

III. OTRAS DISPOSICIONES

MINISTERIO DE HACIENDA Y FUNCIÓN PÚBLICA

21337 *Resolución de 22 de diciembre de 2021, de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, por la que se publica el Concierto suscrito con entidades de seguro para el aseguramiento del acceso a la asistencia sanitaria en territorio nacional a los beneficiarios de la misma durante los años 2022, 2023 y 2024.*

En aplicación de lo previsto en los artículos 17.1 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio, y 77 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo, aprobado por Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo, esta Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), ha suscrito con diversas entidades de seguro, el 22 de diciembre de 2021, Concierto para el aseguramiento del acceso a la asistencia sanitaria en territorio nacional a los beneficiarios de la misma, durante los años 2022, 2023 y 2024.

Con objeto de dar público conocimiento del contenido completo del Concierto y de las entidades de seguro que lo han suscrito,

Esta Dirección General, resuelve:

Primero.

Publicar, como anexo a esta Resolución, el texto del «Concierto de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado con entidades de seguro para el aseguramiento del acceso a la asistencia sanitaria en territorio nacional a los beneficiarios de la misma, durante los años 2022, 2023 y 2024.»

Segundo.

Hacer público que el Concierto ha sido suscrito con las siguientes entidades de seguro de asistencia sanitaria:

- ASISA, Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A.U.
- DKV, Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima Española.
- SEGURCAIXA ADESLAS, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros.

Madrid, 22 de diciembre de 2021.–La Directora General de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, Myriam Pallarés Cortón.

ANEXO

Concierto de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado con entidades de seguro para el aseguramiento del acceso a la asistencia sanitaria en territorio nacional a los beneficiarios de la misma, durante los años 2022, 2023 y 2024

ÍNDICE

Capítulo 1. 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 Colectivo protegido.
- 1.3 Nacimiento y extinción del derecho a recibir la asistencia sanitaria de la Entidad.
- 1.4 Cambios de Entidad prestadora de la asistencia sanitaria.
- 1.5 Tarjeta sanitaria de la Entidad.
- 1.6 Actuaciones de la Entidad relativas a su oferta de servicios.

Capítulo 2. Cartera de servicios.

- 2.1 Normas generales.
- 2.2 Cartera de servicios de Atención Primaria.
- 2.3 Cartera de servicios de Atención Especializada.
- 2.4 Cartera de servicios de Atención de Urgencia y Emergencia.
- 2.5 Programas preventivos.
- 2.6 Cuidados paliativos.
- 2.7 Rehabilitación.
- 2.8 Salud bucodental.
- 2.9 Prestación farmacéutica y con productos dietéticos. Otros productos sanitarios.
- 2.10 Transporte para la asistencia sanitaria.
- 2.11 Otras prestaciones (Podología, Terapias Respiratorias, Prestación Ortoprotésica y prestación de ayuda para morir).
- 2.12 Prestaciones sometidas a dictamen de comités de expertos.
- 2.13 Comité de Expertos para la protonterapia.
- 2.14 Prestaciones COVID.
- 2.15 Incorporación de nuevos medios de diagnóstico y tratamiento. Procedimiento para la actualización de la Cartera de Servicios del Concierto.

Capítulo 3. Medios de la entidad.

- 3.1 Normas generales.
- 3.2 Criterios de disponibilidad de medios.
- 3.3 Mecanismos de teleasistencia.
- 3.4 Catálogo de Proveedores.
- 3.5 Responsabilidad de edición y entrega del Catálogo de Proveedores e información en la página web de la Entidad.
- 3.6 Invariabilidad de los Catálogos de Proveedores de la Entidad.
- 3.7 Principio de continuidad asistencial.

Capítulo 4. Normas de utilización de los medios de la entidad.

- 4.1 Norma general.
- 4.2 Identificación.
- 4.3 Mutualistas no adscritos a Entidad y sus beneficiarios.
- 4.4 Procedimiento de acceso y prestación de la asistencia en consulta.
- 4.5 Procedimiento de acceso y prestación en asistencia domiciliaria.
- 4.6 Procedimiento de acceso y prestación en asistencia de urgencia y emergencia.

4.7 Procedimiento de acceso y prestación de asistencia en régimen de hospitalización.

4.8 Requisitos adicionales para la utilización de medios.

4.9 Procedimiento para el acceso a prestaciones sometidas al dictamen de Comités.

4.10 Hospitales privados no concertados.

Capítulo 5. Utilización de medios no concertados.

5.1 Norma general.

5.2 Denegación injustificada de asistencia.

5.3 Asistencia urgente de carácter vital en medio no concertado.

Capítulo 6. Información, documentación sanitaria y objetivos de calidad.

6.1 Información y documentación sanitaria.

6.2 Receta electrónica y Carpeta Personal de Salud.

6.3 Calidad de la asistencia sanitaria.

6.4 Proceso Incapacidad Temporal.

Capítulo 7. Régimen jurídico del concierto.

7.1 Naturaleza y régimen del Concierto y de las relaciones en él basadas.

7.2 Naturaleza y régimen de las relaciones asistenciales.

7.3 Comisiones Mixtas.

7.4 Procedimiento para sustanciar las reclamaciones.

7.5 Procedimiento de ejecución de reclamaciones estimadas.

7.6 Procedimiento especial para sustanciar reclamaciones con el mismo objeto.

7.7 Descuentos por gastos de farmacia.

7.8 Compensaciones económicas por incumplimiento parcial de obligaciones definidas en el Concierto.

Capítulo 8. Duración, régimen económico y precio del concierto.

8.1 Duración del Concierto.

8.2 Régimen económico del Concierto.

8.3 Precio del Concierto e incentivos a la calidad.

8.4 Deducciones por fallos de disponibilidad.

8.5 Condiciones de pago.

8.6 Financiación adicional de prestaciones gravosas.

8.7 Posibilidad de modificar el Concierto.

Anexo 1. Asistencia sanitaria transfronteriza.

1. Normas generales.

2. Prestaciones sanitarias sujetas a autorización previa y procedimiento para su obtención.

3. Procedimiento para el reembolso de los gastos para la asistencia sanitaria transfronteriza.

Anexo 2. Convenios.

1. Medios de asistencia en zonas rurales.

2. Medios de atención de urgencia.

3. Prestaciones de Salud Pública.

Anexo 3. Criterios de disponibilidad de medios por niveles asistenciales y garantía de tiempo máximo de acceso a la atención.

1. Criterio general
2. Disponibilidad de medios de Atención Primaria.
3. Definición de los niveles de Atención Especializada y Cartera de Servicios.
4. Disponibilidad de medios de Atención Especializada en Consultas Externas o Ambulatorias.
5. Condiciones complementarias para el territorio insular.
6. Garantía de tiempo máximo de acceso a la atención.

Anexo 4. Instrucciones para la elaboración y difusión del catálogo de proveedores.

Anexo 5. Relación de servicios que precisan autorización previa de la entidad y procedimiento para su obtención.

1. Servicios que precisan autorización previa de la Entidad
2. Procedimiento para la obtención de autorización previa

Anexo 6. Sistema de información asistencial.

1. Registro de actividad/coste.
2. Información sobre asistencia sanitaria transfronteriza.
3. Registro de CMBD.
4. Registro de medios sanitarios.
5. Información sobre medicamentos de ámbito hospitalario a cargo de la Entidad.

Anexo 7. Compensaciones económicas por incumplimiento parcial de obligaciones definidas en el concierto. Procedimiento para su imposición.

1. Criterio general, infracciones y compensaciones económicas.
2. Procedimiento para la imposición de las compensaciones económicas.

Anexo 8. Sistema de asignación de incentivos a la calidad de la asistencia y deducciones por fallos de disponibilidad.

1. Asignación del incentivo de calidad.
2. Criterios de asignación de los incentivos económicos vinculados a los objetivos de calidad.
3. Deducciones por fallos de disponibilidad.

Anexo 9. Informes, exploraciones o pruebas prescritas por los órganos de valoración de incapacidades y otros órganos de muface.

Anexo 10. Baremo de reintegro de pruebas prescritas para valoración de incapacidades.

Anexo 11. Protocolo de actuación, identificación y manejo de casos y contactos COVID-19.

Anexo 12. Guía para la gestión de los procedimientos de incapacidad temporal.

Anexo 13. Tarifas para el reembolso de los gastos por la asistencia sanitaria transfronteriza.

CAPÍTULO 1

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 De conformidad con lo establecido en el artículo 17 del Texto Refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio (en adelante, LSSFCE) y en el artículo 77 del

Reglamento General del Mutualismo Administrativo (en adelante, RGMA), aprobado por Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo, el objeto del Concierto entre la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (en adelante, MUFACE) y la Entidad firmante (en adelante, Entidad) es asegurar el acceso a la prestación de asistencia sanitaria en el territorio nacional a los mutualistas y demás beneficiarios de MUFACE que opten por recibir la asistencia a través de la Entidad (en adelante, beneficiarios).

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 las actuaciones preventivas recogidas en el mismo.

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 Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud (en adelante SNS), de acuerdo con lo establecido en la LSSFCE, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y sus respectivas normas de desarrollo.

1.1.4 Para hacer efectiva la prestación sanitaria, la Entidad pondrá a disposición del colectivo protegido todos los medios propios o concertados precisos (en adelante, medios de la Entidad) de conformidad con lo que se establece en el Capítulo 3 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 establecidas en este Concierto.

1.1.5 Asimismo, la Entidad se obliga a la cobertura de la asistencia sanitaria transfronteriza de su colectivo protegido, conforme al Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre recetas médicas y órdenes de dispensación. El ejercicio del derecho por parte de los beneficiarios, su alcance, las condiciones, requisitos y procedimiento para el reembolso de los gastos por dicha asistencia se establecen en el Anexo 1.

1.1.6 Por su parte, MUFACE se obliga a abonar a la Entidad la cantidad por persona y mes que se prevé en la cláusula 8.3, con sujeción a las especificaciones y procedimiento contenidos en las cláusulas 8.2 y 8.5, así como las cantidades que puedan corresponder en aplicación de la cláusula 8.6.

1.2 Colectivo protegido.

1.2.1 A los efectos del presente Concierto, son beneficiarios todos los mutualistas y demás beneficiarios de asistencia sanitaria a quienes MUFACE, conforme a la normativa aplicable, haya reconocido dicha condición y los haya adscrito a la Entidad a efectos de su asistencia sanitaria.

A ciertos fines de gestión y siempre que así se derive del propio texto de las cláusulas, los beneficiarios del Concierto pueden ser denominados titulares, si poseen documento de afiliación a MUFACE propio, o simplemente beneficiarios, cuando figuren como tales en el documento de afiliación de un titular.

Los beneficiarios estarán adscritos a la Entidad mientras lo esté el titular del que dependan.

1.2.2 La condición de mutualista o beneficiario se acredita mediante el documento de afiliación expedido por MUFACE.

1.2.3 A los efectos de este Concierto, los lugares en los que residan habitual o temporalmente los beneficiarios se asimilarán al domicilio.

1.2.4 MUFACE comunicará diariamente a la Entidad las altas, bajas y variaciones en los datos de los beneficiarios adscritos a la misma. La comunicación se realizará de forma telemática, depositándose la información en un directorio seguro con acceso por parte de la Entidad. MUFACE pone a disposición de las Entidades una conexión on-line a su base de datos para que puedan conocer la situación real de adscripción de un determinado mutualista o beneficiario.

1.3 Nacimiento y extinción del derecho a recibir la asistencia sanitaria de la Entidad.

1.3.1 El derecho a recibir la asistencia sanitaria por la Entidad comienza en la fecha en que el beneficiario haya quedado adscrito a ésta por los Servicios de MUFACE, 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 durante los primeros quince días desde el momento del parto, cubriendo la Entidad, en todo caso, el proceso asistencial hasta el alta hospitalaria. A partir de entonces, el citado derecho queda condicionado a la formalización de la adscripción del recién nacido con los consiguientes efectos económicos.

1.3.3 El funcionario o funcionaria que en el momento de precisar asistencia sanitaria para sí o sus beneficiarios aún no hubiera formalizado su afiliación a MUFACE (y en consecuencia no hubiera ejercido todavía su derecho de opción a una de las Entidades concertadas) podrá requerir dicha asistencia de la Entidad y tendrá derecho a recibirla, o que sea prestada a sus beneficiarios, en los términos previstos en la cláusula 4.3.

1.3.4 El derecho de los beneficiarios se extingue, en todo caso, el mismo día en que los servicios de MUFACE acuerden su baja en la Mutualidad o el fin de su adscripción a la Entidad por dejar de concurrir los requisitos o supuestos de hecho que permitan en cada caso estar protegido por este Concierto.

1.4 Cambio de Entidad prestadora de la asistencia sanitaria.

1.4.1 Sin perjuicio de la posibilidad de optar por recibir la asistencia sanitaria a través de la red sanitaria pública, de acuerdo con lo previsto en el artículo 17 de la LSSFCE y el artículo 77 del RGMA y la disposición adicional séptima del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, los titulares adscritos a la Entidad podrán optar por recibir la asistencia sanitaria para sí y sus beneficiarios a través de otra de las entidades firmantes de este Concierto en los siguientes supuestos:

a) Con carácter ordinario, durante el mes de enero de cada año de vigencia del Concierto. Este derecho podrá ejercitarse una sola vez en cada periodo de cambio ordinario.

b) Con carácter extraordinario, a lo largo de toda la vigencia del Concierto cuando se dé alguna de las siguientes circunstancias:

1. Cuando se produzca un cambio de destino del mutualista que implique su traslado a otra provincia o isla.

2. Al margen del supuesto anterior, cuando manteniendo su localidad de destino el mutualista cambie su domicilio a otra provincia o isla.

3. Cuando se produzca un cambio de domicilio, con cambio de provincia o isla de residencia del titular, y éste sea mutualista jubilado o beneficiario que tenga esta condición por fallecimiento, separación, divorcio o nulidad del matrimonio del mutualista y posea un documento asimilado al de afiliación expedido por MUFACE. Este derecho podrá ejercitarse por una sola vez cada año de vigencia del Concierto.

4. Cuando el mutualista obtenga la conformidad expresada por escrito de las dos entidades afectadas. Este supuesto incluye también el cambio a la Entidad desde la red sanitaria pública.

5. Cuando el mutualista pase a quedar comprendido en el colectivo protegido por el Concierto en territorio nacional al extinguirse su derecho a quedar protegido por el Concierto de asistencia sanitaria a los mutualistas destinados y/o residentes en el extranjero, siempre y cuando dicha extinción no se deba a la pérdida de la condición de mutualista.

6. Cuando, por concurrir circunstancias objetivas que justifiquen el cambio de una pluralidad de titulares afectados por el mismo problema de asistencia sanitaria, la Dirección General de MUFACE acuerde la apertura de plazo especial de elección de Entidad.

La fusión de la Entidad con otra u otras de las concertadas por MUFACE no llevará aparejada la apertura de un periodo de cambio extraordinario, 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.

1.4.2 Continuarán adscritos a la Entidad los titulares que lo estuvieran a 31 de diciembre de 2021 y que no opten por quedar adscritos a la red sanitaria pública o por el cambio a otra de las entidades firmantes de este Concierto, conforme a lo previsto en el artículo 77 del RGMA y en la cláusula anterior.

1.4.3 MUFACE pondrá a disposición de los mutualistas un comparador de medios en la Web que les ayude a elegir de manera responsable la Entidad para la prestación de su asistencia sanitaria.

1.5 Tarjeta sanitaria de la Entidad.

1.5.1 En el momento en que la Entidad tenga conocimiento del alta de un mutualista o beneficiario, le entregará una tarjeta sanitaria provisional, o procederá a su identificación mediante cualquier otro medio que haga posible la utilización de los medios concertados desde el momento del alta.

Posteriormente, procederá a emitir la correspondiente tarjeta sanitaria individual, que será enviada al domicilio del mutualista o beneficiario en el plazo máximo de siete días naturales desde la efectiva comunicación.

1.5.2 En la tarjeta deberá figurar de forma destacada el teléfono 900.../800... de atención de urgencia gratuito de la Entidad, previsto en la cláusula 3.1.1 c) al que el beneficiario pueda llamar en caso de urgencia o emergencia sanitaria. En todo caso en el anverso de la tarjeta constará el CIP SNS del titular de la misma y el logotipo de MUFACE.

1.5.3 Mediante Resolución del Director General de MUFACE podrá determinarse el contenido de los datos que, al margen de los que la Entidad requiera para su propia gestión, deberán figurar en el sistema de almacenamiento de datos de la tarjeta para la identificación unívoca del mutualista o beneficiario y para la interconexión con los sistemas interoperables del Sistema Nacional de Salud como la historia clínica digital, prescripción y dispensación farmacéutica y elaboración de los partes de incapacidad temporal (IT), riesgo durante el embarazo (RE) y riesgo durante la lactancia natural (RLN).

1.5.4 En caso de que un titular hubiera optado por quedar adscrito a la Entidad y no hubiera recibido, para sí o sus beneficiarios, la tarjeta provisional o la identificación que haga posible la utilización de los medios concertados habiéndolo solicitado expresamente, el responsable del Servicio Provincial de MUFACE correspondiente emitirá un certificado en el que hará constar que todos los gastos que se ocasionen por la asistencia a dicho titular y a sus beneficiarios por los facultativos, servicios y centros incluidos en el Catálogo de Proveedores de la Entidad podrán ser facturados directamente a MUFACE para la materialización del correspondiente abono. Posteriormente, el importe de estos gastos será deducido de las cuotas mensuales que deban abonarse a la Entidad, sin perjuicio de las compensaciones económicas previstas en la cláusula 7.8.

1.5.5 La Entidad se obliga a informar y poner en marcha los mecanismos necesarios para el cumplimiento de lo establecido en las cláusulas anteriores por parte de los profesionales y centros de su Catálogo de Proveedores.

1.5.6 Una vez que queden adscritos a la Entidad, los beneficiarios no podrán hacer uso de las tarjetas sanitarias de la otra Entidad o Servicio Público de Salud de la Comunidad Autónoma a que hubieran estado adscritos para su asistencia sanitaria en territorio nacional o, en su caso, en el exterior, siendo responsable de su uso indebido el titular del derecho.

1.6 Actuaciones de la Entidad relativas a su oferta de servicios.

1.6.1 La Entidad podrá hacer publicidad sobre su oferta de servicios a lo largo de la vigencia del Concierto, siempre que dicha publicidad no se realice dentro de recintos de instituciones u organismos de carácter público. En las campañas publicitarias que efectúe la Entidad no podrá utilizar el logotipo o cualquier otro identificativo de MUFACE o de la Administración General del Estado.

1.6.2 En ningún caso podrá ofertar obsequios a los mutualistas, directa o indirectamente a través de terceros, en especial durante el periodo de cambio ordinario y en los procesos de alta de colectivos profesionales específicos.

1.6.3 En ningún caso la Entidad podrá ofrecer servicios diferentes a los contenidos en el presente Concierto, sin consentimiento expreso del beneficiario.

1.6.4 La Entidad deberá publicitar en su página web los servicios y prestaciones adicionales ofertadas, conforme a la cláusula 6.3.4 y el punto 2.3.1 del Anexo 8, con indicación de su contenido y condiciones de acceso, así como, en su caso, el precio y la rebaja que éste supone respecto al precio ofertado al público en general.

1.6.5 El incumplimiento de estas obligaciones dará lugar a las compensaciones económicas previstas en la cláusula 7.8.

CAPÍTULO 2

Cartera de servicios

2.1 Normas generales.

2.1.1 La asistencia sanitaria a los beneficiarios de MUFACE adscritos a la Entidad se prestará conforme a la Cartera de Servicios establecida en este Concierto.

La Cartera de Servicios es el conjunto de servicios, técnicas o procedimientos, entendiéndose por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias.

2.1.2 La Cartera de Servicios objeto del Concierto comprende como mínimo todas las prestaciones que conforman la Cartera Común de Servicios del SNS, con el contenido que, en cada momento, determine la normativa sanitaria de aplicación en el mismo, y las que se detallan en este Capítulo que, asimismo, recoge las especificidades de cada una de ellas.

2.1.3 La Cartera de Servicios objeto del Concierto se estructura en las siguientes prestaciones:

- a) Atención Primaria.
- b) Atención Especializada.
- c) Atención de Urgencia y Emergencia.
- d) Programas Preventivos.
- e) Cuidados Paliativos.
- f) Rehabilitación.
- g) Salud Bucodental.
- h) Prestaciones farmacéutica y con productos dietéticos.
- i) Transporte para la asistencia sanitaria.
- j) Otras prestaciones (Podología, Terapias Respiratorias, Prestación Ortoprotésica y prestación de ayuda para morir).

2.1.4 Las prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios se garantizan mediante la provisión de recursos asistenciales necesarios por niveles y ámbitos geográficos y de población establecidos en el Capítulo 3 de este Concierto y en el Anexo 3, con los procedimientos y normas de utilización de estos medios que se describen en el Capítulo 4. En el Anexo 5 se enumeran los servicios que requieren autorización previa de la Entidad y se establece el procedimiento para su tramitación y obtención, en su caso.

Por otra parte, el acceso a determinadas prestaciones se somete al dictamen de comités de expertos como se especifica en la cláusula 2.12 y conforme al procedimiento previsto en la cláusula 4.9.

2.1.5 La Entidad impulsará actuaciones orientadas a potenciar la coordinación entre los niveles de Atención Primaria, Atención Especializada y Servicios de Urgencias y Emergencias, con objeto de garantizar la continuidad asistencial y la atención integral de los pacientes.

2.2 Cartera de Servicios de Atención Primaria.

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, e incluye:

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

2.3 Cartera de Servicios de Atención Especializada.

2.3.1 La Atención Especializada incluye las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados paliativos, así como aquellas de prevención cuya naturaleza hace necesaria la intervención de médicos especialistas, y comprende:

- a) Asistencia especializada en consultas.
- b) Asistencia especializada en hospital de día médico o quirúrgico.
- c) Hospitalización en régimen de internamiento.
- d) Hospitalización domiciliaria.
- e) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

2.3.2 Especificaciones a la Cartera de Servicios de Atención Especializada.

A) Salud mental:

1. Comprende el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, incluido el tratamiento farmacológico y la psicoterapia individual, de grupo o familiar. La atención a la salud mental se realizará en régimen de hospitalización, consultas externas y urgencias, garantizando en cualquier caso la necesaria continuidad asistencial.

2. Se incluye la psicoterapia individual, de grupo o familiar, siempre que haya sido prescrita por psiquiatra de la Entidad (u oncólogo, en el caso que proceda), 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 y víctimas de violencia de género y sus beneficiarios, en que se facilitarán todas las sesiones que el psiquiatra responsable de la asistencia considere necesarias para la correcta evolución del caso.

3. Se excluyen el psicoanálisis, la psicoterapia psicoanalítica, la hipnosis, la narcolepsia ambulatoria y el internamiento social.

B) Cirugía plástica, estética y reparadora. La Entidad atenderá la cobertura de la cirugía plástica, estética y reparadora cuando guarde relación con accidente, enfermedad o malformación congénita.

En los supuestos de accidente en acto 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. De igual manera se atenderán las lesiones derivadas de actos de violencia de género.

C) Diagnóstico y tratamiento de la esterilidad. Los tratamientos de reproducción asistida tienen la finalidad de ayudar a lograr la gestación en aquellas personas con imposibilidad de conseguirlo de forma natural, no susceptibles de tratamientos exclusivamente farmacológicos, o tras el fracaso de los mismos. También se podrá recurrir a estos procedimientos a fin de evitar enfermedades o trastornos genéticos graves en la descendencia y cuando se precise de un embrión con características inmunológicas idénticas a las de un hermano afecto de un proceso patológico grave, que no sea susceptible de otro recurso terapéutico, de acuerdo a la normativa vigente en cada momento.

1. Consideraciones generales.

a) La Entidad viene obligada a asumir los gastos necesarios para obtener el diagnóstico de la esterilidad, el cual se extenderá a la pareja en los términos establecidos en la letra f) siguiente.

b) En el momento del inicio del estudio de esterilidad, la beneficiaria debe ser mayor de 18 años y menor de 40 años, y no padecer ningún tipo de patología en la que el embarazo pueda entrañarle un grave e incontrolable riesgo, tanto para su salud como para la de su posible descendencia. En el caso de parejas, el varón debe ser mayor de 18 años y menor de 55 años.

c) Las técnicas de reproducción asistida serán a cargo de la entidad cuando la mujer sobre la que se vaya a realizar la técnica sea titular o beneficiaria de MUFACE y no tenga ningún hijo, previo y sano. En caso de parejas, sin ningún hijo común, previo y sano.

Para acreditar el requisito de ausencia de hijo sano o hijo sano común en pareja podrá aportarse, según el caso, informe médico en el que conste la patología, documento público que acredite la filiación y/o, según el tipo de pareja, certificado de matrimonio, inscripción de la pareja en un registro de parejas de hecho, documento notarial de la constitución de la pareja, o documento que acredite la convivencia de dos años.

d) Estarán comprendidas todas las técnicas incluidas en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, con arreglo a la Ley 14/2006, de 26 de mayo sobre técnicas de Reproducción Humana Asistida, y a la Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los Anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por la que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, con las condiciones y requisitos establecidos en la misma.

e) 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, o exista contraindicación médica documentada.

f) En los tratamientos de reproducción asistida, las pruebas que deban realizarse en el ámbito de dicho tratamiento al otro miembro de la pareja serán facilitadas por la Entidad de adscripción de la mujer a la que se va a realizar la técnica de Reproducción Humana Asistida. Se excluye la financiación de los tratamientos farmacológicos

asociados a la técnica de Reproducción Humana Asistida a los que haya de someterse el otro miembro de la pareja.

g) 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 beneficiaria receptora de la donación.

h) Será por cuenta de la Entidad la cobertura de la criopreservación y mantenimiento de gametos y del tejido ovárico para uso propio diferido de beneficiarios que vayan a someterse a tratamientos médicos y/o quirúrgicos que puedan afectar de forma importante a su fertilidad. El periodo de cobertura en el caso de la mujer será hasta el día anterior al cumplimiento de 50 años de edad y en el caso del hombre hasta el día anterior al cumplimiento de 55 años de edad.

i) Serán a cargo de la Entidad la criopreservación y mantenimiento de los preembriones sobrantes de ciclos FIV autorizados hasta el día anterior en que la mujer cumpla 50 años de edad.

j) Se atenderá la cobertura de 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.

2. Límites relativos al número máximo de ciclos de tratamiento y la edad de la mujer.

En cualquier caso los tratamientos de reproducción humana asistida, estarán sujetos a límites en cuanto al número de ciclos y edad de la paciente, atendiendo a principios de eficiencia y seguridad para asegurar la mayor efectividad con el menor riesgo posible.

Los límites relativos al número máximo de ciclos de tratamiento y la edad de la beneficiaria para cada técnica son:

Límites	Inseminación artificial		Fecundación in vitro*	
	Semen de pareja	Semen de donante	Gametos propios	Gametos donados
N.º de ciclos máximo.	4	6	3	3
Edad máxima de la mujer.	<38	<40	<40	<40

* Incluidas las técnicas complementarias. En los casos de la utilización de ovocitos y tejido ovárico criopreservados, el límite de edad será el establecido para la técnica FIV con donación de gametos/preembriones. Las edades se computan hasta el día anterior en que la mujer cumpla 38 o 40 años, según el caso.

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

a) La prescripción de cada ciclo del tratamiento de Reproducción Humana Asistida debe haber sido realizada con anterioridad al día en que la mujer cumpla los años que se ha establecido como edad límite para tener derecho a la financiación en cada una de las técnicas.

b) A efecto de cómputo, el número de ciclos es independiente para cada técnica, aunque 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.

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

d) 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 financiada la transferencia de los preembriones hasta el día anterior en que la mujer cumpla 50 años, con independencia de la existencia de hijos previos y sanos.

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

f) En cualquier caso se garantiza la finalización del ciclo iniciado que estuviera cubierto con aplicación de los criterios y límites vigentes en el momento de su inicio.

g) 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 y siempre que no haya superado la edad límite para tener derecho a la financiación en cada una de las técnicas.

h) Se considerarán preembriones propios aquellos sobrantes de ciclos anteriores sin tener en cuenta la procedencia del gameto.

D) Análisis clínicos: Sin perjuicio del nivel asistencial que corresponde a esta especialidad, conforme al Anexo 3, la Entidad podrá ofertar el acceso a estos procedimientos diagnósticos mediante toma de muestras y puntos de extracción desde el nivel de Atención Primaria.

2.4 Cartera de Servicios de Atención de Urgencia y Emergencia.

Es aquella que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata. Se dispensa tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente y la atención in situ, durante las 24 horas del día todos los días del año, mediante la atención médica y de enfermería y con la colaboración de otros profesionales, comprende además:

2.4.1 La atención telefónica, a través del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias de la Entidad, previsto en la cláusula 3.1.1 c), que incluye la información y asignación de los recursos propios o en coordinación con los servicios de emergencias del 112 con objeto de ofrecer la respuesta más adecuada a la demanda asistencial.

2.4.2 La asistencia urgente hospitalaria estará disponible de acuerdo con los criterios establecidos en el Anexo 3. No obstante, en los municipios con un nivel asistencial inferior al Nivel II de Atención Especializada 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 beneficiarios que sufran situaciones clínicas agudas que obliguen a una atención no demorable, siempre que no se disponga de centros concertados en el municipio en el que se encuentre el beneficiario que origine la asistencia.

2.4.3 El transporte sanitario urgente regulado en la cláusula 2.10.1.

2.5 Programas preventivos.

2.5.1 La Entidad realizará las actuaciones establecidas por la normativa sanitaria en materia de prevención y promoción de la salud que incluyen:

a) Vacunaciones en todos los grupos de edad y, en su caso, grupos de riesgo, según el calendario común de vacunación del SNS, en los términos establecidos por las administraciones sanitarias competentes, así como cualquier otro programa, calendario o campaña de vacunación que determinen las autoridades sanitarias.

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

Teniendo en consideración lo anterior, así como el desarrollo de los programas preventivos del cáncer ginecológico incluidos en el Plan del Cáncer de la Entidad, se realizarán, entre otras, las actividades siguientes encaminadas a los cribados de:

1. Cáncer de mama: cribado poblacional con mamografía cada dos años en las mujeres de 50 a 69 años.

2. Cáncer de cuello de útero (cérvix): citología de Papanicolaou en mujeres de 25-65 años. Al principio, 2 citologías con una periodicidad anual y después cada 3-5 años, de conformidad con las pautas recomendadas por las sociedades científicas o las autoridades sanitarias competentes.

3. Cáncer colorrectal: cribado poblacional con determinación de sangre oculta en heces cada dos años en hombres y mujeres de 50 a 69 años.

En todos los casos se garantizará la valoración del riesgo individual, incluyendo en el caso del cáncer de mama y del cáncer colorrectal, si procede, la realización de estudio y consejo genético de las personas que cumplen criterios de riesgo de cáncer familiar o hereditario y, en caso de confirmarse, su seguimiento específico.

4. Cribado neonatal de las siguientes enfermedades: hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, fibrosis quística, deficiencia de acil coenzima A deshidrogenada de cadena media (MCADD), deficiencia de 3-hidroxi acil-CoA deshidrogenasa de cadena larga (LCHADD), acidemia glutárica tipo I (GA-I), anemia falciforme, homocistinuria y enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce.

2.5.2 La Entidad dispondrá de los medios necesarios para llevar a efecto los programas preventivos incluidos en la Cartera de Servicios, garantizando la información adecuada a los beneficiarios, así como el calendario, direcciones y horarios de los centros donde se llevarán a cabo las vacunaciones y los programas de prevención. En todo caso, la información sobre estos programas preventivos deberá figurar en la página web de la Entidad.

La Entidad remitirá a los Servicios Provinciales de MUFACE relación detallada de los centros de vacunación de la respectiva provincia con direcciones, teléfonos, horarios y programas preventivos que se incluyen en los mismos.

En los casos en que la Entidad no hubiera desarrollado alguno de los programas específicos antes mencionados, deberá atender la cobertura de las actuaciones realizadas a los beneficiarios en el marco del programa de prevención desarrollado por la correspondiente administración sanitaria.

2.5.3 La Dirección General de MUFACE podrá informar específicamente a los beneficiarios y a través del medio que en cada caso estime más oportuno sobre la conveniencia de la realización de determinados programas preventivos incluidos en la Cartera de Servicios, así como los que estén comprendidos en los Convenios previstos en el punto 3 del Anexo 2.

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. Su objetivo terapéutico es la mejora de la calidad de vida, con respeto a su sistema de creencias, preferencias y valores.

2.6.2 Para la atención en cuidados paliativos la Entidad contará con un modelo organizativo explícito de acuerdo a las exigencias de medios recogidas en el Anexo 3 y a

lo establecido en el Plan en Cuidados Paliativos de la misma. En la prestación de los cuidados paliativos participarán los profesionales de Atención Primaria y Atención Especializada responsables del proceso patológico del paciente con el soporte y apoyo de dispositivos a los que, en caso necesario, los pacientes pueden ser derivados en función de su grado de complejidad.

2.6.3 El nivel de complejidad del enfermo determinará el lugar más adecuado para proporcionar la atención de cuidados paliativos, que se prestará en el domicilio del paciente, si fuera preciso, en régimen de hospitalización, estableciendo los mecanismos necesarios para garantizar la continuidad asistencial y la coordinación con otros recursos.

Los servicios de atención primaria serán responsables de los cuidados paliativos de los enfermos en el domicilio y deberán tener asignado un equipo de cuidados paliativos de referencia para apoyo y/o soporte domiciliario.

En caso de complejidad, esta atención se complementará con la intervención de equipos de soporte en cuidados paliativos tanto en el ámbito domiciliario como hospitalario, o bien con la derivación e ingreso de estos pacientes en Unidades de Cuidados Paliativos Hospitalarias.

La continuidad de la asistencia en las franjas horarias en las que cesan su actividad los recursos en cuidados paliativos en atención domiciliaria, se proporcionará a través del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias de la Entidad, para lo que se articularán los procedimientos de coordinación y derivación precisos.

2.6.4 Los beneficiarios que precisen cuidados paliativos por equipos de soporte específicos o bien el ingreso en Unidades de Cuidados Paliativos Hospitalarias deberán, salvo en los casos de urgencia, solicitar autorización previa a la Entidad, de acuerdo con el procedimiento previsto en el punto 2 del Anexo 5.

2.7 Rehabilitación.

2.7.1 Comprende los procedimientos de diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de pacientes con déficit funcional recuperable, realizados, según corresponda, a través de médico rehabilitador, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y logopeda.

2.7.2 Incluye la rehabilitación de las afecciones del sistema musculoesquelético, del sistema nervioso, del sistema cardiovascular y del sistema respiratorio, a través de fisioterapia, adaptación de métodos técnicos (ortoprótesis), terapia ocupacional, y logopedia que tenga relación directa con procesos patológicos de los que ya vengán siendo tratados por estar incluidos en la Cartera de Servicios. No se consideran incluidos los denominados Trastornos del Aprendizaje cuya atención es competencia del sistema educativo.

2.7.3 Los tratamientos podrán ser requeridos a la Entidad por los médicos rehabilitadores o por los médicos especialistas responsables de las patologías susceptibles de dichos tratamientos.

El seguimiento del paciente y la determinación del alta serán responsabilidad del médico rehabilitador, salvo en los tratamientos de rehabilitación cardiaca, vestibular y de suelo pélvico, que serán responsabilidad del facultativo especialista que solicitó dicho tratamiento.

2.7.4 El número de sesiones está supeditado al criterio facultativo y a la situación del paciente. Al tratarse de una atención dirigida a pacientes con déficit funcional recuperable, 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, conforme al informe del médico rehabilitador o del facultativo especialista que solicitó el tratamiento. Se atenderá en cualquier caso la rehabilitación que se indique por reagudización del proceso.

2.8 Salud bucodental.

2.8.1 Comprende las actividades asistenciales, diagnósticas y terapéuticas, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y preventivas dirigidas a la atención de la salud bucodental.

2.8.2 La Cartera de Servicios del Concierto en salud bucodental incluye el tratamiento de las afecciones estomatológicas en general, toda clase de extracciones y la limpieza de boca una vez por año, o más si fuera necesario, previo informe justificativo del facultativo especialista.

También incluye el programa de salud bucodental dirigido a los niños menores de 15 años, consistente en revisiones periódicas, aplicación de flúor tópico, y en las piezas permanentes: selladores oclusales, obturaciones, empastes o reconstrucciones, tratamientos pulpares (endodoncias), tartrectomías y tratamientos de incisivos y caninos en caso de enfermedad, malformaciones o traumatismos. Además, a este programa se incorporarán las actuaciones que se incluyan en el Plan de Salud Bucodental Infantil para el conjunto del SNS, 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.

Serán también a cargo de la Entidad los gastos de hospitalización, de quirófano y anestesia necesarios para la realización de los tratamientos y prestaciones odontológicas excluidos de la cobertura del Concierto a pacientes discapacitados psíquicos, siempre que los tratamientos se efectúen con medios de la Entidad.

Asimismo, serán a cargo de la Entidad los gastos de ortodoncia en menores por maloclusiones severas tras intervenciones quirúrgicas de fisura palatina, labio leporino u otra malformación esquelética facial para niños entre 6 y 15 años.

2.8.3 Se incluyen a cargo de la Entidad las prótesis de maxilar superior e inferior tanto implantosoportadas como las no implantosoportadas, para pacientes con malformaciones congénitas que cursan con anodoncia, grandes traumatismos y para pacientes con procesos oncológicos que afectan a la cavidad oral que impliquen la pérdida de dientes relacionada directamente con la patología o su tratamiento. En ambos supuestos se precisa prescripción previa de facultativo especialista de la Entidad, para su autorización por esta.

2.8.4 Cuando mediara accidente en acto de servicio o enfermedad profesional serán a cargo de la Entidad todos los tratamientos y actuaciones, incluidas las prótesis dentarias, la ortodoncia y los implantes osteointegrados, así como su colocación. Para todos estos tratamientos, será necesaria prescripción de facultativo especialista de la Entidad, para su autorización por esta.

2.8.5 Quedan excluidos, con las salvedades previstas en las cláusulas anteriores, los empastes, la endodoncia, la periodoncia, las prótesis dentarias, los implantes osteointegrados, la ortodoncia, tanto en lo referente a su coste como a su colocación, así como los tratamientos con finalidad exclusivamente estética y la realización de pruebas complementarias para la valoración y seguimiento de tratamientos excluidos de la Cartera de Servicios.

2.9 Prestación farmacéutica y con productos dietéticos. Otros productos sanitarios.

2.9.1 La prestación farmacéutica comprende los medicamentos y productos sanitarios, y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible.

Esta prestación se regirá por lo dispuesto en el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio de 2015, (en adelante, Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios), y demás disposiciones aplicables.

A los efectos que correspondan, los medicamentos y productos sanitarios prescritos, dispensados y/o administrados al colectivo protegido por este Concierto lo son en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, con independencia de a quien corresponda su cobertura conforme a las cláusulas siguientes, por lo que no procede en su facturación la aplicación del precio notificado previsto en el artículo 94.4 de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

En el caso del acceso a medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas, y dado su carácter excepcional, se estará a lo dispuesto en el Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales.

Quedan expresamente excluidos del objeto del presente concierto los medicamentos dispensados en tratamiento ambulatorio a los mutualistas por los servicios de farmacia de los centros hospitalarios a cargo de MUFACE, sin perjuicio de lo establecido en la cláusula 2.9.5.

La prestación con productos dietéticos comprende los tratamientos dietoterápicos para las personas que padezcan determinados trastornos metabólicos congénitos y la nutrición enteral domiciliaria para pacientes a los que no es posible cubrir sus necesidades nutricionales, a causa de su situación clínica, con alimentos de consumo ordinario.

2.9.2 En el caso de pacientes tratados en el ámbito no hospitalario, la Cartera de Servicios a facilitar por la Entidad comprende la indicación y prescripción de los medicamentos y productos incluidos en la prestación farmacéutica y con productos dietéticos del SNS. La Entidad fomentará el uso racional del medicamento promoviendo la utilización de medicamentos genéricos y biosimilares entre sus facultativos.

Dichas actividades deberán efectuarse por los profesionales de la Entidad en las recetas oficiales de MUFACE, identificando el principio activo del medicamento o la denominación genérica del producto sanitario, de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente.

La Entidad adoptará todas las medidas necesarias para impulsar, y hacer efectiva la implantación del Sistema de Receta Electrónica propio de la Mutualidad en el ámbito del Concierto. Transitoriamente, para las prescripciones manuales en formato papel, exigirá a sus facultativos que en la cumplimentación de dichas recetas, mediante un sello que permita su legibilidad, figuren sus datos mínimos obligatorios: nombre y dos apellidos, número de colegiado y provincia donde ejerza. Dichos datos serán obligatorios para la validez de la misma, evitando que, por su incumplimiento, se originen trastornos a los mutualistas.

Si como consecuencia del análisis del consumo farmacéutico, MUFACE detectara situaciones que pudieran suponer consumos abusivos o irregulares, las Entidades deberán colaborar con la Mutualidad con el fin de corregir dichas conductas.

2.9.3 En el caso de pacientes tratados en el ámbito hospitalario, la Cartera de Servicios a facilitar por la Entidad comprende la indicación, prescripción por los profesionales concertados con la Entidad y la dispensación a su cargo de todos aquellos productos farmacéuticos, sanitarios 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), con las especificaciones que se establecen en las cláusulas 2.9.4 y 2.9.5.

Asimismo, como norma general, la Entidad garantizará que la dispensación hospitalaria para pacientes ambulatorios se realice en el mismo hospital en que se ha prescrito el medicamento, excepto cuando se produzcan supuestos excepcionales que puedan autorizarse por MUFACE, en cuyo caso, la Entidad establecerá el procedimiento necesario para garantizar el correcto y seguro acceso a la medicación por parte del beneficiario, incluida la posibilidad de dispensación domiciliaria prevista en el punto 4 de la cláusula 2.9.5. De igual manera, la Entidad fomentará el uso racional del medicamento, en el ámbito hospitalario, promoviendo la utilización de medicamentos

genéricos y biosimilares respetando siempre la política marcada por las Comisiones de Farmacia y Terapéutica de los hospitales.

2.9.4 Medicamentos para tratamientos ambulatorios de ámbito hospitalario a cargo de la Entidad. El suministro de los medicamentos precisos para el tratamiento de pacientes ambulatorios correrá a cargo de la Entidad en los siguientes supuestos:

1. Los medicamentos comercializados como de Uso Hospitalario, cuya dispensación se realiza a través de los servicios de farmacia hospitalaria, conforme a lo establecido en el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, cualesquiera que sean sus indicaciones y/o condiciones de utilización según lo establecido en el Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales.

2. Los medicamentos no comercializados en España, estén o no 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 y siempre que no se trate de ensayos clínicos. La dispensación debe ser previamente autorizada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

3. Los medicamentos, productos farmacéuticos y otros productos sanitarios financiados en el SNS, tengan o no cupón precinto, que según lo establecido en su ficha técnica requieran para su administración la participación de facultativos especialistas o profesionales sanitarios debidamente formados, sin perjuicio de su dispensación a través de oficina de farmacia.

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

5. Las vacunas cuya dispensación en el ámbito del Sistema Nacional de Salud deba realizarse exclusivamente por los Servicios Farmacéuticos o Centros Sanitarios autorizados y que estén desprovistas de cupón precinto por Resolución de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia, en los grupos de riesgo para los que quede restringida su prescripción y uso.

6. Los colirios de suero autólogo, cuando hayan sido debidamente indicados por el especialista correspondiente de la Entidad.

2.9.5 Medicamentos para tratamientos ambulatorios de ámbito hospitalario facturados a MUFACE. Los servicios de farmacia de los hospitales concertados dispensarán los medicamentos precisos para tratamientos ambulatorios, a cargo de la Mutualidad, en los siguientes supuestos:

1. Los medicamentos que, sin tener la calificación de uso hospitalario, tienen establecidas reservas singulares en el ámbito del Sistema Nacional de Salud consistentes en limitar su dispensación a los pacientes no hospitalizados en los servicios de farmacia de los hospitales, por lo que no están dotados de cupón-precinto, y que para su administración no requieren la participación de facultativos especialistas.

Estos medicamentos se facturarán para su abono por MUFACE en las condiciones establecidas por el Ministerio de Sanidad, al precio de venta del laboratorio (PVL), que tiene carácter máximo, más impuestos, de financiación para el Sistema Nacional de Salud, al que, en su caso, se aplicará la deducción prevista en el artículo 9 del Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público, con las excepciones previstas en su artículo 10. Todo ello sin perjuicio de los acuerdos de financiación específicos a los que pudiera llegar el Ministerio de Sanidad, con los laboratorios farmacéuticos.

2. Los medicamentos sometidos a reservas singulares en su prescripción y dispensación, mediante visado, cuya dispensación autorice MUFACE para tratamientos de determinados pacientes, ante la existencia de dificultades para su dispensación a través de oficinas de farmacia.

Para su facturación, MUFACE los abonará al precio de venta del laboratorio (PVL), más impuestos, de financiación para el SNS, al que se aplicará la deducción prevista en el artículo 9 del Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público, con las excepciones previstas en su artículo 10.

3. MUFACE facilitará información a la Entidad sobre el procedimiento y requisitos que se deben cumplir para la autorización de la dispensación de medicamentos de dispensación hospitalaria, así como de los utilizados en condiciones diferentes de las autorizadas (Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales) y del impreso que se necesita para su autorización, para su traslado a sus proveedores y centros propios o concertados.

