



PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS PARA LA CONTRATACIÓN DE UN SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA.

CAPÍTULO 1

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

Clausula 1ª.- Objeto.

1.1 Objeto del contrato y alcance de la acción protectora.

El objeto de este contrato es asegurar el acceso a la prestación de asistencia sanitaria en el territorio nacional a los funcionarios de carrera en activo y pensionistas del Ayuntamiento de Cáceres y sus Organismos Autónomos, que de acuerdo con el Real Decreto 480/1993, de 2 de abril, quedó integrado en el régimen general de la Seguridad Social, y respecto del cual, según la disposición transitoria 5, apartado 3 de dicha norma, se acordó que esta prestación se hiciera a través de entidades privadas, siempre con la intensidad y la extensión previstas en el sistema nacional de salud, cuya normativa se ha de aplicar de forma supletoria en todo lo que estos pliegos no prevean. Esta asistencia sanitaria ha de incluir además a los beneficiarios de este colectivo.

Esta asistencia se prestará conforme a lo establecido en la Ley 14/1986, General de Sanidad, de 25 de abril, y la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Las contingencias cubiertas por este contrato 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 los conciertos suscritos por la Mutuality de Funcionarios Civiles del Estado con entidades de seguro para el aseguramiento de la prestación de asistencia sanitaria en territorio nacional a los mutualistas y demás beneficiarios de la misma que hayan optado por recibirla a través de entidades de seguro, durante los años 2012 y 2013, con previsión de prórroga por plazos de un año, con un máximo de dos.

La asistencia sanitaria se prestará conforme a la cartera de servicios establecida en este Pliego que incluirá cuando menos la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 1030/2006, de 15



de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Para hacer efectiva la prestación de la asistencia sanitaria integral conforme a tal Cartera de Servicios, la Entidad adjudicataria (en adelante, Entidad) pondrá a disposición de los beneficiarios adscritos a ella (en adelante, asegurados), todos los medios propios o concertados precisos (en adelante, medios de la Entidad) de conformidad con lo que se establece en la cláusula 2ª de este Pliego. Si excepcionalmente la Entidad no dispusiera de tales medios, se hará cargo directamente del gasto ocasionado por la utilización de medios no concertados de conformidad con las cláusulas de este Pliego.

Por su parte y al mismo fin, el Ayuntamiento de Cáceres se obliga a abonar a la Entidad la cantidad por mes y persona que se prevé en el Pliego de Cláusulas Administrativas particulares.

1.2 Beneficiarios en general.

Sin perjuicio de lo que se establece en la cláusula 1.5, son beneficiarios a los efectos del presente contrato el personal del Ayuntamiento de Cáceres y sus Organismos Autónomos que, de acuerdo con el Real Decreto 480/1993, de 2 de abril, quedó integrado en el régimen general de la Seguridad Social, y respecto del cual, según la disposición transitoria 5, apartado 3 de dicha norma, se acordó que esta prestación se hiciera a través de entidades privadas.

El colectivo de usuarios asegurados, tanto titulares como beneficiarios, del objeto del contrato abarcará la relación de personas que se adscriban al mismo y que se comunicará al adjudicatario antes del inicio de la vigencia del contrato. Se entenderán también incluidas las personas que en el futuro, y dentro del plazo de vigencia del contrato, sean comunicadas como Altas en el citado colectivo por parte del Ayuntamiento al adjudicatario del contrato. Asimismo, se entenderán excluidas aquellas personas que sean comunicadas, de la misma forma, como Bajas en el citado colectivo.

1.3 Nacimiento y extinción de los derechos de los asegurados.

1.3.1 Sin perjuicio de lo establecido en el párrafo siguiente y en la cláusula 4.3, los derechos de los asegurados comienzan en la fecha en que hayan quedado adscritos a la Entidad por los servicios del Ayuntamiento, 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 atienda a la madre desde el mismo momento del parto hasta



transcurrido un mes. A partir de entonces, el citado derecho queda condicionado a la formalización de la adscripción con los consiguientes efectos económicos.

1.3.3 El derecho de los asegurados se extingue, en cualquier caso, en la fecha en que los servicios del Ayuntamiento acuerden su baja por dejar de concurrir los requisitos o supuestos de hecho que permitían en cada caso estar protegido por este contrato.

