

III. OTRAS DISPOSICIONES

MINISTERIO DE JUSTICIA

- 998** *Resolución de 12 de enero de 2010, de la Mutualidad General Judicial, por la que se publica el concierto para el aseguramiento del acceso a la prestación de asistencia sanitaria en territorio nacional a mutualistas y demás beneficiarios que no opten por recibirla a través del sistema sanitario público para 2010, y la relación de entidades de seguro que han suscrito la misma.*

En aplicación de lo previsto en el artículo 17 del Real Decreto 3/2000 de 23 de junio y 63 del Real Decreto 3283/1978 de 3 de noviembre, esta Mutualidad General Judicial ha suscrito conciertos con diversas entidades de seguro para el aseguramiento del acceso a la prestación de asistencia sanitaria en territorio nacional a mutualistas y demás beneficiarios de Mugeju que no opten por recibirla a través del sistema sanitario público para el año 2010, con previsión de prórrogas para los años 2011, 2012 y 2013.

En cumplimiento de lo determinado en la base número 8 de la convocatoria de presentación de solicitudes publicada por Resolución de 21 de octubre de 2009, (BOE núm. 265 de 3 de noviembre), la Gerencia de la Mutualidad General Judicial acuerda:

Primero.—Publicar el texto del concierto para el aseguramiento del acceso a la prestación de asistencia sanitaria en territorio nacional a mutualistas y demás beneficiarios de Mugeju que no opten por recibirla a través del sistema sanitario público para el año 2010, que se incluye como addenda a la presente resolución.

ÍNDICE

Capítulo I. Objeto del concierto, alcance de la acción protectora y ámbito de aplicación.

- 1.1 Objeto del concierto y alcance de la acción protectora.
- 1.2 Beneficiarios del concierto.
- 1.3 Nacimiento y extinción de derechos de los beneficiarios.
- 1.4 Cambio de entidad.
- 1.5 Beneficiarias por maternidad.
- 1.6 Identificación de los beneficiarios.
- 1.7 Tarjetas sanitarias.
- 1.8 Mutualistas no adscritos a entidad médica.

Capítulo II. Cartera de servicios.

- 2.1 Normas generales.
- 2.2 Contenido de la cartera de servicios.
- 2.3 Cartera de servicios de atención primaria.
 - 2.3.1 Contenido.
 - 2.3.2 Asistencia domiciliaria.
- 2.4 Cartera de Servicios de atención especializada.
 - 2.4.1 Contenido.
 - 2.4.2 Asistencia especializada en consultas.
 - 2.4.3 Asistencia especializada en hospital de día, médico y quirúrgico.
 - 2.4.4 Hospitalización en régimen de internamiento.
 - 2.4.5 Hospitalización domiciliaria.
 - 2.4.6 Hospitalización psiquiátrica.

- 2.4.7 Rehabilitación y fisioterapia.
 - 2.4.8 Reproducción humana asistida.
 - 2.4.9 Salud mental.
 - 2.4.10 Otras especificaciones.
 - 2.5 Cartera de servicios de atención de urgencia.
 - 2.5.1 Acceso a la atención de urgencia.
 - 2.5.2 Servicios de urgencia hospitalarios.
 - 2.6 Cuidados paliativos.
 - 2.7 Atención a la salud bucodental.
 - 2.8 Prestación farmacéutica y de productos dietéticos.
 - 2.8.1 Contenido.
 - 2.8.2 Prescripción.
 - 2.8.3 Medicamentos a cargo de la entidad.
 - 2.8.4 Uso racional del medicamento.
 - 2.8.5 Procedimiento para la repercusión de costes de medicamentos indebidamente abonados por Mugeju.
 - 2.8.6 Prescripción informatizada.
 - 2.8.7 Calidad de la prescripción farmacéutica.
 - 2.9 Transporte para asistencia sanitaria.
 - 2.9.1 Transporte en medios ordinarios.
 - 2.9.2 Transporte en medios extraordinarios.
 - 2.9.3 Ayudas para gastos de un acompañante.
 - 2.10 Otras prestaciones complementarias.
 - 2.10.1 Programas preventivos.
 - 2.10.2 Prestación ortoprotésica. Implantes quirúrgicos terapéuticos o diagnósticos.
 - 2.10.3 Oxigenoterapia y otras terapias respiratorias.
 - 2.10.4 Podología.
 - 2.11 Supuestos especiales.
 - 2.11.1 Facultativo ajeno.
 - 2.11.2 Hospitales militares.
- Capítulo III. Medios de la entidad.
- 3.1 Normas generales.
 - 3.1.1 Alcance.
 - 3.1.2 Principios generales.
 - 3.2 Criterios de disponibilidad de medios.
 - 3.3 Catalogo de proveedores.
 - 3.3.1 Criterios generales.
 - 3.3.2 Contenido.
 - 3.4 Campañas promocionales.
 - 3.5 Responsabilidad de edición del catalogo de proveedores de la entidad.
 - 3.6 Invariabilidad de los catálogos de proveedores de la entidad.
 - 3.7 Principio de continuidad asistencial.

Capítulo IV. Utilización de medios no concertados.

- 4.1 Norma general.
- 4.2 Denegación injustificada de asistencia.
 - 4.2.1 Supuestos de denegación injustificada de asistencia.
 - 4.2.2 Obligaciones de la entidad.
 - 4.2.3 Reclamación del beneficiario.
 - 4.2.4 Otros efectos.
- 4.3 Asistencia urgente de carácter vital.
 - 4.3.1 Concepto y requisitos.
 - 4.3.2 Alcance.
 - 4.3.3 Comunicación a la entidad.
 - 4.3.4 Obligaciones de la entidad.
 - 4.3.5 Reclamación del beneficiario.
- 4.4 Transporte en medios ajenos para la asistencia sanitaria en los supuestos de denegación injustificada de asistencia y de urgencia vital.

Capítulo V. Régimen jurídico del concierto.

- 5.1 Naturaleza y régimen del concierto y de las relaciones en él basadas.
- 5.2 Naturaleza y régimen de las relaciones asistenciales.
- 5.3 Comisiones mixtas.
- 5.4 Procedimiento para las reclamaciones.
- 5.5 Procedimiento de ejecución de reclamaciones estimadas.
- 5.6 compensaciones económicas por demora en el cumplimiento de las obligaciones definidas en el concierto.
 - 5.6.1 Compensaciones económicas por incumplimiento de obligaciones definidas en el concierto.
 - 5.6.2 Procedimiento para la imposición de compensaciones económicas.

Capítulo VI. Información y documentación sanitaria.

- 6.1 Normas generales.
- 6.2 Información general sobre actividad.
- 6.3 Información económica.
- 6.4 Información relativa a los medios disponibles.
- 6.5 Documentación sanitaria.

Capítulo VII. Duración, régimen económico y precio del concierto.

- 7.1 Duración del concierto.
- 7.2 Régimen económico del concierto.
- 7.3 Precio del concierto.

RELACIÓN DE ANEXOS

- 1. Medios de asistencia en zonas rurales.
- 2. Relación de servicios que precisan autorización previa de la misma y procedimiento para su obtención.
- 3. Criterios de disponibilidad de medios por niveles asistenciales.
- 4. Patologías con riesgo vital.
- 5. Sistemas de información asistencial.
- 6. Estructura de la base de datos de medios de la entidad.
- 7. Actuaciones prescritas por los órganos de valoración de incapacidades y baremos para el reintegro.

CAPÍTULO I

Objeto del concierto, alcance de la acción protectora y ámbito de aplicación

1.1 Objeto del concierto y alcance de la acción protectora.

1.1.1 El objeto del concierto es asegurar el acceso a la prestación de asistencia sanitaria en el territorio nacional a los mutualistas y demás beneficiarios de Mugeju que no opten por recibirla a través del Sistema Sanitario Público. Esta asistencia se prestará conforme a lo establecido en el Real Decreto Legislativo 3/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de las disposiciones legales vigentes sobre el Régimen Especial de Seguridad Social del personal al servicio de la Administración de Justicia, la Ley 14/1986 General de Sanidad y la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

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

1.1.3 La asistencia sanitaria se prestará conforme a la Cartera de Servicios establecida en el presente concierto que incluirá cuando menos la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

1.1.4 Para hacer efectiva la prestación de la asistencia sanitaria integral conforme a tal Cartera de Servicios, 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) de conformidad con lo que se establece en el Capítulo 2 de este concierto. Si excepcionalmente la Entidad no dispusiera de tales medios, se hará cargo directamente del gasto ocasionado por la utilización de medios no concertados de conformidad con las cláusulas de este concierto.

1.1.5 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 su capítulo 7 con sujeción a las especificaciones y procedimiento contenidos en la cláusula 7.3.

1.2 Beneficiarios del concierto.

1.2.1 Sin perjuicio de lo que se establece en el punto siguiente y en la cláusula 1.5, 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. 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 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, estos últimos estarán adscritos a la Entidad mientras lo esté el titular del que dependan. Excepcionalmente el beneficiario podrá quedar adscrito a entidad distinta a la del titular que causa el derecho y si así lo acuerda Mugeju.

1.2.3 Estarán adscritos a la Entidad los titulares que, en su caso, lo estuvieran a 31 de diciembre de 2009 y no cambien de entidad conforme a lo previsto en la cláusula 1.4 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 Nacimiento y extinción de derechos de los beneficiarios.

1.3.1 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 Mugeju, sin que existan plazos de carencia para ningún tipo de asistencia.

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

1.3.3 Los derechos de los beneficiarios se extinguen, en cualquier caso, en la fecha en que Mugeju acuerde su baja en la misma o en la Entidad.

1.4 Cambio de entidad.

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

A) Con carácter ordinario y general, una sola vez cada año, 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 mutualista en activo o de residencia del mutualista jubilado o del titular no mutualista, que implique en todos los casos cambio 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, el Gerente de la Mutualidad General Judicial acuerde la apertura de plazo especial de elección de Entidad.

d) En los casos particulares en que, a juicio del Gerente de la Mutualidad General Judicial concurren las circunstancias excepcionales que justifiquen el cambio.

1.4.2 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.

1.5 Beneficiarias por maternidad.

1.5.1 Además de las beneficiarias incluidas en la cláusula 1.2, son también beneficiarias por maternidad, a los efectos del presente concierto, las cónyuges de mutualistas o las que se encuentren en situación asimilada 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 sanitaria cubre la preparación al parto y todas las incidencias y la patología obstétrica del embarazo, parto y puerperio.

1.6 Identificación de los beneficiarios.

1.6.1 La condición de beneficiario se acredita, mediante el correspondiente documento de afiliación a Mugeju donde consta la entidad. Tal documento puede ser puntualmente sustituido por un certificado individual de la situación de alta en Mugeju, emitido por la misma.

1.6.2 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.

1.6.3 La condición de beneficiaria por maternidad de la cláusula 1.5 debe ser reconocida expresamente por Mugeju, a solicitud del/a mutualista.

1.7 Tarjetas sanitarias.

1.7.1 La Entidad, en el momento en que por cualquier cauce tenga conocimiento del alta de un beneficiario, le entregará una tarjeta provisional, cheques de asistencia o cualquier documentación que haga posible la utilización de medios de la entidad. Inmediatamente emitirá la tarjeta definitiva que deberá ser remitida al domicilio del beneficiario en el plazo máximo de siete días hábiles desde la efectiva comunicación.

1.7.2 No obstante, en los casos en que, ante la solicitud expresa de un beneficiario de alta en la entidad, no le fuera facilitada la tarjeta provisional o el documento que haga posible su utilización de los medios concertados, Mugeju emitirá una Resolución en la que se hará constar que todos los gastos que se ocasionen por la asistencia del titular y sus beneficiarios a través de los facultativos, servicios y centros incluidos en el cuadro de proveedores de la entidad podrán ser facturados directamente a Mugeju para su abono por cuenta de la entidad. Posteriormente, el importe de estos gastos serán deducidos de las cuotas mensuales que deban abonarse a la Entidad, conforme al procedimiento previsto en la cláusula 5.5.2 del concierto sin perjuicio de las penalidades o compensaciones económicas que pudieran acordarse.

1.7.3 El beneficiario deberá presentar la correspondiente tarjeta sanitaria cuando acuda a los medios de la Entidad. En cualquier caso, la no presentación de dichas tarjetas en el momento de la asistencia, en aquellos casos en que la Entidad aún no la ha emitido, o en situaciones de urgencia, no impide ni condiciona el derecho del beneficiario a hacer uso de los medios de la Entidad, pudiendo el beneficiario, en esos casos identificarse según lo determinado en la cláusula 1.6.

1.7.4 La Entidad se obliga a informar y poner en marcha los mecanismos necesarios para el cumplimiento de lo establecido en los párrafos anteriores por parte de los profesionales y centros de su Catálogo de Servicios.

1.7.5 Si la tarjeta sanitaria es emitida por una Entidad subconcertada, deberá llevar siempre el logotipo de la Entidad concertada con Mugeju, a efectos de facilitar la utilización de medios fuera de las provincias donde esté implantada la subconcertada.

1.8 Mutualistas no adscritos a entidad médica.

1.8.1 El 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.

1.8.2 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

Cartera de Servicios

2.1 Normas generales.

2.1.1 La asistencia sanitaria a los beneficiarios de Mugeju adscritos a la Entidad se prestará conforme a la Cartera de Servicios establecida en este concierto y comprende el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiéndose por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento científico, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias.

2.1.2 Los beneficiarios tendrán acceso a técnicas y procedimientos diagnósticos o terapéuticos incluidos en la cartera de servicios contenida en este concierto, siempre que se establezca la correspondiente indicación por un facultativo del cuadro de proveedores, al margen de que se disponga o no de la técnica o procedimiento en el ámbito geográfico en el que residan.

2.1.3 Las prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios a facilitar por la Entidad se garantizan mediante la provisión de recursos asistenciales necesarios por niveles y ámbitos geográficos y de población establecidos en el capítulo 3 y en el anexo 3, de este concierto.

2.2 Contenido de la cartera de servicios.

2.2.1 Prestaciones.—El contenido de la Cartera de Servicios a facilitar por la Entidad comprenderá, como mínimo, las prestaciones contenidas en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con lo regulado en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, con las especificidades que se recogen en este capítulo y en el anexo 3, de este concierto.

La Cartera de Servicios que es objeto del concierto, se estructura en las siguientes prestaciones:

- 1) Atención primaria.
- 2) Atención especializada.
- 3) Atención de Urgencias.
- 4) Cuidados paliativos.
- 5) Salud bucodental.
- 6) Prestación Farmacéutica, productos dietéticos y otros productos sanitarios.
- 7) Transporte sanitario.
- 8) Otras prestaciones:

Programas preventivos.

Ortoprótisis: implantes quirúrgicos diagnósticos o terapéuticos.

Oxigenoterapia y otras terapias respiratorias.

Podología.

El acceso a las prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios se garantiza mediante la provisión de los recursos asistenciales necesarios por niveles y ámbitos geográficos y de población establecidos en el capítulo 3 de este concierto.

2.2.2 Incorporación de nuevos medios de diagnóstico y tratamiento.—La Cartera de Servicios determinada en este capítulo se actualizará de forma automática por actualización de la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, de conformidad con lo previsto en el artículo 7 del Real Decreto 1030/2006, mencionado.

Cualquier técnica de diagnóstico o tratamiento que aparezca después de la firma del concierto constituirá medio obligatorio para la Entidad cuando la misma se aplique a pacientes dentro del Sistema Nacional de Salud en algunos de los centros propios o concertados de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. En caso de duda, se estará a lo dispuesto en el citado Real Decreto 1030/2006 y en la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

2.3 Cartera de servicios de atención primaria.

2.3.1 Contenido.—La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención sanitaria y se facilitará por especialistas en medicina familiar y comunitaria o médicos generalistas, especialistas en pediatría y profesionales de enfermería, sin menoscabo de la colaboración de otros profesionales.

Comprenderá:

1. La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente, tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.
2. La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
3. Atención paliativa a enfermos terminales.

La atención primaria se presta mediante la atención primaria: asistencia en consulta, asistencia domiciliaria y urgente.

2.3.2 Asistencia en consulta.—El beneficiario se dirigirá directamente al profesional sanitario elegido de Atención Primaria para recibir la asistencia que precise, sin más requisitos que acreditar su condición y presentar la correspondiente tarjeta sanitaria, sin perjuicio de lo establecido en la cláusula 1.8.

2.3.3 Asistencia domiciliaria.—La asistencia sanitaria se prestará por los profesionales de Atención Primaria en el domicilio del paciente, siempre que la situación clínica así lo requiera, en los siguientes casos:

A) Cuando se trate de pacientes que por razón de su enfermedad no puedan desplazarse.

B) Cuando se trate de pacientes inmovilizados crónicos que precisen ayuda de otra persona para las actividades básicas de la vida diaria.

C) Cuando se trate de enfermos terminales. La atención paliativa a estos enfermos comprenderá una atención integral y continuada de personas con enfermedad en situación avanzada, no susceptibles de recibir tratamientos con finalidad curativa y con una esperanza de vida limitada, con el objetivo principal de aliviar el sufrimiento. Se realizará el asesoramiento necesario a las personas a ellas vinculadas.

La asistencia domiciliaria incluye las extracciones y/o recogidas de muestras a domicilio que sean precisas, así como todos aquellos procedimientos propios de la Atención Primaria, entre ellos tratamientos parenterales, curas y sondajes.

2.3.4 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 de la Entidad.

2.4 Cartera de servicios de atención especializada.

2.4.1 Contenido.—La atención especializada comprende las actividades asistenciales, diagnósticas y terapéuticas cuya naturaleza precisa la intervención de médico especialista.

La atención especializada comprende:

1. Asistencia especializada en consultas.
2. Asistencia especializada en hospital de día médico o quirúrgico.
3. Hospitalización en régimen de internamiento.
4. Hospitalización domiciliaria.
5. Hospitalización psiquiátrica.
6. Rehabilitación y fisioterapia.
7. Reproducción humana asistida.
8. Salud mental.
9. Otras especificaciones complementarias:

Cirugía plástica, estética o reparadora.

