fines previstos en el artículo 66 del Reglamento de la Mutualidad General Judicial, se considera situación de urgencia de carácter vital aquella en que se haya producido una patología cuya naturaleza y síntomas hagan previsible un riesgo vital inminente o muy próximo, o un daño irreparable para la integridad física de la persona, de no obtenerse una actuación terapéutica de inmediato. Para apreciar la concurrencia de esta circunstancia, se tendrá en cuenta lo establecido en el anexo VI. La asistencia que precisen los titulares y beneficiarios de MUGEJU como consecuencia o con ocasión de actos cometidos por personas integradas en bandas o grupos organizados y armados, se considerará siempre que reúnen inicialmente las características señaladas en la cláusula 4.3.1 y que la asistencia recibida, de haberse utilizado medios ajenos, posee también inicialmente el requisito previsto en la cláusula 4.3.2.A). El beneficiario u otra persona en su nombre deberá cumplir el requisito señalado en la cláusula 4.3.2.B), siendo además de aplicación el resto de la cláusula 4.3.

4.3.2 Requisitos.—Para que el beneficiario tenga derecho al reintegro de gastos por utilización de medios ajenos en situación de urgencia vital, deben concurrir los siguientes requisitos:

A) Que el centro ajeno al que se dirija o sea trasladado el paciente sea razonablemente elegido, teniendo en cuenta las circunstancias de lugar y tiempo en que la patología se haya producido, así como la capacidad de decisión del enfermo y, en su caso, de las personas que prestaron los primeros auxilios.

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

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

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

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

4.3.4 Efectos de la comunicación a la entidad.—Si la comunicación a la entidad de la asistencia recibida con medios ajenos se realiza dentro del plazo de los quince días hábiles siguientes al inicio de la asistencia, el beneficiario tendrá derecho a la cobertura total de los gastos ocasionados.

Si se realiza después del mencionado plazo, pero antes de que transcurran cinco años a contar desde el inicio de la asistencia, el beneficiario tendrá derecho al reintegro de los gastos según el baremo que figura como anexo VII. La entidad deberá efectuar el reintegro dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que el beneficiario presente los justificantes de dichos gastos.

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

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

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

4.3.6 Reclamación del beneficiario.—El beneficiario podrá presentar reclamación en los Servicios Centrales o Delegación Provincial de MUGEJU correspondiente cuando la entidad incumpla las obligaciones previstas en la cláusula 4.3.5, y en caso de discrepancia con el criterio de la entidad.

## CAPÍTULO V

### Régimen jurídico del concierto

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

5.1.1 El presente concierto, realizado al amparo de lo previsto en los artículos 10.2 del Real Decreto-ley 16/1978, de 7 de junio, por el que se regula la Seguridad Social de los funcionarios al servicio de la Administración de Justicia, y 63 del Real Decreto 3283/1978, de 3 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de MUGEJU, se haya excluido del régimen establecido en la Ley 13/1995, de 18 de mayo, de Contratos de las Administraciones Públicas, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3.1.d) de la misma.

5.1.2 Son relaciones basadas en el concierto:

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

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

5.1.3 Las cuestiones que surjan en el ámbito de las relaciones enumeradas en el apartado B) de la cláusula anterior tendrán naturaleza administrativa y serán resueltas por el órgano de MUGEJU que tenga atribuida la competencia, previo el procedimiento, si procede, que en este capítulo se determina. Contra cualquiera de los acuerdos así dictados, cabrá recurso de alzada ante la Junta de Gobierno de la Mutualidad General Judicial. El orden jurisdiccional competente, en su caso, será el contencioso-administrativo.

5.1.4 Dentro de los límites y con sujeción a los requisitos y efectos señalados en la citada Ley 13/1995, corresponde a la Presidencia de MUGEJU la facultad de interpretar el concierto, resolver las dudas que ofrezca su cumplimiento, modificarlo por razones de interés público, acordar su resolución por incumplimiento de la entidad y determinar los efectos de ésta. Los acuerdos correspondientes, previa instrucción del oportuno expediente en el que se le dará audiencia a la entidad, pondrán fin a la vía administrativa y serán inmediatamente ejecutivos. Contra dichos acuerdos procederá recurso de alzada ante la Junta de Gobierno de MUGEJU, conforme a lo dispuesto en el artículo 2 del Real Decreto 1810/1994, de 5 de agosto.

