

III. Otras disposiciones

MINISTERIO DE JUSTICIA

1037 *RESOLUCIÓN de 18 de diciembre de 1996, de la Mutualidad General Judicial, por la que se publica el concierto para la prestación de asistencia sanitaria a los mutualistas y demás beneficiarios de MUGEJU durante el año 1997.*

En aplicación de lo previsto en el artículo 10.2 del Real Decreto-ley 16/1978, de 7 de junio, por el que se regula la Seguridad Social de los funcionarios al servicio de la Administración de Justicia, y en el artículo 63 del Real Decreto 3283/1978, de 3 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de la Mutualidad General Judicial, y previa convocatoria publicada por Resolución de la Presidencia de 29 de octubre de 1996 («Boletín Oficial del Estado» de 15 de noviembre), esta Mutualidad ha suscrito conciertos con diversas entidades de seguros autorizadas en el ramo de enfermedad (comprendida la asistencia sanitaria) para la prestación de la asistencia sanitaria a mutualistas y demás beneficiarios de la Mutualidad General Judicial durante el año 1997, prorrogable a los años 1998 y 1999.

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

Primero.—Texto del concierto de la Mutualidad General Judicial con las entidades de seguros para la prestación de asistencia sanitaria a los mutualistas y demás beneficiarios de la Mutualidad General Judicial durante el año 1997, prorrogable a los años 1998 y 1999.

CAPÍTULO I

Objeto del concierto y beneficiarios

1.1 Objeto del concierto.

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

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

1.2 Beneficiarios en general.

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

a sus propias normas, que hayan quedado adscritos a la entidad a dichos efectos.

El reconocimiento de la condición de beneficiario corresponde a MUGEJU.

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

1.2.3 Estarán adscritos a la entidad los titulares que, en su caso, lo estuvieran a 31 de diciembre de 1996 y no cambien de entidad conforme a lo previsto en la cláusula 1.5 o según las reglas de adscripción a la red sanitaria de la Seguridad Social y los que la elijan conforme a las normas de dicha cláusula o cuando se produzca su alta en MUGEJU.

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

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

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

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

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

1.5 *Cambio de entidad.*—Los titulares adscritos a la entidad podrán cambiar a otra de las concertadas en los siguientes supuestos:

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

B) Con carácter extraordinario:

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

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

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

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

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

CAPÍTULO II

Medios de la entidad

2.1 Normas generales.

2.1.1 Los medios de la entidad son los siguientes:

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

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

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

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

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

El incumplimiento de dicha obligación podrá ser causa de rescisión del concierto.

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

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

Si MUGEJU tiene conocimiento del posible incumplimiento de dichos requisitos de carácter general podrá ponerlo en conocimiento de la autoridad sanitaria competente. Este incumplimiento, y según su gravedad y el grado de responsabilidad en que hubiera incurrido la entidad ante MUGEJU, podrá ser causa de rescisión del concierto.

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

2.1.5 MUGEJU comunicará a las entidades firmantes de este concierto la forma en que deberán proporcionar la información necesaria, que permita la integración de los datos referidos a la prestación de servicios a los beneficiarios de MUGEJU, con la finalidad de garantizar la comparabilidad de los servicios entre los distintos proveedores.

2.2 Prestaciones sanitarias.

A) La asistencia sanitaria comprende las siguientes modalidades:

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

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

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

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

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

2.2.1 Nivel I de asistencia sanitaria.—Atención primaria: Para localidades desde 1.000 y 20.000 habitantes la atención primaria comprenderá la asistencia sanitaria a nivel ambulatorio, domiciliario y de urgencia a cargo del Médico general, Pediatra, Enfermera/o, Matrona, Fisioterapeuta y Odontólogo.

La disponibilidad de medios se ajustará a las siguientes reglas:

- Un Médico general por cada 1.500 habitantes o fracción.
- Una Enfermera/o por cada 2.500 habitantes o fracción.

Un Pediatra por cada 1.500 habitantes menores de catorce años o fracción.

Una Matrona y un Fisioterapeuta por cada 20.000 habitantes.

Un Odontólogo por cada 12.000 habitantes.

Las localidades desde 1.000 hasta 20.000 habitantes dispondrán siempre de Médico general y Enfermera/o.

Las localidades desde 5.000 hasta 20.000 habitantes dispondrán, además de Pediatra, Matrona, Fisioterapeuta y Odontólogo.

Cartera de servicios de atención primaria.

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

Criterio supletorio.

Como criterio supletorio de lo previsto en la presente cláusula se tendrá en cuenta que la asistencia sanitaria a nivel ambulatorio, domiciliario o de urgencia a cargo del Médico general, Pediatra, Enfermera/o y Matrona se podrá sustituir por los servicios de atención primaria y de urgencias de la red sanitaria pública, conforme a lo previsto en el anexo I.

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

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

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

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

Atención de urgencia: Hospitalaria y extrahospitalaria.

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

(*) Cartera de servicios de atención especializada del nivel II de asistencia sanitaria (cuadro número I).

