

Por lo demás, confirmado dicho defecto resulta innecesario abordar el a los requisitos formales de la certificación del acuerdo del Consejo de Dirección.

Esta Dirección General ha acordado estimar parcialmente el recurso, con revocación de la decisión y la nota del Registrador respecto de los defectos expresados en el apartado I de ésta; y confirmar la calificación del Registrador respecto de la insuficiencia de facultades de quien alega la representación del Ente Vasco de la Energía para constituir la Agrupación de Interés Económico, en los términos que resultan de los precedentes fundamentos de derecho.

Madrid, 22 de noviembre de 2002.—La Directora general, Ana López-Monís Gallego.

Sr. Registrador Mercantil XII de Barcelona.

## MINISTERIO DE DEFENSA

**25349** *RESOLUCIÓN 320/38234/2002, de 10 de diciembre, de la Dirección General de Armamento y Material, por la que se modifica la de 13 de noviembre de 1995, por la que se declaran de homologación obligatoria, antes de su adquisición por los diversos organismos del Ministerio de Defensa, varios productos.*

Esta Dirección General, de acuerdo con lo establecido en el Reglamento de Homologación de la Defensa (Real Decreto 324/1995, de 3 de marzo), y a propuesta de la Comisión Técnico-Asesora de Homologación, acuerda lo siguiente:

Modificar el anexo de la Resolución de esta Dirección General número 320/39148/1995, de 13 de noviembre («Boletín Oficial del Estado» número 280), en lo concerniente a anular la declaración de homologación obligatoria de los disparos de 20 mm x 102 de ejercicio (TP y TP-T), en los términos expresados en dicha Resolución.

Declarar de homologación obligatoria, antes de su adquisición por los diversos Organismos del Ministerio de Defensa, los disparos de 20 mm x 102 de ejercicio (TP y TP-T), utilizándose como norma de referencia para el proceso de homologación la norma militar NM-R-2887 MA, con fecha de entrada en vigor de esta declaración el día 1 de febrero de 2003.

Lo que se hace público para general conocimiento.

Madrid, 10 de diciembre de 2002.—El Director general, Carlos Villar Turrau.

**25350** *RESOLUCIÓN 251/2002, de 16 de diciembre, del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, por la que se publican los conciertos suscritos con entidades de seguro para la prestación de asistencia sanitaria durante el año 2003.*

En aplicación de lo dispuesto en los artículos 14, uno, del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2000, de 9 de junio, y 75 dos y tres, de su Reglamento General, aprobado por Real Decreto 2330/1978, de 29 de septiembre, la Gerencia del Instituto Social de las Fuerzas Armadas suscribió Concierto, con fecha 30 de diciembre de 1986 y en régimen de prórrogas anuales sucesivas, con el Instituto Nacional de la Seguridad Social y la Tesorería General de la Seguridad Social, para que los afiliados y demás beneficiarios del Régimen Especial de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas pudieran recibir la prestación de asistencia sanitaria a través de la Red Sanitaria de la Seguridad Social, con arreglo a las condiciones vigentes para el Régimen General.

Al amparo de los preceptos antes citados, el ISFAS, previa convocatoria pública, ha suscrito asimismo Concierto con diversas Entidades de Seguro de Asistencia Sanitaria, con vigencia durante los años 2003 y, mediante acuerdo de prórroga, 2004 y 2005.

A fin de facilitar la elección de aquellos titulares del ISFAS que pueden optar por recibir la asistencia sanitaria a través de la Red Sanitaria de la Seguridad Social o por una Entidad de Seguro concertada, teniendo en cuenta las salvedades que se establecen en la Instrucción 297/2001, de 28 de diciembre, del Subsecretario de Defensa, y para que conozcan

el contenido y régimen de la prestación en caso de que opten por una Entidad de Seguro, esta Gerencia acuerda:

Primero.—Publicar, como anexo a esta Resolución, el texto del Concierto suscrito para la asistencia sanitaria de los afiliados y demás beneficiarios del ISFAS durante los años 2003 y, en caso de acuerdo de prórroga, 2004 y 2005, con las siguientes entidades de seguro:

«Aseguradora Islas Canarias, Sociedad Anónima» (ASEICA).  
 «Asistencia Médica Colegial Extremeña, Sociedad Anónima de Seguros» (AMECESA).  
 «Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, Sociedad Anónima» (ASISA).  
 «Caja de Seguros Reunidos, Cía de Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima» (CASER).  
 «Compañía de Seguros Adeslas, Sociedad Anónima».  
 «DKV, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros».  
 «GROUPAMA, Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima».  
 «La Equitativa de Madrid, Compañía de Seguros, Sociedad Anónima».  
 MAPFRE Caja Salud de Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima».

Segundo.—Hacer público igualmente que las modalidades asistenciales especiales detalladas en el Anexo VII del Concierto han quedado asignadas a las siguientes entidades:

«Aseguradora Islas Canarias, Sociedad Anónima» (ASEICA).  
 «Asistencia Médica Colegial Extremeña, Sociedad Anónima» de Seguros (AMECESA).  
 «Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, Sociedad Anónima» (ASISA).  
 «Caja de Seguros Reunidos, Cía de Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima» (CASER).  
 «Compañía de Seguros Adeslas, Sociedad Anónima».  
 «La Equitativa de Madrid, Compañía de Seguros, Sociedad Anónima».  
 «MAPFRE Caja Salud de Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima».

Tercero.—Determinar que, durante el mes de enero de cada uno de los años 2003, 2004 y 2005, los titulares afiliados al ISFAS con posibilidad de elección y que lo deseen puedan cambiar de Entidad, mediante la oportuna solicitud, y adscribirse a alguna de las relacionadas en el apartado primero o segundo, en el caso de las modalidades asistenciales especiales, o bien acogerse al Concierto con el INSS y la TGSS cuando se opte por recibir la asistencia a través de la Red Sanitaria de la Seguridad Social.

El cambio a que se hace referencia se solicitará, por el titular o persona debidamente autorizada, en la Delegación o Subdelegación del ISFAS a cuyo ámbito pertenezca o, en el caso de Madrid, en cualquiera de las Oficinas Delegadas, debiendo unirse a la solicitud fotocopia del documento nacional de identidad del titular y, en su caso, de la persona que actúe en su nombre, así como documento de afiliación para su sustitución.

El plazo del mes de enero de cada año será único para los cambios de entidad de carácter ordinario, sin perjuicio de los cambios extraordinarios previstos en la cláusula 1.5 de los conciertos.

Cuarto.—Disponer que en las Delegaciones, Subdelegaciones y Oficinas Delegadas del ISFAS se expongan, a disposición de los titulares que deseen consultarlos, los Catálogos de Servicios de la respectiva provincia correspondientes a las Entidades de Seguro de Asistencia Sanitaria concertadas.

Asimismo estará a disposición de los afiliados el anexo final del Concierto que, por su naturaleza específica y técnica, no es objeto de publicación.

Madrid, 16 de diciembre de 2002.—El Secretario general-Gerente, Esteban Rodríguez Viciana.

### ANEXO

**Concierto del Instituto Social de las Fuerzas Armadas con entidades de seguro para la asistencia sanitaria de beneficiarios del Instituto durante los años 2003, 2004 y 2005**

#### Índice

##### Capítulo I:

- 1.1 Objeto del concierto.
- 1.2 Beneficiarios en general.
- 1.3 Beneficiarias por maternidad.
- 1.4 Nacimiento y extinción de los derechos de los beneficiarios.
- 1.5 Cambio de entidad.
- 1.6 Afiliados no adscritos a entidad médica.

## Capítulo II:

- 2.1 Normas generales.
- 2.2 Prestaciones sanitarias.
  - 2.2.1 Nivel I de asistencia sanitaria.
  - 2.2.2 Nivel II de asistencia sanitaria.
  - 2.2.3 Nivel III de asistencia sanitaria.
  - 2.2.4 Nivel IV de asistencia sanitaria.
  - 2.2.5 Garantía de accesibilidad a los medios.
  - 2.2.6 Atención de urgencia.
- 2.3 Prestaciones complementarias.
  - 2.3.1 Oxigenoterapia, ventiloterapia y aerosolterapia.
  - 2.3.2 Prestación ortoprotésica.
  - 2.3.3 Transporte para la asistencia sanitaria.
  - 2.3.4 Información y documentación sanitaria.
- 2.4 Incorporación de nuevos medios de diagnóstico y tratamiento.
- 2.5 Catálogo de servicios de la entidad.

## Capítulo III:

- 3.1 Norma general.
- 3.2 Alcance de la acción protectora.
- 3.3 Ámbito territorial.
- 3.4 Requisitos.
  - 3.4.1 Identificación.
  - 3.4.2 Cheques de asistencia.
  - 3.4.3 Requisitos adicionales.
- 3.5 Libertad de elección de facultativo y centro.
- 3.6 Contenido de la atención sanitaria.
  - 3.6.1 Asistencia en consulta externa.
  - 3.6.2 Asistencia domiciliaria.
  - 3.6.3 Asistencia urgente.
  - 3.6.4 Asistencia en régimen de hospitalización.
- 3.7 Farmacia.
- 3.8 Utilización directa del servicio de ambulancias.
- 3.9 Especificaciones complementarias.
  - 3.9.1 Diagnóstico y tratamiento de la esterilidad.
  - 3.9.2 Estomatología y Odontología.
  - 3.9.3 Rehabilitación y Fisioterapia.
  - 3.9.4 Psiquiatría.
  - 3.9.5 Cirugía plástica.
  - 3.9.6 Trasplantes.
  - 3.9.7 Programas preventivos.
  - 3.9.8 Medicamentos de uso hospitalario.
  - 3.9.9 Productos Sanitarios.
  - 3.9.10 Medios para técnicas diagnósticas.
- 3.10 Supuestos especiales.
  - 3.10.1 Facultativo ajeno.
  - 3.10.2 Hospitales militares.

## Capítulo IV:

- 4.1 Norma general.
- 4.2 Denegación injustificada de asistencia.
- 4.3 Asistencia urgente de carácter vital.
  - 4.3.1 Concepto.
  - 4.3.2 Requisitos.
  - 4.3.3 Alcance.
  - 4.3.4 Efectos de la comunicación a la entidad.
  - 4.3.5 Obligaciones de la entidad.
  - 4.3.6 Reclamación del beneficiario.

## Capítulo V:

- 5.1 Naturaleza y régimen del concierto y de las relaciones en él basadas.
- 5.2 Naturaleza y régimen de las relaciones asistenciales.
- 5.3 Comisiones mixtas.
- 5.4 Procedimiento para las reclamaciones.
- 5.5 Procedimiento de ejecución de reclamaciones de reembolso estimadas.
- 5.6 Compensaciones económicas por demora en el cumplimiento de las obligaciones definidas en el concierto.

## Capítulo VI:

- 6.1 Duración del concierto.
- 6.2 Precio del concierto.
- 6.3 Régimen económico del concierto.

## Relación de anexos:

- Anexo I. Medios de asistencia en zonas rurales.
- Anexo II. Condiciones especiales complementarias para las islas de los archipiélagos Balear y Canario.
- Anexo III. Relación de servicios de la entidad que precisan autorización previa de la misma.
- Anexo IV. Programas preventivos.
- Anexo V. Patologías con riesgo vital.
- Anexo VI. Información sobre actividad asistencial y datos económicos.
- Anexo VII. Modalidades asistenciales complementarias.
- Anexo final. Baremo para reintegros.

## CAPÍTULO I

## Objeto del concierto y beneficiarios

## 1.1 Objeto del concierto:

1.1.1 El objeto del Concierto es facilitar asistencia sanitaria a afiliados al ISFAS, en todo el territorio nacional. Esta asistencia se prestará conforme a lo establecido en el texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2000, y en la Ley 14/1986, General de Sanidad, procurando la máxima homogeneidad con las prestaciones que otorga el Sistema Nacional de Salud. Para ello, la Entidad firmante del Concierto (en adelante, Entidad) pondrá a disposición de los afiliados adscritos a ella (en adelante, beneficiarios) todos los medios precisos (en adelante medios de la Entidad) para prestar una asistencia sanitaria integral de calidad o, en caso de no disponer de los mismos con carácter excepcional, a asumir o a reintegrar los gastos ocasionados a los beneficiarios por la utilización de otros medios necesarios para tal asistencia (en adelante, medios ajenos a la Entidad), todo ello con arreglo a lo establecido en las Cláusulas del Concierto.

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

## 1.2 Beneficiarios en general:

1.2.1 Sin perjuicio de lo que se establece en la cláusula 1.3, son beneficiarios a los efectos del presente Concierto todos los afiliados de asistencia sanitaria del ISFAS, determinados conforme a sus propias normas, que hayan quedado adscritos a la entidad a dichos efectos.

El reconocimiento de la condición de beneficiario corresponde al ISFAS.

1.2.2 A ciertos fines de gestión y siempre que así se derive del propio texto de las Cláusulas, los beneficiarios del Concierto pueden ser denominados titulares, si poseen Documento de Afiliación al ISFAS propio, o simplemente beneficiarios, cuando figuren en el Documento de Beneficiarios de un titular. En todo caso, los beneficiarios estarán adscritos a la entidad mientras lo esté el titular del que dependan.

1.2.3 Estarán adscritos a la entidad los titulares que, en su caso, lo estuvieran a 31 de diciembre de 2002 y no cambien de entidad conforme a lo previsto en la cláusula 1.5 o según las reglas de adscripción a la Red Sanitaria de la Seguridad Social y los que la elijan conforme a las normas de dicha cláusula o cuando se produzca su alta en el ISFAS.

## 1.3 Beneficiarias por maternidad:

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

## 1.4 Nacimiento y extinción de los derechos de los beneficiarios:

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

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

1.4.3 Los derechos de los beneficiarios se extinguen, en cualquier caso, en la fecha en que los Servicios del ISFAS acuerden su baja en el mismo o en la entidad.

#### 1.5 Cambio de entidad:

1.5.1 Los titulares adscritos a la entidad podrán cambiar a otra de las concertadas en los siguientes supuestos:

- A) Con carácter ordinario y general, durante el mes de enero de cada año, en la forma que se establezca por el ISFAS.
- B) Con carácter extraordinario:
  - a) Cuando se produzca un cambio de destino del titular con traslado de provincia.
  - b) Cuando el interesado obtenga la conformidad expresada por escrito de las dos Entidades afectadas.
  - c) Cuando, por concurrir circunstancias objetivas que justifiquen el cambio de una pluralidad de titulares afectados por el mismo problema de asistencia sanitaria, la Gerencia del ISFAS acuerde la apertura de plazo especial de elección de Entidad.
  - d) En los casos particulares en que, a juicio del Secretario General Gerente del ISFAS, concurren circunstancias excepcionales que justifiquen el cambio de Entidad.

