
PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS

Contrato privado de servicios de seguro médico que tiene por objeto prestar la asistencia sanitaria al personal integrado en activo y sus beneficiarios dependientes del Excmo. Ayuntamiento de Calahorra, aprobado por la Junta de Gobierno Local reunida en sesión de fecha 14 de noviembre de 2016

1ª.- OBJETO DEL CONTRATO

Es finalidad de este contrato, la prestación de la asistencia médica al colectivo de los funcionarios "integrados", en activo, de este Ayuntamiento. Es decir, aquellos funcionarios, que hoy siguen formando parte de la plantilla municipal, y que en fecha 1 de abril de 1993, se vieron afectados por la integración en el régimen General de Seguridad Social, provenientes de la extinguida MUNPAL.

En aplicación de lo previsto en la Disposición transitoria 5ª, punto 2ª del R.D. 480/93 de 2 de abril, por el que se integra en el Régimen General de la Seguridad Social el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Funcionarios de la Administración Local, el Ayuntamiento de Calahorra (La Rioja), previa consulta con las Organizaciones Sindicales más representativas, por acuerdo plenario de fecha 29 de abril de 1993 acordó continuar prestando la asistencia sanitaria con la modalidad establecida en la fecha de la integración, esto es mediante concierto con Entidad Privada de Asistencia Médica, decisión que se mantiene vigente en la actualidad.

El presente Pliego de Prescripciones Técnicas, por tanto, tiene por objeto detallar las condiciones de suscripción de un Seguro Médico Colectivo de Asistencia Sanitaria, con la misma cobertura, en términos de intensidad y extensión que los prestados por Seguridad Social para el resto de funcionarios cuyo ingreso en el Ayuntamiento tuvo lugar con posterioridad al 1 de abril de 1993. Como referencia, a efectos de concretar el contenido de las prestaciones, será utilizado el Convenio MUFACE aprobado por la referida mutualidad vigente cada año.

Mediante el cobro por el Asegurador de la correspondiente prima en la forma y dentro de los límites pactados en el presente pliego y en el de cláusulas administrativas particulares, el Asegurador atenderá las necesidades de asistencia / prestaciones del Asegurado en, al menos, iguales términos de extensión e intensidad que la atención prestada por Seguridad Social y usando como referencia, las recogidas en el concierto de cobertura MUFACE para la prestación de servicios de asistencia sanitaria vigente en cada anualidad del seguro (excluyendo las prestaciones de asistencia sanitaria por enfermedad profesional y accidentes de trabajo, así como las prestaciones farmacéuticas), y en el catálogo de las coberturas de asistencia sanitaria que establece este pliego y deberán ser consideradas como coberturas mínimas.

No se admitirán en ningún caso, variaciones al contenido del presente pliego, salvo en lo relativo al ajuste o mejoras de las posibles modificaciones contenidas en el concierto MUFACE que se vayan publicando anualmente.

2ª.- AMBITO DEL SERVICIO DEL SEGURO MÉDICO

El ámbito asistencial del presente contrato privado de suscripción de un Seguro Médico Colectivo de Asistencia Sanitaria, lo constituye el colectivo de FUNCIONARIOS/AS INTEGRADOS EN ACTIVO del Excmo. Ayuntamiento de Calahorra (La Rioja) y sus BENEFICIARIOS, según el número, edades y sexos que se determinan en el Anexo I de este Pliego, cifra de personas que sufrirá, durante el plazo de ejecución del contrato, las oportunas actualizaciones, tanto en mayor como en menor número, sin que ello pueda suponer modificación en el precio unitario y mensual de prima, por lo que no constituirá una modificación del contrato.