CUADRO I

Cartera de servicios de atención especializada de nivel II			
Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades funcionales	Servicios	Unidades funcionales
<i>Área médica</i>		<i>Área médica</i>	
A. Digestivo.			
Cardiología.			
Estomatología.			
Medicina interna.		Hemoterapia.	
Obstetricia.	Ecografía.	Medicina interna.	
Pediatría.		Obstetricia.	
Psiquiatría.		Pediatría.	
Rehabilitación.	Logopedia.	Rehabilitación.	
		U.C.I.	
<i>Área quirúrgica</i>		<i>Área quirúrgica</i>	
		Anestesia y reanimación.	
Cirugía general.		Cirugía general.	
Ginecología.		Ginecología.	
Oftalmología.		Oftalmología.	
O.R.L.		O.R.L.	
Traumatología.		Traumatología.	

Cartera de servicios de atención especializada de nivel II			
Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades funcionales	Servicios	Unidades funcionales
<i>Servicios centrales</i> Análisis clínicos.		<i>Servicios centrales</i> Análisis clínicos. Anatomía patológica. Farmacia.	
Radiodiagnóstico.	Radiología general. Ecografía. Mamografía. T.A.C.	Radiodiagnóstico.	Radiología general. Ecografía. Mamografía. T.A.C.
<i>Urgencias</i>		<i>Urgencias</i>	

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

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

Asistencia especializada en régimen de hospitalización.

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

Asistencia especializada en régimen de hospitalización a domicilio.

Asistencia psiquiátrica que incluye el diagnóstico y seguimiento clínico, en régimen ambulatorio y la hospitalización en procesos agudos y reagudización de procesos crónicos.

Atención de urgencia: Hospitalaria y extrahospitalaria.

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

(*) Cartera de servicios de atención especializada del nivel III de asistencia sanitaria (cuadros II, III y IV).

CUADRO II

Cartera de servicios de atención especializada de nivel III			
Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades funcionales	Servicios	Unidades funcionales
<i>Área médica</i> Alergología. A. Digestivo.		<i>Área médica</i> Alergología. A. Digestivo.	
Cardiología.	Electrofisiología.	Cardiología.	Endoscopia Digest. Electrofisiología.
Dermatología. Endocrinología. Estomatología. Hematología. Medicina interna. Nefrología.	Hemodiálisis y diálisis peritoneal domiciliaria.	Dermatología. Endocrinología. Hematología. Medicina interna. Nefrología.	Hospital de día. U. de Infecciosos. Hemodiálisis y diálisis peritoneal.
Neumología. Neurología. Obstetricia. Oncología médica.	Ecografía.	Neumología. Neurología. Obstetricia. Oncología médica.	Endoscopia resp.
Pediatría.		Pediatría.	Quimioterapia. Hospital de día. Neonatología.

Cartera de servicios de atención especializada de nivel III			
Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades funcionales	Servicios	Unidades funcionales
Psiquiatría.		Psiquiatría.	Unidad de desintoxicación. Hospital de día. U. Atención Temprana.
Rehabilitación y fisiot.		Rehabilitación. U. de Hospitalización a Domicilio.	

CUADRO III

Cartera de servicios de atención especializada de nivel III			
Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades funcionales	Servicios	Unidades funcionales
<i>Área quirúrgica</i>		<i>Área quirúrgica</i> Anestesiología.	U. de Despertar. U. de Reanimación. U. de Dolor.
Angiología y c. vascular. Cirugía general y digestiva. Cirugía maxilofacial. Cirugía pediátrica.		Cirugía general y digestiva. Cirugía maxilofacial. Cirugía pediátrica. Cirugía vascular. Ginecología.	Laparoscopia.
Ginecología.	Ecografía.	Oftalmología. O.R.L. Traumatología y c. ortopédica. Urología.	I.V.E. Ligaruda de trompas. Litotricia. Vasectomía. Endoscopia. Adultos. Pediátrica.

CUADRO IV

Cartera de servicios de atención especializada de nivel III			
Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades funcionales	Servicios	Unidades funcionales
<i>Servicios centrales</i> Análisis clínicos-bioquímica.		<i>Servicios centrales</i> Laboratorio.	Anatomía patológica. Bioquímica. Farmacología. Hematología. Inmunología. Microbiología. Parasitología.
		Farmacia. Neurofisiología.	Potenciales evocados. E.M.G.

Cartera de servicios de atención especializada de nivel III			
Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades funcionales	Servicios	Unidades funcionales
Radiodiagnóstico.	Radiología general. Ecografía. Mamografía. T.A.C. R.N.M. Densitometría ósea.	Radiología.	Radiología general. Ecografía. Mamografía. T.A.C. R.N.M. Densitometría ósea.
<i>Urgencias</i>		<i>Urgencias</i>	

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

(*) Cartera de servicios de atención especializada del nivel IV de asistencia sanitaria (cuadro V).