4. En el marco de la legislación sanitaria vigente en cada momento, la Entidad promoverá protocolos para la dispensación de medicamentos en modalidad no presencial, garantizando la óptima atención con la entrega, si procede, de los medicamentos en centros sanitarios o, en establecimientos sanitarios autorizados para la dispensación de medicamentos próximos al domicilio del paciente, o en su propio domicilio.

El suministro de los medicamentos hasta el lugar de destino, así como el seguimiento farmacoterapéutico será responsabilidad del servicio de farmacia dispensador. El transporte y entrega del medicamento deberá realizarse de manera que se asegure que no sufre ninguna alteración ni merma de su calidad.

2.9.6 Los tratamientos de terapias avanzadas autorizados en el Sistema Nacional de Salud serán a cargo de la Entidad. Estos tratamientos serán prescritos por facultativo concertado y para su autorización y dispensación deberán someterse al dictamen preceptivo del Comité de Expertos Nacional dependiente del Ministerio de Sanidad, según se especifica en la cláusula 2.12.2.

Asimismo, serán a cargo de la Entidad los tratamientos con hormona de crecimiento prescritos por facultativo concertado y, según se especifica en la cláusula 2.12.3, previo informe favorable del Comité Asesor de la Hormona de Crecimiento y Sustancias Relacionadas adscrito al Ministerio de Sanidad. En los casos de renovación de estos tratamientos, la Entidad garantizará el suministro hasta la emisión del informe por parte del Comité, siempre y cuando el mutualista lo solicite antes de la fecha de caducidad del tratamiento cuya renovación se solicita.

El procedimiento para ambos tratamientos se regula en la cláusula 4.9.

2.9.7 MUFACE remitirá a la Entidad la información pertinente y actualizada sobre los medicamentos con acuerdos específicos de financiación por parte del Ministerio de Sanidad, con independencia de la calificación que tengan, para que las trasladen a los centros propios o concertados para su conocimiento y necesario cumplimiento. En el caso de que aquéllos, conforme con las cláusulas anteriores, fueran a cargo de la Mutualidad, se facturarán en el plazo de un mes desde la fecha de su dispensación y sin que se puedan superar los límites que correspondan, fijados en los referidos acuerdos.

En el caso de los medicamentos con acuerdos de Techo Máximo de Gasto (TMG), previa comunicación del Ministerio de Sanidad MUFACE informará a la Entidad acerca de la fecha en que se ha alcanzado el TMG para algún medicamento y a partir de la cual este se debe dispensar sin coste, para que a su vez lo comuniquen a los hospitales dispensadores.

En estos casos, la Entidad deberá asegurar, en todo momento, la continuidad necesaria en los tratamientos instaurados a los beneficiarios y previamente autorizados por MUFACE sin suponer coste alguno para ésta.

2.9.8 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, sus accesorios y sondas vesicales especiales, así como

otras sondas especiales y productos de ostomía, que no sean dispensables mediante receta de MUFACE, cuando dichos productos hubieran sido debidamente indicados por un especialista de la Entidad.

b) Los dispositivos intrauterinos (DIU) que hayan sido prescritos por un especialista de la Entidad, incluidos los sistemas de liberación intrauterinos (DIUs hormonales) y los pesarios.

c) Las tiras reactivas para la medición en pacientes diabéticos de glucemia, glucosuria y combinadas glucosa/cuerpos cetónicos, así como el glucómetro y las lancetas necesarias, de acuerdo con los criterios y estándares establecidos por las administraciones sanitarias y sociedades científicas. En todo caso, la Entidad deberá proporcionar aquellos productos que a juicio del profesional responsable de la indicación o prescripción se adapten mejor a las necesidades y habilidades del paciente.

d) Las bombas de infusión local para la administración parenteral de insulina y otros fármacos.

e) El material fungible que sea necesario para la administración parenteral de insulina, fármacos antidiabéticos u otros fármacos: las jeringuillas de insulina y las agujas correspondientes, las agujas para inyectores y sistemas precargados de antidiabéticos de administración parenteral que carezcan de ellas, así como el material fungible de las bombas de infusión de insulina.

f) Los sistemas de monitorización de glucosa (tipo flash o de medición continua en tiempo real), siempre y cuando el beneficiario cumpla con los requisitos establecidos por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, y sean prescritos por el médico especialista (pediatra o endocrino) de su Entidad.

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 beneficiario podrá adquirir directamente el producto y solicitar el reintegro a la Entidad.

2.10 Transporte para la asistencia sanitaria.

El transporte para la asistencia sanitaria contemplada en este Concierto incluye las siguientes modalidades:

- a) Transporte sanitario urgente.
- b) Transporte sanitario no urgente.
- c) Transporte en medios ordinarios.

2.10.1 Transporte sanitario urgente. Se considera transporte sanitario el transporte terrestre, aéreo o marítimo, asistido o no asistido, según lo requiera la situación clínica del paciente, en los casos en que sea preciso para su adecuado traslado al centro sanitario que pueda atender de forma óptima la situación de urgencia.

2.10.2 Transporte sanitario no urgente. Se considera transporte sanitario no urgente aquel que consiste en el desplazamiento de enfermos o accidentados que no se encuentran en situación de urgencia o emergencia, y que por causas exclusivamente clínicas están incapacitados para desplazarse en los medios ordinarios de transporte a un centro sanitario para recibir asistencia sanitaria o a su domicilio tras recibir la atención sanitaria correspondiente, y que pueden precisar o no atención sanitaria durante el trayecto. El transporte sanitario no urgente debe ser accesible a las personas con discapacidad.

La cartera de servicios de transporte sanitario no urgente incluye el transporte sanitario asistido, que es el indicado para el traslado de enfermos o accidentados que requieren asistencia técnico-sanitaria en ruta, y el transporte sanitario no asistido, que es el indicado para el traslado especial de enfermos o accidentados que no requieren asistencia técnico-sanitaria en ruta.

A) Tipos de traslados. El transporte sanitario no urgente, según el origen y destino del traslado del paciente, así como por el carácter de periodicidad, comprende los siguientes tipos de traslados:

1. Traslado desde un centro sanitario al domicilio, si fuera necesario, tras el alta hospitalaria o tras atención en un servicio de urgencias.
2. Traslado puntual del paciente desde el domicilio a consultas, centros sanitarios y/o traslado desde centro sanitario al domicilio.
3. Traslados periódicos del paciente desde el domicilio a centros sanitarios y/o traslado desde centro sanitario al domicilio.
4. Traslado del paciente desplazado transitoriamente a un municipio distinto al de su residencia habitual que hubiera recibido asistencia urgente, con o sin ingreso hospitalario, y se decida su traslado al municipio de residencia habitual, bien al domicilio o a otro centro sanitario.

Se entiende por domicilio del paciente el lugar de residencia habitual o temporal, de conformidad con lo dispuesto en la cláusula 1.2.3.

B) Criterios clínicos de indicación de transporte sanitario no urgente. La necesidad de transporte sanitario se justificará mediante la prescripción escrita del correspondiente facultativo que valorará tanto el estado de salud como el grado de autonomía del paciente para poder desplazarse en medios de transporte ordinarios.

La prescripción del transporte se considerará justificada siempre que el paciente cumpla al menos uno de los dos criterios siguientes:

1. Limitación para el desplazamiento autónomo y que requiere el apoyo de terceras personas.
2. Situación clínica del paciente que le impida el uso de medios de transporte ordinario.

Cuando la incapacidad física u otras causas médicas desaparezcan como criterios de indicación de transporte sanitario y los pacientes puedan utilizar los medios de transporte ordinario, conforme al criterio del facultativo manifestado por escrito, el transporte sanitario se suspenderá, independientemente de la duración o tipo de asistencia que se esté llevando a cabo.

C) Compensación de gastos. Cuando el paciente hubiera debido realizar los traslados en taxi o vehículo particular, al no haberse facilitado transporte sanitario por la Entidad pese a haberse solicitado previamente por el interesado, y se cumplan los criterios previstos en la letra B) de esta cláusula, se atenderá el pago de los gastos generados por los desplazamientos en taxi o, de haberse utilizado un vehículo particular, el pago de una ayuda compensatoria por importe de 15 euros por trayecto, más 0,25 euros por kilómetro adicional en desplazamientos interurbanos superiores a 25 kilómetros.

2.10.3 Transporte en medios ordinarios.

A) Tipos de transporte ordinario. Se considera transporte en medios ordinarios, 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 en las ciudades de Ceuta o Melilla, en barco, en avión o helicóptero.

B) Criterios de cobertura. Se tendrá derecho a este tipo de transporte en los siguientes supuestos:

1. Cuando no existan los medios exigidos, de forma que el beneficiario venga obligado a desplazarse desde la localidad en que resida, con carácter temporal o permanente, a la localidad más próxima donde aquellos estén disponibles o a la localidad a la que la Entidad haya derivado al beneficiario, previo consentimiento de este.

2. A servicios de Nivel IV, a Servicios de Referencia y a los Servicios Especiales ubicados en provincia o isla distinta a la de residencia.

3. En los supuestos de traslados necesarios a otra localidad distinta de la de residencia para recibir asistencia sanitaria derivada de accidente en acto de servicio o enfermedad profesional.

C) Valoración de los traslados. Los traslados se valorarán siempre por su coste, en clase normal o turista, en líneas regulares de transporte en autobús, ferrocarril, barco, avión o helicóptero.

D) Transporte del acompañante. Tendrán derecho a los gastos de transporte de acompañante los desplazamientos efectuados, conforme a los párrafos anteriores, por pacientes:

1. Menores de quince años, y en el caso de las ciudades de Ceuta y Melilla y provincias insulares los menores de dieciocho años.

2. Aquellos que acrediten un grado de discapacidad igual o superior al 65%.

3. Residentes en las ciudades de Ceuta y Melilla y las provincias insulares cuando así lo prescriba su médico responsable, en cuyo caso deberán aportar prescripción escrita del facultativo.

2.11 Otras prestaciones.

2.11.1 Podología. Comprende la atención podológica para pacientes con pie diabético así como para pacientes diagnosticados de pie neuropático de etiología distinta a la diabetes.

La atención por el podólogo requiere prescripción médica y autorización previa de la Entidad. El número de sesiones máximo por paciente será de seis al año.

2.11.2 Terapias Respiratorias domiciliarias. Comprende la cobertura de cualquiera de las técnicas oxigenoterapia crónica a domicilio, oxigenoterapia en modalidad ambulatoria y ventilación mecánica a domicilio utilizadas en el SNS, cuando las circunstancias del paciente así lo requieran, incluyendo, entre otros, los concentradores de oxígeno fijos y portátiles, los cilindros de oxígeno comprimidos y el uso de mochilas o dispositivos portátiles de oxígeno líquido.

También se incluye el tratamiento del síndrome de apnea-hipopnea del sueño mediante CPAP, autoCPAP y servoventilador, así como los equipos de monitorización nocturna para su diagnóstico (monitor de apnea, poligrafía cardiorrespiratoria, etc.)

Igualmente se encuentran incluidas en las terapias respiratorias domiciliarias la aerosolterapia con nebulizadores y los equipos de apoyo, como son la pulsioximetría, los asistentes de la tos y los aspiradores de secreciones.

2.11.3 Prestación Ortoprotésica. Están incluidos en la cobertura de este Concierto 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, que estén comprendidos en la oferta de productos ortoprotésicos de los centros y servicios del SNS. También se incluyen la renovación de cualquiera de sus accesorios, incluidos los externos y los materiales utilizados para realizar técnicas de osteosíntesis.

Asimismo se incluyen los estudios de monitorización de acuerdo con lo establecido en la Orden SSI/1356/2015, de 2 de julio, por la que se modifican los anexos II, III y IV del Real Decreto 1030/2006, de 15 septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Quedan excluidos los implantes osteointegrados para prótesis dentarias, excepto cuando los mismos deriven de accidente en acto de servicio o enfermedad profesional y en los supuestos regulados en la cláusula 2.8.3.

La prescripción y adaptación de prótesis externas y demás ortoprótesis que sean objeto de prestaciones a cargo de MUFACE se realizará bajo la indicación y supervisión del correspondiente especialista.

2.11.4 Prestación de la ayuda para morir. Corresponde a la Entidad la cobertura de la prestación de la ayuda para morir, en cualquiera de sus modalidades y sea realizada en centro sanitario o en el domicilio, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabados por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realiza.

2.12 Prestaciones sometidas a dictamen de comités de expertos.

2.12.1 Están sometidas a dictamen de comités de expertos todas aquellas prestaciones para las que así se haya establecido por las disposiciones de aplicación para el Sistema Nacional de Salud, según se especifica en las siguientes cláusulas y conforme al procedimiento previsto en la cláusula 4.9 y en la 7.4.9.

2.12.2 Los tratamientos de terapias avanzadas quedan sometidos al dictamen preceptivo del Comité de Expertos Nacional dependiente del Ministerio de Sanidad, conforme con el procedimiento aprobado al efecto, el 4 de marzo de 2019, por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

2.12.3 Los tratamientos con hormona de crecimiento están sometidos al Comité Asesor de la Hormona de Crecimiento y Sustancias Relacionadas adscrito al Ministerio de Sanidad, conforme con el Convenio suscrito a tal efecto por MUFACE.

2.12.4 Los tratamientos de protonterapia deberán someterse al Comité de expertos previsto en la cláusula 2.13.

2.12.5 Tanto MUFACE como la Entidad de adscripción del paciente estarán vinculados por el contenido del dictamen del correspondiente Comité.

2.13 Comité para la valoración de tratamientos de protonterapia.

2.13.1 El Comité tiene carácter de órgano colegiado consultivo para la aplicación del Concierto, y se compondrá de los siguientes miembros:

- a) Coordinador.
- b) Tres vocales, uno por cada una de las siguientes especialidades médicas:
 - Oncología médica
 - Oncología radioterápica
 - Pediatría (para los casos de tumores en la infancia)

2.13.2 Todos los miembros serán nombrados por la persona titular del Departamento de Prestaciones Sanitarias de MUFACE.

El coordinador será nombrado de entre el personal del Departamento de Prestaciones Sanitarias que tenga la titulación de médico y el mayor nivel de destino. Al Coordinador le corresponde convocar y presidir las reuniones.

Se nombrará también a una persona suplente para cada uno de los miembros del Comité, estos suplentes solo pueden participar en el Comité cuando el vocal titular al que suplen no esté presente. La composición del Comité será estable, excepto cuando se produzca la baja de alguno de sus miembros, que será renovado de forma automática.

2.13.3 Todos los vocales del Comité están obligados a respetar el derecho a la intimidad y la naturaleza confidencial de los datos de carácter personal de pacientes y personas vinculadas por razones familiares o de hecho, así como los datos de los profesionales relacionados con los casos analizados, conforme a lo que dispone la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal y de acceso a la documentación e información clínica.

Asimismo, se encuentran sometidos a los deberes de confidencialidad, discreción y reserva en relación con el contenido de las deliberaciones realizadas en el seno del Comité y, en particular, sobre el contenido de los expedientes sometidos a valoración.

Estos deberes subsisten vigentes indefinidamente después de que se produzca la pérdida, por cualquier causa, de la condición de miembro del Comité.

En caso de algún vocal del Comité tuviera algún interés personal en un expediente deberá abstenerse en la valoración del mismo, de igual manera se procederá si concurriera alguna otra causa de abstención de las previstas en el artículo 23 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

Los vocales percibirán la cantidad de 200 euros por cada expediente que valoren, sin perjuicio de la aplicación de la normativa estatal sobre indemnizaciones por razón del servicio. El abono de estas cantidades se efectuará conforme a lo dispuesto en la cláusula 8.5.4.

2.13.4 El Comité adoptará sus dictámenes consensuadamente. En caso de discrepancia en las valoraciones entre los expertos, el Coordinador del Comité convocará una reunión para llegar a un consenso y decisión final justificada, si no fuera posible se pedirá valoración a los vocales suplentes, adoptándose la decisión por mayoría simple. El coordinador solo emitirá voto en caso de empate. Si la decisión se adopta por mayoría, en el dictamen se hará constar la justificación de la decisión finalmente adoptada.

El dictamen del Comité deberá justificar la decisión adoptada y, en su caso, servirá de motivación para la resolución del expediente en los términos que se establecen en la cláusula 4.9 donde se regula el procedimiento de solicitud de esta prestación.

Tanto MUFACE como la Entidad estarán vinculadas por el contenido del dictamen del Comité.

En lo no previsto sobre el régimen de funcionamiento del Comité, se aplicarán las normas sobre funcionamiento de los órganos colegiados de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

2.14 Prestaciones COVID.

Conforme a la disposición adicional cuarta de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, MUFACE debe garantizar el contenido de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, pero en materia de salud pública, se exceptúan las actuaciones de vigilancia epidemiológica, y las acciones generales de protección y promoción de la salud relacionadas con la prevención y abordaje de las epidemias y catástrofes.

Por ello, corresponde a la Entidad la atención sanitaria de los beneficiarios cuando se considera caso sospechoso de COVID-19 por presentar cuadro clínico de infección respiratoria aguda de aparición súbita de cualquier gravedad u otros síntomas de sospecha de infección por SARS-CoV-2 según criterio clínico, incluida la realización de pruebas diagnósticas de infección aguda (PDIA). Asimismo, la Entidad debe realizar el seguimiento del paciente lo que incluye la realización de nuevas pruebas de diagnóstico pero siempre vinculadas a la atención sanitaria del paciente.

Sin perjuicio de lo anterior, la Entidad realizará pruebas diagnósticas de infección aguda (PDIA) conforme al Protocolo que figura en el Anexo 11.

2.15 Actualización de la Cartera de Servicios del Concierto.

2.15.1 La Cartera de Servicios que se determina en este Capítulo, se actualizará de forma automática por actualización de la Cartera Común de Servicios del SNS.

A través de la Comisión Mixta Nacional, MUFACE facilitará información periódica a la Entidad sobre los proyectos normativos u otras disposiciones que afecten al contenido de la Cartera Común de Servicios del SNS. Además, también comunicará la fecha en que deban hacerse efectivos los cambios o variaciones en la Cartera de Servicios del Concierto, por la actualización de la Cartera Común de Servicios del SNS, en aquellos casos en que la norma fije un periodo transitorio.

Se actuará de igual manera y formarán parte de la Cartera de Servicios del presente Concierto en el caso de aquellos servicios, técnicas o procedimientos que no estén

detallados en la Cartera Común de Servicios del SNS pero que se estén realizando en al menos un tercio (6) de los Servicios Públicos de Salud.

2.15.2 La incorporación de nuevos servicios, técnicas o procedimientos a la Cartera de Servicios o la exclusión de los ya existentes que no se correspondan con la Cartera Común de Servicios del SNS, y que tengan un carácter relevante, se efectuará por Resolución de la Dirección General de la Mutualidad, previa audiencia de las entidades firmantes del Concierto, y se procederá, en su caso, conforme con las disposiciones sobre modificación de contratos establecidas en la normativa vigente sobre contratación del sector público.

Lo dispuesto en el párrafo anterior no se aplicará a la prestación farmacéutica, que se regirá por su propia normativa. Tampoco se aplicará a los servicios, técnicas o procedimientos que supongan un cambio menor de otros ya existentes o incorporen dispositivos o productos con modificaciones técnicas menores, salvo que por las evidencias científicas y/o las repercusiones bioéticas y sociales, la Dirección General de MUFACE considere oportuno limitar su incorporación a la Cartera de Servicios para indicaciones concretas, elaborando el correspondiente protocolo.

CAPÍTULO 3

Medios de la entidad

3.1 Normas generales.

3.1.1 A los efectos de la aplicación de este Concierto, se considera que los medios de la Entidad son los servicios, propios o concertados, asignados para la asistencia sanitaria de los beneficiarios de la misma. A los fines asistenciales de este Concierto los medios de la Entidad son los siguientes:

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 y servicios propios de la Entidad o concertados por la misma, bajo cualquier régimen jurídico, así como los centros y servicios privados no concertados, conforme a lo previsto en el Anexo 3 (punto 3.6.3), que quedan asimilados a los medios de la Entidad.

c) El Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias de la Entidad accesible a través de un teléfono gratuito y único para todo el territorio nacional, disponible las 24 horas de todos los días al año, que canalizará la demanda de urgencias y emergencias sanitarias, garantizando la accesibilidad y coordinación de los recursos disponibles para este tipo de atención.

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 el Anexo 2, y en los supuestos previstos en los puntos 2.5, 2.6 y 2.7 del Anexo 3, quedan asimilados a los medios de la Entidad.

e) Medios de que disponga otra Entidad y que queden adscritos, mediante subconcierto con la Entidad, a los fines de este Concierto.

f) Plataformas de Telemedicina: Podrán ser habilitadas por las entidades diferentes sistemas de consulta no presencial (on-line/telefónica) sin que en ningún caso puedan suponer una sustitución de la consulta presencial a efectos de los criterios de disponibilidad de medios fijados en el Anexo 3.

3.1.2 La Entidad podrá coordinar sus dispositivos de emergencias sanitarias con otros centros coordinadores de urgencias y emergencias, incluidos aquellos dependientes de otras administraciones sanitarias.

3.1.3 La Entidad deberá habilitar los medios necesarios (correo postal o electrónico, teléfono, página web, etc.) para que el beneficiario pueda realizar las comunicaciones previstas en el Capítulo 5 y solicitar las autorizaciones del anexo 5, durante las 24 horas

del día, todos los días del año, y que permitan dejar constancia de dichas comunicaciones.

3.1.4 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 estarán debidamente autorizados conforme a lo dispuesto en el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, en la normativa autonómica vigente y, en su caso, en la normativa específica que regule su 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, y estar colegiados de acuerdo a las normas que a tal efecto establezca la Organización Colegial correspondiente. La Entidad deberá tener registrado y actualizado el número de colegiado de cada profesional incluido en su Catálogo de Proveedores.

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

3.1.5 La Entidad garantizará que todos los medios que haga constar en su Catálogo de Proveedores dispongan de acceso a medios electrónicos suficientes para integrarse en las acciones contempladas en la cláusula 6.2, así como en otros programas y actuaciones conducentes a la mejora de la calidad asistencial y de la salud.

3.1.6 La Entidad facilitará el acceso a los centros y servicios que consten en su Catálogo de Proveedores, a fin de que MUFACE pueda comprobar la adecuación de estos medios respecto a la oferta de servicios realizada.

3.1.7 La Entidad, sobre la base de los informes médicos u otros documentos que previamente le sean remitidos por MUFACE, deberá emitir un informe detallado de los medios de los que dispone para prestar una asistencia concreta a un beneficiario.

3.1.8 La Entidad, en la concertación con los medios, promoverá acciones encaminadas a evitar actuaciones de aquellos que supongan diferencia de trato a los beneficiarios del Concierto, en relación con el resto de usuarios, especialmente respecto al acceso a la asistencia o al contenido de la misma.

3.1.9 La Entidad no realizará acciones encaminadas a promover el cambio de adscripción a entidad distinta del mutualista por causas debidas a su patología.

3.2 Criterios de disponibilidad de medios.

3.2.1 Las prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios que debe facilitar la Entidad se estructurarán territorialmente por niveles asistenciales, determinados por el tamaño de población (de acuerdo con las últimas cifras oficiales publicadas por el Instituto Nacional de Estadística) y por el colectivo protegido residente, entre otros criterios.

3.2.2 De conformidad con lo establecido en la cláusula 2.1 del presente Concierto, se distinguen los siguientes niveles asistenciales:

a. El nivel de Atención Primaria, cuyo marco geográfico y poblacional es el municipio y en el que se establece como principio de actuación de la Entidad la garantía de la atención sanitaria.

b. El nivel de Atención Especializada será accesible en municipios o agrupaciones con población a partir de 20.000 habitantes relacionados en el punto 3 del Anexo 3.

El marco geográfico y poblacional de los niveles I y II es el municipio, el del Nivel III es la provincia y el del Nivel IV es la Comunidad Autónoma.

c. Los Servicios de Referencia y los Servicios Especiales, cuyo marco geográfico y poblacional es el territorio nacional.

3.2.3 Cada nivel asistencial incluye todos los servicios de los niveles inferiores. En el Anexo 3 se establecen los criterios de disponibilidad de medios por niveles asistenciales y se detallan estos.

3.2.4 Garantía de accesibilidad a los medios. La Entidad debe garantizar el acceso a los medios que en cada nivel asistencial exige la Cartera de Servicios en los términos establecidos en el Anexo 3.

Si no existieran medios ni privados ni públicos en el correspondiente nivel asistencial, la Entidad deberá facilitarlos donde estén disponibles, priorizando criterios de cercanía al domicilio del beneficiario y asumiendo el coste de los gastos de transporte conforme a la cláusula 2.10.

Si existieran medios disponibles en el nivel asistencial correspondiente, la Entidad se obliga a facilitar el acceso de los beneficiarios a alguno de los existentes en el referido nivel, gestionando directamente con el proveedor el acceso y el abono de los gastos.

En caso de que la Entidad no ofertara ningún recurso válido, el beneficiario podrá acudir a los facultativos o centros de su elección existentes en el marco geográfico del referido nivel, debiendo la Entidad asumir directamente los gastos que pudieran facturarse.

Sin perjuicio de lo anterior, la Entidad podrá realizar una oferta asistencial fuera del nivel asistencial que, siempre y cuando sea aceptada por el mutualista, se considerará válida.

3.2.5 Garantía de tiempo máximo de acceso a la atención.

A) Definición y procedimiento. La Entidad debe garantizar el acceso a cualquiera de los medios concertados en el Nivel asistencial que corresponda en el tiempo máximo que se detalla en el punto 6 del Anexo 3 para cada tipo de atención, prueba diagnóstica, procedimiento terapéutico e intervención quirúrgica programada.

En el supuesto de que el beneficiario no hubiera podido obtener una cita para alguna asistencia, en los términos previstos en el punto 6 del Anexo 3, por los distintos medios concertados disponibles en el correspondiente Nivel asistencial, deberá ponerlo en conocimiento de la Entidad por cualquier medio que permita dejar constancia de la actuación.

En el plazo de cinco días, la Entidad adoptará las medidas organizativas necesarias para asegurar el acceso del beneficiario a la atención requerida, facilitando una cita concreta, dentro del tiempo máximo de acceso que se contabilizará en días naturales, a partir de la fecha de la solicitud a la Entidad.

En ningún caso, será exigible la asistencia por un especialista, servicio o centro concreto dentro de un tiempo máximo, ya que el plazo de asistencia por medios concretos queda condicionado por su situación o volumen de demanda específico.

B) Pérdida de efectos de la garantía. La garantía de tiempo máximo de acceso quedará sin efecto cuando el beneficiario:

1. Deje de tener la indicación que justificaba la atención.
2. Renuncie voluntariamente a la atención por los servicios asignados para la asistencia precisa en el tiempo máximo de acceso, optando por la atención a través de otros servicios de su elección.
3. No hubiera optado, en el plazo de cinco días, por alguna de las alternativas ofertadas por la Entidad o hubiera rechazado el/los centro/s alternativo/s ofertado/s para la realización de la asistencia.
4. No se presente, sin motivo justificado, a la citación correspondiente en el centro o servicio que se hubiera facilitado por la Entidad.
5. Retrase la atención sin causa justificada.

C) Suspensión de la garantía. Se producirá una suspensión de la garantía de tiempo máximo de acceso, que conllevará la interrupción del cómputo del plazos máximo, en los siguientes supuestos:

1. Cuando el beneficiario lo solicite y siempre que alegue causas debidamente justificadas, tales como nacimiento o adopción de hijo, matrimonio, fallecimiento o enfermedad grave de un familiar o cumplimiento de un deber inexcusable de carácter personal durante los días que resulten indispensables para atenderlo.

2. Cuando concurra causa clínica que justifique el aplazamiento del proceso de atención.

3. En caso de acontecimientos catastróficos, epidemias, huelgas o disfunciones graves que afecten a uno o más centros o servicios sanitarios.

El cómputo del tiempo máximo de acceso se reanudará una vez desaparezcan las circunstancias que hubiesen motivado la interrupción del plazo.

3.3 Telemedicina.

Las diferentes modalidades de consulta no presencial que puede establecer la Entidad podrán ser:

a) Consulta telefónica como opción adicional para el mantenimiento del nivel de servicio asistencial, pudiendo ser realizadas las 24 horas del día.

b) Consulta a través de los chatbots asociados a las aplicaciones móviles de las entidades aseguradoras.

c) Servicio de videoconsultas a través de internet o de dispositivos móviles.

d) Otras modalidades que puedan crearse como modalidad no presencial.

3.4 Catálogo de Proveedores.

3.4.1 El Catálogo de Proveedores contiene la relación detallada de los medios de la Entidad y la información necesaria para que los beneficiarios puedan utilizar dichos medios.

También figurarán las delegaciones provinciales u otro tipo de oficinas de que disponga la Entidad, o en su defecto, recogerá los datos de la oficina virtual y procedimiento de actuación de la misma.

3.4.2 En el Catálogo deben figurar sin exclusiones todos los facultativos y centros asistenciales propios o concertados por la Entidad que se hayan hecho constar en la base de datos aportada para la suscripción de este Concierto, con el formato y en los términos que se recogen en el punto 4 del Anexo 6, así como los Servicios de Telemedicina y otros canales de relación entre el médico y paciente.

3.4.3 La Entidad podrá determinar que en su cuadro médico aparezcan como consultores determinados facultativos para áreas específicas y complejas de su especialidad, siempre que dicha especialidad disponga de especialistas no consultores.

3.4.4 Cuando un beneficiario sea atendido por un profesional que forme parte del equipo de un facultativo o servicio concertado incluidos en el Catálogo se entenderá que forma parte de los medios de la Entidad y deberá ser incluido con la mayor brevedad posible en la tabla de profesionales sanitarios prevista en el Anexo 6 y en la página web de la Entidad.

3.4.5 El Catálogo será específico para MUFACE y único para toda la vigencia del Concierto, tendrá ámbito provincial y se adaptará a los niveles asistenciales establecidos en el Concierto.

3.4.6 La Entidad editará el Catálogo en soporte electrónico, de acuerdo con las instrucciones que se detallan en el Anexo 4, que tendrá, un formato común de obligado cumplimiento, al objeto de que su tratamiento sea homogéneo entre las distintas entidades concertadas.

3.4.7 Cuando se detecte que algún Catálogo no se identifica con la imagen corporativa de la Entidad o en su elaboración no se ha atendido al formato común de obligado cumplimiento establecido en el Anexo 4, MUFACE comunicará este incumplimiento a la Entidad, que dispondrá de un plazo de diez días naturales para

subsanan los defectos detectados y entregar en el Servicio o Servicios Provinciales y en los Servicios Centrales de MUFACE la nueva edición del Catálogo.

3.5 Responsabilidad de edición y entrega del Catálogo de Proveedores e información en la página web de la Entidad.

3.5.1 Antes del día 20 del mes anterior al de inicio de la vigencia del Concierto, la Entidad deberá entregar en formato electrónico en los Servicios Centrales y Servicios Provinciales de MUFACE los catálogos de proveedores de la Entidad correspondientes a todas las provincias. Asimismo, a partir del primer día de vigencia del Concierto, facilitará a los beneficiarios que tenga adscritos y lo soliciten el Catálogo de Proveedores de la correspondiente provincia en formato electrónico o, a elección del beneficiario, en edición de papel, mediante su envío a la dirección electrónica o, en su caso, postal que indique el interesado o poniéndolo a su disposición en los locales y delegaciones de la Entidad. La entrega deberá efectuarse en un plazo no superior a siete días naturales desde la solicitud.

3.5.2 La Entidad en su página web debe disponer de una sección específica que informe a los beneficiarios de MUFACE sobre el contenido de los catálogos correspondientes a todas las provincias, incluido el número de teléfono del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias de la Entidad, previsto en la cláusula 3.1.1 c), diferenciándolo claramente de otros números de teléfono de información o de servicios de la Entidad.

Para evitar confusiones con las prestaciones ofrecidas a asegurados ajenos al presente Concierto, esta información deberá aparecer en una sección específica de MUFACE perfectamente identificable y accesible e incluir para cada provincia los contenidos que aparecen especificados en el Anexo 4. La información de la página web deberá actualizarse siempre que existan modificaciones, según lo establecido en la cláusula 3.6, haciendo constar la fecha de la última modificación.

La Entidad deberá publicitar en su página web los servicios y prestaciones adicionales ofertados, conforme a la cláusula 6.3.4 y el punto 2.3.1 del Anexo 8, con indicación de su contenido y condiciones de acceso, así como, en su caso, el precio y la rebaja que éste supone respecto al precio ofertado al público en general.

3.5.3 En el supuesto de que la Entidad no cumpliera lo establecido en los dos apartados 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 En el mismo plazo que el fijado en la cláusula 3.5.1, cuando por el cambio de Concierto se produzcan bajas de centros o servicios hospitalarios en los Catálogos, la Entidad deberá entregar en los Servicios Centrales y en cada Servicio Provincial afectado un documento donde se haga constar el detalle a nivel provincial de los centros y servicios hospitalarios que han dejado de estar concertados.

En el caso de que la entidad no procediera a hacer la referida entrega o haciéndola no incluyera a un determinado centro o servicio, se entenderá que el mismo continúa concertado.

3.6 Oferta de medios.

3.6.1 La oferta de medios de la Entidad debe mantenerse estable para garantizar la continuidad asistencial de los pacientes y evitar la transferencia de riesgos entre entidades.

3.6.2 Las bajas que se deban al fallecimiento o incapacidad del facultativo para el ejercicio de su profesión, por cese de actividad o traslado a otro municipio, a petición del especialista o centro, no requerirán de acreditación o justificación previa a la Mutualidad y no requerirán ser sustituidas siempre que se cumplan los criterios de disponibilidad de medios.

3.6.3 Las bajas de algún medio por otras causas, deberán ser acreditadas y justificadas ante la Mutualidad, la cual determinará si la Entidad está obligada a sustituir al profesional o centro.

Si la baja afecta a centros o servicios, MUFACE podrá solicitar a la Entidad la remisión de la relación de beneficiarios que están siendo atendidos en dichos centros o servicios

3.6.4 La Entidad deberá remitir en formato electrónico las variaciones que, en consecuencia, se produzcan en el registro de medios sanitarios del punto 4 del Anexo 6. Asimismo, la Entidad deberá editar una adenda al catálogo de proveedores que incorpore las modificaciones producidas, la cual será publicada en la Web de la Entidad.

3.6.5 La falta de disponibilidad de medios por parte de la Entidad dará lugar a la aplicación de las deducciones fijadas en el Anexo 8 conforme a los términos establecidos en el mismo.

3.7 Principio de continuidad asistencial.

3.7.1 Independientemente de lo previsto en la cláusula 3.6.5, si se produce la baja de algún profesional del Catálogo, la Entidad garantizará la continuidad asistencial con el mismo facultativo a los pacientes en tratamiento de procesos patológicos graves durante los seis meses siguientes a la fecha en que la baja se hubiera producido, siempre que el facultativo pueda continuar el ejercicio de su profesión y hubiese conformidad por su parte.

3.7.2 Si la baja se refiere a un centro sanitario o servicio hospitalario, la Entidad garantizará a los pacientes que están siendo atendidos de un determinado proceso patológico la continuidad del tratamiento del mismo en ese centro o servicio, durante todo el tiempo que persista la necesidad del mismo o hasta que se haya obtenido el alta del proceso. Dicha continuidad asistencial se realizará en cualquier caso por un período máximo de un año siempre que la Entidad disponga de una alternativa asistencial válida para tratar ese proceso patológico.

3.7.3 La Entidad deberá informar por escrito a cada uno de los pacientes afectados, sobre su derecho a mantener el tratamiento y la continuidad asistencial en dicho centro o servicio, con cargo a la Entidad, de acuerdo con lo previsto en la cláusula anterior en un plazo no superior a siete días naturales, a contar desde la fecha de la baja del centro o servicio.

3.7.4 Cuando por el cambio de Concierto se produzcan bajas de centros o servicios hospitalarios en las especialidades de Oncología y Psiquiatría, así como de los servicios de diálisis, con respecto al Catálogo de Proveedores de 2021, el período máximo previsto en la cláusula 3.7.2 será de 24 meses, en idénticas condiciones que la misma prevé, así como las establecidas sobre el deber de información en la cláusula 3.7.3.

3.7.5 Cuando a la finalización de este Concierto la Entidad suscriba el Concierto de asistencia sanitaria en territorio nacional que lo sustituya, deberá atender las obligaciones previstas en esta cláusula 3.7.

CAPÍTULO 4

Normas de utilización de los medios de la entidad

4.1 Norma general.

Los beneficiarios deberán recibir la asistencia a través de los medios de la Entidad definidos en la cláusula 3.1.1 y podrán elegir libremente facultativo y centro de entre los que figuran en los catálogos de proveedores de la Entidad en todo el territorio nacional.

4.2 Identificación.

El beneficiario deberá acreditar su derecho a la asistencia sanitaria mediante la presentación de la tarjeta sanitaria individual o cualquier medio de identificación que le

facilitará la Entidad de acuerdo con lo previsto en la cláusula 1.5, o en su caso, el documento acreditativo de su condición de beneficiario de MUFACE.

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 DNI u otro documento que acredite su personalidad y presentar aquella documentación en el plazo máximo de 48 horas.

4.3 Mutualistas no adscritos a Entidad y sus beneficiarios.

En el supuesto previsto en la cláusula 1.3.3, la Entidad prestará la asistencia a los mutualistas y sus beneficiarios. En el plazo de los cinco días naturales siguientes, la Entidad notificará los hechos a MUFACE para que proceda al alta del mutualista en la Entidad con efectos del quinto de los citados días y al abono de los gastos de la asistencia prestada hasta la fecha de efectos del alta.

4.4 Procedimiento de acceso y prestación de la asistencia en consulta.

El beneficiario se dirigirá directamente al médico elegido de Atención Primaria y/o Especializada para recibir la asistencia que precise presentando la correspondiente tarjeta sanitaria. Además, para acudir a las consultas de las especialidades que deben estar disponibles desde el Nivel IV (descritas en la tabla 1 del punto 3.9 del Anexo 3) y para las de los médicos consultores se necesitará la prescripción de otro facultativo especialista y la autorización de la Entidad.

Asimismo, será necesario obtener autorización previa de la Entidad para el acceso a las consultas de especialidades previstas en el punto 3.6.3 del Anexo 3, conforme lo dispuesto en el Anexo 5.

4.5 Procedimiento de acceso y prestación en asistencia domiciliaria.

4.5.1 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.
- d) Cuando se establezcan mecanismos específicos por la Entidad.

4.5.2 La asistencia domiciliaria a estos pacientes 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.

4.6 Procedimiento de acceso y prestación en asistencia de urgencia y emergencia.

4.6.1 Cuando el beneficiario precise atención de urgencia o de emergencia sanitaria deberá solicitarla marcando el teléfono 900.../800... gratuito de la Entidad que consta en su tarjeta sanitaria, en el Catálogo de Proveedores y en la página web de la misma, y que le dé acceso de forma inmediata al Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias de la Entidad destinado a garantizar la accesibilidad y coordinación de todos los medios disponibles para este tipo de atención las 24 horas del día de todos los días del año, en todo el territorio nacional.

4.6.2 Igualmente, en el teléfono de atención de urgencia y emergencia o en el de información de la Entidad, el beneficiario podrá recabar información sobre los medios de atención de urgencias hospitalarias, ambulatorios y de Atención Primaria de que dispone

la Entidad en que pueden ser atendidos, y en general sobre cualquier otro aspecto relacionado con esta modalidad asistencial.

4.6.3 La asistencia urgente también podrá requerirse en los Servicios de Urgencia de Atención Primaria y Especializada de la Entidad, o bien directamente a los facultativos de medicina general, pediatría y enfermería de la Entidad en sus horarios de consulta.

4.7 Procedimiento de acceso y prestación de asistencia en régimen de hospitalización.

4.7.1 La asistencia en régimen de hospitalización comprende la asistencia médico-quirúrgica incluida la realización de los tratamientos y procedimientos diagnósticos que precisen los pacientes que requieren cuidados continuados en régimen de hospitalización, así como los servicios hoteleros básicos inherentes a la misma.

4.7.2 Los beneficiarios que precisen asistencia en régimen de hospitalización deberán solicitar autorización previa de la Entidad, conforme a lo dispuesto en el Anexo 5, aportando la preceptiva prescripción del médico de la Entidad con indicación del centro hospitalario. En los ingresos efectuados a través de los servicios de urgencia esta tramitación deberá efectuarse en el plazo más breve posible.

4.7.3 En el caso que un beneficiario se encuentre ingresado en un centro hospitalario ajeno a la Entidad por una situación de urgencia, puede solicitar su ingreso en un centro concertado de la Entidad para la continuidad de la asistencia sin que sea necesaria la prescripción de un médico de la Entidad, para ello además de la solicitud deberá aportar el informe médico del proceso por el que está siendo atendido.

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

4.7.5 La hospitalización se efectuará en habitación individual con baño o ducha y cama de acompañante. En ningún caso podrán excluirse habitaciones que formen parte de la capacidad de alojamiento del centro concertado. MUFACE podrá autorizar que la Entidad disponga en su Catálogo de Proveedores de centros hospitalarios que no cumplan este requisito. En los supuestos de hospitalización psiquiátrica no se exige cama de acompañante.

4.7.6 La Entidad cubre todos los gastos médico-quirúrgicos durante la hospitalización del paciente desde su ingreso hasta el alta hospitalaria, incluyendo el tratamiento farmacológico y la alimentación del paciente según dieta prescrita.

4.7.7 Tipos de hospitalización.

A) Hospitalización de día:

a) Comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación, destinadas a pacientes que requieren cuidados especializados continuados, incluida la cirugía mayor ambulatoria, pero que no precisan que el paciente pernocte en el hospital.

b) Serán por cuenta de la Entidad todos los gastos de hospitalización que se puedan producir en el centro sanitario durante la estancia en el mismo para la realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos.

B) Hospitalización en centros o unidades de media y larga estancia. Este tipo de hospitalización está destinada especialmente a pacientes con deterioro funcional o afectos de procesos crónicos y/o patologías asociadas al envejecimiento que, una vez superada la fase aguda de la enfermedad, precisan cuidados sanitarios continuos médico quirúrgicos, de rehabilitación y de enfermería, hasta su estabilización.

C) Hospitalización domiciliaria:

a) Comprende el conjunto de tratamientos y cuidados sanitarios proporcionados en el domicilio del paciente, de una complejidad, intensidad y duración comparables a las

que recibiría ese mismo paciente en el hospital convencional, y que por esos motivos no pueden ser asumidos por el nivel de Atención Primaria.

b) La hospitalización domiciliaria podrá llevarse a cabo en aquellos casos en que el estado del enfermo lo permita.

c) Durante esta hospitalización, la responsabilidad del seguimiento del paciente corresponde a la Unidad de Hospitalización a Domicilio (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.

d) 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.

e) El ingreso en la UHD estará sujeto a los mismos requisitos que el ingreso en un hospital, recibiendo las mismas atenciones que hubiera recibido de estar ingresado en un hospital. La documentación clínica correspondiente a dichas atenciones se cumplimentará con los mismos criterios que en la hospitalización convencional.

f) La UHD informará por escrito al paciente y su familia acerca de cómo contactar con la unidad a cualquier hora del día, con el objeto de 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.

g) Mientras el paciente permanezca ingresado en la UHD, correrán por cuenta de la Entidad y no podrán ser imputadas ni al beneficiario ni a MUFACE, todas las atenciones y productos que precise el paciente, 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.

D) Hospitalización por maternidad. En el momento del ingreso, o en todo caso antes del alta hospitalaria, deberá presentarse en el centro hospitalario la autorización de la Entidad. A efectos de la asistencia al recién nacido se tendrá en cuenta lo dispuesto en la cláusula 1.3.2.

Si la práctica de la ligadura de trompas se decidiera en el mismo momento del parto sin haberse indicado en la prescripción del ingreso, los gastos causados por este concepto serán también a cargo de la Entidad.

E) Hospitalización psiquiátrica. Comprende la asistencia psiquiátrica de todos los procesos tanto agudos como crónicos que precisen ingreso hospitalario u hospitalización de día.

Igualmente, se incluye el ingreso de aquellos pacientes psiquiátricos en centros o unidades de media y larga estancia cuando una vez superada la fase aguda del proceso y la evolución no sea satisfactoria, precisen un mayor grado de estabilización y recuperación para su integración en su medio familiar y/o social.

El ingreso deberá realizarse en centros concertados por la Entidad, sin perjuicio de lo establecido en la cláusula 3.2.4 y en el punto 3.6.3 del Anexo 3.

No obstante lo dispuesto en el párrafo anterior, si el ingreso se hubiera producido, con anterioridad a 1 de enero de 2015, en un centro no concertado por causas clínicas justificadas sin autorización previa de la Entidad, la misma abonará al interesado los gastos de hospitalización hasta el alta hospitalaria, con el límite de 87 euros por día. El reintegro deberá efectuarse dentro de los 10 días naturales siguientes a la fecha en que se presenten los justificantes de dichos gastos ante la Entidad.

4.8 Requisitos adicionales para la utilización de medios.

4.8.1 En los casos expresamente previstos en el 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 profesionales sanitarios que prescriban o realicen las pruebas diagnósticas o tratamientos que precisen autorización, deberá informar de la existencia de este requisito al beneficiario.

4.8.2 En ningún caso se denegará una solicitud de un medio diagnóstico o terapéutico incluido en la Cartera de Servicios establecida en este Concierto, indicado por un facultativo de la Entidad. Excepcionalmente podrá solicitarse del facultativo un informe complementario motivado de indicación de la prestación solicitada.