5.2 *Naturaleza y régimen de las relaciones asistenciales.*

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

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

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

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

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

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

5.2.4 No obstante lo establecido en la presente cláusula 5.2, la entidad se obliga a facilitar a MUGEJU los datos y comprobaciones que le sean solicitados acerca de los distintos servicios que hayan sido prestados a los beneficiarios con los medios de la entidad, debiendo disponer de un sistema de información que permita conocer el número y tipo de servicios proporcionados.

### 5.3 Comisiones Mixtas.

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

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

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

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

5.3.4 Las Comisiones Mixtas Provinciales estarán compuestas, por parte de MUGEJU, por el Delegado provincial, que las presidirá, y por un funcionario o colaborador de dicha Delegación, 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 un asesor médico.

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

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

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

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

D) De cada sesión se levantará acta por el Secretario, cuyo proyecto, con su firma, se enviará inmediatamente a la entidad para su conocimiento, conformidad y devolución una vez firmada por el representante de la misma, en cuyo momento se entenderá aprobada. De existir discrepancias sobre el contenido del acta, se solventarán mediante las gestiones oportunas entre ambas partes y, en todo caso, en la reunión siguiente.

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

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

### 5.4 Procedimiento para las reclamaciones.

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

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

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

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

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

5.4.2 Las reclamaciones se formularán por escrito ante la correspondiente Delegación Provincial o en las Oficinas Centrales de MUGEJU, acompañando cuantos documentos puedan justificar a la misma.

5.4.3 Recibida cualquier reclamación, la Delegación Provincial, si considerase inicialmente que existen razones para su estimación, realizará de manera inmediata las gestiones oportunas ante la entidad para obtener la satisfacción de la misma, en cuyo caso se archivará sin más trámites, con anotación de la solución adoptada.

5.4.4 En caso de que las citadas gestiones no prosperen y se trate de reclamación de cuantía superior a 25.000 pesetas (150,25 euros), la Delegación Provincial formalizará el oportuno expediente, lo incluirá en el orden del día de la inmediata reunión de la Comisión Mixta Provincial y estudiado el mismo se levantará la correspondiente acta, en la que constarán necesariamente las posiciones de MUGEJU y la entidad sobre la reclamación planteada.

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

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

5.4.7 En el caso de reclamación de cuantía no superior a 25.000 pesetas, que no haya sido atendida por la entidad con arreglo a las previsiones de la cláusula 5.4.3, la Delegación Provincial la enviará sin más trámites a los Servicios Centrales de MUGEJU.

Siempre que la reclamación se refiera a un gasto ocasional por una prestación de carácter urgente prevista en este concierto, cualquiera que sea el medio que la haya facilitado, y que no se manifieste un abuso de derecho por parte del beneficiario, la Presidencia de MUGEJU, también sin más trámites, dictará resolución estimatoria, debiendo entenderse que la entidad renuncia a su derecho a ser oída en este procedimiento abreviado.

Si la Presidencia de MUGEJU apreciase que el gasto no es de los señalados en el párrafo anterior o que puede existir abuso de derecho, acordará que la reclamación se someta directamente a la tramitación ordinaria prevista en la precedente cláusula 5.4.6.

5.4.8 Las resoluciones de los Delegados provinciales contempladas en la cláusula 5.4.5 y de la Presidencia de MUGEJU contempladas en el segundo párrafo de la cláusula 5.4.7 deberán quedar resueltas dentro del plazo máximo de tres meses. Si la resolución correspondiese al Presidente de MUGEJU, según la cláusula 5.4.6, dicho plazo máximo será de seis meses.

5.4.9 Las resoluciones dictadas por los Delegados provinciales y por el Presidente de MUGEJU serán notificadas a la entidad y a los interesados.