CUADRO V

Cartera de servicios de atención especializada de nivel IV		
Consultas externas	Hospitalización	
Servicios	Servicios	Unidades funcionales
Cardiología. Cirugía cardiovascular. Cirugía plástica y reparadora. Cirugía torácica. Medicina nuclear. Neurocirugía.	Cardiología. Cirugía cardiovascular. Cirugía plástica y reparadora. Cirugía torácica. Medicina nuclear. Neurocirugía. Neurofisiología. Obstetricia de alto riesgo. Oncología radioterápica. Planificación familiar. Unidad reproducción asistida. Trasplantes. Unidad de quemados. Unidad lesionados medulares. Laboratorio. Radiología.	Hemodinámica diag. Hemodinámica terap. Cirugía estereotáxica. Unidad del sueño. Cobaltoterapia. Radiumterapia e isótopos radiac. Braquiterapia. Acelerador lineal. Consejo genético. F.I.V. Inseminación artificial. Banco de semen. Corazón. Córnea. Hígado. Médula ósea. Páncreas. Pulmón. Riñón. Genética. Citogenética. Genética molecular. Medicina nuclear. Angiografía digital. Gammacámara. Radiología intervencionista.

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

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

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

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

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

2.3 Prestaciones complementarias.

2.3.1 Oxigenoterapia, ventiloterapia y aerosolterapia a domicilio.—Requiere volante de prescripción de especialista de la entidad y presentación a la misma para su autorización.

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

Quedan excluidos los implantes osteointegrados para prótesis dentarias.

2.3.3 Transporte para la asistencia sanitaria.

A) Tipo de transporte:

Se entiende por transporte sanitario el que se realiza en los siguientes medios:

a) Transporte ordinario:

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

b) Transporte extraordinario:

Comprende el transporte en ambulancia, ambulancia medicalizada, UVI móvil, avión, helicóptero medicalizados, y taxi.

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

B) Prestaciones derivadas:

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

a) Cuando el paciente se desplace en medios extraordinarios de transporte:

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

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

Entre distintos niveles de asistencia sanitaria.

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

b) Cuando el paciente se desplace en medios ordinarios de transporte:

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

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

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

c) Condiciones generales:

Todos los desplazamientos precisan autorización previa de la entidad, excepto los que se produzcan por razones de urgencia y en los casos de utilización de medios ordinarios para desplazarse entre niveles de asistencia sanitaria en el supuesto de no disponer de los medios exigidos en cada uno de ellos.

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

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

2.3.4 Información y documentación sanitaria.—Los facultativos de la entidad están obligados a:

a) Informar al paciente y a sus familiares o allegados de sus derechos y deberes, en particular, para la adecuada prestación del consentimiento informado y la utilización de los servicios sanitarios.

b) Complimentar y entregar el informe de alta al finalizar la estancia en una institución hospitalaria o el informe de consulta externa de atención especializada.

c) Comunicar o entregar, a petición del interesado, un ejemplar de su historia clínica o determinados datos contenidos en la misma, sin perjuicio de la obligación de su conservación en el centro sanitario.

d) Complimentar, tanto para la baja inicial como para la continuidad, los informes médicos de los partes de incapacidad temporal, embarazo, parto o maternidad de MUGEJU que presenten los mutualistas.

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

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

g) La entidad se obliga, igualmente, bajo las condiciones y el régimen establecido en el anexo IV, a que los facultativos o centros de su cartera de servicios realicen a los mutualistas los informes, exploraciones o pruebas de diagnóstico que en dicho anexo se especifican.

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

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

2.5 Catálogo de servicios de la entidad.

2.5.1 El catálogo de servicios de la entidad contiene la relación detallada de los medios de la entidad, propios y concertados (públicos o privados), y su finalidad es posibilitar la utilización de dichos medios por los beneficiarios.

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

Cartera de servicios por niveles de asistencia sanitaria, desglosados por consulta externa y hospitalización, según lo previsto en las cláusulas 2.2.1, 2.2.2, 2.2.3 y 2.2.4, ordenados en sentido decreciente.

Relación de los servicios de urgencias, centros hospitalarios con nombre, facultativos, con nombre y apellidos, agrupados por especialidades,

servicio de ambulancias y servicio de información de la entidad, con direcciones, teléfonos y horarios de funcionamiento.

Relación exhaustiva de los medios de la entidad que precisan la autorización previa de la misma, y que deberá coincidir con el anexo III.

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

2.5.3 La entidad confeccionará bajo su responsabilidad su catálogo de servicios y el primer día hábil del inicio de vigencia del concierto pondrá a disposición de las Delegaciones Provinciales y Servicios Centrales de MUGEJU el número necesario de ejemplares para su entrega a las personas que los soliciten. En su caso, deberán actualizarse, al menos, una vez al año poniendo a disposición de MUGEJU los días 31 de diciembre de 1997 y 1998 el número necesario de ejemplares modificados, o de addenda a los catálogos.

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

Las bajas serán puestas en conocimiento de las Delegaciones Provinciales de MUGEJU correspondientes en el plazo de quince días hábiles y, si redujeran un catálogo de servicios en forma tal que se incumplieran las exigencias mínimas establecidas en este capítulo, la entidad procederá a completarlo simultáneamente, comunicando asimismo a MUGEJU los servicios, centros o facultativos que hayan de sustituir a las bajas producidas. Además, si la reducción o los cambios afectan a más del 25 por 100 del contenido inicial del catálogo, la entidad queda obligada a adoptar las medidas precisas para que los titulares adscritos a la misma puedan disponer de los nuevos catálogos.