1.4 Beneficiarias de la asistencia sanitaria por maternidad.

La Entidad prestará la asistencia por maternidad a:

- a.- Las titulares afiliadas y en alta.
- b.- Las beneficiarias incluidas en el Certificado de Seguro de los titulares en alta.
- c.- Las cónyuges de los funcionarios, aún cuando no reúnan la condición de beneficiarias incluidas en el correspondiente Certificado de Seguro e incluso si, siendo titulares, están adscritas a Entidad distinta de la del marido.

Además de las funcionarias y beneficiarias incluidas en la cláusula 1.2, son también beneficiarias por maternidad, a los efectos del presente contrato, las cónyuges de los asegurados o aquéllas que convivan con ellos en relación de pareja con carácter estable, aún cuando no reúnan la condición de beneficiarias en el correspondiente documento de afiliación. En este caso, la asistencia cubre la preparación al parto, así como la patología obstétrica del embarazo, parto y puerperio.

1.5 Tarjeta sanitaria.

1.5.1 Una vez formalizado el contrato la aseguradora entregará a los asegurados una tarjeta sanitaria provisional, o cualquier otro documento que haga posible la utilización de los medios concertados desde el momento del alta.

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

1.5.2 En la tarjeta deberá figurar de forma destacada el teléfono gratuito y único para todo el territorio nacional disponible las 24 horas de todos los días del año, previsto en la cláusula 3.1.1.c) al que el asegurado pueda llamar en caso de urgencia o emergencia sanitaria. En todo caso en el anverso de la tarjeta constará el número de afiliación del funcionario o beneficiario.

1.5.3 En el plazo de un mes, a contar desde la formalización del contrato, todos los funcionarios y beneficiarios adscritos a la entidad recibirán una nueva tarjeta identificativa con los requisitos previstos en el apartado anterior.



CAPÍTULO 2

Cartera de servicios

Cláusula 2ª.- Cartera de servicios.

2.1 Normas generales.

2.1.1 La asistencia sanitaria a los funcionarios del Ayuntamiento de Cáceres y sus beneficiarios se prestará conforme a la Cartera de Servicios establecida en el Concierto suscrito por la Mutualidad de Funcionarios Civiles del Estado con entidades de seguro para el aseguramiento del acceso a la prestación sanitaria en el territorio nacional a los mutualistas y demás beneficiarios de la misma que hayan optado por recibirla a través de entidades de seguro, durante los años 2012 y 2013, con previsión de prórroga por plazos de un año, con un máximo de dos.

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 El contenido de la Cartera de Servicios que deberá facilitar la entidad comprenderá, como mínimo, las prestaciones contenidas en la cartera de servicios comunes del SNS, de acuerdo con lo regulado en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, y el procedimiento para su actualización, con las especificidades que se recogen en este capítulo y en el anexo 1 del Concierto de MUFACE.

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

- a.- Atención primaria.
- b.- Atención especializada.
- c.- Atención de urgencias.
- d.- Cuidados paliativos.
- e.- Rehabilitación.
- f.- Salud bucodental.
- g.- Prestación farmacéutica.
- h.- Transporte para la asistencia sanitaria.
- i.- Otras prestaciones (Podología, terapias respiratorias y prestación ortoprotésica).

2.1.4 Las prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios se garantizan mediante la provisión de recursos asistenciales necesarios.

2.1.5 La entidad impulsará actuaciones orientadas a potenciar la coordinación entre



los niveles de Atención Primaria, Atención Especializada y Servicios de Urgencias, con objeto de garantizar la continuidad asistencial y la atención integral de los pacientes.

2.2 Cartera de Servicios de Atención Primaria.

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

Comprenderá:

- a.- Los programas preventivos con el contenido y especificaciones recogidos en el punto 1 del anexo 1 del Concierto de MUFACE.
- b.- La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente, tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.
- c.- La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- d.- Atención paliativa a enfermos terminales.

2.2.2 En el capítulo 4 se establece el procedimiento de acceso y prestación de la asistencia en lo referente a:

- a.- Asistencia en consulta.
- b.- Asistencia domiciliaria.
- c.- Asistencia urgente.

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, así como aquellas de prevención cuya naturaleza hace necesaria la intervención de médicos especialistas.

La Atención Especializada 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 En el anexo 1 del Concierto formalizado por MUFACE se establecen las especificaciones a la Cartera de Servicios de atención especializada en lo referente a:



- a.- Programas preventivos.
- b.- Salud mental.
- c.- Cirugía plástica, estética y reparadora.
- d.- Diagnóstico y tratamiento de la esterilidad.

