

MINISTERIO DE DEFENSA

31291 RESOLUCION 4BO/39502/1990, de 20 de diciembre, de la Gerencia del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, por la que se publican los Concierdos suscritos para la prestación de asistencia sanitaria durante los años 1991, 1992 y 1993.

En aplicación de lo previsto en el artículo 19.1 de la Ley 28/1975, de 27 de junio, sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, y artículo 75.2 del Reglamento General, aprobado por Real Decreto 2330/1978, de 29 de septiembre, el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) suscribió Concierto con el Instituto Nacional de la Seguridad Social y la Tesorería General de la Seguridad Social, con fecha 30 de diciembre de 1986, actualmente en periodo de prórroga, para que los titulares y demás beneficiarios del Régimen Especial de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, a quienes por esta vía de Concierto les corresponda, 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 1991, 1992 y 1993.

Con la finalidad de posibilitar la elección por los titulares afiliados al ISFAS, a quienes por esta vía de Concierto pudiera corresponderles, y, en caso de optar por una Entidad de seguro, conozcan el contenido y régimen de la prestación,

Esta Gerencia ha resuelto:

Primero.-Publicar como anexo a esta Resolución el texto del Concierto suscrito para la asistencia sanitaria de los titulares y demás beneficiarios del ISFAS, durante los años 1991, 1992 y 1993, con las siguientes Entidades de Seguro de Asistencia Sanitaria:

- «Aseguradora Islas Canarias, Sociedad Anónima» (ASEICA).
- «Aseguradora Sanitaria Interprovincial de Seguros, Sociedad Anónima».
- «Caja Salud de Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima».
- «Compañía de Seguros ADESLAS, Sociedad Anónima».
- «Compañía de Seguros Previsión Médica, Sociedad Anónima».
- «La Equitativa de Madrid, Compañía de Seguros, Sociedad Anónima».
- «Policlínica Santiago, Sociedad Anónima».
- «Servicios Médicos, Compañía de Seguros, Sociedad Anónima» (SERME).
- «Unime, Sociedad Anónima».

Segundo.-Determinar que durante el mes de enero de cada uno de los años 1991, 1992 y 1993, los titulares afiliados al ISFAS que lo deseen puedan solicitar cambio de Entidad, adscribiéndose al Instituto Nacional de la Seguridad Social o alguna de las relacionadas en el apartado precedente.

El cambio a que se hace referencia se solicitará en la Delegación del ISFAS a cuyo ámbito pertenezca el titular.

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

Tercero.-Disponer que en las Delegaciones y subdelegaciones del ISFAS se expongan, a disposición de los titulares que deseen consultarlos, los cuadros medicosanatoriales de la respectiva provincia correspondiente a las Entidades de Seguro de Asistencia Sanitaria concertadas.

Asimismo estarán a disposición de los afiliados los anexos del Concierto que, por su naturaleza específica o técnica, no son objeto de publicación.

Madrid, 20 de diciembre de 1990.-El Gerente, Ricardo A. Robles Montaña.

CONCIERTO DEL INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS CON ENTIDADES DE SEGURO PARA LA ASISTENCIA SANITARIA DE TITULARES Y OTROS BENEFICIARIOS DEL ISFAS DURANTE LOS AÑOS 1991, 1992 Y 1993

CAPITULO PRIMERO

Objeto del Concierto y beneficiarios

- 1.1 Objeto del Concierto.
- 1.2 Asegurados en general.
- 1.3 Beneficiarios por maternidad.
- 1.4 Nacimiento y extinción de los derechos de los asegurados.
- 1.5 Cambio de Entidad.
- 1.6 Titulares no adscritos a Entidad médica.

CAPITULO II

Medios de la Entidad

- 2.1 Normas generales.
- 2.2 Estructura.
 - 2.2.1 Criterios generales.
 - 2.2.2 Niveles geográficos.
 - A) Nivel rural.
 - B) Nivel comarcal.
 - C) Nivel provincial.
 - D) Nivel supraprovincial.
 - 2.2.3 Criterio supletorio.
 - 2.2.4 Servicios permanentes de asistencia ambulatoria.
 - 2.2.5 Servicios de urgencia.
- 2.3 Medios técnicos de diagnóstico y tratamiento.
- 2.4 Cuadros médico-sanatoriales.

CAPITULO III

Utilización de los medios de la Entidad

- 3.1 Norma general.
- 3.2 Contingencias incluidas.
- 3.3 Ambito territorial.
- 3.4 Requisitos.
- 3.5 Asistencia urgente.
 - 3.5.1 En domicilio.
 - 3.5.2 En los Servicios de Urgencia.
 - 3.5.3 Internamiento en casos de urgencia.
 - 3.5.4 Utilización directa del Servicio de Ambulancias.
 - 3.5.5 Gastos cubiertos.
- 3.6 Asistencia en consultorio y domiciliaria.
 - 3.6.1 Libre elección de facultativo.
 - 3.6.2 Lugar de prestación de la asistencia.
 - 3.6.3 Requisitos.
 - 3.6.4 Prescripción de medicamentos.
 - 3.6.5 Medios de diagnóstico.
 - 3.6.6 Especificaciones complementarias para ciertas especialidades.
 - A) Esterilidad.
 - B) Maternidad.
 - C) Planificación familiar.
 - D) Pequeña cirugía y curas posquirúrgicas.
 - E) Estomatología.
 - F) Diagnóstico precoz de cáncer ginecológico y enfermedades coronarias.
 - G) Rehabilitación y recuperación funcional.
 - H) Tratamientos o técnicas para enfermos mentales.
 - I) Oxigenoterapia a domicilio.
- 3.7 Asistencia en régimen de internamiento hospitalario.
 - 3.7.1 Condiciones generales de los internamientos.
 - A) Ambito de aplicación de estas condiciones.
 - B) Requisitos para el ingreso.
 - C) Duración del internamiento.
 - D) Tipo de habitación.
 - E) Gastos cubiertos.
 - 3.7.2 Especificaciones para los distintos tipos de internamiento.
 - A) Hospitalización por enfermedad.
 - B) Hospitalización por asistencia quirúrgica.
 - C) Hospitalización por maternidad.
 - D) Hospitalización por asistencia pediátrica.
 - E) Hospitalización para tratamientos de rehabilitación y recuperación funcional.
 - F) Hospitalización por enfermedades mentales.
 - 3.7.3 Supuesto especial.
- 3.8 Asistencia en régimen de internamiento especial.
 - 3.8.1 Características y condiciones.
 - 3.8.2 Supuestos de aplicación.
 - A) Tratamientos de diálisis peritoneales y hemodiálisis.
 - B) Tratamientos de poliquimioterapia, cobaltoterapia, radiumterapia o isótopos radiactivos.
 - C) Hospitalización para tratamientos de litofragmentación.
- 3.9 Asistencia en régimen de hospitalización domiciliaria.
- 3.10 Normas comunes a todos los tipos de asistencia.
 - 3.10.1 Prótesis.

- 3.10.2 Traslados para recibir asistencia.
3.10.3 Cumplimentación de informes médicos a fines administrativos.

CAPITULO IV

Utilización de medios ajenos a la Entidad

- 4.1 Norma general.
4.2 Denegación injustificada de asistencia.
4.3 Asistencia urgente de carácter vital.

CAPITULO V

Régimen jurídico del Concierto

- 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.