Trasplantes.

2.4.2 Asistencia especializada en consultas.—Comprende las actividades preventivas, asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación, que se prestan en el ámbito de la atención especializada en régimen ambulatorio

2.4.3 Asistencia especializada en hospital de día, médico y quirúrgico.—Comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación, destinadas a pacientes que requieren cuidados especializados continuados, incluida la cirugía mayor ambulatoria, que no precisan que el paciente pernocte en el hospital.

La indicación para la utilización de este recurso corresponde al facultativo especialista responsable de la asistencia al paciente, precisando la autorización de la Entidad.

2.4.4 Hospitalización en régimen de internamiento.—Comprende la asistencia médica, quirúrgica, obstétrica y pediátrica o la realización de tratamientos o procedimientos diagnósticos, a pacientes que requieren cuidados continuados que precisan su internamiento.

Los ingresos programados en un hospital precisarán prescripción por médico de la Entidad, con indicación del centro y autorización de la Entidad.

En los supuestos de ingresos efectuados a través de los servicios de urgencia y de hospitalización por maternidad el propio centro realizará los trámites precisos ante la Entidad.

Requisitos:

A) Duración.—La hospitalización persistirá mientras que, a juicio del facultativo responsable de la asistencia al enfermo, subsista la necesidad, sin que puedan ser motivo para prolongar la estancia razones de tipo social.

B) 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.

Mugeju podrá autorizar que la Entidad disponga de centros hospitalarios que no cumplan el requisito del párrafo anterior en su Catálogo de Proveedores de Centros. En los supuestos de hospitalización psiquiátrica no será exigible cama de acompañante.

C) Hospitalización por maternidad.—En el momento del ingreso, se recabará la autorización de la Entidad directamente por el correspondiente centro hospitalario.

A efectos de la asistencia al recién nacido se tendrá en cuenta lo dispuesto en la cláusula 1.3.2.

Si en el momento del parto, se decidiera la práctica de la ligadura de trompas y no hubiera sido indicada en la prescripción del ingreso, la entidad está obligada a cubrir los gastos causados por este concepto.

D) Hospitalización por asistencia pediátrica.—Se prestará a los niños menores de 15 años. En todo caso, la persona que acompañe al niño tendrá derecho a cama y pensión alimenticia de acompañante.

Cuando el acompañante resida en municipio distinto al del centro sanitario y además las características del centro no permitan su alojamiento por no disponer del mismo o porque el niño se encuentre en la UCI, la Entidad abonará al afiliado una cantidad compensatoria de 47,76 euros por día. No se abonará cuando el acompañante resida en el municipio en que se encuentre el centro hospitalario.

2.4.5 Hospitalización domiciliaria.—La asistencia en régimen de hospitalización domiciliaria comprende las actividades diagnósticas y terapéuticas que han de ser llevadas a cabo de forma coordinada por la Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD) como consecuencia de procedimientos iniciados en el nivel de atención especializada, de forma que se garantice la continuidad en la atención prestada al paciente, siempre previa aceptación de éste. La hospitalización domiciliaria podrá llevarse a cabo en aquellos casos en que el estado del enfermo lo permita, pueda beneficiarle y sea aconsejable. Dicha hospitalización se realizará en su domicilio, especialmente si es por cuidados paliativos y siempre que las condiciones familiares, domésticas y de proximidad al hospital lo permitan.

Durante esta hospitalización, la responsabilidad del seguimiento del paciente corresponde a la UHD y será prestada por los especialistas (médicos de familia o internistas) y el personal de enfermería que conforma dicha UHD, la cual deberá estar coordinada con la unidad de hospitalización médica o quirúrgica correspondiente a la patología del paciente y con el área de urgencias del hospital, con la finalidad de garantizar la continuidad asistencial.

El ingreso en la UHD podrá realizarse desde un servicio hospitalario mediante el correspondiente informe de derivación y desde atención primaria o especializada ambulatoria. En estos dos últimos casos, corresponderá a la UHD valorar si el paciente cumple los criterios de ingreso en dicha unidad. El ingreso en la UHD estará sujeto a los mismos requisitos previstos para el ingreso en un hospital. Las atenciones clínicas que reciba el paciente serán las mismas que hubiera recibido en el hospital, y de ellas se harán las mismas anotaciones de seguimiento y evolución de médicos y enfermería en la historia clínica. La UHD informará al paciente y su familia, por escrito, de cómo contactar con la

citada unidad, las 24 horas, para dar respuesta a las eventuales incidencias. Cuando se produzca el alta, el médico de la UHD emitirá el correspondiente parte médico de alta en los términos previstos por la ley.

Mientras el paciente permanezca ingresado en la UHD, son a cuenta de la Entidad y no podrán ser imputadas por ningún medio ni al mutualista ni a Mugeju, todas las atenciones, productos y materiales que precise, como en toda hospitalización, además de toda la medicación, material de curas, nutriciones no comunes, pruebas complementarias, interconsultas, absorbentes, sondas, hemodiálisis domiciliaria y oxigenoterapia. Quedan excluidas, en todo caso, las dotaciones domésticas ordinarias, la nutrición común y los servicios de auxiliares de clínica.

La Entidad deberá comunicar a Mugeju la relación de beneficiarios que se encuentran en la modalidad de Hospitalización Domiciliaria haciendo constar la fecha del inicio y, en su caso, de finalización de dicho servicio.

2.4.6 Hospitalización psiquiátrica.—La hospitalización, incluida la de día, se prolongará durante el tiempo que el psiquiatra responsable de la asistencia al paciente lo considere necesario y, por tanto, hasta el alta hospitalaria y abarcará todos los procesos tanto agudos como crónicos. Si el ingreso se produce en un centro no concertado, no se precisa autorización previa de la Entidad y en este caso, la misma abonará al afiliado los gastos de hospitalización con el límite de 81,18 euros por día. El reintegro deberá efectuarse dentro de los 10 días hábiles siguientes a la fecha en que el beneficiario presente los justificantes de dichos gastos ante la Entidad.

Queda excluida la cobertura del internamiento social de pacientes afectados de demencias neurodegenerativas tales como Alzheimer y otras.

No obstante lo anterior, se atenderá la hospitalización de aquellos enfermos que, padeciendo algún tipo de demencia neurodegenerativa, precisen hospitalización psiquiátrica a causa de procesos intercurrentes o descompensaciones severas.

2.4.7 Rehabilitación y Fisioterapia.

A) Comprende.—Los procedimientos de diagnóstico, evaluación y tratamiento de pacientes con déficit funcional recuperable, encaminados a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de reintegrarlo en su medio habitual.

La rehabilitación de las afecciones del sistema musculoesquelético, del sistema nervioso, del sistema cardiovascular y del sistema respiratorio, a través de fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia y adaptación de métodos técnicos (ortoprótesis).

B) Condiciones.—Los tratamientos de rehabilitación y fisioterapia deberán ser prescritos por los médicos rehabilitadores o por los médicos especialistas responsables de las patologías susceptibles de dichos tratamientos.

La valoración de evolución del paciente y la determinación del alta serán responsabilidad del médico rehabilitador o, en su caso, del facultativo especialista que solicitó dicho tratamiento.

Los tratamientos podrán ser aplicados por médico rehabilitador, fisioterapeuta, logopeda y terapeuta ocupacional, según corresponda.

C) Duración.—El número de sesiones está supeditado al criterio facultativo y a la situación del paciente, siendo orientativas las tablas de duración de las sesiones aprobadas por la Sociedad Española de Rehabilitación u otras sociedades científicas.

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, al tratarse de una atención dirigida a pacientes con déficit funcional recuperable, atendiéndose en cualquier caso la rehabilitación que se indique por reagudización del proceso.

2.4.8 Reproducción humana asistida.

A) 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 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.

Asimismo, será por cuenta de la Entidad la criopreservación del semen, ovocitos y tejido ovárico durante el plazo que marca la legislación vigente, en aquellos casos de beneficiarios o beneficiarias que vayan a someterse a tratamientos quirúrgicos y/o de quimioterapia y radioterapia. La criopreservación de preembriones congelados sobrantes, procedentes de un ciclo de fertilización in Vitro, será la que marca la Ley sobre técnicas de reproducción asistida, debiendo ser a cargo de la Entidad el período de tiempo de criopreservación establecido en la Guía de Recomendaciones en Reproducción Humana Asistida.

En los casos de congelación de ovocitos y tejido ovárico con fines reproductivos en beneficiarias, deberá cumplirse con la normativa vigente reguladora de los requisitos para la realización de experiencias controladas, con fines reproductivos, de fecundación de ovocitos o tejido ovárico previamente congelados, relacionadas con las técnicas de reproducción humana asistida.

La Entidad se compromete a difundir entre sus profesionales ginecólogos y responsables de unidades de reproducción asistida la «Guía de Recomendaciones en Reproducción Humana Asistida», elaborada por Mugeju, a fin de promover y garantizar el desarrollo de una buena práctica clínica y un uso adecuado y racional de dicha prestación. Están comprendidas todas las técnicas de fertilización implantadas en el territorio nacional con arreglo a la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida que además cumplen con los criterios de cobertura de la prestación establecidos en la citada guía.

B) Criterios de cobertura en reproducción humana asistida.—La Guía de Recomendaciones en Reproducción Humana Asistida a la que se alude en el apartado anterior recoge los principios de actuación consensuados por un grupo de expertos en esta materia para garantizar un uso racional de las técnicas de reproducción humana asistida y reducir los riesgos potenciales asociados a su aplicación, estableciendo unos criterios para determinar las situaciones en las que se ha de atender la cobertura de estas técnicas, todo ello, con sujeción a lo dispuesto en la Ley 14/2006, de 28 de mayo, sobre técnicas de Reproducción Humana Asistida.

Atendiendo a estos criterios, se asumirá la cobertura de técnicas de Reproducción Humana Asistida en las siguientes situaciones:

En parejas en las que exista un diagnóstico de esterilidad, primaria o secundaria, por factor femenino o masculino, que impida conseguir una gestación o cuando exista indicación clínica de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 1 y 12 de la Ley 14/2006 de 26 de mayo, sobre técnicas de Reproducción Humana Asistida.

En mujeres en las que exista un diagnóstico de esterilidad por patología ginecológica que impida conseguir una gestación, con independencia de la existencia o no de pareja.

La existencia de hijos previos no será motivo de exclusión para la cobertura de los tratamientos de Reproducción Humana Asistida, siempre y cuando se cumplan los requisitos establecidos en esta cláusula.

En cualquier caso, atendiendo a los criterios técnicos consensuados por el grupo de expertos, los tratamientos estarán sujetos a ciertos límites y condiciones para asegurar la mayor efectividad y el menor riesgo posible.

C) Límites relativos al número de ciclos de tratamiento y a la edad de la paciente.—Los límites relativos al número de ciclos que se establecen han de entenderse referidos a cada expectativa de consecución de un hijo por embarazo a término, es decir, si como resultado de un tratamiento de reproducción asistida se ha conseguido el nacimiento de un hijo, el planteamiento de tener un nuevo hijo y la correspondiente prescripción facultativa, inicia el cómputo de nuevos ciclos.

Conforme a los criterios señalados, se establecen los siguientes límites en la aplicación de los tratamientos mediante técnicas de reproducción humana asistida:

	Inducción Ovulación	Inseminación artificial	FIV *	FIV con donación de ovocitos / preembriones
N.º ciclos	Máximo 6 ciclos		Máximo 4 ciclos	
Edad	Límite 42 años			Menores de 46 años

* Incluidas las técnicas complementarias

En los casos de utilización de ovocitos y tejido ovárico, así como de transferencia de preembriones sobrantes de ciclos FIV autorizados, el límite de edad será el establecido para la técnica FIV con donación de ovocitos/preembriones.

Para la correcta interpretación y aplicación de los límites establecidos se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

1. Para considerar que una paciente ha realizado un ciclo FIV, deberá haber llegado al menos a la fase de recuperación de ovocitos.

2. Cuando existan preembriones congelados sobrantes, procedentes de ciclos FIV autorizados, la transferencia de los mismos forma parte del mismo ciclo FIV en el que se obtuvieron los preembriones, siendo financiado la transferencia de los preembriones hasta que la mujer de la que procedan cumpla 46 años.

3. No se autorizará un nuevo ciclo FIV cuando existan preembriones sobrantes crioconservados procedentes de ciclos anteriores.

4. Si tras la realización de alguna técnica de reproducción humana asistida y conseguido un embarazo la paciente aborta, se podrá repetir un nuevo ciclo con la técnica por la que se produjo la gestación, una vez haya concluido el número máximo de ciclos establecidos.

5. Para el cómputo del número de ciclos, se tendrá en cuenta el número total de ciclos realizados con independencia del financiador. Por ello, en el caso de que una pareja se acoja a la cobertura de este concierto, tras haberse sometido previamente a un tratamiento de reproducción humana asistida, se tendrá en cuenta el número de ciclos que se hubiera realizado hasta ese momento y se dará cobertura a los que corresponda, hasta completar el número máximo de ciclos establecido.

D) Otros límites y condiciones.—1. En el caso de las técnicas de reproducción humana asistida con donación de gametos y preembriones, los gastos derivados de las actuaciones y en su caso, los medicamentos que requieran las donantes, serán a cargo de la Entidad al formar parte del coste de la técnica utilizada. En ningún caso podrán repercutirse sobre la paciente receptora de la donación.

2. No se consideran incluidas, entre las prestaciones financiadas, las técnicas de reproducción asistida que se realicen cuando la esterilidad de algún miembro de la pareja se haya producido voluntariamente o sobrevenga como consecuencia del proceso fisiológico natural propio de la finalización del ciclo reproductivo de la persona.

3. Se atenderá la cobertura de la crioconservación y mantenimiento del semen de los beneficiarios que vayan a someterse a tratamientos de cirugía, radioterapia, quimioterapia y determinados fármacos, que puedan afectar de forma importante a su fertilidad, durante el período de tiempo que determine la normativa vigente en cada momento.

4. Asimismo habrá de atenderse la cobertura de la crioconservación y mantenimiento de ovocitos y tejido ovárico de mujeres, que vayan a someterse a tratamientos de cirugía, radioterapia, quimioterapia y determinados fármacos y/o a técnicas de reproducción asistida, y la de los preembriones sobrantes de ciclos FIV autorizados, hasta que la mujer cumpla los 46 años de edad.

2.4.9 Salud mental.

A) Contenido.—Comprende la atención a la salud mental y la asistencia psiquiátrica que incluye el diagnóstico y seguimiento clínico, el tratamiento farmacológico y la

psicoterapia individual, de grupo o familiar. La atención a la salud mental se realizará en régimen de hospitalización y en régimen de consultas externas u hospital de día, garantizando en cualquier caso la necesaria continuidad asistencial.

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

Se incluye la psicoterapia individual, de grupo o familiar, siempre que haya sido prescrita por psiquiatra de la Entidad, realizada en medios concertados con la misma y que su finalidad sea el tratamiento de patologías psiquiátricas. La Entidad está obligada a facilitar un número máximo de 20 sesiones por año natural (psicoterapia breve o terapia focal), salvo para los casos de trastornos de la alimentación, en que se facilitarán todas las sesiones que el psiquiatra responsable de la asistencia considere necesarias para la correcta evolución del caso.

B) Se excluyen el psicoanálisis, la psicoterapia psicoanalítica, la hipnosis y la narcolepsia ambulatoria, así como el internamiento social de pacientes afectados de demencias neurodegenerativas tales como Alzheimer y otras.

2.4.10 Otras especificaciones complementarias.

A) Cirugía plástica, estética y reparadora.—Queda excluida la cirugía plástica, estética y reparadora 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 plástica, estética y reparadora 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.

B. Trasplantes.—Queda incluida la cobertura de los trasplantes de todo tipo: de órganos, de tejidos y de células de origen humano, 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, incluyendo los estudios de compatibilidad.

2.5. Cartera de servicios de atención de urgencia.

2.5.1 Acceso a la atención de urgencia.—La atención de urgencia es aquella que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata.

Se dispensará tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente y la atención in situ, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de enfermería, y con la colaboración de otros profesionales.

La asistencia urgente podrá recabarse de los facultativos de medicina general o de familia, pediatría y enfermería de la Entidad y, fuera de los horarios de consulta y en cualquier caso, de los Servicios de Urgencia propios de dispositivos asistenciales específicos o de centros hospitalarios de la Entidad.

Además, la Entidad dispondrá de un teléfono 900 para la demanda de atención urgente y la coordinación de los diferentes medios de urgencias y emergencias sanitarias, que garantizarán, las 24 horas todos los días del año, la accesibilidad y la coordinación de los recursos disponibles para este tipo de atención.

2.5.2 Servicios de urgencia hospitalaria.—Los servicios de urgencia hospitalaria estarán disponibles en las localidades incluidas en los niveles II, III y IV de atención especializada y además, en todos los municipios de menos de 30.000 habitantes donde exista un centro hospitalario, dependiente del Servicio de Salud de la correspondiente Comunidad Autónoma, se atenderá la cobertura de la asistencia por su Servicio de Urgencias a los asegurados que sufran situaciones clínicas agudas que obliguen a una atención inmediata.

El Servicio de Urgencia Hospitalaria facilitará el acceso a cualquier especialidad que fuera precisa, debiendo contarse con especialistas de presencia física o localizados. No

obstante, si la guardia fuera localizada, deberá garantizarse la disponibilidad de los correspondientes especialistas, una vez que sean requeridos por el Médico de Urgencias, en el plazo más breve posible en función de la patología y estado clínico del paciente, plazo que no podrá ser en ningún caso superior a 30 minutos.