2.3.3 El alcance y contenido de la Cartera de Servicios de atención especializada incluye el de la cartera de Servicios Comunes del SNS con todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos referidos en la misma. En el capítulo 4 se establece el procedimiento de acceso y prestación de la asistencia en lo referente a:

- a.- Asistencia en consulta externa.
- b.- Asistencia en régimen de hospitalización: internamiento, hospital de día, hospitalización por maternidad, hospitalización pediátrica y psiquiátrica y atención de urgencias.
- c.- Hospitalización domiciliaria.

2.3.4 En el anexo 5 del Concierto se enumeran los servicios que requieren autorización previa de la entidad y se establece el procedimiento para su tramitación.

2.4 Cartera de Servicios de Atención de Urgencia.

Es aquella que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata. Se 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.

La atención de urgencia comprende también la atención telefónica, a través del Centro Coordinador de Urgencias 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.

2.5 Cuidados paliativos.

2.5.1 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.

2.5.2 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.

Esta atención se prestará en el domicilio del paciente o en el centro sanitario, si fuera preciso, estableciendo los mecanismos necesarios para garantizar la continuidad asistencial y la coordinación con otros recursos y de acuerdo con los protocolos establecidos en el Plan de Cuidados Paliativos de la entidad.

2.5.3 En el anexo 1 del Concierto se establece el alcance así como el procedimiento de acceso y prestación de la asistencia.

2.6 Rehabilitación.

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

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

2.6.3 En el anexo 1 del Concierto se establece el procedimiento de acceso y prestación de la asistencia.

2.7 Salud bucodental.

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

2.7.2 En el anexo 1 del Concierto se especifica el contenido de las prestaciones de salud bucodental.

2.8 Prestaciones farmacéuticas y dietoterápicas.

2.8.1 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 la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional del medicamento y productos sanitarios, y demás



disposiciones aplicables.

La prestación con productos dietéticos comprende la dispensación de los tratamientos dietoterápicos a 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.

2.8.2 En el caso de pacientes no hospitalizados, la Cartera de Servicios a facilitar por la entidad comprende la indicación y prescripción de los medicamentos y productos incluidos en las prestaciones farmacéutica y dietoterápica del SNS.

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

En el caso de pacientes hospitalizados, la Cartera de Servicios a facilitar por la entidad comprende la indicación y prescripción en los documentos establecidos, así como la dispensación 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), los cuales serán financiados por la entidad.

2.8.3 Asimismo, serán dispensados o financiados por la entidad los medicamentos y productos sanitarios recogidos en el punto 5 del anexo 1 del Concierto de MUFACE, con las especificaciones que se hacen constar en el mismo.

2.9 Transporte para la asistencia sanitaria.

2.9.1 El transporte incluido en la cobertura de este contrato puede ser ordinario o extraordinario:

a.- Se considera medio de transporte ordinario, a los fines asistenciales previstos en el contrato, el que se realiza en automóvil, autobús, ferrocarril.

b.- El transporte extraordinario consiste en el desplazamiento de enfermos por causas exclusivamente clínicas, cuya situación les impida desplazarse en los medios ordinarios de transporte. Se considera medio de transporte extraordinario, a los fines asistenciales previstos en el concierto, el que se realiza en ambulancia, ambulancia medicalizada, UVI móvil, avión y helicóptero medicalizados. Todos ellos, necesariamente, deberán ser accesibles a las personas con discapacidad. También se



considera medio de transporte extraordinario el taxi.

2.9.2 El contenido y alcance de la cobertura de esta prestación quedan recogidos en el punto 9 del anexo 1 del Concierto con las especificaciones correspondiente a los supuestos asistenciales que se presenten.

2.10 Otras prestaciones.

2.10.1 Podología: Comprende la atención podológica para pacientes diabéticos insulino dependientes 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.

2.10.2 Terapias respiratorias: Comprende la cobertura de cualquiera de las técnicas de terapia respiratoria a domicilio atendidas en el SNS, cuando las circunstancias del paciente así lo requieran, incluyendo el uso de las mochilas de oxígeno líquido, la pulsioximetría y la aerosolterapia.

2.10.3 Prestación ortoprotésica: Están incluidos en la cobertura de este contrato 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. Asimismo se incluyen la renovación de cualquiera de sus accesorios, incluidos los externos y los materiales utilizados para realizar técnicas de osteosíntesis. Quedan excluidos los implantes osteointegrados para prótesis dentarias, excepto cuando los mismos deriven de accidente de servicio o enfermedad profesional.

