



PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS QUE HA DE REGIR LA CONTRATACIÓN DE UN SERVICIO DE ASISTENCIA SANITARIA PARA EL PERSONAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN, FORMACIÓN PROFESIONAL Y DEPORTES DESTINADO EN EL EXTERIOR Y SUS BENEFICIARIOS, ASÍ COMO DE LAS PERSONAS ENVIADAS EN COMISIÓN DE SERVICIOS.

1. OBJETO DEL CONTRATO Y AMBITO DE APLICACIÓN

El objeto del contrato que se propone suscribir consiste en la contratación con una compañía aseguradora los servicios de asistencia sanitaria para el personal del Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes, encuadrado en el Régimen General de Seguridad Social española, que presta servicios en el exterior (en adelante Titular) y a sus beneficiarios y beneficiarias, reconocidos como tales por la Seguridad Social española, así como a aquellas personas enviadas en comisión de servicios que están afiliadas a la Seguridad Social española.

1.1. Definición del servicio

La asistencia sanitaria englobará todas aquellas actuaciones necesarias para garantizar las prestaciones previstas en la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud reflejada en los Anexos I a VIII del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre y sus modificaciones y en los servicios del anexo III del PPT.

Las contingencias cubiertas por la entidad adjudicataria (en adelante, la Entidad) 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, por embarazo, parto y puerperio, así como las actuaciones preventivas y demás recogidas en el PPT.

En materia de salud pública, se exceptúan las actuaciones de vigilancia epidemiológica, y las acciones generales de protección y promoción de la salud relacionadas con la prevención y abordaje de las epidemias y catástrofes. En consecuencia, quedarían cubiertos los gastos médicos originados por una enfermedad surgida a consecuencia de una epidemia o catástrofe.

La Entidad no podrá establecer ningún periodo de carencia, incluso en caso de embarazo y se compromete a cubrir las enfermedades y dolencias preexistentes en el momento de la entrada en vigor del contrato, incluso aquellas de naturaleza congénita.

A tal efecto, la Entidad pondrá a disposición de las personas aseguradas todos los medios sanitarios propios o concertados precisos. Con carácter excepcional, si la Entidad no dispusiera de tales medios se hará cargo del gasto ocasionado por la utilización de otros medios ajenos, incluyendo la anticipación de fondos o cantidades a cuenta cuando así lo exijan los proveedores sanitarios.

1.2. Personas aseguradas

Son personas aseguradas de la póliza objeto del presente contrato el personal del Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes (en adelante MEFD), encuadrado en el Régimen General de Seguridad





Social española, que presta servicios en el exterior y a sus beneficiarios, así como de aquellas personas, afiliadas a la Seguridad Social española, enviadas en comisión de servicios por el MEFD a un país fuera del territorio de la UE, el Espacio Económico Europeo (en adelante EEE), Suiza o Andorra.

La condición de afiliado a la SS española se acreditará mediante la presentación de documento justificativo de alta como cotizante a la Seguridad Social.

Quedan expresamente excluidos del objeto de este contrato los empleados que presten servicios en algún país de la Unión Europea, EEE, Suiza o Andorra, salvo que el empleado no pueda acceder a la Tarjeta Sanitaria Europea en cuyo caso será incluido entre el personal asegurado.

A los efectos de este contrato, los lugares en los que residan habitual o temporalmente los asegurados se asimilarán al domicilio.

A estos efectos, tendrán la consideración de beneficiarios los que sean reconocidos como tales por la Seguridad Social española, cumplan los requisitos establecidos y se encuentren en alguna de las siguientes situaciones:

- Ser cónyuge o parejas de hecho del titular cuya convivencia haya sido debidamente acreditada.
- Ser excónyuge, o estar separado judicialmente, en ambos casos a cargo del titular por tener derecho a percibir una pensión compensatoria por parte de ésta
- Los hijos naturales y/o adoptados que convivan con el titular y dependan de él, así como sus hermanos/as, siempre que sean menores de 26 años o, en caso de ser mayores de dicha edad, tener una discapacidad reconocida en un grado igual o superior al 65% o equivalente conforme a lo dispuesto por la normativa del país de prestación de los servicios.

Asimismo, se hace constar expresamente que la cobertura se otorgará para todos los riesgos, sin limitación de edad.

La previsión del número de personas aseguradas afectadas por el presente contrato a día 16 de septiembre del 2026 es de 207 (titulares y beneficiarios), este número está sujeto a variaciones que se produzcan durante la vigencia del presente contrato. A menos efectos informativos, ya que puede haber variaciones de países y/o personas, la distribución es la siguiente:

País	Previsión 01/03/2026
Marruecos	151
Colombia	12
Argentina	7
Brasil	5
México	2
EEUU	24
Canadá	1





Australia	3
China	2
Total	207

1.3. Inicio y extinción de los derechos de las personas aseguradas

El periodo de cobertura de este seguro será idéntico a la duración del contrato, a contar desde el 16 de septiembre de 2026 o desde la fecha en que se formalice, en caso de que esta sea posterior.

Los derechos de las personas aseguradas a efectos de este contrato comienzan a las 00:00 horas del día en que hayan quedado adscritos a la Entidad, sin que existan periodos de carencia para ningún tipo de asistencia.

A estos efectos, los recién nacidos estarán cubiertos por la Entidad durante el primer mes de vida desde el momento del parto, y en todo caso, durante todo el proceso asistencial hasta el alta hospitalaria. Transcurrido el primer mes, el derecho queda condicionado a la formalización de la adscripción del recién nacido como beneficiario o beneficiaria del Titular.

Los derechos de las personas aseguradas se extinguen, en cualquier caso, a las 23:59 horas del día en que este haya dejado de cumplir los requisitos o supuestos de hecho que permitían en cada caso estar protegido por este contrato.

El MEFD comunicará a la Entidad diariamente las altas, bajas y variaciones de datos que se produzcan mediante un sistema de comunicación directa telemática conforme lo dispuesto en el Anexo I del PPT.

En todo caso, la receptora de las comunicaciones deberá disponer de un sistema de comunicación adecuado para recibir la información correctamente.

1.4. Legislación aplicable

El marco legal en el cual se engloba este servicio viene reflejado en la normativa de seguros, principalmente la Ley 50/1980 de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

Asimismo, el contrato se registrará por lo dispuesto en la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público (LCSP), por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014 y su desarrollo reglamentario, 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, en aquello que se refiere al contenido de la cartera de servicios, y por el artículo 94 bis de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios en lo referente a la aportación de los usuarios y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria (o norma que en cada momento regule esta cuestión del copago farmacéutico).