1.5.2 La fusión de la Entidad con otra u otras de las concertadas por el ISFAS no supondrá la apertura de plazo especial de cambio, quedando automáticamente adscritos a la entidad absorbente o resultante de la fusión los beneficiarios que, en el momento de la fusión, se encontraran adscritos a la/s entidad/es extinguida/s o a cada una de las Entidades fusionadas, obligándose la Entidad absorbente resultante, desde ese momento, a garantizar todos sus derechos en los términos previstos en el presente Concierto.

#### 1.6 Afiliados no adscritos a entidad médica:

El personal militar que, sin deber ser adscrito a la cobertura de la sanidad militar, no haya formalizado su adscripción a una de las entidades concertadas o a la Red Sanitaria de la Seguridad Social y que, precisando asistencia sanitaria para sí o sus beneficiarios, la requiera en las oficinas de la Entidad, tendrá derecho a recibirla una vez que acredite su condición.

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

## CAPÍTULO II

### Medios de la entidad

#### 2.1 Normas generales:

##### 2.1.1 Los medios de la Entidad son los siguientes:

- A) Personal sanitario, facultativo y no facultativo, dependiente de la Entidad mediante una relación de carácter laboral o vinculado a la misma mediante una relación de carácter civil.
- B) Centros, instalaciones o establecimientos propios de la entidad o concertados por la misma bajo cualquier régimen jurídico.
- C) Medios de que disponga otra entidad y que queden adscritos, mediante subconcierto con la Entidad concertada, a los fines de este Concierto.

Igualmente a los fines asistenciales de este Concierto, quedan asimilados a los medios de la Entidad los servicios de atención primaria y de urgencias de la Red Sanitaria Pública concertados por cuenta de la Entidad, conforme a lo previsto en el anexo I.

2.1.2 La Entidad dispondrá de todos los medios que haga constar en su Catálogo de Servicios.

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

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

Los facultativos especialistas deberán tener el título reconocido, en los términos previstos en el Real Decreto 127/84, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista.

Si el ISFAS tiene conocimiento del posible incumplimiento de dichos requisitos de carácter general, podrá ponerlo en conocimiento de la Autoridad sanitaria competente.

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

2.1.5 El ISFAS comunicará a la Entidad la forma en que deberá proporcionar la información necesaria, que permita la integración de los datos referidos a la prestación de servicios a los beneficiarios del ISFAS con la finalidad de posibilitar la comparación de los servicios entre los distintos proveedores.

A fin de garantizar la calidad de la asistencia sanitaria, esta información se integrará en los informes de seguimiento del Concierto, que periódicamente serán objeto de análisis en las comisiones mixtas previstas en la cláusula 5.3. del Concierto y de las que podrán derivarse los planes de mejora de la oferta de servicios que resulten pertinentes a partir de la información solicitada.

2.1.6 El ISFAS impulsará, en colaboración con la entidad y sus profesionales, el desarrollo y aplicación de aquellos protocolos clínicos y pautas de actuación, de acreditada y contrastada implantación y eficacia, relacionados con las patologías más prevalentes en la población. Dicha colaboración se concretará tanto en la selección de protocolos, como en su implantación en la práctica asistencial de los asegurados del ISFAS, con el fin de que sirvan como instrumentos de ayuda en la toma de decisiones clínicas con el objetivo de contribuir a la mejora de la calidad asistencial y la eficiencia en la utilización de recursos.

Durante la vigencia del Concierto 2000-2002, MUFACE-Entidades-Profesionales desarrollaron un proyecto piloto de aplicación de una «Guía de Prevención del Riesgo Cardiovascular». En este nuevo Concierto y superada ya la fase piloto, se inicia una etapa de difusión generalizada de la Guía, entre los profesionales de medicina general, medicina interna y cardiología, con un horizonte a tres años que permita la incorporación paulatina de dichos profesionales. Los objetivos a cumplir son de un 30% de los facultativos mencionados utilizando la guía en 2003, un 65 por 100 en 2004 y un 100 por 100 en 2005.

La Guía será editada por MUFACE en soporte papel e informático, correspondiendo a la Entidad efectuar su distribución a los profesionales e incorporar la aplicación de la misma entre las prestaciones que los facultativos deben proporcionar a los beneficiarios del ISFAS. El procedimiento para evaluar el grado de implantación de la Guía será el mismo que establezca MUFACE.

2.1.7 El ISFAS podrá utilizar la información proporcionada por la Entidad con el fin de mejorar la gestión y calidad de la asistencia sanitaria prestada a sus beneficiarios, todo ello con respeto a lo previsto en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, Ley Orgánica de Protección de Datos.

#### 2.2 Prestaciones sanitarias:

A) La Asistencia Sanitaria comprende las siguientes modalidades:

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

B) La Asistencia Sanitaria se estructura en niveles asistenciales por tamaños de población:

- a) Nivel I de Asistencia Sanitaria: municipios de hasta 20.000 habitantes.
- b) Nivel II de Asistencia Sanitaria: municipios de más de 20.000 y hasta 75.000 habitantes.
- c) Nivel III de Asistencia Sanitaria: municipios de más de 75.000 habitantes y capitales de provincia.
- d) Nivel IV de Asistencia Sanitaria: Comunidades Autónomas.

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

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

##### 2.2.1 Nivel I de Asistencia Sanitaria.

A) Los municipios desde 1.000 hasta 20.000 habitantes dispondrán de atención primaria, que comprenderá la asistencia sanitaria a nivel ambu-

latorio, domiciliario y de urgencia a cargo del Médico general o de Familia, Pediatra, Diplomado/a en Enfermería, Matrona, Fisioterapeuta y Odontólogo, teniendo en cuenta:

a) Los municipios de 1.000 o más habitantes dispondrán siempre de Médico general o de Familia y Diplomado/a en Enfermería.

b) Los municipios de 5.000 o más habitantes dispondrán además, de Pediatra, Matrona, Fisioterapeuta y Odontólogo.

B) La disponibilidad de medios se ajustará a las siguientes reglas:

Un Médico general o de familia por cada 1.500 habitantes o fracción.

Un Diplomado/a en Enfermería por cada 2.500 habitantes o fracción.

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

Una Matrona y un Fisioterapeuta por cada 20.000 habitantes.

Un Odontólogo por cada 12.000 habitantes.

C) Cartera de Servicios de Atención Primaria.

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

D) Criterio Supletorio.

Como criterio supletorio de lo previsto en la presente Cláusula, se tendrá en cuenta que, en las zonas rurales expresamente previstas en los Convenios a que se refiere en el Anexo I de este Concierto, la asistencia sanitaria a nivel ambulatorio, domiciliario o de urgencia a cargo del Médico general o de Familia, Pediatra, Diplomado/a en Enfermería y Matrona se podrá prestar por los servicios de atención primaria y de urgencias de la Red Sanitaria Pública.

#### 2.2.2 Nivel II de Asistencia Sanitaria.

A) En los municipios de más de 20.000 y hasta 75.000 habitantes, se prestarán, además de los servicios de atención primaria contemplados en la cláusula 2.2.1, los siguientes servicios de Atención Especializada:

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

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

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

Atención de urgencia hospitalaria y extrahospitalaria.

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

C) Cartera de Servicios de Atención Especializada del Nivel II de Asistencia Sanitaria (Cuadro I).

CUADRO I

#### Cartera de servicios de atención especializada de nivel II

Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades funcionales	Servicios	Unidades funcionales
<i>Área Médica</i>		<i>Área Médica</i>	
A. Digestivo. Cardiología. Estomatología.		Hemoterapia. Medicina Interna. Obstetricia. Pediatria.	
Medicina Interna. Obstetricia. Pediatria. Psiquiatria. Rehabilitación.	Ecografía.    Logopedia.	Rehabilitación. U. C. I.	

Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades funcionales	Servicios	Unidades funcionales
<i>Área Quirúrgica</i>		<i>Área Quirúrgica</i>	
Cirugía General. Ginecología. Oftalmología. O. R. L. Traumatología.		Anestesia y Reanimación. Cirugía General. Ginecología. Oftalmología. O. R. L. Traumatología.	
<i>Servicios Centrales</i>		<i>Servicios Centrales</i>	
Análisis Clínicos.		Análisis Clínicos. Anatomía Patológica. Farmacia.	
Radiodiagnóstico.	Radiología General. Ecografía. Mamografía. T. A. C.	Radiodiagnóstico.	Radiología General. Ecografía. Mamografía. T. A. C.
<i>Urgencias</i>		<i>Urgencias</i>	

#### 2.2.3 Nivel III de Asistencia Sanitaria:

A) En los municipios de más de 75.000 habitantes, en las ciudades de Ceuta y Melilla y en las capitales de provincia, se prestarán, además de los servicios de Atención Primaria y de Atención Especializada contemplados en las Cláusulas 2.2.1 y 2.2.2, los siguientes:

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

Asistencia especializada en régimen de hospitalización.

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

Asistencia especializada en régimen de hospitalización a domicilio.

Asistencia psiquiátrica, en régimen ambulatorio y de hospitalización.

Atención de Urgencia hospitalaria y extrahospitalaria.

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

C) Cartera de Servicios de Atención Especializada del Nivel III de Asistencia Sanitaria (Cuadros II, III y IV).

CUADRO II

#### Cartera de servicios de atención especializada de nivel III

Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades funcionales	Servicios	Unidades funcionales
<i>Área Médica</i>		<i>Área Médica</i>	
Alergología. Aparato Digestivo.		Alergología. Aparato Digestivo.	Endoscopia Digest. Electrofisiología.
Cardiología. Dermatología. Endocrinología. Estomatología. Hematología. Medicina Interna. Nefrología.	Electrofisiología.	Cardiología. Dermatología. Endocrinología.	
	Hemodiálisis y Diálisis peritoneal domiciliaria.	Hematología. Medicina Interna. Nefrología.	Hospital del Día. U. de Infecciosos. Hemodiálisis y Diálisis peritoneal.
Neumología. Neurología. Obstetricia. Oncología Médica.	Ecografía.	Neumología. Neurología. Obstetricia. Oncología Médica.	Endoscopia Resp. Quimioterapia. Hospital de Día.

Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades funcionales	Servicios	Unidades funcionales
Pediatría. Psiquiatría.		Pediatría. Psiquiatría.	Neonatología. Unidad de Desintoxicación. Hospital de Día. Unidad de Trastornos de la Alimentación. U. Atención Temprana.
Rehabilitación y Fisioterapia.		Rehabilitación. Unidad de Hospitalización a Domicilio.	
Reumatología.		Reumatología.	

CUADRO III

**Cartera de servicios de atención especializada nivel III**

Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades funcionales	Servicios	Unidades funcionales
<i>Área Quirúrgica</i>		<i>Área Quirúrgica</i>	
Angiología y C. Vascular. Cirugía Gral. y Digest. Cirugía Maxilofacial. Cirugía Pediátrica.		Anestesiología. Cirugía Gral. y Digest. Cirugía Maxilofacial. Cirugía Pediátrica. Cirugía Vascular. Ginecología.	U. de Despertar. U. de Reanimación. U. de Dolor. Laparoscopia. I. V. E. Ligadura de Trompas.
Ginecología.	Ecografía.	Oftalmología. O. R. L. Traumatología y C. Ortopédica. Urología.	Litotricia. Vasectomía. Endoscopia. Adultos. Pediátrica.
Oftalmología. O. R. L. Traumatología y C. Ortopédica. Urología.		Unidad C. Intensivos.	

CUADRO IV

**Cartera de servicios de atención especializada de nivel III**

Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades funcionales	Servicios	Unidades funcionales
<i>S. Centrales</i>		<i>S. Centrales</i>	
Análisis Clínicos-Bioquímica.		Laboratorio.	Anatomía Patológica. Bioquímica. Farmacología. Hematología. Inmunología. Microbiología. Parasitología.
		Farmacia. Neurosifilografía.	Potenciales Evocados. E. M. G.

Consultas externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades funcionales	Servicios	Unidades funcionales
Radiodiagnóstico.	Radiología General. Ecografía. Mamografía. T. A. C. R. N. M. Densitometría Ósea.	Radiología.	Radiología General. Ecografía. Mamografía. T. A. C. R. N. M. Densitometría Ósea.
<i>Urgencias</i>		<i>Urgencias</i>	

## 2.2.4 Nivel IV de Asistencia Sanitaria:

A) Por Comunidades Autónomas, la Entidad deberá disponer de los medios asistenciales que aparecen en el Cuadro V. Dichos servicios deberán existir, al menos, en cada Comunidad Autónoma o, en su defecto, en una Comunidad Autónoma limítrofe a aquélla en la que resida el beneficiario.

B) Cartera de Servicios de Atención Especializada del Nivel IV de Asistencia Sanitaria (cuadro V).

CUADRO V

**Cartera de servicios de atención especializada de nivel IV**

Consultas externas	Hospitalización	
Servicios	Servicios	Unidades funcionales
Cardiología.	Cardiología.	Hemodinámica Diag. Hemodinámica Terap.
Cirugía Vascular. Cirugía Plástica y Reparadora. Cirugía Torácica. Medicina Nuclear. Neurocirugía.	Cirugía Cardiovascular. Cirugía Plástica y Reparadora. Cirugía Torácica. Medicina Nuclear. Neurocirugía. Neurofisiología. Obstetricia de Alto Riesgo. Oncología Radioterápica.	Cirugía Estereotáctica. Unidad del Sueño. Cobaltoterapia. Radiumterapia e Isótopos Radiac. Braquiterapia. Acelerador Lineal. Consejo Genético. F. I. V. Inseminación Artificial. Banco de Semen. Corazón. Córnea. Hígado. Médula Ósea. Páncreas. Pulmón. Riñón.
	Planificación Familiar. Unidad Reproducción Asistida*.	
	Trasplantes.	
	Unidad de Quemados. Unidad de Lesionados Meduladores. Laboratorio.	Genética. Citogenética. Genética Molecular. Medicina Nuclear. Angiografía digital. Gamma Cámara. Radiología Intervencionista.
	Radiología.	