4.8.3 A los efectos del párrafo anterior, cuando no se cumplan los requisitos de disponibilidad de medios previstos en el presente Concierto en el nivel correspondiente, será válida la prescripción de facultativo no concertado, que será acompañada siempre de informe motivado de indicación de la prestación solicitada.

4.8.4 No podrán efectuarse con cargo al beneficiario las pruebas no autorizadas si no se le ha informado antes de la necesidad de tal autorización previa. Tampoco serán a cargo del beneficiario los actos médicos o quirúrgicos realizados en el momento de la consulta cuando no haya existido tiempo para obtener su autorización por la Entidad.

4.8.5 El Anexo 5 contiene una relación exhaustiva de los supuestos de utilización de los medios que precisan autorización previa de la Entidad, así como el procedimiento para su obtención.

4.9 Procedimiento de acceso a tratamientos sometidos a dictamen de Comités.

4.9.1 La cláusula 2.12 somete los tratamientos de terapias avanzadas, de hormona de crecimiento y de protonterapia al dictamen de Comités.

4.9.2 El acceso al tratamiento de terapias avanzadas será solicitado por el/la especialista que trate al paciente mediante la cumplimentación de la solicitud de valoración y del informe clínico del paciente, en los modelos normalizados para el SNS.

Esta documentación, una vez recibida, será remitida por MUFACE al Comité de Expertos Nacional para su valoración:

a) Si la decisión es no favorable, se dictará resolución desestimatoria por la Dirección General de Muface. Asimismo, la Entidad dará traslado al especialista que inició el procedimiento para que, a su vez, informe al paciente de la decisión del Comité.

b) Si la decisión es favorable, una vez comunicada la decisión al especialista solicitante, la Entidad comenzará la gestión del traslado al centro designado de forma inmediata.

4.9.3 El acceso al tratamiento con hormona de crecimiento será solicitado por el/la titular en el Servicio Provincial de MUFACE de adscripción acompañando los informes en los modelos normalizados para el SNS debidamente cumplimentados por el /la facultativo prescriptor. Esta documentación, una vez recibida, será remitida por MUFACE al Comité Asesor de la Hormona de Crecimiento y Sustancias Relacionadas para su valoración:

a) Si la decisión es no favorable, se dictará resolución desestimatoria por la Dirección General de MUFACE.

b) Si la decisión es favorable o recomienda el tratamiento, el Servicio Provincial de MUFACE comunicará a la Entidad la decisión para que proceda a autorizar la dispensación del tratamiento.

4.9.4 El acceso al tratamiento de protonterapia se inicia cuando, tras prescripción por oncólogo u oncólogo radioterápico es analizado el caso clínico en el correspondiente Comité de Tumores del Hospital correspondiente, siendo el paciente perteneciente a MUFACE y de adscripción privada. Si el Comité confirma la indicación de esta terapia,

el/la facultativo remitirá a la Entidad la solicitud de valoración y del informe clínico del paciente, en los modelos normalizados, para su traslado a MUFACE que, a su vez, la enviará anonimizada a los expertos del Comité para su valoración.

a) Si la decisión es no favorable, se dictará resolución desestimatoria por la Dirección General de Muface. Asimismo, la Entidad dará traslado al especialista que inició el procedimiento para que, a su vez, informe al paciente de la decisión del Comité.

b) Si la decisión es favorable o recomienda el tratamiento, el Servicio Provincial de MUFACE comunicará a la Entidad la decisión para que proceda a autorizar la dispensación del tratamiento, habilitando, en su caso, el procedimiento que corresponda.

4.10 Hospitales privados no concertados.

El acceso a los servicios en centros privados no concertados, según lo previsto en el punto 3.6.3 del Anexo 3, requerirá autorización previa de la Entidad conforme a lo establecido en el punto 1.7 del Anexo 5.

CAPÍTULO 5

Utilización de medios no concertados

5.1 Norma general.

De conformidad con lo establecido en los artículos 17 de la LSSFCE y 78 del RGMA, 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.

5.2 Denegación injustificada de asistencia.

5.2.1 De acuerdo con lo previsto en el artículo 78.1 del RGMA, se produce denegación injustificada de asistencia en los siguientes casos:

a) Cuando la Entidad no autorice o no ofrezca una solución asistencial válida antes de que concluya el quinto día hábil siguiente a la fecha de solicitud del beneficiario de alguna de las prestaciones o servicios recogidas en el Anexo 5, en el nivel que corresponda, y que haya sido prescrita por un médico concertado, o deniegue una prestación incluida en la Cartera de Servicios cubierta por este Concierto. La respuesta de la Entidad deberá realizarse por escrito o por cualquier otro medio que permita dejar constancia de la misma.

b) Cuando la Entidad no cumpla con las exigencias de disponibilidad de medios previstos en el presente Concierto. En este supuesto, el beneficiario podrá acudir a los facultativos o centros que existan en el referido nivel de conformidad con lo estipulado en la cláusula 3.2.4.

c) Cuando el beneficiario solicite autorización a la Entidad para acudir a un facultativo o centro no concertado (previa prescripción por escrito de un facultativo de la Entidad con exposición de las causas médicas justificativas de la necesidad de remisión al medio no concertado) y la Entidad ni lo autorice ni ofrezca una alternativa asistencial válida con sus medios antes de que concluya el décimo día hábil siguiente a la presentación de la solicitud de autorización.

d) Cuando un beneficiario haya acudido o esté ingresado en un centro de la Entidad para recibir asistencia y según criterio del facultativo que le atiende no existan o no estén disponibles los recursos asistenciales necesarios. En este supuesto se presume que se produce una situación de denegación injustificada de asistencia cuando desde el medio de la Entidad se haya remitido al paciente a centro no concertado.

e) Cuando el beneficiario esté ingresado en un centro no concertado a causa de una situación médica que requiera una atención inmediata de urgencia, y éste (o los familiares o terceros responsables) lo comunique a la Entidad dentro de las 48 horas posteriores al ingreso y no le ofrezca una solución asistencial válida antes de que concluyan las 48 horas siguientes a la comunicación, bien comprometiéndose a asumir los gastos que se ocasionen, bien gestionando su traslado a un centro de la Entidad, propio o concertado, siempre que el traslado sea médicamente posible.

La solicitud a la Entidad se realizará por un medio que permita dejar constancia de la misma (preferiblemente a través de su Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias) e incluirá una breve descripción de los hechos y circunstancias en que se ha producido el ingreso.

f) Cuando la Entidad, previa comunicación del beneficiario, no cumpla con la garantía de tiempo máximo de acceso a la atención, conforme a la cláusula 3.2.5 y el punto 6 del Anexo 3, ya sea porque no facilite la cita en el plazo de cinco días, o porque la fecha de esta no sea dentro del tiempo máximo de acceso.

5.2.2 Obligaciones de la Entidad:

a) En cualquiera de los supuestos de denegación injustificada de asistencia descritos en la cláusula 5.2.1, la Entidad viene obligada a asumir los gastos derivados de la asistencia.

En el supuesto contemplado en su letra e), si la Entidad ha ofrecido una solución asistencial válida en el plazo establecido el beneficiario deberá hacerse cargo de los gastos ocasionados por la asistencia hasta su traslado al centro propio o concertado.

b) Cuando la Entidad ofrezca medios propios o concertados, la oferta debe ser gestionada por la Entidad, especificando además el nombre del facultativo, servicio o centro que vaya a asumir la asistencia y que pueda llevar a cabo la técnica diagnóstica o terapéutica prescrita.

c) Cuando el beneficiario haya acudido a medios no concertados a consecuencia de una denegación de asistencia ocasionada porque la Entidad no ha ofrecido una alternativa asistencial válida en los plazos establecidos en la cláusula 5.2.1, o porque haya autorizado la remisión a un facultativo o centro no concertado, la Entidad debe asumir, sin exclusiones, los gastos ocasionados por el proceso asistencial hasta el alta del mismo. No obstante, transcurrido un año desde la denegación de asistencia o desde la fecha de la última autorización, el beneficiario deberá solicitar a la Entidad la renovación de la continuidad de la asistencia, a fin de que, antes de que concluya el décimo día hábil siguiente a la presentación, la autorice u ofrezca una alternativa asistencial válida con sus medios, conforme a las especificaciones que se establecen en el punto b) anterior.

d) Cuando la Entidad reciba del beneficiario la comunicación de la asistencia prestada en medios ajenos por alguna de las circunstancias previstas en la cláusula 5.2.1, realizará las gestiones oportunas ante el proveedor para que emita la correspondiente factura a nombre de la Entidad y hacerse cargo de los gastos ocasionados por dicha asistencia.

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

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

5.3 Asistencia urgente de carácter vital en medio no concertado.

5.3.1 A los fines previstos en el artículo 78.1 del RGMA, se considera situación de urgencia de carácter vital aquella en que se haya producido una patología cuya naturaleza y síntomas hagan presumible 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 medio ajeno al que se dirija o sea trasladado el paciente deberá ser 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.

5.3.2 Situaciones especiales de urgencia. Se considerará que siempre reúnen la condición de urgencias de carácter vital y que la asistencia recibida en medios ajenos posee también el requisito previsto en el segundo párrafo de la cláusula anterior, en las siguientes situaciones especiales:

a) Cuando el beneficiario se encuentre en la vía o lugares públicos y los equipos de emergencias sanitarias públicos (112, 061, etc.) sean activados por persona distinta a aquél o a sus familiares en caso de que se encuentre acompañado.

b) Cuando la activación de los equipos de emergencias sanitarias públicos sea realizada por los cuerpos de seguridad del Estado u otras estructuras de emergencias no sanitarias (bomberos, etc.).

c) Cuando el mutualista sufra un accidente en acto de servicio y sea atendido por los equipos de emergencias sanitarias públicos en el lugar donde se ocasione.

d) Cuando el beneficiario resida en un centro de mayores asistido o en un centro para crónicos y los equipos de emergencias sanitarias públicos sean activados por el personal del centro, o cuando aquél resida en domicilio particular, y estos equipos sean activados por un Servicio de teleasistencia de financiación pública, en ambos casos siempre y cuando aquél o su familia hayan comunicado al centro o servicio su adscripción a la Entidad a efectos de su asistencia sanitaria.

e) Cuando en el marco de una emergencia sanitaria decretada por la autoridad sanitaria correspondiente, el beneficiario haya utilizado recursos sanitarios públicos por orden de aquella.

5.3.3 La asistencia que precisen los mutualistas pertenecientes al Cuerpo Nacional de Policía, con motivo de lesiones o daños corporales sufridos en el ejercicio de las funciones propias de la actividad del Cuerpo o con ocasión de actos cometidos por personas integradas en bandas o grupos organizados y armados, se considera siempre que reúne la consideración de urgencia vital y que la asistencia recibida de haberse utilizado medios ajenos posee también el requisito previsto en el segundo párrafo de la cláusula 5.3.1.

5.3.4 A efectos de la cobertura de los gastos producidos, la situación de urgencia de carácter vital se extiende desde el ingreso hasta el alta hospitalaria del paciente (incluyendo los posibles traslados a otros centros no concertados por causas asistenciales), 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.

5.3.5 El beneficiario, u otra persona en su nombre, comunicará a la Entidad la asistencia recibida con medios ajenos por cualquier medio que permita dejar constancia

de la comunicación, aportando el correspondiente informe médico de urgencias, dentro de las 48 horas siguientes al inicio de la asistencia, salvo que concurren circunstancias excepcionales debidamente justificadas.

5.3.6 Cuando la Entidad reciba la comunicación de la asistencia de un beneficiario en medios no concertados deberá contestar, dentro de las 48 horas siguientes a la recepción de la comunicación y por cualquier medio que permita dejar constancia de la misma, si reconoce la existencia de la situación de urgencia vital y, por tanto, acepta el pago de los gastos producidos o si, por el contrario, no se considera obligada al pago por entender que no ha existido una situación de urgencia de carácter vital.

En el supuesto de que la Entidad reconozca la existencia de la situación de urgencia vital deberá comunicar al proveedor sanitario que se hace cargo directamente de los gastos ocasionados, a fin de que por parte de éste se emita la correspondiente factura a la Entidad. Si el beneficiario hubiera abonado los gastos, la Entidad deberá efectuar el reintegro dentro de los diez días naturales siguientes a la fecha en que solicite el reintegro presentando los justificantes de los gastos.

En el supuesto de que la Entidad no se considere obligada al pago por entender que no ha existido la situación de urgencia vital, emitirá, en un plazo máximo de siete días naturales, informe argumentando y fundamentando tal circunstancia y dará traslado del mismo al beneficiario y al Servicio Provincial de MUFACE.

5.3.7 Cuando la Entidad debe asumir los gastos por la situación de urgencia vital, realizará las gestiones oportunas ante el proveedor para que emita la correspondiente factura a nombre de la Entidad y hacerse cargo de los gastos ocasionados por dicha asistencia.

Si el beneficiario ya hubiera abonado los gastos, la Entidad deberá efectuar el reintegro dentro de los diez días naturales siguientes a la fecha en que el interesado presente los justificantes de los gastos.

5.3.8 En el supuesto de la situación especial de urgencia previsto en la letra e) del cláusula 5.3.2, la Entidad, sin perjuicio de que debe asumir los gastos conforme la cláusula anterior, podrá ejercer las acciones que procedan en orden a recurrir la facturación de la asistencia cuando el uso de los recursos sanitarios públicos derive de una orden imperativa de la correspondiente autoridad sanitaria.

CAPÍTULO 6

Información, documentación sanitaria y objetivos de calidad

6.1 Información y documentación sanitaria.

6.1.1 Normas generales:

a) A fin de que MUFACE 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 beneficiarios que se especifican en este Capítulo. Igualmente lo hará sobre aquellos que, aunque no especificados, durante la vigencia del Concierto pudieran ser demandados a MUFACE por el Ministerio de Sanidad, en el contexto de desarrollo del Sistema de Información del SNS o por cualquier otro organismo competente en cumplimiento de la normativa vigente.

b) La Entidad se obliga a requerir de sus profesionales que cumplimenten cuantos documentos se especifican en este Capítulo.

c) Asimismo, 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 Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y en su normativa de desarrollo, en relación con la información y documentación sanitaria relativa a los beneficiarios de MUFACE, 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, 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. Esta salvaguarda de los derechos de los pacientes prestará especial cuidado en lo que se refiere al consentimiento informado y al respeto de las instrucciones previas, derechos establecidos por los artículos 10 y 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

d) Además, la Entidad está obligada a cumplir y hacer cumplir a los profesionales y centros sanitarios incluidos en su Catálogo de Proveedores las disposiciones contenidas en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, en orden a garantizar el derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir.

6.1.2 Información sobre actividad:

A) Información sobre actividad/coste. La Entidad dispondrá de un sistema de información que permita conocer el número, tipo y coste de los servicios proporcionados a los beneficiarios de MUFACE con medios propios o concertados, según el formato que aparece en el Anexo 6.

La Entidad facilitará a MUFACE, en soporte informático, los datos sobre actividad asistencial de acuerdo a las tablas resumen y estructura de datos prevista en el punto 1 del Anexo 6.

Dichos datos deberán remitirse con la periodicidad establecida en el Anexo 6, dentro de los tres meses siguientes a la finalización del período correspondiente.

B) Información sobre asistencia sanitaria transfronteriza. La Entidad dispondrá de un sistema de información que permita conocer el número de pacientes autorizados, el tipo de prestaciones solicitadas y el importe de los reembolsos de gastos concedidos por la asistencia sanitaria transfronteriza.

Esos datos deberán remitirse a MUFACE con las características y periodicidad establecidas en el Anexo 6.

6.1.3 Información económica. La Entidad deberá facilitar a requerimiento de MUFACE 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, dentro del Sistema de Información Sanitaria del SNS. Todo ello en el formato y con la periodicidad que le sean requeridos por MUFACE, para su posterior traslado al mismo.

6.1.4 Información sobre asistencia hospitalaria. La Entidad requerirá a sus centros propios o concertados detallados en los catálogos de proveedores que cumplimenten los informes clínicos de alta al finalizar la estancia en una institución hospitalaria, o la asistencia por Cirugía Mayor Ambulatoria u otras asistencias, según lo previsto en el Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada. Asimismo deberán recopilar el Conjunto Mínimo Básico de Datos (en adelante, CMBD) de los informes de alta hospitalaria con los criterios establecidos al efecto en el SNS, y cuyo contenido se recoge en el anexo 6.

La Entidad facilitará a MUFACE el CMBD de los beneficiarios que hayan tenido un ingreso hospitalario o que hayan sido sometidos a Cirugía Mayor Ambulatoria, dentro de los tres meses siguientes a la finalización del periodo correspondiente.

El tratamiento de la información contenida en este CMBD permite a MUFACE disponer del conocimiento de los servicios prestados y de los procesos atendidos de sus beneficiarios en los centros propios y concertados de la Entidad, lo que le permitirá desarrollar adecuadamente las funciones de gestión, estudios epidemiológicos y evaluación de la calidad de sus servicios sanitarios que viene obligada a realizar como administración sanitaria pública y para las que está legalmente habilitada de acuerdo con su normativa específica y el artículo 53 y la disposición adicional cuarta de la Ley 16/2003, de 28 de mayo

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, y su normativa de desarrollo, MUFACE es el responsable del tratamiento de dicha

información. En consecuencia, en el proceso de transmisión de la información de los centros a la Entidad y de la Entidad a MUFACE, los datos transmitidos no podrán ser comunicados a otras personas, ni utilizados o aplicados por la Entidad para fines distintos a los mencionados en este capítulo, para lo que se aplicarán las pertinentes medidas de seguridad de nivel alto, que garanticen la confidencialidad de los datos relativos a la salud de los protegidos y eviten cualquier alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado de los mismos.

En las autorizaciones de ingreso en centro hospitalario o de cirugía mayor ambulatoria que emita, la Entidad informará a los beneficiarios de que sus datos de salud pueden ser tratados por MUFACE para los fines establecidos, con las cautelas establecidas en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre y su normativa de desarrollo.

6.1.5 Información sobre medios sanitarios. La Entidad remitirá a MUFACE en formato electrónico la información actualizada de los medios propios y concertados que haya ofertado para la suscripción del Concierto. Dicha remisión se realizará con arreglo a las instrucciones dictadas por MUFACE que se recogen en el Anexo 6.

6.1.6 Información sobre medicamentos de ámbito hospitalario a cargo de la Entidad. La Entidad deberá comunicar mensualmente a MUFACE, para su remisión al Ministerio de Sanidad, la información relativa al consumo de los medicamentos de Uso Hospitalario sometidos a techo máximo de gasto prescritos a los mutualistas y beneficiarios de MUFACE.

En el punto 5 del anexo 6 se recoge la tabla que las Entidades deberán cumplimentar por cada medicamento, para remitir mensualmente a MUFACE.

En aquellos casos en los que, previa comunicación del Ministerio de Sanidad, a través del Comité de Seguimiento, se alcance el Techo Máximo de Gasto para los medicamentos de uso hospitalario, la Mutualidad informará a las Entidades de tal circunstancia, así como los posibles destinatarios que se beneficien de las cantidades correspondientes, siempre y cuando las Entidades hayan comunicado mensualmente el consumo de estos medicamentos.

No obstante, MUFACE remitirá a la Entidad la información pertinente y actualizada sobre todos los medicamentos que tengan asignado un Techo Máximo de Gasto, para que se trasladen a los centros propios o concertados.

6.1.7 Documentación clínica del paciente. La información a que se refiere la cláusula 6.1.4 se conservará en soporte papel y/o soporte informático durante el tiempo que la legislación establezca. En cualquier caso deberá cumplirse con los requisitos legales ya referidos en la cláusula 6.1.1.

El informe de alta, en cualquier tipo de modalidad asistencial, será entregado al paciente o, por indicación del médico responsable, al familiar o tutor legal, en el momento en que se produzca el alta del centro sanitario o del proceso del que esté siendo atendido en consulta externa. Asimismo, se le facilitará una copia para su entrega al médico responsable del seguimiento del paciente, mientras que otra copia del informe de alta quedará archivada en la historia clínica.

Junto con el informe de alta, el paciente recibirá instrucciones para el correcto seguimiento del tratamiento y establecimiento de los mecanismos que aseguren la continuidad y la seguridad de la atención y de los cuidados.

También se hará entrega, a petición del interesado, de una copia de su historia clínica o de determinados datos contenidos en la misma, sin perjuicio de la obligación de su conservación en el centro sanitario, dejando constancia escrita de todo el proceso y garantizando, en todo caso, la confidencialidad de toda la información relacionada con el proceso y la estancia del paciente en instituciones sanitarias, según establece la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

6.1.8 Otra documentación sanitaria. La Entidad garantizará que los profesionales y centros sanitarios incluidos en sus Catálogos cumplan con las siguientes obligaciones:

a) Cumplimentar en los modelos oficiales el parte médico para situaciones de incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural, así como los informes médicos adicionales de ratificación y el parte de maternidad, para

la valoración y concesión, en su caso, de las licencias correspondientes de los funcionarios, así como aquellos informes que sean necesarios para acreditar estas situaciones, con estricto cumplimiento de la legalidad vigente.

Para garantizar la plena validez de dichos partes, el diagnóstico deberá figurar codificado siguiendo la clasificación internacional de enfermedades 10.^a revisión, (CIE 10) salvo que MUFACE determine expresamente otra codificación.

Para emitir un parte de confirmación en un proceso de incapacidad temporal iniciado por otro médico, se deberá requerir del paciente la información clínica necesaria.

b) Colaborar con los facultativos en los procedimientos dirigidos a la comprobación de la patología que originó la licencia por enfermedad y sus prórrogas.

c) Facilitar los antecedentes e informes médicos para la tramitación de los procedimientos para la evaluación, calificación, declaración o revisión de incapacidad permanente de mutualistas, en orden al reconocimiento de la jubilación de mutualistas por incapacidad permanente para el servicio o de la pensión por incapacidad permanente.

d) Editar y emitir las órdenes de dispensación hospitalaria, con arreglo a las especificaciones y criterios establecidos por la normativa vigente, garantizando que para la prescripción, tanto en las órdenes de dispensación como en las recetas médicas, disponen de sellos identificativos que permitan su legibilidad.

e) Emitir los informes médicos exigidos por MUFACE a sus mutualistas o beneficiarios para cualquiera de las prestaciones gestionadas por la Mutualidad.

f) Realizar a los mutualistas los informes, exploraciones o pruebas de diagnóstico conforme a lo establecido en el Anexo 9.

g) 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.

h) Cumplimentar los modelos normalizados de prescripción para la prestación ortoprotésica, en los cuales es fundamental indicar el mutualista al que se prescribe, la identificación del médico prescriptor, el diagnóstico y situación clínica del paciente en el momento de la prescripción, así como el código del producto ortoprotésico que prescriben o la descripción que figura en el catálogo para cada producto, según figura en el Catálogo General de Material Ortoprotésico de MUFACE.

i) Emitir el parte de lesiones cuando detecten una situación de violencia de género y remitirlo a los órganos judiciales competentes, de conformidad con la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

Para facilitar el cumplimiento de estas obligaciones y su adecuación a los procedimientos de la Mutualidad, la Entidad distribuirá entre los profesionales y centros sanitarios las instrucciones y documentación que, a tal efecto, sean facilitadas por MUFACE.

6.2 Receta Electrónica.

6.2.1 La Entidad promoverá el uso e implantación de la receta electrónica propia de la Mutualidad, que será interoperable con el resto del SNS, y su utilización por todos los profesionales y centros incluidos en los medios de la Entidad, de forma que la información pertinente sea accesible desde cualquier punto de atención sanitaria, público o privado, con las debidas medidas de seguridad y protección de datos de carácter personal.

6.2.2 En el Anexo 8 se establecen los incentivos económicos vinculados a la progresiva implantación de la receta electrónica y los criterios para su asignación.

6.3 Calidad de la asistencia sanitaria.

6.3.1 MUFACE, como parte integrante del SNS en su condición de Gestora del Régimen Especial de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado impulsa una política global de calidad para la mejora de la asistencia sanitaria a su colectivo

protegido dentro de las directrices generales establecidas por la Ley 16/2003, de 28 de mayo. Para garantizar la implantación de las políticas de calidad del SNS, durante la vigencia del Concierto se establecen las líneas de actuación que se señalan en las cláusulas siguientes.

En estas líneas de actuación se establecen unos objetivos específicos de calidad a los que se vinculan unos incentivos económicos que perciben las entidades de acuerdo con lo previsto en la cláusula 8.3.2 y Anexo 8. La Entidad promoverá la implicación de sus profesionales adoptando las medidas que considere más eficaces para estimular y garantizar la consecución de estos objetivos.

6.3.2 Evaluación de los planes de adaptación a las Estrategias del Sistema Nacional de Salud. El Ministerio de Sanidad, ha publicado, en colaboración con las comunidades autónomas, sociedades científicas y expertos, planes y estrategias en relación con distintas enfermedades o problemas de salud.

Durante la vigencia de anteriores conciertos las entidades firmantes elaboraron los planes de adaptación relativos a las estrategias en Cáncer, Cuidados Paliativos, Ictus y Cardiopatía Isquémica, y desde el año 2012 MUFACE está evaluando el desarrollo de estos planes.

A tal fin, para cada plan se han seleccionado una serie de indicadores y establecido una metodología de evaluación, vinculando sus resultados a la asignación de un incentivo económico de calidad.

Con la misma metodología, durante la vigencia del presente Concierto, MUFACE analizará el desarrollo alcanzado por los planes en Cáncer, Cuidados Paliativos, Ictus y Cardiopatía Isquémica.

En el Anexo 8 se establece el incentivo económico vinculado en este ejercicio a este objetivo y los criterios de asignación.

En el caso de que la Entidad no hubiera suscrito el Concierto anterior, deberá elaborar los planes en Cáncer, Cuidados Paliativos, Ictus y Cardiopatía Isquémica, de acuerdo con el Documento Marco que le será proporcionado por MUFACE a la firma de este Concierto. La fecha límite de entrega a la Mutualidad de los referidos planes será durante los cinco primeros días hábiles del tercer mes de vigencia del Concierto.

6.3.3 Elaboración de protocolos de atención clínica:

a) La Entidad deberá impulsar, en colaboración con sus profesionales, el desarrollo y aplicación de guías clínicas, protocolos y pautas de actuación, de acreditada y contrastada eficacia, relacionados con las patologías más prevalentes en la población con el fin de que sirvan como instrumentos de ayuda en la toma de decisiones clínicas y con el objetivo de contribuir a la mejora de la calidad asistencial y a la eficiencia en la utilización de recursos.

b) La Dirección General de MUFACE podrá impulsar, recabando previamente la opinión de las entidades concertadas, la elaboración de los protocolos de atención a enfermedades o procesos que por su alta incidencia o prevalencia entre los beneficiarios de MUFACE, por generar un elevado consumo de recursos, por estar relacionados con tecnologías o modalidades de atención emergentes cuyo elevado impacto sea previsible, o porque se hayan constatado las posibilidades de introducir mejoras en la calidad y eficiencia, y se consideren de interés prioritario.

c) Durante la vigencia de anteriores conciertos las entidades concertadas elaboraron un Protocolo de Atención a la Urgencia. MUFACE desde el Concierto de 2015 está evaluando el desarrollo y cumplimiento de este protocolo, estableciéndose unos objetivos que se vinculan a incentivos económicos, según los criterios definidos en el Anexo 8.

En el caso de que la Entidad no hubiera suscrito el Concierto anterior, deberá elaborar su Protocolo de Atención a la Urgencia, de acuerdo al Documento Marco que le será proporcionado por MUFACE a la firma de este Concierto. La fecha límite de entrega a la Mutualidad será durante los cinco primeros días hábiles del tercer mes de vigencia del Concierto.

6.3.4 Evaluación de la calidad de la gestión de la Entidad. Es un objetivo estratégico para MUFACE mejorar el servicio a su colectivo protegido y alcanzar un alto grado de satisfacción del mismo. La prestación de asistencia sanitaria supone el eje principal de actuación de la Mutualidad, siendo este Concierto instrumento esencial para hacerla efectiva. Uno de los elementos para valorar la calidad del servicio es el grado de satisfacción del usuario, la Entidad puede ofertar al colectivo protegido servicios adicionales relacionados con la prestación de asistencia sanitaria. Siendo por tanto una mejora del objeto del Concierto que debe mantenerse durante toda la vigencia del Concierto.

En el Anexo 8 se establece los incentivos económicos vinculados a este objetivo y los criterios para su asignación.

MUFACE promoverá un proyecto para la agilización de la tramitación de las reclamaciones derivadas de este Concierto, con el objetivo de reducir paulatinamente los tiempos de resolución de aquellas, tanto a nivel de Comisiones Mixtas Provinciales como de la Comisión Mixta Nacional. La Entidad colaborará activamente con la Mutualidad para conseguir este objetivo.

6.3.5 Evaluación de la calidad de los procesos asistenciales y de centros sanitarios. En el marco de un proceso de mejora continua de la calidad asistencial se impulsarán sistemas de evaluación, mediante la implantación en los centros propios o concertados por la Entidad de los sistemas de acreditación y/o certificación establecidos en las comunidades autónomas o mediante la certificación ISO, los criterios de acreditación hospitalaria de la Joint Commission o la evaluación externa del Modelo EFQM (Fundación Europea para la Gestión de la Calidad).

6.4 Procesos de Incapacidad Temporal.

Es un objetivo estratégico para MUFACE la mejora en la gestión de los procesos de Incapacidad Temporal, para ello en el Anexo 12 se incluye una Guía al respecto.

Para facilitar el cumplimiento de las obligaciones previstas y su adecuación a los procedimientos de la Mutualidad, la Entidad distribuirá entre los profesionales y centros sanitarios la referida Guía, así como las instrucciones y documentación que, a tal efecto, sean facilitadas por MUFACE.

Las Entidades designarán un Coordinador para la interlocución con el Departamento de Prestaciones Sociales de MUFACE, a los efectos de supervisar el cumplimiento de lo dispuesto en la cláusula 6.1.8. En este sentido, MUFACE podrá revisar los procesos de incapacidad temporal de determinados diagnósticos y realizar estudios de excesos en los tiempos de duración previstos en el Manual de Tiempos Óptimos de Incapacidad Temporal que publica el Instituto Nacional de la Seguridad Social. Una vez realizado el estudio de procesos de incapacidad temporal, si se confirma el incremento de incidencia de excesos de tiempos óptimos generalizados, se podrá solicitar a la Entidad, a través de coordinador designado, que se adopten las medidas oportunas a fin de evitar esta situación.

En el Anexo 8 se establece los incentivos económicos vinculados a este objetivo y los criterios para su asignación

CAPÍTULO 7

Régimen jurídico del concierto

7.1 Naturaleza y régimen del Concierto y de las relaciones en él basadas.

7.1.1 El presente Concierto se rige por:

a) La LSSFCE, especialmente las previsiones contenidas en el artículo 5.2 (que señala que el régimen de los conciertos para la prestación de los servicios de asistencia sanitaria y farmacéutica es el establecido por esta misma Ley y sus normas de desarrollo), en el artículo 16 (que establece el contenido de la asistencia sanitaria que

MUFACE debe prestar a sus beneficiarios protegidos) y en el artículo 17.1 (que prevé que la asistencia sanitaria pueda facilitarse por Concierto con entidades públicas o privadas).

b) El RGMA, especialmente las previsiones contenidas en sus artículos 77 y 151.3 sobre el régimen de contratación por Concierto y sus contenidos básicos para la prestación de servicios asistenciales médicos por MUFACE.

c) Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público (LCSP), por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014 y su desarrollo reglamentario.

7.1.2 Son relaciones basadas en el Concierto:

a) Las relaciones entre MUFACE y la Entidad, con motivo del cumplimiento de los derechos y obligaciones establecidos en el presente Concierto.

b) Las relaciones entre los beneficiarios y la Entidad, con motivo del cumplimiento por la misma de las obligaciones señaladas en el presente Concierto.

7.1.3 Las cuestiones que surjan en el ámbito de las relaciones enumeradas en la letra b) de la cláusula anterior tendrán naturaleza administrativa y serán resueltas por el órgano de MUFACE que tenga atribuida la competencia, previo el procedimiento que en este Capítulo se determina. Contra cualquiera de los acuerdos así dictados cabrá recurso de alzada ante la persona titular del Ministerio de Hacienda y Función Pública. El orden jurisdiccional competente, en su caso, será siempre el contencioso-administrativo.

7.1.4 Corresponde a la Dirección General de MUFACE 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. Asimismo, corresponde a la Dirección General de MUFACE acordar las compensaciones económicas por incumplimientos parciales de obligaciones, los incentivos a la calidad y las deducciones por fallos de disponibilidad, según lo previsto en las cláusulas 7.8, 8.3.2 y 8.4.

7.2 Naturaleza y régimen de las relaciones asistenciales.

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

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

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

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

Las relaciones mencionadas en las letras a) y b) de la presente cláusula seguirán siendo ajenas a los fines del Concierto aun cuando, en virtud de las vinculaciones existentes entre los facultativos y centros y la Entidad, puedan generar efectos directos o subsidiarios sobre éstas.

7.2.3 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.

7.3 Comisiones Mixtas.

7.3.1 Existirán Comisiones Mixtas Provinciales y una Comisión Mixta Nacional, todas ellas con composición paritaria.

7.3.2 Composición:

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

b) La Comisión Mixta Nacional estará compuesta por los representantes de MUFACE y los de la Entidad, designados por las partes a tal fin, que contarán con poderes y representación suficiente. El presidente será el Director del Departamento de Prestaciones Sanitarias o el funcionario en quien delegue y como secretario actuará un funcionario de MUFACE, con voz pero sin voto.

7.3.3 Funciones:

a) La Comisión Mixta Nacional y las Comisiones Mixtas Provinciales tienen por cometido en su respectivo ámbito territorial:

1. El seguimiento, análisis y evaluación del cumplimiento del Concierto.
2. El conocimiento de las reclamaciones que pudieran formularse por los titulares o, en su caso, de oficio por MUFACE, con arreglo a lo previsto en el presente Concierto.

b) Además, corresponde a la Comisión Mixta Nacional:

1. Actuar como cauce de información en los términos de la cláusula 2.15.1.
2. El análisis de las iniciativas de MUFACE sobre las compensaciones económicas por incumplimientos parciales del Concierto, en los términos estipulados en la cláusula 7.8 y en el Anexo 7, las deducciones por fallos de disponibilidad y los incentivos a la calidad, de conformidad con lo dispuesto en el Anexo 8.

Entre las compensaciones económicas, se incluyen las relativas a incumplimientos de la cláusula 3.1.9, en relación con el punto 1.5 del Anexo 7.

3. El conocimiento de las reclamaciones sobre asistencia sanitaria transfronteriza que pudieran formularse por los titulares o, en su caso, de oficio por MUFACE, con arreglo a lo previsto en el Anexo 1.

A los efectos de los cometidos recogidos en el punto 2 de la letra a) y en los puntos 2 y 3 de la letra b) se entiende que con la intervención de la Entidad tiene lugar para la misma el cumplimiento del trámite establecido en el artículo 82 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

7.3.4 Normas de funcionamiento. El funcionamiento de las Comisiones Mixtas Provinciales y Nacional se ajustará a las siguientes normas:

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

b) En caso de que los representantes de la Entidad no asistan a la reunión en la fecha señalada en la convocatoria, sin que medie causa debidamente justificada, se entenderá que, por incomparecencia de sus representantes, aquélla acepta los acuerdos que adopte MUFACE en relación con los asuntos incluidos en el orden del día de la reunión.

En caso de que la falta de asistencia de los representantes de la Entidad sea por causa debidamente justificada, la reunión se celebrará en el plazo de los dos días hábiles siguientes a la referida fecha.

c) 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 cinco días hábiles. Una vez firmada por el representante de la misma, se entenderá aprobada, así como si no se hubiese recibido en el plazo establecido. 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.

En lo no previsto, se aplicarán las normas de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, especialmente las disposiciones sobre funcionamiento de los órganos colegiados.

7.4 Procedimiento para sustanciar las reclamaciones.

7.4.1 Los titulares podrán reclamar de MUFACE que, con arreglo a lo previsto en la cláusula 7.1, acuerde la procedencia de alguna actuación por parte de la Entidad en los siguientes supuestos:

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

b) Cuando la Entidad esté obligada a asumir directamente algún gasto o a reintegrar su importe y, previa petición del interesado, 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 7.2. En caso de plantearse, se contestará al interesado que, por razón de incompetencia de MUFACE, no resulta posible resolver sobre el fondo de la reclamación, con indicación de que puede actuarse, si se estima oportuno, frente a los facultativos, centros o, si procede, ante la propia Entidad, en la vía jurisdiccional ordinaria que corresponda según la naturaleza de los hechos.

En el caso de reclamaciones relativas a prestaciones sometidas al dictamen de Comités, se seguirá el procedimiento previsto en la cláusula 7.4.9.

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

7.4.2 La reclamación se formulará por escrito ante el Servicio Provincial de adscripción del titular, acompañando cuantos documentos puedan justificar la misma. Preferentemente, el canal de presentación de las reclamaciones para Comisión Mixta será a través de la Sede Electrónica de MUFACE.

7.4.3 Recibida cualquier reclamación, si el Servicio Provincial 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.

7.4.4 En caso de que las citadas gestiones no prosperen, el Servicio Provincial formalizará el oportuno expediente, lo incluirá en el orden del día de la inmediata reunión de la Comisión Mixta Provincial, y estudiado el mismo, levantará la correspondiente acta en la que constarán necesariamente las posiciones de MUFACE y la Entidad sobre la reclamación planteada.

7.4.5 En todos los supuestos en que las posiciones de las partes que componen la Comisión Mixta Provincial fueran concordantes, la reclamación será resuelta por el Director del Servicio Provincial correspondiente. En caso de que existan discrepancias en el seno de la Comisión Mixta Provincial, y antes de finalizar el plazo establecido en la cláusula 7.4.8 para dictar resolución por parte de la Dirección Provincial, el expediente se elevará para su estudio por la Comisión Mixta Nacional y será incluido en el orden del día de la siguiente reunión que se convoque. Una vez estudiado en la Comisión Mixta Nacional, resolverá la Dirección General de MUFACE.

7.4.6 No obstante, también serán resueltas por el Director del Servicio Provincial correspondiente, aunque las posturas de las partes no fueran concordantes, las reclamaciones motivadas en aplicación de la cláusula 5.2.1 b).

7.4.7 Tampoco podrán presentarse reclamaciones en Comisión Mixta Nacional por temas similares que ya hayan sido resueltos previamente, de forma favorable y de acuerdo con la Entidad, por la Dirección General de MUFACE, debiendo aplicarse el criterio resultante de la correspondiente Comisión Mixta Nacional en la gestión de las entidades con los beneficiarios. Si la Entidad no aplicara el criterio, el Director del Servicio Provincial correspondiente resolverá, conforme al mismo, sin que sea necesario el acuerdo entre las partes que componen la Comisión Mixta Provincial.

7.4.8 Las resoluciones de los Directores de los Servicios Provinciales contempladas en las cláusulas 7.4.5, 7.4.6 y 7.4.7 deberán dictarse dentro del plazo máximo de tres meses. Si la resolución correspondiese a la Dirección General de MUFACE, dicho plazo máximo será de seis meses.

Sin perjuicio de estos plazos máximos, se impulsarán las medidas oportunas para la resolución de los expedientes en un periodo de tiempo inferior.

7.4.9 Las solicitudes que se pudieran formular en relación con las prestaciones sometidas al dictamen de Comités, conforme establecen las cláusulas 2.12 y 4.9, en caso de dictamen no favorable del correspondiente Comité, serán resueltas por la Dirección General de MUFACE dentro del plazo máximo de un mes, sin participación de la Comisión Mixta.

7.4.10 Las resoluciones dictadas por los Directores de los Servicios Provinciales y por la Dirección General de MUFACE serán notificadas a la Entidad y a los interesados. Contra ellas podrá interponerse recurso de alzada ante la persona titular del Ministerio de Hacienda y Función Pública, de acuerdo con lo previsto en los artículos 112 a 122 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, y en relación con el artículo 37.1 de la LSSFCE.

7.5 Procedimiento de ejecución de reclamaciones estimadas.

7.5.1 Las resoluciones de los Directores de los Servicios Provinciales que estimen las reclamaciones presentadas, conforme a lo establecido en las cláusulas 7.4.5, 7.4.6 y 7.4.7, seguirán el procedimiento de ejecución que se establece a continuación, en función del objeto de la reclamación:

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

b) Cuando la reclamación tenga por objeto que la Entidad asuma directamente algún gasto, la Entidad procederá a efectuar el abono al proveedor sanitario, siendo a su cargo en todo caso los posibles recargos o intereses de demora que hubieran podido generarse desde la fecha de la reclamación inicial a la Entidad.

c) Cuando la reclamación tenga por objeto el reembolso de los gastos reclamados, la Entidad procederá a efectuarlo en el plazo de un mes a partir de la notificación de la resolución, previa presentación, en su caso, de los oportunos justificantes del gasto, que serán devueltos al reclamante si los solicitase.

7.5.2 Dentro de los plazos citados en la cláusula anterior, la Entidad deberá comunicar al Servicio Provincial de MUFACE, según el caso:

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

7.5.3 Si MUFACE no hubiese recibido esta comunicación dentro del plazo indicado o si, superado este plazo, tuviese conocimiento de que se hubiera denegado el pago al interesado por cualquier motivo, el Director del Servicio Provincial expedirá certificación del acuerdo o resolución adoptado y de los hechos posteriores, y la remitirá al Departamento de Gestión Económica y Financiera de MUFACE.

Este, sin más requisitos, propondrá el oportuno acuerdo a la Dirección General de MUFACE y deducirá de la inmediata mensualidad que haya de abonarse a la Entidad y pagará, por cuenta de la misma, la cantidad incluida en la certificación directamente al proveedor sanitario, previa autorización expresa del interesado, o al propio interesado.

7.5.4 En el supuesto de reclamaciones resueltas positivamente por la Dirección General de MUFACE se seguirá el siguiente procedimiento:

a) El abono de la cantidad que en cada caso corresponda será realizado directamente por MUFACE al interesado por cuenta de la Entidad, deduciendo el importe de las cuotas mensuales a abonar a la misma y facilitando a ésta el documento que acredite haber realizado el pago por su cuenta.

Si la asistencia reclamada hubiera sido facturada al interesado y este aún no hubiera hecho efectivo el pago, MUFACE 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.

b) Cuando la reclamación tenga por objeto que se autorice una determinada asistencia sanitaria, la Entidad emitirá la correspondiente autorización en el plazo de cinco días hábiles a partir de la notificación de la resolución.

Si la Entidad no lo hace y el interesado se ve obligado al abono de los gastos de dicha asistencia, se procederá a su abono conforme al procedimiento establecido en el punto a) anterior.

c) Serán a cargo de la Entidad los costes de posibles recargos de apremio o intereses de demora generados desde el momento en que la obligación principal le fue reclamada, cuando la causa de demora fuera imputable a la Entidad.

7.5.5 Las resoluciones administrativas o sentencias que resuelvan recursos interpuestos contra actos de MUFACE en materia de reintegro de gastos sujetos al presente Concierto serán ejecutadas, en su caso, conforme al procedimiento establecido en la cláusula 7.5.4.

7.6 Procedimiento especial para sustanciar reclamaciones con el mismo objeto.

7.6.1 Cuando por el cambio de Concierto se produzcan bajas de centros o servicios hospitalarios y por tal motivo haya una pluralidad de reclamaciones, en aplicación de la cláusula 3.7, el Director General, previa resolución al efecto, podrá acordar la acumulación de todas o parte de aquellas que se refieran al mismo centro o servicio para que sean sustanciadas a través de un procedimiento especial cuya resolución corresponderá al Director del Servicio Provincial donde se ubique aquél, aun cuando la posición de las partes de la correspondiente Comisión Mixta no sea concordante, y cuyo plazo máximo de resolución será de un mes.

7.6.2 Para la ejecución de las resoluciones estimatorias adoptadas a través de este procedimiento especial, podrá aplicarse, si así lo acuerda el Director General, el pago

directo por MUFACE al Centro o servicio, por cuenta de la Entidad mediante descuento del importe de las cuotas mensuales a abonar a la misma.

7.6.3 Lo dispuesto en la cláusula anterior podrá ser igualmente aplicado en las reclamaciones cuyo objeto sea la aplicación de la cláusula 8.1.2.

7.7 Descuentos por gastos de farmacia.

7.7.1 Cuando en el proceso de revisión de la facturación de recetas que realiza MUFACE se detectaran prescripciones de medicamentos y productos sanitarios realizadas en sus recetas oficiales, tanto en formato papel, como, en su caso, electrónico, que deberían haber sido a cargo de la Entidad según lo establecido en este Concierto, o cuando por otras circunstancias excepcionales y justificadas MUFACE se hubiera visto obligada a asumir gastos de farmacia o de productos sanitarios correspondientes a la Entidad, MUFACE procederá, previa comunicación a la Entidad, a efectuar el descuento correspondiente en el pago mensual de las cuotas que ha de abonar a la misma, de acuerdo con lo previsto en el Capítulo 8.

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

7.7.2 En aquellos supuestos de dispensaciones de medicamentos y productos farmacéuticos que, estando financiados por el Sistema Nacional de Salud, no estén dotados de cupón precinto y estén sometidos a reservas singulares consistentes en limitar su dispensación a los servicios de farmacia de los hospitales, se facturen a MUFACE a un precio superior al indicado en la cláusula 2.9.5, se supere el techo máximo de gasto o que, estando sometidos a acuerdos de financiación específicos, este haya sido superado, y pudiera existir dificultad para el acceso de los pacientes a estos tratamientos, MUFACE atenderá el pago de las facturas que se emitan por el hospital o centro y, posteriormente, repercutirá las diferencias sobre los límites fijados a la Entidad en el pago mensual de las cuotas.