CAPITULO VI

Duración, precio y régimen económico del Concierto

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

CAPITULO PRIMERO

Objeto del Concierto y beneficiarios

1.1 Objeto del Concierto

1.1.1 El objeto del Concierto es facilitar asistencia sanitaria, en todo el territorio nacional, a los titulares y demás beneficiarios del ISFAS (en adelante, asegurados), a cuyo fin la Entidad firmante del Concierto (en adelante, Entidad concertada o Entidad) se obliga durante su vigencia a poner a disposición de los que queden adscritos a ella los servicios precisos para dicha asistencia (en adelante, medios de la Entidad) o, en su defecto o por otra de las causas expresamente señaladas, 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 procedimientos contenidos en la cláusula 6.3.

1.1.3 La Entidad, cumpliendo los requisitos previstos a dicho fin en la Resolución del ISFAS de convocatoria de Concierto, podrá haber establecido o establecer contratos de coaseguro para hacer efectiva la prestación en una o varias provincias con otra u otras Entidades. Los contratos de coaseguro posteriores a la firma del Concierto no tendrán eficacia hasta que el ISFAS reciba de la Entidad concertada un ejemplar de los mismos, junto con la preceptiva documentación. Dejarán de producir efectos frente al ISFAS cuando lo comunique la Entidad, bien por haberse firmado otro, bien por haberse establecido Delegación propia.

1.1.4 En cualquier caso, existan o no contratos de coaseguros, las obligaciones contenidas en el Concierto se cumplirán bajo la responsabilidad exclusiva frente al ISFAS de la Entidad concertada. Los medios de la Entidad coasegurada, con los límites geográficos que determine el coaseguro, quedan incluidos en la expresión «medios de la Entidad» a que se refiere la cláusula 1.1.1.

1.2 Asegurados 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 titulares y demás beneficiarios de asistencia sanitaria del ISFAS, determinados conforme a sus propias normas, que hayan quedado adscritos a la Entidad a dichos efectos.

1.2.2 A ciertos fines de gestión y siempre que así se derive del propio texto de las cláusulas, los beneficiarios del Concierto son denominados titulares, si poseen documento de afiliación al ISFAS propio, o simplemente beneficiarios, cuando figuran en el documento de beneficiarios de un titular. En todo caso, los beneficiarios estarán adscritos a la Entidad mientras lo esté el titular de que dependan.

1.2.3 Estarán adscritos a la Entidad los titulares que, en su caso, lo estuvieran a 31 de diciembre de 1990 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 esposas de los afiliados, 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.

1.4 Nacimiento y extinción de los derechos de los asegurados

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 Instituto o en la Entidad.

1.5 Cambio de Entidad

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 afecten individualmente o a una pluralidad de titulares y justifiquen el cambio, a juicio de la Gerencia del ISFAS.

1.6 Titulares no adscritos a Entidad médica

El titular del ISFAS a quien por esta vía de concierto corresponda que no haya formalizado su adscripción a una de las Entidades concertadas 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 de funcionario de la Administración Militar.

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.

CAPITULO II

Medios de la Entidad

2.1 Normas generales

2.1.1 Los medios de la Entidad a que se refiere la cláusula 1.1.1 podrán ser todos o algunos de los siguientes:

A) Facultativos dependientes de la Entidad mediante una relación de carácter laboral o vinculados a la misma mediante una relación de carácter civil.

B) Centros, instalaciones o establecimientos propios de la Entidad o concertados por ella bajo cualquier régimen jurídico.

C) Medios de que disponga otra Entidad bajo cualquiera de las fórmulas indicadas en los apartados A) y B) y que queden adscritos a los fines del concierto mediante contrato de coaseguro, con arreglo a lo previsto en la cláusula 1.1.3.

2.1.2 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, y sin que sea precisa ninguna otra condición complementaria, salvo que otra cosa se establezca expresamente en las cláusulas del presente concierto.

Si el ISFAS tiene conocimiento del posible incumplimiento de dichos requisitos de carácter general, su actuación únicamente podrá consistir en dar cuenta de los hechos a la correspondiente Administración sanitaria, quedando, en todo caso, a la espera de la decisión que ella adopte sobre tal incumplimiento.

2.2 Estructura

2.2.1 Criterios generales.

A) La disponibilidad mínima de medios se determinará básicamente por niveles geográficos, con arreglo a las previsiones de la cláusula 2.2.2.

B) Dentro de lo prescrito para cada nivel, el número de facultativos se ajustará a las siguientes reglas mínimas:

- Un Médico general por cada 750 beneficiarios o fracción.
- Un Pediatra por cada 1.500 beneficiarios o fracción.
- Dos facultativos por especialidad, incrementados, en su caso, proporcionalmente al número de beneficiarios, de acuerdo con los criterios utilizados en el INSALUD.

C) En relación con las reglas contenidas en los párrafos a) y b) del apartado precedente, se tendrá en cuenta que el número de beneficiarios podrá ser el doble, si los facultativos se encuentran vinculados a la Entidad en régimen de plena dedicación a la misma.

D) En los casos de imposibilidad de cumplir las reglas mínimas de cada nivel por inexistencia de facultativos o de Centros en las localidades mencionadas en la cláusula siguiente deberán disponerse los medios en las localidades del nivel inmediato superior en que existan.

2.2.2 Niveles geográficos.

A) Nivel rural:

Localidades desde 1.000 a 20.000 habitantes, con su respectiva zona de influencia. Dispondrán de medicina general, ATS o Practicante y, desde los 5.000 habitantes, Pediatra y Matrona.

B) Nivel comarcal.

Localidades de más de 20.000 habitantes que no sean capitales de provincia, con su respectiva zona de influencia. Además de los servicios de nivel rural dispondrán de Obstetricia y Ginecología, Estomatología, Análisis Clínicos y Radiología; desde los 50.000 habitantes, además, de las especialidades médicas de Cardiología, Reumatología, Oftalmología, Otorrinolaringología y Aparato Digestivo, y desde los 100.000 habitantes, además, de las especialidades médicas de Anestesiología, Reanimación y Rehabilitación y de las especialidades quirúrgicas de Cirugía General, Traumatología y Cirugía Ortopédica y Otorrinolaringología.

C) Nivel provincial.

Localidades que sean capital de provincia dispondrán de todos los medios precisos para una asistencia sanitaria integral, salvo lo previsto en el apartado siguiente.

D) Nivel supraprovincial.

Por conjuntos de provincias, la Entidad deberá disponer de los medios personales y tecnológicos precisos para, tanto en el campo de la exploración como del tratamiento, completar los niveles provinciales con las técnicas superespecializadas o de nueva implantación que no puedan existir en todos aquéllos.

2.2.3 Criterio supletorio.

Como criterio supletorio de las reglas contenidas en la cláusula 2.2.2 precedente, se tendrá en cuenta que, dentro del nivel rural, se podrá sustituir el conjunto de medios especificados en el apartado A) por los servicios de atención primaria de la Red Sanitaria de la Seguridad Social, en los términos y con los límites geográficos que se determinen en los convenios que a tal fin pueda suscribir la Entidad con las correspondientes Entidades Gestoras de dicha Red, y que, en cada nivel geográfico, deberá disponerse de las especialidades que estén en funcionamiento en los niveles asimilables de la estructura sanitaria del INSALUD.

2.2.4 Servicios Permanentes de Asistencia Ambulatoria.

En las localidades de 50.000 habitantes o más deberá existir un Servicio Permanente de Asistencia Ambulatoria, atendido, al menos, por un Médico general y un ATS. Esta función podrá estar atribuida a los Servicios de Urgencia en las localidades donde existan.