Contra ellas, podrá interponerse recurso de alzada ante la Junta de Gobierno de MUGEJU, de acuerdo con lo previsto en los artículos 107 a 115 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, en la redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y en relación con el artículo 2 del Real Decreto 1810/1994, de 5 de agosto, por el que se adecuan los procedimientos del Mutualismo Judicial y Fondo Especial de MUGEJU a la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

#### 5.5 Procedimiento de ejecución de reclamaciones de reembolso estimadas.

5.5.1 En las reclamaciones de reembolso resueltas positivamente por los Delegados provinciales, el procedimiento de ejecución será el siguiente:

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

B) Dentro del plazo citado, la entidad deberá comunicar al Delegado provincial de MUGEJU:

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

C) Si MUGEJU no hubiese recibido esta comunicación dentro del plazo indicado o si, superado este plazo, tuviese conocimiento de que se hubiera denegado el pago al interesado, bajo cualquier motivo, el Delegado provincial, sin más trámites y siempre que existiese concierto en vigor, expedirá certificación del acuerdo adoptado y de los hechos posteriores y la remitirá a la Sección de Asistencia Sanitaria de MUGEJU. Ésta, igualmente sin más requisitos, propondrá el oportuno acuerdo al Presidente y deducirá de la inmediata mensualidad que haya de abonarse a la entidad y pagará directamente al interesado, por cuenta de la misma, la cantidad incluida en la certificación, con un incremento del 20 por 100 en concepto de penalización a la entidad y de recíproca compensación al titular por la demora en el reintegro.

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

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

## CAPÍTULO VI

### Duración, precio y régimen económico del concierto

#### 6.1 Duración del concierto:

6.1.1 Los efectos del presente concierto se iniciarán a las cero horas del día 1 de enero del año 2000, se extenderán hasta las veinticuatro horas del día 31 de diciembre del mismo año, sin perjuicio de lo que se establece en las cláusulas siguientes.

6.1.2 Para los años 2001 y 2002, el presente concierto podrá ser prorrogado, año a año, por mutuo acuerdo de las partes, expresado por escrito en el mes de octubre del año precedente al de la prórroga. El cómputo del inicio y finalización del período de la prórroga, referido al año de que se trate, se hará de igual forma que la establecida en la cláusula 6.1.1.

6.1.3 Si no existiese acuerdo de prórroga del concierto para el año 2001, la entidad continuará obligada por el contenido de éste en el año 2000, para el colectivo que tuviera adscrito al 31 de diciembre de dicho año, hasta el 31 de enero del año 2001 o, en los casos en que se estuviese prestando en dicha fecha una asistencia en régimen de hospitalización o una asistencia por maternidad cuando el parto estuviese previsto para el mes de febrero, hasta el día en que, respectivamente, se produzca el alta o se concluya la asistencia por maternidad.

La entidad tendrá derecho a percibir, por el mes de enero del año 2001 y por el colectivo adscrito a 31 de diciembre del año 2000, el precio por persona/mes que se establezca para las entidades que suscriban la prórroga del concierto para el año 2001. No obstante, del importe a abonar

por dicho mes, MUGEJU retendrá un 10 por 100 hasta el 31 de diciembre del año 2001, con la finalidad exclusiva de hacer frente, por cuenta de la entidad, a los reembolsos de gastos que sean acordados durante el citado año al amparo del presente concierto. Si la cantidad estimada se agotase o los reembolsos se acordaran con posterioridad a la fecha indicada, la entidad se obliga a satisfacerlos directa e inmediatamente.

El colectivo afectado deberá elegir nueva entidad durante el plazo que establezca MUGEJU y la elección tendrá efectos a las cero horas del día 1 de febrero del año 2001, sin perjuicio, en todo caso, de lo previsto para hospitalizaciones y maternidad en el párrafo primero de esta cláusula.

6.1.4 Cuanto se dispone en la cláusula 6.1.3 será de plena aplicación para el caso de que, prorrogado el concierto para el año 2001, no se prorrogase, sin embargo, para el año 2002, entendiéndose que las referencias de fechas en aquélla contenidas se desplazan al año siguiente y que la cita de «las entidades que suscriban las prórrogas del concierto para 2001» corresponde a la de «las entidades que suscriban el nuevo concierto para el año 2003».