7.8 Compensaciones económicas por incumplimiento parcial de obligaciones definidas en el Concierto.

7.8.1 El incumplimiento de obligaciones previstas y plazos fijados en las cláusulas 1.5, 1.6, 3.1.8, 3.1.9, 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 4.7.3, 4.8, 5.2.1 e), 5.3.6, 6.1.2 y 6.1.4 de este Concierto dará lugar a la imposición de la correspondiente compensación económica.

7.8.2 Con carácter general, para la calificación del incumplimiento y la determinación del importe de la compensación económica se tendrán en cuenta, entre otros, los siguientes factores:

- a) Perjuicio ocasionado.
- b) Número de beneficiarios afectados.
- c) Reiteración del incumplimiento.

En atención a estos y otros factores, en el Anexo 7 del presente Concierto se establece la tipificación y calificación en grado de leve, grave o muy grave de los incumplimientos susceptibles de ser sancionados y el importe de la compensación económica para cada uno de ellos en función de su graduación. Asimismo, se regula en dicho Anexo el procedimiento para su imposición.

CAPÍTULO 8

Duración, régimen económico y precio del concierto

8.1 Duración del Concierto.

8.1.1 Los efectos del presente Concierto, previa formalización del mismo, se iniciarán a las cero horas del día uno de enero del año 2022 y se extenderán hasta las veinticuatro horas del día treinta y uno de diciembre del año 2024, con independencia de la fecha de su formalización.

8.1.2 Si la Entidad no suscribiera con MUFACE un nuevo Concierto para el año 2025, continuará obligada por el contenido del presente Concierto hasta el treinta y uno de enero de 2025, para el colectivo que tenga adscrito a treinta y uno de diciembre de 2024. Además, si a 31 de enero de 2025 continuase prestando una asistencia en régimen de hospitalización o una asistencia por maternidad (con fecha prevista de parto para el mes de febrero), la Entidad quedará obligada a seguir prestando la asistencia hasta el día en que se produzca el alta hospitalaria o se concluya la asistencia por maternidad, respectivamente. No obstante, si la necesidad de hospitalización se prolongara, la Entidad sólo asumirá su cobertura hasta finalizar el mes de marzo de 2025, fecha a partir de la cual deberá asumirla la nueva Entidad de adscripción.

La Entidad tendrá derecho a percibir, por el mes de enero de 2025, la prima fija por persona/mes que se establezca para las entidades que ese año estén concertadas con MUFACE, por el colectivo que tuviera adscrito a treinta y uno de diciembre de 2024. No obstante, del importe a abonar por dicho mes, MUFACE retendrá un diez por ciento hasta el treinta y uno de enero del año 2026, con la finalidad exclusiva de hacer frente, por cuenta de la Entidad, a los reembolsos de gastos que sean acordados durante ese periodo de tiempo al amparo del presente Concierto. Si la cantidad estimada se agotase o los reembolsos se acordaran con posterioridad al treinta y uno de enero de 2026, la Entidad se obliga a satisfacerlos directa e inmediatamente.

8.1.3 El colectivo afectado por la no suscripción por la Entidad del Concierto para 2025 deberá elegir nueva Entidad durante el plazo que establezca MUFACE y la elección tendrá efectos a las cero horas del día uno de febrero de 2025 sin perjuicio, de lo previsto para hospitalizaciones y maternidad en el párrafo primero de la cláusula anterior.

8.2 Régimen económico del Concierto.

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

8.2.2 Consiguientemente, cada pago mensual tendrá en cuenta el número de titulares y de beneficiarios existentes en el censo del mes de que se trate, a cuyos efectos, MUFACE 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 8.3.1. El pago, salvo eventualidades de carácter excepcional, se efectuará por MUFACE, mediante transferencia bancaria, dentro 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 al mes de diciembre podrá anticiparse hasta el 100 % de su importe y realizarse a partir del día 16 de ese mes.

8.2.3 MUFACE 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 el mes anterior, referida a las veinticuatro horas del último día de dicho mes.

8.2.4 El fichero electrónico con la relación del colectivo podrá ser comprobado 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.

8.2.5 La Entidad presentará las reclamaciones separadamente, y las acompañará de fichero electrónico con las mismas características técnicas que el facilitado por MUFACE, conteniendo la información en la que se funda la reclamación. Las reclamaciones deberán ser presentadas en el plazo máximo de tres meses a partir de la comunicación mensual del estado del colectivo y relación de incidencias, transcurrido el cual sin que se hubiese formulado reclamación se entenderá que existe conformidad por parte de la Entidad, adquiriendo firmeza el pago efectuado en función de dicho colectivo. Las reclamaciones presentadas serán resueltas por MUFACE dentro de los tres meses siguientes a la fecha de presentación de estas.

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 MUFACE o para la Entidad.

8.2.6 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.

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

8.2.8 Siempre que exista sentencia judicial firme en la que se ordene a MUFACE el pago de una indemnización, derivada de responsabilidad directa o subsidiaria por actuaciones asistenciales incluidas en el objeto del Concierto, MUFACE, sin perjuicio de ejecutar la sentencia, repercutirá el importe abonado a la Entidad concertada correspondiente, de acuerdo con el procedimiento previsto en la cláusula 7.5.

8.3 Precio del Concierto e incentivos a la calidad.

8.3.1 El precio del Concierto se establece mediante una prima fija que se abonará por persona mensualmente y que varía en función de su edad.

Por primera vez el Concierto amplía su vigencia a tres años. Ello unido a la situación de pandemia en la que nos encontramos actualmente, hace necesario que se recoja en el mismo algún mecanismo que atienda a lo largo del tiempo de su ejecución el incremento de coste que va a experimentar el sector sanitario hasta 2024, junto al previsible aumento de la siniestralidad por las secuelas de la enfermedad.

Todo ello ha determinado el establecimiento del abono de una prima por grupo etario con un precio cierto y fijo para cada uno de los tres ejercicios que se va adecuando al sucesivo incremento de costes con la finalidad de garantizar la economía y el efectivo cumplimiento del contrato.

El importe de las primas fijas en euros (exento de IVA), por persona y mes, para la vigencia del Concierto, se distribuirá de la siguiente manera en los sucesivos ejercicios:

Grupos etarios	Prima € Prima €/persona y mes		
	Año 2022	Año 2023	Año 2024
0-4	76,06	76,63	77,59
5-14	63,39	63,87	64,66
15-44	71,83	72,37	73,27
45-54	76,06	76,63	77,59
55-64	84,52	85,15	86,22
65-74	101,42	102,18	103,46
Más de 74	109,87	110,69	112,08

El importe de la prima fija a abonar será el correspondiente al grupo etario por la edad del beneficiario a las cero horas del día 1 de enero de cada año natural y por cada nuevo beneficiario será la que corresponda al grupo de edad en el que esté incluido en la fecha de adscripción a la Entidad por MUFACE.

En ningún caso el importe de la prima fija de un beneficiario sufrirá alteración alguna dentro de cada año natural de vigencia del Concierto aunque a lo largo del año, por razón de edad, cambie de grupo etario.

8.3.2 Se establece un incentivo anual de calidad (IAC), cuya cuantía máxima se calculará mediante la fórmula:

$$(IAC)_i = P_m \times 12 \times C_i \times Q$$

Donde:

P_m = Prima mensual ponderada correspondiente al colectivo protegido en el Concierto a 1 de febrero de cada año.

C_i = Colectivo adscrito a la Entidad i a uno de febrero del respectivo año.

Q = Coeficiente 0,0328.

8.4 Deducciones por fallos de disponibilidad.

8.4.1 La Entidad está obligada a cumplir las obligaciones previstas y plazos fijados en relación con los criterios de disponibilidad establecidos en el Concierto y sus Anexos. En el Anexo 8 se establecen unos criterios que permiten medir el grado de disponibilidad de la atención prestada por la Entidad.

8.4.2 Tras llevar a cabo conforme a dichos criterios el seguimiento, control y evaluación de la gestión del servicio de asistencia sanitaria prestado por la Entidad, la Dirección General de MUFACE aplicará, en su caso, las deducciones económicas que correspondan por fallos de disponibilidad recogidas en el Anexo 8.

8.4.3 El importe máximo anual de las deducciones por fallos de disponibilidad no podrá superar la cuantía máxima del incentivo de calidad que se fije de acuerdo con la cláusula 8.3.2.

8.4.4 Las deducciones por fallos de disponibilidad a que se refiere la cláusula anterior son independientes de las compensaciones económicas por incumplimiento parcial de obligaciones previstas en la cláusula 7.8 de este Concierto.

8.5 Condiciones de pago.

8.5.1 El pago se realizará en los términos establecidos en el artículo 198 de la LCSP, en firme y a favor de la(s) Entidad(es) adjudicataria(s), en la forma que se regula

en los epígrafes siguientes, previa presentación de la factura electrónica a través del Punto General de Entrada de Facturas Electrónicas (FACE) y del certificado de ejecución de conformidad de la unidad proponente del contrato.

La Disposición Adicional Tercera de la Orden Ministerial HAP/492/2014, de 27 de marzo, por la que se regulan los requisitos funcionales y técnicos del registro contable de facturas de las entidades del ámbito de aplicación de la Ley 25/2013, de 27 de diciembre, de impulso de la factura electrónica y creación del registro contable de facturas en el Sector Público, determina que las facturas se expidan recogiendo los códigos establecidos en el directorio DIR3, por tanto la codificación de órganos administrativos en el presente contrato es:

	Código DIR3	Denominación
Órgano gestor (OG).	E00106104	Mutualidad General De Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE).
Oficina contable (OC).	EA0003306	Servicio contabilidad (MUFACE).
Unidad tramitadora (UT).	EA0003307	Servicio de contratación (MUFACE).
Unidad proponente (UP).	E02660204	Departamento de prestaciones sanitarias.

8.5.2 El abono por parte de MUFACE a la Entidad de las cantidades resultantes de la aplicación de las cláusulas 8.3. y 8.4 y los Anexos 7, 8, 9 y 10 se hará efectivo de la siguiente forma y con la siguiente periodicidad:

A) Mensualmente. La cantidad resultante de la aplicación de la cláusula 8.3.1 minorada en:

1. La cuantía que resulte de los reembolsos de gastos, descuentos y compensaciones económicas por incumplimiento de obligaciones que sean acordados al amparo del presente Concierto.

2. La cuantía que resulte de la aplicación del sistema de deducciones por fallos de disponibilidad que se establece en la cláusula 8.4 y en el punto 3 del Anexo 8 del presente Concierto.

B) Trimestralmente:

a) La factura de los informes, exploraciones y pruebas realizadas prescritas por los Equipos de Valoración de Incapacidades dentro del campo de aplicación de MUFACE en los términos previstos en el Anexo 9 y con arreglo al Baremo establecido en el Anexo 10.

b) La factura de los informes, exploraciones y pruebas prescritas para la realización de determinados reconocimientos médicos para la gestión y seguimiento de la incapacidad temporal dentro del campo de aplicación de MUFACE en los términos previstos en el Anexo 9 y con arreglo al Baremo establecido en el Anexo 10.

C) Anualmente. La cuantía que resulte de aplicar el sistema de incentivos por mejoras en la calidad establecido en los puntos 2.1, 2.2 y 2.3 del Anexo 8.

8.5.3 Las cantidades facturadas por los centros hospitalarios a MUFACE en aplicación de la cláusula 2.9.5 serán abonadas directamente a aquellos a través del correspondiente expediente del Servicio Provincial de adscripción del paciente.

8.5.4 Las cantidades para los expertos independientes del Comité para la valoración de tratamientos de protonterapia, previsto en la cláusula 2.13, se abonarán directamente por MUFACE a los mismos. El abono de estas cantidades se efectuará dentro de los dos meses siguientes a la finalización de cada trimestre natural en que haya habido algún expediente valorado.

8.5.5 Las cantidades serán satisfechas con cargo a la aplicación 22.102.312E.251, con excepción de las correspondientes al cumplimiento de la cláusula 8.5.2 B) b) que

serán satisfechas con cargo a la aplicación 22.102.222M.227.06, las correspondientes a la cláusula 8.5.3 con cargo a la aplicación 22.102.312E.484.01 y las correspondientes a la cláusula 8.5.4. con cargo a la aplicación 22.102.312E.227.06, todo ello dentro de las disponibilidades presupuestarias del Organismo.

8.6 Financiación adicional de prestaciones gravosas.

8.6.1 Algunas de las prestaciones que incluye la Cartera de Servicios del Concierto se caracterizan por su elevado coste económico, especialmente significativo es el de la terapia avanzada (Inmunoterapias CAR-T) y el de la protonterapia, ambas sometidas conforme a la cláusula 2.12 a dictamen de comités de expertos, siguiendo el procedimiento de la cláusula 4.9.

8.6.2 MUFACE abonará a la Entidad por cada tratamiento autorizado e iniciado de esas prestaciones las siguientes cantidades:

a) Por cada tratamiento de terapia avanzada la cantidad correspondiente al 60% del precio total de financiación pública en las condiciones establecidas por el Ministerio de Sanidad.

b) Por cada tratamiento de Protonterapia la cantidad de 24.000 euros.

8.6.3 El abono se efectuará dentro de los dos meses siguientes a la finalización de cada trimestre natural por los tratamientos que se haya autorizado e iniciado y respecto de los que la Entidad en ese trimestre haya remitido la factura correspondiente.

8.7 Posibilidad de modificar el Concierto.

8.7.1 El Concierto, de acuerdo con el artículo 205 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público (LCSP), podrá ser objeto de modificación cuando la necesidad se derive de circunstancias sobrevenidas y que fueran imprevisibles en el momento en que tuvo lugar la licitación del contrato, siempre y cuando se cumplan las tres condiciones siguientes:

a) Que la necesidad de la modificación se derive de circunstancias que una Administración diligente no hubiera podido prever.

b) Que la modificación no altere la naturaleza global del contrato.

c) Que la modificación del contrato implique una alteración en su cuantía que no exceda, aislada o conjuntamente con otras modificaciones acordadas conforme a este artículo, del 50 por ciento de su precio inicial, IVA excluido.

8.7.2 Además de las causas señaladas en el artículo 205 y las específicas de la concesión de servicios del artículo 290 de la LCSP, se prevé modificación en caso de variación de la cartera de servicios del Concierto, en los términos previstos la cláusula 2.15.

ANEXO 1

Asistencia sanitaria transfronteriza

De conformidad con lo dispuesto en la cláusula 1.1.5, la Entidad se obliga a la cobertura de la asistencia sanitaria transfronteriza de su colectivo protegido, conforme al Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre recetas médicas y órdenes de dispensación. El ejercicio del derecho por parte de los beneficiarios, su alcance, las condiciones, requisitos y procedimiento para el reembolso de los gastos por dicha asistencia se establecen en este Anexo.

La asistencia sanitaria transfronteriza es aquella que se recibe cuando el beneficiario decide acudir a servicios sanitarios ubicados en otro Estado miembro de la Unión

Europea. Por tanto, no incluye los supuestos de estancia temporal en que, por razones médicas sobrevenidas, el beneficiario haya recibido asistencia sanitaria cuya cobertura, con carácter general, corresponde a MUFACE directamente o a través de los mecanismos de coordinación con las instituciones del resto de estados miembros.

La asistencia sanitaria transfronteriza no incluye los gastos conexos a la prestación sanitaria.

1. Normas generales

1.1 Contenido. La asistencia sanitaria transfronteriza a cargo de la Entidad comprende las prestaciones sanitarias que conforman la Cartera Común de Servicios del SNS y cuya cobertura corresponde a la Entidad de acuerdo con lo establecido en el Capítulo 2 del Concierto.

Cuando en el proceso asistencial transfronterizo se generen gastos por la dispensación ambulatoria de medicamentos, productos dietéticos, y otros productos sanitarios objeto de la prestación farmacéutica del SNS, así como de material ortoprotésico, el reintegro de los mismos será a cargo de MUFACE en los términos previstos en la normativa específica de la Mutualidad que regula estas prestaciones.

Están excluidas aquellas prestaciones que expresamente menciona el Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, como son:

- a) Los servicios en el ámbito de los cuidados de larga duración, cuya finalidad sea ayudar a quienes requieran asistencia a la hora de realizar tareas rutinarias y diarias.
- b) La asignación de órganos y el acceso a éstos con fines de trasplante.
- c) Los programas de vacunación pública contra enfermedades infecciosas, que tengan por finalidad exclusiva la protección de la salud de la población en el territorio español y que estén sujetas a medidas específicas de planificación y ejecución, sin perjuicio de los relativos a la cooperación entre España y los demás Estados miembros en el ámbito de la Unión Europea.

En ningún caso serán objeto de reembolso los gastos derivados de la asistencia sanitaria prestada en territorio nacional por medios distintos a los asignados por MUFACE al beneficiario a través de este Concierto.

En el caso de los tratamientos incluidos en el punto 2.1 de este Anexo será necesario haber obtenido autorización previa, conforme al procedimiento previsto en el punto 2.2.

1.2 Modalidad. La modalidad de cobertura será a través del reembolso de gastos mediante la aplicación de las tarifas incluidas en el Anexo 13, sin exceder del coste real de la asistencia efectivamente prestada, y con los límites, términos, condiciones y requisitos que se especifican en el presente Anexo.

1.3 Ámbito subjetivo. Los gastos objeto de cobertura a cargo de la Entidad serán los ocasionados por la asistencia sanitaria transfronteriza recibida por los mutualistas y los familiares o asimilados que tengan reconocida la condición de beneficiarios y el recién nacido en los términos de la cláusula 1.3.2.

1.4 Otras obligaciones de la Entidad. Los medios de la Entidad facilitarán el acceso de los beneficiarios que busquen asistencia sanitaria transfronteriza a su historial médico o, al menos, a una copia del mismo.

Con independencia del derecho al reembolso de los gastos derivados de la asistencia sanitaria transfronteriza, siempre que resulte necesario, la Entidad facilitará el seguimiento posterior del beneficiario, a través de los correspondientes servicios concertados, en las mismas condiciones que si la asistencia se hubiera llevado a cabo por medios de la Entidad.

2. Prestaciones sanitarias sujetas a autorización previa y procedimiento para su obtención

2.1 La prestaciones que se relacionan a continuación estarán sujetas a autorización previa de la Entidad:

a) Cualquier tipo de atención sanitaria que implique que el paciente tenga que pernoctar en el hospital al menos una noche.

b) Aquellas técnicas, tecnologías o procedimientos incluidos en la cartera común de servicios del SNS que han sido seleccionadas en base a la exigencia del uso de procedimientos o equipos médicos sumamente especializados, a la necesidad de atención a pacientes con problemas complejos, o a su elevado coste económico:

- Tomografía por emisión de positrones (PET), y combinada con el TC (PET-TC) y SPECT.

- Reproducción humana asistida.

- Diálisis.

- Cirugía mayor ambulatoria que requiera la utilización de un implante quirúrgico.

- Tratamientos con radioterapia.

- Tratamientos farmacológicos o con productos biológicos, cuyo importe mensual sea superior a 1.500 €.

- Radiocirugía.

- Los análisis genéticos, orientados a diagnósticos de casos complejos, incluidos el diagnóstico prenatal y el preimplantacional, análisis genéticos presintomáticos y de portadores, análisis de farmacogenética y farmacogenómica.

- Tratamientos de discapacidades que requieran para su corrección o mejoría: Sillas de ruedas eléctricas, prótesis de miembro superior excepto las prótesis parciales de mano, prótesis de miembro inferior excepto las prótesis parciales de pie, audífonos y bitutores.

- Atención a patologías y realización de procedimientos recogidos en el Anexo 3 como Servicios de Referencia.

Esta relación deberá ajustarse, en su caso, a los criterios comunes que al efecto establezca el Consejo Interterritorial del SNS.

2.2 La solicitud de autorización se presentará ante la Entidad que, en un plazo máximo de siete días hábiles, deberá autorizar la prestación solicitada o, si no procede, deberá indicar el motivo y, en su caso, los medios asignados para facilitarla en territorio nacional, en los términos estipulados en el Concierto.

La respuesta de la Entidad deberá realizarse por escrito o por cualquier otro medio que permita dejar constancia de la misma y con indicación del derecho del interesado a presentar reclamación ante la Mutualidad.

En caso de que la autorización sea denegada, en la misma fecha de comunicación al interesado, la Entidad deberá remitir al Departamento de Prestaciones Sanitarias el expediente completo con un informe justificativo.

Cuando la Entidad hubiera emitido la autorización correspondiente, y se produjeran complicaciones inmediatas que hagan necesario otro tipo de asistencia que esté incluida dentro de las que precisan autorización previa, se entenderán autorizadas todas las prestaciones asistenciales derivadas del mismo proceso.

2.3 La autorización podrá denegarse en los casos y por las causas que expresamente menciona el artículo 17 del Real Decreto 81/2014, antes citado, entre ellos cuando la atención sanitaria pueda prestarse en territorio nacional, en los términos estipulados en el Concierto, en un plazo que sea médicamente justificable.

Si en la denegación no se hicieran constar los medios asignados, o si la respuesta no se produce en el plazo establecido en el punto 2.2, se entenderá que la asistencia del beneficiario no puede llevarse a cabo en un plazo médicamente justificable.

2.4 En caso de reclamación del interesado ante MUFACE, porque la Entidad haya denegado la autorización, será resuelta por la Dirección General de MUFACE, a propuesta del Departamento de Prestaciones Sanitarias, en el plazo máximo de cuarenta y cinco días hábiles, a contar desde la fecha de entrada de la solicitud en la Entidad, suspendiéndose el cómputo del plazo desde el día siguiente a la fecha de denegación de la Entidad hasta el día en que la reclamación del interesado haya tenido entrada en la Mutualidad, éste inclusive.

2.5 En caso de que la reclamación del interesado sea estimada por la Dirección General de MUFACE, el plazo previsto en el punto 3.2 se computará desde la fecha de la resolución, cuando esta sea posterior a la fecha del pago de la factura.

3. *Procedimiento para el reembolso de los gastos por la asistencia sanitaria transfronteriza*

3.1 El procedimiento se iniciará a instancia del interesado. No obstante, podrá iniciarse de oficio por MUFACE, cuando el interesado haya presentado una solicitud de reintegro de gastos en el exterior y en la instrucción del expediente se considere que es objeto de asistencia sanitaria transfronteriza. Si la Entidad considera que se trata de una prestación recibida por necesidad sobrevenida en estancias temporales enviará al correspondiente Servicio Provincial de MUFACE el expediente completo para su estudio y resolución en su caso.

3.2 La solicitud de reembolso se presentará por el interesado a la Entidad, en un plazo máximo de tres meses a partir de la fecha de pago de la asistencia recibida, acompañada de la factura original, en la que figuren de forma detallada los diversos conceptos asistenciales realizados, y de la acreditación de su abono, así como copia de la prescripción médica o informe clínico en que figure la asistencia sanitaria prestada, con indicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos principales y secundarios realizados.

En los tratamientos incluidos en el punto 2.1 de este Anexo será necesario hacer referencia a la existencia de la autorización previa.

3.3 Recibida la solicitud y demás documentación, una vez realizadas las comprobaciones necesarias, incluida si fuera necesaria la subsanación por defecto de la solicitud o falta de la documentación, la Entidad procederá al reembolso de los gastos al interesado de acuerdo con las tarifas del Anexo 13, en el plazo máximo de un mes.

En ese mismo plazo, si la Entidad considera que no procede el reembolso, en todo o en parte, lo comunicará al interesado por escrito o por cualquier otro medio que permita dejar constancia, con indicación del motivo de denegación y del derecho a reclamar ante la Mutualidad.

En caso de denegación, en la misma fecha de comunicación al interesado, la Entidad deberá remitir al Departamento de Prestaciones Sanitarias el expediente completo con un informe justificativo.

3.4 El interesado podrá formular la correspondiente reclamación ante MUFACE en caso de que la Entidad no proceda en el plazo previsto en el punto anterior al reembolso de los gastos o se lo deniegue, así como en caso de disconformidad con la aplicación de las tarifas. Para la tramitación y resolución de la reclamación se seguirá el procedimiento previsto en las cláusulas 7.4 y 7.5, correspondiendo el conocimiento y estudio de la misma, conforme se estipula en la cláusula 7.3.3, a la Comisión Mixta Nacional. Dicha reclamación será resuelta por la Dirección General de MUFACE en el plazo máximo de tres meses.

ANEXO 2

Convenios

1. Medios de asistencia en zonas rurales

Para hacer posible la prestación de servicios sanitarios en las zonas rurales a los beneficiarios adscritos a la Entidad, MUFACE podrá convenir con los Servicios de Salud de las comunidades autónomas la prestación de aquellos, de acuerdo con la posibilidad prevista en el artículo 48 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre.

1.1 Habilitación a MUFACE. Mediante la firma de este Concierto la Entidad concede su expresa y total autorización a MUFACE para convenir dichos servicios, que ampara también la autorización para las prórrogas que, en su caso, se puedan convenir.

La autorización no impedirá que las entidades puedan suscribir por su parte Acuerdos con idéntico objeto y ámbito con las administraciones competentes, siempre y cuando sus cláusulas no se opongan a lo dispuesto en este Anexo.

1.2 Objeto. Los servicios que podrán figurar en dichos convenios son:

a) Servicios sanitarios de asistencia primaria en municipios de hasta 20.000 habitantes en los que la Entidad no disponga de medios propios o concertados suficientes.

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

1.3 Contenido.

1.3.1 Cada convenio será común para todas las entidades firmantes del Concierto. El contenido asistencial, la contraprestación económica y la relación de municipios convenidos con las respectivas comunidades autónomas serán comunicados a cada una de ellas.

1.3.2 La contraprestación económica que se establezca en cada convenio podrá estipularse:

a) En función del colectivo afectado, mediante la fijación de un precio mensual por persona y tipo de servicio.

b) Por acto médico, mediante la aplicación de los precios públicos o tarifas que la correspondiente Comunidad Autónoma aplique por la prestación de servicios sanitarios u otros de menor cuantía que se puedan convenir.

1.3.3 El importe final de cada convenio, conforme a lo previsto en el punto 1.3.2 a), será satisfecho con cargo al precio que, una vez devengado y librado, MUFACE debe abonar a cada Entidad por el presente Concierto, entendiéndose realizado el pago por cuenta de la misma. MUFACE realizará cada pago mensual con cargo al importe del mismo mes que deba abonar a la Entidad por el Concierto, trasladándole la justificación correspondiente.

También se podrá establecer que el importe final de cada convenio, conforme a lo previsto en el punto 1.3.2 a), sea abonado directamente por las Entidades en la forma que se determine en los convenios.

1.3.4 En aquellos convenios en los que la contraprestación económica, conforme a lo previsto en el punto 1.3.2 b), se estipule por acto médico, la Entidad procederá al pago directo a la respectiva Comunidad Autónoma en los términos que se estipulen en el convenio correspondiente.

En el supuesto de existir obligaciones económicas pendientes con alguna Comunidad Autónoma como consecuencia del pago directo o compromiso de pago por la Entidad, MUFACE procederá al abono de éstas con cargo al importe que deba abonar a la Entidad por el Concierto, entendiéndose realizado el pago por cuenta de la misma y trasladándole la justificación correspondiente.

2. Medios de atención de urgencia

2.1 La Mutualidad impulsará instrumentos de colaboración con las administraciones públicas responsables de los teléfonos de emergencias para favorecer la derivación a centros concertados, siempre que éstos cuenten con medios para afrontar la situación de urgencia.

2.2 Según el presente Concierto, el Centro Coordinador de Urgencias de la Entidad será accesible a través un teléfono gratuito y único para todo el territorio nacional, disponible las 24 horas de todos los días al año, que canalizará la demanda de urgencias y emergencias sanitarias, garantizando la accesibilidad y coordinación de los recursos disponibles para este tipo de atención.

2.3 Asimismo se estipula que la Entidad pueda coordinar sus dispositivos de emergencias sanitarias con otros centros coordinadores de urgencias y emergencias, incluidos aquellos dependientes de otras administraciones sanitarias.

2.4 Sin perjuicio de lo anterior, MUFACE impulsará la celebración de instrumentos de colaboración con las administraciones públicas responsables de los teléfonos de emergencias públicos, con el fin de que los mutualistas o beneficiarios que requieran atención de urgencias o emergencias puedan acceder al servicio 112 y ser atendidos en medios de la Entidad (o en medios públicos cubriendo la Entidad el coste de la asistencia en los supuestos previstos).

2.5 Mediante la firma de este Concierto la Entidad concede su expresa y total autorización a MUFACE para la firma de estos convenios así como de sus prórrogas. Los Convenios serán comunes para todas las Entidades firmantes del Concierto y el contenido obligacional y el ámbito territorial convenido con las respectivas Comunidades Autónomas serán comunicados a cada una de las Entidades. La autorización no impedirá que las Entidades puedan suscribir por su parte Acuerdos con idéntico objeto y ámbito con las administraciones competentes, siempre y cuando sus cláusulas no se opongan a lo dispuesto en este Anexo.

2.6 En el supuesto de existir obligaciones económicas, éstas serán satisfechas con cargo al precio que, una vez devengado y librado, MUFACE debe abonar a cada Entidad por el presente Concierto, entendiéndose realizado el pago por cuenta de la misma. A tal efecto, MUFACE realizará cada pago mensual con cargo al importe del mismo mes que deba abonar a la Entidad por el Concierto, trasladándole la justificación correspondiente.

2.7 Una vez que MUFACE haya formalizado los mencionados Convenios, las Entidades garantizarán que las llamadas derivadas desde el número 112 a sus centros coordinadores de urgencias serán respondidas y atendidas en las condiciones establecidas en el presente Concierto y de acuerdo con los planes establecidos por cada Administración competente en materia de emergencias y protección civil.

2.8 MUFACE y las Entidades podrán suscribir Acuerdos entre ellas con el fin de adoptar cualquier medida orientada a organizar, coordinar o integrar sus propios medios y recursos para la atención de urgencias en el marco del presente Concierto. Entre los medios susceptibles de ser organizados, coordinados o integrados podrán incluirse, entre otros, los distintos números de teléfono o los centros coordinadores de urgencias. Dichos Acuerdos podrán afectar a los puntos del presente Anexo.

3. Prestaciones de Salud Pública

3.1 En materia de Salud Pública con respecto al apartado 3 del Anexo I del R.D. 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, que hace referencia a la Promoción de la salud y prevención de las enfermedades y de las deficiencias, MUFACE podrá suscribir instrumentos de colaboración con las autoridades y/o administraciones públicas territoriales, con objeto de garantizar el acceso del colectivo protegido por la Mutualidad a las actuaciones que aquellas puedan establecer en su ámbito competencial para todos los ciudadanos residentes en su correspondiente ámbito territorial.

3.2 La cláusula 2.5 incluye en la Cartera de Servicios del Concierto diversos programas preventivos que la Entidad debe llevar a efecto en los términos que en la misma se estipulan. Sin perjuicio de ellos, estos programas también podrán incluirse en los Convenios que puedan suscribirse conforme al punto anterior.

3.3 Mediante la firma de este Concierto la Entidad concede su expresa y total autorización a MUFACE para la firma de estos convenios así como de sus prórrogas. Los Convenios serán comunes para todas las Entidades firmantes del Concierto y el contenido obligacional y el ámbito territorial convenido con las respectivas Comunidades Autónomas serán comunicados a cada una de las Entidades.

3.4 En el supuesto de existir obligaciones económicas, éstas serán satisfechas con cargo al precio que, una vez devengado y librado, MUFACE debe abonar a cada Entidad por el presente Concierto, entendiéndose realizado el pago por cuenta de la misma. A tal efecto, MUFACE realizará cada pago mensual con cargo al importe del mismo mes que deba abonar a la Entidad por el Concierto, trasladándole la justificación correspondiente.

ANEXO 3

Criterios de disponibilidad de medios por niveles asistenciales y garantía de tiempo máximo de acceso a la atención

Criterios de disponibilidad de medios por niveles asistenciales

1. Criterio general

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 y de conformidad con la cláusula 3.2.4.

2. Disponibilidad de medios de atención primaria

2.1 En todos los municipios se facilitará Atención Primaria, que comprenderá la asistencia sanitaria a nivel ambulatorio, y de urgencia a cargo del médico general o de familia, pediatra, diplomado en enfermería, matrona, fisioterapeuta, odontólogo y podólogo, de acuerdo con los siguientes criterios:

a) En los municipios de menos de 10.000 habitantes se deberá garantizar siempre de médico general o de familia y diplomado en enfermería. Además, los municipios a partir de 5.000 habitantes dispondrán de pediatra.

En los municipios de más de 10.000 habitantes se deberá garantizar, además, la asistencia de fisioterapeuta y odontoestomatólogo.

b) En los municipios de más de 20.000 habitantes se deberá garantizar, además, la podología, y asistencia de matrona.

c) En los municipios de más de 100.000 habitantes se deberá garantizar servicios de Atención Primaria en todos los distritos postales o, en su defecto, en un distrito limítrofe.

d) En los municipios capitales de provincia, no incluidos en la letra anterior, se deberá garantizar varios puntos de atención diferentes, procurando que al menos sean tres si existen en el municipio recursos sanitarios privados concertables.

2.2 La Atención Primaria domiciliaria se prestará por el Médico General o de Familia y Diplomado de Enfermería.

2.3 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.

2.4 Si, excepcionalmente, la Entidad no dispusiera de los medios propios o concertados precisos, deberá garantizar la cobertura de la asistencia por otros servicios de conformidad con lo dispuesto en la cláusula 3.2.4 y en los puntos siguientes.

2.5 Como criterio especial se tendrá en cuenta que, en las zonas rurales expresamente previstas en los convenios a que se refiere el Anexo 2 de este Concierto, y con el alcance y contenido estipulado en cada uno de ellos, 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 beneficiarios residentes en los municipios incluidos en los respectivos convenios rurales, podrán optar por ser atendidos en los medios de que disponga la Entidad en los municipios próximos.

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 a que se refiere el Anexo 2 de este Concierto.

2.6 En los municipios de menos de 20.000 habitantes pertenecientes a comunidades autónomas con las que no se hayan formalizado los convenios de colaboración previstos en el punto anterior, o éstos sólo tengan por objeto la asistencia sanitaria de urgencias, con el fin de facilitar el servicio de Atención Primaria, la Entidad podrá prestarla por médico general o de familia y diplomado en enfermería en régimen domiciliario a solicitud de los beneficiarios mediante cita previa, garantizando una respuesta asistencial en un plazo no superior a 72 horas desde que se efectuó el aviso a la Entidad.

2.7 En los municipios de menos de 20.000 habitantes en los que la Entidad no preste la Atención Primaria conforme a lo establecido en el punto 2.5 o 2.6 de este Anexo y no disponga de medios propios o concertados y en los que tampoco existieran medios privados, ésta facilitará el acceso de los beneficiarios a los servicios de Atención Primaria dependientes de la correspondiente Comunidad Autónoma, tanto para la asistencia ordinaria como de urgencia, asumiendo directamente los gastos que puedan facturarse.

3. Definición de los niveles de atención especializada y cartera de servicios

3.1 La Atención Especializada se dispensará en municipios o agrupaciones con población a partir de 20.000 habitantes que se relacionan en el presente anexo, sin perjuicio de lo establecido en la cláusula 2.4.2.

3.2 Las distintas prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios de Atención Especializada a facilitar por la Entidad se estructuran en cuatro niveles en orden creciente, en cuya definición se atiende a criterios de población general, número de beneficiarios residentes, así como distancia y tiempo de desplazamiento a los núcleos urbanos donde existe una mayor disponibilidad de recursos sanitarios privados.

Asimismo, y teniendo en consideración lo anterior, a efectos de optimizar la disponibilidad de medios privados concertados se agrupan algunos municipios por proximidad geográfica y facilidad de transporte, así como por concentrar un mayor número de beneficiarios, de manera que se considerará válida la oferta de los medios exigidos en ese nivel en cualquiera de los municipios que aparecen agrupados en los listados correspondientes por niveles de Atención Especializada.

3.3 Cada Nivel de Atención Especializada incluye los medios exigibles en los niveles de Atención Especializada inferiores, además de los servicios de Atención Primaria que correspondan, de acuerdo a lo establecido en el punto 2 de este Anexo.

3.4 En el punto 3.9 de este Anexo se incluyen las siguientes tablas descriptivas:

- a) En la tabla 1 se relaciona la exigencia de disponibilidad de medios y servicios.
- b) En la tabla 2 se relacionan las especialidades de presencia física en urgencias hospitalarias.
- c) En la tabla 3 se relacionan las unidades y equipos multidisciplinares y consejo genético por niveles de atención.

3.5 Nivel I de Atención Especializada.

3.5.1 El marco territorial del Nivel I de Atención Especializada es el de los municipios y agrupaciones que con los criterios definidos anteriormente se relacionan en la siguiente tabla:

Provincia	Municipios y agrupaciones nivel I
A Coruña.	Cambre.
A Coruña.	Carballo.
A Coruña.	Culleredo.
A Coruña.	Ribeira.
Albacete.	Almansa.
Albacete.	Villarrobledo.
Alicante/Alacant.	Campello, El/Mutxamel.
Alicante/Alacant.	San Vicente del Raspeig/Sant Vicent del Raspeig/Sant Joan d' Alacant.
Asturias.	Castrillón.
Barcelona.	Castellar del Vallès.
Barcelona.	Esparreguera/Martorell/Olesa de Montserrat.
Barcelona.	Igualada.
Barcelona.	El Masnou.
Barcelona.	Molins de Rei/Sant Andreu de la Barca/Sant Vicenç dels Horts.
Barcelona.	Premiá de Mar.
Barcelona.	Sitges.
Bizkaia.	Barakaldo.
Bizkaia.	Portugalete/Santurtzi/Sestao.
Cádiz.	Arcos de la Frontera.
Cádiz.	Conil de la Frontera.
Cádiz.	Rota.
Cantabria.	Camargo.
Cantabria.	Castro-Urdiales.
Cantabria.	Piélagos.
Castellón/Castelló.	Borriana/Burriana.
Castellón/Castelló.	Vall d'Uixó, La.
Castellón/Castelló.	Vila-real.
Córdoba.	Cabra.
Córdoba.	Montilla.
Córdoba.	Priego de Córdoba.
Gipuzkoa.	Errenteria/Irun.
Girona.	Banyoles.
Girona.	Blanes/Lloret de Mar.
Granada.	Almuñécar.

Provincia	Municipios y agrupaciones nivel I
Granada.	Armillá.
Granada.	Baza.
Granada.	Gabias, Las.
Granada.	Loja.
Granada.	Maracena.
Guadalajara.	Azuqueca de Henares.
Huelva.	Aljaraque.
Huelva.	Ayamonte.
Illes Balears.	Calviá.
Illes Balears.	(Isla de Mallorca) - Inca.
Illes Balears.	(Isla de Mallorca) - Lluçmajor.
Illes Balears.	(Isla de Mallorca) - Marratxí.
Illes Balears.	(Isla de Menorca) - Ciutadella de Menorca.
Illes Balears.	(Isla de Menorca) - Maó-Mahón.
Jaén.	Alcalá la Real.
Jaén.	Martos.
Las Palmas.	(Isla de Gran Canaria) - Agüimes.
Las Palmas.	(Isla de Gran Canaria) - Arucas.
Las Palmas.	(Isla de Gran Canaria) - Gáldar.
Las Palmas.	(Isla de Gran Canaria) - Ingenio.
Las Palmas.	(Isla de Lanzarote) - Teguise.
Madrid.	Arroyomolinos.
Madrid.	Navalcarnero.
Madrid.	Paracuellos del Jarama.
Madrid.	Villaviciosa de Odón.
Madrid/Toledo.	Ciempozuelos (Madrid)/Seseña (Toledo).
Málaga.	Cártama.
Málaga.	Coín.
Murcia.	Águilas.
Murcia.	Alcantarilla.
Murcia.	Alhama de Murcia/Totana.
Murcia.	Caravaca de la Cruz.
Murcia.	Jumilla.
Pontevedra.	Estrada, A.
Pontevedra.	Cangas.
Pontevedra.	Lalín.
Pontevedra.	Marín.
Pontevedra.	Redondela.

Provincia	Municipios y agrupaciones nivel I
Santa Cruz de Tenerife.	(Isla de La Palma) - Llanos De Aridane, Los.
Santa Cruz de Tenerife.	(Isla de Tenerife) - Candelaria.
Santa Cruz de Tenerife.	(Isla de Tenerife) - Güimar.
Santa Cruz de Tenerife.	(Isla de Tenerife) - Tacoronte.
Sevilla.	Bormujos.
Sevilla.	Camas.
Sevilla.	Carmona.
Sevilla.	Coria de Río.
Sevilla.	Lebrija.
Sevilla.	Mairena del Alcor.
Sevilla.	Mairena del Aljarafe.
Sevilla.	Morón de la Frontera.
Sevilla.	Palacios y Villafranca, Los.
Sevilla.	Rinconada, La.
Sevilla.	San Juan de Aznalfarache.
Sevilla.	Tomares.
Tarragona.	Salou/Vila-seca.
Tarragona.	Valls.
Toledo.	Illescas.
Valencia/València.	Alaquàs/Aldaia/Xirivella.
Valencia/València.	Alboraia/Alboraya.
Valencia/València.	Algemesí.
Valencia/València.	Bétera.
Valencia/València.	Catarroja,
Valencia/València.	Cullera.
Valencia/València.	Llíria/Pobla de Vallbona, La.
Valencia/València.	Paiporta.
Valencia/València.	Requena.
Valencia/València.	Riba-roja de Túria.
Valencia/València.	Sueca.
Valencia/València.	Torrent.
Valencia/València.	Xàtiva.
Valladolid.	Arroyo de la Encomienda.
Valladolid.	Laguna de Duero.
Valladolid.	Medina del Campo.
Zaragoza.	Calatayud.

3.5.2 Estos municipios y agrupaciones dispondrán, al menos, de los medios de Atención Especializada que se especifican en la tabla 1, que comprenderá la asistencia sanitaria en régimen de consultas externas o ambulatorias.

3.6 Nivel II de Atención Especializada.

3.6.1 El marco territorial del Nivel II de Atención Especializada es el de los municipios y agrupaciones que con los criterios definidos anteriormente se relacionan en la siguiente tabla:

Provincia	Municipios y Agrupaciones Nivel II
A Coruña.	Oleiros.
Albacete.	Hellín.
Alicante/Alacant.	Alcoy/Alcoi/Ibi.
Alicante/Alacant.	Dénia/Jávea/Xàbia.
Alicante/Alacant.	Aspe/Crevent/Elche/Elx/Novelda/Santa Pola.
Alicante/Alacant.	Elda/Petrer/Villena.
Alicante/Alacant.	Alfàs del Pi, L'Altea/Benidorm/Villajoyosa/Vila Joiosa, La.
Alicante/Alacant.	Orihuela.
Alicante/Alacant.	Torre Vieja.
Almería.	Ejido, El.
Almería.	Roquetas de Mar.
Asturias.	Avilés.
Asturias.	Langreo/Mieres.
Asturias.	Siero.
Badajoz.	Don Benito/Villanueva de la Serena.
Barcelona.	Badalona/Sant Adrià de Besòs/Santa Coloma de Gramenet.
Barcelona.	Barberà del Vallès/Cerdanyola del Vallès/Ripollet.
Barcelona.	Castelldefels/Gavà/Viladecans.
Barcelona.	Cornellà de Llobregat/Hospitalet de Llobregat, L'/Sant Boi de Llobregat.
Barcelona.	Esplugues de Llobregat/Sant Feliu de Llobregat/Sant Joan Despí/Prat de Llobregat, El.
Barcelona.	Granollers/Mollet del Vallès/Montcada i Reixac.
Barcelona.	Manlleu/Vic.
Barcelona.	Mataró/Vilassar de Mar.
Barcelona.	Rubí/Sant Cugat del Vallès.
Barcelona.	Vilafranca del Penedès.
Barcelona/Tarragona.	Vilanova i la Geltrú/Vendrell, El (Tarragona).
Bizkaia.	Getxo/Leioa.
Burgos.	Aranda de Duero.
Burgos.	Miranda de Ebro.
Cáceres.	Plasencia.
Cádiz.	Chiclana de la Frontera/Puerto Real.

Provincia	Municipios y Agrupaciones Nivel II
Cádiz.	Sanlúcar de Barrameda.
Cantabria.	Torrelavega.
Castellón/Castelló.	Benicarló/Vinaròs.
Ciudad Real.	Alcázar de San Juan.
Ciudad Real.	Puertollano.
Ciudad Real.	Tomelloso.
Ciudad Real.	Valdepeñas.
Córdoba.	Lucena/Puente Genil.
Girona.	Figueres.
Girona.	Olot.
Granada.	Motril.
Huelva.	Cartaya/Isla Cristina/Lepe.
Illes Balears.	(ISLA DE IBIZA) – Eivissa/Sant Antoni de Portmany/Sant Josep de sa Talaia/Santa Eulària des Riu.
Illes Balears.	(Isla de Mallorca) - Manacor.
Jaén.	Andújar.
Jaén.	Linares.
Jaén.	Úbeda.
Las Palmas.	(Isla de Fuerteventura) - Puerto Del Rosario.
Las Palmas.	(Isla de Gran Canaria) - San Bartolomé de Tirajana/Santa Lucía de Tirajana.
Las Palmas.	(Isla de Gran Canaria) - Telde.
Las Palmas.	(Isla de Lanzarote) - Arrecife.
León.	Ponferrada.
Lleida.	La Seu d'Urgell.
Madrid.	Alcobendas/San Sebastián de los Reyes.
Madrid.	Aranjuez.
Madrid.	Arganda del Rey/Rivas-Vaciamadrid.
Madrid.	Colmenar Viejo/Tres Cantos.
Madrid.	Collado Villalba/Galapagar/Torrelodones.
Madrid.	Coslada/San Fernando de Henares.
Madrid.	Getafe/Parla.
Madrid.	Leganés.
Madrid.	Pinto/Valdemoro.
Málaga.	Alhaurín de la Torre.
Málaga.	Antequera.
Málaga.	Benalmádena/Torremolinos.
Málaga.	Estepona.
Málaga.	Fuengirola/Marbella/Mijas.
Málaga.	Rincón de la Victoria/Vélez-Málaga.