2.2.5 Servicios de Urgencia.

En las capitales de provincias y en las localidades de 100.000 habitantes o más que disten no menos de 25 kilómetros de la respectiva capital, deberá existir:

A) Un Servicio de Urgencias de carácter permanente, al que puedan acudir los asegurados en todo momento para una atención urgente de cualquier naturaleza, que contará con los médicos de guardia precisos y que dispondrá de los medios personales y materiales necesarios para su función.

Si el Servicio de Urgencias no dispusiera de Unidad de Cuidados Intensivos y de Coronarias o de otros medios técnicos que resultasen precisos en un caso concreto, el enfermo tendrá que ser trasladado a un Centro que disponga de aquéllas o de éstos. El traslado será por cuenta

de la Entidad en los medios adecuados y, si el estado del enfermo lo requiere, con asistencia de Médico o ATS, según proceda.

B) Un Servicio de Urgencias Domiciliarias, también de carácter permanente.

C) Un Servicio de Urgencias Psiquiátricas, asimismo de carácter permanente, salvo que dicha atención esté a cargo de los Servicios de los apartados A) y B).

2.3 Medios técnicos de diagnóstico y tratamiento

2.3.1 La Entidad dispondrá en los distintos niveles geográficos de los medios técnicos de diagnóstico y tratamiento que resulten adecuados a su contenido asistencial. En los niveles provinciales, completados con los supraprovinciales, dichos medios habrán de ser todos los utilizados en la práctica médica común en España a la fecha de la firma del Concierto.

2.3.2 Cualquier nueva técnica de diagnóstico o tratamiento que aparezca después de la citada fecha, no constituirá medio obligatorio para la Entidad hasta que sea implantada en la asistencia sanitaria a cargo del INSALUD, teniendo en cuenta que, conforme a lo previsto en la cláusula 2.2.2, C) y D), la Entidad determinará su localización, aplicándose, en su caso, para los desplazamientos de los beneficiarios lo dispuesto en la cláusula 3.10.2, D).

2.4 Cuadros médico-sanatoriales

2.4.1 Los Cuadros médico-sanatoriales son la relación detallada de los medios de la Entidad y su finalidad es posibilitar la utilización de dichos medios por los beneficiarios.

2.4.2 La Entidad confeccionará bajo su responsabilidad sus Cuadros médico-sanatoriales, y, desde el 1 de enero de 1991, pondrá a disposición de las Delegaciones del ISFAS el número necesario de ejemplares para entregar a los titulares que lo soliciten. Deberán actualizarse con la periodicidad que exija la variación de su contenido.

2.4.3 Los Cuadros serán de ámbito provincial e incluirán los datos relativos al Servicio de Información de la Entidad, al Servicio Permanente de Asistencia Ambulatoria, a los Servicios de Urgencias, a los Centros sanatoriales y a los facultativos, agrupados éstos por especialidades según la normativa vigente. Los consultores podrán figurar separadamente, bajo dicha denominación, agrupados también por especialidades.

Cuando proceda dentro del nivel rural, conforme a la cláusula 2.2.3, la mención de los facultativos será sustituida por la referencia a los correspondientes centros públicos de atención primaria.

2.4.4 Además de lo anterior, los cuadros incluirán:

A) Los datos de los Servicios de Información de Asistencia Ambulatoria y de Urgencias de la Entidad en las restantes provincias.

B) Las instrucciones precisas para la utilización de los diferentes medios de la Entidad, instrucciones que en ningún caso podrán diferir ni exceder de las previstas en este Concierto.

C) Una indicación especialmente dirigida a los asegurados del ISFAS que contenga una relación exhaustiva de los supuestos de utilización de los medios de la Entidad que exijan autorización previa de la misma, según los términos del Concierto, y que, por consiguiente, deberá coincidir con la que figura como anexo I. La no inclusión de esta indicación expresamente referida a los asegurados del ISFAS se entenderá como la no exigencia de autorización alguna, cualquiera que sea el uso de medios de que se trate.

2.4.5 La Entidad se obliga a que, durante la vigencia del Concierto, los Cuadros presentados inicialmente tengan las menores variaciones posibles. Las bajas que se produzcan por causas insoslayables serán puestas en conocimiento de las Delegaciones del ISFAS correspondientes en el plazo de quince días hábiles y, si redujeran un Cuadro 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 de los Cuadros, la Entidad queda obligada a adoptar las medidas precisas para que los titulares adscritos a ella puedan disponer de los nuevos Cuadros.

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 Cuadro vigente.

CAPITULO III

Utilización de los medios de la Entidad

3.1 Norma general

A los efectos previstos en los artículos 19.1 de la Ley 28/1975, sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas 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 asegurados adscritos a la misma.

3.2 Contingencias incluidas

3.2.1 Los asegurados 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 servicio o de terrorismo, y por embarazo, parto y puerperio.

3.2.2 Son, asimismo, utilizables dichos medios en las actuaciones preventivas que en el presente capítulo se especifican.

3.3 Ambito territorial

El derecho a la utilización de los medios de la Entidad podrá ejercitarse en todo el territorio nacional, sin más requisitos que los establecidos en las cláusulas siguientes y con independencia de que los mismos sean propios, concertados o subconcertados.

3.4 Requisitos

3.4.1 Los requisitos generales para utilizar los medios de la Entidad serán los siguientes:

A) Se deberá acreditar previamente la condición de asegurado, exhibiendo el correspondiente documento de afiliación al ISFAS y, en su caso, el de beneficiarios.

En el caso de asistencia por maternidad a esposas de asegurados no incluidas en su documento de beneficiarios, el vínculo se acreditará exhibiendo, además, el libro de familia o cualquier otro documento adecuado.

B) Además, se deberá entregar el oportuno cheque de asistencia que, en talonarios, será facilitado por la Entidad, bien directamente o a través de las Delegaciones del ISFAS, sin aportación alguna del beneficiario.

La utilización de estos cheques se realizará exclusivamente, por su carácter de intransferibles, por el titular al que correspondan y por los beneficiarios incluidos en su documento de beneficiarios, debiéndose cumplimentar correctamente los datos que en los mismos figuran.

La Entidad, sin más requisito que su comunicación al ISFAS, podrá suprimir total o parcialmente la exigencia de cheques. Igualmente, en este caso, previo acuerdo con el ISFAS, la Entidad podrá sustituir en todo o en parte el sistema de cheques por cualquier otro establecido sobre soportes magnéticos o análogos.

3.4.2 En aquellos supuestos concretos expresamente determinados en el presente Concerto, la Entidad podrá exigir los requisitos alternativos o adicionales (volante de prescripción, autorización previa, etc.) que procedan, teniendo siempre en cuenta lo previsto en la cláusula 2.4.4 C).

3.4.3 En los casos en que, por razones de urgencia, no sea posible aportar en el acto la documentación de las cláusulas 3.4.1 y, en su caso, 3.4.2, el asegurado deberá identificarse con su DNI u otro documento que acredite su personalidad y presentar aquella documentación en el plazo máximo de cuarenta y ocho horas.

3.5 Asistencia urgente

3.5.1 En domicilio.

El asegurado que precisase asistencia con carácter urgente y no pudiera desplazarse a causa de enfermedad, la recabará del Servicio de Urgencias de la Entidad o, en los niveles geográficos en que no exista, de los facultativos de medicina general y, en su caso, pediatría, o de los ATS de la Entidad.