\* Al menos en capitales de provincia de 100.000 habitantes o más.

2.2.5 Garantía de accesibilidad a los medios.—La entidad debe disponer de los medios que en cada Nivel Asistencial exige la cartera de servicios del presente Concierto, salvo que dichos medios no existan a nivel privado ni público. Si existen medios sanitarios privados, la entidad

se obliga a concertarlos o a abonar el importe de las asistencias que se deriven por la utilización de los mismos. En el supuesto de que no existan dichos medios privados, la entidad deberá hacerse cargo de la asistencia en medios públicos y, si tampoco existieran, los facilitará en la localidad más próxima del mismo nivel o en el nivel inmediato superior en que existan. En todo caso, se garantizará la asistencia sanitaria de urgencia que corresponda en cada Nivel.

**2.2.6 Atención de Urgencia.**—Se define la Atención de Urgencia como aquella que garantiza la atención inmediata y continuada de cualquier emergencia sanitaria, ya sea actuando directamente sobre el paciente hasta su resolución definitiva, o garantizando su traslado en las mejores condiciones posibles a otro centro propio o concertado. Deberá contar con los recursos humanos y materiales necesarios para el adecuado cumplimiento de su función.

La Atención de Urgencia se prestará conforme a lo establecido en las Cláusulas 2.2.1, 2.2.2 y 2.2.3 del presente Concierto y con arreglo a las siguientes especificaciones:

a) Nivel I de Asistencia Sanitaria: la Atención Primaria de Urgencia se prestará, de forma continuada, durante las 24 horas del día, a las personas de cualquier edad, mediante la atención médica y de enfermería en régimen ambulatorio y domiciliario.

b) Niveles II y III de Asistencia Sanitaria: además de la Atención de Urgencia establecida para el Nivel I de Asistencia Sanitaria, la entidad deberá disponer de los Servicios de Urgencias hospitalarios y extrahospitalarios previstos en las Cláusulas 2.2.2 y 2.2.3, según corresponda. A dichos Servicios podrán acudir los beneficiarios en todo momento y contarán con los médicos de guardia precisos y los medios personales y materiales necesarios para su función.

**2.2.7** La entidad facilitará el acceso a los Centros y Servicios incluidos en las Carteras de Servicios, a fin de que el ISFAS pueda comprobar la adecuación de los medios de la Institución respecto a la oferta de servicios realizada.

### 2.3 Prestaciones complementarias:

**2.3.1 Oxigenoterapia, ventiloterapia y aerosolterapia.**—Requieren prescripción escrita de especialista de la entidad y autorización previa de la misma.

**2.3.2 Prestación Ortoprotésica.**—Serán a cargo de la entidad las prótesis quirúrgicas fijas, entendiéndose por tales aquellos productos sanitarios que precisan de una implantación interna en el paciente, a través de un determinado acto médico o quirúrgico realizado con medios de la entidad. Se incluyen, asimismo, 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.

#### 2.3.3 Transporte para la Asistencia Sanitaria:

A) Tipo de transporte: Se entiende por transporte sanitario el que, a los fines asistenciales previstos en el Concierto, se realiza en los siguientes medios:

a) Transporte ordinario: es el que se efectúa en automóvil, autobús, ferrocarril, barco y avión.

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

b) Transporte extraordinario: comprende el transporte en ambulancia, ambulancia medicalizada, UVI móvil, avión y helicóptero medicalizados y taxi.

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

B) Prestaciones derivadas: El beneficiario del ISFAS tendrá derecho a transporte sanitario a cargo de la entidad, siempre que se realice a la localidad más próxima en que la misma disponga de medios, en los siguientes supuestos:

#### a) En medios de transporte ordinario:

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

A servicios del nivel IV de Asistencia Sanitaria, siempre que sea fuera de la localidad de residencia.

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

#### b) En medios de transporte extraordinario:

Por razones de urgencia, desde el lugar en que ésta se produzca hasta el Centro de la entidad donde se le preste la asistencia, o hasta el Centro no concertado donde sea atendido en el supuesto de urgencia vital. Será necesaria la prescripción escrita del facultativo que haya prestado la asistencia, sea de la entidad o ajeno a ella, en la que conste la necesidad del traslado en dichos medios, excepto en la situación de urgencia vital.

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

Entre distintos Niveles de Asistencia Sanitaria.

A servicios radicados fuera de una localidad del Nivel III de Asistencia Sanitaria, en el supuesto de que la entidad no disponga de los medios exigidos en este Nivel.

Cuando se produzca el alta hospitalaria, desde el hospital hasta su domicilio dentro de la misma provincia, en los casos en que así lo determine el facultativo o servicio que le haya prestado la asistencia.

Para acudir a consultas y curas ambulatorias y hospitalarias.

#### C) Condiciones generales:

a) Los desplazamientos en medios extraordinarios de transporte precisan siempre prescripción escrita del facultativo en la que conste la necesidad del traslado en dichos medios, excepto los que se produzcan por razones de urgencia vital.

b) Los desplazamientos efectuados por menores de 15 años darán derecho a los gastos de transporte del acompañante. Del citado requisito de edad se exceptúan los residentes en las ciudades de Ceuta y Melilla, que, en todo caso, deberán aportar prescripción escrita del facultativo.

**2.3.4 Información y documentación sanitaria.**—La entidad se ocupará activamente de que los profesionales y centro sanitarios incluidos en su Catálogo de Servicios cumplan las obligaciones que a cargo de ellos se recogen en el Concierto y en especial las siguientes:

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 particular:

Informar al paciente y a sus familiares o allegados de sus derechos y deberes, para la correcta utilización de los servicios sanitarios.

Dar al paciente y a sus familiares o allegados información, en términos comprensibles, completa y continuada, verbal o escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.

Posibilitar la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico, en su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos:

Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública. Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares o personas allegadas a él.

Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.

b) Requerir a sus centros para que cumplimenten el informe de alta, al finalizar la estancia en una institución hospitalaria o el informe de consulta externa en atención especializada.

El informe de alta deberá adaptarse a lo establecido en la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 6 de septiembre de 1984 y demás disposiciones que son de aplicación para los hospitales públicos, debiendo contener, en todo caso, el Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria que se estableció desde 1987 por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, y que contiene las 19 variables al alta hospitalaria para pacientes ingresados siguientes:

Identificación del Centro.

Número de la historia Clínica.

Código de identificación del paciente.

Fecha de nacimiento.

Sexo.

Residencia.

Financiación

Fecha de ingreso.

Circunstancias del ingreso.

Servicio que da el alta.

Área clínica que da el alta.

Fecha de intervención.

Diagnóstico principal y otros.

Procedimientos quirúrgicos y obstétricos.

Otros procedimientos:

Fecha del alta.

Circunstancias del alta.

Código de identificación de asistencia sanitaria.

No obstante, en aquellas Comunidades Autónomas cuya normativa exija otras variables diferentes a las descritas, se podrá excepcionalmente admitir el CMBD exigible en esa Comunidad.

El informe de alta será entregado en mano al paciente o, por indicación del médico responsable, al familiar o tutor legal en el momento que se produzca el alta del Centro Sanitario. Asimismo, se le facilitará una copia para su entrega al médico responsable del seguimiento del paciente en el ámbito extrahospitalario.

Otra copia del informe de alta quedará archivada en la historia clínica.

e) Poner en marcha en sus centros propios y concertados, como requisito previo a la concertación, el desarrollo de un dispositivo de información que permita el conocimiento de los servicios prestados en los mismos, así como de los procesos atendidos. Para ello deberán establecer el registro y codificación de las variables que conforman el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria de los pacientes ingresados. Dicha información deberá ser remitida por los centros hospitalarios a la entidad que, a su vez, la pondrá a disposición del ISFAS, cuando así sea requerida por éste. Todo ello en consonancia con el desarrollo de los sistemas de información sanitarios que se encuentran generalizados en el Sistema Nacional de Salud.

Las obligaciones establecidas en el presente apartado, deberán ir desarrollándose a lo largo de 2003 y de su posible prórroga de 2004 y haberse completado en, caso de prórroga, en enero de 2005.

d) Comunicar o entregar, a petición del interesado, un ejemplar de su historia clínica o determinados datos contenidos en la misma, sin perjuicio de la obligación de su conservación en el centro sanitario, dejando constancia escrita de todo el proceso y garantizando, en todo caso, la confidencialidad de toda la información relacionada con el proceso y la estancia del paciente en instituciones sanitarias.

e) Cumplimentar los informes médicos precisos, establecidos por el ISFAS, para la valoración de la baja inicial por enfermedad, accidente, embarazo y maternidad y de su continuidad.

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

g) Emitir los informes médicos exigibles por el ISFAS a sus beneficiarios para determinadas prestaciones sanitarias o complementarias de éstas.

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

#### 2.4 Incorporación de nuevos medios de diagnóstico y tratamiento:

Cualquier nueva técnica de diagnóstico o tratamiento que aparezca después de la firma del Concierto constituirá medio obligatorio para la entidad cuando la misma se aplique a pacientes dentro del Sistema Nacional de Salud en algunos de los centros propios o concertados de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. En caso de duda, se estará a lo dispuesto en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

#### 2.5 Catálogo de Servicios de la entidad:

2.5.1 El Catálogo de Servicios de la entidad contiene la relación detallada de los medios de la entidad y su finalidad es posibilitar la utilización de dichos medios por los beneficiarios.

2.5.2 Los Catálogos de Servicios serán de ámbito provincial e incluirán:

A) Cartera de Servicios de Atención Primaria y Especializada, por Niveles de Asistencia Sanitaria ofertada, y forma de acceder a la misma, desglosada por consulta externa y hospitalización, según lo previsto en las Cláusulas 2.2.1, 2.2.2, 2.2.3 y 2.2.4, ordenados en sentido creciente.

B) Relación, con dirección, teléfono y horarios de funcionamiento de los siguientes servicios:

Servicios de Urgencias.

Centros Hospitalarios.

Médicos con nombres y apellidos, agrupados por especialidades.

Fisioterapeutas con nombre y apellidos.

Personal de enfermería con nombre y apellidos.

Servicio de Ambulancias.

Servicio de Información de la entidad.

Otros servicios: Centros de rehabilitación, psicoterapia, radiodiagnóstico, laboratorios, etc. Deberá constar, junto al nombre del mismo, los nombres y apellidos de los profesionales responsables de la asistencia.

C) Cartera de Servicios de Urgencias ambulatorias y hospitalarias.

D) Relación exhaustiva de los medios de la entidad que precisan la autorización previa de la misma; entre los servicios que requieren autorización previa de la entidad no podrá figurar ningún otro distinto a los relacionados en el anexo III.

E) Instrucciones precisas para la utilización de los Servicios de Atención Primaria del Sistema Público en el Medio Rural, en régimen ambulatorio, domiciliario y de urgencia, en los términos previstos en los Convenios suscritos por el ISFAS con los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

Además de lo indicado en los puntos anteriores, contendrá la relación de los Servicios de Información, Urgencias y Ambulancias correspondientes a las restantes provincias, a fin de facilitar su utilización en caso de desplazamiento de los beneficiarios.

Si incluyeran publicidad o mensajes publicitarios, así como información relativa a otros productos o servicios de la entidad, deberá figurar separadamente y al final del catálogo, de forma que no pueda inducir a confusión en relación con el alcance y contenido de las prestaciones incluidas en el presente Concierto.

2.5.3 La entidad editará bajo su responsabilidad los Catálogos de Servicios.—Antes del 31 de diciembre del año anterior al del inicio de la vigencia del Concierto o, en su caso, de la correspondiente prórroga, la entidad deberá entregar en los Servicios Centrales del ISFAS los Catálogos de Servicios correspondientes a todas las provincias. Asimismo, y en el mismo plazo, pondrá a disposición de los beneficiarios que tenga adscritos el Catálogo de la correspondiente provincia y entregarán en las Delegaciones del ISFAS el número necesario de ejemplares para su entrega a los beneficiarios que los soliciten.

En el supuesto de que la entidad no cumpliera lo establecido en el párrafo anterior, se obliga a asumir los gastos que se deriven de la utilización por los beneficiarios de los servicios que presten los centros y facultativos incluidos en el último Catálogo vigente o en el instrumento análogo para las entidades que no hubieran firmado el Concierto del año anterior.

En cualquier caso, deberán actualizarse, al menos, una vez al año. Las obligaciones de la entidad señaladas en los párrafos anteriores, se entienden también referidas a las actualizaciones de los Catálogos o «Adenda» a los mismos que, en su caso, vayan a tener vigencia en los años 2004 y 2005.

La Cartera de Servicios de Atención Primaria y Especializada, por niveles de asistencia sanitaria, contenida en los Catálogos de Servicios, deberá ser remitida a los Servicios Centrales del ISFAS antes del 31 de diciembre del año anterior al del inicio de la vigencia del Concierto y antes del 30 de noviembre del año anterior al inicio, en su caso, de la correspondiente prórroga. Dicha remisión se efectuará en soporte informático de acuerdo a las características y requerimientos técnicos que se establezcan.

2.5.4 El ISFAS debe garantizar que la oferta de servicios de la entidad es adecuada y cubre suficientemente las necesidades de su colectivo, que los pacientes tienen asegurada la continuidad asistencial y que no se producen transferencias de riesgos de unas entidades a otras. A tal fin, cuando la entidad, a instancia propia, quiera causar una baja en su Catálogo de Servicios, bien a lo largo del año natural o de cara a la oferta de servicios para el Catálogo del año siguiente, deberá comunicarlo previamente a la Delegación del ISFAS, explicando claramente los motivos por los que considera conveniente dicha baja. La baja no podrá efectuarse hasta transcurridos 20 días hábiles a contar desde el siguiente a la notificación. La comunicación referente a las bajas de los profesionales de atención primaria (medicina general o de familia, pediatría y enfermería) no es preciso que sea motivada.

No obstante lo establecido en el párrafo anterior, cuando la baja se refiera a algún profesional de los Catálogos de Servicios, la entidad se obliga a garantizar a los pacientes en tratamiento de procesos patológicos graves, la continuidad de la prestación del servicio con el mismo facultativo durante los 12 meses siguientes a la fecha en que la baja se hubiera producido, siempre que hubiese conformidad del facultativo.