Provincia	Municipios y Agrupaciones Nivel II
Málaga.	Ronda.
Murcia.	Cieza/Molina de Segura/Torres de Cotillas, Las.
Murcia.	Pilar de la Horadada (Alicante/Alacant)/San Javier (Murcia)/San Pedro del Pinatar (Murcia).
Murcia.	Yecla.
Navarra.	Tudela.
Pontevedra.	Vilagarcía de Arousa.
Santa Cruz de Tenerife.	(Isla de Tenerife) - Adeje/Arona/Granadilla de Abona.
Santa Cruz De Tenerife.	(Isla de Tenerife) - Orotava, La/Puerto de la Cruz/Realejos, Los.
Santa Cruz De Tenerife.	(Isla de Tenerife) - San Cristóbal de la Laguna.
Sevilla.	Alcalá de Guadaíra/Dos Hermanas.
Sevilla.	Écija.
Sevilla.	Utrera.
Tarragona.	Amposta/Tortosa.
Tarragona.	Cambrils/Reus.
Valencia/València.	Alzira/Carcaixent.
Valencia/València.	Burjassot/Manises/Mislata/Paterna/Quart de Poblet.
Valencia/València.	Ontinyent.
Valencia/València.	Sagunto/Sagunt.

3.6.2 Estos municipios y agrupaciones dispondrán, al menos, de los medios de Atención Especializada especificados en la tabla 1, que comprenderá la asistencia sanitaria en régimen de consultas externas o ambulatorias y de urgencias hospitalarias. La Entidad también asumirá, en su caso, los correspondientes ingresos o estancias para cualquier régimen de atención hospitalaria que puedan derivarse de esas urgencias hospitalarias facilitando el acceso a cualquier especialidad que fuera precisa.

3.6.3 Además, en todos aquellos municipios o agrupaciones de municipios donde existan centros hospitalarios privados y la Entidad no disponga de centro concertado, se obliga a proporcionar en esos centros (incluyendo todas las especialidades disponibles en el mismo) la asistencia sanitaria, en régimen de consultas externas y para cualquier régimen de atención hospitalaria a los beneficiarios residentes en ese municipio o agrupación. La atención de urgencia hospitalaria también será proporcionada por la Entidad en estos centros hospitalarios a cualquier beneficiario del Concierto, en los términos señalados en el punto 3.6.2.

A los fines asistenciales de este Concierto, esos centros hospitalarios privados quedan asimilados a los medios de la Entidad.

3.6.4 En el caso de centros privados concertados, la Entidad deberá disponer en las urgencias hospitalarias de médicos de presencia física para las especialidades de este nivel recogidas en la tabla 2.

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 en cualquier caso a 30 minutos.

3.7 Nivel III de Atención Especializada.

3.7.1 El marco territorial del Nivel III de Atención Especializada es la provincia, por lo que todas las capitales de provincia y ciudades de Ceuta y Melilla contarán con los

medios establecidos para este Nivel. En la tabla siguiente se relacionan, además de las capitales de provincia y las ciudades de Ceuta y Melilla, los municipios y agrupaciones que corresponden a este Nivel de Atención Especializada.

Provincia	Municipios y Agrupaciones Nivel III
A Coruña.	Ames/Santiago de Compostela.
A Coruña.	Ferrol/Narón.
Almería.	Almería.
Araba/Álava.	Vitoria-Gasteiz.
Asturias.	Gijón.
Ávila.	Ávila.
Badajoz.	Almendralejo/Mérida.
Barcelona.	Manresa.
Barcelona.	Terrasa/Sabadell.
Burgos.	Burgos.
Cáceres.	Cáceres.
Cádiz.	Algeciras/Barrios, Los/Línea de la Concepción, La.
Cádiz.	Cádiz/San Fernando.
Cádiz.	Jerez de la Frontera/Puerto de Santamaría, El.
Castellón/Castelló.	Almazora/Almassora/Castellón de la Plana/Castelló de la Plana.
Ceuta.	Ceuta.
Ciudad Real.	Ciudad Real.
Cuenca.	Cuenca.
Gipuzkoa.	San Sebastián/Donostia.
Girona.	Gerona/Salt.
Guadalajara.	Guadalajara.
Huelva.	Huelva.
Huesca.	Huesca.
Jaén.	Jaén.
León.	León/San Andrés del Rabanedo.
Lleida.	Lleida.
Lugo.	Lugo.
Madrid.	Alcalá de Henares/Torrejón de Ardoz.
Madrid.	Alcorcón/Fuenlabrada/Móstoles.
Madrid.	Boadilla del Monte/Majadahonda/Rozas de Madrid, Las.
Madrid.	Pozuelo de Alarcón.
Melilla.	Melilla.
Murcia.	Cartagena.
Murcia.	Lorca.
Ourense.	Ourense.

Provincia	Municipios y Agrupaciones Nivel III
Palencia.	Palencia.
Pontevedra.	Pontevedra.
Salamanca.	Salamanca.
Segovia.	Segovia.
Soria.	Soria.
Tarragona.	Tarragona.
Teruel.	Teruel.
Toledo.	Talavera de la Reina.
Toledo.	Toledo.
Valencia/València.	Gandía/Oliva.
Zamora.	Zamora.

3.7.2 Estos municipios y agrupaciones dispondrán, al menos, de los medios de Atención Especializada especificados en las tablas 1 y 3, que comprenderá la asistencia sanitaria en régimen de consultas externas o ambulatorias, de hospitalización y de urgencias hospitalarias.

3.7.3 La Entidad deberá disponer en las urgencias hospitalarias de médicos de presencia física para las especialidades de este nivel recogidas en la tabla 2.

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 en cualquier caso a 30 minutos.

3.7.4 En caso de hospitalización la oferta de la Entidad se considerará válida cuando el hospital ofertado se sitúe en otro municipio, siempre que el hospital esté a una distancia inferior a 20 kilómetros desde el núcleo urbano, o desde el más lejano en el caso de las agrupaciones de municipios y en dicho municipio no fuera exigible, a su vez, la disponibilidad de hospital.

3.8 Nivel IV de Atención Especializada.

3.8.1 El marco territorial del Nivel IV es la Comunidad Autónoma, por lo que al menos un municipio de cada Comunidad Autónoma contará con los medios establecidos para este Nivel. En la tabla siguiente se relacionan los municipios que corresponden al Nivel IV de Atención Especializada.

Comunidad Autónoma	Provincia	Municipios Nivel IV
CA. Andalucía.	Córdoba.	Córdoba.
	Granada.	Granada.
	Málaga.	Málaga.
	Sevilla.	Sevilla.
CA. Aragón.	Zaragoza.	Zaragoza.
CA. Principado de Asturias.	Asturias.	Oviedo.
CA. Canarias.	Las Palmas.	Las Palmas de Gran Canaria.
	Tenerife.	Santa Cruz de Tenerife.
CA. Cantabria.	Cantabria.	Santander.

Comunidad Autónoma	Provincia	Municipios Nivel IV
CA. Castilla-la Mancha.	Albacete.	Albacete.
CA. Castilla y León.	Valladolid.	Valladolid.
CA. Cataluña.	Barcelona.	Barcelona.
CA. Extremadura.	Badajoz.	Badajoz.
CA. Galicia.	A Coruña.	A Coruña.
	Pontevedra.	Vigo.
CA. Illes Balears.	Illes Balears.	Palma de Mallorca.
CA. La Rioja.	La Rioja.	Logroño.
CA. Madrid.	Madrid.	Madrid.
CA. Región de Murcia.	Murcia.	Murcia.
CA. Foral de Navarra.	Navarra.	Pamplona.
CA. País Vasco.	Bizkaia.	Bilbao.
CA. Valenciana.	Valencia/València.	Valencia/València.
	Alicante/Alacant.	Alicante/Alacant.

3.8.2 Todos los municipios incluidos en la tabla anterior dispondrán, al menos, de los medios de Atención Especializada especificados en las tablas 1 y 3, que comprenderá la asistencia sanitaria en régimen de consultas externas o ambulatorias, de hospitalización y de urgencias hospitalarias.

En los municipios de Madrid y Barcelona siempre se garantizará la disponibilidad de todos los Servicios de Nivel IV y de, al menos, un Hospital con acreditación docente para la Formación Médica Especializada.

3.8.3 Con carácter excepcional, en caso de no disponer de medios propios o concertados de algunas de las especialidades en los municipios relacionados, MUFACE podrá considerar una oferta válida, a estos efectos, si dichos medios están disponibles en otra localidad de la Comunidad Autónoma a que pertenezca el municipio afectado. En el caso de las comunidades autónomas uniprovinciales, la oferta será válida en otra provincia limítrofe si en dicha Comunidad Autónoma no existieran medios privados adecuados.

3.8.4 La Entidad deberá disponer en las urgencias hospitalarias de médicos de presencia física para las especialidades de este nivel recogidas en la tabla 2.

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.

3.8.5 En caso de hospitalización la oferta de la Entidad se considerará válida cuando el hospital ofertado se sitúe en otro municipio, siempre que esté a una distancia inferior a 20 kilómetros desde el núcleo urbano, y en dicho municipio no fuera exigible, a su vez, la disponibilidad de hospital.

3.9 Tablas descriptivas de disponibilidad de medios y niveles de Atención Especializada:

A) Tabla 1. Exigencia de disponibilidad de medios y servicios

Especialidad/Servicio	Especificaciones	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV
Alergología.					
Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica.	Análisis clínicos.				
	Citogenética/Genética.				
	Inmunología.				
Anatomía patológica.					
Anestesiología y Reanimación/URPA.					
Angiología y Cirugía Vascolar.					
Aparato Digestivo.	Aparato Digestivo.				
	Endoscopia.				
	Cápsula endoscópica.				
Cardiología.	Cardiología.				
	Electrofisiología cardiaca/marcapasos.				
	Desfibrilador implantable.				
	Ablación/cardioversión.				
	Hemodinámica.				
Cirugía Cardiovascular.					
Cirugía General y Aparato Digestivo.					
Cirugía Oral y Maxilofacial.					
Cirugía Ortopédica y Traumatología.					
Cirugía Pediátrica.					
Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.	Cirugía plástica, Estética y Reparadora.				
	Micropigmentación areola y pezón.				
Cirugía Torácica.					
Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología.					
Endocrinología y Nutrición.					
Farmacia Hospitalaria.					
Ginecología y Obstetricia.	Ginecología y Obstetricia.				
	Ecografía ginecológica.				
	Diagnóstico prenatal.				
	Obstetricia de alto riesgo.				
	Reproducción Humana Asistida.				
Hematología y Hemoterapia.	Hematología/Hospital de día.				
	Hemoterapia.				

Especialidad/Servicio	Especificaciones	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV
Medicina Física y Rehabilitación.	Medicina Física y RH.				
	Fisioterapia general.				
	Logopedia.				
	Rehabilitación cardiaca.				
	Rehabilitación integral daño cerebral.				
	Rehabilitación suelo pélvico.				
	Terapia ocupacional.				
Medicina Intensiva/UCI.					
Medicina Interna.					
Medicina Nuclear.	Medicina Nuclear.				
	Gammagrafía/Radiosótopos.				
	PET y PET-TC.				
Nefrología.	Nefrología.				
	Hemodiálisis y diálisis peritoneal.				
Neumología.					
Neurocirugía.					
Neurofisiología Clínica.	Neurofisiología Clínica.				
	Potenciales evocados.				
	Unidad del sueño.				
Neurología.					
Oftalmología.					
Oncología Médica.	Oncología Médica.				
	Hospital de día.				
Oncología Radioterápica.					
Otorrinolaringología.	Otorrinolaringología.				
	Rehabilitación vestibular.				
Pediatría.					
Psiquiatría.					
Radiodiagnóstico.	Radiología convencional.				
	Ecografía.				
	Mamografía.				
	TAC.				
	RMN.				
	Densitometría.				
	Radiología intervencionista.				
Reumatología.					

Especialidad/Servicio	Especificaciones	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV
Urología.	Urología.				
	Litotricia.				
	Láser verde.				
	Biopsia Fusión.				
Otros.	Odontología.				
	Psicología.				

B) Tabla 2. Especialidades de presencia física en urgencias hospitalarias

Urgencias hospitalarias	Nivel II	Nivel III	Nivel IV
Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica.			
Anestesiología y Reanimación/URPA.			
Angiología y Cirugía Vascul.			
Aparato Digestivo.			
Cardiología.			
Cirugía Cardiovascular.			
Cirugía General y Aparato Digestivo.			
Cirugía Oral y Maxilofacial.			
Cirugía Ortopédica y Traumatología.			
Cirugía Pediátrica.			
Ginecología y Obstetricia.			
Hematología y Hemoterapia.			
Medicina Intensiva/UCI.			
Medicina Interna.			
Nefrología.			
Neurocirugía.			
Neurología.			
Oftalmología.			
Otorrinolaringología.			
Pediatría.			
Psiquiatría.			
Radiodiagnóstico.			
Urología.			

C) Tabla 3. Unidades/equipos multidisciplinares/Consejo Genético

Unidades/Equipos	Nivel II	Nivel III	Nivel IV
Cuidados Paliativos.			
Unidad del Dolor.			
Unidad de Ictus.			
Unidad de Trastornos de la Alimentación.			
Unidad de Atención Temprana.			
Unidad de Infecciosos.			
Consejo Genético.			

3.10 Servicios de Referencia.

Se consideran Servicios de Referencia los destinados a la atención de patologías que precisen de alta especialización profesional o elevada complejidad tecnológica, o cuando el número de casos a tratar no sea elevado y pueda resultar aconsejable la concentración de los recursos diagnósticos y terapéuticos. Los Servicios de Referencia tendrán como marco geográfico y poblacional el conjunto del territorio nacional.

3.10.1 Con carácter general, las patologías, técnicas, tecnologías o procedimientos diagnósticos o terapéuticos susceptibles de ser tratados en los Servicios de Referencia serán las designadas por el Comité de Designación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia del SNS (CSUR), y que son publicadas por resoluciones del Ministerio de Sanidad. En estos casos la Entidad facilitará el acceso a estos centros ubicados en la Comunidad Autónoma de residencia o, de no existir en ésta, en la Comunidad Autónoma limítrofe más cercana a la residencia del beneficiario.

3.10.2 Además de lo señalado en el punto anterior, dentro de la Cartera de Servicios de Atención Especializada se considerarán de referencia los servicios, técnicas, y procedimientos terapéuticos siguientes:

- a) Tratamientos complejos del Cáncer:
 - 1) Cirugía con intención curativa del cáncer de esófago.
 - 2) Cirugía con intención curativa del cáncer pancreático.
 - 3) Cirugía oncológica combinada de los órganos pélvicos.
 - 4) Cirugía radioguiada.
 - 5) Cirugía de las metástasis hepáticas.
 - 6) Radiocirugía del sistema nervioso central y extracraneal.
 - 7) Radioterapia intraoperatoria.
- b) Trasplante de órganos, tejidos y células.
- c) Unidad de Daño Cerebral.
- d) Unidad de Lesionados Medulares.
- e) Unidad de Grandes Quemados.
- f) Cirugía Torácica:
 - 1) Videotoroscopias diagnósticas y terapéuticas.
 - 2) Tratamientos endoscópicos paliativos en cáncer de pulmón y tumores traqueobronquiales.
 - 3) Neuroestimuladores diafragmáticos.
 - 4) Prótesis traqueales y bronquiales.

La Entidad ofertará, como mínimo, tres alternativas, de las cuales al menos una deberá estar ubicada en la Comunidad Autónoma de residencia del beneficiario o, de no existir en esa, en la Comunidad Autónoma limítrofe más cercana a la residencia del

beneficiario. Cuando las alternativas ofertadas sólo se diferencien por la titularidad patrimonial del centro, se priorizara la que corresponda a un centro sanitario privado.

3.11 Servicios Especiales.

3.11.1 Cirugía robotizada. Para las intervenciones enumeradas a continuación con las especificaciones correspondientes:

a) Cirugía Urológica:

Cáncer de próstata (prostatectomía radical) que cumplan los siguientes criterios:

- Pacientes diagnosticados de adenocarcinoma prostático localizado.
- PSA < 15 ng/ml.
- Ecografía transrectal de próstata sin evidencia de afectación extracapsular ni afectación de vesículas seminales (T1-T2).
- Sin invasión linfática ni metástasis (N0 y M0).
- Riesgo ASA < III.

Carcinoma renal. Nefrectomía parcial para las siguientes indicaciones:

- Tumores de predominio exofítico < 4 cm.
- En monorrenos tumores < 4 cm.

b) Cirugía Ginecológica:

Tumores de endometrio. Histerectomía total para las siguientes indicaciones:

- Tumor endometrio localizados.

c) Cirugía General y del Aparato Digestivo:

Cirugía Esófago-Gástrica. Para las siguientes indicaciones:

- Gastrectomía por tumor gástrico localizado.

Cirugía Colo-Rectal. Para las siguientes indicaciones:

- Tumor colo-rectal localizado.

La Entidad ofertará este tipo de cirugía en centros concertados con experiencia comprobada dentro de sus proveedores concertados. Todo ello, siempre y cuando sea prescrito por un especialista concertado con la Entidad, previa autorización por parte de la misma.

3.11.2 Protonterapia. La Resolución del 30 de noviembre de 2020, de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se hacen públicos los acuerdos de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación de 14 de julio de 2020 en relación a la técnica de protonterapia en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud. En esta Resolución se recogen las indicaciones que estarán incluidas en la financiación del SNS para esta terapia.

Para la valoración de los casos será necesario el informe médico y la prescripción por Oncólogo médico/radioterápico concertado con la Entidad. Esta prestación está sometida al dictamen del Comité establecido en la cláusula 2.13, siguiendo el procedimiento regulado en la cláusula 4.9.

La Entidad ofertará una propuesta asistencial, valorando, de ser posible la cercanía a la residencia del beneficiario.

4. Disponibilidad de medios de atención especializada en consultas externas o centros ambulatorios

4.1 Las diferencias territoriales en la disponibilidad de especialistas y en la demanda por tipo de especialidad hacen que se determinen tres grupos de especialidades al objeto de fijar el número mínimo de especialistas que la Entidad deberá ofrecer conforme a las exigencias establecidas en cada Nivel de Atención Especializada.

4.2 Los criterios de disponibilidad de facultativos en consultas externas o en centros ambulatorios por tipos de especialidad y Nivel de Atención Especializada serán los siguientes:

A) Especialidades tipo A. La Entidad dispondrá como mínimo de un facultativo, incrementándose en proporción al número de beneficiarios residentes en el ámbito geográfico a que corresponda el Nivel asignado a la especialidad.

Para las especialidades de este tipo de Nivel I y II se incrementará su número en un facultativo más por cada 4.000 beneficiarios residentes en el municipio o agrupación, salvo en el municipio de Madrid que lo hará por cada 7.000. En todo caso la exigencia para la especialidad de Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica (referido a centros de extracciones) en municipios que sean capital de provincia será como mínimo de dos facultativos.

Para las especialidades de Nivel III se incrementará su número en un facultativo más por cada 10.000 beneficiarios residentes en la provincia, salvo en el municipio de Madrid que lo hará por cada 12.000 beneficiarios residentes en la provincia. Estos facultativos estarán disponibles en la capital de provincia o municipio de nivel superior de dicha provincia.

En el caso de los municipios o agrupaciones incluidos en el Nivel III que no sean capital de provincia, la exigencia se calculará por el número de beneficiarios residentes en el municipio o agrupación, que será a su vez descontado del que se compute para determinar el número de especialistas de este nivel en la capital de provincia.

B) Especialidades tipo B. La Entidad dispondrá como mínimo de un facultativo, incrementándose en proporción al número de beneficiarios residentes en el ámbito geográfico a que corresponda el Nivel asignado a la especialidad.

Para las especialidades de Nivel III se incrementará su número en un facultativo más por cada 12.000 beneficiarios residentes en la provincia, salvo en el municipio de Madrid que lo hará por cada 14.000 beneficiarios residentes en la provincia. Estos facultativos estarán disponibles en la capital de provincia o municipio de nivel superior de dicha provincia.

En el caso de los municipios o agrupaciones incluidos en el Nivel III que no sean capital de provincia, la exigencia se calculará por el número de beneficiarios residentes en el municipio o agrupación, que será a su vez descontado del que se compute para determinar el número de especialistas de este nivel en la capital de provincia.

Para las especialidades de Nivel IV se incrementará su número en un facultativo más por cada 20.000 beneficiarios residentes en la Comunidad Autónoma.

En el caso de las Comunidades Autónomas que dispongan de más de un municipio de Nivel IV, la exigencia de cada municipio se determinará mediante la asignación a partes iguales del número de beneficiarios residentes en la comunidad autónoma.

C) Especialidades tipo C. La Entidad dispondrá como mínimo de un facultativo, incrementándose su número en un facultativo más por cada 40.000 beneficiarios residentes en la Comunidad Autónoma.

En el caso de las comunidades autónomas que dispongan de más de un municipio de Nivel IV, la exigencia de cada municipio se determinará mediante la asignación a partes iguales del número de beneficiarios residentes en la Comunidad Autónoma.

4.3 En la siguiente tabla se muestran las diferentes especialidades según tipo (A, B y C) y Nivel de Atención Especializada:

Tipo/ Nivel	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV
Tipo A	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica (referido a centros de extracciones) - C. Ortopédica y Traumatología - Ginecología y Obstetricia - Oftalmología 4.000 beneficiarios. (Madrid, 7.000)	<ul style="list-style-type: none"> - Aparato Digestivo - Cardiología - Cirugía General y Ap. Digestivo - Medicina Interna - Medicina Física y Rehabilitación - Otorrinolaringología - Radiodiagnóstico 4.000 beneficiarios. (Madrid 7.000)	<ul style="list-style-type: none"> - Dermatología Médico-quirúrgica - Psiquiatría - Urología 10.000 beneficiarios. (Madrid 12.000)	
Tipo B			<ul style="list-style-type: none"> - Alergología - Angiología y Cirugía Vasculard - Endocrinología y Nutrición - Hematología y Hemoterapia - Nefrología - Neumología - Neurología - Neurofisiología Clínica - Oncología Médica - Reumatología 12.000 beneficiarios. (Madrid, 14.000)	<ul style="list-style-type: none"> - Cirugía Estética Plástica y Reparadora - Cirugía Maxilofacial - Neurocirugía - Medicina Nuclear 20.000 beneficiarios
Tipo C				<ul style="list-style-type: none"> - Cirugía Cardiovascular - Cirugía Pediátrica - Cirugía Torácica - Oncología Radioterápica 40.000 beneficiarios

4.4 A efectos del cálculo del número de facultativos se toma como referencia el número de beneficiarios a 1 de febrero de 2021 y el número no variará durante toda la vigencia del Concierto.

5. Condiciones complementarias para el territorio insular

5.1 Además de lo señalado en cada Nivel para los correspondientes municipios o agrupaciones que se mencionan en el punto 3, las condiciones especiales complementarias para las islas de los archipiélagos balear y canario serán las siguientes:

- a) En Atención Especializada se ha tomado como referencia la población de cada isla y el número de beneficiarios residentes.
- b) En las islas no capitalinas la Entidad deberá garantizar los servicios de urgencia hospitalarios de conformidad con lo dispuesto en la cláusula 2.4.2. y el punto 3.6.2 del presente anexo.

5.2 Conforme a las condiciones especiales establecidas en el punto anterior, en las siguientes tablas se relacionan las islas de cada archipiélago con el nivel y modalidad de Atención Especializada que a cada una corresponden.

Illes Balears

Isla	Nivel Atención Especializada	Consultas Externas	Hospitalización	Urgencias Hospitalarias
Mallorca.	Nivel IV	x	x	x
Eivissa.	Nivel II	x	x	x
Menorca.	Nivel II	x	x	x
Formentera.				x

Islas Canarias

Isla	Nivel Atención Especializada	Consultas Externas	Hospitalización	Urgencias Hospitalarias
Gran Canaria.	Nivel IV	x	x	x
Lanzarote.	Nivel II	x	x	x
Fuerteventura.	Nivel II	x	x	x
Tenerife.	Nivel IV	x	x	x
La Palma.	Nivel II	x	x	x
La Gomera.	Nivel I	x		x
El Hierro.				x

5.3 Lo dispuesto en el punto 3.6.3 del presente Anexo será de aplicación a las islas a las que conforme a lo dispuesto en el punto anterior corresponde el Nivel II de Atención Especializada, salvo que alguno de sus municipios figure relacionado en la tabla incluida en el punto 3.6.1, correspondiente a ese mismo nivel asistencial.

5.4 En el caso de Formentera, La Gomera y El Hierro, se atenderán los gastos de desplazamiento interinsular para la asistencia a especialidades de Nivel II.

5.5 La Entidad asumirá en todos los casos los gastos de desplazamiento interinsular para la asistencia a las especialidades de Nivel III y Nivel IV, salvo que disponga de medio concertado para prestar esa asistencia en la isla.

5.6 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.

5.7 La Atención Especializada de Nivel IV, si no estuviera disponible en la correspondiente Comunidad Autónoma, se prestará en aquella que resulte más próxima en tiempo de desplazamiento, debiendo asumir la Entidad los gastos de desplazamiento.

6. Garantía de tiempo máximo de acceso a la atención

La Entidad debe garantizar el acceso a cualquiera de los medios concertados en el Nivel asistencial que corresponda en el tiempo máximo que se detalla en los puntos siguientes para cada tipo de atención, prueba diagnóstica, procedimiento terapéutico e intervención quirúrgica programada.

6.1 Atención Primaria. En el ámbito de la Atención Primaria se aplicarán los siguientes periodos de tiempo máximo:

- a) Consulta programada con Médico general o de familia, pediatra y diplomado en enfermería. Tiempo máximo de espera: 3 días.
- b) Consulta programada con Odontólogo y Podólogo. Tiempo máximo de espera: 10 días.
- c) Consulta programada con Fisioterapeuta. Tiempo máximo de espera: 15 días.

6.2 Atención Especializada. En el ámbito de la Atención Especializada se aplicarán los siguientes periodos de tiempo máximo:

a) Primera consulta de Atención Especializada: Atención de un paciente, por primera vez, en una especialidad concreta y por un problema de salud, excluidas las revisiones periódicas de seguimiento o de tipo preventivo.

1. Especialidades de Nivel I y II: 15 días.
2. Resto de especialidades: 30 días.

b) Primera consulta de origen en un Servicio de Urgencias: es aquella solicitada por un facultativo del Servicio de Urgencias asignado, por un problema de salud nuevo en relación con el proceso valorado en ese Servicio. Tiempo máximo de espera: 7 días.

c) Prueba diagnóstica: toda aquella prueba o exploración complementaria realizada en una consulta o sala especial que no está englobada en la anamnesis y exploración física básica que se realiza al paciente y que requiere la asignación de un tiempo distinto al de la propia consulta.

1. Procedimientos Básicos: 15 días.
2. Procedimientos complejos con alta tecnología: 30 días.

d) Procedimiento terapéutico: aquél que se realiza al paciente con objeto de aplicar una acción terapéutica que requiere un tiempo distinto al de una consulta. Tiempo máximo de espera: 15 días.

e) Intervención quirúrgica: todo procedimiento diagnóstico o terapéutico, establecido por un médico especialista quirúrgico del Catálogo de Servicios, aceptado por el paciente, y para cuya realización el hospital tiene previsto la utilización de quirófano. Tiempo máximo de espera: 30 días.

6.3 Exclusiones. Quedan excluidas del ámbito de aplicación de las garantías de tiempo máximo de acceso de fin de día en los puntos anteriores:

a) Las intervenciones quirúrgicas de trasplantes de órganos y tejidos, cuya realización dependerá de la disponibilidad de órganos, así como la atención sanitaria ante situaciones de catástrofe, de conformidad con lo previsto en el apartado 2 del artículo 25 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

b) Las intervenciones que puedan requerir una espera para reunir las condiciones adecuadas para su realización, como es el caso de las relacionadas con las técnicas de reproducción humana asistida.

c) La atención sanitaria de urgencia, incluyendo los tratamientos que, con este carácter se precisen.

d) La atención sanitaria no incluida en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud regulada en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre.

e) Las intervenciones programadas durante el episodio de hospitalización en que se establece la indicación quirúrgica.

f) Los procedimientos quirúrgicos realizados de forma habitual en una consulta o sala de curas de un hospital, por no precisar de quirófano.

ANEXO 4

Instrucciones para la elaboración y difusión del catálogo de proveedores

1.1 La Entidad publicará sus catálogos de proveedores específicos para MUFACE.

El Catálogo, cuyo contenido se ajustará a lo previsto en la cláusula 3.4, será de ámbito provincial y equivalente al que suministre la Entidad en el registro de medios sanitarios descrito en el punto 4 del Anexo 6.

En los Servicios Centrales y en los Servicios Provinciales se entregarán los catálogos en formato electrónico, además en los Servicios Centrales se entregarán en formato xml, CSV o Excel.

1.2 La estructura e información de los catálogos será:

A) En la portada deberán figurar el logotipo de MUFACE y el de la Entidad, así como de forma destacada el teléfono gratuito y único del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias de la Entidad.

B) En la primera página deberán figurar los datos relativos a:

- 1) Teléfono del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias de la Entidad.
- 2) Teléfono de Información de la Entidad.
- 3) Página web de la Entidad.
- 4) Dirección; teléfono, que será distinto del teléfono de información general de la Entidad, y horario de funcionamiento de la delegación provincial de la Entidad, así como de la/las oficina/s existente/s en la provincia para la atención presencial de los beneficiarios, o en su defecto, recogerá los datos de la oficina virtual y procedimiento de actuación de la misma.

5) Acceso a plataformas de telemedicina.

C) En el margen derecho del encabezado de cada página deberá figurar el teléfono del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias.

D) Índice general del Catálogo.

E) A continuación deberán figurar las direcciones de los centros de urgencias hospitalarias en toda la provincia, que en el caso de las provincias insulares se detallara por cada isla.

F) Centros hospitalarios en la provincia, indicando la relación de especialidades concertadas.

G) Cuadro médico:

1) Los profesionales y centros sanitarios se relacionarán empezando por la capital de la provincia, seguida de los municipios por orden alfabético.

2) Todos los profesionales, centros y unidades funcionales deberán aparecer relacionados con sus datos de identificación (nombre y apellidos), debiendo figurar, además, la dirección, teléfono y horarios de funcionamiento.

3) Por cada municipio se relacionarán primero los medios disponibles en Atención de Urgencia, después los de Atención Primaria y a continuación los correspondientes a la Atención Especializada.

4) En Atención de Urgencia se relacionarán los servicios extrahospitalarios y, en su caso, hospitalarios disponibles, así como los de ambulancias.

5) En Atención Primaria, en cada municipio, los medios disponibles se ordenarán de la siguiente forma:

- a) Medicina general o de familia.
- b) Pediatría.
- c) Enfermería.
- d) Matronas.
- e) Fisioterapia.

- f) Odontología-Estomatología.
- g) Podología.

En el caso de municipios de Nivel IV, por cada uno de los tipos o modalidades de asistencia, los recursos se consignarán agrupados por códigos postales, y, en todos los casos, ordenados alfabéticamente por los apellidos del profesional.

Si en alguno de los municipios no existiese recurso concertado en Atención Primaria, se hará constar, en su caso, su adscripción al convenio de medio rural con el sistema público correspondiente, con expresión de si es únicamente para urgencias o para el conjunto de la Atención Primaria, debiendo figurar, además, la dirección del Centro de Salud o Punto de Atención Continuada (PAC) correspondiente al municipio.

6) En Atención Especializada, se relacionarán las consultas externas o ambulatorias especificando, en su caso, la subespecialidad o unidad funcional, siguiendo el orden alfabético de la denominación oficial de la especialidad. En todos los casos, ordenados alfabéticamente por los apellidos del profesional. Los profesionales sanitarios de cada especialidad podrán agruparse por la denominación del centro hospitalario.

El Catálogo de Proveedores de Atención Especializada, en cada Nivel de asistencia sanitaria, se ajustará a las correspondientes tablas del Anexo 3 del Concierto.

Cuando en el ámbito territorial de una provincia la Entidad no esté obligada a disponer de servicios de Nivel IV de Atención Especializada, conforme a los criterios del Anexo 3, en el correspondiente Catálogo de Proveedores se harán constar los medios de que a tal fin disponga la Entidad en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma a la que pertenece la provincia.

En provincias insulares los recursos deberán figurar en los Catálogos de Proveedores diferenciados por islas, constandingo en primer lugar la capitalina. Dentro de cada isla, se colocará en primer lugar el núcleo urbano principal y a continuación el resto de los municipios por orden alfabético.

H) Relación de los servicios de información, urgencias y ambulancias disponibles en las restantes provincias, a fin de facilitar su utilización en caso de desplazamiento de los beneficiarios.

I) Cuadros resumen con los medios por niveles de Atención Especializada ofertada, según lo previsto en el Anexo 3, indicando el nombre del hospital y el municipio en el que se localiza.

J) Índice de facultativos por orden alfabético e índice de centros concertados.

K) Información general y normas de uso establecidas en el Concierto.

La información mínima a incluir en este apartado se estructurará y ordenará de acuerdo a los siguientes epígrafes:

a) Identificación para el acceso a los medios concertados/Tarjeta Sanitaria de la Entidad

b) Normas de utilización de los medios de la Entidad, incluida la libre elección de facultativo y centro concertado, y la relación de servicios que precisan autorización previa de la Entidad y forma de obtención.

c) Especificaciones relativas a determinados servicios: asistencia domiciliaria, asistencia en régimen de hospitalización, incluida la hospitalización de día y domiciliaria.

d) Transporte para la asistencia sanitaria. Modalidades y requisitos para su utilización.

e) Garantía de accesibilidad a los medios.

f) Garantía de tiempo máximo de acceso a la atención.

g) Utilización de medios no concertados.

h) Asistencia urgente de carácter vital.

i) Instrucciones 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 MUFACE con los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas o, en su caso, cuando no se hayan formalizado convenios.

En anexo aparte se incluirá la relación detallada de los municipios afectados por dicho convenio en el ámbito provincial.

ANEXO 5

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

1. Servicios que precisan autorización previa

De conformidad con lo previsto en la cláusula 4.8 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.
- D) Cuidados paliativos a domicilio por equipos de soporte.

1.2 Técnicas diagnósticas, tratamientos y técnicas quirúrgicas:

- A) Cirugía ambulatoria.
- B) Odontología: Tartrectomía (limpieza de boca), se solicitará la autorización a partir de la segunda limpieza. Prótesis dentarias e implantes osteointegrados en accidente en acto de servicio o enfermedad profesional y en los supuestos previstos en el último párrafo de la cláusula 2.8.2 y en la cláusula 2.8.3.
- C) Rehabilitación, Fisioterapia y Logopedia.
- D) Terapias Respiratorias: Oxigenoterapia, Ventiloterapia y Aerosolterapia a domicilio.
- E) Tratamiento de Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis.
- F) Oncología: Inmunoterapia y Quimioterapia, Cobaltoterapia, Radiumterapia e Isótopos Radiactivos, Braquiterapia y Acelerador Lineal.
- G) Diagnóstico por imagen: Tomografía Axial Computerizada, Resonancia Magnética, Ortopantomografía, Mamografía, PET-TC, Gammagrafía, Doppler y Densitometría Ósea.
- H) Estudios neurofisiológicos.
- I) Test y estudios neuropsicológicos.
- J) Estudio y tratamiento endoscópico.
- K) Cardiología: Estudios y tratamientos hemodinámicos.
- L) Obstetricia: Amniocentesis.
- M) Oftalmología: Retinografía y tratamiento láser, Tomografía Óptica de Coherencia, Tomografía Óptica con Láser Confocal (HTR-Heidelberg Retina Tomograph), Polarimetría Láser GDX, y Tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) por Terapia Fotodinámica o Inyección intravítrea de antiangiogénicos.
- N) Tratamiento en Unidad del Dolor.
- O) Estudio y tratamiento en Unidad del Sueño.
- P) Litotricia renal extracorpórea.
- Q) Pruebas diagnósticas de infección aguda (PDIA) por COVID-19.

1.3 Psicoterapia.

1.4 Asistencia a médicos consultores.

1.5 Podología.

1.6 Los servicios correspondientes al Nivel IV, los Servicios de Referencia y Servicios Especiales.

1.7 Los Servicios correspondientes a los centros hospitalarios privados no concertados a los que se refiere el punto 3.6.3 del Anexo 3.

2. Procedimiento para la obtención de autorización previa

2.1 La autorización previa de los servicios relacionados en el punto 1 de este anexo deriva de la necesidad de ordenar y canalizar las prestaciones por parte de la Entidad, para facilitar la asistencia y evitar demoras, pero nunca puede suponer una restricción al acceso a las prestaciones reconocidas en la Cartera de Servicios.

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

- a) En cualquiera de sus delegaciones físicas o virtuales.
- b) Telefónicamente.
- c) A través de la página web de la Entidad.

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:
 1. Nombre y apellidos.
 2. Número de tarjeta sanitaria de la Entidad.
 3. Teléfono de contacto y/o dirección de correo electrónico.
- b) Datos del servicio para el que se solicita autorización previa:
 1. Provincia en la que se realizará la prestación.
 2. Identificación del servicio solicitado.
 3. Fecha de prescripción.
 4. Identificación del facultativo que realiza la prescripción, con firma y sello del mismo.
 5. Fecha prevista para la realización de la prestación, en su caso.
 6. Centro sanitario en el que se realizará la prestación, en su caso.

2.4 En el caso referido en el punto 1.7 de este Anexo, la Entidad, una vez recibida la solicitud, podrá confirmar el profesional o servicio del centro sanitario privado o bien asignar otro diferente, siempre que constituya una alternativa asistencial válida para la realización de la prestación solicitada.

2.5 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 entregarla o remitirla al 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 o teléfono, 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 o en la oficina virtual.

2.6 El envío de la autorización al beneficiario por parte de la Entidad se realizará con 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 le entregará un justificante de la solicitud, disponiendo como máximo de cinco días hábiles para el

envío de la autorización, excepto en el caso previsto en la cláusula 5.2.1 c) del Concierto, en el que dispondrá de diez días hábiles.

En el caso de las PDIA para el coronavirus, el envío de la autorización por la Entidad al beneficiario se realizará dentro de las 24 horas siguientes a la solicitud.

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

- a) Carece de la prescripción de facultativo.
- b) Carece de la información necesaria, en cuyo caso deberá ponerse en contacto inmediatamente con el solicitante con el objeto de completar la que falte.
- c) Se refiere a una prestación no incluida en la Cartera de Servicios.

La denegación de prestaciones que requieren autorización previa se producirá siempre por escrito y de manera motivada, a través de un medio que permita dejar constancia de su recepción.

2.8 Con el fin de facilitar el acceso a las prestaciones, la Entidad prestará asesoramiento a los beneficiarios que así lo soliciten.

2.9 La información del procedimiento para la obtención de autorización previa constará en el Catálogo de Proveedores, página web y, en su caso, demás medios de información dirigidos a los beneficiarios.

ANEXO 6

Sistema de información asistencial

1. Registro de actividad/coste

1.1 El Registro de actividad/coste comprende la información sobre actividad ambulatoria, actividad hospitalaria, actividad de urgencias, actividad quirúrgica y sobre otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

1.2 Información sobre actividad ambulatoria.

1.2.1 Con periodicidad trimestral la Entidad comunicará en soporte electrónico a MUFACE los datos acumulados de actividad ambulatoria desglosados por actividad de consulta médica, otra actividad ambulatoria y pruebas diagnósticas.

1.2.2 Actividad de consulta médica:

Tabla 1. Actividad de consulta médica

Especialidad	N.º de consultas*	Coste
Medicina General Familiar.		
Pediatría.		
Alergología.		
Anestesiología y Reanimación.		
Angiología y Cirugía Vascul.		
Aparato Digestivo.		
Cardiología.		
Cirugía Cardiovascular.		
Cirugía General y del Aparato Digestivo.		
Cirugía Oral y Maxilofacial.		
Cirugía Ortopédica y Traumatología.		
Cirugía Pediátrica.		

Especialidad	N.º de consultas*	Coste
Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.		
Cirugía Torácica.		
Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología.		
Endocrinología y Nutrición.		
Estomatología/Odontología.		
Geriatría.		
Hematología y Hemoterapia.		
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.

1.2.3 Telemedicina:

Tabla 2. Telemedicina

Tipos		N.º pacientes	N.º consultas	Coste
Telefónica.	Médico pull.	MAP.		
		Especialista.		
	Médico habitual.	MAP.		
		Especialista.		
Chatbots.				
Videconsulta:	Médico pull.	MAP.		
		Especialista.		
	Médico habitual.	MAP.		
		Especialista.		
Otras.				

1.2.4 Otra actividad ambulatoria:

Tabla 3. Otra actividad ambulatoria

Actividad	N.º pacientes	N.º consultas/sesiones/ servicios	Coste
D.U.E.			
Matrona			
Fisioterapia			
Foniatría/Logopedia			
Podología			
Psicoterapia			
Oxigenoterapia/Ventiloterapia			
Transporte para la asistencia sanitaria:			
– Ordinario			
– Sanitario			
Otras prestaciones:	Tiras reactivas.		
	Jeringuillas y agujas de insulina.		
	Sistemas de monitorización de glucosa.		
Farmacia (V04, Uso hospitalario)			
Indemnizaciones: Pagos directos a interesados por utilización de medios no concertados, CMP, CMN, asistencia en medio rural.			
Diálisis:			
– Hemodiálisis.			
– Diálisis domiciliaria.			
– Diálisis peritoneal ambulatoria continua (CAPD).			
Protonterapia.			

1.2.5 Pruebas diagnósticas:

Tabla 4. 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 (TC).		
– Resonancia Magnética Nuclear (RMN).		
– Densitometría Ósea.		
– Otras técnicas.		

Análisis clínicos	N.º de estudios	Coste
– Bioquímica.		
– Endocrinología.		
– Genética.		
– Hematología.		
– Inmunología.		
– Microbiología.		
Pruebas diagnósticas de infección aguda de SARS-CoV2.	Test de antígenos.	
	PCR.	
	Serología.	
– Otras determinaciones.		

Anatomía Patológica	N.º de estudios	Coste
– Biopsias.		
– Citologías.		
– PAAF.		
– Otros.		

Medicina Nuclear	N.º de estudios	Coste
– Gammagrafías.		
– PET-TC.		
– Otros.		

Otras pruebas diagnósticas	N.º de estudios	Coste
Alergia:		
– Pruebas alérgicas		
Cardiología:		
– ECG		
– Ecocardiografía/Eco doppler		
– Ergometría		
– Holter		
– Otros (excluye hemodinámica y electrofisiología)		
Digestivo:		
– Gastroscopias		
– Colonoscopias		
– Otros		
Ginecología:		
– Ecografías		
– Colposcopias		
– Otros		
Neumología:		
– Broncoscopias		
– 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		
– Biopsia Fusión		
– Otros		
Otros*		

* 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.

1.3 Información sobre actividad hospitalaria.

1.3.1 Con periodicidad trimestral la Entidad comunicará a MUFACE los datos acumulados de actividad hospitalaria desglosados por hospitalización convencional y hospitalización de día y a domicilio.

1.3.2 Hospitalización convencional:

Tabla 5. Hospitalización convencional

Hospitalización convencional	N.º ingresos		Estancias*		Coste	
	Centro concertado	Centro público	Centro concertado	Centro público	Centro concertado	Centro público
Médica.						
Quirúrgica.						
Obstétrica:						
– Partos.						
– Cesáreas.						
Pediátrica.						
Salud mental.						
Cuidados intensivos.						
Neonatología.						
Unidad de cuidados paliativos.						

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

1.3.3 Hospitalización de día y a domicilio:

Tabla 6. Hospitalización de día y a domicilio

Hospital de Día*	N.º de pacientes	N.º de sesiones/días**	Coste
– Oncohematológico.			
– Psiquiatría.			
– Otros.			
Hospitalización a domicilio:			
– Hospitalización a domicilio.			

* Excluye el hospital de día quirúrgico.

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

1.4 Información sobre actividad de urgencias. Con periodicidad trimestral la Entidad comunicará a MUFACE los datos acumulados de actividad de urgencias desglosados por:

a) Urgencia hospitalaria: Son todas aquellas que han sido atendidas en los servicios de urgencia de un hospital, incluyendo aquellas urgencias que hayan acabado en ingreso hospitalario.

b) Urgencia ambulatoria: Son todas aquellas que hayan sido atendidas por los servicios de urgencias de los centros sanitarios no hospitalarios (policlínicas, servicios de urgencias externos, etc.).

- c) Urgencia domiciliaria: Son todas aquellas asistencias urgentes atendidas en el domicilio del paciente por servicios de urgencias.
- d) Centro/Servicio de urgencia a precio fijo.
- e) Otros.

Tabla 7. Información sobre actividad de urgencias

Actividad	N.º de urgencias	Coste
– Urgencia hospitalaria.		
– Urgencia ambulatoria.		
– Urgencia domiciliaria.		
– Centro/Servicio de urgencia a precio fijo.		
– Otros.		