2.6 Cuidados paliativos.

2.6.1 Comprende la atención integral, individualizada y continuada, de personas con enfermedad en situación avanzada no susceptible de recibir tratamientos con finalidad curativa y con una esperanza de vida limitada, así como de las personas a ellas vinculadas. Esta atención, especialmente humanizada y personalizada, se prestará en el domicilio del paciente o en el centro sanitario, si fuera preciso, estableciendo los mecanismos necesarios para garantizar la continuidad asistencial. El lugar más adecuado para proporcionar los cuidados paliativos en cada momento estará determinado por el nivel de complejidad del enfermo, la disponibilidad de apoyos familiares adecuados y la elección del paciente y su familia, entre otras variables.

2.6.2 Las entidades médicas deberán elevar a Mugeju durante 2010 los planes de adaptación a la Estrategia Nacional del Sistema Nacional de Salud de Cuidados Paliativos del Ministerio de Sanidad y Política Social.

2.7 Atención a la salud bucodental.

2.7.1 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. Asimismo, incluirá el programa de salud bucodental dirigido a los niños menores de 15 años, consistente en revisiones periódicas, aplicación de flúor tópico, selladores oclusales y obturaciones o empastes. Además, a este programa se incorporarán las actuaciones que se incluyan en el Plan de Salud Bucodental para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, con el mismo contenido, alcance y ritmo de implantación. A las beneficiarias embarazadas se les realizará un seguimiento preventivo de la cavidad oral con aplicación de flúor tópico de acuerdo con las necesidades individuales.

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

2.7.3 No obstante, cuando mediara enfermedad profesional o accidente en acto de servicio serán a cargo de la Entidad todos los tratamientos y actuaciones, incluidas las prótesis dentarias y los implantes osteointegrados, así como su colocación.

2.7.4 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 de facultativo especialista de la Entidad, junto con presupuesto, si se trata de prótesis, para su autorización por la Entidad.

2.7.5 También serán a cargo de la Entidad los gastos de hospitalización, de quirófano y anestesista necesarios para la realización de los anteriores tratamientos y prestaciones odontológicas, así como de los excluidos de la cobertura del concierto a pacientes discapacitados psíquicos, siempre que los tratamientos se efectúen con medios de la Entidad.

2.8 Prestación farmacéutica y de productos dietéticos.

2.8.1 Contenido.—Con carácter general, la cartera de servicios de la prestación farmacéutica, salvo lo previsto en la cláusula 2.8.3, 1 y 2., a facilitar por la Entidad comprende la indicación y prescripción por los facultativos, en receta oficial de Mugeju, de los medicamentos y productos incluidos en las prestaciones farmacéutica y con productos dietéticos del Sistema Nacional de Salud.

En el caso de pacientes hospitalizados, la cartera de servicios a facilitar por la Entidad comprende la indicación, prescripción y dispensación de aquellos productos farmacéuticos

y dietéticos que precisen los pacientes que estén siendo atendidos en este ámbito asistencial (internamiento, hospital de día, hospitalización domiciliaria, urgencias, unidad de diálisis y otras unidades dependientes del hospital), los cuales serán financiados por la Entidad.

2.8.2 Prescripción.—Los facultativos de la Entidad prescribirán los medicamentos y demás productos farmacéuticos precisos para el tratamiento ambulatorio de los beneficiarios en las recetas oficiales de Mugeju que, en talonarios, les facilitarán los titulares, o mediante el Sistema de Receta Informatizada, todo ello con sujeción a lo dispuesto en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional del medicamento y productos sanitarios, así como en el Real Decreto 1910/1984, de 25 de septiembre, de Receta Médica.

La Entidad adoptará las medidas necesarias para implementar el Sistema de prescripción Informatizada, con los criterios de normalización establecidos por el Mugeju, exigiendo a sus facultativos que en la cumplimentación manual de dichas recetas figuren los datos de consignación obligatoria y que los datos de identificación del prescriptor (nombre y dos apellidos, nº de colegiado y provincia) se hagan constar mediante sello, de forma perfectamente legible.

2.8.3 Medicamentos a cargo de la entidad.—1. Los medicamentos precisos para el tratamiento de pacientes ambulatorios correrán a cargo de la Entidad y serán suministrados por sus medios en los siguientes supuestos:

A) Los medicamentos comercializados como de Uso Hospitalario, cuya dispensación se realiza a través de los servicios de Farmacia Hospitalaria, conforme a lo establecido en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, cualesquiera que sean sus condiciones de utilización.

B) Los medicamentos no autorizados en España, pero comercializados en otros países, cuya dispensación, conforme a la normativa aplicable, deba realizarse a través de Servicios de Farmacia Hospitalaria, al quedar restringida su utilización al medio hospitalario.

C) Los medicamentos y productos farmacéuticos financiados en el Sistema Nacional de Salud que no estén dotados de cupón precinto, y que requieran para su administración la intervención expresa de facultativos especialistas.

D) Los medios, elementos o productos farmacéuticos precisos para la realización de técnicas diagnósticas, tales como medios de contraste, laxantes drásticos u otros.

2. Por los Servicios de Farmacia de centros hospitalarios concertados se dispensarán los medicamentos precisos para tratamientos ambulatorios en los siguientes supuestos:

A) Los medicamentos y productos farmacéuticos financiados en el Sistema Nacional de Salud que no estén dotados de cupón precinto, y que para su administración no requieren la intervención expresa de facultativos especialistas.

B) Los medicamentos de Diagnóstico Hospitalario cuya dispensación se solicite expresamente por Mugeju para el tratamiento de determinados pacientes, ante la existencia de dificultades para su dispensación en oficinas de farmacia.

Estos medicamentos se facturaran por la Entidad para su abono por parte de Mugeju, con arreglo a los criterios y procedimientos de facturación que se establezcan para cada supuesto.

3 Serán a cargo de la Entidad y suministrados por sus medios a los beneficiarios los productos sanitarios que se relacionan a continuación:

A) Los sistemas de administración de nutrición enteral domiciliaria, cánulas de traqueotomía y laringectomía y sondas vesicales especiales que no sean dispensables mediante receta de Mugeju, cuando dichos productos hubieran sido debidamente indicados por un especialista de la Entidad.

B) Los dispositivos intrauterinos (DIU) de cualquier índole prescritos.

C) 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.

D) Las jeringuillas de insulina —incluidas las agujas correspondientes— u otros sistemas no precargados de administración de la misma, así como el material fungible de las bombas de insulina y las agujas para el suministro de los sistemas precargados de insulina que carezcan de ellos.

E) Las tiras reactivas para medición de glucemia, glucosuria y combinadas glucosa/cuerpos cetónicos, así como el glucómetro y las lancetas necesarias para la medición, en los pacientes diabéticos. En todo caso, la Entidad deberá garantizar a dichos pacientes cualquiera de los productos existentes en el mercado cuando a juicio del facultativo prescriptor se adapten mejor a sus necesidades individuales y a sus habilidades personales.

Todos estos productos se suministrarán atendiendo a criterios de diligencia, proporcionalidad y máxima atención a la situación del paciente.

En aquellos supuestos en que, por causas imputables a la Entidad, el suministro no se ajustara a estos criterios, el mutualista podrá adquirir directamente el producto y solicitar el reintegro a la Entidad.

2.8.4 Uso racional del medicamento.—En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad de Sistema Nacional de Salud, la Entidad impulsará el conjunto de actuaciones encaminadas a que las prescripciones de sus facultativos se ajusten a las dosis precisas, según los requerimientos individuales de los pacientes, durante el periodo de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y la comunidad.

Asimismo, la Entidad fomentará el uso racional del Medicamento promoviendo la utilización de medicamentos genéricos entre sus facultativos, así como la prescripción por principio activo.

2.8.5 Procedimiento para la repercusión de costes de medicamentos indebidamente abonados por Mugeju.—Mugeju procederá a descontar en el pago mensual de las primas a la entidad, el importe de aquellas prescripciones de medicamentos y productos sanitarios realizadas en recetas oficiales de Mugeju, y cuya financiación corresponde a la Entidad, según lo dispuesto en este concierto, de conformidad con lo previsto en las cláusulas 7.2. y 7.3. del presente concierto.

Por otra parte, la Entidad se compromete a reintegrar a los beneficiarios que lo soliciten, 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 por estos medicamentos o productos sanitarios, bastando a estos fines la presentación por el interesado de la correspondiente factura de la Farmacia.

2.8.6 Prescripción informatizada.—La implantación del Programa de Prescripción Médica Informatizada, se realizará de forma progresiva. En una primera fase se extenderá a los facultativos de Medicina General o de Familia, Pediatría y Medicina Interna en municipios de más de 75.000 habitantes, debiendo incluirse, en cualquier caso, a los médicos con mayor volumen de prescripciones en recetas oficiales que Mugeju determine.

Los facultativos incluidos en el Programa de prescripción Informatizada deberán cumplir con los siguientes requerimientos:

- PC con impresora láser.
- Conexión de banda ancha.
- Lector de banda magnética.
- Disponibilidad de papel específico, conforme a las especificaciones técnicas que se establezcan por Mugeju.
- DNI electrónico o certificado digital.

El Programa será objeto de financiación específica, mediante el pago de una cuota capitativa mensual variable, en función del grado de extensión del mismo, cuantificado por el porcentaje de recetas informatizadas, sobre el total de recetas dispensadas a titulares y beneficiarios adscritos a la Entidad.

2.8.7 Calidad de la prescripción farmacéutica.—Se evaluará de forma especial la utilización eficiente de medicamentos, a través del uso de genéricos, y la utilización de medicamentos de primera elección en determinadas patologías prevalentes.

La evaluación se realizará mediante la monitorización de los siguientes indicadores básicos para los que se fijan unos objetivos mínimos:

Porcentaje de medicamentos genéricos: porcentaje de envases de EFG dispensados sobre el total de envases de medicamentos dispensados.

Utilización de medicamentos antiulcerosos de primera elección: porcentaje de DDDs. de Omeprazol dispensadas, sobre el total de dispensaciones de Inhibidores de la Bomba de Protones.

Utilización de hipolipemiantes de primera elección: porcentaje de DDDs. de Lovastatina, Pravastatina y Simvastatina dispensadas sobre el total de dispensaciones de Estatinas.

Los objetivos así como la puntuación asignada al cumplimiento de cada objetivo se detallan en la siguiente tabla y podrán modificarse por Resolución del Gerente de Mugeju.

Indicadores		Objetivo mínimo – Porcentaje	Puntuación por alcanzar el objetivo
Porcentaje de genéricos	Porcentaje de envases	10,5	6
		13	7
Hipolipemiantes	Porcentaje ddd estatinas de elección	40	1
Antiulcerosos	Porcentaje ddd omeprazol	80	1

El coste de las herramientas y actuaciones que deban desarrollarse por la Entidad para el cumplimiento de los objetivos de mejora de la calidad en la prescripción farmacéutica se financiará mediante una cuota capítativa mensual, que se abonará exclusivamente los meses en que los citados indicadores básicos, obtenidos a partir de los datos de las recetas dispensadas al colectivo adscrito a la Entidad den lugar a una puntuación total igual o superior a 6 puntos.

2.9. Transporte para asistencia sanitaria.—La Entidad deberá atender los gastos ocasionados por los desplazamientos que precisen los beneficiarios cuando utilicen los servicios asignados, con las salvedades establecidas en la cláusula 4.4 en los supuestos y condiciones que se establecen en la presente cláusula.

2.9.1 Transporte en medios ordinarios.

A) Se considera medio de transporte ordinario, a los fines asistenciales previstos en el concierto, el que se realiza en automóvil, autobús, ferrocarril o, si procediese por tratarse de provincias insulares o las ciudades de Ceuta o Melilla, en barco o avión.

B) El beneficiario tendrá derecho a este tipo de transporte a cargo de la Entidad, siempre que se realice al municipio más próximo al de residencia habitual o temporal en el que la misma disponga de medios, en los siguientes supuestos:

Desplazamientos para recibir tratamientos periódicos, siempre que la distancia entre ambos municipios sea superior a 25 kilómetros.

Desplazamientos motivados por la indisponibilidad de los medios exigidos en el correspondiente municipio, según le corresponda, conforme a lo dispuesto en la cláusula 3.2.

Desplazamientos a Servicios de Referencia, ubicados en un municipio distinto al de residencia, cuando en éste no se disponga de este tipo de servicios.

Desplazamientos a un municipio distinto al de residencia para la recibir asistencia sanitaria derivada de accidente en acto de servicio o enfermedad profesional.

C) 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, hasta el municipio más próximo en que la Entidad disponga de medios para completar la asistencia requerida. La prestación comprenderá el traslado de regreso.

2.9.2 Transporte en medios extraordinarios.

A) Se considera medio de transporte extraordinario, a los fines asistenciales previstos en el concierto, el que se realiza en ambulancia, ambulancia medicalizada, UVI móvil, avión y helicóptero medicalizados y taxi.

B) El beneficiario tendrá derecho a este tipo de transporte cuando, por imposibilidad física u otras causas exclusivamente clínicas, no pueda utilizar transporte ordinario, en los siguientes supuestos:

Por razones de urgencia, desde el lugar en que ésta se produzca hasta el centro de la Entidad donde se le preste la asistencia, o hasta el centro no concertado donde sea atendido en el supuesto de urgencia vital.

Para recibir tratamientos periódicos, como hemodiálisis, radioterapia, rehabilitación u otras contempladas en este concierto.

Para recibir cualquier otro tipo de asistencia que deba ser atendida por la Entidad.

La necesidad de medios extraordinarios de transporte se justificará mediante la prescripción escrita del correspondiente facultativo, excepto en situación de urgencia vital.

C) Los traslados se realizarán a centros o servicio ubicados dentro del municipio de residencia habitual o temporal o, si en éste no existieran los medios precisos, hasta el municipio más próximo en el que la Entidad disponga de los correspondientes servicios o hasta el centro al que ésta hubiera remitido al paciente.

En todos los supuestos señalados se atenderá el traslado de regreso del paciente a su domicilio tras recibir la atención sanitaria correspondiente, siempre que persistan las causas que justifiquen la necesidad de transporte en medios extraordinarios. En caso contrario se atenderán los gastos que se deriven del desplazamiento de regreso en medios ordinarios de transporte.

Asimismo, cuando un paciente desplazado transitoriamente en un municipio distinto al de residencia hubiera recibido asistencia urgente, la entidad se hará cargo del transporte sanitario para su traslado a su municipio de residencia, bien a su domicilio o a otro centro sanitario, cuando la necesidad de este medio de transporte obedezca a causas estrictamente médicas.

D) 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 al Servicio de Urgencias de la Entidad a la que se encuentre adscrito y la Entidad deberá asumir o reintegrar los gastos del traslado.

2.9.3 Ayudas para gastos de un acompañante.—Se tendrá derecho a los gastos de transporte de un acompañante del paciente, en los siguientes supuestos:

Desplazamientos de beneficiarios menores de quince años.

Desplazamientos de beneficiarios que acrediten un grado de discapacidad superior al 65%.

Desplazamientos de beneficiarios residentes en las ciudades de Ceuta y Melilla y en las provincias insulares, cuando así lo indique su médico responsable, circunstancia que se acreditará mediante la presentación de la prescripción escrita del facultativo.

2.10. Otras prestaciones.

2.10.1 Programas preventivos.—1. La Entidad facilitará las actuaciones establecidas en el apartado 3.1. del anexo II del Real Decreto 1030/2006 que incluyen:

A) Vacunaciones en todos los grupos de edad y, en su caso, grupos de riesgo, según el calendario de vacunación del Sistema Nacional de Salud, así como aquellas que puedan indicarse, en la población general o en grupos de riesgo, por situaciones que epidemiológicamente lo aconsejen, en colaboración con las administraciones sanitarias competentes. En especial se facilitará el desarrollo de:

Calendarios oficiales de vacunación sistemática del niño de cada una de las Comunidades Autónomas y ciudades con Estatuto de Autonomía.

Vacunación antitetánica en adultos.

Campañas de vacunación antigripal en grupos de riesgo.

Vacunación de la Hepatitis «B» a grupos de riesgo.

B) Indicación y administración, en su caso, de quimioprofilaxis antibiótica en los contactos con pacientes infecciosos para los problemas infectocontagiosos que así requieran.

C) Actividades para prevenir la aparición de enfermedades actuando sobre los factores de riesgo (prevención primaria) o para detectarlas en fase presintomática mediante cribado o diagnóstico precoz (prevención secundaria):

a) Del cáncer de mama: cribado con mamografía cada 2 años en las mujeres mayores de 50 años.

b) Del cáncer de cuello de útero: citología de Papanicolaou en mujeres de 25-65 años. Al principio, dos citologías con una periodicidad anual y después cada 3-5 años, de conformidad con las pautas recomendadas por las Sociedades Científicas.

A las mujeres mayores de 65 años sin citologías en los últimos cinco años se les ofrecerán dos citologías con periodicidad anual y, si son normales, no se propondrán más intervenciones.

No se ofrecerá cribado en las mujeres con histerectomía total.

La frecuencia del cribado para la prevención secundaria del cáncer de cuello uterino o de mama podrá ser mayor cuando así esté indicado por el ginecólogo en función de criterios de mayor riesgo (genético u otros factores).

c) Del cáncer de colon.

2. La Entidad facilitará las actuaciones que correspondan en el ámbito de la atención primaria y especializada y dispondrá de los medios necesarios para llevar a efecto los citados programas preventivos, garantizando la información adecuada a los beneficiarios, así como el calendario, direcciones y horarios de los centros donde se llevarán a cabo.

Asimismo la Entidad remitirá a las Delegaciones de Mugeju y a las oficinas centrales relación detallada de los centros de vacunación disponibles en la respectiva provincia con direcciones, teléfonos, horarios y programas preventivos que se incluyen en los mismos.

Mugeju podrá informar específicamente a sus beneficiarios y a través del medio que en cada caso estime más oportuno, sobre la conveniencia de la realización de determinados programas preventivos de los incluidos en la Cartera de Servicios.

3. En los casos en que la entidad no hubiera desarrollado alguno de los programas específicos reseñados en la cláusula 2.10.1.C), deberá atender la cobertura de las actuaciones realizadas a los beneficiarios en el marco de un programa prevención desarrollado por las correspondientes administraciones sanitarias.