3ª.- ASISTENCIA SANITARIA

El contrato de servicios de seguros médicos que tiene por objeto prestar la asistencia sanitaria al personal integrado en activo y sus beneficiarios, dependientes del Excmo. Ayuntamiento de Calahorra sometido al presente contrato, tiene por objeto la prestación de los servicios médicos conducentes a conservar y restablecer la salud de los funcionarios integrados en activo, así como de su aptitud para el trabajo, y sus beneficiarios, dependientes del Excmo. Ayuntamiento de Calahorra, proporcionando también los servicios convenientes para completar las prestaciones médicas, estableciendo como marco regulador de sus derechos y obligaciones los conciertos suscritos con igual fin y para sus beneficiarios, por MUFACE con las distintas Entidades Privadas de Asistencia Médica, excluyendo de las contingencias cubiertas por las prestaciones de asistencia sanitaria, a las de enfermedad profesional y accidentes de trabajo, así como a las prestaciones farmacéuticas.

Todas las prestaciones de servicios médicos, a salvo del marco mínimo referencial de los expresados Conciertos suscritos por MUFACE y las Entidades Privadas de Asistencia Médica, se otorgarán con la intensidad y la extensión previstas en el Régimen General de la Seguridad Social. Bajo ningún concepto supondrán gastos para los beneficiarios o costes adicionales para el Ayuntamiento de Calahorra, el incumplimiento por parte de la Entidad Privada de Asistencia Médica o aseguradora de su obligación de cubrir todos los servicios médicos concertados, de acuerdo con las condiciones que rijan en cada momento en el Régimen General de la Seguridad Social.

El Proyecto de seguro de los licitadores se describirá exhaustivamente en la documentación integrante de la oferta que se presente, en el documento "PROYECTO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ASISTENCIA SANITARIA", que incluirá entre otros elementos o datos los siguientes:

- Cuadro médico de la ciudad de Calahorra dependiente o concertado con la Entidad, incluyendo todo tipo de detalles de personal, medios técnicos, horarios, etc.

- Cuadros médicos de cada uno de los niveles geográficos vinculados a Calahorra.
- Sistema de asistencia para las urgencias, especificando la utilización de medios propios de la Entidad y de medios ajenos a ella.
- Admisión de todas las patologías preexistentes en el personal asegurado sin ningún tipo de franquicia o gasto supletorio.
- Régimen de prestación de prótesis quirúrgicas, físicas ortopédicas permanentes o temporales (así como su oportuna renovación), y vehículos para inválidos.
- Régimen de asistencia y urgencias en el extranjero.
- Descripción del sistema de petición de servicios y resolución de incidencias.

Asimismo, se incluirá la descripción del procedimiento por el cual los tratamientos postoperatorios o continuados, de forma ordinaria deberán ser prestados por los mismos profesionales o Centros Médicos que los iniciaron, y las posibles excepciones a esta regla general.

4ª.- SUJETOS DE LA CONTRATACIÓN

Oferente: Las entidades Aseguradoras oferentes, que deberán estar inscritas en el Registro Administrativo de entidades aseguradoras y reaseguradoras de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, con la autorización precisa en el ramo de “enfermedad y asistencia sanitaria”:

Tomador del seguro: Ayuntamiento de Calahorra.

Asegurados: Colectivo de personal señalado en la cláusula segunda de este pliego.

Efectos del seguro: Las 0 horas del día 1 de enero de 2017.

Vencimiento del seguro: las 24 horas del día 31 de diciembre de 2020.

5ª.- CONDICIONES DE ADHESIÓN DEL SEGURO Y POSTERIORES ALTAS

La adhesión a la Póliza de los Asegurados definidos en el Anexo I, será automática en el momento de toma de efecto del contrato, sin necesidad ni exigencia de cumplimentación de boletines de adhesión y/o declaración de salud, asumiendo las actuales condiciones de tratamientos de salud en los que los referidos asegurados están inmersos.

Con objeto de valorar esta circunstancia se facilita información sobre la fecha de inicio de la situación de incapacidad laboral de los asegurados, en el momento de aprobación del presente pliego de prescripciones técnicas (Anexo II).

Para las sucesivas altas, bastará con la comunicación de las mismas a la Compañía de Seguros.