1.5 Información sobre actividad quirúrgica. Con periodicidad trimestral la Entidad comunicará a MUFACE los datos acumulados de actividad quirúrgica desglosados por cirugía mayor y cirugía menor:

Tabla 8. Actividad quirúrgica

Actividad		N.º
Cirugía mayor.	Intervenciones quirúrgicas programadas con hospitalización.	Robotizadas.
		Otras.
	Intervenciones quirúrgicas urgentes con hospitalización.	
	Intervenciones quirúrgicas programadas ambulatorias en quirófano (CMA).	
Cirugía menor.	Intervenciones quirúrgicas urgentes ambulatorias en quirófano (CMA).	
	Intervenciones de cirugía menor.	

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

Tabla 9. Otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos

Procedimientos	N.º de procedimientos	Coste
Implante de neuroestimuladores intracraneales.		
Radiocirugía simple.		
Radiocirugía fraccionada.		
Litotricias.		
Implantes cocleares.		
Radioterapia.		
Protonterapia.		
Hemodinámica cardiaca diagnóstica.		
Hemodinámica cardiaca terapéutica:		

Procedimientos	N.º de procedimientos	Coste
– N.º total de stents.		
Estudios electrofisiológicos diagnósticos.		
Estudios electrofisiológicos terapéuticos:		
– Ablación.		
– Implante/sustitución de desfibrilador.		
– Otros.		
Ciclos de Reproducción Humana Asistida.		
Micropigmentación areola y pezón.		
Otros*.		

* 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.

2. Información sobre asistencia sanitaria transfronteriza

La Entidad facilitará a MUFACE, con periodicidad trimestral, un archivo en soporte informático en el que se hará constar la siguiente información:

- Prestaciones que no requieren autorización previa: indicando tipo de prestación, número de pacientes, y coste de la prestación e importe reembolsado.
- Prestaciones que requieren autorización previa: indicando tipo de prestación, número de pacientes, y coste de la prestación e importe reembolsado.

3. Registro de CMBD

3.1 El Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada, con base en el conjunto mínimo básico de datos (RAE-CMBD), constituye la mayor base de datos sobre pacientes hospitalizados y la principal fuente de información sobre morbilidad atendida. El registro tiene naturaleza administrativa y se integra en el Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud previsto en el artículo 53 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Conforme a lo previsto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos y Garantía de los Derechos Digitales, la estructura y demás información relevante del «Fichero de Datos CMBD, creado por MUFACE figura en la Orden HAP/2478/2013, de 20 de diciembre, por la que se regulan los ficheros de datos de carácter personal existentes en el departamento y en determinados organismos públicos adscritos al mismo.

3.2 La Entidad se ocupará de informar a los beneficiarios de este Concierto en las autorizaciones de ingreso en centro hospitalario o de cirugía mayor ambulatoria que emita, de que sus datos de salud pueden ser tratados por MUFACE para los fines establecidos, siempre con las recomendaciones y cautelas establecidas por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre.

La Entidad facilitará a MUFACE los datos del CMBD, para su posterior explotación y análisis por MUFACE, en soporte informático y a través de la aplicación informática específica existente en el Portal de Entidades de la página web de la Mutualidad, siguiendo según el formato y las instrucciones que en el mismo figuran establece dicha aplicación.

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

3.3 Estructura del CMBD.

Variable	Longitud
1. Identificación de la Mutualidad	2
2. Identificación de la Aseguradora	2
3. Identificación del Hospital	6
4. Código postal del Domicilio (residencia)	5
5. Número de historia clínica	20
6. Código de identificación del paciente	16
7. Fecha de nacimiento	8
8. Sexo	1
9. Tipo de asistencia (código de identificación de asistencia sanitaria)	1
10. Fecha de ingreso	8
11. Tipo de ingreso	1
12. Fecha de alta	8
13. Circunstancia de alta/Motivo de alta	1
14. Servicio de alta	3
15. Diagnóstico principal (1 campo)	8
16. Marcador POA del diagnóstico principal	1
17. Diagnóstico/s secundario/s (hasta un máximo de 19 campos)	8
18. Marcador POA de los diagnósticos secundarios.	1
19. Morfología de la/s neoplasia/s (Código M) (1 a 6campos)	7
20. Procedimiento/s (20 campos)	7
21. Fecha de procedimiento principal/fecha de intervención	8

3.4 Formatos de archivo. Los formatos de archivo de CMBD pueden ser:

Texto de ancho fijo.

Texto delimitado por el carácter " ".

Los ficheros descargados serán siempre ficheros de texto plano con las distintas altas en diferentes filas.

Formatos de las fechas:

Si el formato del archivo es de texto de ancho fijo, el formato de las fechas debe ser DDMMYYYY (Día con 2 cifras, mes con 2 cifras, año con 4 cifras).

Si el formato del archivo es de texto delimitado, el formato de las fechas debe ser DD/MM/YYYY (día con 2 cifras, mes con 2 cifras, año con 4 cifras y entre separadores).

3.5 Descripción de los campos.

3.5.1 Identificación de la Mutualidad:

Campo alfanumérico de 2 posiciones.

Se refiere a la Mutualidad a la que pertenece el beneficiario que ha recibido la asistencia sanitaria. Se pondrá el código 60.

3.5.2 Identificación de la aseguradora:

Campo alfanumérico de 2 posiciones.

Se refiere a la Entidad o institución que financia el episodio del paciente. Se cumplimentará con el código correspondiente, que puede ser consultado en el Manual de cumplimentación del CMBD de MUFACE.

3.5.3 Identificación del hospital: Centro sanitario en el que se presta la atención sanitaria:

Campo alfanumérico de 6 posiciones.

Código que figura en el catálogo nacional de hospitales.

3.5.4 Código postal del domicilio del paciente:

Campo alfanumérico de 5 posiciones.

Código postal del domicilio habitual del paciente.

3.5.5 Número de la historia clínica del paciente:

Campo alfanumérico de 20 posiciones.

El paciente se identificará única y exclusivamente por el número de la historia clínica, lo que exige la utilización de un número de historia único por paciente en cada hospital. Se precisa que este número sea un código de identificación unívoco y exclusivo para un mismo paciente, pero también permanente en el tiempo. Esta condición debe ser asegurada al menos en el período del mismo año natural de forma que permita calcular ingresos reiterados de un mismo paciente en el mismo centro sanitario.

En caso de que el número de historia tenga menos de 10 caracteres, se justificará a la izquierda, dejando las restantes posiciones a la derecha en blanco.

3.5.6 Código de identificación individual:

Campo alfanumérico de 16 posiciones.

Número de identificación unívoca del paciente que será, cuando esté normalizado, el código de la tarjeta sanitaria individual del paciente asignado en el SNS.

3.5.7 Fecha de nacimiento:

Campo fecha de 8 posiciones, con el siguiente formato: las dos primeras cifras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año.

3.5.8 Sexo del paciente:

Campo numérico con 1 posición.

Se codificará en las siguientes categorías:

1. Hombre.
2. Mujer.
9. Indeterminado/No especificado.

3.5.9 Tipo de contacto:

Campo numérico de 1 posición. Se refiere al tipo de recurso que ha proporcionado la asistencia sanitaria al paciente. Se recogerán los siguientes tipos de episodios asistenciales:

1. Hospitalización: Atención realizada tras el ingreso de un paciente en una cama de hospitalización. Quedan excluidas de esta modalidad las sesiones de diálisis, las sesiones en hospital de día, la atención en las camas de observación en urgencias, así

como la permanencia en el hospital de los recién nacidos sanos y el resto de contactos de otras modalidades asistenciales.

Los contactos de hospitalización se computarán al alta hospitalaria.

No se incluirán los episodios de hospitalización con cero días de estancia excepto los casos que hayan finalizado con motivo de alta de fallecimiento, traslado o alta voluntaria.

2. Cirugía Mayor Ambulatoria: Se considerarán como tal las intervenciones quirúrgicas realizadas bajo anestesia general, local, regional o sedación que requieren cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración por lo que no necesitan ingreso hospitalario y en las que está previsto el alta de forma inmediata o a las pocas horas de la intervención. Como referencia se considerarán para su inclusión en esta categoría y de acuerdo con los criterios del Manual de definiciones de la Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada todas las intervenciones quirúrgicas ambulatorias realizadas en quirófano.

En el caso de que el paciente haya permanecido ingresado en el centro sanitario durante más de veinticuatro horas, se considerará como episodio de «hospitalización».

3.5.10 Fecha de ingreso:

Campo fecha de 8 posiciones, con el siguiente formato: las dos primeras cifras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año.

Fecha registrada en admisión o en los servicios asistenciales del centro sanitario e identifica la llegada del paciente a la modalidad asistencial (tipo asistencial).

3.5.11 Circunstancias de la atención:

Campo numérico con 1 posición.

Se codificará en las siguientes categorías:

1. No programado: Contacto no previsto con anterioridad que surge y se realiza de forma inesperada para el centro sanitario y por tanto no previsto y planificado con anterioridad.

2. Programado: Contacto previsto con anterioridad, y que se ha concertado con antelación una fecha y/u hora para su realización.

9. Desconocido.

3.5.12 Fecha de alta:

Campo fecha de 8 posiciones, con el siguiente formato: las dos primeras cifras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año.

Corresponde a la fecha en la que se produce el fin del contacto.

3.5.13 Tipo de alta:

Campo numérico de 1 posición.

Se entiende por circunstancia al alta el destino del paciente tras la finalización del contacto.

Se codificará en las siguientes categorías:

1. Domicilio: Cuando el paciente regresa a su domicilio habitual o cuando se vuelve al centro que constituía su residencia habitual antes del ingreso/contacto.

2. Traslado a otro hospital: Se asignará este código cuando el destino del paciente sea otro centro hospitalario

3. Alta voluntaria: Cuando el alta se produce a instancias del propio paciente sin que exista indicación médica. Incluye el concepto de Fuga: cuando el enfermo abandone el centro donde estaba ingresado sin conocimiento del mismo.

4. Exitus: Fallecimiento.

5. Traslado a un centro sociosanitario: Cuando el paciente se traslada a un centro que sustituye al propio domicilio y que tiene la consideración de sociosanitario en el ámbito que tiene la atención.

6. Traslado a hospitalización convencional desde cirugía ambulatoria: Se incluye en esta categoría el traslado de un paciente de cirugía ambulatoria que precisa hospitalización convencional en el mismo centro u otro (código solo válido para tipo asistencial de CMA).

8. Otros: Se incluirá en este concepto cualquier modalidad de alta no descrita en las anteriores categorías.

9. Desconocido.

3.5.14 Servicio de alta:

Campo alfabético de 3 posiciones.

Servicio responsable de la firma del alta hospitalaria.

La tabla de códigos de servicios puede ser consultada en el Manual de cumplimentación del CMBD de MUFACE.

3.5.15 Diagnóstico principal:

Campo alfanumérico 8 posiciones.

Es la afección que después del estudio necesario se establece que fue la causa del ingreso en el hospital de acuerdo con el criterio del servicio clínico o facultativo que atendió al paciente, aunque durante su estancia hayan aparecido complicaciones importantes e incluso otras afecciones independientes.

La codificación de esta variable se realizará con la Clasificación Internacional de Enfermedades 10.^a revisión, modificación clínica para diagnósticos (CIE10ES-diagnósticos) y cuyo número de revisión y edición vigente para cada año será la oficial del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Se grabará el código de la CIE10ES incluyendo el punto en el lugar correspondiente.

3.5.16 Marcador POA del diagnóstico principal:

Campo alfabético de 1 posición. Se asigna un valor de marcador POA a cada código de diagnóstico principal.

La variable Marcador POA hace referencia a su clasificación en función de si es preexistente en el momento del ingreso o bien es sobrevenido con posterioridad. Adoptará los siguientes valores:

- S. Sí: Presente en el momento del ingreso.
- N. No: No presente en el momento del ingreso; ocurre durante la hospitalización.
- D. Desconocido: Insuficiente documentación para determinar si un proceso está presente o no al ingreso.
- I. Indeterminado clínicamente: Al personal médico responsable del alta no le es posible clínicamente determinar si el proceso estaba o no presente al ingreso.
- E. Exento de asignación de marcador POA.

3.5.17 Diagnósticos secundarios:

Campo alfanumérico 8 posiciones.

Son aquéllos que coexisten con el principal en el momento del ingreso o se desarrollan a lo largo de la estancia hospitalaria, que influyen en la duración de la misma o en el tratamiento administrado. Se codifica con la Clasificación Internacional de Enfermedades 10.^a revisión, (CIE10ES diagnósticos) y cuyo número de revisión y edición vigente para cada año será la oficial del Ministerio de Sanidad, incluyendo los apéndices de códigos E relativos a las causas externas de lesiones e intoxicaciones.

Se puede trabajar hasta con 19 diagnósticos secundarios.

Se grabará el código de la CIE10ES incluyendo el punto en el lugar correspondiente.

3.5.18 Marcador POA de los diagnósticos secundarios:

Campo alfabético de 1 posición, Se asigna un valor de marcador POA a cada código de diagnósticos secundarios.

3.5.19 Códigos de morfologías de las neoplasias:

Campo alfanumérico de 7 posiciones.

Recogerá el tipo histológico de la/s neoplasia/s y su comportamiento.

Se utilizará la codificación de la versión en vigor de la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIEO)

Se puede trabajar hasta con 6 códigos de morfología.

3.5.20 Procedimientos realizados en el centro sanitario:

Campo numérico de 7 posiciones.

Procedimientos realizados en el centro sanitario que requieren recursos materiales y humanos especializados, que implican un riesgo para el paciente o que, relacionados con el diagnóstico principal, resultan relevantes para su estudio o tratamiento.

Se puede trabajar hasta con 20 procedimientos.

Se codificará con la CIE10ES para procedimientos (CIE10ES-procedimientos) y cuyo número de revisión y edición vigente para cada año será la oficial del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Se grabará el código de la CIE10ES incluyendo el punto en el lugar correspondiente.

3.5.21 Fecha de intervención:

Campo de 13 posiciones. Las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes, las cuatro siguientes al año, las dos siguientes a la hora y las dos últimas a los minutos (ddmmaaaahhmi). En caso de no conocerse la hora-minutos se consignará 9999.

Sólo debe cumplimentarse en el caso de que al paciente se le haya practicado una intervención quirúrgica o cualquier procedimiento realizado en quirófano. En caso de haberse realizado más de una, se registrará la fecha de la primera de ellas.

3.6 Criterios de evaluación de la calidad de los registros de alta codificados mediante CMBD. Las siguientes variables son de obligado cumplimiento, considerándose inválido cualquier registro que carezca de dichos campos o bien cuyo contenido no corresponda con un valor autorizado o válido:

1. Tipo de asistencia.
2. Fecha de nacimiento.
3. Fecha de ingreso.
4. Fecha de alta.
5. Sexo.
6. Circunstancias al alta.

Los sistemas informáticos del hospital o centro sanitario concertado deberán ser adaptados, en caso necesario, para la adecuada obtención de los datos solicitados, en el orden y en los formatos adecuados, con el fin de un correcto procesamiento de los mismos. En el caso de que los datos no se adapten a los requerimientos solicitados, podrán ser invalidados para dicho procedimiento informático. En el caso de las nuevas variables 16 y 18 (marcador POA) la adaptación se realizará de forma progresiva.

4. Registro de medios sanitarios

4.1 La información de los medios propios y concertados que las entidades ofertan para prestar el servicio de asistencia sanitaria a los beneficiarios en el territorio nacional

se enviará en formato electrónico a MUFACE con arreglo a las instrucciones dictadas por la Mutualidad. Además de los datos generales de la Entidad, ésta remitirá los datos que figuran en las siguientes tablas con el formato indicado.

Los datos enviados deben corresponder con todos los que consten en los catálogos editados. MUFACE establecerá la periodicidad de actualización de los datos y proveerá un mecanismo sencillo de carga telemática de los mismos. Los datos de identificación profesional se deben adecuar a los establecidos por los distintos colegios y asociaciones profesionales.

La estructura de datos de localización en todas las tablas se corresponde con la estructura oficial del INE para su posible explotación mediante un sistema de información geográfica.

4.2 Tabla de datos generales. Contiene la información sobre los datos generales de la Entidad y del responsable técnico y el delegado de incapacidad temporal, con el fin de poder ser contactado por MUFACE para la subsanación de posibles incidencias. Esta información deberá ser cumplimentada para cada uno de los delegados (técnico y de incapacidad temporal).

Campo	Tipo	Long.	Descripción
nombre_responsable.	texto.	50	Nombre del responsable técnico de la entidad.
apellido1_responsable.	texto.	50	Primer apellido del responsable técnico de la entidad.
apellido2_responsable.	texto.	50	Segundo apellido del responsable técnico de la entidad.
correo_electronico_responsable.	correo_electronico.	60	Dirección de correo electrónico del responsable técnico.
telefono_responsable.	telefono.	9	Teléfono del responsable técnico.
nombre_delegado.	texto.	50	Nombre del delegado de incapacidad temporal de la entidad.
apellido1_delegado.	texto.	50	Primer apellido del delegado de incapacidad temporal de la entidad.
apellido2_delegado.	texto.	50	Segundo apellido del delegado de incapacidad temporal de la entidad.
correo_electronico_delegado.	correo_electronico.	60	Dirección de correo electrónico del delegado de incapacidad temporal.
telefono_delegado.	telefono.	9	Teléfono del delegado de incapacidad temporal.
telefono_informacion.	telefono.	9	Teléfono de información general de la entidad.
telefono_urgencias.	telefono.	9	Teléfono único y gratuito de urgencias y de coordinación de recursos.
pagina_web.	texto.	60	Dirección de la página Web de la entidad.

4.3 Tabla de profesionales sanitarios. Contiene la información de todos los profesionales sanitarios concertados de la Entidad. Se cumplimentará una fila por cada profesional.

Campo	Tipo	Long.	Descripción
cif_nif.	cif_nif.	9	CIF, NIF o NIE del profesional.
apellido1_profesional.	texto.	50	Primer apellido del profesional.
apellido2_profesional.	texto.	50	Segundo apellido del profesional.
nombre_profesional.	texto.	50	Nombre del profesional.
colegiado.	colegiado.	9	Número de colegiado. Obligatorio únicamente si «actividad_profesional=1» (médico).
provincia.	provincia.	2	Código de la provincia donde se realiza la actividad profesional.
municipio.	municipio.	6	Código INE del municipio donde se realiza la actividad profesional.

Campo	Tipo	Long.	Descripción
especialidad.	especialidad.	3	Código de especialidad según CMBD/SIFCO (RD 1093/2010). Obligatorio únicamente si «actividad_profesional=1» (médico).
especialista.	texto.	75	Nombre literal de la especialidad. Obligatorio únicamente cuando el campo «especialidad» sea igual a ZZZ.
actividad_profesional.	actividad_profesional.	1	Código de la actividad profesional. Si su valor es «1» (médico) los campos «especialidad» y «colegiado» serán también obligatorios.
cif_centro.	cif.	9	CIF del centro sanitario donde ejerce la actividad profesional.
clinica_centro.	texto.	150	Denominación de la clínica u hospital donde el profesional desempeña su actividad. Obligatorio si se ha rellenado el campo «cif_centro».
direccion_tipovia.	tipo_via.	5	Código del tipo de vía (calle, plaza, avenida, glorieta, etc.) de la clínica u hospital donde el profesional desempeña su actividad.
direccion_nombrevia.	texto.	150	Nombre de la vía donde se halla situado el centro hospitalario.
direccion_numero.	texto.	3	Número de la vía donde se halla situado el centro hospitalario.
localidad.	texto.	50	Localidad donde está ubicado el centro sanitario.
codigo_postal.	codigo_postal.	5	Código postal del municipio donde está ubicado el centro hospitalario.
correo_electronico.	correo_electronico.	60	Dirección de correo electrónico del profesional.
telefono.	telefono.	9	Teléfono de contacto del profesional.
firma_electrónica.	si/no.	1	Disponibilidad de firma electrónica en la consulta: S = Sí, N = No.
prescripcion_receta.	si/no.	1	Indica si puede prescribir receta o no: S = Sí, N = No.
telemedicina.	si/no.	1	Indica si hacen telemedicina o no, cualquier tipo: S=Si, N= No

4.4 Tabla de clínicas y hospitales. Contiene la información de todos los hospitales y clínicas (con internamiento) propios o concertados por la Entidad. Se cumplimentará una fila por cada hospital o clínica.

Campo	Tipo	Long.	Descripción
hospital.	hospital.	6	Código del hospital según el Catálogo Nacional de Hospitales.
clínica_hospital.	texto.	150	Denominación de la clínica u hospital.
provincia_código.	provincia.	2	Código de la provincia.
provincia_nombre.	texto.	150	Nombre de la provincia.
municipio_código.	municipio.	6	Código INE del municipio.
municipio_nombre.	texto.	150	Nombre del municipio.
lista_atención_especializada.	lista_atención_especializada.	--	Lista de cartera de servicios de atención especializada de la clínica u hospital.

4.5 Tabla de centros sanitarios sin internamiento. Contiene la información de todos los centros de diagnóstico y tratamiento sin internamiento propios o concertados por la Entidad. Se cumplimentará una fila por cada centro.

Campo	Tipo	Long.	Descripción
cif_nif.	cif_nif.	9	CIF, NIF o NIE del centro.
clinica_centro.	texto.	150	Denominación del centro.
provincia.	provincia.	2	Código de la provincia.

Campo	Tipo	Long.	Descripción
municipio.	municipio.	6	Código INE del municipio.
tipo_centro_sinint.	tipo_centro_sinint.	5	Código del tipo de centro sin internamiento.
direccion_tipovia.	tipo_via.	5	Código del tipo de vía (calle, plaza, avenida, glorieta, etc.).
direccion_nombrevia.	texto.	150	Nombre de la vía donde se halla situado el centro.
direccion_numero.	texto.	3	Número de la vía donde se halla situado el centro.
localidad.	texto.	150	Localidad donde se halla situado el centro.
codigo_postal.	codigo_postal.	5	Código postal.
correo_electronico.	correo_electronico.	60	Dirección de correo electrónico del centro.
telefono.	telefono.	9	Teléfono del centro.
lista_oferta_servicios.	lista_oferta_servicios.	--	Lista de la oferta de servicios del centro.

4.6 Tabla de delegaciones provinciales de la Entidad. Contiene los datos de información general de cada delegación de la Entidad. Se cumplimentará una fila por cada una de las delegaciones provinciales de la Entidad.

Campo	Tipo	Long.	Descripción
provincia.	provincia.	2	Código de la provincia de la delegación provincial de la entidad.
municipio.	municipio.	6	Código INE del municipio de la delegación provincial de la entidad.
propia.	si/no.	1	Indica si la entidad dispone de delegación propia o no. S = Sí, N = No.
nombre_responsable.	texto.	50	Nombre de la persona responsable de la delegación.
apellido1_responsable.	texto.	50	Primer apellido de la persona responsable de la delegación.
apellido2_responsable.	texto.	50	Segundo apellido de la persona responsable de la delegación.
Oficina virtual.	Si/no.	1	Indica si la Entidad dispone de oficina virtual para esa provincia y/o municipio.
direccion_tipovia.	tipo vía.	5	Código del tipo de vía (calle, plaza, avenida, glorieta, etc.).
direccion_nombrevia.	texto.	150	Nombre de la vía donde se halla situada la delegación.
direccion_numero.	texto.	3	Número de la vía donde se halla situada la delegación.
codigo_postal.	codigo_postal.	5	Código postal de la delegación provincial de la entidad.
telefono.	teléfono.	9	Teléfono de la delegación provincial de la entidad.
telefono_ambulancias.	teléfono.	9	Teléfono de ambulancias de la entidad.

5. Información sobre medicamentos de ámbito hospitalario a cargo de la Entidad que tengan fijado un Techo Máximo de Gasto

La Entidad deberá comunicar mensualmente a MUFACE, para su remisión al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, la información relativa al consumo de los medicamentos de Uso Hospitalario sometidos a techo máximo de gasto prescritos a los mutualistas y beneficiarios de MUFACE.

El Excel que debe ser cumplimentado por cada medicamento por las Entidades, y deberá contener la siguiente información:

Id Paciente	Codigo Nacional Medicamento	Denominacion Medicamento	Num_Envases	Fecha Dispensacion	Hospital	Provincia

6. Modificación de la estructura de los ficheros y tablas

La Dirección General de MUFACE podrá introducir modificaciones en la estructura de los ficheros y tablas que recogen la información de actividad/coste, asistencia sanitaria transfronteriza, CMBD, medios sanitarios y medicamentos de ámbito hospitalario que tengan fijado un techo máximo de gasto, con el fin de actualizar sus contenidos o adecuarlos a necesidades sobrevenidas.

ANEXO 7

Compensaciones económicas por incumplimiento parcial de obligaciones definidas en el concierto. procedimiento para su imposición

1. Criterio general, infracciones y compensaciones económicas

1.1 De conformidad con lo previsto en la cláusula 7.8, en este Anexo se establece la tipificación de los incumplimientos por la Entidad de las obligaciones definidas en las cláusulas 1.5, 1.6, 3.1.8, 3.1.9, 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 4.7.3, 4.8, 5.2.1 e), 5.3.6, 6.1.2, y 6.1.4 y el importe de la compensación económica para cada uno de ellos, graduándose, según el caso, en función de su calificación en grado de leve, grave o muy grave.

1.2 Infracciones relativas a la entrega por la Entidad del documento de identificación para el acceso a la asistencia

1.2.1 La tipificación del incumplimiento de las obligaciones previstas en la cláusula 1.5, en relación con la entrega de la tarjeta sanitaria (o medio alternativo de identificación) o del documento provisional para el acceso inmediato a los servicios de los beneficiarios desde el momento del alta y con la inclusión en la tarjeta del teléfono 900.../800... de atención de urgencia y emergencia, y el importe de la compensación económica se determinarán de acuerdo a los siguientes criterios:

a) Se considerará incumplimiento leve si el retraso en la entrega del documento provisional impide que el beneficiario reciba asistencia en medios correspondientes al nivel de Atención Primaria.

b) Se considerará incumplimiento grave:

1. Si el retraso en la entrega del documento provisional impide que el beneficiario reciba asistencia en medios incluidos en el nivel de Atención Especializada, excepto hospitalización.

2. Si después de emitido el certificado previsto en la cláusula 1.5.4, se ha facturado a MUFACE el importe de una asistencia de Atención Primaria.

3. La reiteración de tres incumplimientos leves, con independencia de la provincia en que se hayan producido.

c) Se considerará incumplimiento muy grave:

1. Si el retraso en la entrega del documento provisional impide que el beneficiario que lo precise ingrese en un hospital.

2. Si después de emitido el certificado previsto en la cláusula 1.5.4, se ha facturado a MUFACE el importe de una asistencia de Atención Especializada, excepto hospitalización.

3. Si la tarjeta no es enviada en el plazo estipulado en la cláusula 1.5.1 o si en ella no consta el teléfono 900.../800... de atención de urgencia y emergencia.

4. La reiteración de tres incumplimientos graves.

1.2.2 En el supuesto previsto en el punto 1.2.1 a), el importe de la compensación económica será de hasta 1.000 euros; en los supuestos previstos en el punto 1.2.1 b), será una cantidad entre 1.001 y 2.000 euros y en los supuestos previstos en el punto 1.2.1 c) será una cantidad entre 2.001 y 3.000 euros.

1.3 Publicidad indebida.

1.3.1 La tipificación del incumplimiento de las obligaciones previstas en la cláusula 1.6 y el importe de la correspondiente compensación económica se determinarán de acuerdo a los siguientes criterios, para cada una de las provincias en donde se detecte el incumplimiento:

a) Se considerará incumplimiento leve la publicidad de la oferta de servicios de una Entidad realizada, sin autorización, dentro del recinto de cualquier organismo público que incida negativamente en el funcionamiento del mismo.

b) Se considerará incumplimiento grave:

1. La publicidad de la oferta de servicios de una Entidad dirigida a colectivos profesionales específicos.

2. La oferta con fines publicitarios de obsequios a los mutualistas, realizada de forma directa o indirecta a través de terceros.

3. Cuando la Entidad utilice el logotipo o algún otro identificativo de MUFACE o de la Administración General del Estado en cualquier tipo de campaña publicitaria.

4. No publicitar en la página web los servicios y prestaciones adicionales ofertados.

5. La reiteración de tres incumplimientos leves.

c) Se considerará incumplimiento muy grave:

1. La oferta con fines publicitarios de obsequios a los mutualistas, realizada de forma directa o indirecta a través de terceros cuando se realice durante el periodo de cambio ordinario o en los procesos de alta de colectivos profesionales específicos.

2. La reiteración de tres incumplimientos graves.

1.3.2 En el supuesto previsto en el punto 1.3.1 a), el importe de la compensación económica será de hasta 10.000 euros; en los supuestos previstos en el punto 1.3.1 b), será una cantidad entre 10.001 y 25.000 euros y en los supuestos previstos en el punto 1.3.1 c) será una cantidad entre 25.001 y 50.000 euros.

1.4 Diferencias de trato.

1.4.1 La tipificación del incumplimiento de las obligaciones previstas en la cláusula 3.1.8 y el importe de la compensación económica se determinarán de acuerdo a los siguientes criterios:

a) Se considerará incumplimiento leve cuando MUFACE tenga constancia de quejas de beneficiarios por haber recibido un trato diferente al resto de usuarios en un centro sanitario concreto en un volumen que no exceda del 5% del colectivo del municipio donde esté ubicado dicho centro.

- b) Se considerará incumplimiento grave:
1. Cuando el porcentaje al que se hace referencia en el apartado a) supere el 5% y no exceda del 20%.
 2. Cuando se hayan cometido incumplimientos leves en tres o más centros de un mismo municipio.
 3. Cuando se hayan acumulado incumplimientos leves en tres o más municipios de la misma provincia.

- c) Se considerará incumplimiento muy grave:

1. Cuando el porcentaje al que se hace referencia en el apartado a) exceda del 20%.
2. Cuando la Entidad haya sido sancionada por incumplimiento grave y en el plazo de un mes no haya realizado acciones encaminadas a corregirlo.

1.4.2 En el supuesto previsto en el punto 1.4.1 a), el importe de la compensación económica será de hasta 10.000 euros; en los supuestos previstos en el punto 1.4.1 b), será una cantidad entre 10.001 y 25.000 euros, y en los supuestos previstos en el punto 1.4.1 c) será una cantidad entre 25.001 y 50.000 euros.

1.5 Transferencia de riesgo.

1.5.1 La tipificación del incumplimiento de la obligación prevista en la cláusula 3.1.9 y el importe de la compensación económica se determinarán de acuerdo a los siguientes criterios:

a) Se considerará incumplimiento leve cuando MUFACE tenga constancia de que se ha producido un cambio por el mutualista de entidad de adscripción, debido a la realización por su entidad originaria de cualquier acción prevista en la cláusula 3.1.9, por patología distinta a las referidas en las letras b) y c).

b) Se considerará incumplimiento grave cuando MUFACE tenga constancia de que se ha producido un cambio por el mutualista de entidad de adscripción, debido a la realización por su entidad originaria de cualquier acción prevista en la cláusula 3.1.9, por patología crónica relacionada con la edad.

c) Se considerará incumplimiento muy grave cuando MUFACE tenga constancia de que se ha producido un cambio por el mutualista de entidad de adscripción, debido a la realización por su entidad originaria de cualquier acción prevista en la cláusula 3.1.9, por patología relacionada con un proceso oncológico, psiquiátrico o proceso renal que requiera diálisis.

1.5.2 En el supuesto previsto en el punto 1.5.1 a), el importe de la compensación económica será de hasta 15.000 euros; en los supuestos previstos en el punto 1.5.1 b), será una cantidad entre 15.001 y 30.000 euros, y en los supuestos previstos en el punto 1.5.1 c) será una cantidad entre 30.001 y 60.000 euros.

1.6 Deficiencias en los Catálogos de proveedores y en la página web.

1.6.1 La tipificación del incumplimiento de las obligaciones previstas en las cláusulas 3.4, 3.5 y 3.6, en lo relativo a que en los catálogos de proveedores y en la página web de la Entidad no figuren sin exclusiones todos los facultativos y centros asistenciales propios o concertados por la Entidad que se hayan hecho constar en la base de datos aportada para la suscripción de este Concierto, así como las variaciones que se hayan podido producir en la oferta, y el importe de la compensación económica se determinarán de acuerdo a los siguientes criterios:

a) Se considerará incumplimiento leve cuando MUFACE tenga constancia de que en el Catálogo de proveedores provincial y/o en la página web no figure un facultativo

que conste en la oferta, siempre y cuando figure algún otro facultativo de la misma especialidad.

Asimismo se considerará incumplimiento leve cuando MUFACE tenga constancia de que en el Catálogo de proveedores provincial y/o en la página web figure algún facultativo que ya no esté concertado.

b) Se considerará incumplimiento grave cuando MUFACE tenga constancia de que en el Catálogo de proveedores provincial y/o en la página web no figure un facultativo que conste en la oferta, cuando no figure otro facultativo de la misma especialidad.

Se considera asimismo incumplimiento grave en caso de que se detecten más de tres incumplimientos leves en el mismo ámbito provincial.

c) Se considerará incumplimiento muy grave cuando MUFACE tenga constancia de que en el Catálogo de proveedores provincial y/o en la página web no figure un centro hospitalario o clínica que figure en la oferta.

Se considera asimismo incumplimiento muy grave en caso de que se detecten más de cinco incumplimientos graves en el mismo ámbito provincial.

1.6.2 En el supuesto previsto en el punto 1.6.1 a), el importe de la compensación económica será de 1.000 euros si se trata de un facultativo de atención primaria, 2.000 euros si se trata de un facultativo de alguna especialidad de Nivel I, 3.000 euros en caso especialidad de Nivel II, 4.000 euros en caso especialidad de Nivel III, y 5.000 euros en caso especialidad de Nivel IV.

En los supuestos previstos en el punto 1.6.1 b), el importe de la compensación económica será de 3.000 euros si se trata de un facultativo de atención primaria, 4.000 euros si se trata de un facultativo de alguna especialidad de Nivel I, 5.000 euros en caso especialidad de Nivel II, 6.000 euros en caso especialidad de Nivel III, y 7.000 euros en caso especialidad de Nivel IV.

En los supuestos previstos en el punto 1.6.1 c), el importe de la compensación económica se calculara en función de las especialidades concertadas del centro o clínica que figuran en la oferta. Siendo 5.000 euros si se trata de atención primaria, 6.000 euros si se trata de alguna especialidad de Nivel I, 7.000 euros en caso especialidad de Nivel II, 8.000 euros en caso especialidad de Nivel III, y 9.000 euros en caso especialidad de Nivel IV.

1.7 Falta de garantía del principio de continuidad asistencial.

1.7.1 La tipificación del incumplimiento de las obligaciones previstas en la cláusula 3.7 en relación con la falta de garantía de la continuidad asistencial y el importe de la correspondiente compensación económica se determinarán de acuerdo a los siguientes criterios:

a) Se considerará incumplimiento leve si la Entidad no garantiza la continuidad asistencial de algún beneficiario en el supuesto previsto en la cláusula 3.7.1, salvo para los procesos oncológicos, psiquiátricos y pacientes con insuficiencia renal que precisen diálisis.

b) Se considerará incumplimiento grave:

1. Si la Entidad no garantiza en procesos oncológicos, psiquiátricos y pacientes con insuficiencia renal que precisen diálisis la continuidad asistencial de algún beneficiario en el supuesto previsto en la cláusula 3.7.1.

2. Si la Entidad no garantiza la continuidad asistencial de algún beneficiario en el supuesto previsto en la cláusula 3.7.2, salvo para los procesos oncológicos, psiquiátricos y pacientes con insuficiencia renal que precisen diálisis.

3. Si la Entidad no garantiza la continuidad asistencial de algún beneficiario en el supuesto previsto en la cláusula 3.7.4, salvo para los procesos oncológicos, psiquiátricos y pacientes con insuficiencia renal que precisen diálisis.

4. La reiteración de tres incumplimientos leves.

c) Se considerará incumplimiento muy grave:

1. Si la Entidad no garantiza en procesos oncológicos, psiquiátricos y pacientes con insuficiencia renal que precisen diálisis la continuidad asistencial de algún beneficiario en el supuesto previsto en la cláusula 3.7.2.

2. Si la Entidad no garantiza en procesos oncológicos y psiquiátricos la continuidad asistencial de algún beneficiario en el supuesto previsto en la cláusula 3.7.4.

3. La reiteración de tres incumplimientos graves.

1.7.2 En el supuesto previsto en el punto 1.6.1 a), el importe de la compensación económica será de hasta 30.000 euros; en los supuestos previstos en el punto 1.6.1 b), será una cantidad entre 30.001 y 45.000 euros y en los supuestos previstos en el punto 1.6.1 c) será una cantidad entre 45.001 y 60.000 euros.

1.8 Denegación de solicitudes de prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios.

1.8.1 La tipificación del incumplimiento de las obligaciones previstas en la cláusula 4.8, en relación con la denegación de una solicitud de prestación que figurando en la Cartera de Servicios establecida en este Concierto, haya sido indicada por un facultativo concertado por la Entidad, y estudiado el correspondiente expediente en Comisión Mixta Nacional haya sido dictada resolución estimatoria por la Dirección General de MUFACE, así como el importe de la compensación económica se determinarán de acuerdo a los siguientes criterios:

a) Se considerará incumplimiento leve:

1. En el caso de que alguna de las pruebas diagnósticas o tratamientos incluidos en el Concierto se efectúen con cargo al beneficiario.

2. Si la denegación corresponde a los medios indicados en los puntos 1.2 C), 1.2 D), 1.2 H), 1.2 I), 1.2 O), 1.2 Q) 1.3, 1.4 y 1.5 del Anexo 5.

b) Se considerará incumplimiento grave:

1. Si la denegación corresponde a medios indicados en los puntos 1.2 A), 1.2 B) (para contingencias profesionales) 1.2 G), 1.2 J), 1.2 K), 1.2 L) 1.2 M), 1.2 N), 1.2 P) y 1.7 del Anexo 5.

2. La reiteración de tres incumplimientos leves, con independencia de la provincia en que se hayan producido.

c) Se considerará incumplimiento muy grave:

1. Si la denegación se corresponde a medios indicados en los puntos 1.1, 1.6, 1.2 E) y 1.2 F) del Anexo 5.

2. La reiteración de tres incumplimientos graves.

En los supuestos previstos en la letra a), el importe de la compensación económica será una cantidad entre 1.500 y 3.000 euros; en los supuestos previstos en la letra b), será una cantidad entre 3.001 y 6.000 euros y en los supuestos previstos en la letra c) será una cantidad entre 6.001 y 10.000 euros.

1.8.2 El incumplimiento de las obligaciones previstas en las cláusulas 4.7.3, 5.2.1 e) y 5.3.6 en relación con las actuaciones que la Entidad debe realizar en cada una de ellas y, estudiado el correspondiente expediente en Comisión Mixta Nacional haya sido dictada resolución estimatoria por la Dirección General de MUFACE, y el importe de la compensación económica se determinarán de acuerdo a los siguiente criterios:

a) Se considerará incumplimiento leve cuando la Entidad no emita el informe motivado exigido en la cláusula 5.3.6, o lo haga fuera del plazo establecido en la misma.

- b) Se considerará incumplimiento grave:
1. El incumplimiento de las obligaciones de la cláusula 4.7.3.
 2. La reiteración de tres incumplimientos leves, con independencia de la provincia en que se hayan producido.
- c) Se considerará incumplimiento muy grave:
1. El incumplimiento de las obligaciones de la cláusula 5.2.1 e).
 2. Cuando la Entidad no conteste en los términos y en el plazo de 48 horas establecido en la cláusula 5.3.6.
 3. La reiteración de tres incumplimientos graves, con independencia de la provincia en que se hayan producido.

En el supuesto previsto en la letra a), el importe de la compensación económica será una cantidad entre 1.500 y 3.000 euros; en los supuestos previstos en la letra b), será una cantidad entre 3.001 y 6.000 euros y en los supuestos previstos en la letra c) será una cantidad entre 6.001 y 10.000 euros.

1.8.3 Una vez calificado el incumplimiento, para cuantificar el importe de la compensación económica en aquellos expedientes en los que exista factura se tomará el duplo del importe fijado en la misma, redondeándose al múltiplo de 100 más cercano por defecto o exceso, siempre y cuando la cuantía así determinada se encuentre entre las cantidades estipuladas para la calificación efectuada; de no quedar comprendida, el importe de la compensación económica, será la cuantía mínima o máxima, según proceda, del tramo fijado.

1.9 Retrasos en la entrega de información sobre actividad y asistencia hospitalaria. La tipificación del incumplimiento de las obligaciones previstas en las cláusulas 6.1.2 y 6.1.4 y el importe de la compensación económica se determinarán de acuerdo a los siguientes criterios:

a) El incumplimiento por la Entidad de las obligaciones previstas en las cláusulas 6.1.2 y 6.1.4 dará lugar al abono de una compensación económica del 2% del importe de la prima mensual correspondiente, por mes de demora producido en la entrega de la información requerida.

b) Ese porcentaje se desglosará del siguiente modo:

1. Si el retraso se produce en la entrega de la información general sobre actividad corresponderá aplicar un 1%.
2. Si el retraso se produce en la entrega de la información sobre asistencia hospitalaria (CMBD) corresponderá aplicar un 1%.

2. Procedimiento para la imposición de las compensaciones económicas

2.1 En los supuestos en los que se haya detectado un incumplimiento de las obligaciones recogidas en la cláusula 1.6, el Servicio Provincial correspondiente informará por escrito a la representación de la Entidad sobre el mismo e incluirá el asunto en el orden del día de la inmediata reunión de la Comisión Mixta Provincial para que la Entidad presente las alegaciones correspondientes. Estudiado el asunto, las posiciones mantenidas por MUFACE y la Entidad se incluirán en el acta de la Comisión. En caso de que las posiciones fueran concordantes y el resultado de las mismas fuera que tal incumplimiento se considera como no producido, bastará con que este extremo se recoja en el acta aprobada para dar por finalizado el asunto.

En caso de que permanecieran las discrepancias sobre el asunto o no hubiera acuerdo en la existencia de un incumplimiento, 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. A partir de entonces, se seguirá el procedimiento previsto en el punto 2.2 siguiente.

2.2 En los supuestos en los que se haya detectado un incumplimiento de las obligaciones recogidas en las cláusulas 1.5, 3.1.8, 3.1.9, 3.4, 3.5, 3.6, 3.7 6.1.2 y 6.1.4, el Departamento de Prestaciones Sanitarias de MUFACE informará por escrito a la representación de la Entidad sobre el mismo e incluirá el asunto en el orden del día de la inmediata reunión de la Comisión Mixta Nacional para que la Entidad presente las alegaciones correspondientes. Estudiado el asunto, las posiciones mantenidas por MUFACE y la Entidad se incluirán en el acta de la Comisión. En caso de que las posiciones fueran concordantes y el resultado de las mismas fuera que tal incumplimiento se considera como no producido, bastará que este extremo se recoja en el acta aprobada para dar por finalizado el asunto.

En caso de acuerdo con la existencia de un incumplimiento o de desacuerdo de las partes en la Comisión Mixta Nacional, resolverá la Dirección General de MUFACE. Conforme a los términos fijados en la correspondiente resolución, se procederá a descontar en el siguiente pago mensual a la Entidad el coste de la compensación y se notificará a la Entidad que podrá interponer recurso de alzada ante la persona titular del Ministerio de Hacienda y Función Pública, de acuerdo con lo previsto en los artículos 112 a 122 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre y en relación con el artículo 37.1 de la LSSFCE.

2.3 En los supuestos en los que se haya detectado un incumplimiento de las obligaciones recogidas en las cláusulas 4.7.3, 4.8, 5.2.1 e) y 5.3.6 se seguirá el mismo procedimiento previsto en el punto anterior, tratándose en la reunión de la Comisión Mixta Nacional en cuyo orden del día figure la reclamación del interesado.

ANEXO 8

Sistema de asignación de incentivos a la calidad de la asistencia y deducciones por fallos de disponibilidad

La mejora continua de los servicios de asistencia sanitaria que los beneficiarios de MUFACE reciben a través de la Entidad es un objetivo central del Concierto. A estos efectos, se establecen unos criterios que permiten medir el grado de disponibilidad y calidad de la atención prestada por la Entidad basados en las especificaciones técnicas del Concierto.

1. Asignación del incentivo de calidad

1.1 Se establece un incentivo anual de calidad, cuyo importe máximo se encuentra definido en la cláusula 8.3.2.

Los criterios de asignación de los incentivos económicos vinculados a los objetivos de calidad seleccionados, se reflejan en el punto 2 de este Anexo, donde se especifican los requerimientos mínimos para la obtención del incentivo, la ponderación de los diferentes objetivos y sus componentes y el método de verificación.

1.2 De no alcanzar alguna de las entidades la ponderación máxima en alguno de los objetivos definidos en el punto 2, la cuantía del incentivo anual de calidad no distribuida se repartirá entre las entidades que hayan superado el 50% de cumplimiento en todos y cada uno de los objetivos. Dicho reparto se realizará de forma proporcional al grado de cumplimiento alcanzado en la suma de todos los objetivos, una vez ponderado el peso asignado a cada uno, y al colectivo adscrito a cada Entidad a 1 de febrero.