Recibida una petición de asistencia de esta naturaleza, el mismo Servicio de Urgencias dispondrá lo preciso para que sea prestada por el facultativo y con los medios idóneos en cada caso, gestionando incluso, si procediese, el traslado del enfermo y su ingreso en Centro adecuado.

3.5.2 En los Servicios de Urgencia.

El asegurado podrá en todo caso acudir directamente a los Servicios de Urgencias de la Entidad para recibir asistencia sanitaria urgente.

3.5.3 Internamiento en casos de urgencia.

A) Si de la asistencia prestada inicialmente se dedujese la necesidad de internamiento, el Servicio de Urgencias gestionará el adecuado, así como la intervención o tratamiento preciso dentro de los medios de la Entidad.

B) Además, todo facultativo de la Entidad, por causa de una asistencia urgente e inmediata, podrá ordenar el ingreso de un beneficiario en cualquier Centro de la Entidad.

C) En ambos casos, será el propio Centro el que dará cuenta a la Entidad del ingreso, si bien el asegurado procurará comunicarlo.

3.5.4 Utilización directa del Servicio de Ambulancia.

En los casos de extrema urgencia en que no haya sido posible comunicar con los Servicios previstos en la cláusula 3.5.2 y no resulte

adecuada otra alternativa, el asegurado podrá solicitar directamente del Servicio de Ambulancias de la Entidad el traslado del enfermo a un Servicio de Urgencias de la misma.

3.5.5 Gastos cubiertos.

La asistencia prestada en los Servicios de Urgencia queda sometida, en lo que se refiere a los gastos cubiertos por la Entidad, a las mismas normas que la asistencia en régimen de internamiento.

3.6 Asistencia en consultorio y domiciliaria

3.6.1 Libre elección de facultativo.

Los asegurados podrán elegir libremente facultativo de entre los que figuran en los Cuadros de la Entidad en todo el territorio nacional.

Asimismo, podrán hacer uso del Servicio Permanente de Asistencia Ambulatoria previsto en la cláusula 2.2.4.

Los honorarios de los facultativos quedan siempre cubiertos por la Entidad.

3.6.2 Lugar de prestación de la asistencia.

La asistencia se prestará normalmente en el lugar de consulta que figure en el Cuadro de la Entidad, salvo que, a causa de enfermedad, el asegurado no pueda acudir a la consulta, en cuyo caso recibirá la asistencia, tanto médica como de ATS en su domicilio.

3.6.3 Requisitos.

El asegurado se dirigirá directamente al facultativo elegido, con o sin previa petición de hora según esté señalado en el Cuadro, y recibirá la asistencia sin más requisitos que acreditar su condición y entregar el correspondiente cheque de asistencia, salvo en los siguientes supuestos:

A) En la visita a domicilio de especialista, para la que será necesaria, además, la petición escrita de otro facultativo de la Entidad.

B) En la primera visita a facultativo calificado en el Cuadro como consultor, para la que será necesaria, además, la prescripción escrita de especialista del Cuadro, que habrá de ser presentada previamente en la Entidad para su autorización o para su canje por el correspondiente cheque o volante especial. De ser necesarias otras visitas sucesivas, el propio facultativo consultor las irá prescribiendo para su presentación por el asegurado en la Entidad a los fines de la preceptiva autorización.

C) En los de la cláusula 3.6.6 en que expresamente se determine un requisito adicional.

Conforme a lo previsto en la cláusula 3.4.1, B), la Entidad podrá suprimir o sustituir la exigencia del cheque de asistencia.

3.6.4 Prescripción de medicamentos.

Los facultativos de la Entidad podrán prescribir libremente los medicamentos y demás productos farmacéuticos incluidos en la prestación farmacéutica del Régimen General de la Seguridad Social, debiendo utilizar para ello las recetas oficiales del ISFAS que, en talonarios, éste entregará a los titulares para su presentación en el acto médico.

La adquisición se realizará por los asegurados en las Oficinas de Farmacia, de acuerdo con las normas establecidas por el ISFAS para su prestación farmacéutica, sin que la Entidad participe en su coste.

En este régimen de asistencia en consultorio y domiciliaria, únicamente se exceptúan de estas normas los casos en que exista disposición expresa en contrario en las cláusulas del presente Concerto.

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, el Gerente del ISFAS, previo informe de la Comisión Mixta Nacional, podrá acordar lo procedente para su ejecución y cumplimiento por la Entidad.

3.6.5 Medios de diagnóstico.

Los facultativos de la Entidad, con las limitaciones que se señalan en la cláusula 2.3 y teniendo en cuenta lo previsto en el párrafo final de ésta, podrán prescribir las pruebas o medios de diagnóstico que estimen necesarios, a realizar con medios de la Entidad. Las prescripciones sólo deberán someterse a la autorización de la Entidad antes de su realización en los supuestos expresamente numerados en el anexo I.

La Entidad cubre por este concepto tanto los honorarios como los medios o elementos que sean precisos para su realización.

3.6.6 Especificaciones complementarias para ciertas especialidades.

A) Esterilidad.

En los casos de esterilidad, la Entidad viene obligada a asumir los gastos necesarios para obtener el diagnóstico, el cual se extenderá, cuando proceda, a la pareja. No obstante, el tratamiento de la causa de la esterilidad sólo alcanzará al cónyuge si es beneficiario incluido en el correspondiente documento.

B) Maternidad.

Quedan cubiertas todas las contingencias durante el embarazo y el puerperio e incidencias patológicas. En cuanto al parto, se estará a lo previsto en la cláusula 3.7.2, C).

C) Planificación familiar.

Quedan incluidos en la cobertura del presente Concierto los siguientes métodos:

a) Tratamientos con anticonceptivos y las revisiones ginecológicas necesarias para la mujer.

b) Implantes de dispositivos intrauterinos (DIU) y tratamiento de sus posibles complicaciones. Dichos dispositivos (DIU) no correrán a cargo de la Entidad, aunque podrán ser prescritos en receta oficial y adquiridos en las Oficinas de Farmacia con arreglo a las normas generales del ISFAS.

D) Pequeña cirugía y curas post-quirúrgicas.

Todos los gastos causados por estos conceptos, incluida la medicación en el acto de la cura, serán a cargo de la Entidad.

E) Estomatología.

Comprende el tratamiento de las afecciones estomatológicas en general, incluida la periodoncia, toda clase de extracciones y la limpieza de boca una vez por año o, previo informe justificativo del Odontólogo, siempre que lo considere oportuno. Quedan excluidos, tanto en lo referente a su coste como a su colocación, los empastes, la ortodoncia, los implantes osteointegrados y las prótesis dentarias, así como la endodoncia.

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.

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 volante de inscripción del Odontólogo, junto con presupuesto si se trata de prótesis, para su autorización por la Entidad.

F) Diagnóstico precoz de cáncer ginecológico y enfermedades coronarias.

Queda incluido en la cobertura del presente Concierto, una vez al año, el diagnóstico precoz de cáncer ginecológico y de las enfermedades coronarias de titulares y beneficiarios.

La asistencia a dichos fines será solicitada directamente por el asegurado a la Entidad.