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

2.11 Incorporación de nuevos medios de diagnóstico y tratamiento. Procedimiento para la actualización de la Cartera de Servicios.

2.11.1 La Cartera de Servicios que se determina en este capítulo, con las especificaciones recogidas en el anexo 1 del concierto suscrito por MUFACE, se actualizará de forma automática por actualización de la Cartera de Servicios comunes del SNS, de conformidad con lo previsto en el artículo 7 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre.



2.11.2 Para llevar a cabo la actualización se deberá utilizar el sistema de evaluación más adecuado en cada caso que permita conocer el coste, la eficacia, la eficiencia, la efectividad, la seguridad y la utilidad sanitaria de un servicio, técnica o procedimiento.

2.11.3 El régimen de actualización previsto en esta cláusula 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 en el caso de que reúnan alguna de las características señaladas en el apartado anterior.

CAPÍTULO 3

Medios de la entidad

Cláusula 3ª.- Medios de la entidad.

3.1 Normas generales.

3.1.1 Se considera que los medios de la entidad son los servicios, propios o concertados, asignados por la entidad para la asistencia sanitaria de los funcionarios del Ayuntamiento de Cáceres y sus beneficiarios. A los fines asistenciales de este contrato 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.
- c.- El Centro Coordinador de Urgencias de la entidad 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.
- 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 del Concierto de MUFACE, quedan asimilados a los medios de la entidad.

3.1.2 La entidad coordinará sus dispositivos de emergencias sanitarias con los servicios de emergencias del 112, de forma que las peticiones de asistencia sanitaria que lleguen a estos servicios puedan ser derivadas a los servicios propios o concertados de la entidad.



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

Los 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 este Ayuntamiento tiene conocimiento del posible incumplimiento de dichos requisitos de carácter general, lo pondrá en conocimiento de la autoridad sanitaria competente.

3.2 Catálogo de Proveedores.

3.2.1 El catálogo de proveedores contiene la relación detallada de los medios de la entidad y la información necesaria para que los asegurados puedan utilizar dichos medios.

3.2.2 En el Catálogo deben figurar sin exclusiones todos los facultativos y centros asistenciales propios o concertados por la entidad que hayan sido ofertados y consten en la base de datos aportada para la formalización de este contrato.

3.2.3 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. El acceso a estos especialistas consultores se realizará previa derivación por otro especialista y con la autorización previa de la entidad.

3.2.4 Cuando un funcionario o beneficiario sea atendido por un profesional que forme parte del equipo de un profesional 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 web y en la siguiente edición del catálogo.

3.2.5 Cada año de vigencia del concierto la entidad editará un nuevo catálogo.



3.2.6 El Catálogo se elaborará siguiendo las instrucciones contenidas en el Anexo 4 del Concierto de MUFACE.

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

3.3.1 Antes del 15 de diciembre anterior al inicio de cada año de vigencia del contrato, la entidad deberá entregar al Ayuntamiento los catálogos de proveedores de la entidad en el formato y número de ejemplares convenidos. Asimismo, y en el mismo plazo, facilitará a los asegurados que tenga adscritos el catálogo de proveedores en edición de papel y en formato electrónico, mediante su envío al domicilio o poniéndolo a su disposición en los locales y delegaciones de la entidad.

3.3.2 La entidad debe disponer de una página web que informe a los asegurados sobre el contenido de los catálogos, incluido el número de teléfono para la atención a la urgencia y emergencia, previsto en la cláusula 3.1.1.c), diferenciándolo claramente de otros números de teléfono de información o de servicios de la entidad.

La información de la página web deberá actualizarse siempre que existan modificaciones, haciendo constar la fecha de la última modificación.

3.3.3 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 asegurados de los servicios que presten los centros y facultativos incluidos en el último Catálogo vigente o en su página web.

3.4 Invariabilidad de los catálogos de proveedores de la entidad.

3.4.1 El catálogo de proveedores de la entidad se mantendrá estable a lo largo de la vigencia del contrato, de forma que una vez publicado en papel y en la página web, la oferta de medios de la entidad únicamente podrá registrar altas, sin que puedan producirse bajas, salvo aquellas debidamente acreditadas al Ayuntamiento de Cáceres 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 o aquellas que obedezcan a circunstancias excepcionales.

En estos supuestos, la baja deberá ser comunicada al Ayuntamiento de Cáceres con 30 días de antelación a que efectivamente se vaya a producir, salvo en el caso del fallecimiento, justificando por escrito el motivo de la misma.

