

GUÍA SOBRE EL CONCIERTO SANITARIO DE 2014 DE MUGEJU CON LAS ENTIDADES DE SEGURO.

Mugeju ha suscrito nuevo concierto sanitario para la asistencia sanitaria en 2014, con todas las entidades médicas con las que venía contando hasta ahora, es decir, con Asisa, SegurCaixa Adeslas, Caser, DKV, Mapfre y Sanitas.

Conservar esta diversidad de opciones entre las que puede elegir el beneficiario para obtener la asistencia sanitaria, constituye en este momento, un plus de calidad en la elección de la opción sanitaria que Mugeju ha conseguido para su colectivo.

No obstante, este nuevo concierto de asistencia sanitaria para 2014 presenta **cambios significativos**, ya que se ha abordado una **modificación sustancial de los medios asistenciales**, de los que deben disponer las entidades en cada localidad.

Por esta razón, es necesario que se **compruebe en el cuadro médico de las entidades**, los medios con los que cuenta cada compañía, de forma que se pueda seleccionar la alternativa que resulte más favorable a cada necesidad, haciendo uso, en su caso, del **cambio de opción sanitaria durante el mes de enero de 2014**.

Es muy importante que se compruebe la continuidad de la vinculación con la entidad, de médicos o centros hospitalarios, a los que se acude habitualmente, consultando el cuadro de proveedores o bien preguntando al médico o al centro directamente.

PREGUNTAS MÁS FRECUENTES

¿Dónde puedo encontrar el texto de los conciertos suscritos con las entidades?

En la página web de Mugeju (en el apartado Asistencia Sanitaria concertada en territorio nacional) y en el BOE de 8 de enero de 2014, encontrará el concierto suscrito con las entidades de seguro.

¿Dónde puedo consultar los cuadros médicos de las entidades?

En la página web de Mugeju o en las páginas web de su entidad que son las siguientes:

www.adelas.es

www.asisa.es

www.caser.es

www.dkvseguros.com/mugeju

www.mapfre.com/salud

www.sanitas.es/mugeju

¿Cómo puedo obtener un catálogo de proveedores?:

Los mutualistas de la Mutualidad General Judicial pueden solicitar el Catálogo de Proveedores provincial, tanto en su versión impresa como en formato electrónico, a través del teléfono de información al asegurado, señalados anteriormente o en cualquier oficina de la entidad.

¿Cómo utilizar los medios de la entidad?

El mutualista o beneficiario puede elegir libremente facultativo o centro de entre los que figuran en los catálogos de proveedores de su compañía.

Para ello, los mutualistas o beneficiarios deben identificarse exhibiendo la tarjeta sanitaria de la entidad. En el supuesto de no disponer de ella, en caso de urgencia, puede identificarse con la tarjeta de afiliación.

¿Cuáles son los teléfonos de información general de las entidades?

<u>Entidades Médica</u>	<u>Nº Información</u>
ASISA	902 010 010
CASER	901 332 233
DKV SEGUROS	902 499 600
MAPFRE FAMILIAR	902 204 060
SANITAS	902 102 400
SEGURCAIXA	
ADESLAS	902 200 200

¿Qué hago en caso de necesitar asistencia sanitaria de urgencia?

El nuevo concierto de 2014 refuerza la obligación de acudir a medios concertados para cualquier asistencia, incluyendo la atención de urgencia, que deberá recabarse siempre del teléfono gratuito de urgencias facilitado por la entidad a la que se encuentre adscrito y que da acceso al **Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias**.

Desde este teléfono se canalizará la demanda de urgencias y emergencias sanitarias y se le indicará las medidas a seguir y se le informará de los medios de urgencia hospitalarios, ambulatorios y de atención primaria disponibles y, en general, sobre cualquier otro aspecto relacionado con este tipo de atención.

El teléfono se puede encontrar en el reverso de su tarjeta sanitaria o en los catálogos de proveedores de su entidad y en su página web y en la página web de Mugeju.

TELÉFONOS DE URGENCIAS 24 horas	
ASISA	900 900 118
CASER	900 342 234
DKV SEGUROS	900 300 799
MAPFRE FAMILIAR	900 122 122
SANITAS	900 842 025
SEGURCAIXA	900 322 237
ADESLAS	

La asistencia urgente también podrá demandarse **directamente de los facultativos de medicina general o de familia, pediatría y enfermería de la entidad y de los servicios de urgencia propios de centros hospitalarios de la Entidad**.

La utilización de servicios distintos a los asignados dará lugar a facturación de cargos al beneficiario, que no serán reintegrados salvo en casos excepcionales de urgencia de carácter vital o denegación injustificada de asistencia.

En algunos municipios de menos de 20.000 habitantes, los servicios de urgencias pueden ser prestados por los servicios de salud de las Comunidades Autónomas.

¿Puedo acudir a servicios de urgencias ajenos a mi entidad?