#### 6.2 Precio del concierto.

6.2.1 El precio que MUGEJU abonará a la entidad por las obligaciones que a ésta corresponden en virtud del presente concierto para 2000 será de 5.472 pesetas/persona/mes (32,88 euros/persona/mes), que serán satisfechas con cargo a la aplicación presupuestaria 13.102.412L.251.

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

El mismo porcentaje de incremento se aplicará al baremo del anexo VII.

6.2.3 En ningún caso el precio a abonar por MUGEJU podrá ser superior al precio a abonar por MUFACE, por el concierto de asistencia sanitaria de igual vigencia suscrito por dicho organismo con las entidades.

#### 6.3 Régimen económico del concierto.

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

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

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

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

6.3.4 La entidad presentará las reclamaciones separadamente, conforme a la clasificación anterior, y acompañará cinta magnética o relación de las mismas características técnicas que la entregada por MUGEJU, 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 MUGEJU, dentro de los tres meses siguientes a la fecha de presentación de las mismas.

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

6.3.6 En el supuesto de asistencia sanitaria por lesiones producidas o enfermedad derivada o agravada por accidentes cubiertos por cualquier modalidad de seguro obligatorio, o cuando el coste de la asistencia sanitaria prestada deba ser satisfecho legal o reglamentariamente por organismos públicos distintos de MUGEJU o por entidades privadas, la entidad, sin perjuicio de cubrir en todo caso la asistencia, podrá subrogarse en los derechos y acciones de los beneficiarios, relativos al importe de los gastos derivados de dicha asistencia sanitaria, realizando a su cargo las gestiones necesarias para reintegrarse del coste de la misma. Los beneficiarios, por su parte, estarán obligados a facilitar a la entidad los datos necesarios para ello.

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

Segundo.—Relación de las entidades de seguros que han suscrito concierto con esta Mutualidad General Judicial para la prestación de la asistencia sanitaria a beneficiarios de la misma durante el año 2000, prorrogable para el 2001 y el 2002:

- «Compañía de Seguros ADESLAS, Sociedad Anónima».
  - «Asistencial Médica Colegial Extremeña, Sociedad Anónima de Seguros» (AMECESA).
  - «Aseguradora Islas Canarias de Seguros, Sociedad Anónima» (ASEICA).
  - «Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, Sociedad Anónima» (ASISA).
  - «Caja Salud de Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima».
  - «Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima» (CASER).
  - «La Equitativa de Madrid».
  - «La Fuencisla, Sociedad Anónima».
  - «DKV Previa, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros».
  - «Sanitas, Sociedad Anónima de Seguros».
- Madrid, 11 de enero de 2000.—El Presidente, Benigno Varela Autrán.

	Pesetas
40 de 250.000 pesetas (1.502,53 euros) (cuatro extracciones de cuatro cifras) .....	10.000.000
1.500 de 50.000 pesetas (300,51 euros) (quince extracciones de tres cifras) .....	75.000.000
3.000 de 20.000 pesetas (120,20 euros) (tres extracciones de dos cifras) .....	60.000.000
2 aproximaciones de 2.000.000 de pesetas (12.020,24 euros) cada una para los números anterior y posterior al del que obtenga el premio primero .....	4.000.000
2 aproximaciones de 1.180.000 pesetas (7.091,94 euros) cada una para los números anterior y posterior al del que obtenga el premio segundo .....	2.360.000
99 premios de 100.000 pesetas (601,01 euros) cada uno para los 99 números restantes de la centena del premio primero .....	9.900.000
99 premios de 100.000 pesetas (601,01 euros) cada uno para los 99 números restantes de la centena del premio segundo .....	9.900.000
99 premios de 100.000 pesetas (601,01 euros) cada uno para los billetes cuyas tres últimas cifras sean iguales y estén igualmente dispuestas que las del que obtenga el premio primero .....	9.900.000
999 premios de 50.000 pesetas (300,51 euros) cada uno para los billetes cuyas dos últimas cifras sean iguales y estén igualmente dispuestas que las del que obtenga el premio primero .....	49.950.000
9.999 reintegros de 10.000 pesetas (60,10 euros) cada uno para los billetes cuya última cifra sea igual a la del que obtenga el premio primero .....	99.990.000
10.000 reintegros de 10.000 pesetas (60,10 euros) cada uno para los billetes cuya última cifra sea igual a la que se obtenga en la primera extracción especial de una cifra .....	100.000.000
10.000 reintegros de 10.000 pesetas (60,10 euros) cada uno para los billetes cuya última cifra sea igual a la que se obtenga en la segunda extracción especial de una cifra .....	100.000.000
<b>35.841</b>	<b>651.000.000</b>