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

CAPÍTULO III

Utilización de los medios de la entidad

3.1 Norma general.—A los efectos previstos en los artículos 10.2 del Real Decreto-ley 16/1978, de 7 de junio, y 63 del Reglamento de la Mutualidad General Judicial, se considera que los medios de la entidad son los servicios, propios o concertados, asignados para la asistencia sanitaria de los beneficiarios adscritos a la misma.

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

3.2 Alcance de la acción protectora.

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

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

3.4 Disposiciones comunes.

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

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

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

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

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

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

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

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

3.6 Contenido de la atención sanitaria.

3.6.1 Asistencia en consulta externa.—El beneficiario se dirigirá directamente al facultativo elegido, de atención primaria y especializada, para recibir la asistencia que precise, sin más requisito que acreditar su condición y entregar el correspondiente cheque de asistencia.

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

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

3.6.3 Asistencia urgente.—La asistencia urgente podrá recabarse de los facultativos de medicina general, pediatría y enfermería de la entidad y, fuera de los horarios de consulta y en cualquier caso, de los servicios de urgencia de atención primaria y especializada de la entidad, propios o concertados.

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

A) Requisitos:

El ingreso en un hospital precisará:

a) La prescripción del mismo por Médico de la entidad, con indicación del centro.

b) La autorización del volante de prescripción por la entidad.

c) La presentación del volante autorizado en el centro.

B) Duración de la hospitalización.

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

C) Tipo de habitación.

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

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

D) Gastos cubiertos.

La entidad cubre todos los gastos producidos durante la hospitalización del paciente, desde su ingreso hasta el alta hospitalaria, incluyendo:

La realización de los exámenes y pruebas diagnósticas, y la aplicación de los tratamientos o procedimientos terapéuticos que precise el paciente,

tanto por la patología atendida como por cualquier otra intercurrente distinta del proceso principal que motivó el ingreso.

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

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

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

Curas.

Alimentación según dieta prescrita.

Nutrición parenteral y enteral.

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

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

Estancias en UCI.

E) Hospitalización por maternidad.

En el momento del ingreso, la beneficiaria deberá presentar en el centro el volante de prescripción autorizado por la entidad. En caso de concurrir circunstancias que impidan la presentación del volante deberá aportarse tan pronto como sea posible y, en todo caso, antes del alta hospitalaria.

A efectos de la asistencia al recién nacido se tendrá en cuenta lo dispuesto en la cláusula 1.4.2.

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

F) Hospitalización por asistencia pediátrica.

Se prestará a los niños de cero a catorce años inclusive. En todo caso, la persona que acompañe al niño tendrá derecho a cama y pensión de acompañante.

Cuando el acompañante resida en localidad distinta a la del centro sanitario y las características de las unidades de enfermería del centro no permitan su alojamiento, la entidad abonará una cantidad compensatoria de 4.500 pesetas por día.

G) Hospitalización domiciliaria.

La hospitalización domiciliaria podrá llevarse a cabo en aquellos casos en que el estado del enfermo lo permita y haga aconsejable. La indicación deberá formularla por escrito el médico de la entidad que le venga asistiendo, en el volante o documento adecuado. Dicho documento será presentado en la entidad, a fin de que ésta autorice este régimen de hospitalización y asigne el equipo sanitario que habrá de hacerse cargo de la asistencia.

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

3.7 Farmacia.—Los facultativos de la entidad prescribirán los medicamentos y demás productos farmacéuticos, en los términos establecidos en el Real Decreto 83/1993, de 22 de enero, que regula la selección de los medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud, y desarrollos posteriores. Las prescripciones deberán realizarse en las recetas oficiales de MUGEJU que, en talonarios, ésta entregará a los titulares.

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

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

Los medicamentos calificados como de uso hospitalario en las normas del Prosereme 5 de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo serán suministrados por los servicios de farmacia hospitalaria a cargo de la entidad.

Los medios, elementos o productos farmacéuticos precisos para la realización de técnicas diagnósticas, tales como medios de contraste u otros, los dispositivos intrauterinos (DIU) y las jeringuillas de insulina serán siempre a cargo de la entidad.

3.8 Utilización directa del servicio de ambulancia.—En los casos de urgencia en que no haya sido posible comunicar con los servicios de urgen-

cias y/o de ambulancias de la entidad y no resulte adecuada otra alternativa, el beneficiario podrá solicitar directamente del servicio de ambulancias existente en la localidad el traslado del enfermo al servicio de urgencias de la entidad a la que se encuentre adscrito.

3.9 Especificaciones complementarias.

3.9.1 Diagnóstico y tratamiento de la esterilidad.—La entidad viene obligada a asumir los gastos necesarios para obtener el diagnóstico de la esterilidad, el cual se extenderá, cuando proceda, a la pareja. No obstante, el tratamiento de la causa de la esterilidad sólo alcanzará al cónyuge si es beneficiario incluido en el correspondiente documento.

3.9.2 Estomatología y odontología.—Comprenderá el tratamiento de las afecciones estomatológicas en general, incluyendo toda clase de extracciones, limpieza de boca una vez por año o, previo informe justificativo del facultativo especialista, siempre que lo considere oportuno y la periodoncia.