2.10.2 Prestación ortoprotésica. implantes quirúrgicos terapéuticos o diagnósticos.—La prestación ortoprotésica a cargo de la entidad comprende:

Los implantes quirúrgicos terapéuticos o diagnósticos, entendiéndose por tales aquellos productos sanitarios diseñados para ser implantados total o parcialmente en el cuerpo humano mediante un determinado acto médico o intervención quirúrgica.

La renovación de cualquiera de los accesorios, incluidos los externos de los implantes mencionados.

Los materiales utilizados para realizar técnicas de osteosíntesis.

Quedan excluidos los implantes osteointegrados para prótesis dentarias, excepto cuando los mismos deriven de accidente de servicio o enfermedad profesional.

2.10.3 Oxigenoterapia y otras terapias respiratorias.—Requieren la prescripción escrita de un especialista de la Entidad y autorización previa de la misma.

Se incluye la prestación de cualquiera de las técnicas de terapia respiratoria a domicilio atendidas por el Sistema Nacional de Salud, cuando las circunstancias del paciente así requieran, incluyendo el uso de las mochilas de oxígeno líquido, la pulsioximetría y la aerosolterapia.

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

2.11 Supuestos especiales.

2.11.1 Facultativo ajeno.

A) Cuando, por decisión propia y para una determinada intervención, un beneficiario elija a un médico ajeno a 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 2.4.4, con excepción de los honorarios de los médicos y, en caso de parto, matrona, que serán por cuenta del beneficiario.

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

CAPÍTULO III

Medios de la entidad

3.1 Normas generales.—A los efectos previstos en los artículos 17 del Texto Refundido de las disposiciones legales vigentes sobre el Régimen Especial de Seguridad Social del personal al servicio de la Administración de Justicia aprobado por Real Decreto Legislativo 3/2000, de 23 de junio, y 63 del Reglamento de la Mutualidad General Judicial, aprobado por Real Decreto 3283/1978, de 3 de noviembre, 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.

3.1.1 Alcance.—A los fines asistenciales de este concierto, se consideran de la entidad:

A) Personal sanitario dependiente de la Entidad mediante una relación de carácter laboral o vinculado 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.

D) Los servicios de atención primaria y de urgencias de la Red Sanitaria Pública concertados por cuenta de la Entidad, conforme a lo previsto en los Anexos 1 quedan asimilados a los medios de la entidad.

3.1.2 Principios generales:

A) Garantía de accesibilidad.—La Entidad debe garantizar el acceso a los medios que en cada nivel asistencial exige la Cartera de Servicios del presente concierto en los términos establecidos en el anexo 3, salvo que dichos medios no existan a nivel privado ni público. Si coyunturalmente no estuvieran operativos será de aplicación lo dispuesto en la letra B de la cláusula 4.2.1.

B) 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 (antigua 3.5).

C) Normativa sanitaria.—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 centros, establecimientos y servicios concertados deberán estar debidamente autorizados conforme a lo dispuesto en el Real Decreto 1277/2003 de 10 de octubre en el que se establecen las bases sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitaria así como en la normativa autonómica vigente, en su caso, en la normativa específica que regule la actividad.

Los profesionales sanitarios deberán ser titulados de acuerdo con la regulación establecida en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

Si Mugeju tiene conocimiento del posible incumplimiento de dichos requisitos de carácter general, lo pondrá en conocimiento de la autoridad sanitaria competente.

La Entidad facilitará el acceso a los centros y servicios incluidos en la Cartera de Servicios a fin de que Mugeju pueda comprobar la adecuación de los medios de la institución respecto a la oferta de servicios realizada.

D. Requisitos adicionales: autorización previa, prescripción médica.—Para los casos expresamente previstos en el presente concierto, la Entidad podrá exigir los requisitos adicionales que procedan, tales como prescripción médica o autorización previa de la Entidad. La Entidad, a través de los facultativos que prescriban o realicen las pruebas diagnósticas o tratamientos que precisen autorización, deberá informar debidamente de este requisito al beneficiario. En ningún caso podrán efectuarse con cargo al beneficiario las pruebas no autorizadas si no se le ha informado antes de la necesidad de tal autorización previa o por falta de tiempo, en el caso de actos médicos o quirúrgicos realizados en el momento de la consulta.

La autorización de un determinado medio diagnóstico o terapéutico deriva de la necesidad de ordenar y canalizar las prestaciones por parte de la Entidad, para facilitar el servicio y evitar demoras, pero nunca puede suponer una restricción al acceso a las prestaciones reconocidas en la Cartera de Servicios. En ningún caso se denegará una solicitud de un medio diagnóstico o terapéutico, indicado por un facultativo de la Entidad, que figure en la Cartera de Servicios establecida en este concierto.

El anexo 2 contiene una relación exhaustiva de los supuestos de utilización de los medios de la Entidad que exigen autorización previa de la misma.

El acceso a los médicos consultores se realizará previa derivación por otro especialista y con autorización de la Entidad.

3.2. Criterios de disponibilidad de medios.

3.2.1 Las prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios a facilitar por la Entidad se estructurará por niveles asistenciales y tamaños de población. De conformidad con lo establecido en la cláusula 2.1 del presente concierto, se distinguen los siguientes niveles asistenciales:

1. El nivel de Atención Primaria de Salud, que tiene como marco geográfico y poblacional al municipio.
2. El nivel de Atención Especializada, que tiene como marco geográfico y territorial el municipio a partir de 20.000 habitantes.
3. Para los Servicios de Referencia el marco geográfico y poblacional será el del conjunto del territorio de Estado.

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

En el anexo 3 se establecen los criterios de disponibilidad de medios por niveles asistenciales y tamaños de población.

3.3 Catálogo de proveedores.

3.3.1 Criterios generales.—El Catálogo de Proveedores 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.

El contenido del Catálogo de Proveedores, tanto de facultativos como de centros, será claro, completo y transparente, debiendo figurar sin exclusiones todos los facultativos y centros asistenciales concertados por la Entidad que hayan sido ofertados para la suscripción de este concierto.

Mugeju podrá establecer un formato común de obligado cumplimiento para la elaboración de los cuadros, al objeto de que tengan un tratamiento homogéneo en las distintas Entidades concertadas.

La Entidad dispondrá de todos los medios que haga constar en su Catálogo de Proveedores. Asimismo todos los facultativos y centros que presten servicios a los beneficiarios por cuenta de la Entidad deberán aparecer en el Catálogo de Proveedores. Sin perjuicio de lo anterior, se faculta a la Entidad para que determinados facultativos puedan aparecer diferenciados en el catálogo como consultores para áreas específicas y complejas de su especialidad, siempre que dicha especialidad disponga al menos de dos especialistas no consultores. El acceso a estos especialistas consultores se realizará previa derivación por otro especialista y con la autorización previa de la Entidad.

Mugeju, podrá comprobar, cuando lo estime oportuno, el cumplimiento por parte de la Entidad de la obligación prevista en el párrafo anterior.

Cuando un beneficiario sea atendido por un profesional que trabaje en el equipo de un profesional concertado, se entenderá, a todos los efectos, que el mismo forma parte de los medios de la Entidad.

Determinados facultativos podrán aparecer diferenciados en el Catálogo como consultores para áreas específicas y complejas de su especialidad, siempre que dicha especialidad disponga al menos de dos especialistas no consultores. El acceso a estos especialistas consultores se realizará previa derivación por otro especialista y con la autorización previa de la Entidad.

Cuando un beneficiario sea atendido por un profesional que trabaje en el equipo de un profesional concertado, se entenderá, a todos los efectos, que el mismo, forma parte de los medios de la Entidad.

3.3.2. Contenido.—Los Catálogos de Proveedores de la Entidad serán de ámbito provincial, adaptándose a los niveles asistenciales establecidos en el concierto, e incluirán:

- A) El número de teléfono 900 gratuito para la atención en situaciones de urgencia y coordinación de los recursos para la asistencia urgente durante las 24 horas todos los días.

Este número será único para todo el territorio nacional y figurará en lugar destacado en el Catálogo de Servicios y en la tarjeta sanitaria, a la que se alude en la cláusula 1.7.

B) Medios de Atención Primaria y Especializada, por niveles asistenciales, municipios incluidos en cada nivel y forma de acceder a las prestaciones.

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

Servicios de Urgencias.

Centros Hospitalarios.

Servicios para Cuidados Paliativos.

Médicos con nombres y apellidos, agrupados por especialidades.

Fisioterapeutas con nombre y apellidos.

Logopedas con nombre y apellidos.

Personal de enfermería con nombre y apellidos.

Servicio de Ambulancias.

Servicios para oxigenoterapia, aerosolterapia y otras terapias respiratorias.

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

Servicio de Información de la Entidad,

D) Información y Normas de Uso, donde se incluirá un apartado en el que conste: «Garantía de Accesibilidad a los medios: En aquellas especialidades en que no estén operativos los servicios ofertados, el beneficiario podrá acudir a los facultativos privados que, en su caso, existan en el correspondiente municipio o municipios más próximos dentro del mismo Nivel de Equipación, siempre que en este tampoco existan medios concertados, o dirigirse al servicio público de salud. En estos casos, la Entidad se hará cargo del importe de los gastos ocasionados por la utilización de medios no concertados».

E) 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 2.

Se detallarán los procedimientos para la obtención de las autorizaciones de la Entidad.

F) 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 los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

Asimismo se incluirán instrucciones para la utilización de los medios de atención primaria disponibles en municipios de Comunidades Autónomas con las que no existan Convenios de colaboración y en los que no existan medios concertados.

G) Servicios que, en cada municipio, ofrezca la Entidad por encima de las exigencias establecidas en el concierto, que constituiría su oferta diferenciada de servicios, como elemento para facilitar la elección de Entidad por parte de los beneficiarios.

Estos medios formarán parte de la oferta de Servicios de la Entidad y estarán sujetos a las condiciones generales establecidas en el concierto y en particular a las previsiones recogidas en la cláusula 3.7.

Además de lo indicado en los puntos anteriores, los catálogos de proveedores incluirán una separata o addenda recortable donde figure 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, así como un teléfono de 24 horas para información continua a los interesados.

3.4 Campañas promocionales.—La Entidad podrá hacer publicidad sobre su oferta de servicios a lo largo del año y durante el período de cambio ordinario, siempre que dicha publicidad no se realice dentro de recintos de organismos públicos y que se efectúe con carácter general sin dirigirse a colectivos profesionales específicos, no pudiendo, ofertar

obsequios a los mutualistas en ningún caso. En la publicidad podrán hacerse constar aquellos servicios sanitarios, no incluidos en la cobertura del concierto que, en su caso, se oferten como valor añadido y oferta diferenciada de la de otros proveedores.

La Entidad es responsable del cumplimiento de estas obligaciones tanto por parte de su personal como de las actuaciones que puedan realizar otras corporaciones, consorcios, asociaciones, fundaciones, agentes sociales u otras entidades de cualquier tipo, con o sin ánimo de lucro, que mantengan cualquier relación de colaboración, jurídica, comercial, de grupo o de otra naturaleza y actúen de acuerdo o en nombre de la Entidad. El incumplimiento de estas obligaciones dará lugar a las sanciones previstas en la cláusula 5.6.

3.5. Responsabilidad de edición del catálogo de proveedores de la entidad.

3.5.1 Antes del 15 de diciembre del año anterior al del inicio de la vigencia del concierto o, en su caso, de la correspondiente prórroga, la Entidad deberá entregar en los Servicios Centrales de Mugeju los Catálogos de Proveedores en formato papel correspondientes a todas las provincias. Asimismo, y en el mismo plazo, facilitará a los beneficiarios que tenga adscritos, el Catálogo de proveedores de la correspondiente provincia en edición de papel, mediante su envío al domicilio o estando disponible en los locales y delegaciones de la Entidad y entregará en las Delegaciones Provinciales de Mugeju el número de ejemplares que solicite cada una de ellas para su entrega a los beneficiarios que lo requieran.

3.5.2 A su vez, la Entidad debe disponer de una página Web que informe a los beneficiarios de Mugeju sobre el contenido de los Catálogos de Proveedores correspondientes a todas las provincias. Para evitar confusiones con las prestaciones ofrecidas a asegurados ajenos al presente concierto, esta información deberá aparecer en una sección específica de Mugeju e incluir para cada provincia los contenidos que aparecen especificados en la cláusula 3.3.2. La información de la página web deberá actualizarse siempre que existan modificaciones, haciendo constar la fecha de la última modificación.

3.5.3 En el supuesto de que la Entidad no cumpliera lo establecido en los dos párrafos anteriores, 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 o en su página web.

3.5.4 Las obligaciones de la Entidad señaladas en los párrafos anteriores, se entienden también referidas a las actualizaciones de los Catálogos o «Addenda» a los mismos que, en su caso, vayan a tener vigencia en los años 2011, 2012 y 2013.

3.6. Invariabilidad de los cuadros de proveedores de la entidad.

3.6.1 El Catálogo de Proveedores de la Entidad debe mantenerse estable y garantizar los principios los principios de continuidad asistencial de los pacientes. Por ello, la oferta de medios de la Entidad publicitada en el Catálogo de Proveedores únicamente podrá registrar altas de nuevos servicios sin que puedan producirse bajas a lo largo de la vigencia del concierto, salvo aquellas que se lleven a cabo a petición del especialista o centros, por cese de actividad o traslado a otro municipio o aquellas que obedecieran a circunstancias excepcionales debidamente acreditadas. En este caso, las bajas deberán ser comunicadas a Mugeju, justificando los motivos, con 30 días de antelación.

3.6.2 Si la baja afecta a centros o servicios hospitalarios, la entidad debe informar a Mugeju de los beneficiarios que están siendo atendidos en dichos centros o servicios.

3.6.3 En cualquier caso la Entidad está obligada a sustituir en el menor plazo posible al profesional u hospital que haya causado baja debiendo comunicar a Mugeju los servicios, centros o facultativos que hayan de sustituir a las bajas producidas. Asimismo deberá dirigir una comunicación, con carácter generalizado, a los beneficiarios sobre las altas o bajas producidas en los Catálogos de Proveedores de la Entidad.

3.7 Principio de continuidad asistencial.

3.7.1 Si se produce la baja de algún profesional de los Catálogos de Proveedores de la Entidad, la Entidad se obliga a garantizar a los pacientes en tratamiento, la continuidad asistencial para el proceso patológico del que viene siendo tratado, con el mismo facultativo,

durante los 12 meses siguientes a la fecha en que la baja se hubiera producido, siempre que hubiese conformidad del facultativo.

3.7.2 Si la baja se refiere a un centro sanitario o servicio hospitalario, la Entidad se obliga a garantizar a los pacientes que están siendo atendidos de un determinado proceso patológico la continuidad del tratamiento de dicho proceso en ese centro o servicio, durante todo el tiempo que persista la necesidad del mismo o hasta que se haya obtenido el alta definitiva en el proceso.

3.7.3 La Entidad deberá informar por escrito a cada uno de los beneficiarios, en un plazo no superior a cinco días hábiles, sobre su derecho a mantener el tratamiento y la continuidad asistencial en dicho centro o servicio, con cargo a la Entidad. En el caso de que se produjeran reingresos o revisiones en dichos centros o servicios, por el mismo proceso, la Entidad seguirá haciéndose cargo de los mismos, y el beneficiario deberá cumplir los requisitos establecidos en el concierto, en cuanto a prescripción (por médico concertado o no concertado perteneciente a dicho centro o servicio) y autorización previa de la Entidad. Estas obligaciones, en tanto no se modifique su contenido, no quedan interrumpidas por la finalización de este concierto o sus respectivas prórrogas.

CAPÍTULO IV

Utilización de medios no concertados

4.1 Norma general.—De conformidad con lo establecido en el artículo 66 del Reglamento de Mugeju aprobado por Real Decreto 3283/1978 de 3 de noviembre, 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 Supuestos de denegación injustificada de asistencia.—En aplicación de lo previsto en el artículo 66 del Reglamento de Mugeju, se produce denegación injustificada de asistencia:

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

B) Cuando no se cumplan los requisitos de disponibilidad de medios previstos en el presente concierto, el beneficiario podrá acudir a los facultativos o centros que existan en el nivel correspondiente.

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 deberá presentar la citada prescripción a 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 válida con sus medios.

D) Cuando en un medio de la Entidad, al que un beneficiario haya acudido para recibir asistencia o en el que esté ingresado, no existan o no estén disponibles los recursos adecuados, según criterio del facultativo de la Entidad o del centro que tenga a su cargo la asistencia, y ello se manifieste implícitamente en la remisión del beneficiario a centro no concertado.

4.2.2 Obligaciones de la Entidad.—En cualquiera de los supuestos de denegación injustificada de asistencia descritos en la cláusula anterior, la Entidad viene obligada a asumir los gastos derivados de la asistencia, dentro de los diez días hábiles siguientes a la presentación de la reclamación en la entidad por el beneficiario

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

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

4.2.3 Reclamación del beneficiario.—El beneficiario podrá presentar reclamación ante la delegación provincial de Mugeju o ante los servicios centrales cuando la Entidad incurra en alguno de los supuestos de denegación injustificada de asistencia previstos en la cláusula 4.2.1, y no hubiera abonado directamente al proveedor o reintegrado al beneficiario los gastos ocasionados.

4.2.4 Otros efectos.—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 y requisitos.—A los fines previstos en el artículo 66 del Reglamento de la Mutualidad General Judicial aprobado por Real Decreto 3283/1978, de 3 de noviembre, 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 que el beneficiario tenga derecho a la cobertura de los gastos producidos por utilización de medios ajenos en situación de urgencia vital, 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.

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 de urgencia vital y que la asistencia recibida, de haberse utilizado medios ajenos, posee también inicialmente el requisito previsto en el párrafo anterior.