Tendrán la condición de asegurados, todos los funcionarios municipales en activo que integran el colectivo de funcionarios integrados, es decir, que en fecha 1 de abril de 1993 pasaron a integrarse en el régimen general de Seguridad Social conforme a lo dispuesto en el Real Decreto 480/1993 de 2 de abril, así como sus beneficiarios.

Tienen la condición de beneficiarios, los familiares de los asegurados, en iguales términos y condiciones de parentesco, edad, etc., que los establecidos por la normativa de seguridad social para determinar su condición de beneficiarios en el régimen general de seguridad social.

6ª.- PRECIO DEL CONTRATO

Se establece un precio unitario, por asegurado o beneficiario, de 60 Euros persona/mes. Lo que, considerando un colectivo de 70 personas, entre asegurados y beneficiarios, lleva a un precio de licitación de 50.400,00 Euros/año.

Este contrato, al ser su objeto la prestación sanitaria, no está sujeto a IVA.

7ª.- FORMA DE PAGO DE LA PRIMA TRIMESTRAL

El pago del precio del presente contrato, se efectuará trimestralmente. El pago se realizará en el plazo máximo de un mes a contar desde la fecha de emisión por parte de la aseguradora de la correspondiente documentación referida a los tres meses anteriores y en función del número de asegurados que figuren en alta el primer día del referido periodo trimestral. Durante el periodo de pago de un mes se mantendrán en vigor todas las coberturas del contrato.

Para una correcta liquidación y pago, se actualizará la relación de asegurados y beneficiarios previamente a cada facturación, en atención a las altas, bajas y modificaciones que hayan tenido lugar durante los tres meses anteriores.

8ª.- PRIMA DE RENOVACION

La prima de renovación de cada anualidad será la misma durante la duración del contrato, alternándose la cantidad total en función del número de asegurados que figure al inicio del trimestre de

cada periodo de pago, sin que se produzca ningún tipo de regularización por altas o bajas producidas en los referidos periodos trimestrales.

9ª.- DURACIÓN DEL CONTRATO

El contrato tendrá una duración de un año, si bien podrá ser prorrogado de mutuo acuerdo expreso de ambas partes por periodos anuales hasta un máximo de tres años más.

10ª.- CONDICIONES GENERALES

Las prestaciones básicas garantizadas son la que constituyen el contenido mínimo de la póliza de asistencia sanitaria y no podrán en ningún caso ser inferiores al cuadro de prestaciones que el sistema público de salud (seguridad Social) ofrece al resto de funcionarios, utilizando como referencia las prestaciones del convenio de MUFACE, y que a continuación, a modo meramente orientativo (nunca limitativo) se relacionan:

- A. Atención Primaria.
- B. Atención Especializada.
- C. Atención de Urgencias.
- D. Programas Preventivos
- E. Cuidados Paliativos.
- F. Rehabilitación.
- G. Salud Bucodental.
- H. Transporte Sanitario, Evacuación y Repatriación.
- I. Asistencia en el extranjero.
- J. Otras prestaciones.

11ª.- OTRAS CONDICIONES

1.-Dentro de cada anualidad de seguro (un año de vigencia del contrato, así como las tres posibles prórrogas anuales de duración máxima del contrato), se mantendrán todas las garantías concertadas, y salvo el propio vencimiento del contrato o de las prórrogas que se acuerde, la Compañía Aseguradora no podrá rescindir la póliza.

2.- Toda vez que este contrato tiene por objeto prestar al colectivo incluido como destinatarios del servicio, un sistema de asistencia sanitaria equivalente al prestado al resto de funcionarios, por el sistema público de salud de la Seguridad Social, no podrán darse exclusiones por razones relativas a PREEXISTENCIAS y PERIODOS DE CARENCIA. En consecuencia, no procede limitación alguna por razón de edad o como consecuencia de enfermedades preexistentes o congénitas, ni por accidentes previos a la entrada en vigor de la cobertura, entrando así mismo la cobertura en vigor de manera inmediata a partir de la fecha de efecto de la póliza que se contrate, de modo que la póliza será indisputable, y se reconoce plenitud de derechos desde la firma de la misma o en su caso, desde las incorporaciones posteriores a la misma, sin que el Asegurador pueda negar sus prestaciones alegando existencia de enfermedades anteriores.