Quedan excluidos, tanto en lo referente a su coste como a su colocación, los empastes, la endodoncia, las prótesis dentarias, los implantes osteointegrados y la ortodoncia.

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

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

3.9.3 Rehabilitación.

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

Valoración del estado funcional del paciente y de la evolución del proceso.

Programa de ejercicios.

Profesionales responsables del programa de ejercicios: Fisioterapeuta, fonoiatra, logopeda.

Número de sesiones calculadas para finalizar el plan.

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

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

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

3.9.4 Psiquiatría.—Queda cubierta la asistencia psiquiátrica que incluye el diagnóstico, seguimiento clínico y la psicofarmacoterapia. Se excluyen los psicoanálisis, hipnosis, narcolepsia ambulatoria y tests psicológicos.

Igualmente, queda cubierta la hospitalización en los casos de enfermos afectados de procesos agudos o crónicos agudizados. Si el ingreso se produce en un centro no concertado la entidad asumirá la asistencia conforme al baremo que figura como anexo V.

Una vez superados los procesos psiquiátricos agudos o crónicos agudizados a cargo de la entidad, el beneficiario podrá solicitar de MUGEJU la ayuda económica que proceda según su normativa específica.

No obstante, en los casos de enfermedad mental derivada de accidente de servicio o enfermedad profesional, la entidad correrá con el importe total de los gastos de hospitalización, incluidos los procesos crónicos y sin limitación temporal alguna.

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

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

3.10 Supuesto especial.

A) Cuando, por decisión propia y para una determinada intervención, un beneficiario elija a un Médico no concertado con la entidad, podrá solicitar de ésta que se haga cargo del internamiento en un centro de

la misma, siempre que la petición esté fundada en la continuidad asistencial en procesos patológicos graves o en que el Médico sea familiar suyo, incluyendo el concepto de familiar hasta el quinto grado de parentesco, tanto por consanguinidad como por afinidad.

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

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

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

CAPÍTULO IV

Utilización de medios no concertados

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

4.2 Denegación injustificada de asistencia.

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

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

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

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

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

C) Cuando la entidad, con incumplimiento de las obligaciones establecidas en los dos párrafos siguientes, no autorice la remisión a un facultativo o centro no concertado, sin proporcionar alternativa de asistencia con sus medios propios o concertados.

Si un facultativo de la entidad prescribe por escrito, con exposición de las causas médicas justificativas, la necesidad de acudir a un facultativo o centro no concertado, el beneficiario debe presentar la citada prescripción en la entidad, a fin de que ésta, antes de que concluya el décimo día hábil siguiente a la presentación, autorice la remisión al facultativo o centro no concertados, o bien ofrezca una alternativa asistencial con sus medios.

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

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

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

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

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

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

4.3 Asistencia urgente de carácter vital.

4.3.1 Concepto.—A los fines previstos en el artículo 66 del Reglamento de la Mutualidad General Judicial, se considera situación de urgencia de carácter vital aquella en que se haya producido una patología cuya naturaleza y síntomas hagan previsible un riesgo vital inminente o muy próximo, o un daño irreparable para la integridad física de la persona, de no obtenerse una actuación terapéutica de inmediato. Para apreciar la concurrencia de esta circunstancia se tendrá en cuenta lo establecido en el anexo VI.

La asistencia que precisen los titulares y beneficiarios de MUGEJU como consecuencia o con ocasión de actos cometidos por personas integradas en bandas o grupos organizados y armados, se considerará siempre que reúnen inicialmente las características señaladas en la cláusula 4.3.1 y que la asistencia recibida, de haberse utilizado medios ajenos, posee también inicialmente el requisito previsto en la cláusula 4.3.2, A). El beneficiario u otra persona en su nombre deberá cumplir el requisito señalado en la cláusula 4.3.2, B), siendo además de aplicación el resto de la cláusula 4.3.

4.3.2 Requisitos.—Para que el beneficiario tenga derecho al reintegro de gastos por utilización de medios no concertados en situación de urgencia vital deben concurrir los siguientes requisitos:

A) Que el centro no concertado al que se dirija o sea trasladado el paciente sea razonablemente elegido, teniendo en cuenta las circunstancias de lugar y tiempo en que la patología se haya producido, así como la capacidad de decisión del enfermo y, en su caso, de las personas que prestaron los primeros auxilios.

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

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

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

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

4.3.4 Efectos de la comunicación a la entidad.—Si la comunicación a la entidad de la asistencia recibida en centro no concertado se realiza dentro del plazo de los quince días siguientes al inicio de la asistencia, el beneficiario tendrá derecho a la cobertura total de los gastos ocasionados.

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

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

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

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

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

CAPÍTULO V

Régimen jurídico del concierto

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

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

5.1.2 Son relaciones basadas en el concierto:

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

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

5.1.3 Las cuestiones que surjan en el ámbito de las relaciones enumeradas en el apartado B) de la cláusula anterior tendrán naturaleza administrativa y, serán resueltas por el órgano de MUGEJU que tenga atribuida la competencia, previo el procedimiento, si procede, que en este capítulo se determina. Contra cualquiera de los acuerdos así dictados podrán interponerse los recursos previstos por el Real Decreto 1810/1994, de 5 de agosto, por el que se adecuan los procedimientos de Mutualismo Judicial y Fondo Especial de MUGEJU a la Ley 30/1996, de 26 de noviembre. El orden jurisdiccional competente, en su caso, será el contencioso-administrativo.