Si la baja se refiere a un centro sanitario o servicio hospitalario, la entidad se obliga igualmente a garantizar, a los pacientes que están siendo atendidos de un determinado proceso patológico, la continuidad del tratamiento de dicho proceso en ese centro o servicio, durante todo el tiempo que persista la necesidad del mismo o hasta que se haya obtenido la curación. Esta obligación, en tanto no se modifique su contenido, no queda

interrumpida por la finalización de un concierto y sus respectivas prórrogas y se mantendrá en el tiempo mientras la entidad continúe suscribiendo sucesivos conciertos.

Una vez producidas las bajas, éstas serán puestas en conocimiento de las Delegaciones del ISFAS correspondientes en el plazo de quince días hábiles desde que las mismas se produzcan. Cualquier comunicación que la entidad dirija con carácter generalizado a los beneficiarios sobre altas o bajas producidas en los catálogos, serán previamente depositadas en las Delegaciones del ISFAS, con una antelación, en relación con la fecha prevista para su envío no inferior a tres días. Si las bajas redujeran un catálogo de servicios en forma tal que se incumplieran las exigencias mínimas establecidas en este capítulo, la entidad procederá a completarlo simultáneamente, comunicando asimismo al ISFAS los servicios, centros o facultativos que hayan de sustituir a las bajas producidas. Además, si la reducción o los cambios afectan a más del 25 por 100 del contenido inicial del catálogo, la entidad queda obligada a adoptar las medidas precisas para que los titulares adscritos a la misma puedan disponer de los nuevos catálogos.

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

### CAPÍTULO III

#### Utilización de los medios de la entidad

3.1 Norma general.—A los efectos previstos en los artículos 14 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2000, de 9 de junio, y 75.2 de su Reglamento General, se considera que los medios de la entidad son los servicios asignados para la asistencia sanitaria de los beneficiarios adscritos a la misma.

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

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

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

#### 3.4 Requisitos:

3.4.1 Identificación.—Se deberá acreditar previamente la condición de beneficiario, exhibiendo el correspondiente Documento de Afiliación al ISFAS y, en su caso, el de Beneficiarios. Uno y otro podrán ser sustituidos por el Documento Individual de Asistencia Sanitaria, expedido por el ISFAS de acuerdo con sus propias normas.

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

En los casos en que, por razones de urgencia, no sea posible aportar en el acto la documentación anterior, el beneficiario deberá identificarse con su D.N.I. u otro documento que acredite su personalidad y presentar aquella documentación en el plazo máximo de 48 horas.

3.4.2 Cheques de asistencia.—Los talonarios de los cheques de asistencia serán confeccionados por la entidad y puestos a disposición de los beneficiarios sin coste alguno para éstos, en las oficinas de la entidad.

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

La entidad, previa comunicación al ISFAS, podrá suprimir total o parcialmente la exigencia de cheques. En este caso, previo acuerdo con el ISFAS, podrá sustituir en todo o en parte el sistema de cheques por cualquier otro establecido sobre soportes magnéticos o análogos. En el supuesto de la emisión por parte de la entidad de tarjetas magnéticas sanitarias, la no presentación de dichas tarjetas en el momento de la asistencia, en aquellos casos en que la entidad aún no la hubiera emitido o en situaciones de urgencia, no impide ni condiciona el derecho del beneficiario a hacer uso de los medios de la entidad.

3.4.3 Requisitos adicionales.—La entidad podrá exigir, exclusivamente en los supuestos que expresamente se determinan en el presente Concierto,

los requisitos adicionales que procedan, tales como prescripción de facultativo y autorización previa. El Anexo III contiene una relación exhaustiva de los supuestos de utilización de los medios de la entidad que exigen autorización previa de la misma.

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

#### 3.6 Contenido de la atención sanitaria:

3.6.1 Asistencia en consulta externa.—El beneficiario se dirigirá directamente al facultativo elegido de Atención Primaria y Especializada, para recibir la asistencia que precise, sin más requisito que acreditar su condición y entregar el correspondiente cheque de asistencia o, en el supuesto previsto en el párrafo final de la Cláusula 3.4.2, presentar el oportuno soporte magnético.

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

En Atención Especializada, la asistencia domiciliaria por parte de facultativo especialista precisa la previa prescripción escrita del médico de Atención Primaria. En todo caso, el especialista informará al médico que solicitó la interconsulta sobre la orientación diagnóstica y terapéutica del caso.

3.6.3 Asistencia Urgente.—La asistencia urgente podrá recabarse de los facultativos de medicina general o de Familia, 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.

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

#### A) Requisitos.—El ingreso en un Hospital precisará:

- La prescripción del mismo por médico de la entidad, con indicación del Centro.
- La autorización de la prescripción por la entidad.
- La presentación de la prescripción autorizada por la entidad en el Centro.

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

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

Con carácter excepcional, el ISFAS podrá autorizar que la entidad disponga en su Cartera de Servicios de Centros hospitalarios que no cumplan el requisito del párrafo anterior.

D) Gastos cubiertos.—La entidad cubre todos los gastos producidos durante la hospitalización del paciente, desde su ingreso hasta el alta hospitalaria, incluyendo:

La realización de los exámenes y pruebas diagnósticas, y la aplicación de los tratamientos o procedimientos terapéuticos que precise el paciente, tanto por la patología atendida como por cualquier otra intercurrente distinta del proceso principal que motivó el ingreso.

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

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

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

Los medicamentos empleados en quimioterapia intravenosa o intravascular, administrados a los pacientes atendidos en las unidades funcionales de quimioterapia de los servicios de Oncología Médica.

#### Curas.

Alimentación según dieta prescrita.

Nutrición parenteral y enteral.

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

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

Estancias en UCI.



E) Hospitalización por maternidad.—En el momento del ingreso o, en todo caso antes del alta hospitalaria, deberá presentarse en el centro la autorización de la entidad.

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

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

F) Hospitalización por asistencia pediátrica.—Se prestará a los niños de 0 a 14 años inclusive. En todo caso, la persona que acompañe al niño tendrá derecho a cama y pensión de acompañante, sin perjuicio de lo que se dispone en el párrafo siguiente.

Cuando el acompañante resida en localidad distinta a la del centro sanitario y además las características del centro no permitan su alojamiento por no disponer del mismo o porque el niño se encuentre en la UCI, la entidad abonará al afiliado una cantidad compensatoria de 32 euros por día. No se abonará cantidad alguna cuando el acompañante resida en la misma localidad.

G) Hospitalización domiciliaria.—La hospitalización domiciliaria podrá llevarse a cabo en aquellos casos en que el estado del enfermo lo permita y haga aconsejable. La indicación deberá formularla por escrito el médico de la entidad que le venga asistiendo en el hospital, para su autorización por la entidad que asignará el equipo sanitario que habrá de hacerse cargo de la asistencia.

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

Durante la hospitalización a domicilio, la entidad cubre los mismos gastos que durante la hospitalización en centro sanitario, incluidos los tratamientos de nutrición enteral y mediante dietoterápicos complejos, regulados en la normativa específica del ISFAS. Sólo quedan excluidos los gastos derivados de la estancia, alimentación natural, así como los de personal auxiliar de clínica.

La Unidad de hospitalización a domicilio estará disponible en el nivel III de asistencia sanitaria.

### 3.7 Farmacia:

3.7.1 Los facultativos de la entidad prescribirán los medicamentos y demás productos farmacéuticos en los términos establecidos en el Real Decreto 83/1993, de 22 de enero, que regula la selección de los medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud, y desarrollos posteriores. Las prescripciones deberán realizarse en las recetas oficiales del ISFAS que, en talonarios, se entregarán a los titulares. La entidad promoverá que los datos de identificación de sus facultativos -nombre y dos apellidos, número de colegiado y provincia- en las recetas se hagan constar mediante sello.

La adquisición se realizará por los beneficiarios en las Oficinas de Farmacia, de acuerdo con las normas establecidas por el ISFAS para su prestación farmacéutica.

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

3.7.3 Si en el proceso de revisión de la facturación de recetas que realiza el ISFAS, se detectaran prescripciones de medicamentos y productos sanitarios realizadas excepcionalmente en recetas oficiales del ISFAS, aunque, según lo establecido en las diversas cláusulas de este Concierto, deberían haber sido a cargo de la entidad, el ISFAS procederá, previa comunicación detallada a la entidad de las prescripciones detectadas con su importe unitario, a efectuar el descuento correspondiente a la cantidad que, en cada caso, el ISFAS hubiera indebidamente asumido según la normativa reguladora de la prestación farmacéutica, en el pago mensual que corresponda de las cuotas que ha de abonar a la entidad, de acuerdo con lo previsto en los epígrafes 6.2. y 6.3. del presente Concierto.

Por otra parte, la entidad se compromete a reintegrar a los beneficiarios, 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 por estos medicamentos o productos sanitarios, bastando a estos fines la presentación por el interesado de la correspondiente factura de la Farmacia.

3.8 Utilización directa del servicio de ambulancias.—En los casos de urgencia en que no haya sido posible comunicar con los Servicios de Urgencias y/o de ambulancias de la entidad y no resulte adecuada otra alternativa, el beneficiario podrá solicitar directamente del Servicio de Ambu-

lancias existente en la localidad el traslado al Servicio de Urgencias de la entidad a la que se encuentre adscrito y la entidad deberá asumir o reintegrar los gastos del traslado.

### 3.9 Especificaciones complementarias:

3.9.1 Diagnóstico y tratamiento de la esterilidad.—La entidad viene obligada a asumir los gastos necesarios para obtener el diagnóstico de la esterilidad, el cual se extenderá, cuando proceda, a la pareja.

Las técnicas de Reproducción Asistida serán a cargo de la entidad cuando el causante de la esterilidad en la pareja, sea el hombre o la mujer, esté adscrito a la entidad, así como en todos los casos en que la mujer tenga la condición de titular del ISFAS. En tal caso, estará obligada a financiar todas las pruebas y actuaciones necesarias en la pareja sometida a las técnicas de Reproducción Asistida. La entidad se compromete a difundir entre sus profesionales ginecólogos y responsables de unidades de reproducción asistida la «Guía de Recomendaciones en Reproducción Humana Asistida», elaborada por MUFACE, a fin de promover y garantizar el desarrollo de una buena práctica clínica y un uso adecuado y racional de dicha prestación. Estarán comprendidas todas las técnicas de fertilización implantadas en el territorio nacional con arreglo a la Ley de Reproducción Asistida y de acuerdo con los criterios establecidos en la citada guía.

Asimismo, será por cuenta de la entidad, la criopreservación del semen durante el plazo que marca la legislación vigente en aquellos casos de beneficiarios que vayan a someterse a tratamientos quirúrgicos y/o de quimioterapia y radioterapia, así como la criopreservación de preembriónes congelados sobrantes, procedentes de un ciclo de fertilización in vitro.

### 3.9.2. Estomatología y Odontología:

A) Comprenderá el tratamiento de las afecciones estomatológicas en general, incluyendo toda clase de extracciones, limpieza de boca una vez por año o previo informe justificativo del facultativo especialista, y la periodoncia. Asimismo incluirá el programa de salud buco-dental dirigido a los niños menores de 15 años, consistente en revisiones periódicas, aplicación de flúor tópico, selladores oclusales y obturaciones o empastes.

B) Quedan excluidos, tanto en lo referente a su coste, como a su colocación, los empastes (excepto las obturaciones del programa de salud buco-dental), la endodoncia, las prótesis dentarias, los implantes osteointegrados y la ortodoncia.

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

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

E) También serán a cargo de la entidad los gastos de hospitalización, de quirófano y anestesista necesarios para la realización de los tratamientos y prestaciones odontológicas excluidos de la cobertura del Concierto, a pacientes disminuidos psíquicos, siempre que los tratamientos se efectúen con medios de la entidad.

### 3.9.3 Rehabilitación y Fisioterapia:

A) Los tratamientos de rehabilitación y fisioterapia podrán ser requeridos a la entidad por los médicos rehabilitadores o por los médicos especialistas responsables de las patologías susceptibles de dichos tratamientos. La evolución del paciente y la determinación del alta serán responsabilidad del médico rehabilitador o, en su caso, del facultativo especialista que solicitó dicho tratamiento. Su aplicación podrá ser realizada por médico rehabilitador o fisioterapeuta, según corresponda.

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

### 3.9.4 Psiquiatría:

A) La hospitalización, incluida la de día, se prolongará durante el tiempo que el psiquiatra responsable de la asistencia al paciente lo considere necesario y, por tanto, hasta el alta hospitalaria y abarcará todos los procesos tanto agudos como crónicos. Si el ingreso se produce en un centro no concertado, la entidad abonará los gastos de hospitalización con el límite de 54,38 euros por día.

B) Se incluye la psicoterapia, siempre que haya sido prescrita por psiquiatra de la entidad, realizada en medios concertados con la misma y que su finalidad sea el tratamiento de patologías psiquiátricas. La entidad está obligada a facilitar un número máximo de 20 sesiones por año natural (psicoterapia breve o terapia focal).

C) Se excluyen el psicoanálisis, la hipnosis, la narcolepsia ambulatoria, los test psicológicos y la psicoterapia psicoanalítica, así como el internamiento social de pacientes afectados de demencias neurodegenerativas tales como Alzheimer y otras.

No obstante lo anterior, quedan incluidos:

Los internamientos de los pacientes de Alzheimer que a 1 de enero de 2000 se encontraran ingresados en centros psiquiátricos.

Los internamientos de aquellos enfermos que, padeciendo algún tipo de demencia neurodegenerativa, precisen hospitalización psiquiátrica a causa de procesos intercurrentes o descompensaciones severas. En este caso la hospitalización habrá de llevarse a cabo en centro concertado.

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

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

3.9.7 Programas preventivos.—La entidad realizará las actuaciones que correspondan y dispondrá de los medios necesarios para llevar a efecto los programas preventivos incluidos en el anexo IV, garantizando la información adecuada a los beneficiarios.

La Gerencia del ISFAS podrá informar específicamente a sus beneficiarios y a través del medio que en cada caso estime más oportuno, sobre la conveniencia de la realización de determinados programas preventivos de los incluidos en el anexo IV.

3.9.8 Medicamentos de Uso Hospitalario:

A) Los medicamentos calificados como de Uso Hospitalario en las normas del PROSEREME-5 de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo serán a cargo de la entidad.