2. PRESTACIONES RELATIVAS A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

La asistencia sanitaria de las personas aseguradas (titulares y beneficiarios) se prestará conforme a la Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud español (SNS), de acuerdo con la normativa sanitaria española vigente en cada momento, con las especificaciones que se recogen en este pliego, y en el contrato.

La Cartera de Servicios es el conjunto de técnicas, tecnologías 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.

La Cartera de Servicios se actualizará de forma automática por actualización de la Cartera Común de Servicios del SNS.

La Cartera de Servicios a facilitar por la Entidad comprenderá como mínimo, las prestaciones contenidas en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud español (SNS), de acuerdo con la normativa sanitaria española vigente en cada momento, con las especificidades que se recogen en las cláusulas de este pliego y en el Anexo III.

La cartera de servicios se facilitará por profesionales, centros, establecimientos y servicios de la Entidad, propios o concertados, salvo en situaciones de riesgo vital, cuando se justifique que no pudieron ser utilizados los medios de aquél. En esos casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital que hayan sido atendidos fuera de este sistema, se reembolsarán los gastos de la misma, una vez comprobado que no se pudieron utilizar oportunamente los servicios de aquél y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción.

En caso de no disponer de medios propios o concertados la asistencia se recibirá a través de medios ajenos de libre elección del titular o beneficiario.

En todo caso, los profesionales, centros, establecimientos y servicios estarán debidamente autorizados conforme a lo establecido en la normativa de cada país donde se ofrezca la cobertura.

La Entidad deberá disponer de un sistema de información en el que se recogerá el contenido de la cartera de servicios, derechos y deberes de los usuarios, así como de los requisitos necesarios para su uso, al que podrán tener acceso las personas aseguradas.

2.1. Contenido y especificaciones de la Cartera de Servicios.

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

- A. Atención Primaria.
- B. Atención Especializada.
- C. Atención de Urgencia.
- D. Prestación Farmacéutica.
- E. Prestación Ortoprotésica.
- F. Prestación de productos dietoterápicos.





I. Transporte Sanitario, Evacuación y Repatriación.

En referencia a los servicios de evacuación y repatriación, descritos en el apartado I, se tendrán en cuenta las siguientes consideraciones:

- Estos servicios se prestarán siempre en coordinación previa con la Entidad y a su cargo.
- Los gastos derivados de una repatriación cuando como consecuencia de una enfermedad o accidente, se determinase que un asegurado padece una enfermedad terminal, y siempre bajo criterio médico.
- La repatriación del cadáver o cenizas de una persona asegurada desde el país donde se ha producido el óbito a España o al país de residencia habitual, que incluirá los gastos de transporte de los restos mortales, de un acompañante, embalsamamiento y ataúd, hasta un máximo de 15.000 €.

2.2. Importes garantizados

- Se establecerá un máximo de un millón de euros anuales de gasto por asegurado.
- No se establecerá ninguna cantidad deducible.
- Todos los gastos se reembolsarán al cien por cien, con la limitación de los gastos razonables y acostumbrados, excepto los medicamentos que se registrarán por lo dispuesto en la normativa española que regule en cada momento el copago farmacéutico.

3. MEDIOS DE LA ENTIDAD Y FORMA DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

3.1. Disposiciones generales

La Entidad facilitará a las personas aseguradas el acceso a las prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios, mediante los procedimientos regulados en el presente pliego y en el PCAP, con sujeción a los requisitos y especificaciones que para cada tipo de asistencia se estipulan en el mismo.

A tal fin, la Entidad facilitará una tarjeta, física o virtual, individual específica mediante la que las personas aseguradas podrán acceder a los medios concertados por la Entidad y/o, según el caso, acreditar el derecho a recibir la asistencia sanitaria en la forma y condiciones establecidas en el presente pliego, el PCAP y el contrato.

Siempre que sea posible la Entidad favorecerá el carácter virtual de esta tarjeta de forma que las personas aseguradas dispongan de acceso a la asistencia sanitaria sin necesidad de disponer de una tarjeta física.

Además, la Entidad facilitará al colectivo protegido una guía, física o digital, una vez supervisado su contenido por la Administración, con la información necesaria para una correcta utilización de sus servicios, así como la relación actualizada por países y localidades de sus delegaciones, sucursales o representantes acreditados.





En los casos en que la prestación se lleve a cabo a través de una red concertada de proveedores asistenciales, la Entidad proporcionará al colectivo destinado/residente en el referido país una guía específica con las indicaciones para que dispongan de toda la información necesaria para el acceso y utilización de dicha red.

Siempre que sea posible se dará preferencia al acceso telemático a las guías mencionadas procediendo al envío físico, con carácter residual, en aquellos casos y países en los que sea difícil acceder a la información de otra forma.

La Entidad dispondrá de un servicio de información y de asistencia telefónica multilingüe (obligatoriamente en español e inglés), durante las 24 horas del día, los 365 días del año, y oficina virtual con servicio permanente, a los que los Titulares y beneficiarios puedan dirigirse, desde cualquier país donde residan, para obtener:

- a. Información para atender las situaciones de urgencia, sobre los servicios asistenciales más próximos al lugar de residencia del paciente, sobre los contenidos asistenciales y los procedimientos para el acceso a la cobertura de las prestaciones o, en su caso, a los reintegros.
- b. Información sobre las delegaciones, sucursales propias o representantes acreditados, en cada localidad o país.
- c. Tramitación de cualquier tipo de prestación sanitaria incluida en el contrato.

En el caso de que la petición de información se refiera a prestaciones no cubiertas, la Entidad deberá dar respuesta motivada en un plazo no superior a cinco días naturales, con indicación del procedimiento de reclamación previsto en este PPT.

Asimismo, las personas aseguradas podrán acceder a toda la información mencionada en el apartado anterior a través de la página web de la Entidad, en la sección específica habilitada para el colectivo asegurado del MEFD y que, en cualquier caso, deberá estar disponible en español, y siempre que sea posible en inglés.

La falta de operatividad de este recurso dará lugar a la exigencia de las compensaciones económicas previstas en la cláusula 20 del PCAP.

La Entidad deberá tener actualizada en todo momento la información mencionada en los apartados anteriores.

La Entidad podrá disponer de sistemas de consulta no presencial, como consultas telefónicas, videoconsultas a través de internet o dispositivos móviles y otras modalidades.

La falta de operatividad de estos recursos dará lugar a la exigencia de las compensaciones económicas previstas en la cláusula 20 del PCAP.