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

5.1.5 La entidad se obliga a facilitar a MUGEJU los datos y comprobaciones que le sean solicitados acerca de los distintos servicios que hayan sido prestados a los beneficiarios con sus medios propios o con medios concertados por la entidad, debiendo disponer de un sistema de información que permita conocer el número y el tipo de servicios proporcionados.

5.2 *Naturaleza y régimen de las relaciones asistenciales.*

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

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

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

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

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

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

5.3 Comisiones Mixtas.

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

5.3.2 El régimen de funcionamiento de las Comisiones Mixtas será el regulado en las cláusulas siguientes y, en lo no previsto en ellas, se aplicarán las normas de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común sobre funcionamiento de los órganos colegiados.

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

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

5.3.4 Las Comisiones Mixtas Provinciales estarán compuestas, por parte de MUGEJU, por el Delegado provincial, que las presidirá, y por un funcionario o colaborador de dicha Delegación que actuará, además, como Secretario; y, por parte de la entidad, por uno o dos representantes de la misma con facultades decisorias suficientes. Podrá asistir a las reuniones un asesor médico.

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

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

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

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

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

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

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

5.4 Procedimiento para las reclamaciones.

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

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

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

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

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

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

5.4.3 Si la reclamación se refiere a cuestión estimada urgente, la Delegación Provincial podrá realizar de manera inmediata las gestiones oportunas ante la entidad para obtener la satisfacción de la misma, en cuyo caso se archivará sin más trámites con anotación de la solución adoptada.

5.4.4 En caso de que las citadas gestiones no prosperasen o de reclamación no estimada urgente, la Delegación Provincial formalizará el oportuno expediente, lo incluirá en el orden del día de la inmediata reunión de la Comisión Mixta Provincial y estudiado el mismo se levantará la correspondiente acta en la que constarán necesariamente las posiciones de MUGEJU y la entidad sobre la reclamación planteada.

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

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

5.4.7 Las resoluciones de los Delegados provinciales contempladas en la cláusula 5.4.5 deberán dictarse dentro del plazo máximo de tres meses. Si la resolución correspondiese al Presidente de MUGEJU, según la cláusula 5.4.6, dicho plazo máximo será de seis meses.

5.4.8 Las resoluciones dictadas por los Delegados provinciales y por el Presidente de MUGEJU serán notificadas a la entidad y a los interesados. Contra las resoluciones de los mismos podrá interponerse recurso ordinario ante la Junta de Gobierno de MUGEJU, de conformidad con el artículo 2 del Real Decreto 1810/1994, de 5 de agosto, por el que se adecuan los procedimientos del Mutualismo Judicial y Fondo Especial de MUGEJU, a la Ley 30/1996, de 26 de noviembre.

5.5 Procedimiento de ejecución de reclamaciones de reembolso estimadas.

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

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

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

a) Que ha realizado el abono o

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

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

en la certificación, con un incremento del 20 por 100 en concepto de penalización a la entidad y de recíproca compensación al titular por la demora en el reintegro.

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

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

CAPÍTULO VI

Duración, precio y régimen económico del concierto

6.1 Duración del concierto.

6.1.1 Los efectos del presente concierto se iniciarán a las cero horas del día 1 de enero de 1997 y se extenderán hasta las veinticuatro horas del día 31 de diciembre de 1997, sin perjuicio de lo que se establece en las cláusulas siguientes.

6.1.2 Para 1998 y 1999 se prevé la posible prórroga, año a año, de los efectos del concierto, por mutuo acuerdo de las partes, expresado por escrito en el mes de octubre del año precedente al de la prórroga. El cómputo del inicio y finalización del período de la prórroga, referido al año de que se trate, se hará de igual forma que la establecida en la cláusula 6.1.1.

6.1.3 Si no existiese acuerdo de prórroga del concierto para el año 1998 la entidad continuará obligada por el contenido de éste en 1997, para el colectivo que tuviera adscrito al 31 de diciembre de dicho año, hasta el 31 de enero de 1998 o, en los casos en que se estuviese prestando en dicha fecha una asistencia en régimen de hospitalización o una asistencia por maternidad cuando el parto estuviese previsto para el mes de febrero, hasta el día en que, respectivamente, se produzca el alta o se concluya la asistencia por maternidad.

La entidad tendrá derecho a percibir, por el mes de enero de 1998 y por el colectivo adscrito a 31 de diciembre de 1997, el precio por persona/mes que se establezca para las entidades que suscriban la prórroga del concierto para 1998. No obstante, del importe a abonar por dicho mes MUGEJU retendrá un 10 por 100 hasta el 31 de diciembre de 1998, con la finalidad exclusiva de hacer frente, por cuenta de la entidad, a los reembolsos de gastos que sean acordados durante el citado año al amparo del presente concierto. Si la cantidad estimada se agotase o los reembolsos se acordaran con posterioridad a la fecha indicada, la entidad se obliga a satisfacerlos directa e inmediatamente.