No, siempre deben usarse los servicios de la entidad. Si utiliza medios ajenos a su entidad, deberá abonar los gastos que puedan ocasionarse sin derecho al reintegro de los mismos, salvo en los supuestos excepcionales de denegación injustificada de asistencia o asistencia urgente de carácter vital los que no se haya podido acudir a medios propios siempre que concurren los requisitos de elección razonable del medio ajeno teniendo en cuenta las circunstancias de lugar y tiempo en que la patología se haya producido, y la falta de capacidad de decisión del enfermo y, en su caso, de las personas que prestaron los primeros auxilios.

En el supuesto de que no existieran medios concertados, es necesario acudir a otros medios privados y únicamente si no existieran, se autoriza acudir a medios públicos.

¿Cómo puedo autorizar las pruebas médicas?

Presencialmente, en cualquiera de las delegaciones de su entidad o por teléfono, por fax o a través de la página web de la Entidad.

<u>Entidad</u>	<u>Telf. autorizaciones</u>	<u>Fax. autorizaciones</u>
ASISA	902 010 010	902 010 444
CASER	901 332 233	912 033 051
DKV SEGUROS	902 499 600	902 499 000
MAPFRE FAMILIAR	902 204 060	917 097 465
SANITAS	902 102 400	
SEGURCAIXA		
ADESLAS	902 200 200	902 205 205

¿Cómo puedo saber qué medios debe ofrecer la entidad en cada localidad?

En el anexo 3 del concierto sanitario se recogen los municipios de España, separados o agrupados con otros municipios. **Esas agrupaciones de municipios**, que se encuentran muy próximos, suponen que los servicios exigidos pueden ofertarse en cualquiera de los municipios de la agrupación.

Para saber en qué nivel asistencial se encuentra encuadrada una localidad, hay que buscarla en las relaciones de municipios que se contienen en el anexo 3, en sus distintos niveles y por orden alfabético de provincia.

A su vez, las especialidades que debe ofrecer la entidad se exigen en cada nivel se especifican en el punto 3.9 del anexo 3.

Los niveles asistenciales son los siguientes:

- **Atención Primaria:** municipios de menos de 20.000 habitantes
- **Atención Especializada:** municipios a partir de 20.000 habitantes, distribuidos a su vez en cuatro niveles en función de la complejidad de las especialidades y de las infraestructuras sanitarias, de forma que los servicios de mayor complejidad - niveles 3 y 4- se concentren en centros y unidades con garantías de calidad y seguridad.
- **Servicios de referencia:** para la atención de patologías que requieren un alto grado de especialización

¿Qué ocurre si el médico o el hospital que me está tratando causa baja en la entidad a la que estoy adscrito?

El **Principio de continuidad asistencial** establece la obligación de la Entidad de garantizar esa asistencia durante los 6 meses siguientes a la baja del médico o centro hospitalario pero únicamente en procesos patológicos graves. En otros casos, el paciente debe acudir a otro médico o centro del catálogo de la entidad.

¿Cuáles son las principales modificaciones introducidas por el nuevo concierto para la de Mugeju en 2014?

En línea con las reformas impulsadas en el resto del sistema nacional de salud, Mugeju ha abordado una reestructuración y revisión de la cartera de servicios, armonizándola con la cartera de servicios del sistema nacional de salud y procurando una mayor eficiencia y seguridad para el paciente. En este orden de cosas, las prestaciones que experimentan cambios más significativos son las siguientes:

- ❖ **Reproducción Humana Asistida (RHA):** Estas técnicas se aplicarán cuando la mujer sea mutualista o beneficiaria de Mugeju. Los límites y condiciones de la prestación se asimilan a las del resto del Sistema Nacional de Salud:
 - edad máxima: mujeres mayores de 18 años y **menores de 40 años**, y hombres mayores de 18 años y menores de 55 años en el momento del inicio del estudio. La criopreservación de preembriones y su transferencia se aplicará en mujeres menores de 50 años.
 - no tener ningún hijo, previo y sano. En el caso de parejas, sin ningún hijo común, previo y sano.
 - Número máximo de ciclos de la técnica de Fecundación in vitro: tres ciclos.

❖ **Atención a la salud bucodental:** se suprime la cobertura de la periodoncia, prestación que no está incluida en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.

❖ **Transporte sanitario**

- Transporte sanitario no urgente: Se incluye la previsión de una aportación en las condiciones y límites que se determinen para el conjunto del SNS.
 - Se suprime el taxi como medio de transporte sanitario.
 - Otros supuestos de transporte: se compensarán los gastos de transporte en los casos de desplazamientos a Servicios de nivel IV y Servicios Referencia, ubicados en una provincia distinta a la de residencia o cuando la entidad no tenga disponible los medios exigidos.
- ❖ **Podología.** Se determina un límite máximo de 6 sesiones/año de podología en los casos en los que está cubierta.
- ❖ **Medicamentos de uso hospitalario:** se dispensarán con una aportación reducida por parte del beneficiario, con un límite de 4,26 €.

∞