G) Rehabilitación y recuperación funcional:

a) Se aplicarán los distintos medios de la medicina física y rehabilitadora para restablecer el estado funcional que poseía el paciente antes del proceso patológico, cualquiera que haya sido su causa, o para disminuir los deterioros y evitar las secuelas del mismo. En aquellos pacientes con procesos congénitos o adquiridos que lo precisen, se aplicarán dichos medios con el fin de educar al paciente en la realización de tareas nuevas o renovadoras.

b) El plan de rehabilitación deberá ser confeccionado por Médico rehabilitador de la Entidad, con valoración del estado funcional del paciente y de la evolución del proceso, indicándose en el mismo el programa de ejercicios y el tiempo calculado para llevar a cabo el plan. La ejecución de los programas se realizará en Centro de rehabilitación de la Entidad o, bajo dirección médica, por profesionales de la Entidad legalmente habilitados para realizar servicios auxiliares de fisioterapia y recuperación.

c) 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, en cuyos supuestos la Entidad reanudará la asistencia en los mismos términos señalados en el párrafo anterior.

d) Se excluyen de esta asistencia la educación para el lenguaje (logopedia) en procesos congénitos y la educación especial en enfermos con afectación psíquica.

e) El plan o planes de rehabilitación y recuperación funcional, una vez confeccionados por Médico rehabilitador de la Entidad, deberán ser presentados a la misma para su autorización.

H) Tratamientos o técnicas para enfermos mentales.

No quedan cubiertos por el Concierto los psicoanálisis, hipnosia, psicoterapia en sesiones individuales o de grupo, narcolepsia ambulatoria y test psicológicos.

I) Oxigenoterapia a domicilio.

Requiere volante de prescripción de especialista de la Entidad y presentación a la misma para su autorización.

3.7 Asistencia en régimen de internamiento hospitalario

3.7.1 Condiciones generales de los internamientos.

A) Ambito de aplicación de estas condiciones.

Salvo que otra cosa se disponga en las especificaciones de cada tipo de internamiento o que concurran los supuestos previstos en las cláusulas 3.5.3 ó 3.7.3, en cuyo caso se estará a lo determinado en las mismas, todos los internamientos quedarán sometidos a las condiciones que se establecen en la presente cláusula 3.7.1.

B) Requisitos para el ingreso.

El ingreso en un Centro en régimen de internamiento precisará:

a) La prescripción del mismo por Médico de la Entidad, con indicación del Centro.

b) La presentación del volante de prescripción a la Entidad para la previa autorización.

C) Duración del internamiento.

El régimen de internamiento persistirá mientras que, conforme a criterios médicos, subsista la necesidad, sin que puedan ser motivos de ésta razones de tipo social.

La autorización inicial de ingreso no necesitará prórroga alguna.

El alta hospitalaria será comunicada a la Entidad por el propio Centro.

D) Tipo de habitación.

Los internamientos se efectuarán en habitación individual con servicio de baño/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, sin disponer de más servicios que los citados, tengan en el Centro, por razones de régimen interior, una superior calificación.

La Entidad, a solicitud del asegurado, podrá autorizar su ingreso en hospitales militares.

E) Gastos cubiertos.

Además de los honorarios profesionales, la Entidad cubre todos los gastos producidos en los internamientos y en concepto de estancias, materiales, medios y procedimientos instrumentales y farmacológicos y cuantos otros medios o elementos sean necesarios para el diagnóstico y curación del enfermo, teniendo en cuenta lo previsto para los medios de diagnóstico en la cláusula 2.3 y para las prótesis en la cláusula 3.10.1.

Queda expresamente incluido en la cobertura cualquier tipo de anestesia o preanestesia, que habrá de ser realizada por Médico especialista, abarcando el suministro de todos los fármacos y la utilización de los medios y procedimientos terapéuticos, instrumentales o farmacológicos necesarios para practicar la reanimación del enfermo.

3.7.2 Especificaciones para los distintos tipos de internamiento.

A) Hospitalización por enfermedad.

a) Se aplicará cuando la naturaleza, tratamiento o diagnóstico de la enfermedad lo exija y hasta que proceda el alta hospitalaria a juicio del facultativo que asista al enfermo. La autorización deberá renovarse cada diez días a solicitud del Centro.

b) En supuestos de enfermos tuberculosos, procederá cuando se encuentren en fase de contagio, prologándose la duración del tratamiento hasta que la baciloscopia resulte negativa a juicio del facultativo.

c) Los internamientos por enfermedades infectocontagiosas deben ser efectuados en los Centros y condiciones establecidos por la legislación vigente y las normas dictadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo y las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas correspondientes. La permanencia del enfermo en el Centro dependerá exclusivamente de criterios médicos.

B) Hospitalización por asistencia quirúrgica.

a) La asistencia médico-quirúrgica comprenderá el empleo de la especialidad que proceda. Si se trata de cirugía especial de corrección de miopía o de implantación de lentes intraoculares deberá constar específicamente en el volante de prescripción que se presente a la Entidad para su autorización.

b) Quedan expresamente incluidos en la cobertura los trasplantes de todo tipo, así como los injertos óseos. La obtención y el trasplante de órganos sólo podrá realizarse conforme a lo establecido en la legislación sanitaria vigente. Si la obtención del órgano fuera simultánea al trasplante y el donante fuese beneficiario, la Entidad asumirá los costes de la intervención para la obtención. Si el donante no tuviera la aludida condición, la Entidad asumirá los costes, facturándolos al ISFAS, salvo que aquel tuviera cubierta esta contingencia.

c) Quedan igualmente incluidas en la cobertura del Concierto la ligadura de trompas y la vasectomía.

d) Queda excluida la cirugía plástica puramente estética, excepto cuando medien procesos patológicos que, además, alteren la normalidad

fisiológica o psicológica del paciente, circunstancia que habrá de ser apreciada previamente por la Comisión Mixta. 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.

C) Hospitalización por maternidad.

a) La asistencia por parto en régimen hospitalario estará a cargo de Matrona y del Tocólogo de la Entidad elegido por la asegurada, siempre que las circunstancias en que el parto se presente lo hagan posible. En otro caso, la asistencia se prestará por Matrona y Tocólogo del Servicio de Urgencias Toco-Ginecológicas, si existe servicio especializado de esta naturaleza y se dirige a él la asegurada, o por facultativo del Servicio de Urgencias general o Centro sanatorial de la Entidad al que, igualmente en caso de urgencia, la beneficiaria acuda.

b) En los partos que se produzcan en poblaciones en las que no deba existir Centro sanatorial de la Entidad, la asistencia la realizará la Matrona o ATS y Tocólogo o, si no existe, Médico de familia.

c) Para la atención de los partos de alto riesgo se utilizarán los medios y elementos necesarios para resolver todas las contingencias que pudieran presentarse, tanto en lo que afecte a la madre como al niño, y, allí donde existan, con las instalaciones adecuadas para ello.

d) Se prestará siempre al recién nacido que lo requiera asistencia neonatal a cargo de Pediatra. La asistencia al recién nacido patológico incluye servicio de incubadora y, en su caso, el traslado del recién nacido al Centro donde exista, a cargo de la Entidad. A efectos de la asistencia al recién nacido se tendrá en cuenta lo dispuesto en la cláusula 1.4.2.

e) La cobertura del Concierto alcanza igualmente al aborto espontáneo, así como al aborto terapéutico en los términos establecidos en la legislación vigente.

f) Si en la práctica de la ligadura de trompas prevista en la cláusula 3.7.2, B), c), se decidiera en el mismo momento del parto, sin haberse indicado en el volante de ingreso, los gastos causados por este concepto serán también a cargo de la Entidad.