B) Serán a cargo de la entidad aquellos medicamentos y productos farmacéuticos financiados en el Sistema Nacional de Salud, que no se encuentran incluidos en la cláusula 3.7.1 del presente Concerto, al no estar dotados de cupón precinto, y que requieren para su administración, la intervención expresa de facultativos especialistas.

3.9.9 Productos Sanitarios.—Sin perjuicio de las obligaciones señaladas en otras cláusulas del presente Concerto, serán a cargo de la entidad, y suministrados por sus medios a los beneficiarios, los productos sanitarios que se relacionan a continuación:

Los dispositivos intrauterinos (DIU).

Los productos implantables destinados a ejercer un efecto biológico o a ser absorbidos en todo o en parte y elaborados a base de sal sódica del ácido hialurónico.

Las jeringuillas de insulina u otros sistemas no precargados de administración de la misma.

Las tiras reactivas para medición de glucemia, glucosuria y combinadas glucosa/cuerpos cetónicos, en los pacientes diabéticos.

3.9.10 Medios para técnicas diagnósticas.—Los medios, elementos o productos farmacéuticos precisos para la realización de técnicas diagnósticas, tales como medios de contraste, laxantes drásticos u otros, serán facilitados por la entidad, a su cargo.

3.10 Supuestos especiales:

3.10.1 Facultativo ajeno:

A) Cuando, por decisión propia y para una determinada intervención, un beneficiario elija a un médico ajeno a la entidad, podrá solicitar de ésta que se haga cargo del internamiento en un Centro de la misma, siempre que la petición esté fundada en la continuidad asistencial en procesos patológicos graves o en que el médico sea familiar suyo, incluyendo el concepto de familiar hasta el quinto grado de parentesco, tanto por consanguinidad como por afinidad.

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

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

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

3.10.2 Hospitales militares.—A solicitud del beneficiario, la entidad podrá discrecionalmente autorizar a su cargo cualquier tratamiento o internamiento en un hospital militar.

## CAPÍTULO IV

### Utilización de medios no concertados

4.1 Norma general.—De conformidad con lo establecido en los artículos 14 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2000, de 9 de junio, y 76 de su Reglamento General, en relación con la cláusula 3.1 del presente Concerto, cuando un beneficiario, por decisión propia o de sus familiares, utilice medios ajenos a la entidad, deberá abonar, sin derecho a reintegro, los gastos que puedan ocasionarse, excepto en los casos de denegación injustificada de asistencia y en los de asistencia urgente de carácter vital.

4.2 Denegación injustificada de asistencia:

4.2.1 A los fines previstos en el artículo 76 del Reglamento General de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, se considerará que se produce denegación injustificada de asistencia:

A) Cuando el beneficiario solicite por escrito a la entidad la prestación de una determinada asistencia sanitaria y ésta no le ofrezca, también por escrito y antes de que concluya el quinto día hábil siguiente a la comunicación, la procedente solución asistencial en el Nivel que corresponda.

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

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

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

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

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

Si la entidad aprueba la remisión a un facultativo o centro no concertados, debe autorizar y asumir los gastos ocasionados durante todo el proceso asistencial, sin exclusiones. Si ofrece medios propios o concertados, la oferta debe especificar expresamente el facultativo, servicio o centro que vaya a asumir la asistencia y que puede llevar a cabo la técnica diagnóstica o terapéutica prescrita.

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

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

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

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

#### 4.3 Asistencia urgente de carácter vital.

4.3.1 Concepto.—A los fines igualmente previstos en el artículo 76 del Reglamento General de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, se considera situación de urgencia de carácter vital aquélla en que se haya producido una patología cuya naturaleza y síntomas hagan previsible un riesgo vital inminente o muy próximo o un daño irreparable para la integridad física de la persona, de no obtenerse una actuación terapéutica de inmediato. Para apreciar la concurrencia de esta circunstancia se tendrá en cuenta lo establecido en el Anexo V.

La asistencia que precisen los titulares del ISFAS pertenecientes a cualquier Ejército o Cuerpo de la Guardia Civil, con motivo de lesiones o daños corporales sufridos en el ejercicio de las funciones propias de su actividad o como consecuencia 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 la cláusula 4.3.2.A). El beneficiario u otra persona en su nombre, deberá cumplir el requisito señalado en la cláusula 4.3.2.B), siendo además de aplicación todo el resto de lo previsto en la cláusula 4.3.

4.3.2 Requisitos.—Para que el beneficiario tenga derecho al reintegro de gastos por utilización de medios ajenos a la entidad en situación de urgencia vital, deben concurrir los siguientes requisitos:

A) Que el facultativo o Centro ajeno al que se dirija o sea trasladado el paciente sea razonablemente elegido, teniendo en cuenta las circunstancias de lugar y tiempo en que la patología se haya producido, así como la capacidad de decisión del enfermo y, en su caso, de las personas que hayan prestado los primeros auxilios.

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

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

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

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

4.3.4 Efectos de la comunicación a la entidad.—Si la comunicación a la entidad de la asistencia recibida con medios ajenos se realiza dentro del plazo de los quince días hábiles siguientes al inicio de la asistencia, el beneficiario tendrá derecho a la cobertura total de los gastos ocasionados.

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

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

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

La ausencia de respuesta dentro del plazo establecido supondrá, en todo caso, y aun cuando no hubiera existido urgencia vital, la obligación de la entidad de reintegro total o por baremo, según proceda.

4.3.6 Reclamación del beneficiario.—El beneficiario podrá presentar reclamación en la correspondiente Delegación del ISFAS cuando la entidad incumpla las obligaciones previstas en la cláusula 4.3.5 y en caso de discrepancia con el criterio de la entidad.

## CAPÍTULO V

### Régimen jurídico del concierto

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

5.1.1 El presente Concierto, realizado en ejecución de lo previsto en los artículos 14.1 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, y 75, dos y tres, de su Reglamento General, aprobado por Decreto 2330/1978, de 29 de septiembre, y artículo 62 de la Ley 50/1998 de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social, se halla excluido del régimen establecido en el texto refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, aprobado por el Real Decreto Legislativo 2/2000, de 16 de junio, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3.1, d) de la misma, sin perjuicio de que le sean de aplicación los principios en ella contenidos para resolver las dudas y lagunas que pudieran presentarse, conforme a lo señalado en su artículo 3.2.

5.1.2 Son relaciones basadas en el Concierto:

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

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

5.1.3 Las cuestiones que surjan en el ámbito de las relaciones enumeradas en el apartado B) de la cláusula anterior tendrán naturaleza administrativa y serán resueltas por el órgano del ISFAS que tenga atribuida la competencia, previo el procedimiento, si procede, que en este capítulo se determina. Contra cualquiera de los acuerdos que se dicten cabrá recurso de alzada ante el Ministro de Defensa, salvo que, conforme se indica en la Cláusula 5.4.8., proceda ante la Dirección General del ISFAS. El orden jurisdiccional competente, en su caso, será siempre el contencioso-administrativo.

5.1.4 Con los límites, requisitos y efectos señalados en el citado texto refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, corresponde a la Gerencia del ISFAS la facultad de interpretar el Concierto, resolver las dudas que ofrezca su cumplimiento, modificarlo por razones de interés público, acordar su resolución por incumplimiento de la entidad, y determinar los efectos de ésta. Asimismo corresponde a la Gerencia del ISFAS fijar las compensaciones económicas por demora previstas en el epígrafe 5.6. del presente Concierto, por incumplimiento parcial de las obligaciones de la entidad.

Los acuerdos correspondientes, previa instrucción del oportuno expediente en el que se le dará audiencia a la entidad, pondrán fin a la vía administrativa y serán inmediatamente ejecutivos, procediendo contra ellos el recurso de reposición, con carácter potestativo, y el recurso contencioso-administrativo, conforme a lo dispuesto en la Ley reguladora de esta jurisdicción.

5.2 Naturaleza y régimen de las relaciones asistenciales:

5.2.1 El presente Concierto no supone ni hace surgir ninguna relación entre el ISFAS y los facultativos o Centros de la entidad que presten la asistencia. Las relaciones entre la entidad y los facultativos o Centros son en todo caso ajenas al Concierto.

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

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

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

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

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

5.2.4 No obstante lo establecido en la presente Cláusula 5.2, la entidad dispondrá de un sistema de información que permita conocer el número y tipo de servicios proporcionados y se obliga a facilitar al ISFAS los

datos sobre actividad asistencial y económicos que le sean solicitados, relativos a los distintos servicios, ambulatorios y hospitalarios, que hayan sido prestados a los beneficiarios con sus medios propios o concertados. Dichos datos deberán presentarse por trimestre natural vencido, dentro de los seis meses siguientes a la finalización del trimestre correspondiente y según el formato que aparece recogido en el anexo VI del presente Concierto.

### 5.3 Comisiones Mixtas:

5.3.1 Las Comisiones Mixtas, con composición paritaria, tienen por cometido el seguimiento y, en su caso, evaluación del cumplimiento del presente Concierto, en cuyo marco de funciones conocerán de las reclamaciones que pudieran formularse por los beneficiarios, con arreglo a lo previsto en el presente capítulo, entendiéndose a estos efectos que con la intervención de la entidad tiene lugar para la misma el cumplimiento del trámite establecido en el artículo 84 de la Ley 30/1992, de 28 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

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

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

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

5.3.4 Las Comisiones Mixtas Provinciales estarán compuestas, por parte del ISFAS, por el Delegado territorial correspondiente, que las presidirá, y por un funcionario de la Delegación que actuará, además, como Secretario; y, por parte de la entidad, por uno o dos representantes de la misma con facultades decisorias suficientes. Podrá asistir a las reuniones el Asesor Médico de la Delegación.

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

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 remitirán las actuaciones a la Comisión Mixta Nacional para el estudio de las reclamaciones y cuestiones incluidas en el Orden del día.

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

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

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

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

### 5.4 Procedimiento para las reclamaciones:

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

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

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

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

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

5.4.2 Las reclamaciones se formularán por escrito ante la correspondiente Delegación territorial del ISFAS, acompañando cuantos documentos puedan justificar la misma.

5.4.3 Recibida cualquier reclamación, la Delegación del ISFAS, si considera inicialmente que existen razones para su estimación, realizará de manera inmediata las gestiones oportunas ante la entidad para obtener la satisfacción de la misma, en cuyo caso se archivará sin más trámites con anotación de la solución adoptada.

5.4.4 En caso de que las citadas gestiones no prosperen, y con independencia la cuantía que motive la reclamación, la Delegación formalizará el oportuno expediente, lo incluirá en el Orden del día de la inmediata reunión de la Comisión Mixta Provincial y, estudiado el mismo, se levantará la correspondiente Acta en la que constarán necesariamente las posiciones del ISFAS y de la entidad sobre la reclamación planteada.

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

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

5.4.7 Las resoluciones de las reclamaciones a que se refieren las Cláusulas anteriores deberán quedar dictadas en un plazo máximo de seis meses, conforme a lo previsto en el art. 3.2. del Real Decreto 1728/1994, de 29 de junio, en relación con lo establecido en la Disposición transitoria primera, 2, de la Ley 4/1999, de 13 de enero.

5.4.8 Las resoluciones dictadas por los Delegados y por la Gerencia del ISFAS serán notificadas a la entidad y a los interesados. Contra ellas podrá interponerse recurso de alzada, ante el Ministro de Defensa, de acuerdo con lo previsto en los artículos 107 a 115 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, en la redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y 82 de la Ley 50/1998, de 30 de diciembre.

5.5 Procedimiento de ejecución de reclamaciones de reembolso estimadas:

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

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

B) Dentro del plazo citado, la entidad deberá comunicar a la Delegación del ISFAS:

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

C) Si el ISFAS no hubiese recibido esta comunicación dentro del plazo indicado o si, superado este plazo, tuviese conocimiento de que se hubiera denegado el pago al interesado, bajo cualquier motivo, el Delegado del ISFAS, sin más trámites y siempre que existiese Concierto en vigor, expedirá certificación del acuerdo adoptado y de los hechos posteriores y la remitirá a la Subdirección de Prestaciones del ISFAS. Ésta, igualmente sin más requisitos, propondrá el oportuno acuerdo al Secretario General Gerente y se deducirá de la inmediata mensualidad que haya de abonarse a la entidad y se pagará directamente al interesado, por cuenta de la misma, la cantidad incluida en la certificación, con un incremento del 20 por 100 en concepto de penalización a la entidad y de recíproca compensación al titular por la demora en el reintegro.

5.5.2 En el supuesto de reclamaciones de reembolso resueltas positivamente por la Gerencia del ISFAS, el abono de la cantidad que en cada caso corresponda será realizado directamente por el ISFAS al interesado

por cuenta de la entidad, deduciendo el importe de las cuotas mensuales a abonar a la misma y facilitando a ésta el documento que acredite haber realizado el pago por su cuenta.

5.5.3 Las Resoluciones administrativas o Sentencias que resuelvan recursos interpuestos contra actos del ISFAS en materia de reintegro de gastos sujetos al presente Concierto, serán ejecutadas, en su caso, conforme al procedimiento establecido en la precedente Cláusula 5.5.2.

5.6 Compensaciones económicas por demora en el cumplimiento de las obligaciones definidas en el concierto.—La entidad está obligada a cumplir las obligaciones previstas en las cláusulas 2.3.4.c), 2.5.3. y 5.2.4 dentro de los plazos fijados para la realización de las mismas. Cuando la entidad hubiere incurrido en demora respecto al cumplimiento de los plazos establecidos, la Gerencia del ISFAS fijará las siguientes compensaciones económicas:

a) El retraso en el cumplimiento de los plazos previstos en la cláusula 2.3.4.c) dará lugar, en el supuesto de prórroga para 2005, al establecimiento en dicho año de una compensación económica de hasta el 10 por 100 del importe de la prima por persona asegurada/mes, correspondiente al colectivo de las provincias que se vean afectadas por dicho incumplimiento y con un máximo de hasta seis meses.

b) El retraso en el cumplimiento de los plazos previstos en la cláusula 2.5.3. dará lugar a:

Si la entidad no hiciera entrega de los Catálogos de Servicios en los Servicios Provinciales o en los Servicios Centrales del ISFAS antes del 31 de diciembre del año anterior al inicio de la vigencia del Concierto o, en su caso, de la correspondiente prórroga, vendrá obligada a abonar una compensación económica de hasta el 10% del importe de la prima por persona asegurada/mes, correspondiente al colectivo de las provincias en las que no se hubieran entregado los catálogos dentro del plazo establecido y, relativo al periodo de un mes si la entrega se efectuara durante el mes de enero, dos meses si se efectuara en febrero y así sucesivamente.