3.4.2 En el supuesto de que la entidad solicite al Ayuntamiento la autorización para dar de baja un medio ofertado en su base de datos y el Ayuntamiento, una vez analizado el supuesto, no la aprecie como justificada, lo comunicará a la entidad e implicará que dicho medio siga considerándose a todos los efectos como medio de la



misma durante la vigencia del contrato y, en consecuencia, continúe siendo utilizable por los asegurados por cuenta de la entidad.

En caso de que el Ayuntamiento aprecie como justificada una baja y la autorice, la entidad está obligada a sustituir en el menor plazo posible al profesional o centro, debiendo comunicar al Ayuntamiento los servicios, centros o facultativos que hayan de sustituir a la baja producida. Asimismo, la entidad deberá dirigir una comunicación, con carácter generalizado, a los asegurados sobre las altas o bajas producidas en los Catálogos.

3.4.3 La falta de disponibilidad de medios por parte de la entidad dará lugar a la aplicación de las penalidades previstas en el Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares.

3.5 Principio de continuidad asistencial.

3.5.1 Independientemente de lo previsto en la cláusula 3.4.3, 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.

3.5.2 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 seis meses siempre que la entidad disponga de una alternativa asistencial válida para tratar ese proceso patológico.

3.5.3 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 3.5.2 en un plazo no superior a cinco días hábiles, a contar desde la fecha de la baja del centro o servicio.

CAPÍTULO 4

Normas de utilización de los medios de la entidad

Cláusula 4ª.- Normas de utilización de los medios de la entidad.



4.1 Norma general: Los asegurados 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 funcionario o beneficiario deberá acreditar su derecho a la asistencia sanitaria mediante la presentación de la tarjeta individual que le facilitará la entidad de acuerdo con lo previsto en la cláusula 1.6.

En los casos en que, por razones de urgencia, no sea posible aportar en el acto la documentación anterior, el asegurado 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 Procedimiento de acceso y prestación de la asistencia en consulta: El funcionario o beneficiario se dirigirá directamente al médico elegido de Atención Primaria y/o Especializada para recibir la asistencia que precise presentando la correspondiente tarjeta sanitaria.

4.4 Procedimiento de acceso y prestación en asistencia domiciliaria.

4.4.1 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.

4.4.2 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.

4.5 Procedimiento de acceso y prestación en asistencia de urgencia.

4.5.1 Cuando el funcionario o beneficiario precise atención de urgencia o de emergencia sanitaria deberá solicitarla marcando el teléfono de atención de urgencia 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 da acceso al Centro Coordinador de Urgencias 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.

4.5.2 La asistencia urgente también podrá demandarse directamente 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.

4.5.3 Igualmente, en el teléfono de atención de urgencia o el de información de la entidad, el funcionario o beneficiario podrá recabar información sobre los medios de atención de urgencia hospitalarios, 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, así como a efectos de lo previsto en la cláusula 5.2.1.e).

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

4.6.1 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.

4.6.2 Los asegurados que precisen ingreso o asistencia programada en un hospital deberán solicitar autorización previa de la entidad, conforme a lo dispuesto en el anexo 5 del Concierto de MUFACE, 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.

4.6.3 En el caso que el asegurado se encuentre ingresado por una situación de urgencia en un centro hospitalario ajeno a la entidad puede solicitar la continuidad de la asistencia en un centro hospitalario de la misma sin que sea necesaria la prescripción de un médico de la entidad, aportando con su solicitud el informe médico del proceso por el que está siendo atendido.

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

4.6.5 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.



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

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

c.- La hospitalización de día se prestará en los centros de la entidad, propios o concertados. Quedan cubiertos 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, pueda beneficiarle y sea aconsejable. Dicha hospitalización se realizará en su domicilio, especialmente si es por cuidados paliativos y siempre que las condiciones familiares, domésticas y de proximidad al hospital lo permitan.

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 por ningún medio ni al asegurado ni al Ayuntamiento, 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.

h.- La entidad deberá comunicar al Ayuntamiento la relación de asegurados que se encuentran en la modalidad de Hospitalización Domiciliaria haciendo constar la fecha del inicio y, en su caso, de finalización de dicho servicio.

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 por asistencia pediátrica: Se prestará a los menores de 15 años.

La persona que acompañe al menor tendrá derecho a cama de acompañante y pensión alimenticia.



F.- 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.