D) Hospitalización por asistencia pediátrica.

a) Se prestará a los niños menores de siete años o a los de mayor edad que legalmente se determinen, en todos aquellos casos en los que el diagnóstico y tratamiento exija una especial atención y una mayor garantía de eficacia que si se realizara en el domicilio del enfermo.

b) Cuando las características de la enfermedad exijan la compañía de una persona adulta o cuando por otras razones lo aconseje el Pediatra, la madre o la persona que acompañe al niño tendrá derecho a cama y pensión de acompañante.

c) Cuando, siendo la compañía necesaria, el acompañante residiere en localidad distinta a la del Centro sanitario, la Entidad se obliga a pagar una cantidad compensatoria de 3.500 pesetas por día, si las características de las unidades de enfermería del Centro no permiten su internamiento.

E) Hospitalización para tratamientos de rehabilitación y recuperación funcional.

a) Sólo procederá, cuando los enfermos no puedan ser atendidos en forma ambulatoria, prescribiendo el volante de ingreso el Médico rehabilitador correspondiente de la Entidad, para autorización de la misma. La permanencia en régimen de internamiento dependerá exclusivamente del criterio del Médico que prescribió el ingreso, quien elevará, periódicamente, a la Entidad el oportuno informe sobre la evolución del paciente y la necesidad de continuar el internamiento.

b) Queda excluida de este régimen de hospitalización la rehabilitación que se realice simultáneamente a los tratamientos médicos o quirúrgicos, por estar comprendida en ellos.

F) Hospitalización por enfermedades mentales.

a) La Entidad viene obligada a hacerse cargo de los internamientos de enfermos afectados de procesos agudos o crónicos agudizados, corriendo a su cargo los gastos correspondientes a un mes, como máximo, en cada año de vigencia del Concierto, mes que será el primero de los que el asegurado de que se trate se encuentre internado durante cada uno de dichos años.

b) Transcurrido el mes a cargo de la Entidad, el ISFAS cubrirá, en su caso, los gastos de internamiento en las condiciones y con los límites previstos en su normativa específica. Los honorarios de los facultativos y los medios de diagnóstico en relación con el proceso psiquiátrico continuarán, sin embargo, siendo cubiertos por la Entidad.

c) No obstante, en los casos de enfermedad mental derivada de accidente de servicio o enfermedad profesional, la Entidad correrá con el importe total de los gastos de internamiento, tanto en procesos agudos como crónicos y sin limitación temporal alguna.

3.7.3 Supuesto especial.

A) Cuando, por decisión propia y para una determinada intervención, un asegurado elija a un facultativo ajeno a la Entidad, podrá

solicitar de ésta que se haga cargo del internamiento en un Centro concreto de la misma, siempre que la petición esté fundada en la continuidad asistencial en procesos patológicos graves o en que el facultativo 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 facultativo reúne las condiciones exigidas por el Centro para actuar profesionalmente en el mismo.

C) El internamiento será autorizado por el periodo de tiempo que se venga estimando 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 3.7.1, D) y E), con excepción de los honorarios de los facultativos, que serán por cuenta del asegurado.

3.8 Asistencia en régimen de internamiento especial

3.8.1 Características y condiciones.

Se considerarán internamientos especiales los de aquellos enfermos que precisen recibir un tratamiento de los enumerados a continuación.

Las condiciones de estos internamientos serán las generales previstas en la cláusula 3.7.1, con las particularidades y especificaciones que se señalan en los apartados de la cláusula 3.8.2 siguiente.

3.8.2 Supuestos de aplicación.

A) Tratamientos de diálisis peritoneales y hemodiálisis.

Tanto en las insuficiencias renales agudas como en las crónicas, se prestarán en el lugar de residencia del enfermo cuando existan instalaciones adecuadas de la Entidad o, en su defecto, en la localidad más próxima en que existan. Se requiere volante de prescripción del especialista de la Entidad y su autorización por ella.

B) Tratamientos de polioquimioterapia, cobaltoterapia, radioterapia o isótopos radiactivos:

a) Se considerarán internamientos especiales cuando afecten a enfermos ambulatorios para la aplicación del tratamiento durante un período de tiempo no superior a veinticuatro horas. Se requerirá volante de prescripción del especialista y su autorización de la Entidad.

b) Si se trata de quimioterapia, el titular aportará la medicación necesaria, adquirida en las oficinas de farmacia y prescrita en receta oficial por el facultativo de la Entidad que le viniera atendiendo. Aquellos productos farmacéuticos que, siendo de uso únicamente hospitalario, no se dispensen en farmacias, serán facturados directamente al titular, quien podrá solicitar el reintegro que corresponda del ISFAS.

C) Hospitalización para tratamientos de litofragmentación.

Los tratamientos de litofragmentación que permitan la disolución de cálculos de riñón y vías urinarias, así como los de vesícula biliar, deberán ser prescritos por especialistas del Cuadro y autorizados por la Entidad. La autorización sólo podrá ser denegada, por escrito, por razones médicas que desaconsejen el tratamiento.

3.9 Asistencia en régimen de hospitalización domiciliaria

A) 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 volante o documento adecuado. Dicho documento será presentado en la Entidad, a fin de que ésta autorice este régimen de hospitalización y asigne el equipo sanitario que habrá de hacerse cargo de la asistencia.

B) Si se trata de hemodiálisis, será, además, necesario que resulte posible disponer en la localidad de los medios técnicos adecuados.

C) 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.

D) El cese en la situación de hospitalización domiciliaria será establecido por el Médico que tenga a su cargo dicha hospitalización. En el supuesto de prescribirse el reintegro en la clínica, el volante de ingreso habrá de ser autorizado por la Entidad.

3.10 Normas comunes a todos los tipos de asistencia

3.10.1 Prótesis.

A) La prescripción y colocación de todas las prótesis, tanto internas como externas, correrá a cargo de la Entidad, salvo lo previsto para estomatología en la cláusula 3.6.6, E). Serán igualmente a cargo de la Entidad los costes de los materiales utilizados para realizar técnicas de osteosíntesis y las prótesis quirúrgicas fijas, entendiéndose como tales los sustitutivos artificiales que, implantados de forma temporal o

permanente mediante técnica especial operatoria, suplen a un órgano o complementan su función.

B) No obstante, no serán a cargo de la Entidad:

- a) Los implantes osteointegrados y las lentes intraoculares.
- b) Los implantes cocleares, las prótesis de pene, escroto y mama y los expansores de piel.
- c) Cualquiera otras que, por sus características singularmente excepcionales, no sean de práctica quirúrgica común en el INSALUD.

Dichas prótesis, así como las restantes no incluidas en el apartado A) precedente, serán total o parcialmente a cargo del ISFAS, en las condiciones y con las limitaciones y exclusiones previstas en su normativa específica.

3.10.2 Traslados para recibir asistencia.

Además de las previsiones establecidas en otras cláusulas, serán por cuenta de la Entidad los desplazamientos o traslados de enfermos en los siguientes supuestos:

A) Cuando, por razones de urgencia o por concurrir circunstancias específicas de carácter médico, deban desplazarse precisamente en medios extraordinarios de transporte desde su residencia habitual para su internamiento en Centro de la Entidad o para recibir tratamientos especiales, como hemodiálisis, radioterapia, quimioterapia, rehabilitación u otros contemplados en este Concierto. En todos estos casos, será necesaria la previa prescripción escrita del facultativo de la Entidad o, en caso de inexistencia y sólo si media urgencia, del facultativo que haya prestado la asistencia, en la que conste la necesidad del traslado en dichos medios extraordinarios. El trayecto de regreso correrá asimismo por cuenta de la Entidad, de continuar dándose las mismas circunstancias.