3.- Finalizado el contrato, si se produjera un cambio de compañía aseguradora de la asistencia médica, o un traspaso de usuarios, a la Seguridad Social, el contratista facilitará al nuevo servicio médico, entidad aseguradora o entidad prestadora de la asistencia médica, los expedientes completos de los asegurados y beneficiarios, con cuantos antecedentes médicos, pruebas, diagnósticos, documentos y datos en general que obren en los expedientes.

4.- El servicio de asistencia médica comprenderá la totalidad del territorio nacional e incluirá el servicio en el extranjero, en los términos y con el alcance de la prestación de seguridad social, con referencia a la prestación de MUFACE.

5.- La prestación de los servicios médicos incluidos en el contrato, en ningún caso podrán suponer un desembolso o anticipo económico para los asegurados y beneficiarios, debiendo el contratista asumir directamente el coste, incluso en el extranjero.

6.- El contratista deberá poner a disposición del Ayuntamiento y de los asegurados y beneficiarios, un servicio permanente 24 horas al día/365 días al año, al que poder dirigirse en caso de necesitar asistencia urgente, cualquiera que sea la localización geográfica del usuario.

7.- El contratista deberá poner a disposición del Ayuntamiento y de los asegurados y beneficiarios, un servicio de recepción de solicitudes de asistencia para los casos en que pudiera haber alguna incidencia (por ejemplo, duda o discrepancia por el servicio médico sobre si una prestación está incluida o no), que dará respuesta formal en un plazo máximo de 48 horas sobre la incidencia planteada.

8.- En el caso de urgencias o emergencias graves, se prestará el servicio mínimo que permita la mejor prestación sanitaria del usuario, sin perjuicio del posterior tratamiento de la incidencia que pudiera existir.

9.- El contratista garantizará que la asistencia médica se preste de forma, al menos, equivalente en términos geográficos a la prestación existente por el servicio público de salud.

10.- En el supuesto de que un asegurado (titular o beneficiario) precisase asistencia en un municipio donde no exista facultativo de atención primaria de la aseguradora, se garantizará la posibilidad de que sea atendido en la consulta privada de otro facultativo de atención primaria, o bien

en el Centro de Salud o consultorio periférico del Instituto Nacional de la Salud, a elección de paciente, debiendo de responsabilizarse el adjudicatario del pago de dicha consulta.

11.- Las referencias que se contienen en este pliego sobre asistencia médica en el extranjero, se entenderán en los términos asistenciales establecidos en el convenio de MUFACE y siempre con el mínimo que supone el marco de prestaciones establecido para el sistema público de salud (Seguridad Social).

12ª.- En la asistencia sanitaria que se contrata rige el principio de libertad de elección de facultativos y centros de entre los que figuren en el cuadro médico, propio o concertado, de la aseguradora.

13ª.- La aseguradora vendrá obligada a entregar a cada titular asegurado, de forma gratuita, el documento o documentos que le acrediten como beneficiario de la asistencia médica y hospitalaria, así como la documentación impresa de que disponga para conocimiento del cuadro de facultativos, catálogo de servicios, centro o centros permanentes de atención, hospitales y clínicas con sus direcciones, horarios de consulta de los facultativos, servicios de información, urgencias, asistencia ambulatoria, etc.

Así mismo, los asegurados tendrán información de los protocolos de actuación con ocasión de los desplazamientos a países extranjeros, así como teléfonos, direcciones, etc. a los que dirigirse y comunicar las necesidades de atención en los países a los que se hayan desplazado.

14ª.- Cualquier prestación no incluida expresamente en esta pliego, pero que se incluya en las prestaciones sanitarias ofrecidas por Seguridad Social, o en el convenio de MUFACE, ha de entenderse necesariamente incluida en el contenido del contrato, siendo obligatoria su prestación.

12ª.- CONFIDENCIALIDAD Y COMPROMISO.