Si la entidad no hiciera entrega de la Cartera de Servicios de Atención Primaria y Especializada de ámbito nacional, por niveles de asistencia sanitaria, contenida en los Catálogos de Servicios, en soporte informático, en idéntico formato que el que se establezca por MUFACE, antes del 31 de diciembre del año anterior al del inicio de la vigencia del Concierto o, antes del 30 de noviembre del año anterior al inicio, en su caso, de la correspondiente prórroga, vendrá obligada a abonar una compensación económica de hasta 3.000 euros por mes de demora respecto a la fecha de entrega.

c) El incumplimiento de las obligaciones previstas en la cláusula 5.2.4. dará lugar al abono de una compensación económica de hasta el 1% del importe total de las primas de su colectivo por mes de demora producido en la entrega de la información requerida.

## CAPÍTULO VI

### Duración, precio y régimen económico del Concierto

#### 6.1 Duración del Concierto:

6.1.1 Los efectos del presente Concierto se iniciarán a las cero horas del día uno de enero del año 2003 y se extenderán hasta las veinticuatro horas del día 31 de diciembre del mismo año, sin perjuicio de lo que se establece en las cláusulas siguientes.

6.1.2 Para los años 2004 y 2005 el presente Concierto podrá ser prorrogado, año a año, por mutuo acuerdo de las partes, expresado por escrito en el mes de octubre del año precedente al de la prórroga. El cómputo del inicio y finalización del periodo de la prórroga, referido al año de que se trate, se hará de igual forma que la establecida en la cláusula 6.1.1.

6.1.3 Si no existiese acuerdo de prórroga del Concierto para el año 2004, la entidad continuará obligada por el contenido de éste en el año 2003, para el colectivo que tuviera adscrito al 31 de diciembre de dicho año, hasta el 31 de enero del año 2004 o, en los casos en que se estuviese prestando en dicha fecha una asistencia en régimen de hospitalización o una asistencia por maternidad cuando el parto estuviese previsto para el mes de febrero, hasta el día en que, respectivamente, se produzca el alta o se concluya la asistencia por maternidad.

La entidad tendrá derecho a percibir, por el mes de enero del año 2004 y por el colectivo adscrito a treinta y uno de diciembre del año 2003, el precio por persona/mes que se establezca para las entidades que suscriban la prórroga del Concierto para el año 2004. No obstante, del importe a abonar por dicho mes el ISFAS retendrá un diez por ciento hasta el treinta y uno de diciembre del año 2004, con la finalidad exclusiva

de hacer frente, por cuenta de la entidad, a los reembolsos de gastos que sean acordados durante el citado año al amparo del presente Concierto. Si la cantidad estimada se agotase o los reembolsos se acordaran con posterioridad a la fecha indicada, la entidad se obliga a satisfacerlos directa e inmediatamente.

El colectivo afectado deberá elegir nueva entidad durante el plazo que establezca el ISFAS y la elección tendrá efectos a las cero horas del día uno de febrero del año 2004 sin perjuicio, en todo caso, de lo previsto para hospitalizaciones y maternidad en el párrafo primero de esta cláusula.

6.1.4 Cuanto se dispone en la cláusula 6.1.3 será de plena aplicación para el caso de que, prorrogado el Concierto para el año 2004, no se prorrogase, sin embargo, para el año 2005, entendiéndose que las referencias de fechas en aquélla contenidas se desplaza al año siguiente y que la cita de «las entidades que suscriban las prórrogas del Concierto para el año 2004» corresponde a la de «las entidades que suscriban el nuevo Concierto para el año 2005».

#### 6.2 Precio del concierto:

6.2.1 El precio que el ISFAS abonará a la entidad por las obligaciones que a ésta corresponden en virtud del presente Concierto en el año 2003 será, siempre que quede situado entre los límites del precio fijado por MUFACE  $\pm$  2,5 por 100, el siguiente:

$$\text{Euros por persona/mes} = \frac{\text{TSS} \times \text{PTSS}}{\text{CSS}} - \text{PR}$$

Para la aplicación de la fórmula precedent, se entenderá:

Por «TSS», el número de titulares del ISFAS que, a las cero horas del día 1 de enero del año 2003, se encuentren adscritos a la Red Sanitaria de la Seguridad Social.

Por «PTSS», el precio por titular/mes que el ISFAS deba abonar a la Seguridad Social en el año 2003, en virtud del Convenio suscrito con la misma, por la asistencia sanitaria equivalente a la del presente Concierto, es decir, por la modalidad de asistencia sanitaria completa, sin prestación de Farmacia, más la cantidad correspondiente a la contingencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. En tanto se fije el citado precio para el año 2003, se tomará provisionalmente el PTSS utilizado en 2002 incrementado en el IPC de dicho año, precio que, a los efectos del cálculo definitivo, se considerará mínimo.

Por «CSS», el colectivo del ISFAS (titulares más beneficiarios), que también a las cero horas del día 1 de enero del año 2003, se encuentren adscritos a la Red Sanitaria de la Seguridad Social.

Por «PR», el gasto medio para el ISFAS, en pesetas por persona/mes por las prótesis ortopédicas y órtesis abonadas en 2002 al colectivo total adscrito a todas las entidades firmantes del Concierto en dicho año, con un incremento porcentual igual al experimentado por dicha cifra sobre la de 2001.

En el supuesto de que el precio provisional o definitivo así calculado excediese del precio de MUFACE + 2,5 por 100 o fuese inferior al precio de MUFACE - 2,5 por 100, se tomará como precio aquella cantidad o ésta, según proceda.

6.2.2 En caso de prórroga del Concierto, el precio para los años 2004 y 2005 será el del año inmediato precedente, incrementado, como mínimo, en el porcentaje de aumento que aplique MUFACE a su precio en cada uno de dichos años.

El mismo porcentaje de incremento se aplicará al baremo del anexo final.

#### 6.3 Régimen económico del Concierto:

6.3.1 Sin perjuicio del nacimiento y extinción para los beneficios de los derechos derivados del Concierto en los términos previstos en las cláusulas correspondientes, las altas causarán efectos económicos a las cero horas del día 1 del mes siguiente a aquél en que se produzcan y las bajas a las veinticuatro horas del último día del mes en que hubieran tenido lugar. Consiguientemente, cada pago mensual tendrá en cuenta el número de titulares y de beneficiarios existente a las cero horas del día 1 del mes de que se trate y se efectuará por el ISFAS, previas las retenciones o los descuentos que procedan con arreglo a la Resolución de Convocatoria y al Concierto con sus anexos mediante cheque nominativo o transferencia bancaria, dentro de los quince primeros días del mes siguiente, aunque el pago mensual corresponda a diciembre podrá anticiparse, total o parcialmente, a los días últimos días de dicho mes.

6.3.2 El ISFAS, por entrega de los propios afiliados, facilitará a la representación provincial de la entidad, antes del día 16 del mes siguiente a aquél en que se produzcan, un ejemplar diligenciado de las solicitudes

de alta de titulares y de beneficiarios, así como una relación de las bajas de unos y otros y de las variaciones producidas. Igualmente entregará el ISFAS, con la liquidación de cada mes, cinta magnética o relación con los datos de todas las altas, bajas y variaciones en el mes precedente, comunicando al cifra del colectivo total adscrito a la entidad, referida a las cero horas del primer día del mes que se liquida.

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

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

6.3.4 La entidad presentará las reclamaciones separadamente, conforme a la clasificación anterior, y acompañará cinta magnética o relación de las mismas características técnicas que la entregada por el ISFAS, 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 ISFAS, dentro de los tres meses siguientes a la fecha de presentación de las mismas.

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

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

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

#### *Relación de anexos*

Anexo I: Medios de asistencia en zonas rurales.

Anexo II: Condiciones especiales complementarias para las islas de los archipiélagos Balear y Canario.

Anexo III: Relación de servicios de la entidad que precisan autorización previa de la misma.

Anexo IV: Programas preventivos.

Anexo V: Patologías con riesgo vital.

Anexo VI: Información sobre actividad asistencial y datos económicos.

Anexo VII: Modalidades asistenciales complementarias.

Anexo final: Baremo para reintegros.

### **ANEXO I**

#### **Medios de asistencia en zonas rurales**

Según el presente concierto, la entidad debe disponer de determinados medios de asistencia sanitaria en todo el territorio nacional, pero en las zonas rurales se produce la circunstancia de que, por lo general, no existen medios privados que puedan llevar a cabo dicha asistencia bajo la dependencia de la entidad, puesto que únicamente disponen de medios los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley General de Sanidad, dichos organismos públicos pueden prestar asistencia sanitaria urgente o que no pueda llevarse a cabo por otros medios a cualquier persona, aunque no sea beneficiario del Sistema General de Seguridad Social, reintegrándose, en su caso, del tercero obligado al pago el coste de la asistencia prestada, por lo que, a fin de posibilitar la prestación de dichos servicios sanitarios a los titulares y demás beneficiarios a la entidad:

Primero.—El ISFAS podrá convenir con los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas la prestación de los siguientes servicios a los titulares y demás beneficiarios que la entidad tenga adscritos:

- A) Servicios sanitarios de asistencia primaria en poblaciones que no dispongan de medios privados suficientes.
- B) Servicios de urgencias en poblaciones de hasta 20.000 habitantes, que se presten a través de los Servicios de Atención Primaria.

La entidad concede su expresa y total autorización al ISFAS para dicho fin.

Segundo.—Los Convenios podrán ser comunes para todas las entidades firmantes del concierto y su importe, conocido y aceptado por la entidad, será imputado a la misma en función del colectivo afectado y satisfecho con cargo al precio que, una vez devengado y librado, el ISFAS debe abonarle por el presente Concierto de Asistencia Sanitaria, entendiéndose realizado el pago por cuenta de la entidad.

Tercero.—El ISFAS realizará cada pago mensual con cargo al importe del mismo mes que deba abonar a la entidad por el Concierto, trasladándole la justificación correspondiente.

Cuarto.—La autorización al ISFAS contenida en el punto primero debe entenderse que ampara también la prórroga de Convenios suscritos al mismo fin con anterioridad al 1 de enero del año 2003.

### **ANEXO II**

#### **Condiciones especiales complementarias para las islas de los archipiélagos Balear y Canario**

1. La entidad contará en las islas de los archipiélagos balear y canario con medios suficientes y estables para prestar asistencia sanitaria.

En las islas no capitalinas con población inferior a 75.000 habitantes, el Catálogo de Servicios de la entidad deberá incluir los servicios establecidos en el Capítulo II del presente Concierto para los Niveles I y II de Asistencia Sanitaria. En caso de inexistencia de dichos medios, la entidad garantizará la asistencia en la isla más próxima en que disponga de los medios, debiendo asumir los gastos de desplazamiento.

2. La Asistencia Sanitaria de Nivel IV, si no estuviera disponible en la correspondiente Comunidad Autónoma, se prestará en aquella Comunidad que resulte más próxima en tiempo de desplazamiento.

3. La entidad asumirá los gastos de desplazamiento del beneficiario a los Servicios de Nivel III y IV de Asistencia Sanitaria y en el supuesto de inexistencia de medios previsto en el punto 1 anterior, en los medios especificados en la cláusula 2.3.3, apartados a) o b), según proceda, previa prescripción escrita de facultativo de la entidad.

A dichos efectos, la entidad procederá a su inmediato pago, previa presentación por el beneficiario del Informe del facultativo que haya prestado la asistencia, con indicación de la asistencia practicada y de la fecha en que se realizó o, en caso de internamiento, de las fechas inicial y final, y la factura de gastos.

4. En caso de que el enfermo precisara acompañante, los gastos de desplazamiento del acompañante serán a cargo de la entidad, para ello deberá aportarse ante la entidad Informe del facultativo que prestó la asistencia en el que se justifique dicha necesidad.

### **ANEXO III**

#### **Relación de servicios de la entidad que precisan autorización previa a la misma**

1. Hospitalizaciones:
  - a) Hospitalización.
  - b) Hospitalización de día.
  - c) Hospitalización domiciliaria.
2. Técnicas diagnósticas, tratamientos y técnicas quirúrgicas:
  - a) Cirugía ambulatoria.
  - b) Odontología: Tartrectomía —limpieza de boca— y Periodoncia.
  - c) Rehabilitación y Fisioterapia.
  - d) Oxigenoterapia, ventiloterapia y aerosolterapia.
  - e) Tratamientos de diálisis peritoneal y hemodiálisis.
  - f) Oncología: Inmunoterapia y Quimioterapia.
  - g) Diagnóstico por imagen: Tomografía Axial Computarizada, Resonancia Magnética, Ortopantomografía y Mamografía.

- h) Tratamiento en Unidad de Dolor.  
 i) Tratamiento en Unidad del Sueño.  
 j) Litotricia renal.  
 k) Psicoterapia.
3. Servicios correspondientes al nivel IV de asistencia sanitaria.

#### ANEXO IV

##### Programas preventivos

##### I. Programas de inmunizaciones:

- Calendario vacunal del niño.  
 Vacunación de la rubeola en mujeres.  
 Vacunación de tétanos en adultos.  
 Vacunación de la gripe en grupos de riesgo.  
 Vacunación de la Hepatitis «B» a grupos de riesgo.

Todas las vacunaciones incluyen registro de personas vacunadas. Las vacunas serán facilitadas por la entidad, sin cargo para el beneficiario.