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

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

4.3.3 Comunicación a la Entidad.—El beneficiario, u otra persona en su nombre, comunicarán a la Entidad, por cualquier medio que permita dejar constancia de la comunicación, la asistencia recibida con medios ajenos dentro del plazo de los siete días siguientes al inicio de la asistencia, salvo que concurran circunstancias excepcionales debidamente justificadas que hayan impedido comunicar la asistencia recibida con medios ajenos. Asimismo, deberá aportar el correspondiente informe médico.

4.3.4 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

de los gastos producidos, o por el contrario, si no se considera obligada al pago por entender que no ha existido una situación de urgencia vital.

En el primer caso, la Entidad deberá efectuar el pago dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que el beneficiario realice la notificación de los hechos directamente a los correspondientes servicios, salvo que el interesado hubiera adelantado el pago, supuesto en que procederá a su reintegro.

Cuando el beneficiario no haya efectuado la comunicación en tiempo y forma, la Entidad reintegrará el importe de la asistencia dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que el beneficiario presente los justificantes.

4.3.5 Reclamación del beneficiario.—El beneficiario podrá presentar reclamación en la correspondiente Delegación de Mugeju cuando la Entidad incumpla las obligaciones previstas en la cláusula 4.3.4, en caso de discrepancia con el criterio de la Entidad o ante la falta de respuesta en el plazo establecido al efecto.

4.4. Transporte en medios ajenos para la asistencia sanitaria en los supuestos de denegación injustificada de asistencia y de urgencia vital.—Cuando en estos supuestos fuera necesaria la utilización de medios ajenos de transporte, tanto ordinario como extraordinario, las condiciones y requisitos serán las establecidas en la cláusula 2.9 de este concierto. Asimismo, el beneficiario tendrá derecho a que la Entidad le reintegre los gastos ocasionados por dicho traslado. 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.

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 17 del Real Decreto Legislativo 3/2000, de 23 de junio, que aprueba el Texto Refundido de las disposiciones legales vigentes sobre el Régimen Especial de 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, tiene naturaleza administrativa de contrato de gestión de servicios públicos, y su régimen jurídico es el determinado por el artículo 5.2 del Real Decreto Legislativo 3/2000 de 23 de junio y por la disposición vigésimo tercera, punto 2 de la Ley 30/2007 de 30 de octubre de Contratos del Sector Público

5.1.2 Son relaciones basadas en el :

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

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 Gerente de la Mutualidad General Judicial, previo el procedimiento, si procede, que en este Capítulo se determina. Contra cualquiera de los acuerdos así dictados cabrá el recurso administrativo que corresponda con arreglo a lo previsto en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, en aplicación del artículo 25 del Texto Refundido de las disposiciones legales vigentes sobre el Régimen Especial de Seguridad Social del personal al servicios de la Administración de Justicia en la redacción introducida por el artículo 43 de la Ley 53/2002 de 30 de diciembre de medidas fiscales, administrativas y

de orden social. 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 ley 30/2007, de 30 de octubre, de contratos del sector público, corresponde al Gerente de la Mutualidad General Judicial, 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.

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 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 aun cuando, en virtud de las vinculaciones existentes entre los facultativos y centros y la Entidad, puedan generar efectos directos o subsidiarios sobre éstas.

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

5.3 Comisiones mixtas.

5.3.1 Las Comisiones Mixtas, con composición paritaria, tienen por cometido:

A) El seguimiento, análisis y evaluación del cumplimiento del presente concierto.

B) El conocimiento de las reclamaciones que pudieran formularse por los beneficiarios o, en su caso, de oficio por Mugeju, con arreglo a lo previsto en el presente capítulo.

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

5.3.2 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 30/1992, de 26 de noviembre, 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 los hechos hayan tenido lugar en el 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 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 dos sesiones consecutivas, se entenderá que aquélla acepta los acuerdos que adopte Mugeju en relación con los asuntos que debieran haberse examinado en la segunda 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. Dicha devolución, firmada por el representante de la Entidad deberá realizarse en el plazo máximo de siete días hábiles. Una vez firmada por el representante de la misma, 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 dos representantes de Mugeju y dos de la Entidad. El presidente será el Gerente de la Mutualidad General Judicial, 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). En el caso de Madrid, al no existir delegación provincial, La Comisión Mixta Nacional desempeñará las funciones de Comisión Mixta Provincial.

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 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 puede actuarse, 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.

En aquellos supuestos excepcionales en los que el beneficiario no pueda presentar reclamación y se haya producido una facturación a su nombre por una asistencia que la Entidad podría estar obligada a reintegrar, Mugeju podrá iniciar de oficio la reclamación ante la Comisión Mixta que considere oportuna, motivando la causa de esa iniciación de oficio.

5.4.2 Las reclamaciones se formularán por escrito ante la correspondiente delegación Provincial de Mugeju donde hayan tenido lugar los hechos., acompañando cuantos documentos puedan fundamentarla.

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 satisfacción a 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 con independencia de su cuantía, 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 constará 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 el Gerente de la Mutualidad General Judicial.

5.4.7 No podrán presentarse reclamaciones en Comisión Mixta Nacional o por la Comisión Mixta Provincial correspondiente por temas similares que ya hayan sido resueltos previamente, de forma favorable y de acuerdo con la Entidad, por el Gerente de la Mutualidad General Judicial o por el Delegado Provincial, respectivamente, debiéndose aplicar el criterio resultante de la correspondiente Comisión Mixta Nacional o provincial precedente.

5.4.8 Las resoluciones de los Delegados Provinciales contempladas en la cláusula 5.4.5 deberán dictarse dentro del plazo máximo de tres meses. Si la resolución correspondiese al Gerente de la Mutualidad General Judicial, según la cláusula 5.4.6, dicho plazo máximo será de seis meses. Tales resoluciones serán notificadas a la Entidad y a los interesados. Contra ellas, podrá interponerse recurso de alzada, de acuerdo con lo previsto en los artículos 114 y 115 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y en la normativa específica reguladora de Mugeju.

5.5. Procedimiento de ejecución de reclamaciones estimadas.

5.5.1 En las reclamaciones resueltas positivamente por los Delegados Provinciales de la Mutualidad General Judicial, el procedimiento de ejecución será el siguiente, en función del objeto de la reclamación:

A) Cuando la reclamación tenga por objeto que se autorice una determinada asistencia sanitaria, la Entidad procederá, en el plazo de diez días a partir de la notificación de la resolución, a emitir la correspondiente autorización.

B) Cuando la reclamación tenga por objeto que la Entidad asuma directamente algún gasto, la Entidad procederá, en el plazo de un mes a partir de la notificación de la resolución, a efectuar el abono al proveedor sanitario.

C) Cuando la reclamación tenga por objeto el reembolso de los gastos reclamados, la Entidad procederá, en el plazo de un mes a partir de la notificación de la resolución, al reembolso, 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.

Dentro de los plazos citados en la cláusula anterior, la Entidad deberá comunicar a la delegación provincial y a los servicios centrales de Mugeju:

1. Que ha procedido a emitir la autorización, a efectuar el abono directo al proveedor sanitario o a rembolsar los gastos, o

2. Que no ha procedido a realizar alguna de las actuaciones anteriores por causa ajena a su voluntad, especialmente porque el interesado no se ha presentado, por no haberse aportado por el mismo los justificantes oportunos o por no haber sido aceptado el pago por éste.

5.5.2 Si Mugeju no hubiera recibido comunicación dentro del plazo indicado o si, superado este, tuviese conocimiento de que se hubiera denegado el pago, se iniciará el procedimiento para que Mugeju pague directamente al proveedor sanitario o al beneficiario, por cuenta de la entidad, deduciéndose de la inmediata liquidación de primas la cuantía, con un incremento del 20% si se trata de pago al beneficiario, en concepto de compensación por la demora.

5.5.3 En el supuesto de reclamaciones resueltas positivamente por la Gerencia de Mugeju, 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.

Si la asistencia reclamada hubiera sido facturada al interesado y este aún no hubiera hecho efectivo el pago, Mugeju podrá realizar el abono directo al acreedor, a partir de la fecha de la resolución estimativa, siempre y cuando el interesado autorice de forma expresa dicho abono directo a su nombre.

5.5.4 Serán a cargo de la Entidad los costes de posibles recargos de apremio o intereses de demora, cuando la causa de demora fuera imputable a la misma.

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

5.5.6 Procedimiento especial por denegación injustificada.—En el caso de reclamaciones relativas a utilización de servicios no concertados en los supuestos de denegación injustificada de asistencia recogidos en la cláusula 4.2.1 del concierto, Mugeju documentará el oportuno expediente y dará audiencia a la Entidad para que, en el plazo de diez días formule las alegaciones que considere oportunas, trámite que se realizará vía fax.

Sobre el asunto recaerá Resolución de la Gerencia de Mugeju.

En su caso, se procederá al pago de las correspondientes prestaciones por cuenta de la Entidad, conforme al procedimiento regulado en la cláusula 5.5.3 del presente concierto.

5.6 Compensaciones económicas por demora en el cumplimiento de las obligaciones definidas en el concierto.

5.6.1 Compensaciones económicas por incumplimiento de obligaciones definidas en el .—La Entidad está obligada a cumplir las obligaciones previstas y plazos fijados, en su caso, en las cláusulas 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 6.2, 6.3 y 6.4 de este concierto. Si tras seguirse el procedimiento recogido en la cláusula 5.6.2, se determina que la Entidad ha incurrido en un incumplimiento de alguna de estas obligaciones, la Gerencia de Mugeju fijará las siguientes compensaciones económicas:

A) El incumplimiento de las obligaciones previstas en la cláusula 3.4 dará lugar al abono de una compensación económica de 150.000 euros por cada una de las provincias en que se produzca dicho incumplimiento.

B) Si la Entidad no hiciera entrega de los Cuadros de Proveedores en los Delegaciones o en los Servicios Centrales de Mugeju antes del 15 de diciembre del año anterior al inicio de la vigencia del concierto o, en su caso, de la correspondiente prórroga, vendrá obligada a abonar una compensación económica del 7% (antes del 10%) del importe de la prima mensual, correspondiente al colectivo de las provincias en las que no se hubieran entregado los catálogos dentro del plazo antedicho, cuando la entrega se efectúe durante el mes de enero. En el supuesto de dilatarse la entrega, se incrementará la compensación económica en un 5% adicional por cada mes transcurrido.

C) El incumplimiento por la Entidad de las obligaciones previstas en la cláusula 3.5 en relación con la actualización de los Catálogos de proveedores o en su caso con la elaboración de una «Addenda» a los mismos, dará lugar al abono por parte de la Entidad de una compensación económica de 3.000 euros por mes de demora respecto a la fecha de entrega, que será de 15 días desde el requerimiento de la referida documentación por Mugeju.

D) El incumplimiento por la Entidad de las obligaciones previstas en la cláusula 4.2.1 A), en relación con la denegación de una solicitud de prestación que, figurando en la Cartera de Servicios establecida en este , haya sido indicada por un facultativo concertado por la Entidad, y estudiado el correspondiente expediente haya sido dictada resolución estimatoria por el gerente de Mugeju. En este caso, la Entidad vendrá obligada a abonar una compensación económica entre 1.000 y 6.000 euros.

La Gerencia de Mugeju establecerá los criterios para proceder a fijar estas compensaciones de forma que resulten proporcionales al perjuicio ocasionado.

E) El incumplimiento por la Entidad de las obligaciones previstas en la cláusula 6 dará lugar al abono de una compensación económica del 2% del importe total de las primas de su colectivo, por mes de demora producido en la entrega de la información requerida.

5.6.2 Procedimiento para la imposición de compensaciones económicas.—En los supuestos en los que se haya detectado un incumplimiento de las obligaciones recogidas en la cláusula 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 6.2, 6.3 y 6.4 por la delegación provincial de Mugeju o sus servicios centrales que, tras documentar el correspondiente expediente, lo remitirá a la Gerencia de Mugeju, la cual, a su vez, dará audiencia a la Entidad para que, en el plazo de diez días formule las alegaciones que considere oportunas.

Sobre el asunto recaerá Acuerdo de la Gerencia del Mugeju contra el que podrá interponerse recurso de alzada ante el Ministro de Justicia, de acuerdo con lo previsto en los artículos 114 y 115 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, 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, En su caso, se procederá a descontar la compensación económica en el siguiente pago mensual a la Entidad.

CAPÍTULO VI

Información y documentación sanitaria

6.1 Normas generales.—A fin de que Mugeju disponga de la información necesaria para la evaluación de las prestaciones sanitarias que han de ser cubiertas por este concierto, su planificación y toma de decisiones, la Entidad facilitará todos los datos sobre los servicios prestados a los mutualistas que se especifican en este Capítulo. Igualmente lo hará sobre aquellos que sin estar especificados pudieran ser demandados por el Ministerio de Sanidad y Política Social en el contexto de desarrollo del Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud durante la vigencia del presente concierto. Asimismo, se obliga a requerir de sus profesionales la cumplimentación de cuantos documentos se especifican en este capítulo.

En cualquier caso la Entidad se obliga a cumplir y hacer cumplir a los profesionales y centros sanitarios incluidos en su Catálogo de Proveedores, todos los requisitos establecidos en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, en relación con la información y documentación sanitaria relativa a los beneficiarios de Mugeju, así como a salvaguardar el ejercicio de los derechos de los pacientes recogidos en el artículo 10 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, prestando especial atención a lo referente al consentimiento informado y al respeto de las instrucciones previas, conforme a lo dispuesto en los artículos 10 y 11 de la citada Ley 41/2002.

6.2 Información general sobre actividad.

6.2.1 La Entidad dispondrá de un sistema de información que permita conocer el número, tipo y coste de los servicios proporcionados a los beneficiarios de Mugeju con medios propios o concertados.

6.2.2 La Entidad facilitará a Mugeju, en soporte informático, los datos sobre actividad asistencial relativos a los distintos servicios, ambulatorios y hospitalarios, que hayan sido prestados, según el formato que aparece en el anexo 5 del presente concierto.

6.2.3 Dichos datos deberán presentarse por trimestre natural vencido, dentro de los tres meses siguientes a la finalización del trimestre correspondiente.

6.3 Información económica.—La Entidad deberá facilitar a requerimiento de Mugeju los datos estadísticos legalmente establecidos de las Cuentas Satélites del Gasto Sanitario Público del Plan Estadístico Nacional, así como aquellos otros datos que sean solicitados por el Ministerio de Sanidad y Política Social dentro del Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Todo ello en el formato y con la periodicidad que le sean requeridos por Mugeju, para su posterior traslado al Ministerio de Sanidad y Política Social.

6.4 Información relativa a los medios disponibles.—La Entidad deberá facilitar antes de la entrada en vigor del presente concierto a Mugeju la información relativa a los medios disponibles para facilitar las prestaciones que son objeto del concierto, en soporte informático. Esta información se facilitará en una base de datos con la estructura que se establece en el anexo 6.

6.5 Documentación sanitaria.

6.5.1 La Entidad se ocupará activamente de que los profesionales y centros sanitarios incluidos en sus Catálogos de Proveedores cumplan con las siguientes obligaciones:

a) Cumplimentar los partes de enfermedad, accidente o riesgo durante el embarazo y maternidad establecidos por Mugeju, para la valoración y concesión, en su caso, de las licencias por enfermedad de los funcionarios, así como aquellos informes que sean necesarios para acreditar estas situaciones, con estricto cumplimiento de la legalidad vigente. En dichos partes el diagnóstico deberá figurar codificado según las normas de clasificación internacional de enfermedades (CIE-9-MC, DSM-IV...). Solicitar de los facultativos su colaboración en los procedimientos dirigidos a la comprobación de la patología que originó la licencia por enfermedad y sus prórrogas.

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

c) Emitir los informes médicos establecidos por Mugeju a sus beneficiarios para determinadas prestaciones sanitarias o complementarias de éstas.

d) Requerir a sus facultativos y centros de su catálogo de proveedores para que bajo las condiciones y el régimen establecido en el anexo 7 realicen a los mutualistas los informes, exploraciones o pruebas de diagnóstico que en dicho Anexo se especifican.

e) 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.

f) Cumplimentar, en las prescripciones de material ortoprotésico, el código del producto ortoprotésico que prescriben, según figure en el Catálogo General de Material Ortoprotésico aprobado por resoluciones de la Mutualidad General Judicial de 6 de mayo de 2008 (BOE núm. 125 de 23 de mayo de 2008) por el que se regula la prestación ortoprotésica y se aprueba el catálogo de material ortoprotésico, y de 7 de julio de 2008 (BOE núm. 175 de 21 de julio de 2008) para completar la prestación dentaria y el catálogo de material ortoprotésico de la Mugeju.

CAPÍTULO VII

Duración, régimen económico y precio del concierto

7.1 Duración del concierto.

7.1.1 Los efectos del presente concierto se iniciarán a las cero horas del día 1 de enero del año 2010 y se extenderán hasta las veinticuatro horas del día 31 de diciembre de 2010, sin perjuicio de lo que se establece en las cláusulas siguientes.

7.1.2 Para los años 2011, 2012, 2013 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 periodo de la prórroga, referido al año de que se trate, se hará de igual forma que la establecida en la cláusula 7.1.1.

7.1.3 Si no existiese acuerdo de prórroga del concierto para el año 2011, la Entidad continuará obligada por el contenido de éste en el año 2010, para el colectivo que tuviera adscrito al treinta y uno de diciembre de dicho año, hasta el treinta y uno de enero del año 2011 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. No obstante lo anterior, la nueva Entidad de adscripción, conforme a lo establecido en el párrafo tercero de esta cláusula, asumirá, en cualquier caso, la cobertura total de la prestación a partir de 1 de febrero de 2011.

La Entidad tendrá derecho a percibir, por el mes de enero del año 2011 y por el colectivo adscrito a treinta y uno de diciembre del año 2010, el precio por persona/mes que se establezca para las Entidades que suscriban la prórroga del para el año 2011. No obstante, del importe a abonar por dicho mes, Mugeju retendrá un diez por ciento hasta el treinta y uno de diciembre del año 2011, 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. 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 uno de febrero del año 2011, sin perjuicio, en todo caso, de lo previsto para hospitalizaciones y maternidad en el párrafo primero de esta cláusula.