3.2. Medios de prestación del servicio

La prestación del servicio podrá llevarse a cabo, tanto con medios propios como con medios ajenos. En todo





caso, se trate de sucursales propias o representantes acreditados de la Entidad, dispondrán de capacidad suficiente para la gestión de todas las tramitaciones y procedimientos relacionados con las prestaciones incluidas en este pliego, en el PCAP y en el contrato, incluyendo la anticipación de fondos o cantidades a cuenta cuando sea requerido por los proveedores de asistencia sanitaria. Además, facilitarán toda la información necesaria a las personas aseguradas que la precisen, principalmente en aspectos tales como:

- a. El contenido prestacional y la forma de acceso a las prestaciones.
- b. La adecuación de los centros y profesionales sanitarios existentes en el país de residencia o de desplazamiento a las necesidades específicas de la persona asegurada.
- c. La relación de medios sanitarios en el país de destino o de residencia en los que no se exija el abono previo de los costes de la asistencia, todo ello sin detrimento de su libertad de elección.
- d. Aspectos relacionados con las enfermedades más prevalentes, vacunaciones, medidas preventivas u otras informaciones médicas relevantes en el ámbito geográfico del país de residencia o de desplazamiento, a cargo de personal sanitario propio o concertado con la Entidad.

La entidad deberá comunicar, en el plazo no superior a un mes, al MEFD y a las personas aseguradas por este contrato, directamente afectados, cualquier modificación producida en los datos y servicios de las delegaciones, sean sucursales propias o por representación.

El incumplimiento de las obligaciones de información establecidas en este punto dará lugar a las penalidades previstas en la cláusula 20 del PCAP.

La cobertura del servicio se estructura sobre los siguientes principios básicos:

- a. Con carácter general, la cobertura de la asistencia se limita al país de destino o de residencia de la persona asegurada, salvo que en el mismo no se disponga de los medios adecuados y deban remitirla a un país próximo donde le puedan ser facilitados. En el caso de los que viajen en comisión de servicios la cobertura del servicio se realizará en el país de la comisión o en cualquier otro en el que deba hacerse parada para llegar a aquel.

Cuando no sea posible ofrecer alguna de las técnicas, tecnologías o procedimientos contemplados en la Cartera de Servicios en su ámbito geográfico la Entidad establecerá los mecanismos necesarios de canalización y remisión de los usuarios que lo precisen al centro o servicio donde les pueda ser facilitado. Los Titulares con condición de funcionarios, así como sus beneficiarios, podrán solicitar de manera motivada su traslado a España para recibir la atención necesaria.

Excepcionalmente, durante los desplazamientos temporales fuera del país de destino o de residencia, salvo los realizados a España (cuya cobertura se realizará por la Seguridad Social Española), queda cubierta la asistencia sanitaria urgente o sobrevenida, siempre que, existiendo medios adecuados en el país de destino o de residencia, el motivo del desplazamiento no haya sido precisamente recibir tratamiento médico.





- b. La libre elección de médicos y otros medios sanitarios en el país de destino o de residencia por parte de las personas aseguradas con el único límite de que éstos cumplan los requisitos establecidos, con carácter general, por la normativa sanitaria vigente en el país donde reciba la asistencia, bajo la supervisión que, con igual carácter, pueda proceder por parte de la administración sanitaria competente. No obstante, en aquellas zonas geográficas o países en los que exista una alta variabilidad de precios de los servicios sanitarios, la Entidad podrá disponer de una red concertada de proveedores asistenciales, a través de la que las personas aseguradas deberán recibir la asistencia. Para ello, en la Guía descrita en el apartado 3.1, la Entidad deberá incluir información detallada sobre el acceso y uso de la red.
- c. La relación con los proveedores sanitarios es responsabilidad de la Entidad, que asumirá la interlocución con los mismos a efectos de garantizar el cumplimiento de lo establecido en el presente pliego, el PCAP y el contrato, resolviendo cuantas cuestiones relacionadas con la prestación del servicio puedan surgir.

3.3. Modalidades de cobertura del servicio

3.3.1. Asistencia mediante red concertada

Con carácter preferencial la asistencia se llevará a cabo mediante una red concertada de proveedores asistenciales que realicen el servicio sin necesidad de abonar importe alguno por parte de las personas aseguradas, es decir, mediante la modalidad de pago directo de la Entidad al proveedor. Para ello, la Entidad deberá haber especificado en la oferta el ámbito territorial de la red, así como la ubicación y distribución de los recursos sanitarios asistenciales.

Las personas aseguradas accederán directamente a estos servicios con la presentación de la tarjeta de la Entidad. Podrán existir excepciones en cuanto al acceso si la Entidad, previa aceptación por parte de la Administración, ha establecido ciertas prestaciones para las que será necesario solicitar una prescripción o autorización previa, lo que deberá hacerse constar expresamente en la guía referida en la cláusula 3.1 de este PPT, con indicación del procedimiento a seguir para su obtención.

Cuando no sea posible establecer una red, la Entidad procurará facilitar siempre el pago directo a los centros y profesionales sanitarios que así lo admitan, para el mayor número posible de prestaciones incluidas en el presente pliego, en el PCAP y el contrato, especialmente en los casos de intervenciones programadas, pruebas diagnósticas complejas o tratamientos crónicos como los relacionados con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, diálisis y otros.

Cuando en la red concertada no pueda darse satisfacción a las necesidades sanitarias de un Titular o beneficiario, la Entidad deberá garantizar la asistencia ofreciendo una alternativa que priorice criterios de cercanía al domicilio del paciente y asumiendo el coste de los gastos de transporte ordinario conforme a las siguientes reglas:

- a. Se considera transporte en medios ordinarios, a los fines asistenciales previstos, el que se realiza en automóvil, autobús, ferrocarril, o si procediese, por tratarse de territorios insulares,





en barco, en avión o helicóptero.

- b. Los traslados se valorarán siempre por su coste, en clase normal o turista, en líneas regulares de transporte en autobús, ferrocarril, barco, avión o helicóptero.
- c. Tendrán derecho a los gastos de transporte de acompañante los desplazamientos efectuados, conforme a los párrafos anteriores, por pacientes:
 - Menores de dieciocho años.
 - Aquellos que acrediten un grado de discapacidad igual o superior al 65%.

En caso de que la Entidad no ofertara ningún recurso válido, el Titular o beneficiario podrá acudir a los facultativos o centros de su elección, debiendo la Entidad asumir directamente los gastos que pudieran facturarse.

Asimismo, el Titular o beneficiario podrá acudir a un centro fuera de la red concertada en los siguientes supuestos:

- a. Requerir asistencia urgente de carácter vital que obligue a una atención no demorable.
- b. Denegación injustificada de la asistencia transcurrido el plazo de 1 mes desde la presentación de la correspondiente reclamación ante la Entidad sin haber recibido solución por parte de esta.