El colectivo afectado deberá elegir nueva entidad durante el plazo que establezca MUGEJU y la elección tendrá efectos a las cero horas del día 1 de febrero de 1998, sin perjuicio, en todo caso, de lo previsto para internamientos hospitalarios y maternidades en el párrafo primero de esta cláusula.

6.1.4 Cuanto se dispone en la cláusula 6.1.3. será de plena aplicación para el caso de que, prorrogado el concierto para 1998, no se prorrogase, sin embargo, para 1999, entendiéndose que las referencias de fechas en aquélla contenidas se desplazan al año siguiente y que la cita de «las entidades que suscriban las prórrogas del concierto para 1998» corresponde a la de «las entidades que suscriban el nuevo concierto para el año 2000».

6.2 Precio del concierto.

6.2.1 El precio que MUGEJU abonará a la entidad por las obligaciones que a ésta corresponden en virtud del presente concierto en 1997 será de 4.792 pesetas/persona/mes.

De esta cantidad se deducirá el gasto medio para MUGEJU, en pesetas por persona/mes, por las prótesis ortopédicas abonadas en el año precedente al colectivo total adscrito a todas las entidades firmantes del concierto en dicho año, con un incremento porcentual igual al experimentado por dicha cifra sobre la del año anterior.

6.2.2 En cada año de prórroga del concierto, la determinación del precio que MUGEJU habrá de satisfacer a la entidad se efectuará sobre la base de incrementar el precio abonado en el año inmediato precedente en el porcentaje de aumento que los créditos de la política de sanidad,

incluidos en los Presupuestos Generales del Estado del año de que se trate, registren respecto al presupuesto inicial del ejercicio anterior.

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

6.3 Régimen económico del concierto.

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

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

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

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

6.3.4 La entidad presentará las reclamaciones separadamente, conforme a la clasificación anterior, y acompañará cinta magnética o relación de las mismas características técnicas que la entregada por MUGEJU, conteniendo la información en la que se funda la reclamación. Las reclamaciones deberán ser presentadas en el plazo máximo de tres meses a partir de la comunicación mensual del estado del colectivo y relación de incidencias, transcurrido el cual sin que se hubiese formulado reclamación se entenderá que existe conformidad por parte de la entidad, adquiriendo firmeza el pago efectuado en función de dicho colectivo. Las reclamaciones presentadas serán resueltas por MUGEJU dentro de los tres meses siguientes a la fecha de presentación de las mismas.

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

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

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

Segundo.—Relación de las entidades de seguros que han suscrito el concierto para la prestación de asistencia sanitaria a los mutualistas y demás beneficiarios de MUGEJU durante el año 1997, prorrogable a los años 1998 y 1999:

- Compañía de Seguros «Adeslas, Sociedad Anónima».
- «Asistencia Médica Colegial Extremeña, Sociedad Anónima de Seguros» (AMECESA).
- «Aseguradora Islas Canarias de Seguros, Sociedad Anónima» (ASEICA).
- «Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, Sociedad Anónima» (ASISA).

«Caja Salud de Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima».

«Caser Salud, Compañía de Seguros, Sociedad Anónima».

La Equitativa de Madrid.

«La Fuencisla, Sociedad Anónima».

«Previassa, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros».

«Sanitas, Sociedad Anónima de Seguros».

Madrid, 18 de diciembre de 1996.—El Presidente, Benigno Varela Aufrán.

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA

1038

ORDEN de 16 de enero de 1997 por la que se modifican parcialmente las Órdenes de 7 de junio de 1990, 25 de enero y 7 de diciembre de 1994, sobre Convenios de colaboración relativos a Fondos de Inversión en Deuda del Estado.

El crecimiento que están experimentando en los últimos meses los Fondos de Inversión, que los configura como un producto financiero plenamente consolidado dentro de nuestro mercado financiero, así como la necesidad de cumplir con la política de austeridad con que se han elaborado los Presupuestos Generales del Estado para el próximo año, aconsejan modificar algunos aspectos de los Convenios-tipo aprobados mediante la Orden de 7 de junio de 1990 y modificados por las Órdenes de 25 de enero y 7 de diciembre de 1994.

A tal efecto, se hace necesario reducir el gasto anual de publicidad de Fondos de Inversión y, en concreto, eliminar el relativo al apoyo a las campañas individuales de cada una de las gestoras.

En su virtud, he dispuesto:

Disposición única.

Queda aprobada la modificación que se señala en el anexo de la presente Orden a los Convenios-tipo aprobados por Orden de 7 de junio de 1990, modificada por las Órdenes de 25 de enero y 7 de diciembre de 1994.

A partir de la entrada en vigor de la presente Orden, el Ministerio de Economía y Hacienda sólo podrá suscribir Convenios de colaboración relativos a Fondos de Inversión en Deuda del Estado que se ajusten a los Convenios-tipo señalados. En todo lo demás, seguirá siendo de aplicación lo dispuesto en las Órdenes de 7 de junio de 1990 y de 25 de enero y 7 de diciembre de 1994.