4.7 Requisitos adicionales para la utilización de medios.

4.7.1 En los casos expresamente previstos en el contrato, la entidad podrá exigir los requisitos adicionales que procedan, tales como prescripción médica o autorización previa de la entidad.

La entidad, a través de los facultativos que prescriban o realicen las pruebas diagnósticas o tratamientos que precisen autorización, deberá informar de la existencia de este requisito al asegurado.

4.7.2 No podrán efectuarse con cargo al asegurado las pruebas no autorizadas si no se le ha informado antes de la necesidad de tal autorización previa.

Tampoco serán a cargo del asegurado los actos médicos o quirúrgicos realizados en el momento de la consulta cuando no haya existido tiempo para obtener su autorización por la entidad.

4.7.3 La solicitud de autorización de un determinado medio diagnóstico o terapéutico deriva de la necesidad de ordenar y canalizar las prestaciones por parte de la entidad, para facilitar el servicio y evitar demoras, pero nunca puede suponer una restricción al acceso a las prestaciones reconocidas en la Cartera de Servicios.

4.7.4 El anexo 5 del Concierto contiene una relación exhaustiva de los supuestos de utilización de los medios que precisan autorización previa de la entidad, así como el procedimiento que ésta deberá desarrollar para facilitar que los asegurados obtengan dicha autorización.

4.7.5 En ningún caso se denegará una solicitud de un medio diagnóstico o terapéutico incluido en la Cartera de Servicios establecida en este contrato, indicado por un facultativo de la entidad y, en el caso de que se trate de un proceso para el que la Comisión de Prestaciones haya aprobado un protocolo, que la indicación se ajuste al mismo.



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

4.8 Hospitales militares: A solicitud del asegurado, la entidad podrá discrecionalmente autorizar a su cargo cualquier tratamiento o internamiento en un hospital militar.

CAPÍTULO 5

Utilización de medios no concertados

Cláusula 5ª.- Utilización de medios no concertados.

5.1 Norma general: Cuando un asegurado, 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 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 asegurado de alguna de las prestaciones o servicios recogidas en el anexo 5 del Contrato, 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 contrato. 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 contrato. En este supuesto, el asegurado podrá acudir a los facultativos o centros que existan en el nivel correspondiente.

c.- Cuando el asegurado 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 asegurado 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 estando ingresado en un centro no concertado por derivación de un dispositivo de emergencias público a causa de una situación de urgencia de carácter no vital, el asegurado (o los familiares o terceros responsables) solicite dentro de las 48 horas posteriores al ingreso su traslado a un centro de la entidad, propio o concertado, y esta no le ofrezca una solución asistencial válida antes de que concluyan las 48 horas siguientes a la solicitud, siempre que el traslado sea médicamente posible.

La solicitud a la entidad se realizará a través de su Centro Coordinador de Urgencias y en la misma se hará constar una breve descripción de los hechos y circunstancias en que se ha producido el ingreso.

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), el asegurado deberá hacerse cargo de los gastos ocasionados por la asistencia hasta su traslado al centro propio o concertado si la entidad hubiera procedido a este en el plazo establecido.

b.- Cuando la entidad ofrezca medios propios o concertados, la oferta debe especificar 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 la entidad autorice la remisión a un facultativo o centro no concertado, debe asumir, sin exclusiones, los gastos ocasionados por el proceso asistencial hasta el alta del mismo. No obstante, transcurrido un año desde la fecha de la última autorización de la asistencia, el asegurado 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.

d.- Cuando la entidad reciba del asegurado 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 asegurado hubiera abonado los gastos directamente al proveedor sanitario, la entidad deberá efectuar el reintegro dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que el interesado presente los justificantes de los gastos.

5.2.3 La aceptación por la entidad o, en su caso, la declaración por el Ayuntamiento 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 asegurado habrá de acudir a la vía jurisdiccional ordinaria correspondiente.



5.3 Asistencia urgente de carácter vital en medio no concertado.

5.3.1 Se considera situación de urgencia de carácter vital aquella en que se haya producido una patología cuya naturaleza y síntomas hagan previsible un riesgo vital inminente o muy próximo, o un daño irreparable para la integridad física de la persona de no obtenerse una actuación terapéutica de inmediato.

Para que el asegurado 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 asegurado 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 asegurado sufra un accidente de servicio y sea atendido por los equipos de emergencias sanitarias públicos en el lugar donde se ocasione.
- d.- Cuando el asegurado 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, siempre y cuando aquél o su familia hayan comunicado al centro que están adscritos a la entidad a efectos de su asistencia sanitaria.