7.1.4 Cuanto se dispone en la cláusula 7.1.3 será de plena aplicación para el caso de que, prorrogado el concierto para el año 2011, no se prorrogase, sin embargo, para el año 2012 ó 2013, entendiéndose que las referencias de fechas en aquella contenidas se desplaza a los años siguientes.

7.2 Régimen económico del concierto.

7.2.1 Sin perjuicio del nacimiento y extinción para los beneficiarios de los derechos derivados del en los términos previstos en las cláusulas correspondientes, las altas causarán efectos económicos a las cero horas del día uno del mes siguiente a aquél en que se produzcan, las bajas a las veinticuatro horas del último día del mes en que hubieran tenido lugar.

7.2.2 Consiguientemente, cada pago mensual tendrá en cuenta el número de titulares y de beneficiarios existentes a las cero horas del día uno del mes de que se trate, a cuyos efectos Mugeju emitirá la oportuna certificación comunicando la cifra de titulares y beneficiarios adscritos a la Entidad, diferenciados por edad, según los parámetros establecidos en la cláusula 7.3.1. El pago 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.

7.2.3 Mugeju pondrá a disposición de la Entidad, en la primera semana de cada mes en fichero electrónico, la relación completa con todos los datos del colectivo, incluyendo las altas, bajas y variaciones producidas durante ese período, referida a las veinticuatro horas del último día del mes precedente.

7.2.4 El fichero electrónico con la relación del colectivo podrá ser comprobada por la Entidad, a fin de que, si estimara que existen diferencias, pueda formular las siguientes reclamaciones:

- A) Las relativas a los titulares, incluidos las que afecten a sus beneficiarios, si existen.
- B) Las relativas a beneficiarios exclusivamente.

7.2.5 La Entidad presentará las reclamaciones separadamente, conforme a la clasificación anterior, y lo acompañará de fichero electrónico con 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.

La consolidación de la firmeza del pago, a que se refiere el párrafo anterior, se entiende sin perjuicio de que en ningún caso pueda originarse una atribución patrimonial sin causa para Mugeju o para la Entidad.

7.2.6 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.

7.2.7 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.

7.2.8 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 , Mugeju, sin perjuicio de ejecutar la sentencia, repercutirá el importe abonado a la Entidad concertada correspondiente, de acuerdo con el procedimiento previsto en la cláusula 5.5.5 del presente concierto.

7.3 Precio del concierto.

7.3.1. El pago se realiza en función de los parámetros siguientes:

a) Mugeju abonará a la Entidad la cantidad de 76,00 euros por mes, por cada beneficiario protegido que tuviese 70 o más años de edad a las veinticuatro horas del último día del mes anterior al que corresponda el pago, según los criterios de altas y bajas que a efectos económicos se establecen en la cláusula 7.2.1.

b) Mugeju abonará a la Entidad la cantidad de 63,25 euros por mes, por cada beneficiario protegido que tuviese una edad comprendida entre 60 o más años e inferior a los 70 de edad a las veinticuatro horas del último día del mes anterior al que corresponda el pago, según los criterios de altas y bajas que a efectos económicos se establecen en la cláusula 7.2.1.

c) Mugeju abonará a la Entidad la cantidad de 57,10 euros por mes, por cada beneficiario protegido que tuviese menos de 60 años de edad a las veinticuatro horas del

último día del mes anterior al que corresponda el pago, según los criterios de altas y bajas que a efectos económicos se establecen en la cláusula 7.2.1.

Las cantidades serán satisfechas con cargo al concepto 13.102.312 E 251 dentro de las disponibilidades presupuestarias del organismo.

7.3.2 El importe de la prima a abonar por cada nuevo beneficiario durante la vigencia de este concierto será la correspondiente al grupo de edad establecido en los apartados anteriores y de acuerdo con la edad del beneficiario a su fecha de alta en la Mutuality.

En ningún caso, durante la vigencia del concierto, el importe de la prima sufrirá alteración alguna aunque el beneficiario a lo largo del año, por razón de edad, cambie de grupo de edad.

7.3.3 En caso de prórroga, el precio para 2011 experimentará un incremento sobre el de 2010 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 IPC para el año al que se aplique la prórroga.

El Baremo para Reintegros contenido en el anexo 7, apartado B, y las cantidades recogidas en las cláusulas 2.4.4 D) y 2.4.6 se incrementarán en el mismo porcentaje que lo haga el precio de la cláusula 7.3.3.

7.3.4. Cuotas específicas por cumplimiento de objetivos.—Conforme a lo previsto en las cláusulas 2.8.6 y 2.8.7, la compensación de determinados objetivos dará lugar al pago de las siguientes cuotas variables por persona y mes:

A) Cuota asociada a la extensión del Programa de prescripción Informatizada.—Esta cuota se abonará cuando las prescripciones que se realicen en recetas informatizadas por los médicos de los servicios de la Entidad representen, al menos, un 10% del total de sus prescripciones en recetas de Mugeju.

En función del volumen de las prescripciones que se realicen en receta informatizada, el importe de esta cuota será el siguiente:

Porcentaje de recetas informatizada — Porcentaje	Cuota mensual — Euros
10-20	0,15
21-40	0,30
41-60	0,50
61-70	0,65

B) Cuota asociada a objetivos de mejora en la calidad de la prescripción farmacéutica.—Los meses en que se alcancen una puntuación igual o superior a 6 puntos por el cumplimiento de los objetivos definidos en la cláusula 2.8.7, se abonará una cuota adicional por persona y mes cuyo importe estará en relación con la puntuación que se alcance, conforme a la siguiente escala:

6 puntos: cuota de 0,20 euros.

7 puntos: cuota de 0,30 euros.

8 puntos: cuota de 0,45 euros.

9 puntos: cuota de 0,65 euros.

El pago de las cuotas asociadas a la consecución de objetivos se realizará trimestralmente, en el momento en que se disponga de la información relativa a la facturación de recetas del correspondiente trimestre.

ANEXOS

Relación de anexos

1. Medios de asistencia en zonas rurales.
2. Relación de servicios que precisan autorización previa de la misma y procedimiento para su obtención.
3. Criterios de disponibilidad de medios por niveles asistenciales.
4. Patologías con riesgo vital.
5. Sistemas de información asistencial.
6. Estructura de la base de datos de medios de la entidad.
7. Actuaciones prescritas por los órganos de valoración de incapacidades y baremos para el reintegro.

ANEXO 1

Medios de asistencia en zonas rurales

Los beneficiarios acogidos al concierto, deben tener acceso a los servicios de Atención Primaria en todo el territorio nacional, pero en las zonas rurales se produce la circunstancia de que, por lo general, no existen medios privados que puedan llevar a cabo dicha asistencia bajo la dependencia de la Entidad, puesto que únicamente disponen de medios los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

De acuerdo con lo dispuesto en la legislación sanitaria general, dichos organismos públicos pueden prestar asistencia sanitaria urgente o que no pueda llevarse a cabo por otros medios a cualquier persona, aunque no sea beneficiario del Sistema General de la Seguridad Social, reclamándose, en su caso, al tercero obligado al pago el coste de la asistencia prestada, por lo que, a fin de posibilitar la prestación de dichos servicios sanitarios a los titulares y demás beneficiarios adscritos a la Entidad y de acuerdo con la posibilidad de establecer convenios de colaboración entre los órganos de la Administración del Estado y los de las administraciones de las Comunidades Autónomas, recogida en el artículo 6 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, 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.

Primero.—Mugeju podrá convenir con los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas la prestación de los siguientes servicios a los titulares y demás beneficiarios que la Entidad tenga adscritos:

- A) Servicios sanitarios de asistencia primaria en municipios de hasta 20.000 habitantes en los que la Entidad no dispongan de medios concertados suficientes.
- B) Servicios de urgencias en municipios de hasta 20.000 habitantes, que se prestan a través de los Servicios de Atención Primaria.

La Entidad concede su expresa y total autorización a Mugeju para dicho fin.

Segundo.—Los Convenios serán comunes para todas las Entidades firmantes del concierto y el contenido asistencial, la contraprestación económica y la relación de municipios, convenidos con las respectivas Comunidades Autónomas serán comunicados a la Entidad. El importe final del convenio estará en función del colectivo afectado y será satisfecho con cargo al precio que, una vez devengado y librado, Mugeju debe abonarle por el presente de Asistencia Sanitaria, entendiéndose realizado el pago por cuenta de la Entidad.

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

Cuarto.—La autorización a Mugeju contenida en el punto primero debe entenderse que ampara también la prórroga de Convenios suscritos al mismo fin con anterioridad al 1 de enero del año 2010.

ANEXO 2

Relación de servicios que precisan autorización previa de la entidad y procedimiento para su obtención

1. Servicios que precisan autorización previa de la Entidad.—De conformidad con lo previsto en la cláusula 3.1.2 d) del concierto, la prestación de los servicios que se indican a continuación precisa autorización previa de la Entidad:

1.1 Hospitalizaciones:

- A) Hospitalización.
- B) Hospitalización de día.
- C) Hospitalización domiciliaria.

1.2 Técnicas diagnósticas, tratamientos y técnicas quirúrgicas:

- D) Cirugía ambulatoria.
- E) Odontología: Tartrectomía —limpieza de boca— y Periodoncia.
- F) Rehabilitación y Fisioterapia.
- G) Terapias Respiratorias: Oxigenoterapia, ventiloterapia y aerosolterapia a domicilio.
- H) Tratamiento de diálisis peritoneal y hemodiálisis.
- I) Oncología: Inmunoterapia y Quimioterapia, Cobaltoterapia, Radiumterapia e Isótopos Radiactivos, Braquiterapia y Acelerador Lineal.
- J) Diagnóstico por imagen: Tomografía Axial Computerizada, Resonancia Magnética, Ortopantomografía, Mamografía, Radiología Intervencionista, PET-TAC, Gammagrafía, Doppler y Densitometría Ósea.
- K) Estudios neurofisiológicos: EEG, EMG, ENG
- L) Estudio y tratamiento endoscópico.
- M) Cardiología: Estudios y tratamientos hemodinámicos.
- N) Obstetricia: Amniocentesis.
- O) Oftalmología: Retinografía y tratamiento láser.
- P) Tratamiento en Unidad del Dolor.
- Q) Estudio y tratamiento en Unidad del Sueño.
- R) Litotricia renal.

1.3 Psicoterapia.

1.4 Asistencia a médicos consultores.

1.5 Podología.

1.6 Todos los servicios correspondientes al nivel IV, excepto consultas de especialistas, y los Servicios de Referencia.

2. Procedimiento a desarrollar por la Entidad para facilitar a los mutualistas y beneficiarios la autorización previa para la prestación de los servicios que la precisan.

2.1 La Entidad dispondrá los recursos organizativos necesarios para facilitar que los mutualistas y beneficiarios de Mugeju que lo precisen obtengan la autorización previa para prestación de los servicios que se indican en el punto 1 de este Anexo, por cualquiera de los medios siguientes:

- A) Presencialmente, en cualquiera de sus delegaciones.
- B) Telefónicamente.
- C) Por fax.
- D) A través de la página web de la Entidad.

2.2 Los mutualistas o beneficiarios que lo precisen podrán tramitar la solicitud de autorización previa enviándola a la Entidad por cualquiera de los medios disponibles.

2.3 Las solicitudes de autorización previa contendrán la siguiente información, cualquiera que sea el medio utilizado para su envío a la Entidad:

A) Datos personales del solicitante:

Nombre y apellidos.
Número de tarjeta sanitaria.
Teléfono de contacto (correo electrónico o fax).
Provincia en la que se realizará la prestación.

B) Datos del servicio para el que se solicita autorización previa:

Identificación del servicio solicitado.
Fecha de prescripción.
Identificación del facultativo concertado que realiza la prescripción.
Fecha prevista para la realización de la prestación, en su caso.
Centro sanitario en el que se realizará la prescripción, en su caso.

C) Petición de asesoramiento.

El mutualista o beneficiario tendrá la posibilidad de señalar si precisa asesoramiento por parte de la Entidad.

2.4 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 de facultativo especialista de la Entidad, junto con presupuesto, si se trata de prótesis, para su autorización por la Entidad.

2.5 La Entidad, una vez recibida la solicitud, podrá confirmar el profesional o centro sanitario elegido por el solicitante o bien, si así lo estima conveniente, asignar otro diferente, siempre que constituya una alternativa asistencial válida para la realización de la prestación solicitada.

2.6 La autorización emitida por la Entidad tendrá un número de identificación, que será único y específico para la prestación solicitada y detallará el profesional o centro sanitario donde ésta haya de realizarse. La Entidad podrá remitirla al mutualista o beneficiario por alguno de los siguientes medios:

A) En mano, cuando la solicitud se haya presentado presencialmente en cualquiera de las delegaciones de la Entidad y, ello resulte posible.

B) Por correo, teléfono o fax, cuando la solicitud se haya presentado por fax o, cuando habiéndose presentado de forma presencial, no sea posible su tramitación en el acto.

C) Por correo electrónico, cuando la solicitud se haya presentado a través de la página web de la Entidad.

La presentación del número de autorización habilitará al solicitante para el acceso a la prestación autorizada, sin ningún tipo de restricción y en las condiciones previstas en el concierto.

2.7 El envío de la autorización al mutualista o beneficiario por parte de la Entidad se realizará a la mayor brevedad posible, a fin de evitar eventuales demoras en el acceso a la prestación solicitada. Si no fuera posible la tramitación inmediata, la Entidad dispondrá como máximo de cinco días hábiles para su envío, excepto en el caso previsto en el punto C de la cláusula 4.2.1 del concierto, en el que dispondrá de diez días hábiles.

2.8 La Entidad únicamente podrá denegar la autorización previa si la solicitud:

A) Carece de la información necesaria, en cuyo caso deberá ponerse en contacto inmediatamente con el solicitante con el objeto de completar la que falte.

B) Se refiere a una prestación no incluida en la cartera de Servicios, en cuyo caso deberá informar al mutualista o beneficiario de esta circunstancia.

C) No está soportada por la prescripción de un facultativo concertado, conforme a lo previsto en el concierto, en cuyo caso igualmente deberá informar al mutualista o beneficiario de esta circunstancia.

2.9 Cuando así lo precise el solicitante, la Entidad le prestará el asesoramiento que este requiera para facilitarle el acceso a la prestación, según lo estipulado en el concierto.

2.10 Cuando la necesidad de atención urgente impida la obtención de la autorización previa para la realización de una prestación incluida en el punto 1 de este Anexo, el beneficiario, u otra persona en su nombre, dispondrá de un plazo de cinco días hábiles para solicitar la autorización correspondiente presentando la oportuna justificación de la urgencia.

2.11 La Entidad incluirá en su Catálogo de Proveedores, página web y, en su caso, demás medios de información a los mutualistas y beneficiarios, toda la información del procedimiento de obtención de autorizaciones previas que resulte necesaria para facilitar su tramitación.

ANEXO 3

Criterios de disponibilidad de medios por niveles asistenciales

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

1. Disponibilidad de medios de Atención Primaria.

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

A) Los municipios de hasta 5.000 habitantes dispondrán siempre de médico general o de familia y diplomado en enfermería.

B) Los municipios de 5.000 hasta 10.000 habitantes dispondrán, además, de pediatra, matrona, fisioterapeuta y odontólogo.

C) Los municipios de más de 10.000 habitantes dispondrán de, al menos, dos médicos generales o de familia, dos pediatras, dos diplomados en enfermería, dos fisioterapeutas y dos odontólogos.

D) Los municipios de más de 20.000 habitantes, dispondrán como mínimo de un podólogo.

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

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

1.3 Como criterio supletorio, se tendrá en cuenta que, en las zonas rurales expresamente previstas en los Convenios a que se refiere el anexo 1 de este concierto, la asistencia sanitaria a nivel ambulatorio, domiciliario o de urgencia a cargo del médico general o de familia, pediatra, diplomado en enfermería y matrona se podrá prestar por los Servicios de Atención Primaria y de Urgencia de la Red Sanitaria Pública. En todo caso, los mutualistas y beneficiarios residentes en los municipios incluidos en el anexo I de los respectivos convenios rurales, podrán optar por los medios de que disponga la Entidad en los municipios próximos.

En los municipios de Comunidades Autónomas con las que no se hayan formalizado convenios de colaboración y en los que no se disponga de medios concertados, la Entidad

facilitará el acceso de los beneficiarios a los servicios de atención primaria dependientes de la correspondiente Comunidad Autónoma.

En todo caso, y a los fines asistenciales de este concierto, quedan asimilados a los medios de la Entidad los servicios de atención primaria y de urgencias de los Servicios Públicos de Salud concertados por cuenta de la Entidad, conforme a lo previsto en los Convenios rurales del anexo 1 de este concierto.

2. Disponibilidad de medios de Atención Especializada.—El nivel de Atención Especializada tiene como marco geográfico y poblacional el municipio de más de 20.000 habitantes.

2.1 Nivel I de Atención Especializada.—Los municipios de más de 20.000 y hasta 30.000 habitantes dispondrán al menos de los siguientes servicios para asistencia especializada

Tabla 1. Cartera de Servicios de Atención Especializada en municipios de más de 20.000 habitantes hasta 30.000 habitantes

Especialidades	Consultas externas
Análisis Clínicos.	X
Cirugía Ortopédica y Traumatología.	X
Estomatología.	X
Fisioterapia.	X
Ginecología y Obstetricia.	X (incluye ecografía)
Oftalmología.	X
Otorrinolaringología	X

La Entidad facilitará los cuidados paliativos a través de los medios de atención primaria en coordinación con los correspondientes dispositivos de nivel superior.

2.2. Nivel II de Atención Especializada.

2.2.1 Los municipios de más de 30.000 y hasta 75.000 habitantes dispondrán además de los servicios de atención especializada ambulatoria de nivel I, los medios incluidos en la cartera de servicios de Atención Especializada ambulatoria de nivel II, que comprenderá la asistencia sanitaria en régimen de hospitalización, consultas externas y atención de urgencias hospitalarias.