##### II. Programas de prevención del cáncer de cérvix, endometrio y mama.

#### ANEXO V

##### Patologías con riesgo vital

A título puramente indicativo y no exhaustivo, en los siguientes supuestos se entenderá que existe un riesgo inminente o muy próximo de no obtenerse una actuación terapéutica con carácter inmediato, por lo que, sin concurrir los requisitos exigibles según la cláusula 4.3.2, resultará procedente el reintegro total o baremado de los gastos en caso de utilización de medios ajenos a la entidad:

- Hemorragias agudas intracraneales o intracerebrales, genitales, digestivas, respiratorias, renales o por rotura de vasos sanguíneos en general, con pérdida importante de sangre o con hemorragia interna.
- Abortos completos o incompletos. Rotura uterina o la complicación de embarazo extrauterino. Toxicosis gravídica.
- Shocks cardiaco, renal, hepático, circulatorio, traumático, tóxico, metabólico o bacteriano. Comas. Reacciones alérgicas con afectación del estado general.
- Insuficiencia aguda respiratoria, renal o cardiaca.
- Abdomen agudo, formulado como diagnóstico, previo o de presunción. Dolor abdominal agudo.
- Lesiones con desgarros externos con afectación de vísceras.
- Fracturas de cadera o de la cabeza del fémur.
- Accidentes cerebro-vasculares.
- Intoxicaciones agudas. Sepsis agudas.
- Anuria. Retención aguda de orina.
- Difteria. Botulismo. Meningitis. Meningoencefalitis. Forma aguda de colitis ulcerosa. Gastroenteritis aguda con afectación del estado general.
- Obstrucción de las vías respiratorias altas. Embolia pulmonar. Derrame pleural. Neumotórax espontáneo. Edema agudo de pulmón. Disnea. Crisis de asma bronquial.
- Infarto de miocardio. Crisis hipertensiva de urgencia. Embolia arterial periférica. Asistolia. Taquicardia paroxística.
- Coma diabético. Hipoglucemia.
- Convulsiones. Convulsiones de la infancia. Toxicosis del lactante.
- Insuficiencia suprarrenal aguda. Fallo agudo de la circulación periférica. Alteraciones del metabolismo electrolítico.

#### ANEXO VI

##### Información sobre actividad asistencial y datos económicos

Cuadro 1

Especialidad	Número de consultas	Coste total	Coste medio
Medicina General Familiar .....			
Pediatría .....			
Alergología .....			
Anestesióloga y Reanimación .....			
Angiología y Cirugía Vasculat .....			
Aparato Digestivo .....			
Cardiología .....			

Especialidad	Número de consultas	Coste total	Coste medio
Cirugía Cardiovascular .....			
Cirugía General y del Aparato Digestivo ..			
Cirugía Maxilofacial .....			
Cirugía Pediátrica .....			
Cirugía Plástica y Reparadora .....			
Cirugía Torácica .....			
Dermatología Médico-Quirúrgica y Vene- reología .....			
Endocrinología y Nutrición .....			
Estomatología/Odontología .....			
Geriatría .....			
Hematología y Hemoterapia .....			
Inmunología .....			
Medicina Intensiva .....			
Medicina Interna .....			
Medicina Nuclear .....			
Nefrología .....			
Neumología .....			
Neurocirugía .....			
Neurología .....			
Obstetricia y Ginecología .....			
Oftalmología .....			
Oncología Médica .....			
Oncología Radioterápica .....			
Otorrinolaringología .....			
Psiquiatría .....			
Rehabilitación .....			
Reumatología .....			
Traumatología y Cirugía Ortopédica .....			
Tratamiento del Dolor .....			
Urología .....			
Servicio concertado a precio fijo/pago capitativo .....			
Otros ** .....			

Se incluyen todas las consultas (primeras, revisiones y domiciliarias).

\*\* Este apartado se utilizará cuando exista algún concepto que no tenga cabida en los apartados anteriores; en ese caso se deberá especificar cada concepto incluido y su coste.

Cuadro 2

Tipo hospitalización	Número ingresos	Número estancias	Coste total (12)	Coste/Ingreso	Coste estancia
Médica (1) .....					
Quirúrgica (2) .....					
Obstétrica (3) .....					
Pediátrica (4) .....					
Psiquiátrica (5) .....					
Frecuencia hospitalaria (6) .....					
Total de intervenciones quirúrgicas de Cirugía Mayor (7) .....					
Frecuentación quirúrgica (8) .....					
Servicios concertados a precio fijo .....					
Cirugía Ambulatoria (9) .....					
Hospital de Día (10):					
Oncología Médica .....					
Psiquiatría .....					
Hematología .....					
Otros (11) .....					
Los 10 procesos hospitalarios más frecuentes:					
Proceso 1 .....					
Proceso 2 .....					

Tipo hospitalización	Número ingresos	Número estancias	Coste total (12)	Coste/Ingreso	Coste estancia
Los 10 procesos más costosos:					
Proceso 1 .....					
Proceso 2 .....					
Actividad y coste en las especialidades:					
Cirugía General .....					
Cirugía Cardiovascular .....					
Cirugía Ortopédica y Traumatológica .....					
Oftalmología .....					

## Definiciones:

(1) Hospitalización médica: Son todos aquellos ingresos en hospital o clínica por prescripción de especialidades médicas. Excepción la Pediatría.

(2) Hospitalización quirúrgica: Son todos aquellos ingresos en hospital o clínica por prescripción de una especialidad quirúrgica, incluida la cirugía pediátrica. Además deben recogerse los procesos de cirugía mayor sin ingreso (cataratas, varices ambulatorias, artroscopias, hallus valgus, hernias inguinales, legrados, quistes pilonidales, rinoplastias, adenoidectomías, amigdalectomías y, en general, todos aquellas intervenciones quirúrgicas mayores realizadas en UCSI).

(3) Hospitalización obstétrica: Incluye todos aquellos ingresos relacionados con la asistencia al embarazo y partos.

(4) Hospitalización pediátrica: Son todos aquellos médicos en personas hasta catorce años de edad.

(5) Hospitalización psiquiátrica: Son todos aquellos ingresos en hospital o clínica prescritos y bajo seguimiento de un psiquiatra.

(6) Frecuentación hospitalaria: Es la tasa de ingresos hospitalarios por cada 1.000 personas con cobertura. Se calcula con la siguiente fórmula  $Fr\ Hosp = \text{total de ingresos en hospital} / (1 + 2 + 3 + 4 + 5) \times 1000 / \text{número de mutualistas medio del año}$ .

(7) Total de intervenciones de cirugía mayor: Incluye el número de intervenciones realizadas con ingreso (programadas y urgentes), y el total de intervenciones de cirugía mayor realizadas en las UCSI.

(8) Frecuentación quirúrgica: Es la tasa de utilización de la cirugía mayor por cada mil personas cubiertas en un año. Se calcula con la siguiente fórmula  $Fr\ Quir = \text{total de cirugías mayores} / (7) \times 1000 / \text{número medio de mutualistas protegidos del año}$ .

(9) Cirugía ambulatoria: Se imputará todas las intervenciones quirúrgicas de cirugía menor y/o procedimientos terapéuticos quirúrgicos que no generen estancia, con independencia del lugar donde se realice (consulta, hospital, etc.).

(10) Hospital de día: Se recogerán todas aquellas asistenciales prestadas en este servicio, dependiente de un centro hospitalario, siempre que no generen ingreso.

(11) Otros: Este apartado se utilizará cuando exista algún concepto que no tenga cabida en los apartados anteriores; en ese caso se deberá especificar cada concepto incluido y su coste.

(12) Coste total: Se imputará la estancia hotelera, pruebas diagnósticas, honorarios profesionales, procedimientos terapéuticos/intervenciones quirúrgicas, farmacia, prótesis y demás servicios que se generen durante el ingreso.

Cuadro 3

Tipo de urgencia	Número de urgencias	Frecuentación (5)	Coste total	Coste medio
Hospitalaria (1) .....				
Ambulatoria (2) .....				
Urgencia domiciliaria (3) (*) ..				
Centro/Servicio de urgencia a precio fijo (4) .....				
Otros (**)				

(1) Urgencias hospitalarias: son todas aquellas que han sido atendidas en los servicios de urgencia de un hospital, incluyendo aquellas urgencias que hayan acabado en ingreso hospitalario.

(2) Urgencias ambulatorias: son todas aquellas que hayan sido atendidas por los servicios de urgencias de los centros sanitarios no hospitalarios (poli-clínicas, servicios de urgencias externos, etc.).

(3) Urgencias domiciliarias: son todas aquellas asistencias urgentes atendidas en el domicilio del paciente por servicios de urgencias.

(4) Centros o servicio de urgencia a precio fijo: en este apartado se recogerán aquellos servicios financiados con independencia de su nivel de utilización. Si no se computa la actividad deberá recogerse sólo el coste. Haciendo referencia a que no hay actividad recogida en estos servicios.

(5) Frecuentación: es la tasa de utilización de los servicios por cada 1.000 personas cubiertas. Se calcula  $Frecuentación = (\text{número de urgencias} \times 1.000) / \text{total de mutualistas protegidos de ese año}$ .

(\*) No se incluye la visita domiciliaria «urgente» del médico de cabecera. Estas visitas se imputarán en consultas externas.

(\*\*) Este apartado se utilizará cuando exista algún concepto que no tenga cabida en los apartados anteriores; en ese caso se deberá especificar cada concepto incluido y su coste.

Cuadro 4

Tipo de prueba diagnóstica	Número de pruebas	Coste total	Coste medio
Diagnóstico por imagen. ....			
Radiología Simple (cabeza, tronco, miembros, radiología estomatológica). ....			
Radiología Especial (radiología de contraste, mamografía...) .....			
Radiología intervencionista (flebografía, arteriografía...) .....			
Ecografía/Doppler .....			

Tipo de prueba diagnóstica	Número de pruebas	Coste total	Coste medio
Tomografía (TAC, PET) .....			
Resonancia Nuclear Magnética .....			
Densitometría Ósea .....			
Otras técnicas .....			
Análisis Clínicos (*): (Hematología, Bioquímica, Inmunología, Microbiología, Parasitología, Genética, Determinación Hormonal...) .....			
Anatomía Patológica: (Citología, Paaf, otros...) .....			
Medicina Nuclear: (Gammagrafía tiroidea, renal, Rastreo, Spect...) .....			
Otras pruebas diagnósticas: (Pruebas alérgicas, ECG, EEG, espirografía, audiometría, campimetría, potenciales evocados, cateterismo ureteral, endoscopia diagnóstica...) .....			
Otros (**)			
Frecuentación de TAC: (1) .....			
Frecuentación de RNM: (1) .....			
Frecuentación de análisis clínicos: (1) ...			

(1) Frecuentación: Se calculará como la tasa de utilización por cada 1.000 beneficiarios al año. La fórmula es  $Frec = (\text{número de exploraciones} \times 1.000) / \text{número de mutualistas medio del año}$ .

(\*) Se computarán exclusivamente el número de peticiones con independencia del número de pruebas que se solicite en cada petición.

(\*\*) Este apartado se utilizará cuando exista algún concepto que no tenga cabida en los apartados anteriores; en ese caso se deberá especificar cada concepto incluido y su coste.

Cuadro 5

Tipo de tratamiento/prestación	Número de sesiones	Coste total	Coste medio
D.U.E. ....			
Matrona .....			
Fisioterapia .....			
Foniatría/Logopedia .....			
Psicoterapia .....			
Oxigenoterapia/Ventiloterapia .....			
Transporte sanitario .....			
Otras prestaciones: (Tiras reactivas de glucosa, jeringuillas de insulina, farmacia (V04, Uso Hospitalario...) .....			
Indemnizaciones (Pagos directos a Asegurados por utilización de medios no concertados, CMP, CMN, Convenios de zona rural...) .....			
Otros (*) .....			
Podología .....			
Diálisis .....			
Litotricia .....			
Oncología Radioterápica .....			
Actos terapéuticos .....			

(\*) Este apartado se utilizará cuando exista algún concepto que no tenga cabida en los apartados anteriores; en ese caso se deberá especificar cada concepto incluido y su coste.

## ANEXO VII

## Modalidades asistenciales complementarias

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 75 del Reglamento General de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, el ISFAS mantiene un régimen de colaboración concertada con la Sanidad Militar, en el que se contempla la cobertura de la Asistencia Especializada y de Hospitalización a través de los Hospitales Militares de Cartagena, Ceuta, El Ferrol, Madrid, Melilla, San Fernando, Valencia y Zaragoza, conforme se recoge en la Instrucción núm. 297/2001, del 28 de diciembre, del Subsecretario de Defensa, quedando al margen de dicho régimen la asistencia correspondiente al escalón primario y la de urgencia, asistencia que, en consecuencia, puede ser prestada por Entidades que suscriban Concerto con este Instituto, siempre que así lo elijan los interesados.



Por otra parte, los Consultorios del ISFAS, también si así lo eligen los afiliados, presta la asistencia correspondiente al escalón primario, excluidas las urgencias, en localidades donde existe o ha existido Hospital Militar, concurriendo la circunstancia de que, en ocasiones, los medios disponibles pueden resultar insuficientes, lo que aconseja que sean complementados con los de las Entidades concertadas.

Por fin, el cierre del Hospital Militar de Sevilla hace preciso que la asistencia médico-quirúrgica de especialidades en régimen ambulatorio y de hospitalización del colectivo que decida continuar recibiendo la atención primaria en los Consultorios del ISFAS, deba ser también cubierta por las mismas Entidades, igualmente en el supuesto de que sean elegidas para ello por los afectados.

Por tales motivos resulta necesario definir tres modalidades asistenciales complementarias: la Modalidad de Atención Primaria, la de Atención Primaria Parcial y la de Asistencia de Especialidades y Hospitalización, a las que podrán adscribirse determinados afiliados y beneficiarios conforme a las condiciones que a continuación se señalan.

#### *Modalidad de atención primaria (modalidad C)*

Primero.—Podrán adscribirse a la Entidad, para la cobertura exclusiva de la Atención Primaria y de Urgencias, los titulares y beneficiarios del Régimen Especial de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas que, habiendo fijado su residencia en cualquiera de las localidades señaladas en el apartado quinto, reciban la Asistencia Especializada y de Hospitalización a través de Hospitales Militares, de acuerdo con el régimen de colaboración con las Sanidades Militares vigente en cada momento.

La citada relación de localidades podrá ser modificada en cualquier momento por Resolución del Secretario General Gerente ISFAS.

Segundo:

A) Los servicios sanitarios que prestará la entidad al colectivo adscrito para la Atención Primaria y de Urgencias serán los siguientes:

a) Medicina General o de Familia, Pediatría y Enfermería, ya sea en régimen ambulatorio, domiciliario o de urgencia.

b) Servicios sanitarios de urgencia (sin hospitalización), durante las veinticuatro horas del día, en las mismas condiciones que a los beneficiarios con asistencia completa a cargo de la entidad.