5.3.3 La asistencia que precisen los asegurados pertenecientes al Cuerpo Local de Policía, con motivo de lesiones o daños corporales sufridos en el ejercicio de las funciones propias 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, 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 asegurado, 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 concurran circunstancias excepcionales, debidamente justificadas, que hayan impedido comunicar la asistencia recibida con medios ajenos.

5.3.6 Cuando la entidad reciba la comunicación prevista en la cláusula anterior 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 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 asegurado hubiera abonado los gastos, la entidad deberá efectuar el reintegro dentro de los diez días hábiles 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 informe argumentando y fundamentando tal circunstancia y dará traslado del mismo al asegurado.

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

5.4 Transporte en medios ajenos para la asistencia sanitaria en los supuestos de denegación injustificada de asistencia y de urgencia vital: Cuando en los supuestos de denegación injustificada de asistencia y de urgencia vital fuera necesaria la utilización de medios ajenos de transporte, tanto ordinario como extraordinario, las condiciones y requisitos serán los establecidos en la cláusula 2.9 de este Pliego.

El asegurado tendrá derecho a que la entidad asuma los gastos ocasionados por dicho traslado en los términos previstos en la cláusula 5.3.6.



CAPÍTULO 6

Comisión Mixta.

Cláusula 6ª.- Comisión Mixta.

Existirá una Comisión Mixta con composición paritaria.

6.1 Composición y funcionamiento.

6.1.1 La Comisión Mixta estará compuesta, por parte del Ayuntamiento, por la Alcadesa-Presidenta o miembro de la Corporación en quien delegue, que la presidirá y, por un funcionario designado por la Corporación que actuará como Secretario, con voz y voto; y, por parte de la Entidad, por uno o dos representantes de la misma, con poderes y facultades decisorias suficientes. Podrá asistir a las reuniones el asesor médico de la Corporación.

6.1.2 El funcionamiento de la Comisión Mixta se ajustará a las siguientes normas y, en lo no previsto, 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:

- 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 reunirán a petición de una de las partes integrantes.
- b.- En caso de incomparecencia a una reunión de los representantes de la entidad se entenderá que aquélla acepta los acuerdos que adopte el Ayuntamiento en relación con los asuntos incluidos en el orden del día de la reunión.
- 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 siete 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.

6.1.3 La Comisión Mixta tiene por cometido:

- a.- El seguimiento, análisis y evaluación del cumplimiento del contrato.
- b.- El conocimiento de las reclamaciones que pudieran formularse por los asegurados o, en su caso, de oficio por el Ayuntamiento, con arreglo a lo previsto en el presente Pliego.



6.2 Procedimiento para sustanciar las reclamaciones.

6.2.1 Los asegurados podrán reclamar del Ayuntamiento que 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 contrato 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 asegurado, no lo haga así.
- c.- Cuando la entidad incumpla cualquier otra de las obligaciones que le corresponden según los términos del concierto.

6.2.2 La reclamación se formulará por escrito ante el Ayuntamiento acompañando cuantos documentos puedan justificar la misma.

La Corporación formalizará el oportuno expediente y lo incluirá en Orden del Día de la inmediata reunión de la Comisión Mixta, y una vez estudiado resolverá.

En todos los supuestos en que haya existido acuerdo en el seno de la Comisión Mixta, emitiéndose dictamen estimatorio, total o parcial, o desestimatorio, la reclamación será resuelta por la Corporación de conformidad con el dictamen.

Cuando no hubiese acuerdo de las partes en el seno de la Comisión Mixta, se harán constar en el acta de la sesión ambas posiciones, y la Corporación adoptará la resolución que considere procedente sobre la reclamación formulada por el interesado, sin perjuicio del derecho de éste y de la propia Entidad a interponer contra dicha resolución los recursos procedentes.

Las resoluciones dictadas por la Corporación serán notificadas a la entidad y a los interesados en la forma legalmente establecida, con indicación de los recursos procedentes y del plazo para su interposición.

6.3 Procedimiento de ejecución de reclamaciones estimadas.

6.3.1 Las resoluciones de la Corporación que estimen las reclamaciones presentadas 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 diez días 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 en el plazo de un mes a partir de la notificación de la resolución.

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

6.3.2 Dentro de los plazos citados en la cláusula anterior, la entidad deberá comunicar al Ayuntamiento, 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.

6.3.3 Si el Ayuntamiento 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 Secretario de la Comisión Mixta expedirá certificación del acuerdo o resolución adoptado y de los hechos posteriores y la remitirá a la Corporación.