2.2.2 Las prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios de Atención Especializada nivel II, serán facilitadas por la Entidad teniendo en cuenta los medios establecidos en la tabla 2.

Tabla 2. Cartera de Servicios de Atención Especializada en municipios de más de 30.000 habitantes hasta 75.000 habitantes

Especialidades	Hospitalización	Consultas externas	Urgencias hospitalarias*
Análisis Clínicos: Hematológica, Bioquímica	X	X	
Anatomía Patológica	X		
Anestesiología y Reanimación (anestesia epidural)	X		X
Aparato Digestivo. Endoscopia	X	X	
Cardiología	X	X	
Cirugía General y del Aparato Digestivo	X	X	X
Cirugía Ortopédica y Traumatología.	X	X	X
Estomatología.		X	
Farmacia.	X		

Especialidades	Hospitalización	Consultas externas	Urgencias hospitalarias*
Ginecología y Obstetricia (IVE, Ligadura de trompas)	X	X (ecografía)	X
Hemoterapia y Hematología	X		
Medicina Interna	X	X	X
Medicina Intensiva:/UCI	X		
Oftalmología	X	X	
Oncología Médica	X		
Otorrinolaringología	X	X	
Pediatría	X	X	X
Psiquiatría, Psicología		X	
Radiodiagnóstico: R. convencional, Ecografía, Mamografía, TAC	x	x	
Medicina Física y Rehabilitación (logopedia y fisioterapia)		X	

* Presencia Física.

2.2.3 En los municipios de este nivel de atención, la Entidad deberá disponer como mínimo, de dos médicos de las especialidades contempladas en el apartado consultas externas de la tabla 2.

2.2.4 La Entidad deberá disponer en las urgencias hospitalarias de médicos de presencia física para las especialidades señaladas en la tabla 2. No obstante, si la guardia fuera localizada, deberá garantizarse la disponibilidad de los especialistas, una vez que sean requeridos por el médico de urgencias, en el plazo más breve posible en función de la patología y estado clínico del paciente, plazo no superior a 30 minutos.

2.2.5 En caso de hospitalización, se considerará que se cumplen el requisito de disponibilidad si el hospital ofertado por la Entidad se sitúa, en un municipio limítrofe o colindante, a una distancia que pueda recorrerse desde el núcleo urbano, en medios habituales de transporte en un tiempo no superior a 30 minutos.

2.3. Nivel III de Atención Especializada.

2.3.1 En las capitales de provincia, las ciudades de Ceuta y Melilla y los municipios de más de 75.000 hasta 250.000 habitantes la Entidad dispondrá, además de los medios de Atención Especializada de niveles I y II, de al menos los siguientes servicios de Atención Especializada, en consulta ambulatoria, en hospital de día, en régimen de internamiento y hospitalización domiciliaria.

2.3.2 Las prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios de Atención Especializada para estos municipios, serán facilitadas por la Entidad teniendo en cuenta los medios establecidos en la tabla 3.

Tabla 3. Cartera de Servicios de Atención Especializada en las capitales de provincia, las ciudades de Ceuta y Melilla y los municipios de más de 75.000 hasta 250.000 habitantes

Especialidades	Hospitalización	Consultas externas	Urgencias hospitalarias *
Alergología.		X	
Análisis Clínicos: Microbiología y Parasitología.	X	x	
Anatomía Patológica.	X		
Anestesia y Reanimación: URPA.	X Unidad del Dolor	X	X
Angiología y Cirugía Vascul.	X	X	
Aparato Digestivo: Endoscopia.	x	x	
Cardiología.	X: Marcapasos, Hemodinámica Diagnóstica y Terapéutica	x	x

Especialidades	Hospitalización	Consultas externas	Urgencias hospitalarias *
Cirugía General y Aparato Digestivo.	X Laparoscopia	x	x
Cirugía Ortopédica y Traumatología.	X	X	X
Dermatología Medicoquirúrgica.	X	X	
Endocrinología y Nutrición.		X	
Farmacia hospitalaria.	x		
Ginecología y Obstetricia.	X Diagnóstico prenatal	x	X
Hematología y Hemoterapia: Hospital de Día.	x	X (Hematología)	
Medicina Interna.	X	X	X
Medicina Intensiva: UCI Adultos.	X		
Nefrología: Hemodiálisis, Diálisis peritoneal.	x	x	
Neumología: Broncoscopia.	x	x	
Neurofisiología Clínica: E.E.G., E.M.G.	x	x	
Neurología.	X	X	
Oftalmología.	X	X	X
Oncología Médica: Hospital de Día.	x	X	
Otorrinolaringología.	X	X	X
Pediatría:.	X Neonatología	X	X
Radiodiagnóstico: RNM.	X	X Densitometría Ósea	
Reumatología.		X	
Psiquiatría/Salud Mental.	X	X	X
Urología.	X Litotricia. Vasectomía	X	X
Hospitalización a domicilio.	X		

* Presencia Física.

2.3.3 En los municipios de este nivel de atención, la Entidad deberá disponer como mínimo, de dos médicos de las especialidades contempladas en el apartado consultas externas de la tabla 3.

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

2.3.5 En caso de hospitalización, se considerará que se cumplen el requisito de disponibilidad si el hospital ofertado por la Entidad se sitúa, en un municipio limítrofe o colindante a una distancia que pueda recorrerse desde el núcleo urbano, en medios habituales de transporte en un tiempo no superior a 30 minutos.

2.4 Nivel IV de Atención Especializada.

2.4.1 En aquellos municipios con población superior a 250.000 habitantes, además de los medios de Atención Especializada de niveles I, II y III, contemplados en las tablas 1, 2 y 3, la Entidad dispondrá de los servicios de atención especializada siguientes.

2.4.2 Las prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios de Atención Especializada para estos municipios, serán facilitadas por la Entidad teniendo en cuenta los medios establecidos en la tabla 4.

Tabla 4. Cartera de Servicios de Atención Especializada en municipios con población superior a 250.000 habitantes

	Hospitalización	Consultas externas	Urgencias Hospitalarias*
Análisis Clínicos. Citogenética. Farmacología. Genética. Inmunología.	X		
Angiología y Cirugía vascular.	X	X	X
Aparato Digestivo.	X (Cápsula endoscópica)	X	X
Cardiología.	X Electrofisiología	X	X
Cirugía Cardiovascular.	X Desfibrilador Implantable	X	
Cirugía Maxilofacial.	X	X	
Cirugía Pediátrica.	X	X	
Cirugía Plástica y Reparadora.	X	X	
Cirugía Torácica.	X		
Ginecología y Obstetricia.	X (Obstetricia de Alto Riesgo)	X (U. de Reproducción Asistida)	
Medicina Nuclear. Diagnóstica. Terapéutica. PET. PET-TAC.	X	X	
Nefrología.	X	X	X
Neumología.	X	X	X
Neurofisiología Clínica. Potenciales evocados. Unidad del sueño.	X	X	
Neurofisiología Clínica. Potenciales evocados. Unidad del sueño.	X	X	
Neurocirugía.	X	X	
Neurología.	X	X	X
Oncología radioterápica.	X	X	
Radiología intervencionista.	X		
UCI Pediátrica.	X		
Unidad de Infecciosos.	X		
Unidad de T de la alimentación.	X		
Unidad de Atención Temprana.	X		
Unidad de Cuidados Paliativos.	X	x	

* Presencia Física.

2.4.3 En los municipios de este nivel de atención la Entidad deberá disponer, como mínimo, de tres facultativos de las especialidades contempladas en el apartado consultas externas de la tabla 4.

2.4.4 La Entidad deberá disponer en las urgencias hospitalarias de médicos de presencia física para las especialidades señaladas en las tablas 2, 3 y 4. No obstante, si la guardia fuera localizada, deberá garantizarse la disponibilidad de los especialistas, una vez que sean requeridos por el médico de urgencias, en el plazo más breve posible en función de la patología y estado clínico del paciente, plazo que no podrá ser en ningún caso superior a 30 minutos.

2.4.5 En caso de hospitalización, se considerará que se cumplen el requisito de disponibilidad si el hospital ofertado por la Entidad se sitúa, en un municipio limítrofe o colindante, a una distancia que pueda recorrerse desde el núcleo urbano, en medios habituales de transporte en un tiempo no superior a 30 minutos.

2.5 Servicios de Referencia.

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

2.5.2 Dentro de la Cartera de Servicios de atención especializada se considerarán de Referencia los servicios especificados en la tabla 5.

Tabla 5. Cartera de Servicios Referencia

Tratamientos complejos del Cáncer.	Cirugía con intención curativa del cáncer de esófago. Cirugía con intención curativa del cáncer pancreático. Cirugía de las metástasis hepáticas. Cirugía oncológica combinada de los órganos pélvicos. Cirugía radioguiada. Radiocirugía del sistema nervioso central y extracraneal. Tratamientos complejos de radioterapia y quimioterapia.
Transplante de órganos, tejidos y células de origen humano.	Órganos. Tejidos y células.
Cirugía Torácica.	
Unidad de Daño Cerebral.	
Unidad de Lesionados Medulares.	
Unidad de Grandes Quemados.	

2.5.3 La Entidad ofrecerá, como mínimo, tres alternativas de servicios de referencia siempre que estén disponibles.

2.5.4 Todas la Comunidades Autónomas con más de cinco millones de habitantes (Andalucía, Cataluña, Madrid y Valencia) dispondrán de al menos un Servicio de Referencia para realizar Trasplante de Médula ósea y de cornea.

3. Territorio insular.—Las condiciones especiales complementarias para las islas de los archipiélagos balear y canario serán las siguientes:

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

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

3.3 La asistencia sanitaria en Servicios de Referencia, si no estuviera disponible en la correspondiente Comunidad Autónoma, se prestará en aquel servicio que elija el beneficiario.

3.4 En caso de que el enfermo necesitara ser acompañado, los gastos de desplazamiento del acompañante serán a cargo de la Entidad. Para ello deberá aportarse ante la Entidad informe médico en el que se justifique dicha necesidad.

ANEXO 4

Patologías con riesgo vital

A título puramente indicativo y no exhaustivo, en los siguientes supuestos se entenderá que existe un riesgo inminente o muy próximo de no obtenerse una actuación terapéutica con carácter inmediato, por lo que, si concurren los requisitos exigibles según la cláusula 4.3.1, resultará procedente el reintegro de los gastos en caso de utilización de medios ajenos a la Entidad:

1. Hemorragias agudas intracraneales o intracerebrales, genitales, digestivas, respiratorias, renales o por rotura de vasos sanguíneos en general, con pérdida importante de sangre o con hemorragia interna.

2. Abortos completos o incompletos. Rotura uterina o la complicación de embarazo extrauterino. Toxicosis gravídica.
3. Shocks cardíaco, renal, hepático, circulatorio, traumático, tóxico, metabólico o bacteriano. Comas. Reacciones alérgicas con afectación del estado general.
4. Insuficiencia aguda respiratoria, renal o cardíaca.
5. Abdomen agudo, formulado como diagnóstico, previo o de presunción. Dolor abdominal agudo.
6. Lesiones con desgarros externos con afectación de vísceras.
7. Fracturas de cadera o de la cabeza del fémur.
8. Accidentes cerebro-vasculares.
9. Intoxicaciones agudas. Sepsis agudas.
10. Anuria. Retención aguda de orina.
11. Difteria. Botulismo. Meningitis. Meningoencefalitis. Forma aguda de colitis ulcerosa. Gastroenteritis aguda con afectación del estado general.
12. Obstrucción de las vías respiratorias altas. Embolia pulmonar. Derrame pleural. Neumotórax espontáneo. Edema agudo de pulmón. Disnea. Crisis de asma bronquial.
13. Infarto de miocardio. Crisis hipertensiva. Embolia arterial periférica. Asistolia. Taquicardia paroxística.
14. Coma diabético. Hipoglucemia.
15. Convulsiones. Convulsiones de la infancia. Toxicosis del lactante.
16. Insuficiencia suprarrenal aguda. Fallo agudo de la circulación periférica. Alteraciones severas del metabolismo electrolítico.

ANEXO 5

Sistemas de información asistencial

1. Información sobre actividad ambulatoria.—Con periodicidad trimestral la Entidad comunicará a Mugeju los datos acumulados de actividad ambulatoria desglosados por:

1.1 Actividad de consulta médica.

Tabla anexo 5.1. Actividad de consulta médica

Especialidad	N.º de Consultas *	Coste
Medicina General Familiar.		
Pediatría.		
Alergología.		
Anestesiología y Reanimación.		
Angiología y Cirugía Vascolar.		
Aparato Digestivo.		
Cardiología.		
Cirugía Cardiovascular.		
Cirugía General y del Aparato Digestivo.		
Cirugía Oral y Maxilofacial.		
Cirugía Ortopédica y Traumatología.		
Cirugía Pediátrica.		
Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.		
Cirugía Torácica.		
Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología.		
Endocrinología y Nutrición.		
Estomatología/Odontología.		
Geriatría.		
Hematología y Hemoterapia.		

Especialidad	N.º de Consultas *	Coste
Inmunología. Medicina Intensiva. Medicina Interna. Medicina Nuclear. Nefrología. Neumología. Neurocirugía. Neurología. Obstetricia y Ginecología. Oftalmología. Oncología Médica. Oncología Radioterápica. Otorrinolaringología. Psiquiatría. Rehabilitación. Reumatología. Tratamiento del dolor. Urología. Servicio concertado a precio fijo / pago capitativo. Otros **.		

* Se incluyen todas las consultas (primeras, revisiones y domiciliarias).

** Este apartado se utilizará cuando exista algún concepto que no tenga cabida en los apartados anteriores; en ese caso se deberá especificar cada concepto incluido.

1.2 Otra actividad ambulatoria.

Tabla anexo 5.2 Otra actividad ambulatoria

Actividad	N.º pacientes	N.º consultas/ sesiones/ servicios	Coste
D.U.E. Matrona. Fisioterapia. Foniatría / Logopedia. Podología. Psicoterapia. Oxigenoterapia / Terapias Respiratorias. Transporte sanitario: Ordinario. Urgente. Otras prestaciones: Tiras reactivas de glucosa, jeringuillas de insulina, farmacia (V04, Uso Hospitalario...) Indemnizaciones: Pagos directos a Asegurados por utilización de medios no concertados, CMP, CMN, Convenios de zona rural.			
Diálisis	Número de pacientes		
Hemodiálisis. Diálisis domiciliaria. Diálisis peritoneal ambulatoria continua (CAPD).			

1.3 Pruebas diagnósticas

Tabla anexo 5.3 Pruebas diagnósticas

Diagnóstico por imagen	N.º de estudios	Coste
Radiología Simple (cabeza, tronco, miembros, radiología estomatológica). Radiología Especial (radiología de contraste, mamografía...). Radiología intervencionista. Ecografía/Doppler (no incluye ecocardiografía ni ecografía ginecológica). Tomografía (TAC). Resonancia Nuclear Magnética. Densitometría Ósea. Otras técnicas.		
Análisis clínicos:	N.º de determinaciones	Coste
Bioquímica. Endocrinología (determinaciones hormonales). Genética. Hematología. Inmunología. Microbiología. Parasitología. Otras determinaciones.		
Anatomía patológica: (Citología, PAAF, otros...)	Nº de estudios	Coste
Biopsias. Citologías. PAAF. Otros.		
Medicina nuclear	Nº de estudios	Coste
Gammagrafías. PET. Otros.		
Otras pruebas diagnósticas:	Nº de estudios	Coste
Alergia. Pruebas alérgicas. Cardiología. ECG. Ecocardiografía / Eco doppler. Ergometría. Holter. Otros (excluye hemodinámica y electrofisiología).		

Otras pruebas diagnósticas:	Nº de estudios	Coste
Digestivo. Gastroskopias. Colonoscopias. Otros.		
Ginecología. Ecografías. Colposcopias. Otros.		
Neumología. Broncoskopias. Espirometrías. Otros.		
Neurología / Neurofisiología. Electroencefalografía. Electromiografía. Poligrafía sueño. Otros.		
O.R.L. Otoemisiones acústicas. Potenciales evocados auditivos de tronco cerebral. Audiometrías. Otros.		
Urología. Endoscopias. Estudios urodinámicos. Otros.		

2. Información sobre actividad hospitalaria.—Con periodicidad trimestral la Entidad comunicará a Mugeju los datos acumulados de actividad hospitalaria desglosados por:

2.1 Hospitalización convencional.

Tabla anexo 5.4 Hospitalización convencional

	Nº Ingresos	Estancias*	Coste
Médica.			
Quirúrgica.			
Obstétrica**.			
Partos.			
Cesáreas.			
Pediátrica.			
Salud Mental.			
Cuidados intensivos.			
Neonatología Nivel de Cuidados I, II y III.			

* N.º de estancias acumuladas trimestralmente por línea de actividad.

2.2 Hospitalización de día y a domicilio.

Tabla anexo 5.5 Hospitalización de día y a domicilio

Hospital de Día *	Nº de pacientes	Nº de sesiones / días **	Coste
Oncohematológico.			
Psiquiatría.			
Otros.			
Hospitalización a domicilio.			

* Excluye el hospital de día quirúrgico.

** Número de sesiones acumuladas trimestralmente por línea de actividad.

3. Información sobre actividad de urgencias.—Con periodicidad trimestral la Entidad comunicará a Mugeju los datos acumulados de actividad de urgencias desglosados por:

Tabla anexo 5.6 Información sobre actividad de urgencias

	Nº de urgencias	Coste
Hospitalaria.*		
Ambulatoria.**		
Urgencia domiciliaria.***		
Centro / Servicio de urgencia a precio fijo.		
Otros.		

* Urgencias hospitalarias: son todas aquellas que han sido atendidas en los servicios de urgencia de un hospital, incluyendo aquellas urgencias que hayan acabado en ingreso hospitalario.

** Urgencias ambulatorias: son todas aquellas que hayan sido atendidas por los servicios de urgencias de los centros sanitarios no hospitalarios (policlínicas, servicios de urgencias externos, etc.)