B) Con carácter general, se tendrá en cuenta que, cuando un beneficiario reciba asistencia de urgencia en cualquiera de las localidades reflejadas en el apartado quinto, si de su valoración inicial se dedujese la necesidad de internamiento, el Servicio de Urgencias remitirá al paciente al correspondiente Hospital Militar, gestionando si fuese necesario el traslado en ambulancia. En el resto del territorio nacional el beneficiario deberá ingresar en Hospitales de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

C) Únicamente podrá gestionarse el ingreso del beneficiario en el centro concertado con la entidad que hubiera prestado la asistencia de urgencia, cuando su estado clínico no permitiera el traslado a los centros hospitalarios señalados, no corriendo a cargo de la entidad los gastos que se deriven de este internamiento.

D) Además, todo facultativo de la entidad, por causa de una asistencia urgente e inmediata que haya de ser prestada por él mismo, podrá prescribir el ingreso de un beneficiario en un Hospital Militar.

E) Los correspondientes facultativos de la Entidad deberán realizar la prescripción de medicamentos y demás productos farmacéuticos en las recetas oficiales del ISFAS, formalizar los informes para la propuesta de baja o Incapacidad Temporal (I.T.) en los modelos oficiales y la prescripción de pruebas o medios de diagnóstico en los correspondientes volantes. Los talonarios de recetas y de Informes-Propuestas de I.T. serán presentados a los facultativos de la Entidad por los beneficiarios del ISFAS cuando sean necesarios.

F) En ningún caso será objeto de cobertura la prestación farmacéutica ni los traslados en ambulancia que pudieran precisarse.

Tercero.—Los servicios sanitarios mencionados en el Apartado precedente se prestarán en todo el territorio nacional con la misma extensión y en las mismas condiciones establecidas en el presente concierto para los afiliados y beneficiarios con Asistencia completa por la entidad, considerándose de aplicación las cláusulas relativas a tales servicios.

Como única excepción, se tendrá en cuenta que las técnicas básicas de diagnóstico en el ámbito de la Atención Primaria se consideran como parte de los servicios de Medicina General, de Familia y Pediatría a los que se alude en el subepígrafe a) del apartado segundo precedente, por lo que la entidad se hará cargo de su cobertura, siempre que la prescripción se hubiera formulado por los correspondientes facultativos del Catálogo

de Servicios. A estos efectos, tendrán la consideración de técnicas básicas de diagnóstico los estudios de diagnóstico por imagen mediante radiología convencional simple, sin contrastes, así como las determinaciones analíticas incluidas en el Catálogo Básico de Pruebas Analíticas recogido en el apartado sexto.

Cuarto.—El precio a abonar por los servicios asistenciales correspondientes a la Modalidad de Atención Primaria y de Urgencias para el año 2003 será de 7,62 euros por persona y mes. Este precio será actualizado anualmente en la misma medida que el precio del concierto por la asistencia completa.

Quinto.—Podrán acogerse a la modalidad de Atención Primaria y de Urgencias únicamente los asegurados y beneficiarios que tengan fijada su residencia habitual en algunas de las siguientes localidades:

Cádiz:

Algeciras.  
Arcos de la Frontera.  
Barbate.  
Cádiz  
Conil.  
Chiclana.  
Chipiona.  
Jerez de la Frontera.  
Línea de la Concepción (La)  
Medina Sidonia.  
Puerto de Santa María (El).  
Puerto Real.  
Rota.  
San Fernando.  
Sanlúcar de Barrameda.  
Tarifa.

Coruña (A):

Coruña (A).  
Ferrol (El).  
Carballo.  
Oleiros.  
Santiago de Compostela.

Madrid:

Alcalá de Henares.  
Alcobendas.  
Alcorcón.  
Aranjuez.  
Arganda.  
Boadilla del Monte.  
Colmenar Viejo.  
Collado Villalba.  
Coslada.  
Fuenlabrada.  
Galapagar.  
Getafe.  
Leganés.  
Madrid (incluso Aravaca y El Pardo).  
Majadahonda.  
Móstoles.  
Pozuelo de Alarcón.  
Rivas Vaciamadrid  
Rozas (Las).  
San Fernando de Henares.  
San Sebastián de los Reyes.  
Torrejón de Ardoz.  
Tres Cantos.  
Valdemoro.  
Villanueva de la Cañada.  
Villaviciosa de Odón.

Murcia:

Águilas.  
Alcantarilla.  
Alhama de Murcia.  
Archena.  
Cartagena.  
Cehegín.  
Ceutí.  
Cieza.

Lorca.  
Mazarrón.  
Molina de Segura.  
Mula.  
Murcia.  
San Javier.  
Santiago de la Ribera.  
Torre Pacheco.  
Yecla.

Valencia:

Alaquas.  
Alboraya.  
Alcudia (L').  
Alfajar.  
Algemesí.  
Alginet  
Alzira.  
Beteta.  
Burjassot.  
Carcaixent.  
Carlet.  
Catarroja.  
Cullera.  
Onteniente.  
Paterna.  
Pincaya.  
Pucol.  
Eliaana (L').  
Gandía.  
Lliria.  
Manises.  
Mislata.  
Quart de Poblet.  
Requena.  
Sagunto.  
Silla.  
Sueca.  
Tabernes de Valldigna.  
Torrent.  
Valencia.  
Xàtiva.  
Xirivella.

Zaragoza:

Calatayud.  
Egea de los Caballeros.  
Zaragoza.

Ceuta.  
Melilla.

Sexto.—Las determinaciones analíticas a las que se alude en el apartado tercero son las incluidas en el siguiente catálogo de pruebas analíticas:

Catálogo básico de pruebas analíticas:

00 Hematología.

Hemograma/Coulter.

V. Sedimentación.

00 Hematología banco.

Grupo sanguíneo.

Coombs directo.

Coombs indirecto.

Reticulocitos.

00 Coagulación I.

Tiempo de protrombina.

APTT.

Fibrinógeno.

00-Bioquímica Sangre I.

Glucosa.

Curva glucosa adultos.

Curva glucosa gestantes.

Test de O'Sullivan.

Urea.

Creatinina.

Ácido úrico.

Colesterol total.

Triglicéridos.

HDL-Colesterol.

LDL-Colesterol.

Bilirrubina total.

Bilirrubina directa.

Bilirrubina indirecta.

GOT/AST.

GPT/ALT.

GGT.

Amilasa.

Fosfatasa alcalina.

CPK.

LDH.

Calcio.

Fósforo.

Hierro.

Ferritina.

Transferrina.

I. S. Transferrina.

Sodio.

Potasio.

Proteínas totales.

Colinesterasa.

Factor reumatoideo.

Proteína C reactiva.

Aslo

Albumina.

Proteinograma.

01-Bioquímica especial.

Hemoglobina glicosilada.

TSH

01-Inmunología.

IgG.

IgA.

IgM.

IgE.

AC Anti-gliadina IgG.

Ac. Anti endomisio.

Ac. Anti nucleares.

01-Serología.

Brucella, Anticuerpos.

Brucella (Rosa de Bengala).

Citomegalovirus, IgM.

Epstein-Barr: IgM anti-VCA.

Epstein-Barr: Paul Bunnell.

Hepatitis A, IgM.

Hepatitis B (marcadores).

Hepat. B, anti-HBs (post-vacunación).

Hepatitis C, anti-HCV.

Rubeola, Ig G.

Rubeola, Ig M.

Sífilis, RPR.

Sífilis, TPHA

Toxoplasmosis, AC Ig G.

Toxoplasmosis, AC Ig M.

VIH, Anticuerpos.

01 Microbiología.

Urocultivo.

Coprocultivo.

Espuito cultivo estándar.

Espuito Baciloscopia-Lowenstein.

Exudado Vaginal.

Frotis faringeo.

Frotis ótico.

Estudio parasitológico.

02-Orina.

Sistemático de orina.  
Test de embarazo.  
Microalbuminuria.

02 Bioquímica. Orina de 24 horas.

Glucosa (orina).  
Creatinina (orina).  
Urea (orina).  
Ácido úrico (orina).  
Calcio (orina).  
Alfa amilasa (orina).  
Fosfato inorgánico.  
Sodio (orina).  
Potasio (orina).  
Proteínas (orina).

03 Varios.

Cálculos urinarios.  
Sangre oculta en heces.

#### *Modalidad de atención primaria parcial*

Primero.—Mediante esta modalidad, una de las entidades que hayan optado por acogerse al presente anexo VII cubrirá en una localidad o zona concreta y para un colectivo determinado, alguno de los componentes de la modalidad de «Atención Primaria» enumerados en el apartado segundo, A), a), del epígrafe precedente.

Segundo.—La entidad a la que corresponderá cubrir esta asistencia será, en cada caso concreto, aquella que en la localidad de que se trate tenga adscrito un mayor colectivo en la citada modalidad de «Atención Primaria» o, si renunciase a su derecho, la siguiente con el mismo criterio.

Tercero.—El servicio sanitario de que se trate será cubierto por el facultativo que determine la entidad, dentro de su cuadro médico, siempre que disponga de la titulación y de los medios adecuados. Por causas justificadas, la entidad podrá cambiar el facultativo prestador del servicio comunicándolo previamente al ISFAS, cuya aceptación se entenderá concedida si en el plazo de diez días no manifestase sus reparos.

Cuarto.—Los precios que se abonarán a las entidades por la «Atención Primaria Parcial» serán los siguientes:

- a) Medicina General: 3,27 euros/mes, multiplicadas por el colectivo adscrito, con un mínimo garantizado, a efectos del precio, de 350 titulares.
- b) Pediatría: 1,50 euros/mes, multiplicadas por el colectivo adscrito, con un mínimo garantizado, a efectos del precio, de 750 titulares con beneficiarios menores de catorce años.
- c) Enfermería: 1,14 euros/mes, multiplicadas por el colectivo adscrito, con un mínimo garantizado, a efectos del precio, de 700 titulares.

Estos precios no experimentarán variación durante la duración del Concierto y, de haberlas, durante sus prórrogas.

Quinto:

1. El servicio indicado se prestará en la consulta del propio facultativo, debiendo dedicar a dicho fin al menos dos horas diarias, de lunes a viernes ambos inclusive.

Asimismo deberá cubrir los avisos de visita a domicilio que reciba, cuando por las circunstancias del paciente no sea posible su desplazamiento a la consulta.

2. El colectivo a atender estará constituido por afiliados al ISFAS de la localidad o zona de que se trate adscritos a la modalidad D1, así como por los desplazados ocasionalmente a dicha localidad o zona que posean también la citada modalidad asistencial. Para acreditar su derecho, deberán exhibir el documento de afiliación al ISFAS y, de serle requerido por el facultativo, el DNI.

Sexto.—Para cada supuesto concreto de «Atención Primaria Parcial», la representaciones del ISFAS y de la entidad que corresponda firmarán el oportuno documento administrativo, previamente informado por la Asesoría Jurídica y la Intervención Delegada del Instituto, en el que constarán los detalles específicos del servicio que se concierte.

Séptimo.—En lo no previsto expresamente para esta modalidad, se estará, en cuanto resulte congruente, a lo establecido para la modalidad de «Atención Primaria».

#### *Modalidad de asistencia de especialidades y hospitalización*

*(modalidad B)*

Primero.—Podrán acogerse a esta modalidad asistencial los titulares y beneficiarios de Régimen Especial de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas que hayan optado por recibir la Atención Primaria (Medicina General o de Familia, Pediatría y Enfermería) a través de los Consultorios del ISFAS, y tengan fijada su residencia habitual en la localidad de Sevilla. De producirse el cierre de algún Hospital Militar en el futuro, el colectivo residente en la localidad o zona donde se encontrara ubicado también podrá acogerse a esta modalidad asistencial.

Segundo.—Los Servicios Sanitarios que prestará la Entidad al colectivo adscrito a la presente modalidad asistencial serán todos los recogidos en el presente Concierto, a excepción de los de Medicina General o de Familia, Pediatría y Enfermería en la localidad de Sevilla. Cuando los beneficiarios se desplacen a otras localidades del territorio nacional la Entidad también atenderá la cobertura de los servicios de Medicina general o de Familia, Pediatría y Enfermería.

Tercero.—Los Servicios Sanitarios mencionados en el apartado precedente se prestarán con la misma extensión y en las mismas condiciones establecidas en el presente concierto para los afiliados y beneficiarios con Asistencia completa por la entidad, si bien en el caso de los beneficiarios que se hubieran desplazado a localidades distintas a la de residencia habitual, se tendrá en cuenta que las técnicas básicas de diagnóstico en el ámbito de la Atención Primaria se consideran como parte de los servicios de Medicina General o de Familia y Pediatría, por lo que la Entidad se hará cargo de su cobertura, siempre que la prescripción se hubiera formulado por los correspondientes facultativos del Catálogo de Servicios. A estos efectos, tendrán la consideración de técnicas básicas de diagnóstico los estudios de diagnóstico por imagen mediante radiología convencional simple, sin contrastes, así como las determinaciones analíticas incluidas en el Catálogo Básico de Pruebas Analíticas recogido en el Apartado Sexto del Título relativo a la Modalidad de Atención Primaria.

Cuarto.—El precio por beneficiario y mes que el ISFAS abonará a la Entidad por los servicios correspondientes a la modalidad de asistencia de Especialidades y Hospitalización será el fijado por Asistencia completa en cada año de vigencia del Concierto, menos el precio fijado para la Modalidad de Atención Primaria (modalidad C), más una cantidad igual a la doceava parte del citado precio, a fin de compensar el coste de Atención Primaria que pueda precisar un beneficiario cuando se encuentre desplazado fuera de su localidad de residencia.

## MINISTERIO DE HACIENDA

**25351** *RESOLUCIÓN de 23 de diciembre de 2002, de Loterías y Apuestas del Estado, por la que se hace público la combinación ganadora, el número complementario y el número del reintegro de los sorteos del Abono de Lotería Primitiva (Bono-Loto), celebrados los días 16, 17, 18 y 20 de diciembre de 2002 y se anuncia la fecha de celebración de los próximos sorteos.*

En los sorteos del Abono de Lotería Primitiva (Bono-Loto), celebrados los días 16, 17, 18 y 20 de diciembre de 2002, se han obtenido los siguientes resultados:

Día 16 de diciembre de 2002.

Combinación ganadora: 46, 41, 6, 10, 2, 37.

Número complementario: 30.

Número del reintegro: 7.

Día 17 de diciembre de 2002.

Combinación ganadora: 24, 21, 22, 7, 20, 44.

Número complementario: 32.

Número del reintegro: 2.

Día 18 de diciembre de 2002.

Combinación ganadora: 1, 33, 36, 7, 29, 28.

Número complementario: 13.

Número del reintegro: 8.