Disposición transitoria.

Las sociedades gestoras de instituciones de inversión colectiva que hubiesen celebrado Convenios de los previstos en la Orden de 7 de junio de 1990 y sus posteriores modificaciones, podrán suscribir nuevos Convenios ajustados a lo dispuesto en la presente Orden, siempre que los hasta ahora vigentes no hubiesen sido suspendidos o resueltos unilateralmente por el Tesoro Público al amparo de lo dispuesto en la cláusula sexta, apartado 2 del Convenio hasta este momento en vigor.

Una vez suscritos, los nuevos Convenios entrarán en vigor el día 31 de enero de 1997, fecha en la que, sin solución de continuidad, sustituirán a los anteriores.

Disposición final.

La presente Orden entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

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

Madrid, 16 de enero de 1997.

DE RATO Y FIGAREDO

Ilmo. Sr. Director general del Tesoro y Política Financiera.

ANEXO.

Modificación de los Convenios-tipo aprobados por la Orden de 7 de junio de 1990 y modificados por las de 25 de enero y 7 de diciembre de 1994.

Se elimina la cláusula quinta de los Convenios-tipo de colaboración sobre Fondos de Inversión Mobiliaria en Deuda del Estado y sobre Fondos de Inversión en Activos del Mercado Monetario, renumerándose las anteriores cláusulas sexta y séptima a quinta y sexta, respectivamente.

Las cláusulas tercera, cuarta y números 2 y 3 de la cláusula quinta (anteriormente sexta) de los Convenios-tipo de colaboración sobre Fondos de Inversión Mobiliaria en Deuda del Estado y sobre Fondos de Inversión en Activos del Mercado Monetario quedarán redactadas de la siguiente manera:

a) Cláusula tercera: Durante la vigencia del presente Convenio, el Tesoro Público se obliga a:

Ceder a la sociedad gestora el uso no exclusivo de la marca comercial "Fondtesoro" y de sus logotipos y signos identificativos con la exclusiva finalidad de que comercialice el fondo objeto del Convenio.

Prestar apoyo publicitario para la promoción de los fondos acogidos al Convenio, con sujeción a las disponibilidades de crédito para publicidad y promoción establecidas anualmente en el concepto aplicable de la Sección 06 (Deuda Pública) de los Presupuestos Generales del Estado.

b) Cláusula cuarta: Además de observar las especificaciones señaladas para el fondo en la cláusula segunda del presente Convenio, la sociedad gestora se obliga a:

Utilizar en la publicidad relativa al fondo y exponer en lugar visible de la red de oficinas, a través de las que lo comercialice, los logotipos y signos distintivos de "Fondtesoro" y del Tesoro Público, respetando las normas de los manuales de identidad corporativa del Tesoro Público y de "Fondtesoro". Es preciso que toda la comunicación que se realice de "Fondtesoro" se ajuste a las normas antes citadas, su incumplimiento dará lugar a que el Tesoro denuncie el Convenio firmado con la gestora responsable.

Remitir a la Dirección General del Tesoro y Política Financiera la información, periódica u ocasional, que ésta requiera, con carácter general o en relación con un fondo concreto. En la medida de lo posible, y para evitar que la sociedad gestora incurra en innecesarios gastos, la información requerida guardará relación con las que la sociedad gestora deba proporcionar a la Comisión Nacional del Mercado de Valores, en cuanto que órgano de supervisión de las instituciones de inversión colectiva.

Asimismo, la sociedad gestora deberá mantener informada a la citada Dirección General de cuantos extremos puedan ser relevantes respecto a su actividad como sociedad gestora del fondo (modificación de la estructura accionarial de la sociedad, cambio de depositario, etc.).

c) Número 2 de la cláusula quinta (anteriormente sexta): Sin perjuicio de lo anterior, el Tesoro Público estará facultado para suspender o resolver unilateralmente y con efecto inmediato el Convenio suscrito con una sociedad gestora, en los siguientes casos:

a) Cuando la Comisión Nacional del Mercado de Valores, al amparo del régimen previsto en el capítulo V de la vigente Ley de Instituciones de Inversión Colectiva, acuerde iniciar un expediente sancionador por posible infracción grave o muy grave cometida por la sociedad gestora, o acuerde respecto a ella alguna de las medidas de intervención o sustitución a las que se refiere el artículo 32 bis de la mencionada Ley.

b) Cuando la sociedad gestora modifique el Reglamento de Gestión del Fondo sin el previo consentimiento del Tesoro.

c) Cuando la sociedad gestora desatienda reiterada e injustificadamente las reclamaciones de los participantes que le sean trasladadas con su informe favorable por el Tesoro.

d) Cuando la sociedad gestora incumpla lo dispuesto en las cláusulas segunda o cuarta del presente Convenio.

e) Por el acreditado incumplimiento por la sociedad gestora en las campañas publicitarias que lleve a cabo individualmente, de las normas de los manuales de identidad corporativa del Tesoro Público y de "Fondtesoro", o de las instrucciones que, en su caso, hubiera remitido por escrito la Dirección General del Tesoro y Política Financiera en relación con la publicidad de "Fondtesoro".