Si el tratamiento es periódico, será precisa, además, la autorización de la Entidad, autorización que deberá extenderse a toda la duración del tratamiento prescrito.

A los fines de la presente cláusula se consideran medios extraordinarios la ambulancia, el taxi y, cuando resulten necesarios, el barco y el avión en clase normal o turista.

B) Cuando, sin mediar urgencia ni circunstancias específicas de carácter médico que hagan necesario el traslado en medios extraordinarios, el enfermo acuda a facultativo o Centro radicado en localidad distinta a la de su residencia habitual, en el caso de que la Entidad hubiera formulado esta oferta alternativa por no figurar en los Cuadros de ésta facultativos o Centros de los que debería disponer en el nivel geográfico de que se trate, conforme a lo estipulado en la cláusula 2.2, y siempre que no concurra la circunstancia de inexistencia de tales facultativos o Centros. La obligación comprende tanto el trayecto de ida como el de regreso.

Estos traslados se realizarán o valorarán siempre por su coste en medios ordinarios de transporte, considerándose tales, a los fines de esta cláusula, las líneas regulares de transporte en autobús o ferrocarril, clase segunda, o, si procediese por tratarse de provincias insulares, el barco en clase normal o turista.

C) Cuando, conforme a la cláusula 4.3.3, la Entidad traslade al enfermo desde el Centro ajeno en el que que hubiera sido internado en caso de urgencia vital a Centro incluido en sus Cuadros; o cuando, con arreglo a las cláusulas 2.2.5, A), y 4.2.1, D), le traslade desde el Centro propio en el que estuviera ingresado el paciente a Centro ajeno, si, por carecer aquél de los medios adecuados o ser insuficientes, los facultativos de la Entidad, o cualquier facultativo del Centro si mediara urgencia, así lo hubiera dispuesto. Estos traslados se realizarán en ambulancia.

D) Cuando, con arreglo a las cláusulas 2.3.2, se haya implantado una nueva técnica de diagnóstico o tratamiento con localización geográfica limitada y, prescrita por facultativo de la Entidad y autorizada por la misma, el enfermo deba desplazarse para recibirla a localidad de provincia distinta a la suya.

Estos traslados se acomodarán a lo previsto en el segundo párrafo del apartado B), salvo que proceda la aplicación del apartado A).

3.10.3 Cumplimentación de informes médicos a fines administrativos.

La Entidad se obliga, bajo la cobertura del Concierto, a que los facultativos de sus Cuadros cumplieren, tanto para la baja inicial como para la continuidad, los informes médicos de los «Talonarios de partes de incapacidad transitoria e invalidez provisional» del ISFAS que presenten los titulares.

CAPITULO IV

Utilización de medios ajenos a la Entidad

4.1 Norma general

De conformidad con lo establecido en los artículos 19.1 de la Ley 28/1975, sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, y 75.2 de su Reglamento General, en relación con la cláusula 3.1 del presente Concierto, cuando un asegurado, 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

Concierto, cuando un asegurado, 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, conforme se detalla, respectivamente, en las cláusulas 4.2 y 4.3.

4.2 Denegación injustificada de asistencia

4.2.1 A los exclusivos fines del derecho a utilizar medios ajenos a la Entidad con el correspondiente efecto sobre los gastos ocasionados, se considera que se produce denegación injustificada de asistencia:

A) Cuando el asegurado no obtenga de los medios de la Entidad una asistencia solicitada con sujeción a las condiciones y requisitos del presente Concierto y, comunicada por escrito tal circunstancia a la Entidad, ésta no le ofrezca, también por escrito y antes de que concluya el tercer día hábil siguiente a la comunicación, la procedente solución asistencial.

En este supuesto de denegación, el asegurado que utilice medios ajenos a la Entidad y lo comunique así a la misma dentro del plazo de los quince días hábiles siguientes al comienzo de la asistencia sanitaria, 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 un facultativo de la Entidad prescriba por escrito, con exposición de las causas médicas justificativas, la necesidad de consultar a un especialista ajeno a la Entidad o de ser internado en un Centro también ajeno a la Entidad y, presentada la prescripción por el asegurado en la Entidad, ésta, también por escrito y antes de que concluya el tercer día hábil siguiente a la presentación, no conceda su autorización, haciéndose directamente cargo u ofreciendo el reintegro de los gastos que se ocasionen, ni ofrezca una solución alternativa concreta e individualizada, tanto si se refiere a facultativos como a Centros.

En este supuesto de denegación, el asegurado que utilice los medios ajenos especificados en la prescripción presentada a la Entidad tendrá derecho a que la misma 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 los Cuadros de la Entidad carezcan de los facultativos o Centros que deban figurar en los distintos niveles asistenciales según el presente Concierto, salvo que ello se deba a la inexistencia de tales facultativos o Centros.

En este supuesto de denegación, al asegurado podrá acudir a los facultativos o Centros que existan en el nivel de que se trate y 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.

Como excepción a lo previsto en los dos párrafos precedentes, se tendrá en cuenta:

a) La hospitalización por enfermedad mental durante los periodos señalados en la cláusula 3.7.2, F), a), -un mes cada año de vigencia del Concierto- podrá realizarse, sin ningún requisito previo, en Centro ajeno aun cuando exista Centro de la Entidad, si bien en tal caso el reintegro, por el procedimiento del párrafo segundo de esta cláusula, se acomodará al baremo del anexo III.

b) El derecho a utilizar un Centro ajeno para tratamiento de diálisis peritoneal o hemodiálisis en el lugar de residencia del enfermo, cuando debiendo haberlo no exista Centro de la Entidad, sólo alcanza a los Centros ajenos dependientes de Organismos de carácter público. En tal caso, el beneficiario solicitará, por escrito, la correspondiente autorización de la Entidad, para que ésta se haga cargo directamente de los gastos que se ocasionen o, si no fuese posible, para que reintegre los mismos. La autorización se entenderá concedida si la Entidad, también por escrito, y antes de que concluya el tercer día hábil siguiente a la presentación de la solicitud, no concede su autorización ni ofrece una solución alternativa en otro Centro del mismo lugar de residencia. En su caso, el procedimiento para el reintegro de los gastos ocasionados será el establecido en el párrafo segundo del presente apartado C).

D) Cuando en un Centro de la Entidad, en el que estuviera ingresado un asegurado o al que haya acudido para recibir asistencia, no existan los medios adecuados, según criterio de facultativo de la Entidad o, en caso de urgencia, de cualquier facultativo del Centro, manifestando implícitamente en la remisión del enfermo a un Centro ajeno.

En este supuesto de denegación, el asegurado tendrá derecho a que, a elección de la Entidad, ésta asuma directamente los gastos ocasionados, incluidos los del traslado, o le reintegre los mismos. En su caso, 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.

4.2.2 Si la Entidad no efectuase reintegro en el plazo señalado en cada uno de los supuestos de denegación, el asegurado podrá presentar

reclamación en la Delegación del ISFAS, con arreglo a lo establecido en la cláusula 5.4.