En el caso de que haya sido imposible cumplir el mismo objetivo a todas las entidades por causa no imputable a las mismas, se repartirá a cada Entidad la parte del incentivo económico vinculado a dicho objetivo que le hubiera correspondido, en función al grado de cumplimiento del resto de los objetivos alcanzado por la misma, una vez ponderado el peso asignado a cada uno, y de acuerdo a los criterios de asignación establecidos para el referido objetivo.

2. Criterios de asignación de los incentivos económicos vinculados a los objetivos de calidad

2.1. Objetivo 1: Desarrollo de los planes elaborados para adecuarse a las estrategias del SNS y Protocolo de Atención a la Urgencia.

2.1.1 En el presente Concierto, se procederá a la evaluación del desarrollo de los planes de Cáncer, Cuidados Paliativos (CP), Ictus, Cardiopatía Isquémica y del Protocolo de Atención a la Urgencia.

2.1.2 Para la aprobación de la evaluación del desarrollo de cada uno de los planes y del Protocolo de Atención a la Urgencia, la puntuación obtenida en cada uno de los indicadores seleccionados no podrá ser en ningún caso inferior al 50% de su puntuación máxima.

La ponderación del objetivo es de un 40%.

En las tablas 1.1, 1.2 y 1.3 se recogen los indicadores, las metas y la puntuación para la evaluación del desarrollo de los planes de Cáncer, Ictus, Cardiopatía Isquémica, Cuidados Paliativos (CP) y del Protocolo de Atención a la Urgencia para los años 2022, 2023 y 2024.

A) Tabla 1.1 Evaluación 2022.

Tabla 1.1 Evaluación 2022

Indicadores	Metas para obtener el incentivo de calidad	Puntuación sobre un total de 100 puntos
Plan de cáncer		
Programa de cribado de cáncer de cérvix. Cobertura.	Al menos el 25% de las beneficiarias de 25 a 34 años y el 25% de las beneficiarias de 35 a 65 años deberán haber sido invitadas a participar en el programa desde su inicio hasta el 31 de octubre de 2022.	35
Programa de cribado de cáncer de colon y recto. Cobertura.	Al menos el 72% de los beneficiarios/as de 50 a 69 años deberán haber sido invitados a participar en el programa desde su inicio hasta el 31 de octubre de 2022. Nueva invitación a los beneficiarios/as menores de 70 años que fueron invitados en 2016 y 2017	35
Plan de cardiopatía isquémica		
Red asistencial del síndrome coronario agudo.	Mapa de recursos de centros hospitalarios con capacidad de atención del síndrome coronario agudo (fibrinólisis, técnicas hemodinámicas). Actividad asistencial.	10
Plan de cuidados paliativos		
Red asistencial de cuidados paliativos.	Mapa de recursos para cuidados paliativos. Actividad asistencial.	10
Protocolo de atención a la urgencia		
Centro Coordinador de Urgencias/ Emergencia Actividad.	Gestión de la urgencia por el Centro Coordinador durante los años 2020-2022.	10

B) Tabla 1.2 Evaluación 2023:

Tabla 1.2 Evaluación 2023

Indicadores	Metas para obtener el incentivo de calidad	Puntuación sobre un total de 100 puntos
Plan de cáncer		
Programa de cribado de cáncer de mama. Situación.	Análisis de situación del cribado de cáncer de mama (mujeres entre 50 y 69 años) en el periodo comprendido entre el 1 de noviembre de 2020 y el 31 de octubre de 2022.	10

Indicadores	Metas para obtener el incentivo de calidad	Puntuación sobre un total de 100 puntos
Programa de cribado de cáncer de cérvix. Cobertura	Al menos el 35% de las beneficiarias de 25 a 34 años y el 35% de las beneficiarias de 35 a 65 años deberán haber sido invitadas a participar en el programa desde su inicio hasta el 31 de octubre de 2023. Nueva invitación a las beneficiarias menores de 35 años que fueron invitadas en 2020.	40
Programa de cribado de cáncer de colon y recto. Cobertura	Al menos el 80% de los beneficiarios/as de entre 50 y 69 años deberán haber sido invitadas a participar en el programa desde su inicio hasta el 31 de octubre de 2023. Nueva invitación a los beneficiarios/as menores de 70 años que fueron invitadas en 2018.	40
Plan de ictus		
Red asistencial de rehabilitación del daño cerebral.	Mapa de recursos para la rehabilitación del daño cerebral. Actividad asistencial.	10

C) Tabla 1.3 Evaluación 2024:

Tabla 1.3 Evaluación 2024

Indicadores	Metas para obtener el incentivo de calidad	Puntuación sobre un total de 100 puntos
Plan de cáncer.		
Programa de cribado de cáncer de mama. Cobertura.	Al menos el 7% de las beneficiarias de entre 50 y 69 años deberán haber sido invitadas a participar en el programa en el periodo comprendido entre el 1 de noviembre de 2023 y el 31 de octubre de 2024.	30
Programa de cribado de cáncer de cérvix. Cobertura.	Al menos el 45% de las beneficiarias de cada uno de los dos tramos de cribado (25 a 34 y 35 a 65 años) deberán haber sido invitadas a participar en el programa desde su inicio hasta el 31 de octubre de 2024. Nueva invitación a las beneficiarias menores de 35 años que fueron invitadas en 2021.	30
Programa de cribado de cáncer de colon y recto. Cobertura	Al menos el 90% de los beneficiarios/as de entre 50 y 69 años deberán haber sido invitadas a participar en el programa desde su inicio hasta el 31 de octubre de 2024. Nueva invitación a los beneficiarios/as menores de 70 años que fueron invitadas en 2019.	30
Comités de tumores.	Mapa de hospitales que cuentan con comité de tumores. Actividad asistencial.	10

2.2 Objetivo 2: Receta electrónica.

2.2.1 La receta electrónica constituye una herramienta que aporta calidad a la prestación farmacéutica al poder realizar un mejor seguimiento farmacoterapéutico por parte del facultativo, ahorrar tiempo y desplazamientos a los usuarios y conseguir una mayor seguridad en el consumo de medicamentos al evitar posibles errores.

Para favorecer el uso de la receta electrónica se asigna un 40 % del IAC, para cada año de vigencia del Concierto, cuya asignación se efectuará proporcionalmente al grado de cumplimiento de los hitos que se fijen por Resolución del Director General en la implantación de la receta electrónica.

2.3 Objetivo 3: Calidad en la gestión de la Entidad: Servicios y prestaciones adicionales y procesos de Incapacidad Temporal.

2.3.1 Servicios y prestaciones adicionales. Vinculado al objetivo de calidad en la gestión de la Entidad, se asigna un 10 % del IAC, para cada año de vigencia del Concierto, por ofertar al colectivo protegido servicios y prestaciones adicionales relacionados con la prestación de asistencia sanitaria.

Para la evaluación de este objetivo, la Entidad presentará antes del 31 de mayo de cada año, una relación de los servicios y prestaciones adicionales ofertados y las condiciones. Para su valoración será necesario que el servicio o prestación sea totalmente gratuito o cuente con un descuento sustancial respecto del precio ofertado al público en general.

Cada servicio o prestación será puntuado con 1 punto, a los que se añadirá otro cualificado si se oferta gratuitamente, y de otro más si se trata de alguna prestación incluida en la acción protectora de MUFACE que gestione la Mutualidad directamente.

Para la evaluación se aplicarán los siguientes criterios:

– Solo se valoran servicios y prestaciones relacionados con la prestación de asistencia sanitaria.

– Para valorarse es necesario que el servicio o prestación sea gratuito o tenga un descuento sustancial respecto del precio ofertado al público en general, por ello solo se valoran aquellos que tengan un descuento mínimo de un 15 %.

– El punto adicional correspondiente a que se trate de alguna prestación incluida en la acción protectora de MUFACE que gestione la Mutualidad directamente solo se otorga si el servicio es gratuito.

Ponderación del objetivo	Ponderación que corresponde al grado de cumplimiento en este objetivo
10%	<ul style="list-style-type: none"> – 100% si se alcanzan 9 puntos. – Proporcionalmente a partir de 4 puntos.

2.3.2 Procesos de Incapacidad Temporal. Vinculado al objetivo de calidad en la gestión de la Entidad, se asigna un 10 % del IAC, para cada año de vigencia del Concierto, por la formación de los facultativos concertados en los procesos de Incapacidad Temporal.

La asignación se efectuará por el porcentaje de facultativos de la Entidad que, previa invitación, hayan seguido la jornada de formación que sobre este tema haya organizado MUFACE.

Ponderación del objetivo	Ponderación que corresponde al grado de cumplimiento en este objetivo
10%	<ul style="list-style-type: none"> – 100% si al menos el 75 % de los facultativos invitados han seguido la jornada de formación. – Proporcionalmente si al menos el 25 % de los facultativos invitados han seguido la jornada de formación.

3. Deducciones por fallos de disponibilidad

3.1 De acuerdo a lo establecido en la cláusula 8.4. del Concierto, cuando se produzca un fallo de disponibilidad y la Entidad exceda el tiempo máximo de corrección fijado en el punto 3.4 de este apartado sin haber repuesto el medio correspondiente, serán de aplicación las deducciones económicas por fallos de disponibilidad de acuerdo con los siguientes puntos.

3.2 De acuerdo con lo previsto en la cláusula 8.4.3 el importe máximo anual de las deducciones por fallos de disponibilidad no podrán superar la cuantía máxima anual del IAC.

3.3 Se entiende por fallo de disponibilidad la baja de un profesional o de los medios ofertados por la Entidad en el Catálogo de Proveedores que produce una oferta de recursos inferior a la establecida en los criterios de disponibilidad de medios recogidos en el Anexo 3 del Concierto.

3.4 Los fallos de disponibilidad se tipificarán conforme al detalle que se incluye en la tabla siguiente, en la que se indican, además, el tiempo de corrección y los respectivos porcentajes a aplicar para el cálculo de las deducciones por fallos de disponibilidad:

Fallo de disponibilidad	Tiempo de corrección	Porcentaje a aplicar para el cálculo de las deducciones
Especialidad en consulta externa Tipo A.	Una semana, si no hay disponible un especialista de la misma especialidad en el municipio correspondiente. Dos semanas, si hay disponible un especialista de la misma especialidad en el municipio correspondiente.	5
Especialidad en consulta externa Tipo B.		10
Especialidad en consulta externa Tipo C.		10
Especialidades en el hospital correspondiente.	Dos semanas.	10
Hospital.	Cuatro semanas.	15

3.5 El importe de la deducción correspondiente a cada fallo de disponibilidad será el producto del número de beneficiarios del municipio en el que se produzca el fallo por la prima diaria ponderada, el número de días en que se exceda el tiempo de corrección y el porcentaje a aplicar según el tipo de fallo de que se trate.

3.6 La prima diaria ponderada que se indica en el punto anterior se calculará multiplicando por 12 la prima mensual ponderada (Pm) prevista en la cláusula 8.3.2. y dividiendo el resultado entre 365.

3.7 En los supuestos en que se detecte e identifique una baja de medios susceptible de constituir un fallo de disponibilidad, conforme a lo estipulado en el punto 3.3 del presente Anexo, la Mutualidad comunicará fehacientemente a la Entidad que ha incurrido en un fallo de disponibilidad y le requerirá para que proceda a su subsanación. Cualquier escrito que la Entidad dirija a MUFACE, al respecto, producirá efectos desde el día que conste en el registro de entrada del Organismo.

3.8 Por su parte, a efectos del cómputo del tiempo de corrección a que se refiere el punto 3.4 de este Anexo, el mismo comenzará a partir del día siguiente a aquél en que tenga lugar la comunicación prevista en el punto 3.7.

3.9 Trascurrido el tiempo de corrección sin que el medio haya sido repuesto, el expediente por fallo de disponibilidad se incluirá para su estudio en el orden del día de la inmediata reunión de la Comisión Mixta Nacional, dando así trámite de audiencia a la Entidad. En el acta de la reunión se hará constar necesariamente las posiciones de MUFACE y la Entidad sobre el fallo de disponibilidad y, en su caso, la correspondiente deducción.

3.10 De conformidad con lo dispuesto en la cláusula 8.4.2, el expediente por fallo de disponibilidad será resuelto por la Directora General de MUFACE en cuya resolución se fijará la deducción diaria y la cuantía a descontar en los términos establecidos en el apartado 1 de la cláusula 8.5.2 A).

Asimismo, cuando el fallo de disponibilidad no hubiera sido corregido en la fecha de celebración de la Comisión Mixta Nacional, procederá efectuar la deducción diaria hasta la fecha en que sea comunicada la corrección a MUFACE, conforme a lo estipulado en el punto 3.7 o hasta que se alcance el límite máximo anual de las deducciones por fallos de disponibilidad establecido en el punto 3.2. En consecuencia, MUFACE realizará los correspondientes descuentos con periodicidad mensual informando de los mismos a la Entidad en la siguiente sesión de la Comisión Mixta Nacional.

3.11 Contra las resoluciones de la Directora General de MUFACE, que no ponen fin a la vía administrativa, podrá interponerse recurso de alzada ante la persona titular del Ministerio de Hacienda y Función Pública en el plazo de un mes, a contar desde el día

siguiente de la notificación, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 112 y siguientes de la Ley 39/2015, de 1 de octubre.

ANEXO 9

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

1. La Entidad, conforme a la cláusula 6.1.8 del Concerto, facilitará la realización de los informes médicos, exploraciones o pruebas de diagnóstico que prescriban a los mutualistas los facultativos encargados del asesoramiento médico para la gestión de la IT, RE y RLN, dentro del procedimiento recogido en la Orden PRE/1744/2010, de 30 de junio, por la que se regula el procedimiento de reconocimiento, control y seguimiento de las situaciones de incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, o disposición normativa que la sustituya.

Otro tanto sucederá en el caso de los facultativos de los órganos de valoración de incapacidades dentro del procedimiento de jubilación por incapacidad permanente para el servicio y pensión por incapacidad permanente o de los procedimientos de reconocimiento de una gran invalidez o de lesiones permanentes no invalidantes, a cuyo fin queda obligada a realizar a los mutualistas que estén adscritos a ella los citados informes, exploración o pruebas a través de los facultativos, servicios o centros de su Catálogo de Proveedores y en la forma establecida en el punto 2 del presente Anexo.

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

El Servicio Provincial u Oficina Delegada, una vez comprobada la afiliación del solicitante, autorizará la prescripción estampando en el impreso el modelo de sello que figura en el punto 3 del presente Anexo. A continuación, el mutualista presentará el mismo impreso en las Oficinas de la Entidad a la que esté adscrito. Ésta, a la vista de la autorización concedida por MUFACE:

a) Expedirá y entregará al mutualista con carácter inmediato el o los volantes necesarios para la realización de los informes, exploraciones o pruebas 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 MUFACE 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 DNI y su relación con aquél.

c) Entregará al mutualista una fotocopia del impreso.

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

Modelo de sello para la autorización de prescripciones por muface:

MUFACE (espacio para el nombre del servicio Provincial u oficina delegada)	
Fecha	
Prescripción autorizada. Para asignación de facultativo preséntese 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.

4. Al término de cada trimestre natural, la Entidad remitirá al Departamento de Gestión Económica y Financiera de MUFACE relación de los informes, exploraciones o pruebas realizadas en el trimestre, con indicación expresa del precio correspondiente, que será, precisamente, el que figura en el Anexo 10. 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 2 del presente Anexo 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, MUFACE procederá a abonar a la Entidad el importe de los informes, exploraciones o pruebas que figuren en la misma.

Las cuantías fijadas en el Anexo 10, como compensación máxima por unidad, serán actualizadas conforme a las tarifas que el Instituto Nacional de la Seguridad Social aplique a estos efectos en cada momento.

ANEXO 10

Baremo de reintegro de pruebas prescritas para valoración de incapacidades

Denominación prueba	Compensación máxima por unidad - Euros	Contenidos
Determinaciones Analíticas de Sangre.		
Perfil básico (hemograma + bioquímica).	33,18	Parámetros y cifras de referencia.

Denominación prueba	Compensación máxima por unidad - Euros	Contenidos
Perfil Cardíaco.	63,40	Parámetros y cifras de referencia.
Perfil Hepático.	49,79	Parámetros y cifras de referencia.
Perfil Reumatológico.	49,76	Parámetros y cifras de referencia.
Perfil Nefrourológico.	60,43	Parámetros y cifras de referencia.
Gasometría Arterial.	28,81	Parámetros y cifras de referencia.
Coagulación.	20,32	Parámetros y cifras de referencia.
Marcadores Hepáticos Virales.	84,78	Parámetros y cifras de referencia.
Determinación Carga Viral VIH.	105,96	Parámetros y cifras de referencia.
Radiografía simple (Tórax o Abdomen).	30,64	Placas en dos posiciones.
Radiografías osteo-articular.	29,41	Placas en dos posiciones por segmento.
Tomografía Axial Computerizada (TAC).	232,00	Placa e informe.
Tomografía Axial Computerizada con contraste (TAC + contraste).	223,53	Placa e informe.
Resonancia Nuclear Magnética (RNM).	343,54	Placa e informe.
Resonancia Nuclear Magnética con contraste (RNM + contraste).	337,95	Placa e informe.
Densitometría Ósea.	104,38	Informe.
Gammagrafía Ósea.	185,22	Registro e informe.
Ecografía (todas las regiones).	135,03	Informe.
Potenciales evocados (visuales; auditivos; somestésicos; cognitivos).	162,71	Informe.
Electroencefalograma (EEG).	106,42	Registro e informe.
Electromiograma (EMG).	190,57	Registro e informe.
Electroneurograma (ENG).	93,08	Registro e informe.
Electrocardiograma (ECG).	98,70	Registro e informe.
Holter.	147,49	Informe.
Prueba de esfuerzo convencional (Protocolo de Bruce).	93,77	Informe.
Prueba de esfuerzo NO convencional (por ECO de estrés).	112,73	Informe.
Prueba de esfuerzo NO convencional por ECO con dobutamina).	72,90	Informe.
Prueba de esfuerzo con determinación directa de consumo de O ₂ (Ergoespiometría).	138,64	Informe.
Gammagrafía miocárdica (SPECT) con P de Bruce o estimulación farmacológica.	242,75	Informe.
Eco - Doppler cardíaco.	136,24	Grafico; Informe y Datos (Fracción eyección y Gasto).
Eco - Doppler vascular.	136,24	Informe.
Espirometría forzada.	44,17	Registro; Datos (CV; FEV1) en tres tomas.
Espirometría forzada con broncodilatación.	54,56	Registro; Datos (CV; FEV1) en 3 tomas antes/ después broncodilatación.
Difusión alveolo-capilar (DLCO o TLCO).	62,50	Informe y datos.
Pletismografía (volúmenes pulmonares).	40,04	Informe y datos.

Denominación prueba	Compensación máxima por unidad – Euros	Contenidos
Polisomnografía.	396,24	Informe.
Campimetría visual digital.	90,46	Grafico; Datos e informe.
Electroretinograma.	103,32	Informe.
Electrooculograma.	108,87	Informe.
Audiometría tonal en cabina.	37,09	Grafico ambos oídos con indicación vías aéreas y ósea.
Pruebas vestibulares.	171,70	Informe.
Posturografía.	120,24	Informe.
Pruebas epicutáneas (contacto).	110,67	Resultado test; Valoración (graduación) de resultados.
Informe valoración Neuro - Psicológico.	250,00	Informe.
Informe de Valoración Psiquiátrica.	109,74	Informe escrito.
Informe Médico especializado.	97,46	Informe escrito.
Informe Médico Requerido.	106,44	Informe escrito.
Balance articular y muscular de: Hombro; Codo o Muñeca por técnica de Biomecánica.	326,54	Registro e informe.
Balance articular y muscular de: Cadera; Rodilla o Tobillo por técnica de Biomecánica.	249,06	Registro e informe.
Valoración Funcional de la Capacidad de Marcha por técnica de Biomecánica.	437,24	Registro e informe.
Balance articular de columna: Cervical; Dorsal o Lumbar por técnicas de Biomecánica.	232,46	Registro e informe.
Valoración funcional de la Lumbalgia por técnica de Biomecánica.	636,49	Registro e informe.
Valoración funcional de la Cervicalgia por técnica de Biomecánica.	636,49	Registro e informe.
Valoración funcional del equilibrio postural, por técnicas de Biomecánica.	437,24	Registro e informe.
Informe Psicológico-Laboral.	114,42	Informe escrito.
Informe Valoración Puestos Trabajo (Requerimientos y/o Riesgos).	320,04	Informe escrito.
Potenciales evocados motores.	162,71	Registro e informe.
Resonancia Nuclear Magnética cardiaca.	500,00	Placa e informe.

ANEXO 11

Protocolo de actuación, identificación y manejo de casos y contactos de COVID-19

Sin perjuicio de las actuaciones de vigilancia epidemiológica, y las acciones generales de protección y promoción de la salud relacionadas con la prevención y abordaje de la pandemia por COVID-19 que corresponde realizar a las autoridades sanitarias, de acuerdo con la legislación vigente, la Entidad a través de sus medios concertados realizará las actuaciones recogidas en el presente Protocolo y se obliga a su difusión entre aquellos.

1. Manejo de los beneficiarios con sintomatología

1.1 Definición de Casos. Las siguientes definiciones, basadas en las de la «Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19» (actualización del 5 de julio de 2021), se deberán ir ajustando en caso de actualizaciones posteriores.

1.1.1 Caso sospechoso de infección por SARS-CoV-2. Cualquier persona con un cuadro clínico de infección respiratoria aguda de aparición súbita de cualquier gravedad que cursa, entre otros con fiebre, tos o sensación de falta de aire. Otros síntomas atípicos como la odinofagia, anosmia, ageusia, dolores musculares, diarrea, dolor torácico o cefalea, entre otros, pueden ser considerados también síntomas de sospecha de infección por SARS-CoV-2 según criterio clínico.

Hasta que se disponga de mayor información al respecto, las personas que han sido vacunadas y presenten sintomatología compatible con infección por SARS-CoV-2 serán consideradas también como caso sospechoso y se manejarán de igual forma, siempre bajo criterio clínico facultativo en el manejo clínico.

1.1.2 Caso confirmado con infección activa, cualquiera de los siguientes:

- a. Persona que cumple criterio clínico de caso sospechoso y con PDIA positiva.
- b. Persona asintomática con PDIA positiva.

1.1.3 Caso probable: Infección aguda grave + y Rx compatible + y PDIA negativa o no concluyente.

1.1.4 Caso descartado: Caso sospechoso con PDIA negativa en el que no hay una alta sospecha clínico-epidemiológica.

1.1.5 Caso resuelto: Un resultado positivo de IgG por serología de alto rendimiento capaz de diferenciar entre respuesta inmune por infección natural o por vacunación realizado en una persona asintomática no vacunada en la que se ha descartado infección activa.

1.1.6 Caso de reinfección: Se consideran casos de reinfección aquellos casos con PDIA positiva con/sin sintomatología con antecedentes de infección pasada hace más de 90 días.

a) Reinfección posible:

1. Primera infección: Diagnóstico por PCR no secuenciada o no secuenciable o prueba rápida de antígenos.

2. Segunda infección: diagnóstico por prueba rápida de Ag en el que no se ha podido realizar una PCR, si han transcurrido al menos 3 meses desde la primera infección.

b) Reinfección probable:

1. Primera infección: Diagnóstico por PCR no secuenciada o no secuenciable o prueba rápida de antígenos.

2. Segunda infección: diagnóstico por PCR no secuenciada o no secuenciable si han transcurrido al menos tres meses desde la primera infección.

c) Reinfección confirmada:

1. Primera infección: diagnóstico por PCR secuenciada o PCR no secuenciada o no secuenciable o prueba rápida de Ag.

2. Segunda infección: Diagnóstico por PCR secuenciada. Pueden darse dos circunstancias:

– Que haya diferencias significativas entre ambas secuencias independientemente del tiempo transcurrido entre las dos infecciones.

– En ausencia de una primera secuencia, que el linaje de la segunda infección no circulara cuando se produjo la primera infección.

Según las instrucciones recogidas en el documento de «Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19», con el objetivo de confirmar y caracterizar la reinfección se recomienda que el estudio de estos casos se centralice en uno o varios servicios hospitalarios, siempre en una estrategia coordinada desde salud pública, y que las muestras de los casos positivos se secuencien siguiendo lo que se recoge en el protocolo de «Integración de la secuenciación genómica en el sistema de vigilancia del SARS-CoV-2». En estos casos se solicitará también una serología de alto rendimiento frente a SARS-CoV-2 y muestras para eventuales estudios inmunológicos.

Los casos posibles, probables y confirmados se manejarán del mismo modo que una primera infección, lo que implica aislamiento y búsqueda de contactos tras este nuevo resultado.

Los casos de reinfección se notificarán a SiViEs siguiendo las instrucciones de cada CA.

2. Manejo de casos COVID-19 con infección activa

A todo caso sospechoso de infección por el SARS-CoV-2 se le realizará una Prueba Diagnóstica de Infección Activa (PDIA) por SARS-CoV-2 en las primeras 24h. Esta prueba precisa autorización por parte de la entidad, pero ésta ha de dar respuesta antes de las primeras 24h tras la solicitud.

No se recomienda la realización de ningún tipo de pruebas serológicas para el diagnóstico de infección activa, ni en personas con síntomas ni en asintomáticos como primera opción.

Las pruebas de autodiagnóstico no serán consideradas para el diagnóstico de confirmación de infección activa ni en personas con síntomas ni en asintomáticos. Los resultados positivos en estas pruebas se considerarán casos sospechosos que deberán confirmarse en un centro sanitario mediante una PDIA. Los mutualistas de adscripción a Entidad de seguro deberán acudir a medios concertados para su confirmación y seguimiento según este protocolo.

Una vez realizada una PDIA:

– Si inicialmente se realizó una prueba rápida de detección de antígeno cuyo resultado ha sido negativo y hay una alta sospecha clínico-epidemiológica de COVID-19 se realizará una PCR.

– Si inicialmente se realizó una PCR cuyo resultado ha sido negativo y hay una alta sospecha clínico-epidemiológica de COVID-19 se repetirá la PCR a las 48 horas.

– En casos sintomáticos en los que la PDIA salga repetidamente negativa y exista una alta sospecha clínico-epidemiológica, se podrá valorar la realización de test serológico de alto rendimiento para orientar el diagnóstico y capaz de diferenciar entre respuesta inmune por infección natural o por vacunación para orientar el diagnóstico.

– En pacientes sintomáticos cuando el resultado de cualquier PDIA sea positivo será considerado como caso confirmado.

Todos los casos sospechosos se mantendrán en aislamiento hasta tener el resultado de la PDIA.

Consideraciones especiales ante casos sospechosos:

a) Las personas que han sido vacunadas y presentan sintomatología compatible con infección por SARS-CoV-2 serán también consideradas como caso sospechoso y se manejarán como tales.

b) Las personas sintomáticas que hayan tenido una infección por SARS-CoV-2 confirmada por PDIA en los 90 días anteriores NO serán consideradas como casos sospechosos de nuevo. Las excepciones a esta consideración serán los trabajadores de centros sanitarios y sociosanitarios, las personas con condiciones clínicas que impliquen

una inmunosupresión grave y aquellos casos en los que se sospecha que la infección puede ser por una variante diferente de la que se detectó en la infección previa, en cuyo caso no se tendrá en cuenta el tiempo transcurrido entre una y otra.

En estos casos si se realiza una PDIA positiva y es una prueba de antígenos, se recomendará realizar una PCR:

- Si esta PCR fuera negativa, se descartará infección activa.
- Si PCR fuera positiva se considerará valorar el umbral de ciclos (Ct).

c) Los casos confirmados únicamente mediante técnicas serológicas de diagnóstico rápido durante los primeros meses de la pandemia, serán considerados casos sospechosos de nuevo si cumplen criterios clínicos, independientemente del tiempo transcurrido desde su diagnóstico. Si se confirma el diagnóstico, se notificará como casos nuevos a SiViEs.

d) Casos sospechosos de reinfección: serán considerados como sospechosos aquellos casos con síntomas compatibles de COVID-19 que tuvieron una infección confirmada por PDIA de SARS-CoV-2 hace más de 90 días. En estos casos se indicará la realización de una PCR. Si el resultado fuera positivo, se considerará caso de reinfección.

También se considerarán como reinfección aquellos casos asintomáticos que ya tuvieron una infección confirmada por PDIA de SARS-CoV-2 hace más de 90 días y se les ha realizado una nueva PDIA con resultado positivo. Si en estos casos la prueba positiva fuera de una prueba rápida de antígenos, se les realizará una PCR.

En ambos casos, si la PCR fuera negativa y la sospecha clínico-epidemiológica alta, se repetirá la PCR.

Los casos de reinfección posibles, probables y confirmados se manejarán del mismo modo que una primera infección.

Declaración obligatoria: El médico de la Entidad que realiza el diagnóstico de sospecha debe notificar el caso confirmado mediante el envío de los formularios que las autoridades de salud pública de la Comunidad Autónoma (CA) hayan establecido debidamente cumplimentado. En esta encuesta deben registrarse los contactos estrechos, con nombre y apellidos y su número de teléfono, si es mutualista de adscripción privada debe registrarse la entidad a la que pertenece para poder establecer comunicación con ellos.

Se deberá notificar el resultado de la prueba una vez realizada y actuar según protocolo.

Son casos de declaración obligatoria urgente los casos confirmados con infección activa así como los casos de reinfección probable y confirmada.

Los casos de reinfección se notificarán a SiViEs siguiendo las instrucciones de cada CA.

Si la PCR es positiva serán casos confirmados con la siguiente actuación:

– Si tienen clínica compatible con la infección por el nuevo coronavirus y esta sintomatología es leve, no requiriendo ingreso hospitalario, se mantendrá el aislamiento domiciliario, con seguimiento clínico activo, hasta transcurridos 3 días desde la resolución de la fiebre y del cuadro clínico con un mínimo de 10 días desde el inicio de los síntomas, haciendo el seguimiento médico adecuado desde la Entidad. Dicho seguimiento podrá ser telefónico, realizando el contacto con una periodicidad máxima de 2 días. Si se detecta empeoramiento de la patología, se deberá derivar al médico concertado para la valoración correspondiente.

– Si tiene clínica con criterios de ingreso, se ingresará y se pautará el tratamiento oportuno por parte de la Entidad.

Actuaciones para el alta:

- En el caso de aislamiento domiciliario por síntomas leves: Si han finalizado los síntomas tres días antes y ha completado los 10 días de aislamiento, podrá incorporarse a su vida habitual con las medidas de protección individual y colectiva adecuada (limpieza lugares, higiene personal y EPI).

No será necesario la realización de una PCR para levantar el aislamiento ni para reincorporarse a la actividad laboral.

- En el caso de ingreso hospitalario: Podrían causar alta hospitalaria si su situación clínica lo permite aunque la PCR al alta siga siendo +.

- Si mantiene sintomatología al alta hospitalaria: Se debe indicar el aislamiento domiciliario durante otros 14 días siguientes al alta hospitalaria.

- Se debe hacer un nuevo censo de contactos estrechos que serán convivientes durante el seguimiento domiciliario del caso y comunicarlo a los servicios de salud pública (ver punto C de este protocolo: Manejo de contactos)

- Si han finalizado los síntomas tres días antes del fin del aislamiento podrá reincorporarse a su vida habitual.

- Si la clínica continúa a los 14 días, deberá mantenerse el aislamiento hasta que hayan pasado tres días sin síntomas. En caso de enfermedad grave o inmunodepresión, este periodo se alargará a 21 días.

- Si la sintomatología ha desaparecido en los tres días previos al alta hospitalaria y además la PCR ha sido negativa, se considerará que la enfermedad está resuelta.

3. Manejo de los contactos

3.1 Definición de contacto estrecho:

- Cualquier persona que haya proporcionado cuidados a un caso o haya estado en contacto con sus secreciones y fluidos: personal sanitario o socio-sanitario que NO haya utilizado las medidas de protección adecuadas, miembros familiares o personas que tengan otro tipo de contacto físico similar o cualquier persona que haya manipulado muestras biológicas sin las debidas medidas de protección.

- De forma general, a nivel comunitario, se considerará contacto estrecho a cualquier persona que haya estado en contacto en el mismo lugar que un caso, a una distancia menor de 2 metros y durante un tiempo total acumulado de más de 15 minutos en 24 horas. En entornos en los que se pueda hacer una valoración del seguimiento de las medidas de prevención podrá realizarse una valoración individualizada por el servicio de prevención de riesgos laborales o el responsable que sea designado para este fin.

El periodo a considerar será de 2 días antes del inicio de los síntomas del caso hasta el momento en el que el caso es aislado. En los casos asintomáticos confirmados por PDIA, los contactos se buscarán desde 2 días antes de la fecha de toma de muestra para diagnóstico.

3.2 Actuaciones sobre los contactos estrechos:

Cuando se detecte un caso confirmado o caso sospechoso de infección por coronavirus, el médico que atiende a dicho paciente deberá investigar sobre los posibles contactos estrechos y así lo comunicará a Salud Pública de la correspondiente CA, tanto el caso cuando se confirme como los posibles contactos.

Será Salud Pública quien, tras nueva encuesta epidemiológica, confirmará los contactos estrechos y determinará el procedimiento a seguir con cada uno de ellos.

Las pruebas que la CA determine que se deban realizar de Salud Pública y sólo tras la realización de la misma, si su resultado es positivo o el paciente comienza con sintomatología compatible con infección por SARS-CoV-2, será derivado el paciente a

medios concertados con su entidad de adscripción. La primera PCR realizada será a cargo de la CA correspondiente puesto que está realizada en persona asintomática y por tanto incluida en las tareas de vigilancia epidemiológica.

Esto es debido a lo que se ha comentado al inicio de este documento conforme a la disposición adicional cuarta de la Ley 16/ 2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (Ley de Cohesión), Las Mutualidades deben garantizar el contenido de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, pero en materia de salud pública, se exceptúan de la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de dichas Mutualidades las actuaciones de vigilancia epidemiológica, y las acciones generales de protección y promoción de la salud relacionadas con la prevención y abordaje de las epidemias y catástrofes.

ANEXO 12

Guía para la gestión de los procedimientos de incapacidad temporal

Esta Guía tiene por objeto servir de ayuda a los facultativos concertados con la Entidad en la gestión de los procesos de Incapacidad Temporal (IT).

1. Incapacidad temporal

1.1 Definición, situaciones y duración.

1.1.1 La incapacidad temporal es la situación en la que se encuentra el funcionario cuando está imposibilitado temporalmente para el trabajo y precisa asistencia sanitaria para su recuperación, que ha de ser facilitada por MUFACE, a través del Entidad, y su órgano de personal emite la correspondiente licencia por enfermedad.

1.1.2 Tendrán la consideración de situaciones determinantes de incapacidad temporal:

a) Las debidas a enfermedad común o accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria y esté impedido para el trabajo, con una duración máxima de trescientos sesenta y cinco días, prorrogables por otros ciento ochenta días cuando se presuma que durante ellos puede el trabajador ser dado de alta médica por curación.

b) Los períodos de observación por enfermedad profesional en los que se prescriba la baja en el trabajo durante los mismos, con una duración máxima de seis meses, prorrogables por otros seis cuando se estime necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad.

1.1.3 La duración máxima de las situaciones de IT es de 365 días naturales, prorrogables por otros 180, hasta alcanzar un máximo de 545 días. No obstante, en aquellos casos en los que, continuando la necesidad de tratamiento médico por la expectativa de recuperación o mejora del estado del trabajador, con vistas a su reincorporación laboral, la situación clínica del interesado hiciera aconsejable demorar la calificación, ésta podrá retrasarse por el período preciso, sin que en ningún caso se puedan superar los 730 días naturales.

A los efectos del plazo máximo se tendrán en cuenta los periodos de recaída y de observación. Se considera que existe recaída en un mismo proceso cuando se produzca una nueva baja médica por la misma o similar patología dentro de los ciento ochenta días naturales siguientes a la fecha de efectos del alta médica anterior.

1.1.4 Cumplido el plazo de 730 días naturales desde su inicio, la situación de IT se extingue a todos los efectos, por lo que MUFACE dejará de abonar el subsidio económico que percibe el mutualista, sin perjuicio de que este pueda continuar recibiendo la asistencia médica que precise.

1.1.5 El órgano de personal del mutualista está obligado a iniciar de oficio el procedimiento de jubilación por incapacidad permanente cuando la IT alcance los 545

días (18 meses) de duración, aunque también puede hacerlo en cualquier momento en que se prevea la imposibilidad de recuperación del mutualista.

1.1.6 El médico puede expedir partes de confirmación durante toda la situación de IT, sin las limitaciones del Régimen General que impide a los médicos firmar partes más allá de los 360 días de IT.

1.2 Actuaciones ante una situación de Incapacidad Temporal.

1.2.1 Cuando un mutualista es diagnosticado de una patología que durante un tiempo puede producir una incapacidad para su trabajo habitual, será preferentemente el Médico de Atención Primaria (MAP) quien, tras practicar el reconocimiento médico y valorar la documentación médica del proceso, cumplimente el parte de baja médica en todos sus apartados. En tanto que MUFACE desarrolla el proyecto de tramitación electrónica de los partes de IT, estos pueden ser descargados por el MAP de la página web de MUFACE o serles facilitados por el mutualista.

No obstante lo anterior, el primer parte de baja médica también podrá ser extendido por el especialista que haya diagnosticado la patología.

1.2.2 Los partes tienen una triple finalidad:

- a) Servir de asesoramiento médico a los órganos de personal.
- b) Justificar la ausencia al puesto de trabajo.
- c) Justificar que se recibe asistencia sanitaria por MUFACE.

1.2.3 No hay partes específicos de accidente en acto de servicio o enfermedad profesional porque la prestación de MUFACE no es de diferente cuantía en virtud de la contingencia que da lugar al proceso patológico.

Hay un parte específico para las situaciones de riesgo durante el embarazo y durante la lactancia natural, porque la prestación de MUFACE es de superior cuantía que en el caso de la IT.

Hay un parte de maternidad para la gestión del permiso correspondiente por el órgano de personal, pero MUFACE no abona prestación por parto.

1.2.4 Dada la triple función que cumplen los partes, es muy importante que el MAP lo cumplimente en todos su apartados, pues es la primera fuente de información para todos los implicados en el correcto seguimiento de los procesos de incapacidad temporal.

De entre los datos solicitados, el código CIE es de especial relevancia. Este es el diagnóstico que figurará en las sucesivas valoraciones de los procesos que efectúen los órganos de personal y MUFACE.

1.2.5 Es el mutualista quien debe remitir el parte de baja a su órgano de personal para que proceda, en su caso, a reconocer la licencia por enfermedad según el procedimiento establecido. La licencia es un requisito administrativo imprescindible de las situaciones de incapacidad temporal, por lo que los partes por sí mismos no son suficientes para iniciar una situación de IT. Esto significa que el órgano de personal del mutualista o funcionario puede no conceder la licencia, basándose en un asesoramiento médico propio. Dicho asesoramiento lo tienen organismos como Correos, Policía o las Consejerías de Educación de las Comunidades Autónomas. Los organismos que no disponen de asesoramiento médico propio pueden acudir al que proporciona MUFACE a través del INSS, por medio de un acuerdo de encomienda de gestión suscrito entre ambos para este fin.

1.2.6 El mutualista, para los sucesivos partes, deberá acudir siempre al mismo MAP para valorar la continuidad o no del proceso de IT. El MAP deberá extender los partes de confirmación con una frecuencia de 15 días. En casos excepcionales, pueden expedirse partes con más tiempo, hasta un máximo de 30 días.

En el caso de que el primer parte se haya extendido por el especialista, los sucesivos deberán ser extendidos por el MAP habitual del mutualista.

Sólo en caso de jubilación, fallecimiento o situación en la que la Entidad haya desconcertado al facultativo podrá el mutualista acudir a otro MAP para la expedición de los partes.

1.2.7 Para expedir los sucesivos partes de confirmación, el MAP solicitará al mutualista la aportación de toda la documentación clínica previa relacionada con la patología a valorar. Deberá también aportar el parte previo, para la valoración por parte del facultativo de la procedencia o no de la continuidad de la IT, diagnóstico, fechas y resto de la información que sea necesaria.

En ningún caso el MAP expedirá partes de confirmación si la IT ha alcanzado la duración máxima de 730 días, sin perjuicio de que subsista la necesidad de recibir asistencia sanitaria. Llegado este plazo, el paciente deberá estar dado de alta o incapacitado permanente, en sus distintas modalidades.

El MAP que emitirá sus valoraciones de procedencia de la IT deberá preferentemente trabajar en la provincia de residencia del mutualista, aunque el tratamiento se esté recibiendo en otra provincia diferente a la de residencia.

Cuando existan IT reiteradas, deberá ser el mismo MAP en todos los procesos quien deba valorar la procedencia de dichas bajas médicas.

1.2.8 MUFACE establecerá los convenios necesarios para la valoración de los procesos de IT, que se puede realizar, en cualquier momento de la IT, por los organismos, mediante sus propias asesorías médicas o solicitándolo a MUFACE que lo remitirá al INSS. Además, MUFACE programa la valoración de todos los procesos de IT en tres momentos: 4.º mes de licencia (inicio de la prestación que abona la mutualidad), 10.º mes de licencia (antes de alcanzarse un año de la baja) y 16.º mes (antes de alcanzarse el mes 18.º en que es obligatorio que el órgano de personal inicie el procedimiento de jubilación por IP).

Para que los reconocimientos de 10.º y 16.º mes puedan contar con el criterio del MAP éste debe cumplimentar en el parte de confirmación que corresponda a esos periodos el apartado n.º 3 denominado «Informe médico adicional de ratificación». Este informe aporta su criterio sobre las posibilidades de recuperación del mutualista.

Los MAP deben conocer que sus pacientes están sometidos a estas revisiones y los resultados de las mismas, pues estos condicionan la continuidad o no de la IT y la actuación consecuente de los órganos de personal con respecto a la licencia. Los posibles resultados de los reconocimientos son: mantenimiento, alta o recomendación de inicio del procedimiento de incapacidad permanente.

1.2.9 Ante un resultado de alta, el órgano de personal pone fin a la licencia por IT y el funcionario tiene que incorporarse a su puesto de trabajo. Si en los 180 días siguientes al alta el MAP considera que ha de iniciarse una nueva baja, éste especificará en el parte si se trata o no de recaída del proceso previo. No obstante, la decisión de conceder o no la licencia de IT recae sobre el órgano de personal, con su propio asesoramiento médico o solicitando a MUFACE un estudio de recaída. Las recaídas de un proceso que tuvo resultado de alta en un reconocimiento médico de MUFACE pueden implicar que se deniegue la licencia por enfermedad y la inmediata incorporación al puesto de trabajo del funcionario.

a) Cualquier IT que se produzca en los 180 días posteriores a un alta propuesta por la inspección a la que MUFACE haya dado la competencias para estos efectos, dentro de los primeros 365 días de IT sumando procesos por misma patología, deberá ser valorada por esta misma inspección determinando si procede o no la nueva IT por misma o por distinta patología.

b) Cualquier IT que se produzca en los 180 días posteriores a un alta propuesta por la unidad de valoración de incapacidades o por el órgano que MUFACE determine que sea competente para ello, pasados los primeros 365 días de IT, deberá ser valorada por este órgano para determinar si procede o no la nueva IT.

1.2.10 El parte de confirmación correspondiente al periodo en que se cumpla el décimo mes desde el inicio de la situación de IT deberá ir acompañado de un informe

médico adicional de ratificación. MUFACE lo trasladará al órgano de personal competente, a las Unidades Médicas de Seguimiento de las que disponga, con el fin de que éstas realicen un reconocimiento al mutualista antes del cumplimiento del plazo de 365 días naturales desde el inicio de la situación de IT.

1.2.11 El parte de confirmación correspondiente al plazo en que se cumpla el 16 mes desde el inicio de la situación de IT deberá ir acompañado de un informe médico adicional. MUFACE lo trasladará a las Unidades médicas de seguimiento de las que disponga para que éstas realicen el reconocimiento médico al mutualista antes de los 545 días naturales desde el inicio de la situación de IT.

2. Situaciones de riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural

2.1 Definición.

2.1.1 El riesgo durante el embarazo es una situación provocada por las condiciones del puesto de trabajo, en la que la mutualista no tiene afectado su estado de salud pero podría tenerlo (ella, el feto) de continuar prestando el servicio. Esta situación requiere un procedimiento especial que se inicia con la expedición por el MAP del parte para esta contingencia, continúa con la valoración del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales y finaliza con una Resolución del organismo de la mutualista declarando tal situación de riesgo si no le es posible cambiar o adaptar el puesto.

2.1.2 No es lo mismo una situación de riesgo durante el embarazo que un embarazo de riesgo. El embarazo de riesgo es una situación de IT derivada de una patología asociada al embarazo de la mutualista. Los partes son los de una IT, con CIE diagnóstico.

2.2 Partes.

2.2.1 El parte de riesgo durante el embarazo, específico para esta contingencia, lleva ya una codificación prefijada «REL» y su finalidad fundamental es que el MAP certifique el embarazo de la mutualista y la fecha probable del parto.

El parte inicial por REL se expide por tres meses. El siguiente por el tiempo que falte hasta alcanzarse el 4.º mes de la situación, pues a partir de este momento, se expedirán mensualmente para justificar la prestación que ha abonar MUFACE.

Esto mismo es aplicable a una situación de riesgo durante la lactancia natural.

2.2.2 Con los partes por REL el organismo tiene que valorar si expide la correspondiente licencia por riesgo o modifica el puesto o asigna otro provisionalmente.