3.3.2. Asistencia mediante reembolso

Únicamente, cuando no sea posible para la Entidad establecer la asistencia a través de una red concertada de proveedores, las personas aseguradas dispondrán de libre elección de médicos y otros medios sanitarios en el país de destino o de residencia, prestándose así el servicio en la modalidad de reembolso, con el único límite de que estos cumplan los requisitos establecidos por la normativa sanitaria local. Para ello las personas aseguradas acudirán al centro sanitario o médico de su elección, presentarán la tarjeta de la entidad y abonarán el servicio recibido.

Al igual que en la modalidad anterior, la Entidad podrá establecer algunas asistencias para las que será necesaria prescripción médica o autorización previa de la Entidad, previa aceptación por parte de la Administración, lo que deberá hacerse constar expresamente en la guía referida en la cláusula 3.1 de este PPT, con indicación del procedimiento a seguir para su obtención.

El reembolso por la Entidad de los gastos ocasionados a las personas aseguradas por las prestaciones sanitarias recibidas será procedente siempre y cuando estas se encuentren entre las contenidas en estos pliegos, estén prescritas por médico o, en su caso, otros profesionales sanitarios y su cuantía no exceda de los gastos normales y habituales por dichos servicios y suministros en la localidad donde se reciben.





Cuando existan discrepancias entre la Entidad y la persona asegurada en cuanto a lo que debe entenderse por gastos normales y habituales la Entidad solicitará, en el plazo de 5 días naturales desde la presentación de la reclamación por parte de la persona asegurada, una reunión de la Comisión Mixta, prevista en la cláusula 6 de este PPT, a efectos de alcanzar un acuerdo al respecto.

En todo caso, los reembolsos deberán hacerse efectivos, en la moneda (de curso legal) en la que la persona asegurada haya hecho los pagos, en los 15 días naturales siguientes a la fecha en que la Entidad reciba la documentación pertinente, siendo a cargo de la Entidad todos los gastos que se pudieran ocasionar por el cambio de moneda, y asegurando, en todo caso, que en el momento del reembolso se cubre el importe total de la factura abonada. La superación no justificada de dicho plazo dará lugar a la exigencia de las compensaciones económicas previstas en la cláusula 20 del PCAP.

El incumplimiento de las obligaciones previstas en este punto dará lugar a la exigencia de las compensaciones económicas previstas en la cláusula 20 del PCAP.

3.3.3. Anticipación de fondos

En aquellos países en los que no exista una red concertada con pago directo, la persona asegurada podrá, en determinados supuestos, comunicar con carácter previo la asistencia que vaya a recibir. La Entidad que gestionará la correspondiente autorización y la anticipación de fondos o cantidades a cuenta cuando así lo exija el respectivo centro o profesional sanitario, debiendo la Entidad resolver y comunicar al interesado el resultado de las gestiones en el plazo máximo de cinco días.

Los supuestos excepcionales mencionados en el párrafo anterior serán:

- Hospitalización
- Intervenciones programadas
- Tratamientos crónicos
- Pruebas diagnósticas complejas

En estos supuestos, la Entidad abonará al centro o profesional sanitario el importe facturado en un período de tiempo que no exceda, en ningún caso, de 60 días. La superación no justificada de dicho plazo dará lugar a la exigencia de las compensaciones económicas previstas en la cláusula 28 del PCAP.

3.4. Solicitud de prestaciones, reembolsos y autorizaciones previas

La Entidad dispondrá de los recursos organizativos necesarios para facilitar que las personas aseguradas que lo precisen puedan presentar las solicitudes de prestaciones y autorización previa para la prestación de los servicios, así como de los reembolsos a los que tienen derecho o de otros trámites u obligaciones, por cualquiera de los siguientes medios:

- a) A través de la página web de la Entidad, en la sección específica del MEFD. Esta información deberá estar accesible en español y, al menos en forma resumida, también en inglés.
- b) Presencialmente, en cualquiera de las sucursales o representantes acreditados.





- c) Por correo postal.
- d) Adicionalmente, la Entidad podrá establecer otros medios como aplicaciones para móviles.

La Entidad dispondrá, para su cumplimentación por los interesados, de modelos normalizados de solicitud en español y en inglés. Asimismo, la Entidad dispondrá de modelos normalizados de liquidación en español y en inglés, donde puedan hacerse constar los datos por separado de cada una de las solicitudes de reintegro, importe abonado, importe no abonado y causa de denegación (en su caso).

Al mismo fin, la Entidad dispondrá en la página web de un apartado específico para las solicitudes que permita la descarga de los modelos, su cumplimentación, así como anexas facturas, informes médicos y cualesquiera otros documentos. Asimismo, deberá permitir que la presentación, tramitación y resolución de la solicitud se efectúe a través de la página y que las aplicaciones al efecto permitan dejar constancia de las distintas fases del procedimiento, así como permitir que el interesado conozca en cualquier momento el estado de tramitación de su solicitud.

En aquellos casos que se trate de asistencias periódicas por el mismo proceso o en casos de importes bajos, el titular acumulará las facturas hasta un mínimo de 200 euros o cuantía equivalente en otra moneda, a efectos de solicitar el reembolso por una sola vez.

La aplicación deberá permitir que el interesado pueda obtener, por periodos de tiempo al menos semanales, informes sobre las solicitudes de reembolsos presentadas y su estado de tramitación en la fecha del informe.

En cuanto a las autorizaciones, y a fin de evitar eventuales demoras en el acceso a la prestación solicitada, el envío de la autorización al solicitante por parte de la Entidad se realizará como máximo en 5 días naturales o, si no procede, deberá indicar el motivo por escrito y, en su caso, los medios asignados para facilitar en otro proveedor sanitario.

En ningún caso podrán efectuarse con cargo al Titular o beneficiario las pruebas no autorizadas si no se le ha informado antes de la necesidad de tal autorización previa o, en el caso de actos médicos o quirúrgicos realizadas en el momento de la consulta, por falta de tiempo para obtenerla.

En las autorizaciones de ingreso en centro hospitalario o de cirugía mayor ambulatoria que la Entidad emita, se ocupará de informar a las personas aseguradas de que sus datos de salud pueden ser tratados por la Administración para los fines establecidos, siempre con las recomendaciones y cautelas establecidas por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y su normativa de desarrollo.

3.5. Utilización de medios no concertados cuando estos existan

Cuando un Titular o beneficiario, por decisión propia o de sus familiares, utilice medios no concertados con la Entidad existiendo estos, 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 que se detallan y regulan en los apartados siguientes.