Ésta, sin más requisitos, 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.

6.3.4 En el supuesto de reclamaciones resueltas positivamente por la Corporación, el abono de la cantidad que en cada caso corresponda será realizado directamente por el Ayuntamiento 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.

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

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

6.3.6 Las resoluciones administrativas o sentencias que resuelvan recursos interpuestos contra actos del Ayuntamiento en materia de reintegro de gastos sujetos



al presente contrato serán ejecutadas, en su caso, conforme al procedimiento establecido en la cláusula 6.3.4.

6.4 Descuentos por gastos de farmacia: Cuando en el proceso de revisión de la facturación de recetas que realiza el Ayuntamiento se detectaran prescripciones de medicamentos y productos sanitarios realizadas en sus recetas oficiales, que deberían haber sido a cargo de la entidad según lo establecido en este contrato, el Ayuntamiento 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 7.

La entidad se compromete a reintegrar a los asegurados, 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 el Ayuntamiento les facilitará a estos efectos, o de la correspondiente factura de la farmacia.

CAPÍTULO 7

Régimen económico del contrato

Cláusula 7ª.- Régimen económico del contrato.

7.1 Régimen económico del contrato.

7.1.1 Sin perjuicio del nacimiento y extinción para los asegurados de los derechos derivados del contrato 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.

7.1.2 Consiguientemente, cada pago mensual tendrá en cuenta el número de asegurados existentes en el censo del mes de que se trate, a cuyos efectos, el Ayuntamiento emitirá la oportuna certificación comunicando la cifra de asegurados adscritos a la entidad, diferenciados por edad, según los parámetros establecidos en la cláusula 6.3.1. El pago se efectuará por el Ayuntamiento, mediante transferencia bancaria, dentro de los quince primeros días hábiles del mes siguiente, previas las retenciones o los descuentos que procedan.

7.3.3 El Ayuntamiento de Cáceres 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.

7.3.4 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 asegurados, incluidas las que afecten a sus beneficiarios, si existen.
- b.- Las relativas a beneficiarios exclusivamente.

7.3.5 La entidad presentará las reclamaciones separadamente, y las acompañará de fichero electrónico con las mismas características técnicas que el facilitado por el Ayuntamiento, 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 el Ayuntamiento dentro de los tres meses siguientes a la fecha de presentación de las mismas.

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

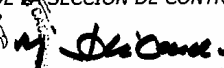
7.3.6 Todos los impuestos, arbitrios, tasas y exacciones que graven este contrato o los actos que de él se deriven serán por cuenta de la entidad.

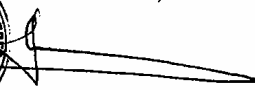
7.3.7 En el supuesto de asistencia sanitaria por lesiones producidas o enfermedad derivada o agravada por accidentes cubiertos por cualquier modalidad de seguro obligatorio o cuando el coste de la asistencia sanitaria prestada deba ser satisfecho legal o reglamentariamente por organismos públicos distintos del Ayuntamiento o por entidades privadas, la entidad, sin perjuicio de cubrir en todo caso la asistencia, podrá subrogarse en los derechos y acciones de los asegurados 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 asegurados, por su parte, estarán obligados a facilitar a la entidad los datos necesarios para ello.

7.3.8 Siempre que exista sentencia judicial firme en la que se ordene al Ayuntamiento el pago de una indemnización, derivada de responsabilidad directa o subsidiaria por actuaciones asistenciales incluidas en el objeto del contrato, el Ayuntamiento, sin perjuicio de ejecutar la sentencia, repercutirá el importe abonado a la entidad



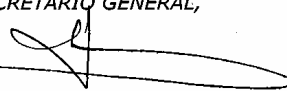
contratada correspondiente, de acuerdo con el procedimiento previsto en la cláusula 6.3.

Cáceres, a 14 de febrero de 2012.
JEFE DE LA SECCIÓN DE CONTRATACIÓN,

Fdo.: Mª Belén Cancho Falcón.

Conforme:
EL SECRETARIO GENERAL,

Fdo.: Manuel Aunión Segador.

Diligencia: Para hacer constar que el presente Pliego de Prescripciones Técnicas ha sido aprobado por Resolución de la Alcaldía-Presidencia de fecha once de junio de dos mil doce.

Cáceres, a 11 de junio de 2012.
EL SECRETARIO GENERAL,


Fdo.: Manuel Aunión Segador.