ANEXO 13

Tarifas para el reembolso de los gastos por la asistencia sanitaria transfronteriza

Atención primaria

Asistencia en el centro

	Euros
Consulta y/o cura de enfermería.	27
Consulta médica.	75
Consultas médicas sucesivas.	35
Consulta de matrona.	43
Otros servicios de enfermería: inyección, extracción...	20
Cirugía menor.	120

	Euros
Urgencias de enfermería.	45
Urgencias médicas.	95

Asistencia en domicilio

	Euros
Consulta y/o cura de enfermería.	60
Consulta médica.	100
Consulta médica sucesiva.	50
Otros servicios de enfermería: inyección, extracción...	35
Urgencias de enfermería.	70
Urgencias médicas.	145

Atención especializada

Consultas externas

	Euros
Primera consulta.	165
Consultas sucesivas.	100
Consulta Alta Resolución.	270

Cirugía ambulatoria

	Euros
Intervención de cirugía mayor ambulatoria.	1.000
Intervención de cirugía menor ambulatoria.	175

Urgencias

	Euros
General.	225
Ginecológica.	170
Pediátrica.	190
Traumatológica.	270
Ingreso sin estancia.	340

Estancias hospitalarias

	Euros
Hospitalización médica.	600
Hospitalización pediatría-neonatología.	740
Hospitalización quirúrgica, traumatológica y ginecológica.	1.000
Hospitalización UCI, coronarias o quemados.	1.600
Hospitalización Unidad de Psiquiatría.	250
Hospital de día.	450
Hospitalización a domicilio.	240

Procesos médicos y quirúrgicos singularizados

GRD	Nombre	Importe
004	Traqueostomía con vm 96+ horas con procedimiento extensivo o ecmo.	75.000
005	Traqueostomía con vm 96+ horas sin procedimiento extensivo.	55.000
020	Craneotomía por trauma.	20.000
021	Craneotomía excepto por trauma.	22.000
022	Procedimientos sobre shunt ventricular.	17.000
023	Procedimientos espinales.	19.000
024	Procedimientos vasculares extracraneales.	13.000
026	Otros procedimientos del sistema nervioso y relacionados.	6.000
040	Trastornos y lesiones espinales.	9.500
041	Neoplasias de sistema nervioso.	5.500
042	Trastornos degenerativos de sistema nervioso, excepto esclerosis múltiple.	5.000
043	Esclerosis múltiple y ataxia cerebelosa.	5.500
044	Hemorragia intracraneal.	6.500
045	ACVA y oclusiones precerebrales con infarto.	5.500
046	ACVA no específico y oclusiones precerebrales sin infarto.	4.000
047	Accidente isquémico transitorio.	3.300
048	Trastornos de nervios craneales, periféricos y autónomos.	4.300
049	Infecciones bacterianas y tuberculosas del sistema nervioso.	11.000
050	Infecciones no bacterianas del sistema nervioso excepto meningitis vírica.	8.000
051	Meningitis vírica.	4.500
052	Coma y estupor no traumático.	4.000
053	Convulsiones.	3.300
054	Migraña y otras cefaleas.	3.300
055	Traumatismo craneal con coma >1h o hemorragia.	6.000
056	Fractura craneal y lesión intracraneal complicada, coma < 1h o sin coma.	5.700
057	Concusión, lesión intracraneal no complicada, coma <1h o sin coma.	3.800

GRD	Nombre	Importe
058	Otras enfermedades del sistema nervioso.	4.200
070	Procedimientos sobre órbita.	4.000
073	Procedimientos sobre cristalino, excepto órbita.	2.000
080	Infecciones mayores del ojo principales.	4.200
082	Enfermedades oculares, excepto infecciones mayores.	3.500
089	Procedimientos mayores sobre huesos craneales/faciales.	14.000
090	Procedimientos mayores sobre laringe y tráquea.	14.000
091	Otros procedimientos mayores sobre cabeza y cuello.	16.000
092	Procedimientos sobre huesos faciales excepto proc. mayores sobre hueso craneal/facial.	8.000
093	Procedimientos sobre senos y mastoides.	5.000
095	Reparación de hendidura labial y paladar.	4.000
097	Amigdalectomía y adenoidectomía.	3.000
098	Otros procedimientos sobre oído, nariz, boca y garganta.	4.400
110	Neoplasias de oído, nariz, boca, garganta y craneales/faciales.	5.000
111	Alteraciones del equilibrio.	2.700
113	Infecciones de vías respiratorias superiores.	2.700
114	Enfermedades y heridas orales y dentales.	2.700
115	Otras enfermedades de oído, nariz, boca, garganta y craneales/faciales.	2.700
120	Procedimientos mayores sobre aparato respiratorio.	11.000
121	Otros procedimientos sobre aparato respiratorio.	8.500
130	Enferm. aparato respiratorio con ventilación asistida de más de 96 horas.	20.000
131	Fibrosis quística - enfermedad pulmonar.	8.000
132	Bdp y otras enf. respiratorias crónicas con origen en periodo perinatal.	6.500
133	Edema pulmonar y fallo respiratorio.	4.200
134	Embolismo pulmonar.	4.500
135	Traumatismos torácicos principales.	4.100
136	Neoplasias respiratorias.	5.000
137	Infecciones e inflamaciones pulmonares.	5.000
138	Neumonía por virus sincitial respiratorio.	4.000
139	Otra neumonía.	3.700
140	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.	3.500
141	Bronquiolitis y asma.	3.000
142	Enfermedad pulmonar intersticial y alveolar.	4.500
143	Otras enfermedades respiratorias excepto signos, síntomas y diag. Menores.	4.200
144	Otros diagnósticos menores, signos y síntomas de aparato respiratorio.	2.900
160	Reparación cardiorádica mayor de anomalía cardíaca.	26.000
161	Implantación de desfibrilador cardíaco.	28.000
162	Procedimientos sobre válvulas cardíacas con cateterismo cardíaco.	32.000

GRD	Nombre	Importe
163	Procedimientos sobre válvulas cardíacas sin cateterismo cardíaco.	26.000
165	Bypass coronario con cateterismo cardíaco o proc. cardiovasculares percutáneos.	27.000
166	Bypass coronario sin cateterismo cardíaco o proc. cardiovasculares percutáneos.	20.500
167	Otros procedimientos cardioráxicos.	22.000
169	Procedimientos torácicos y abdominales vasculares mayores.	15.000
170	Implant. marcapasos cardíaco permanente con IAM, fallo cardíaco o shock.	12.200
171	Implant. marcapasos cardíaco permanente sin IAM, fallo cardíaco o shock.	9.000
173	Otros procedimientos vasculares.	11.200
174	Procedimientos cardiovasculares percutáneos con IAM.	9.800
175	Procedimientos cardiovasculares percutáneos sin IAM.	8.000
176	Sustitución de generador de marcapasos y desfibrilador cardíaco.	10.000
177	Revisión de marcapasos y desfibrilador cardíaco excepto sustitución de generador.	7.000
180	Otros procedimientos sobre sistema circulatorio.	5.500
190	Infarto agudo de miocardio - IAM.	4.200
191	Cateterismo cardíaco con trastornos circulatorios excepto cardiopatía isquémica.	5.200
192	Cateterismo cardíaco para cardiopatía isquémica.	4.200
193	Endocarditis aguda y subaguda.	9.500
194	Insuficiencia cardíaca.	3.600
196	Parada cardíaca.	4.500
197	Trastornos vasculares periféricos y otros.	3.600
198	Arterioesclerosis coronaria y angina de pecho.	2.800
199	Hipertensión.	2.900
200	Cardiopatías congénitas y enfermedades valvulares.	3.500
201	Arritmias cardíacas y trastornos de la conducción.	2.900
203	Dolor torácico.	2.500
204	Sincope y colapso.	2.800
205	Miocardopatía.	3.900
206	Malfuncionamiento, reacción o complicación de dispositivo o proced. cardiovascular.	5.100
207	Otros diagnósticos de aparato circulatorio.	3.900
220	Procedimientos mayores sobre estómago, esófago y duodeno.	13.000
221	Procedimientos mayores de intestino delgado y grueso.	11.700
222	Otros procedimientos sobre estómago, esófago y duodeno.	7.200
223	Otros procedimientos sobre intestino delgado y grueso.	8.800
224	Adhesiolisis peritoneal.	9.300
225	Apendicectomía.	5.500
226	Procedimientos sobre ano.	4.000
227	Procedimientos sobre hernia excepto inguinal, femoral y umbilical.	6.100
228	Procedimientos sobre hernia inguinal, femoral y umbilical.	4.000

GRD	Nombre	Importe
229	Otros procedimientos quirúrgicos sobre aparato digestivo.	9.000
240	Neoplasia maligna digestiva.	5.100
241	Úlcera péptica y gastritis.	3.900
242	Enfermedades mayores del esófago.	3.900
243	Otras enfermedades esofágicas.	3.500
244	Diverticulitis y diverticulosis.	3.800
245	Enfermedad inflamatoria intestinal.	4.900
246	Insuficiencia vascular gastrointestinal.	4.500
247	Obstrucción gastrointestinal.	3.600
248	Infecciones bacterianas mayores de aparato digestivo.	4.600
249	Gastroenteritis, náuseas y vómitos no bacteriana.	2.800
251	Dolor abdominal.	2.700
252	Malfuncionamiento, reacción y complicación de dispositivo o proc. gastrointestinal.	4.500
253	Otras hemorragias gastrointestinales inespecíficas.	3.800
254	Otros diagnósticos del aparato digestivo.	3.300
260	Procedimientos mayores sobre páncreas, hígado y derivación.	11.300
261	Procedimientos mayores sobre vía biliar.	12.500
262	Colecistectomía excepto laparoscópica.	8.300
263	Colecistectomía laparoscópica.	5.400
264	Otros procedimientos hepatobiliares, páncreas y abdominales.	11.800
279	Coma hepático y otros trastornos mayores de hígado.	4.700
280	Cirrosis y hepatitis alcohólica.	5.000
281	Neoplasia maligna de sistema hepatobiliar o de páncreas.	5.200
282	Trastornos de páncreas excepto neoplasia maligna.	4.700
283	Otros trastornos de hígado.	4.400
284	Trastornos del tracto y vesícula biliar.	4.200
300	Cuidados posteriores neonatales.	11.000
301	Sustitución articulación cadera.	9.500
302	Sustitución articulación rodilla.	8.000
303	Procedimientos de fusión dorsal y lumbar por escoliosis.	28.000
304	Procedimientos de fusión dorsal y lumbar excepto por escoliosis.	17.000
305	Amputación extremidades inferiores excepto dedos del pie.	10.000
308	Procedimientos sobre cadera y fémur exc. Articulación mayor por trauma.	9.700
309	Procedimientos sobre cadera y fémur exc. Articulación mayor por no trauma.	7.800
310	Escisión y descompresión de disco intervertebral.	9.000
312	Diagnósticos de injerto de piel por trastorno musculoesquelético y tejido conectivo, excepto mano.	14.000
313	Procedimientos sobre rodilla y parte inferior de la pierna excepto pie.	6.700
314	Procedimientos sobre pie y dedos del pie.	4.700

GRD	Nombre	Importe
315	Procedimientos sobre hombro, codo y antebrazo.	7.000
316	Procedimientos sobre mano y muñeca.	4.700
317	Procedimientos sobre tendones, músculos y otros tejidos blandos.	5.700
320	Otros procedimientos de sistema musculoesquelético y tejido conectivo.	6.000
321	Fusión espinal cervical y otros proc. de la espalda/cuello excepto escisión/ descomp. discal.	13.000
340	Fracturas de fémur.	3.800
341	Fractura de pelvis o luxación de cadera.	3.900
342	Fractura o luxación excepto fémur, pelvis o espalda.	3.100
343	Fracturas patológicas y neoplasia maligna musculoesquelética y tej. conectivo.	6.000
344	Osteomielitis, artritis séptica y otras infecciones musculoesqueléticas.	8.600
346	Trastornos de tejido conectivo.	5.400
347	Otros problemas de la espalda y cuello, fracturas y heridas.	3.900
349	Malfuncionamiento, reacción o complicación de dispositivo o proced. ortopédico.	4.700
351	Otros diagnósticos de sistema musculoesquelético y tejido conectivo.	3.500
361	Injerto piel para diagnósticos piel y tejido subcutáneo.	7.700
362	Procedimientos de mastectomía.	6.700
363	Procedimientos sobre mama excepto mastectomía.	6.000
364	Otros procedimientos sobre piel, tejido subcutáneo y relacionados.	5.300
380	Úlceras cutáneas.	5.400
381	Trastornos mayores de la piel.	4.700
382	Enfermedades malignas de la mama.	4.300
383	Celulitis y otras infecciones de la piel bacterianas.	3.900
384	Traumatismos sobre piel, tejido subcutáneo y herida abierta.	3.700
385	Otras enfermedades de piel, tejido subcutáneo y mama.	3.000
401	Procedimientos sobre glándula adrenal y pituitaria.	12.000
403	Procedimientos quirúrgicos para obesidad.	7.600
404	Procedimientos sobre tiroides, paratiroides y tracto tireogloso.	5.700
405	Otros procedimientos endocrinos, nutricionales y metabólicos.	9.700
420	Diabetes.	3.500
421	Enfermedades nutricionales y metabólicas misceláneas.	4.200
422	Hipovolemia y trastornos electrolíticos relacionados.	3.000
423	Trastornos congénitos del metabolismo.	4.200
424	Otros trastornos endocrinos.	3.600
425	Trastornos electrolíticos excepto hipovolemia relacionada.	3.300
441	Procedimientos mayores sobre vejiga.	13.600
442	Procedimientos sobre riñón y tracto urinario por neoplasia.	9.000
443	Procedimientos sobre riñón y tracto urinario por procesos no malignos.	8.100
444	Procedimientos de dispositivo de acceso diálisis renal, solo.	6.300

GRD	Nombre	Importe
445	Otros procedimientos sobre vejiga.	6.300
446	Procedimientos uretrales y trans-uretrales.	4.700
447	Otros procedimientos relacionados sobre riñón y tracto urinario.	8.000
460	Insuficiencia renal.	4.100
461	Neoplasias de riñón y tracto urinario.	4.300
462	Nefritis y.	4.500
463	Infecciones de riñón y tracto urinario.	3.200
465	Cálculos urinarios y obstrucción tracto urinario superior adquirido.	3.100
466	Malfuncionamiento, reacción o complicación de dispositivo, injerto o trasplante gen.-uri.	4.200
468	Otros diagnósticos, signos y síntomas sobre riñón y tracto urinario.	3.800
480	Procedimientos mayores sobre pelvis masculina.	7.300
481	Procedimientos sobre el pene.	5.600
482	Prostatectomía transuretral.	4.700
483	Procedimientos sobre testículo y escroto.	3.400
484	Otros proc. Quirúrgicos de ap. Genital masculino.	5.000
500	Neoplasias de aparato genital masculino.	4.200
501	Diagnósticos de aparato genital masculino excepto neoplasia.	3.000
510	Evisceración pélvica, histerectomía radical y vulvectomy radical.	9.000
511	Proc. Sobre útero y anejos por neoplasia maligna de ovario o anejos.	8.000
512	Proc. S. Útero, anejos por n.maligna no ováricas ni de anejos.	6.600
513	Procedimientos sobre útero y anejos proceso no maligno, excepto leiomioma.	4.400
514	Proc. De reconstrucción aparato genital femenino.	4.500
517	Dilatación y legrado para diagnósticos no obstétricos.	3.700
518	Otros procedimientos quirúrgicos de ap.genital femenino.	4.200
519	Procedimientos sobre útero y anejos para leiomioma.	5.200
530	Trastornos malignos del sistema reproductor femenino.	4.400
531	Infecciones del sistema reproductor femenino.	3.300
532	Otras enfermedades menstruales y del aparato reproductor femenino.	2.500
540	Cesárea.	4.800
541	Parto con esterilización y/o dilatación y legrado.	4.400
542	Parto con procedimiento quirúrgico excepto d y l y/o esterilización.	3.300
544	Dilatación y legrado, aspiración o histerotomía para diagnósticos obstétricos.	3.600
545	Procedimientos embarazo ectópico.	4.200
546	Otros proc. Quirúrgicos para diagnósticos obstétricos excepto parto.	5.200
560	Parto.	2.700
561	Diagnósticos post-parto y post-aborto sin procedimiento quirúrgico.	2.900
563	Parto prematuro.	3.100
564	Aborto sin dilatación y legrado, aspiración o histerotomía.	1.900

GRD	Nombre	Importe
565	Falso trabajo de parto.	1.700
566	Otros diagnósticos anteparto.	2.600
580	Neonato, trasladado con <5 días, no nacido en el centro.	2.500
581	Neonato, trasladado con <5 días, nacido en el centro.	2.700
583	Neonato con oxigenación membrana extracorpórea.	72.000
588	Neonato, peso al nacer < 1500 g, con procedimiento mayor.	74.000
589	Neonato, peso al nacer <500 g o <24 sem. Gestación.	44.000
591	Neonato, peso al nacer 500-749 g, sin procedimiento mayor.	62.000
593	Neonato, peso al nacer 750-999 g, sin procedimiento mayor.	57.000
602	Neonato, peso al nacer 1000-1249 g, con síndrome de distress respiratorio/otras may. resp. U otras anomalías mayores.	46.000
603	Neonato, peso al nacer 1000-1249 g, con o sin otra condición significativa.	39.000
607	Neonato, peso al nacer 1250-1499 g, con síndrome de distress respiratorio/otras may. resp. U otras anomalías mayores.	33.000
608	Neonato, peso al nacer 1250-1499 g, con o sin otra condición significativa.	26.000
609	Neonato, peso al nacer 1500-2499 g, con procedimiento mayor.	38.000
611	Neonato, peso al nacer 1500-1999 g con anomalías mayores.	23.000
612	Neonato, peso al nacer 1500-1999 g con síndrome de distress respiratorio/otra condición resp. mayor.	23.000
613	Neonato, peso al nacer 1500-1999 g con infección congénita o perinatal.	20.000
614	Neonato, peso al nacer 1500-1999 g con o sin otra condición significativa.	17.000
621	Neonato, peso al nacer 2000-2499 con anomalías mayores.	14.000
622	Neonato, peso al nacer 2000-2499 g con síndrome de distress respiratorio/otra condición resp. mayor.	13.500
623	Neonato, peso al nacer 2000-2499 g con infección congénita o perinatal.	13.000
625	Neonato, peso al nacer 2000-2499 g con otra condición significativa.	12.000
626	Neonato, peso al nacer 2000-2499 g nacido en el centro, neonato normal o neonato con otros problemas.	4.500
630	Neonato, peso al nacer >2499 g con procedimiento cardiovascular mayor.	31.000
631	Neonato, peso al nacer >2499 g con otros procedimientos mayores.	26.000
633	Neonato, peso al nacer >2499 g con anomalías mayores.	7.500
634	Neonato, peso al nacer >2499g con síndrome de distress respiratorio/otra condición resp. mayor.	8.000
636	Neonato, peso al nacer > 2499g con infección congénita/perinatal.	7.000
639	Neonato, peso al nacer >2499 g con otras condiciones significativas.	5.500
640	Neonato, peso al nacer >2499 g neonato normal o neonato con otro problema.	1.800
650	Esplenectomía.	10.200
651	Otros procedimientos hematológicos y de órganos hematopoyéticos.	6.500
660	Diag mayores hematológicos/inmunológicos excepto crisis por células falciformes y coagulación.	5.300
661	Trastornos de la coagulación y plaquetas.	6.600
662	Crisis por enfermedad de células falciformes.	5.000
663	Otra anemia y trastornos hematológicos y de órganos hematopoyéticos.	3.400
680	Procedimiento quirúrgico mayor para neoplasmas linfáticos/hematopoyéticos/otros.	14.600
681	Otro procedimiento quirúrgico para neoplasmas linfáticos/hematopoyéticos/otros.	9.500

GRD	Nombre	Importe
690	Leucemia aguda.	17.000
691	Linfoma, mieloma y leucemia no aguda.	8.300
692	Radioterapia.	5.000
693	Quimioterapia.	6.000
694	Neoplasias linfáticas y otras y neoplasmas de comportamiento dudoso.	5.300
710	Enfermedades infecciosas y parasitosis incluyendo VIH con procedimiento quirúrgico.	15.000
711	Infecciones postoperatorias, postraumáticas y de otros dispositivos con procedimiento quirúrgico.	11.500
720	Septicemia e infecciones diseminadas.	5.800
721	Infecciones postoperatorias, postraumáticas y de otros dispositivos.	5.700
722	Fiebre.	3.200
723	Enfermedad vírica.	3.300
724	Otras infecciones y parasitosis sistémicas.	5.000
740	Diagnóstico de enfermedad mental con procedimiento quirúrgico.	14.500
750	Esquizofrenia.	10.800
751	Trastornos depresivos mayores y otros/psicosis no especificada.	8.000
752	Trastornos de personalidad y control de impulsos.	6.500
753	Trastornos bipolares.	9.000
754	Depresión excepto trastorno depresivo mayor.	5.400
755	Trastornos de adaptación y neurosis excepto diagnósticos depresivos.	5.700
756	Estados de ansiedad aguda y delirio.	4.100
757	Alteraciones orgánicas de salud mental.	6.000
758	Trastornos de comportamiento de la infancia.	8.000
759	Trastorno alimentario.	15.000
760	Otros trastornos de salud mental.	8.000
770	Abuso o dependencia de drogas y alcohol, alta voluntaria.	3.800
772	Abuso o dependencia de drogas y alcohol con rehabilitación o trat. combinado de rehab/desintoxicación.	7.000
773	Abuso o dependencia de opiáceos.	6.000
774	Abuso o dependencia de cocaína.	6.000
775	Abuso o dependencia de alcohol.	6.300
776	Abuso o dependencia de otras drogas.	6.300
791	Procedimiento quirúrgico por otra complicación de tratamiento.	7.800
811	Reacciones alérgicas.	2.500
812	Envenenamiento por agentes medicinales.	3.900
813	Otras complicaciones de tratamiento.	4.500
815	Otros diagnósticos de lesión, envenenamiento y efecto tóxico.	4.100
816	Efectos tóxicos de sustancias no medicinales.	3.700
841	Quemaduras extensas de 3er. grado, con injerto de piel.	50.000
842	Quemaduras de grosor completo con injerto de piel.	22.000

GRD	Nombre	Importe
843	Quemaduras extensas de 3er. grado o grosor completo sin injerto de piel.	11.600
844	Quemaduras de grosor parcial con o sin injerto de piel.	8.500
850	Procedimiento con diag. de rehab, cuidados posteriores u otro contacto con servicios sanitarios.	7.500
860	Rehabilitación.	6.800
861	Signos, síntomas y otros factores que afectan al estado de salud.	3.200
863	Cuidados posteriores neonatales.	10.000
862	Otros cuidados posteriores y convalecencia.	3.300
890	VIH con múltiples condiciones mayores relacionadas con VIH.	11.000
892	VIH con condiciones mayores relacionadas con VIH.	6.500
893	VIH con múltiples condiciones significativas mayores relacionadas con VIH.	6.500
894	VIH con una condición significativa VIH o sin condición significativa relacionada.	4.400
910	Craneotomía por trauma múltiple significativo.	30.000
911	Procedimientos abdominales/torácicos extensivos para trauma múltiple significativo.	20.000
912	Procedimientos musculoesqueléticos y otros para trauma múltiple significativo.	20.000
930	Trauma significativo múltiple sin procedimiento quirúrgico.	8.200
950	Procedimiento extensivo sin relación con diagnóstico principal.	14.000
951	Procedimiento moderadamente extensivo no relacionado con diag. Principal.	9.700
952	Procedimiento no extensivo no relacionado con diagnóstico principal.	7.000
955	Diagnóstico principal no válido como diagnóstico de alta.	5.000
956	No agrupable.	5.000

Procedimientos terapéuticos

Aparato digestivo

	Euros
Cálculos biliares, extracción percutánea.	3.000
Colangiopancreatografía retrograda endoscópica terapéutica.	1.300
Colecistostomía/colostomía/gastrostomía/yeyunostomía percutánea.	1.800
Desinvaginación.	250
Dilatación estenosis biliar/tracto digestivo.	2.700
Drenaje biliar percutáneo.	1.700
Drenaje guiado por ecoendoscopia.	2.500
Endoprótesis biliar/digestiva.	4.800
Esclerosis de cavidades.	290
Esfinterotomía endoscópica.	1.000
Fístulas digestivas, tratamiento.	1.500
Hemostasia endoscópica (electrocoagulación, esclerosis, hemoclip y otras).	500
Paracentesis, punción evacuadora.	200

	Euros
Polipectomía endoscópica (por sesión).	400
Sonda alimentación por gastrostomía.	550

Anestesia y tratamiento del dolor

	Euros
Analgesia epidural.	350
Bloqueo puntos trigger.	125
Cargar y reprogramar bomba.	125
Electroestimulación nerviosa transcutánea (TENS).	35
Infiltración subcutánea.	190
Iontoforesis, sesión.	70
Neuroestimulador, programación.	60
Terapia infusión continua fármacos, sesión.	125

Cardiología y cirugía vascular

	Euros
Ablación arritmia por radiofrecuencia.	4.000
Acceso venoso central.	1.700
Angioplastia de un vaso.	3.500
Angioplastia carótida/coronaria.	8.000
Angioplastia intracerebral.	12.000
Aterectomía.	2.800
Cuerpo extraño intravascular, extracción.	2.500
Dilataciones vasculares.	2.700
Embolización de un vaso.	3.000
Embolización aneurisma cerebral.	19.000
Embolización intracraneal/medular.	9.000
Endoprótesis abdominal fenestrada.	50.000
Endoprótesis aórtica.	7.000
Endoprótesis cerebral.	25.000
Endoprótesis torácica fenestrada.	45.000
Endoprótesis de un vaso.	5.000
Fibrinólisis vaso/fístula hemodiálisis/prótesis vasculares.	5.500
Filtro de vena cava definitivo.	3.000
Filtro de vena cava temporal.	5.000
Filtro de vena cava con fibrinólisis asociada.	7.000
Retirada catéter venoso central/reservorio.	500

	Euros
Retirada filtro cava.	900
Shunt porto-cava (tips).	11.000
Stent coronario.	7.000
Trombectomía vaso/fístula hemodiálisis/prótesis vasculares.	4.000
Valvuloplastia endoscópica.	5.500

Dermatología

	Euros
Cirugía de Mosh.	1.000
Crioterapia.	90
Curetaje.	95
Dermoabrasión con laser.	185
Electrocoagulación.	100
Fototerapia (UVA,UVB,PUBA)/sesión.	110
Terapia fotodinámica, sesión.	3.000

Medicina nuclear

	Euros
Cáncer de tiroides con I131.	700
Dolor óseo metastásico.	1.700
Hipertiroidismo con I131.	250
Linfomas con 90-y-ibritumomab tiuxetam.	14.000
Procesos hematológicos con p32.	400
Sinoviortesis isotópica.	500

Nefrología-urología

	Euros
Acceso vascular/peritoneal.	750
Cálculos urinarios, eliminación percutánea.	3.000
Cálculos urinarios, litotricia renal extracorpórea (sesión).	1.700
Cateterismo ureteral/doble J.	1.400
Cistostomía/nefrostomía percutánea.	1.400
Diálisis peritoneal (sesión).	140
Dilatación percutánea de estenosis genitourinaria.	2.500
Endoprótesis ureteral/uretral.	4.500
Fístulas urinarias, tratamiento percutáneo.	2.200

	Euros
Hemodiálisis (sesión).	250
Quiste renal, esclerosis.	600
Retirada catéter doble J.	350

Neumología

	Euros
Drenaje pleural.	400
Endoprótesis traqueobronquial.	4.000
Pleurodesis.	250
Toracocentesis.	230

Oftalmología

	Euros
Fotocoagulación con láser.	500
Retina desprendimiento.	2.000
Terapia fotodinámica.	2.200
Vitrectomía.	2.500

Oncología

	Euros
Quimioterapia	
Quimioterapia, sesión.	700
Quimioterapia intraarterial supraselectiva.	6.000
Radioterapia	
Acelerador lineal (sesión).	100
Braquiterapia.	900
Braquiterapia de próstata.	13.000
Braquiterapia oftálmica.	10.000
Cobaltoterapia (sesión).	60
Planificación primera sesión.	450
Planificación sesiones sucesivas.	200
Radioterapia superficial o de contacto (sesión).	20
Radioterapia profunda/sesión.	40
Radiocirugía estereotáxica	
Radiocirugía estereotáxica: malformaciones arterio-venosas (dosis única).	8.000
Radiocirugía estereotáxica: malformaciones arterio-venosas (dosis fraccionada).	9.000

	Euros
Radiocirugía esterotáxica: Tumores cerebrales (Dosis única).	7.000
Radiocirugía esterotáxica: (Dosis fraccionada).	8.000
Otros procedimientos	
Ablación tumoral percutánea por radiofrecuencia.	4.500
Embolización tumoral (paliativa o prequirúrgica).	2.500
Embolización tumoral neurológica.	25.000
Embolización tumoral percutánea.	10.000
Fulguración tumores con láser, gas argón y otros.	700
Quimioembolización hepática.	1.500

Rehabilitación y fisioterapia

	Euros
Fisioterapia.	20
Fisioterapia neurológica.	50
Rehabilitación.	40

Traumatología

	Euros
Artrocentesis.	250
Cifoplastia.	18.000
Vertebroplastia.	2.300

Otros procedimientos

	Euros
Control procedimientos.	450
Cuerpo extraño, extracción endoscópica.	300
Drenaje percutáneo abscesos/colecciones líquidas.	1.200
Esclerosis percutánea de quistes.	600
Infiltración toxina botulínica (disonías musculares).	150
Miringoplastia/Miringotomía.	1.200

Hemoterapia y transfusión

	Euros
Aféresis (leucocitos/plasma/plaquetas) por sesión	1.800
Buffy coat, unidad	20
Concentrado hematíes desleucocitados	145

	Euros
Concentrado hematíes desleucocitados congelados	350
Concentrado hematíes desleucocitados irradiados	165
Concentrado hematíes desleucocitados lavados	260
Concentrado plaquetas	500
Plasma fresco	60
Pool plaquetas desleucocitadas	280
Sangre total	160

Pruebas diagnósticas

Anatomía patológica

	Euros
Citopatología	
Biopsia:	
Biopsia complicada o pieza quirúrgica menor.	140
Biopsia pieza quirúrgica mayor.	200
Biopsia preoperatoria.	150
Biopsia simple.	80
Citología exfoliativa ginecológica.	20
Citologías otras.	35
Necropsia.	1.700
PAAF citopreparación e interpretación.	68
Inmunohistoquímica-Diagnóstico molecular	
Citogenética en tumores sólidos.	300
Citometría.	160
Hibridación in situ.	275
Inmunofluorescencia técnicas (cada una).	50
Inmunohistoquímicas técnicas (cada una).	50
Microscopía electrónica de transmisión y de barrido.	400
PCR/Pruebas de patología molecular.	200

Análisis clínicos

	Euros
Alergia	
IgE.	10
IgE/IgG específica frente al alérgeno solicitado.	15
IgE/IgG específica frente a mezclas de alérgenos.	20

	Euros
IgG 4 específica frente a alérgenos específicos.	25
Proteína catiónica de los eosinófilos.	25
Prueba de liberación de histamina.	40
Triptasa.	50
Bioquímica	
Bioquímica general en sangre (cada prueba).	2
Enzimas.	4
Hemoglobina glicosilada.	10
Iones (Na, K, Cl).	5
Indicadores infección/inflamación: ASLO,FR, PCR.	10
Metales.	13
Fármacos (cada uno)	
Antibióticos.	18
Antiepilépticos/Antidepresivos.	13
Digoxina/Teofilina.	13
Otros.	30
Hormonas	
Aldosterona, actividad Renina.	17
Cortisol.	12
Hipófisis: Hormona del crecimiento/ Prolactina.	14
Insulina/Péptido C.	15
Serotonina.	20
Sexuales: FSH, LH, Estradiol, Progesterona, Testosterona total.	12
Sexuales: Androstandiol glucurónico, Testosterona libre, 17OH Pregnenolona.	23
Suprarrenales: Androstenediona, DHEA, DHEA-S, 17OH Progesterona.	18
Tiroides: TSH, T4, FT4, T3, FT3.	12
Otras: ACTH, ADH, Calcitonina, Gastrina, Glucagón, Osteocalcina, PTH, Somatomedina, Tiroglobulina....	30
Inmunología	
Anticuerpos anti HLA.	100
Autoanticuerpos.	30
Inmunocomplejos circulantes.	16
Interleucinas.	30
HLA B27.	22
Tipaje HLA clase I/II (cada locus).	80
Tipaje HLA clase I/II alta resolución (cada locus).	170
Inmunoquímica	
Cadenas ligeras (sangre/orina).	15

	Euros
Complemento C1 Inhibidor/C1Q.	18
Complemento C3, C4.	10
Factor de necrosis tumoral (TNF).	45
Inmunofijación (sangre/orina).	35
Inmunoglobulinas (sangre/orina/LCR) cada una.	10
Inmunoglobulina G1, G2, G3, G4 (cada una).	27
Marcadores tumorales	
AFP, CEA, HCG, PSA total.	14
Ca 125, Ca15.3, Ca 19,9, PSA libre.	17
Otros.	30
Proteínas	
Aminoácidos cuantificación.	32
Lipoproteínas: apo A/apo B/Lipoproteína a.	10
Metabolismo del hierro: ferritina, transferrina....	10
Miocárdicas: Mioglobina/troponina.	15
Otras proteínas: α 1 antitripsina, α 1 glicoproteína ácida, β 2 microglobulina, ceruloplasmina, prealbúmina.	12
PAPP (proteína asociada al embarazo).	15
Proteinograma.	8
Vitaminas	
Ácido fólico/Vitamina B12.	12
Otras vitaminas.	30
Pruebas de orina	
Acido delta aminolevulínico/Acido vanilmandélico.	20
AMP cíclico.	22
Anormales y sedimento.	3
Aminoácidos cuantitativos.	32
Cálculos, estudio.	20
Catecolaminas.	25
Cetosteroides fraccionados.	18
Drogas en orina (Anfetaminas/Barbitúricos/Benzodiacepinas/Opiáceos...).	10
Embarazo, prueba.	6
Metabolismo óseo: Piridinolinas/ OH Prolina/ colágeno I telopéptido.	20
Metanefrinas.	25
Microalbuminuria.	12
Porfirinas: Coproporfirinas/Uroporfirinas.	18
Proteinograma.	15
Otros estudios.	

	Euros
Gasometría.	9
Helicobacter Pylori, test del Aliento.	60
Hemorragias ocultas en heces.	10
Seminograma.	50

Genética

	Euros
Citogenética	
Cariotipo:	
Biopsia.	450
Líquido amniótico.	400
Sangre periférica.	130
Sangre periférica, cariotipo de alta resolución.	210
Vellosidad corial.	450
FISH.	220
Diagnóstico molecular	
Análisis molecular indirecto.	450
MLPA.	175
Mutaciones puntuales, estudio por PCR/electroforesis.	120
Otras técnicas (inestabilidad cromosómica, microsatélites, reordenamientos...).	450

Hematología

	Euros
Citología y citoquímica	
Aspirado de médula ósea.	300
Biopsia de médula ósea.	400
Citoquímica (por prueba de tinción).	20
Fenotipo de leucemias/linfomas.	200
Inmunofenotipo médula ósea/sangre periférica.	40
Diagnóstico citogenético y molecular	
Cariotipo médula ósea.	230
PCR cualitativa.	200
PCR cuantitativa.	270
Trombofilia estudio (factor V leiden, protrombina, MTHFR...).	75
Hematimetría y eritropatología	
Enzimas asociados a patología eritrocitaria (G6PD, HK, PK...).	10
Hemograma.	4

	Euros
Hemoglobina anómalas (Hb A2, Hb fetal, Hb S...).	16
Hemolisis tests.	22
Resistencia osmótica eritrocitaria.	15
Reticulocitos.	4
Hemostasia	
Agregación plaquetaria (cada factor).	15
Factores de coagulación (por prueba).	20
Inmunocomplejos circulantes.	16
Tiempos de coagulación (TP, APTT, Fibrinógeno).	3
Inmunohematología	
Anticuerpos antiplaquetarios.	45
Anticuerpos irregulares screening.	14
Anticuerpos irregulares, identificación.	65
Anticuerpos irregulares, titulación.	18
Antígenos eritrocitarios (cada uno).	14
Coombs directo.	14
Crioglobulinas, crioaglutininas screening.	10
Genotipo eritrocitario/plaquetario.	320
Linfocitos, subpoblaciones (cada una).	30
Pruebas cruzadas.	29
Tipificación AB0 y Rh (anti d).	12

Medicina nuclear

	Euros
Captación tiroidea de yodo.	125
Cinética eritrocitaria/plaquetaria.	250
Cisternogammagrafía.	450
Filtrado glomerular isotópico.	225
Flujo plasmático renal efectivo (fpre).	225
Gammagrafía.	180
Gammagrafía con galio-67.	375
Gammagrafía con leucocitos marcados.	500
Gammagrafía paratiroides.	300
Gammagrafía suprarrenal.	700
Ganglio centinela detección isotópica.	300
Linfogammagrafía.	250
Mamografía isotópica.	450

	Euros
Rastreo corporal total con 123-I.	350
Rastreo gammagráfico/ con 123-I y RHTSH.	900
Rastreo gammagráfico con galio-67.	450
Rastreo gammagráfico con MIBG-123I.	800
Rastreo gammagráfico de receptores somatostatina.	1.000
Renograma isotópico.	250
Volumen globular isotópico.	400
PET	
Tomografía por emisión de positrones.	1.250
SPECT	
Tomografía SPECT.	100
T. SPECT con galio-67.	250
T. SPECT cerebral de perfusión.	400
T. SPECT cerebral de receptores dopaminérgicos (DATSCAN).	1.300
T. SPECT miocárdica de inervación.	400
T. sincronizada (gated spect) perfusión miocárdica.	400

Microbiología

	Euros
Exámenes directos	
Examen en fresco.	4
Estudio de parásitos intestinales.	20
Tinciones (Gram, Giemsa, tinta china, Zielh-Neelsen...).	10
Cultivos	
Anaerobios cultivo.	15
Hemocultivo, por cada extracción.	20
Hongos cultivo.	13
Orina cultivo.	10
Otras muestras cultivo.	20
Otros microorganismos cultivo (mycobacterias, mycoplasma...).	25
Virus cultivo.	80
Pruebas de identificación /detección de antígenos en muestra	
Detección de antígenos microbianos (IFD, IFI, ELISA, aglutinación...).	30
Detección de toxinas clostridium difficile, botulinum.	30
Identificación de bacterias más antibiograma.	45
Identificación de hongos más fungigrama.	60
Identificación de mycobacterias más antibiograma.	100

	Euros
Identificación de virus.	80
Serología microbiana	
Detección de anticuerpos: método aglutinación.	8
Detección de anticuerpos: método ELISA.	20
Detección de anticuerpos: método Inmunoblot.	90
Detección de anticuerpos otros métodos.	40
Detección de antígenos.	20
Prueba de tuberculina (Mantoux).	12
Microbiología molecular	
Carga viral.	120
Genotipo de virus.	170
PCR.	90

Técnicas de imagen

	Euros
Doppler	
Doppler aorta, vena cava e iliacas.	65
Doppler obstétrico.	200
Doppler de pene.	150
Doppler de troncos supraaórticos.	110
Doppler venoso.	70
Otros.	130
Ecografía	
Ecografía.	70
Ecografía abdomino-pélvica.	100
Ecografía con contraste.	400
Ecografía endoanal/endorectal/transrectal.	100
Ecografía intraoperatoria/portátil.	180
Ecografía obstétrica 2.º-3.º trimestre.	100
Ecografía transvaginal.	100
Rx convencional	
Abdomen supino y bipedestación.	35
Columna completa AP y lateral.	50
Densitometría estandar (columna lumbar y cadera).	100
Mamografía.	70
Ortopantomografía.	25
Pies en carga.	30

	Euros
Portátil.	45
Serie ósea completa, metastásica, articular, displásica.	50
Simple (una, dos proyecciones).	20
Telemetría de miembros inferiores.	35
Tres proyecciones.	30
Rx con contraste	
Angiografía arco aórtico y troncos supraaórticos.	1.200
Angiografía cerebral completa.	1.300
Angiografía cerebral selectiva.	1.000
Aortografía.	900
Arteriografía.	1.000
Arteriografía de extremidades.	900
Arteriografía raquimedular.	1.900
Arteriografía selectiva visceral.	1.200
Artrografía.	125
Cavografía/liocavografía.	800
Cistografía.	110
Colangiografía trans-kehr.	95
Colangiografía intraoperatoria.	70
Colangiografía transhepática percutánea.	500
Coronariografía.	1.000
Dacriocistografía.	90
Defecografía.	120
Enema opaco.	160
Enema opaco doble contraste.	190
Enteroclisia.	250
Esofagograma.	100
Estudio esofagogastroduodenal (egd).	100
Fistulografía.	120
Flebografía extremidad unilateral.	300
Flebografía extremidad bilateral.	500
Flebografía fistulas de hemodiálisis.	700
Flebografía órganos (hígado, riñón, espermática, ovárica).	800
Galactografía.	150
Histerosalpingografía.	170
Mielografía.	190
Pielografía ascendente.	150
Pielografía por nefrostomía.	125

	Euros
Retinografía.	85
Sialografía.	180
Tránsito intestinal.	180
Uretrocistografía retrógrada.	200
Urografía intravenosa.	180
Resonancia magnética	
Angioresonancia.	400
Artroresonancia.	220
Rm corazón de stress/funcional/morfológica cada una.	400
Rm corazón sin/con contraste.	550
Rm columna completa sin contraste.	280
Rm mamas sin/con contraste.	420
Rm planificación neuronavegación.	250
Rm próstata sin/con contraste.	420
Rm con contraste.	290
Rm sin contraste.	170
Rm sin/con contraste.	380
Tomografía Axial Computarizada	
Angiotc/ TC embolismo pulmonar.	300
Artrotc.	130
Mielotc.	200
TAC con contraste.	170
TAC con y sin contraste/TAC bifásico.	190
TAC localización radiocirugía-estereotaxia.	225
TAC perfusión cerebral.	250
TAC sin contraste.	75

Otras técnicas diagnósticas

	Euros
Alergología	
Pruebas epicutáneas (batería).	80
Prick test (cada alérgeno).	10
Pruebas alergia a medicamentos (cada uno).	100
Pruebas de provocación.	450
Aparato digestivo	
Endoscopias:	
Cápsula de endoscopia.	900

	Euros
Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica diagnóstica.	800
Colonoscopia.	275
Ecoendoscopia digestiva.	450
Gastroscopia.	225
Laparoscopia diagnóstica.	1.200
Biopsia endobiliar/endodigestiva.	2.800
Biopsia hepática percutánea.	600
Biopsia hepática transyugular.	2.000
Deglución y motilidad estudio.	100
Fibroscan.	80
Manometría ano-rectal/esofágica.	300
pH-metría esofágica y/o gástrica ambulatoria de 24 h.	300
Cardiología	
Ecocardiograma (Estudio e informe).	125
Ecocardiograma transesofágico.	225
Cateterismo cardiaco diagnóstico.	1.200
Electrocardiograma.	20
Ergometría.	110
Estudio electrofisiológico.	3.000
Holter.	100
Dermatología	
Biopsia cutánea.	70
Dermatoscopia digital.	110
Ginecología	
Amniocentesis.	450
Histeroscopia.	350
Mama, colocación de arpón guía.	210
Mama, biopsia aguja gruesa (BAG) guiada por ecografía.	220
Mama, biopsia aguja gruesa (BAG) guiada por estereotaxia.	300
Mama, biopsia asistida por vacío (BAV).	1.150
Mama, PAAF guiada por ecografía.	150
Mama, PAAF guiada por estereotaxia.	175
Neumología	
Broncoscopias:	
Ecobroncoscopia (EBUS).	900
Fibrobroncoscopia simple (FBS).	170
FBS con biopsia/BAL/aspirado.	230
Biopsia pleural «ciega».	130

	Euros
Espirometría.	40
Nódulo pulmonar, punción guiada por radioscopia.	500
Pletismografía.	80
Prueba de broncodilatación.	90
Pruebas de provocación bronquial inespecífica (cada una).	30
Prueba de esfuerzo.	240
Neurofisiología	
Electroencefalograma.	100
Electroencefalograma con privación de sueño.	200
Electromiograma.	140
Electromiograma de fibra aislada (Jitter).	400
Electronistagmograma/ Electrooculograma (EOG)/ Electroretinograma.	150
Estimulación magnética.	225
Estudios neurofisiológicos estereotácticos.	12.000
Polisomnografía nocturna.	600
Polisomnografía tras privación de sueño/test múltiple de latencias del sueño.	300
Potencial evocado multitest.	260
Potencial evocado unitario (auditivos/somatosensitivos/tronco cerebral/visual).	120
Reflejo trigémino-facial.	125
Otorrinolaringología	
Audiometría.	60
Laringoscopia.	90
Pruebas vestibulares.	280
Oftalmología	
Angiografía con verde indocianina/con fluoresceína.	125
Biometría óptica.	80
Campimetría.	90
Paquimetría corneal.	80
Topografía corneal.	80
Urología	
Citoscopia.	190
Estudio urodinámico.	300
Próstata, punción biopsia transrectal	450
Otros procedimientos diagnósticos	
Artroscopia.	2.100
Biopsia aguja gruesa guiada por ecografía.	260

	Euros
Biopsia aguja gruesa guiada por tc.	350
Punción aspiración con aguja fina (PAAF), guiada por ecografía.	200
Punción aspiración con aguja fina (paaf), guiada por tc.	270
Punción lumbar.	320