A. DENEGACIÓN INJUSTIFICADA DE ASISTENCIA.

A lo exclusivos efectos de aplicación de este Contrato se produce denegación injustificada de asistencia:

- a. Cuando el Titular o beneficiario solicite por escrito a la Entidad la prestación de una determinada asistencia sanitaria prescrita por un médico concertado por la Entidad, o por un facultativo ajeno cuya atención haya sido cubierta por la Entidad, y esta no le ofrezca, también por escrito y antes de que concluya el quinto día hábil siguiente a la comunicación, una solución asistencial válida.
- b. Cuando la Entidad no cumpla las exigencias de disponibilidad de medios previstos en el presente pliego, en el PCAP y en el contrato y no ofrezca el acceso a algún recurso asistencial alternativo. En este supuesto, el Titular o beneficiario podrá acudir a los facultativos o centros de su elección.
- c. Cuando un Titular o beneficiario solicite autorización a la Entidad para acudir a un facultativo o centro no concertado (previa prescripción por escrito de un facultativo de la Entidad con exposición de las causas médicas justificativas de la necesidad de remisión al medio no concertado) y la Entidad ni lo autorice ni ofrezca una alternativa asistencial válida con sus medios antes de que concluya el décimo día hábil siguiente a la presentación de la autorización.
- d. Cuando un Titular o beneficiario haya acudido o esté ingresado en un centro concertado de la Entidad para recibir asistencia y según criterio del facultativo que le atiende no existan o no estén disponibles los recursos asistenciales necesarios. En este supuesto se presume que se produce una situación de denegación injustificada de asistencia cuando desde el medio de la Entidad se haya remitido al paciente a centro no concertado.
- e. Cuando el Titular o beneficiario se encuentre ingresado en un centro no concertado a causa de una situación médica que requiera una atención inmediata de urgencia, y este (o lo familiares o terceros responsables) lo comunique a la Entidad dentro de las 48 horas posteriores al ingreso y no le ofrezca una solución asistencial válida antes de que concluyan las 48 horas siguientes a la comunicación, bien comprometiéndose a asumir los gastos que se ocasionen, bien gestionando su traslado a un centro de la Entidad, propio o concertado, siempre que el traslado sea médicamente posible.

La solicitud a la Entidad se realizará por un medio que permita dejar constancia de la misma e incluirá una breve descripción de los hechos y circunstancias en que se ha producido el ingreso.

B. OBLIGACIONES DE LA ENTIDAD ANTE UNA DENEGACIÓN INJUSTIFICADA

- En cualquiera de los supuestos de denegación injustificada de asistencia descritos, la Entidad viene obligada a asumir los gastos derivados de la asistencia que reciba el Titular o beneficiario.
- En el supuesto contemplado en la letra e) del punto I. anterior, si la Entidad ha ofrecido una solución asistencial válida en el plazo establecido el Titular o beneficiario deberá hacerse cargo de los gastos ocasionados por la asistencia hasta su traslado al centro propio o concertado.





- Cuando la Entidad ofrezca medios propios o concertados, la oferta debe ser gestionada por la Entidad, especificando además el nombre del facultativo, servicio o centro que vaya a asumir la asistencia y que pueda llevar a cabo la técnica diagnóstica o terapéutica prescrita.
- Cuando el Titular o beneficiario haya acudido a medios no concertados a consecuencia de una denegación de asistencia ocasionada porque la Entidad no ha ofrecido una alternativa asistencial válida en los plazos establecidos en cada supuesto, o porque haya autorizado la remisión a un facultativo o centro no concertado, la Entidad debe asumir, sin exclusiones, los gastos ocasionados por el proceso asistencial hasta el alta del mismo. No obstante, transcurrido un año desde la denegación de asistencia o desde la fecha de la última autorización, se deberá solicitar a la Entidad la renovación de la continuidad de la asistencia, a fin de que, antes de que concluya el décimo día hábil siguiente a la presentación, la autorice u ofrezca una alternativa asistencial válida con sus medios, conforme a las especificaciones que se establecen en el párrafo anterior.
- Cuando la Entidad reciba del Titular o beneficiario la comunicación de la asistencia prestada en medios ajenos por alguna de las circunstancias previstas de denegación injustificada, realizará las gestiones oportunas ante el proveedor para hacerse cargo de los gastos ocasionados por dicha asistencia y que por parte de este se emita la correspondiente factura a la Entidad.
- Si el interesado hubiera abonado los gastos directamente al proveedor sanitario, la Entidad deberá efectuar el reintegro dentro de los diez días naturales siguientes a la fecha en que el interesado presente los justificantes de los gastos.

C. ASISTENCIA URGENTE DE CARÁCTER VITAL

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

Para que el Titular o beneficiario tenga derecho a la cobertura de los gastos producidos por utilización de medios ajenos en situación de urgencia vital, el medio ajeno al que se dirija o sea trasladado el paciente deberá ser razonablemente elegido, teniendo en cuenta las circunstancias de lugar y tiempo en que la patología se haya producido, así como la capacidad de decisión del enfermo y, en su caso, de las personas que prestaron los primeros auxilios.

Se considerará que siempre reúnen la condición de urgencia de carácter vital y que la asistencia recibida en medios ajenos posee también el requisito previsto en la letra anterior, las siguientes situaciones especiales:

- a. Cuando el Titular o beneficiario se encuentre en la vía o lugares públicos y los equipos de emergencias sanitarias públicos sean activados por persona distinta a aquel 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 país u otras estructuras de emergencias no sanitarias (bomberos, etc.).





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

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

- 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.
- 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 o concertado.

El Titular o beneficiario, u otra persona en su nombre, comunicará a la Entidad la asistencia recibida con medios ajenos por cualquier medio que permita dejar constancia de la comunicación, aportando el correspondiente informe médico de urgencias, dentro de las 48 horas siguientes al inicio de la asistencia, salvo que concurran circunstancias excepcionales, debidamente justificadas.

D. OBLIGACIONES DE LA ENTIDAD EN ASISTENCIA URGENTE DE CARÁCTER VITAL

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

- En el supuesto de que la Entidad reconozca la existencia de la situación de urgencia vital, o por cualquier otra razón debe asumir los gastos, deberá comunicar al proveedor sanitario que se hace cargo directamente de los gastos ocasionados, a fin de que por parte de este se emita la correspondiente factura a la Entidad. Si el interesado hubiera abonado los gastos, la Entidad deberá efectuar el reintegro dentro de los diez días naturales siguientes a la fecha en que solicite el reintegro presentando los justificantes de los gastos.
- En el supuesto de que la Entidad no se considere obligada al pago por entender que no ha existido la situación de urgencia vital, emitirá, en un plazo máximo de siete días naturales, informe argumentando y fundamentando tal circunstancia y dará traslado del mismo al titular o beneficiario y la Administración.





4. TRANSICIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA PRESTADA

Las personas aseguradas con la anterior entidad adjudicataria que estuvieran siendo tratadas de patologías graves o encontrándose en caso de embarazo y próximo parto en medios concertados de dicha Entidad deberán comunicar su situación a la nueva entidad adjudicataria de este contrato con el fin de poder ser atendidos en centros concertados de la nueva Entidad. La nueva Entidad deberá ofrecerle una solución asistencial válida antes de que concluya el vigésimo día natural siguiente a la comunicación.

Durante todo este período la Entidad deberá hacerse cargo de los gastos generados por la continuidad de la asistencia del paciente en los medios concertados por la anterior entidad prestadora del servicio.

Los gastos derivados por la asistencia de las personas aseguradas que a fecha de inicio de este contrato la estuvieran recibiendo en régimen de hospitalización, sea domiciliaria, de día o internamiento, en centros no concertados por la anterior entidad adjudicataria serán asumidos por ésta hasta la fecha del alta del episodio en curso o, en cualquier caso, hasta que se pueda garantizar la continuidad del tratamiento en los medios o centros sanitarios de la nueva Entidad adjudicataria.

Si durante la vigencia del contrato se produce la baja de algún medio concertado, o en el caso de que la Entidad sea la misma que la existente para último contrato vigente de asistencia sanitaria en el exterior pero haya modificado sus proveedores sanitarios, serán de aplicación las siguientes estipulaciones:

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

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 en un plazo no superior a siete días naturales, a contar desde la fecha del cambio de Entidad prestadora, o de la baja del profesional, centro o servicio.





5. INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN SANITARIA PARA EL CONTROL DE LA PRESTACIÓN

5.1. Normas generales

La Entidad adjudicataria deberá realizar el servicio de acuerdo con lo establecido en el presente pliego, el PCAP y el contrato.

El seguimiento y control de la ejecución del contrato corresponderá a la Subdirección General de Personal del MEFD. La Entidad se responsabilizará del resultado de los trabajos realizados y estará en coordinación permanente con dicha Unidad a través de las personas que a tal efecto se designen por parte de la Administración.

La Entidad se obliga a cumplir todos los requisitos establecidos en Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y en su normativa de desarrollo, en relación con la información y documentación sanitaria relativa a las personas aseguradas del MEFD, así como a salvaguardar el ejercicio de los derechos de los pacientes recogidos en el artículo 10 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica, especialmente en lo que se refiere al consentimiento informado y al respeto de las instrucciones previas, derechos establecidos por los artículos 10 y 11 de la referida ley.

5.2. Información que debe aportar la Entidad

A los fines de un adecuado seguimiento la Entidad proveerá al MEFD de la información necesaria para la evaluación del servicio, su planificación futura y toma de decisiones, facilitando todos los datos sobre los servicios prestados a las personas aseguradas.

La Entidad dispondrá de triple sistema de información:

1. Sistema de información asistencial

La Entidad dispondrá de un sistema que permita conocer el número, tipo y coste de los servicios proporcionados a las personas aseguradas y el país donde se ha producido la asistencia, todo ello según el formato que aparece en el Anexo II del presente PPT.

La Entidad facilitará al MEFD los datos sobre actividad asistencial de cada trimestre natural mediante su remisión, en soporte informático, dentro de los tres meses siguientes a la finalización del período correspondiente.

2. Sistema de información sobre la gestión realizada

La entidad dispondrá de un sistema que permita conocer el número de gestiones realizadas para la aplicación y cumplimiento del contrato, todo ello según el formato que aparece en el Anexo II del presente PPT.





La Entidad facilitará al MEFD los datos sobre la gestión de cada trimestre natural mediante su remisión, en soporte informático, dentro de los tres meses siguientes a la finalización del período correspondiente.

3. Sistema de información sobre los medios ofertados

La información de los medios propios y concertados que la Entidad ofrece para prestar el servicio se enviará en formato electrónico al MEFD anualmente con arreglo a los requisitos que se definen en el Anexo II del presente PPT. La remisión del soporte electrónico conteniendo dicha información se efectuará por la Entidad en el momento de la formalización del contrato y posteriormente, una vez iniciada la ejecución del mismo, la información se remitirá cada año durante el mes de diciembre.

6. PROCEDIMIENTO PARA LAS RECLAMACIONES. COMISIÓN MIXTA

6.1. Comisiones mixtas. Composición

Las personas aseguradas podrán formular reclamaciones a la Entidad relativas al desarrollo del contrato. En caso de no ser atendidas por la misma, la persona asegurada podrá remitir su reclamación al MEFD y ésta se tratará en las reuniones periódicas de la Comisión Mixta, con la finalidad de analizar el servicio y dar cumplimiento con lo establecido en este pliego en cuanto al servicio prestado por el mismo.

Las Comisiones mixtas, de composición paritaria, estarán compuestas por los representantes del MEFD y los de la Entidad, designados por las partes a tal fin, que contarán con poderes y representación suficiente. La presidencia la ostentará la persona titular de la Subdirección General de Personal del MEFD o persona en quien delegue y como secretario actuará un funcionario del MEFD.

6.2. Funciones:

Las funciones de la Comisión Mixta serán:

- a) Seguimiento, análisis y evaluación del cumplimiento del presente contrato.
- b) Análisis de las propuestas del MEFD sobre las compensaciones económicas por incumplimientos parciales del contrato y sobre las deducciones por fallos de disponibilidad.
- c) El conocimiento, estudio y resolución de las reclamaciones que pudieran formularse por las personas aseguradas o, de oficio por el MEFD, en su caso, motivando la causa de esa iniciación de oficio.

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





6.3. Régimen de funcionamiento

El régimen de funcionamiento de la Comisión Mixta será el regulado en los párrafos siguientes y, en lo no previsto en ellos, se aplicarán las normas sobre funcionamiento de los órganos colegiados previstas en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

Las reuniones periódicas de la comisión mixta se podrán convocar por cualquiera de las partes cuando exista un asunto a tratar y fuera necesario.

En caso de incomparecencia a una reunión de los representantes de la Entidad se entenderá que ésta acepta los acuerdos que adopte el MEFD en relación con los asuntos incluidos en el orden del día de la reunión.

De cada sesión se levantará acta por el secretario de la Comisión, cuyo borrador, 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. 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.

6.4. Procedimiento

Las personas aseguradas podrán reclamar del MEFD que acuerde la procedencia de alguna actuación por parte de la Entidad por denegar o no contestar alguna solicitud de prestación o alguna otra de las obligaciones recogidas en el contrato.