La adjudicataria se obliga a mantener la confidencialidad de los datos que le sean suministrados en ejecución del contrato de seguro o de las condiciones previstas en el pliego de prescripciones técnicas o en el pliego de cláusulas administrativas que rigen en la contratación de la póliza, no pudiendo utilizar los mismos salvo para las finalidades específicas y especialmente delimitadas que se derivan de la cobertura de riesgos. Asimismo se obliga a mantener controlado el acceso a los datos a los que se hace referencia en el párrafo anterior en el caso de que hayan o hubieran sido informatizados, en los términos previstos en cada momento en la legislación vigente en materia de regulación del tratamiento automatizado de datos de carácter personal.

Noviembre de 2016

ANEXO I

RELACIÓN PROTEGIDA DE FUNCIONARIOS INTEGRADOS CON BENEFICIARIOS

Orden	Funcionario	Titulares	Sexo	Edad
1	1	JFJN	V	31/12/1963
2		IFM	M	03/02/1963
3		SJM	V	23/06/1994
4	2	MCGF	M	12/01/1963
5		DPG	V	04/07/2006
6	3	CCP	V	27/07/1955
7	4	JIMU	V	07/08/1962
8		AMG	M	02/06/1994
9	5	MAVT	M	22/04/1964
10	6	MPGH	M	05/10/1954
11	7	ALA	M	15/06/1952
12	8	EPM	V	30/10/1956
13		APR	V	08/10/1991
14	9	MASFA	M	10/04/1957
15	11	JFAG	V	18/03/1957
16		RAL	V	13/12/1996
17	12	LEPB	V	17/03/1957
18		MRRQ	M	30/05/1961
19	13	JRDG	V	31/08/1958
20	14	RPG	V	07/06/1960
21		MABM	M	07/04/1961
22		APB	M	02/07/1991
23		AMPB	M	15/08/1997
24	15	FAR	V	09/05/1962
25		JPP	M	22/11/1961
26	16	ANB	V	14/02/1964
27		MCML	M	14/08/1967
28		PNM	V	06/02/2002
29		CNM	M	11/02/2004
30	17	ABG	M	26/08/1963
31	18	AMO	M	21/03/1964
32	19	AHM	M	24/08/1964
33		CBH	M	23/04/1996
34	20	CAMT	V	24/01/1963
35		EMF	M	24/04/1991
36		MMF	V	08/09/1994
37	21	MJAO	M	23/04/1965
38		EMA	V	15/11/1993

39		VMA	V	13/02/1998
40	22	MVMP	M	17/11/1966
41		BSM	M	19/11/1994
42	23	JSC	V	21/03/1954
43	24	DGF	V	16/09/1959
44		ADQ	M	02/04/1964
45	25	FEM	V	02/04/1954
46		NMBG	M	07/08/1959
47		NIEB	M	30/08/1997
48		DEB		14/02/2001
49	26	LACA	V	15/08/1956
50		MCGE	M	02/09/1966
51	27	FJCR	V	01/06/1955
52		CCP	M	30/08/1957
53	28	MAAO	M	01/05/1957
54	29	CAJ	M	10/07/1961
55	30	RAA	M	28/12/1961
56	31	ACB	V	07/06/1961
57	32	MAGL	M	05/01/1962
58		ÁCG	V	04/07/1994
59	33	ELR	V	08/08/1962
60	34	MMH	M	29/03/1962
61		RHM	V	03/02/1998
62	35	MBRG	M	08/03/1961
63		MRR	V	09/03/1993
64	36	CTL	M	13/01/1966
65		MCT	V	01/06/2002
66	37	JMLL	V	22/09/1967
67		SIM	M	03/05/1967
68		SLI	M	27/04/1992
69		DLI	V	07/06/1997
70	38	TIB	V	07/03/1956

ANEXO II

RELACIÓN FUNCIONARIOS EN INCAPACIDAD LABORAL

Colectivo	Sexo	Fecha nacimiento	Situación	Fecha baja
funcionario	V	02/04/1954	I.T.	01-06-2016