Para la ejecución de este sorteo se utilizarán, como mínimo, cinco bombos, que, de izquierda a derecha, representan las decenas de millar, unidades de millar, centenas, decenas y unidades. Cada uno de ellos contendrá diez bolas numeradas del 0 al 9.

Para la adjudicación de los premios entrarán en juego, en cada extracción, tantos bombos como se requieran para obtener la combinación numérica prevista.

Se utilizarán dos bombos para la determinación de los premios de 20.000 pesetas (120,20 euros), que se adjudicarán, respectivamente, a aquellos billetes cuyas dos últimas cifras sean iguales y estén igualmente dispuestas que las de los números extraídos. Tres bombos para los premios de 50.000 pesetas (300,51 euros), que se adjudicarán, respectivamente, a los billetes cuyas tres últimas cifras sean iguales y estén igualmente dispuestas que las de los números obtenidos. Cuatro bombos para los premios de 250.000 pesetas (1.502,53 euros) que, respectivamente, se adjudicarán a aquellos billetes cuyas cuatro últimas cifras coincidan en orden y numeración con las de las bolas extraídas. Por último, se utilizarán cinco bombos para adjudicar los dos premios mayores del sorteo mediante extracción simultánea de una bola de cada uno de aquéllos, con lo que las cinco bolas extraídas compondrán el número premiado, determinándose primeramente el segundo premio y después, con idéntica formalidad, el primer premio del sorteo.

De los números formados por las extracciones de cinco cifras correspondientes a los premios primero y segundo se derivarán las aproximaciones y las centenas, como, asimismo, del premio primero, las terminaciones y el reintegro correspondientes.

Con respecto a las aproximaciones señaladas para los números anterior y posterior de los premios primero y segundo se entenderá que si saliese premiado en cualquiera de ellos el número 00000, su anterior es el 99999 y el siguiente el 00001. Asimismo, si el agraciado fuese el 99999, su anterior es el 99998 y el 00000 será el siguiente.

Para la aplicación de los premios de centena se entenderá que si cualquiera de los premios primero o segundo correspondiera, por ejemplo,

## MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA

1698

*RESOLUCIÓN de 22 de enero de 2000, del Organismo Nacional de Loterías y Apuestas del Estado, por la que se hace público el programa de premios para el sorteo de la Lotería Nacional que se ha de celebrar el día 29 de enero de 2000.*

### SORTEO DE LOTERÍA NACIONAL

El próximo sorteo de la Lotería Nacional, que se realizará por el sistema moderno, tendrá lugar el día 29 de enero de 2000, a las diecisiete horas, en el salón de sorteos, sito en la calle Guzmán el Bueno, 137, de esta capital y constará de diez series de 100.000 billetes cada una, al precio de 10.000 pesetas (60,10 euros) el billete, divididos en décimos de 1.000 pesetas (6,01 euros), distribuyéndose 651.000.000 de pesetas (3.912.588,80 euros) en 35.841 premios de cada serie.

Los billetes irán numerados del 00000 al 99999.

Pesetas

#### Premio al décimo

1 premio de 490.000.000 de pesetas (2.944.959,31 euros) para una sola fracción de uno de los billetes agraciados con el premio primero .....	490.000.000
	490.000.000

#### Premios por serie

1 de 100.000.000 de pesetas (601.012,10 euros) (una extracción de cinco cifras) .....	100.000.000
1 de 20.000.000 de pesetas (120.202,42 euros) (una extracción de cinco cifras) .....	20.000.000