Las reclamaciones se formularán por escrito, acompañando cuantos documentos puedan justificar la misma. Preferentemente, el canal de presentación de las reclamaciones para Comisión Mixta de Exterior será a través de la Sede Electrónica o de cualquier registro electrónico de acuerdo a la ley 39/2015 de 1 de octubre del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Recibida cualquier reclamación, si considerase inicialmente que existen razones para su estimación, el MEFD realizará de manera inmediata las gestiones oportunas ante la Entidad para obtener satisfacción a la misma, en cuyo caso se archivará sin más trámites con anotación de la solución adoptada, quedando constancia por escrito de la misma tanto para la Entidad como para el MEFD y la persona asegurada. En caso de que las citadas gestiones no prosperen, se formalizará el oportuno expediente para su inclusión en la siguiente reunión de Comisión Mixta. Estudiado el mismo, se levantará la correspondiente acta, en la que constarán, necesariamente, las posiciones del MEFD y la Entidad sobre la reclamación planteada. En cualquier caso, la reclamación será resuelta por la Subdirección General de Personal MEFD en un plazo máximo de tres meses desde la presentación de la reclamación, notificándose el contenido de la misma a la Entidad y al interesado. Contra las resoluciones dictadas por Subdirección General de Personal del MEFD podrá interponerse recurso de alzada ante la persona titular del MEFD, de acuerdo con lo previsto en los artículos 112 a 122 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre.





En las reclamaciones resueltas positivamente por la Subdirección General de Personal del MEFD el procedimiento de la ejecución será el siguiente, en función del objeto de la reclamación:

- a. Cuando la reclamación tenga por objeto que se autorice una determinada asistencia sanitaria, la Entidad emitirá la correspondiente autorización en el plazo de cinco días hábiles a partir de la notificación de la resolución.
- b. Cuando la reclamación tenga por objeto que la Entidad asuma directamente algún gasto, la Entidad procederá a efectuar el abono al proveedor sanitario, siendo a su cargo en todo caso los posibles recargos o intereses de demora que hubieran podido generarse desde la fecha de la reclamación inicial a la Entidad.
- c. Cuando la reclamación tenga por objeto el reembolso de los gastos reclamados, la Entidad procederá a efectuarlo en el plazo de un mes a partir de la notificación de la resolución, previa presentación, en su caso, de los oportunos justificantes del gasto, que serán devueltos al reclamante si los solicitase.

Dentro de los plazos citados, la Entidad deberá comunicar al MEFD que ha procedido a emitir la autorización, a efectuar el abono directo al proveedor sanitario o a rembolsar los gastos o que no ha procedido a realizar alguna de las actuaciones anteriores por causa ajena a su voluntad

Si el MEFD no hubiese recibido esta comunicación dentro del plazo indicado se expedirá certificación del acuerdo adoptado y de los hechos posteriores y se propondrá el oportuno acuerdo de la Subdirección General de Personal con el fin de deducir importe que corresponda de la inmediata mensualidad que haya de abonarse a la Entidad, aplicándose las penalidades previstas en el PCAP.

7. CONFIDENCIALIDAD, ANONIMATO, GUARDA Y CUSTODIA

El acceso a la información médica derivada de la asistencia sanitaria de cada empleado público se restringirá al propio trabajador, a los servicios médicos responsables de su salud y a la autoridad sanitaria.

La Entidad está obligada a guardar el secreto profesional respecto a la información y documentación proporcionada por el MEFD.

Queda prohibida la reproducción, distribución, comunicación, transformación, puesta a disposición, o cualquier tipo de manipulación de la información confidencial del MEFD, contenida tanto en soportes electrónicos como en soportes convencionales, a ninguna tercera persona física o jurídica.

La Entidad tendrá igualmente la obligación de garantizar que los historiales médicos individuales se conservarán en las condiciones que garanticen su autenticidad, integridad, confidencialidad, preservación y el correcto mantenimiento de la información registrada, durante el tiempo en que sea obligatorio conservarla (mínimo 5 años).





8. PROTECCIÓN DE DATOS

La Entidad se compromete a cumplir lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 y Ley Orgánica española de 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales y en su normativa de desarrollo en relación con la información y documentación sanitaria relativa a los titulares y beneficiarios, así como a salvaguardar el ejercicio de los derechos de los pacientes recogidos en los apartados 1, 3, 4 y 7 del artículo 10 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica, especialmente en lo que se refiere al consentimiento informado y al respeto de las instrucciones previas.

Cualquier dato, especificación o información facilitada por la Administración a la Entidad y al personal a su servicio o a los que hayan accedido en ejecución del contrato, deberán ser considerados por estos como confidenciales, no pudiendo ser objeto, total o parcial, de publicaciones, copia, utilización, cesión o préstamo a terceros.





ANEXO I - COMUNICACIÓN DE DATOS A LA ENTIDAD

El fichero que el Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes remitirá a la Entidad contará con los siguientes campos, posiciones fijas, sin espacios y valores obligatorios excepto donde se indica que puede ser nulo.

TIPO	LONGITUD(1). Valores: T - Titular B - Beneficiario
MOVIMIENTO	LONGITUD(1). Valores: A – ALTA B – BAJA M - MODIFICACION
PARENTESCO	LONGITUD(1). Valores: 1 TITULAR 2 CONYUGE 3 HIJO/A 4 OTROS
APELLIDO1	LONGITUD(22)
APELLIDO2	LONGITUD(22). Puede ser NULO
NOMBRE	LONGITUD(14)
SEXO	LONGITUD(1) . Valores: M - MUJER V – VARON
TIPO_DOC	LONGITUD(1). Valores: 1 DNI/NIF 2 PASAPORTE U OTROS 6 NUMERO DE IDENTIFICACION DE EXTRANJERO
DOCUMENTO	LONGITUD(11)
FEC_NAC	LONGITUD(8). FORMATO AAAAMMDD
PAIS	LONGITUD(3)
DESTINO	LONGITUD(100)
DIRECCION	LONGITUD(200)
FEC_ALTA	LONGITUD(8) . FORMATO AAAAMMDD
FEC_BAJA	LONGITUD(8) . FORMATO AAAAMMDD
NAF	LONGITUD(14) -- PUEDE IR A NULO
TIPO_DOC	LONGITUD(1) . 1 DNI/NIF 2 PASAPORTE U OTROS 6 NUMERO DE IDENTIFICACION DE EXTRANJERO
DOC_TITULAR	LONGITUD(11)

NOTA: En el campo TIPO_DOC si no se dispone de este dato se generará un documento ficticio (por ejemplo, con dos o tres letras y numero consecutivo) y marcado como tipo de documento un 2 (PASAPORTE U OTROS)





ANEXO II - SISTEMAS DE INFORMACIÓN

1. Información sobre actividad.

Deberá remitirse un cuadro por cada uno de los integrantes de la Administración

a) Número de asistencias y pacientes atendidos mensualmente:

- Año:
- Trimestre:

Mes	Importe en euros	Número de asistencias	Pacientes atendidos

b) Número de asistencias por países:

- Año:
- Trimestre:

País	Importe en	Reembolso		Pago directo	
		Importe	Asistencias	Importe	Asistencias

c) Datos desglosados por tipo de asistencia:

- Año:
- Trimestre:

Tipo de asistencia	Pacientes atendidos	Importe en euros	N.º total de asistencias	Importe medio
Asistencia primaria				
Especializada: consultas externas				
Especializada: hospitalización				
Atención de urgencia				
prestaciones farmacéuticas				
Prestaciones ortoprotésicas				
Productos dietéticos				
Transporte sanitario, evacuación y repatriación				

d) Datos desglosados por especialidad

- Año:
- Trimestre:





Especialidad	Pacientes atendidos	Importe en euros	N.º total de asistencias
Medicina General/Familiar.			
Alergología.			
Análisis Clínicos.			
Anatomía Patológica.			
Anestesia y Reanimación.			
Angiología y Cirugía Vascul.			
Aparato Digestivo.			
Cardiología.			
Cirugía Cardiovascular.			
Cirugía General y del Aparato Digestivo.			
Cirugía Oral y Maxilofacial.			
Cirugía Ortopédica y Traumatología.			
Cirugía Pediátrica.			
Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.			
Cirugía Torácica.			
Dermatología Médico-Quirúrgica.			
Endocrinología y Nutrición.			
Estomatología.			
Hematológica y Hemoterapia.			
Medicina Física y Rehabilitación.			
Medicina Intensiva.			
Medicina Interna.			
Medicina Nuclear.			
Medicina Preventiva.			
Microbiología y Parasitología.			
Nefrología.			
Neumología.			
Neurocirugía.			
Neurofisiología Clínica.			
Neurología.			
Obstetricia y Ginecología.			
Oftalmología.			
Oncología Medica.			
Oncología Radioterápica.			
Otorrinolaringología.			
Pediatría y sus áreas específicas.			
Psiquiatría.			
Radiodiagnóstico.			
Reumatología.			
Urología.			





2. Información sobre gestión

Deberá remitirse un cuadro por cada uno de los integrantes de la Administración

a) Tipo de solicitud

- Trimestre:

Tipo de solicitud	Número resueltas	Tiempo medio resolución (días)	Estimadas	Desestimadas	Pendientes número	Pendientes días
Reintegro.						
Pago directo.						
Autorización medios						

b) Forma de presentación

- Trimestre:

Forma presentación	Número	Tiempo medio resolución (días)
Web.		
Presencial.		
Correo.		
Valija.		
Fax.		

3. Información medios ofertados

La información a remitir se compone de 2 tablas:

- Datos de Delegaciones por países:* contendrá la información de las sucursales o representantes acreditados de la entidad por países
- Datos de hospitales y centros sanitarios:* contendrá la información sobre los hospitales y centros sanitarios propios o concertados de la Entidad.

Los datos se enviarán la Administración en dos ficheros, en formato XLS, debiendo remitirse un cuadro por cada integrante de la Administración.

Tanto el orden como el nombre de las columnas han de respetarse, de forma que los ficheros Excel de envío a la Administración, deben de coincidir en cuanto al número de columnas y nombre de las mismas. El formato de celda de todas las columnas de los ficheros Excel a enviar ha de ser tipo «Texto».

Debe existir en todos los casos una primera fila con los identificadores de las columnas Excel, y a continuación estarán todas las filas con los datos correspondientes.





a) Tabla de delegaciones por países:

Contiene los datos de información general de las Delegaciones de la Entidad en cada País. Se cumplimentará una fila por cada Delegación de la Entidad.

Campo	Longitud	Descripción
País.	5	Código del país donde esté ubicada la delegación de la Entidad.
Localidad.	50	Texto de la localidad donde esté ubicada la delegación.
Nombre_responsable.	50	Nombre de la persona de contacto en la Delegación
Apellido1_responsable.	50	Primer apellido de la persona de contacto en la Delegación
Apellido2_responsable.	50	Segundo apellido de la persona de contacto en la Delegación
Sucursal propia.	1	Indicar si tiene sucursal propia o no. Valores posibles S/N.
Representante acreditado	1	Indicar si tiene representante acreditado. Valores posibles S/N.
Direccion.	150	Dirección postal de la delegación de la Entidad.
Telefono_delegacion.	15	Teléfono de la delegación de la Entidad.
Telefono_urgencias.	15	Teléfono de urgencias y de coordinación de recursos.
Fax.	15	Número de fax de la delegación de la Entidad.
Correo_electronico.	60	Dirección de correo electrónico de la delegación.

b) Tablas de hospitales y centros sanitarios

Contiene la información de todos los hospitales y clínicas (con internamiento) privados propios o concertados por la Entidad. Se cumplimentará una fila por cada hospital o clínica.

Campo	Longitud	Descripción
Clinica_hospital.	150	Denominación del hospital o centro sanitario.
País.	5	Código del país.
Localidad.	50	Texto de la ciudad donde este ubicado el centro hospitalario.
Servicio_urgencias	1	Indicar si tiene servicio de urgencias o no. Valores posibles S/N.
Direccion	150	Dirección postal de la de la Clínica u Hospital.
Telefono_clinica	15	Teléfono contacto.
fax	15	Número de fax del Hospital o Centro Sanitario.
Correo_electronico	60	Dirección de correo electrónico de Hospital o Centro Sanitario.





ANEXO III - SISTEMAS DE INFORMACIÓN

OTROS SERVICIOS. ASISTENCIAS PREVENTIVAS.

1. Inmunizaciones.

- Vacunas del programa de vacunación infantil del Sistema Nacional de Salud Español y/o del Estado de residencia o destino.
- Vacunas del programa de vacunación del adulto del Sistema Nacional de Salud Español y/o del Estado de residencia o destino.
- Vacunas del calendario de vacunación a lo largo de toda la vida del Sistema Nacional Español y/o del Estado de residencia o destino.
- Vacunaciones sistemáticas recomendadas por la Organización Mundial de Salud, así como aquellas recomendadas en función de la zona geográfica de residencia o trabajo, o por pertenecer a grupos de riesgo.
- Campañas específicas de vacunación establecidas como obligatorias por el Estado de residencia o destino.
- Vacunas obligatorias para viajeros que vengan exigidas para la entrada en el país de acuerdo al Reglamento Sanitario Internacional, siempre que el motivo de desplazamiento sea laboral.

2. Programas de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas de la cartera común básica del Sistema Nacional de Salud Español.

3. Programas de cribado de cáncer de la cartera común básica de los servicios asistenciales del Sistema Nacional Español.