*** Urgencias domiciliarias: son todas aquellas asistencias urgentes atendidas en el domicilio del paciente por servicios de urgencias.

4. Información sobre actividad quirúrgica.—Con periodicidad trimestral la Entidad comunicará a Mugeju los datos acumulados de actividad quirúrgica desglosados por:

Tabla anexo 5.7 Actividad quirúrgica

		Núm.	Coste
Cirugía mayor.	Intervenciones quirúrgicas programadas con hospitalización.		
	Intervenciones quirúrgicas urgentes con hospitalización.		
	Intervenciones quirúrgicas ambulatorias en quirófano (CMA).		
	Intervenciones quirúrgicas urgentes ambulatorias (CMA).		
Cirugía menor.	Intervenciones de cirugía menor.		

5. Otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos.—Con periodicidad trimestral la Entidad comunicará a Mugeju los datos acumulados de actividad de otros procedimientos terapéuticos desglosados por:

Tabla anexo 5.8 Otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos

	Número de procedimientos	Coste
Implante de neuroestimuladores intracraneales. Radiocirugía simple. Radiocirugía fraccionada. Litotricias. Implantes cocleares. Radioterapia. Hemodinámica cardiaca diagnóstica. Hemodinámica cardiaca terapéutica: Número total de stents. Estudios electrofisiológicos diagnósticos. Estudios electrofisiológicos terapéuticos: Ablación. Implante / sustitución de desfibrilador. Otros. Ciclos de Reproducción Humana Asistida.		

ANEXO 6

Estructura de la base de datos de medio de la entidad

Tabla de datos generales de la entidad

Nombres	Tipo	Longitud	Descripción de los campos:
Entidad de Seguro.	Texto.	60	Denominación completa.
Teléfono Urgencias.	Alfanumérico.	9	Teléfono gratuito de Urgencias y de coordinación de recursos.
Dirección.	Texto.	150	Dirección de la Delegación Provincial de la Entidad.
Código postal.	Alfanumérico.	5	Código Postal.
Municipio.	Alfanumérico.	4	Código Municipio INE donde realiza la actividad profesional.
Provincia.	Alfanumérico.	2	Código Provincia INE.
Teléfono.	Alfanumérico.	9	Teléfono de la Delegación Provincial.
Teléfono_ambulancias.	Alfanumérico.	9	Teléfono del Servicio de ambulancias.
Fax.	Alfanumérico.	9	Número de FAX para autorizaciones.
Página web.	Texto.	60	Dirección de la página web de la Entidad.

Tabla de datos de profesionales

Nombres,	Tipo,	Longitud	Descripción de los campos:
Clínica_centro.	Texto.	150	Clínica o Centro donde el profesional realiza su actividad (en su caso descripción idéntica que en Catálogo Nacional de Hospitales).
Apellidos.	Texto.	50	Apellidos del profesional.

Nombres,	Tipo,	Longitud	Descripción de los campos:
Nombre.	Texto.	50	Nombre del profesional.
Dirección.	Texto.	150	Dirección en España.
Código Postal.	Alfanumérico.	5	Código Postal.
Municipio.	Alfanumérico.	4	Código Municipio INE donde realiza la actividad profesional.
Provincia.	Alfanumérico.	2	Código Provincia INE.
Provincia 2.	Alfanumérico.	2	Código Otra provincia en la que figura en el Catálogo de Servicios.
Actividad Profesional.	Alfanumérico.	1	1. Médico. 2. Profesional de enfermería. 3. Odontólogo 4. Fisioterapeuta 5. Psicólogo 6. Logopeda. 7. Podólogo. 8. Otros.
Especialidad.	Alfanumérico.	2	(1) Código Especialidades OMC.
Subespecialidad.	Texto.	150	Texto libre.
NIF.	Alfanumérico.	9	NIF del profesional.
Núm. Colegiado.	Alfanumérico.	9	Número de colegiado.
E-mail.	Texto.	50	Dirección de correo electrónico.
Teléfono.	Alfanumérico.	9	Teléfono de contacto.

(1) Código de especialidades, OMC:

- 01 Medicina general.
- 02 Pediatría.
- 03 Alergología.
- 04 Análisis clínicos.
- 05 Anatomía patológica.
- 06 Anestesia y reanimación.
- 07 Angiología y cirugía vascular.
- 08 Aparato digestivo.
- 09 Cardiología.
- 10 Cirugía cardiovascular.
- 11 Cirugía general y aparato digestivo.
- 12 Cirugía maxilofacial.
- 13 Cirugía pediátrica.
- 14 Cirugía plástica y reparadora.
- 15 Cirugía torácica.
- 16 Dermatología medico-quirúrgica y venereología.
- 17 Radiodiagnóstico.
- 18 Endocrinología y nutrición.
- 19 Estomatología.
- 20 Geriatría.
- 21 Hematología y hemoterapia.
- 22 Inmunología.
- 23 Medicina intensiva.
- 24 Medicina interna.
- 25 Medicina nuclear.
- 26 Nefrología.
- 27 Neumología.
- 28 Neurocirugía.
- 29 Neurofisiología clínica.

- 30 Neurología.
- 31 Obstetricia y ginecología.
- 32 Oftalmología.
- 33 Oncología médica.
- 34 Oncología radioterápica.
- 35 Otorrinolaringología.
- 36 Psiquiatría.
- 37 Rehabilitación.
- 38 Reumatología.
- 39 Tratamiento del dolor.
- 40 Traumatología y cirugía ortopédica.
- 41 Urología.

Tabla de datos de centros sin internamiento

Nombres,	Formato/Tipo	Longitud	Descripción de los campos:
Clínica_Centro.	Texto.	150	Denominación.
Dirección.	Texto.	150	Dirección en España.
Código postal.	alfanumérico.	5	Código Postal.
Municipio.	Texto.	4	Código Municipio INE.
Provincia.	Texto.	2	Código Provincia INE.
Tipo de Centro.	alfanumérico.	5	Código establecido en el Anexo 1 del Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre. (1)
Servicio de urgencias.	Texto.	1	S/N.
CIF/NIF.	alfanumérico.	9	CIF/NIF del centro.
E-mail.	Texto.	50	Dirección de correo electrónico.
Teléfono.	Alfanumérico.	9	Teléfono de contacto.
Servicios Médicos.	Alfanumérico.	5	Código especialidades OMC.
Oferta de técnicas de diagnóstico.	Alfanumérico.		Se incluirán los códigos de las técnicas que se realicen en el centro entre separadores (2).

(1) Tipo de centro

- C.2.1 Consultas médicas.
- C.2.2 Consultas de otros profesionales sanitarios.
- C.2.4 Centros Polivalentes.
- C.2.5 Centros Especializados.
- C.2.5.1 Clínicas dentales.
- C.2.5.2 Centros de reproducción humana asistida.
- C.2.5.3 Centros de interrupción voluntaria del embarazo.
- C.2.5.4 Centros de cirugía mayor ambulatoria.
- C.2.5.5 Centros de diálisis.
- C.2.5.6 Centros de diagnóstico.
- C.2.5.7 Centros móviles de asistencia sanitaria.
- C.2.5.8 Centros de transfusión.
- C.2.5.9 Bancos de tejidos.
- C.2.5.11 Centros de salud mental.
- C.2.5.90 Otros centros especializados.
- C.2.90 Otros proveedores de asistencia sanitaria sin Internamiento.

(2) Oferta de técnicas.

Laboratorio.

- 100 Punto de extracción/recogida de muestras.
- 101 Hematología.

- 102 Bioquímica.
- 103 Microbiología y parasitología.
- 104 Inmunología.
- 105 Genética.
- 106 Niveles hormonales.
- 107 Niveles de fármacos.

Radiodiagnóstico.

- 121 Radiología convencional (simple y con contraste).
- 122 Mamografía.
- 123 TAC.
- 124 Ecografía.
- 125 Densitometría.
- 126 Angiografía digital.
- 127 Radiología intervencionista.

Otras técnicas de diagnóstico.

- 141 Endoscopia.
- 151 Gammagrafía.
- 161 EEG.
- 162 EMG.
- 163 Potenciales evocados.

- 170 PET-TAC.

Especialidades médicas.

Se consignará el código OMC.

Tabla de datos de clínicas y hospitales

Nombres,	Formato/Tipo	Longitud	Descripción de los campos:
Código.	Alfanumérico.	6	Código Nacional de Hospital.
Clínica_Centro.	Texto.	150	Denominación.
Dirección.	Texto.	150	Dirección en España.
Código Postal.	Alfanumérico.	5	Código Postal.
Municipio.	Alfanumérico.	4	Código Municipio INE.
Provincia,.	Alfanumérico.	2	Código Provincia INE.
Tipo de Centro.	Alfanumérico.	1	1. General. 2. Especializado. 3. Media y larga estancia. 4. Psiquiátrico 5. Otros.
Servicio de urgencias.	Texto.	1	S/N.
CIF/NIF.	Alfanumérico.	9	CIF/NIF del centro.
E-mail.	Texto.	50	Dirección de correo electrónico.
Teléfono.	Alfanumérico.	9	Teléfono de contacto.
Unidad Hospitalización Domiciliaria (UHD).	Texto.	2	Si/No.
Num_camras.	Alfanumérico.	4	Número de camas instaladas.

ANEXO 7

Actuaciones prescritas por los órganos de valoración de incapacidades y baremo para su reintegro

A. Informes, exploraciones o pruebas prescritas por los órganos de valoración de incapacidades y otros órganos de Mugeju.—La Entidad, conforme a la cláusula 6.5.1.d) del concierto facilitará la realización de los informes médicos, exploraciones o pruebas de diagnóstico que prescriban a los mutualistas de Mugeju los facultativos de los órganos de valoración de incapacidades dentro del procedimiento de jubilación por incapacidad permanente para el servicio regulado en la Resolución de la Secretaria de Estado para la Administración Pública del 29 de diciembre de 1995 y normas concordantes, o de los procedimientos de reclamación de gran invalidez o de una lesión permanente no invalidante, recogidos en los artículos 72 y 76 del Reglamento de la Mutualidad General Judicial aprobado por Real Decreto 3283/1978, de 3 de noviembre, a cuyo fin queda obligada a realizar a los mutualistas que estén adscritos a ella los citados informes, exploraciones o pruebas a través de los facultativos, servicios o centros de su cartera de servicios y en la forma establecida en el punto primero.

Por su parte y con el mismo fin, Mugeju se obliga a abonar a cada Entidad el importe señalado en el punto 2 a continuación detallado, dentro del plazo asimismo previsto en dicho punto.

1. El mutualista a quien se prescriba la realización de una actuación de las indicadas en el punto precedente, presentará el impreso en el que se haya realizado la prescripción en la Delegación Provincial de Mugeju para la correspondiente autorización.

Mugeju, una vez comprobada la afiliación del solicitante, autorizará la prescripción estampando en el impreso el modelo de sello que figura en el punto 3.

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

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

B) En el original del impreso autorizado por Mugeju se consignará la recepción por el mutualista del o de los volantes, bajo la fórmula que figura asimismo en el punto 3 del presente Anexo. La recepción quedará acreditada con la firma del mutualista, o, en su caso, del receptor que no sea el mutualista, haciendo constar en este supuesto su documento nacional de identidad y su relación con aquél.

C) Entregará al mutualista una fotocopia del impreso.

2. Al término de cada trimestre natural, la Entidad remitirá a Mugeju relación de los informes, exploraciones o pruebas realizadas en el trimestre, con indicación expresa del precio correspondiente, que será, precisamente, el que figure en el baremo, que se contiene como apartado B en este anexo. Cada informe, exploración o prueba que conste en la relación deberá ir justificada con el original del correspondiente impreso de prescripción, cumplimentado en la forma prevista en el punto 1, y con las facturas que reúnan las condiciones y requisitos establecidos en la normativa vigente al respecto.

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

3. Para la aplicación de lo dispuesto en el punto 1 se utilizarán los siguientes modelos:

Modelo de sello para la autorización de prescripciones POR Mugeju:

<i>Mugeju</i>	
FECHA	
PRESCRIPCIÓN AUTORIZADA Para asignación de facultativo PRESENTESE este impreso en las OFICINAS DE LA ENTIDAD MÉDICA del mutualista	(ESPACIO PARA LA FIRMA DEL DIRECTOR DEL SERVICIO O JEFE DE LA OFICINA DELEGADA)

Nota.–La firma podrá estar incluida en el sello.

Fórmula para acreditar la entrega de los volantes por la entidad:

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

....., a de de 20....

EL MUTUALISTA,

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

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

B. Baremo de reintegro de pruebas diagnósticas.

Denominación prueba	Tarifa máxima por unidad – (euros)	Contenido
<i>Determinaciones analíticas de sangre</i>		
Perfil Básico (hemograma + bioquímica)	30,40	Parámetro y cifra de referencia.
Perfil Cardíaco	58,08	Parámetro y cifra de referencia.
Perfil Hepático	45,61	Parámetro y cifra de referencia.
Perfil Reumatológico	45,58	Parámetro y cifra de referencia.
Perfil Nefrourológico	55,36	Parámetro y cifra de referencia.
Gasometría Arterial.	26,38	Parámetro y cifra de referencia.
Coagulación	15,93	Parámetro y cifra de referencia.
Marcadores Hepáticos Virales	77,66	Parámetro y cifra de referencia.
Determinación Carga Viral VIH	97,06	Parámetro y cifra de referencia.
Radiografía simple (Tórax o Abdomen)	25,35	Placas en dos posiciones.
Radiografías ósteo-articular	25,35	Placas en dos posiciones por segmento.
Tomografía Axial Computerizada (TAC)	176,33	Placa e Informe.
Tomografía Axial Computerizada (TAC) con contraste (TAC + contraste)	200,27	Placa e Informe.
Resonancia Nuclear Magnética (RNM)	250,67	Placa e Informe.
Resonancia Nuclear Magnética con contraste (RNM + contraste).	309,58	Placa e Informe.

Denominación prueba	Tarifa máxima por unidad – (euros)	Contenido
Densitometría Ósea	88,33	Informe.
Gammagrafía Ósea	119,86	Registro e informe.
Ecografía (todas las regiones)	90,94	Informe.
Potenciales Evocados (visuales, auditivos, somestésicos, cognitivos)	149,06	Informe.
Electroencefalograma (EEG)	97,49	Registro e informe.
Electromiograma (EMG)	148,97	Registro e informe.
Electroneurograma (ENG)	85,26	Registro e informe.
Electrocardiograma (ECG)	72,90	Registro e informe.
Holter	98,64	Informe.
Prueba de esfuerzo convencional (Protocolo de Bruce)	83,79	Informe.
Prueba de esfuerzo NO convencional (por ECO de estrés)	103,28	Informe.
Prueba de esfuerzo NO convencional (por ECO con dobutamina)	66,78	Informe.
Ergoespirometría: Prueba de esfuerzo con determinación directa de consumo de O ₂)	127,01	Informe.
Gammagrafía miocárdica (SPECT) con P de Bruce o estimulación farmacológica	222,37	Informe.
ECO - Doppler cardíaco	108,44	Gráfico: Informe y Datos (Fracción eyección y Gasto).
ECO - Doppler vascular	104,85	Informe.
Espirometría forzada	40,46	Registro: datos (CV, FEV1) en tres tomas antes.
Espirometría forzada con broncodilatación	49,98	Registro: datos (CV, FEV1) en tres tomas antes y después broncodilatación.
Difusión alveolo-capilar (DLCO o TLCO)	57,25	Informe y datos.
Plestitimografía (volúmenes pulmonares)	36,68	Informe y datos.
Polisomnografía	232,65	Informe escrito.
Campimetría visual digital	82,86	Gráfico: Datos e Informe.
Electroretinograma	94,65	Informe escrito.
Electrooculograma	99,73	Informe escrito.
Audiometría tonal en cabina	33,97	Gráfico ambos oídos con indicación vías aéreas y óseas.
Pruebas vestibulares	157,28	Informe escrito.
Posturografía	110,15	Informe escrito.
Pruebas epicutáneas (contacto)	101,38	Resultado Test: Valoración (graduación) de resultados.
Informe valoración Neuro-psicológico	104,82	Informe escrito.
Informe Valoración Psiquiátrica	100,53	Informe escrito.
Informe Médico especializado	89,27	Informe escrito.
Informe Médico requerido	97,51	Informe escrito.
Balance articular y muscular de Hombro; Codo o Muñeca por técnica de biomecánica	299,13	Registro e informe.
Balance articular y muscular de Cadera: Rodilla o Tobillo por técnica de biomecánica	228,15	Registro e informe.
Valoración Funcional capacidad de marcha por técnica de biomecánica	400,53	Registro e informe.
Balance articular de columna, Cervical, Dorsal o Lumbar por técnica de biomecánica	212,94	Registro e informe.

Denominación prueba	Tarifa máxima por unidad – (euros)	Contenido
Valoración funcional de la lumbalgia por técnica de biomecánica	583,05	Registro e informe.
Valoración funcional de la Cervicalgia por técnica de biomecánica	583,05	Registro e informe.
Valoración funcional del equilibrio postural por técnica de biomecánica.	400,53	Registro e informe.

Fuente: Pruebas diagnósticas utilizadas en la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades INSS Dirección Provincial de Madrid 2009.

Segundo.—Publicar la relación de las entidades firmantes de los conciertos a que se refiere el apartado anterior y que es la siguiente:

Compañía de Seguros ADESLAS, Sociedad Anónima.
 Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, Sociedad Anónima (ASISA).
 Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima (CASER).
 DKV Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima Española, (Sociedad Unipersonal).
 MAPFRE FAMILIAR, Compañía de Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima.
 SANITAS, Sociedad Anónima de Seguros.

Madrid, 12 de enero de 2010.—El Gerente de la Mutualidad General Judicial, P. S. (Real Decreto 1206/2006, de 20 de octubre), la Secretaria General de la Mutualidad General Judicial, María del Mar García Ferrer.