4.2.3 La aceptación por la Entidad o, en su caso, la declaración por el ISFAS de que existe cualquiera de los supuestos de denegación injustificada de asistencia enumerados en la cláusula 4.2.1, por ser a los únicos efectos en cada caso señalados, 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 Se considera situación de urgencia de carácter vital justificativa de la utilización de medios ajenos a la Entidad, con el correspondiente efecto sobre los gastos ocasionados, aquella situación en la que concurran los requisitos siguientes:

A) Que, por cualquiera de las causas señaladas en la cláusula 3.2.1 se haya producido una patología cuya naturaleza y síntomas hagan previsible un riesgo vital inminente o muy próximo de no obtenerse una actuación terapéutica con carácter inmediato, para apreciar la concurrencia de esta circunstancia se tendrá en cuenta lo establecido en el anexo II.

B) Que, atendidas las circunstancias de lugar y tiempo en que la patología se haya producido, así como la capacidad de decisión del enfermo y de las personas que prestaron las primeras ayudas, el Centro en que la asistencia se haya prestado resulte razonablemente elegido.

C) Que se lleve a cabo la comunicación a la Entidad prevista en la cláusula 4.3.4.

4.3.2 El traslado del enfermo desde el Centro ajeno en el que haya sido asistido inicialmente a un segundo Centro ajeno, interrumpe el derecho al reintegro de los gastos, salvo que las circunstancias del traslado hayan imposibilitado otra elección del asegurado asistido o de sus familiares responsables.

4.3.3 Salvo lo previsto en la cláusula 4.3.2 precedente, la situación de urgencia de carácter vital con derecho a reintegro se extiende hasta el alta hospitalaria del enfermo, excepto en el caso en que la Entidad opte por trasladarlo a un Centro propio adecuado, con la conformidad médica del facultativo que estuviese prestando la asistencia, y el enfermo o sus familiares responsables se negasen a ello, en cuyo supuesto el derecho al reintegro cesará el día en que el traslado pudo ser realizado.

4.3.4 Para el derecho al reintegro total de los gastos amparados por la situación de urgencia de carácter vital es requisito indispensable que el asegurado, u otra persona en su nombre, dé cuenta a la Entidad del ingreso en Centro ajeno o de la asistencia recibida en él, por cualquier medio que permita dejar constancia de la comunicación, en el plazo de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que se produjo el ingreso o se recibió la asistencia, siendo en cualquier caso recomendable que la comunicación se produzca cuanto antes.

Si la comunicación a la Entidad se efectúa después de concluir el citado plazo y antes de que transcurran cinco años desde la misma fecha, el reintegro se realizará conforme al baremo del anexo III, que será actualizado anualmente por resolución del Gerente del ISFAS.

El estado clínico de inconsciencia del interesado, siempre que además no cuente con familiares allegados, interrumpirá el cómputo de los plazos.

4.3.5 Recibida por la Entidad la comunicación prevista en la cláusula precedente, ésta procederá a comprobar el hecho y sus circunstancias en los términos de la cláusula 4.3.1, a realizar, en su caso, las actuaciones previstas en la cláusula 4.3.3 y, en cualquier supuesto y dentro del plazo de otros diez días hábiles desde la recepción de la comunicación, a comunicar, a su vez, por escrito al beneficiario si se hace cargo el pago directo al Centro ajeno de la asistencia prestada, si opta por el sistema de reintegro previa presentación de los justificantes de los gastos o si, con exposición de las razones que lo motiven, no asume ni una ni otra obligación.

4.3.6 En los casos de ausencia de respuesta dentro del plazo o de respuesta negativa, el asegurado deberá abonar los gastos ocasionados y, si estimase tener derecho al reintegro, podrá presentar reclamación en la Delegación del ISFAS correspondiente, con arreglo a lo establecido en la cláusula 5.4.

4.3.7 Si en el procedimiento de tramitación de la reclamación quedase acreditado que no se había producido la comunicación de la Entidad dentro del plazo señalado o que la comunicación negativa carecía de exposición de razones, la Entidad deberá aceptar, en todo caso, la procedencia del reintegro total o por baremo, según proceda.

CAPITULO 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 al amparo de lo previsto en los artículos 19.1 de la Ley 28/1975, sobre Seguridad Social de las

Fuerzas Armadas, y 75.2 de su Reglamento General, aprobado por Real Decreto 2330/1978, de 29 de septiembre, es de naturaleza administrativa.

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 asegurados y la Entidad, con motivo del cumplimiento por ella de las obligaciones señaladas en el párrafo precedente.

5.1.3 Las cuestiones que surjan en la interpretación del Concierto y en el ámbito de las relaciones enumeradas en la cláusula anterior tendrán naturaleza administrativa y, por consiguiente, serán resueltas por el órgano del ISFAS que se determina en el Concierto o, en defecto de determinación expresa, por el Gerente del ISFAS, previo el procedimiento, si ha lugar, que en la cláusula 5.4 se determina. Contra cualquiera de los acuerdos así dictados cabrá recurso de alzada ante el Ministro de Defensa. La jurisdicción competente, en su caso, será siempre la contencioso-administrativa.

5.1.4 La Entidad se obliga a facilitar al ISFAS los datos y comprobaciones que éste estime oportunos en el ámbito de las relaciones a que se refiere esta cláusula.

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 asegurados 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 asegurados 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 actividades en dichos Centros.

Tanto las relaciones del apartado A) como las del B) 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 derechos, 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 El ISFAS no podrá solicitar datos ni realizar comprobaciones en el ámbito de las relaciones a que se refiere esta cláusula.

5.3 Comisiones Mixtas

5.3.1 Las Comisiones Mixtas son órganos de carácter paritario que tienen por cometido el estudio e informe de cuestiones que puedan suscitarse en las relaciones entre la Entidad y el ISFAS con motivo de la interpretación y cumplimiento del presente Concierto. Asimismo corresponde a las Comisiones Mixtas informar sobre las reclamaciones que pudieran formularse por los beneficiarios con arreglo a lo previsto en la cláusula 5.4.

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 subsidiariamente las normas de la Ley de Procedimiento Administrativo sobre funcionamiento de los órganos colegiados.

5.3.3 Las funciones de estudio e informe señaladas en la cláusula 5.3.1 se desempeñarán por las Comisiones Mixtas Provinciales cuando las cuestiones planteadas tengan ámbito provincial y por la Comisión Mixta Nacional cuando las cuestiones afecten a todo el territorio nacional.

Si se trata de reclamaciones, la distribución de funciones entre unas y otras 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, 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 reunirá 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 tres sesiones consecutivas, se entenderá que aquella acepta los acuerdos que adopte el ISFAS en relación con los asuntos que debieran haberse examinado en la tercera 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 su representante, 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 Jefe del Departamento de Asistencia Sanitaria o la persona 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 asegurados 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 asegurado, 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 Delegación del ISFAS, acompañando cuantos documentos puedan justificarlas.

5.4.3 Si la reclamación se refiere a cuestión estimada urgente, la Delegación del ISFAS podrá realizar 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 prosperasen o de reclamación no estimada urgente, el Delegado del ISFAS formalizará el oportuno expediente, lo incluirá en el orden del día de la inmediata reunión de la Comisión Mixta Provincial y estudiado el mismo:

A) Si se obtuviese acuerdo entre el ISFAS y la Entidad y la reclamación se refiere a cuestión no económica, aquél podrá consistir en:

- Emitir informe favorable a la reclamación.
- Proponer una solución alternativa.
- Emitir informe desfavorable sobre la reclamación.

B) Si se obtuviese acuerdo y la reclamación consiste en una petición de asunción directa de gastos por la Entidad o de reembolso, aquél podrá consistir en:

- Emitir informe conteniendo la aceptación por la Entidad del abono o del reintegro total de los gastos.
- Emitir informe conteniendo la aceptación por la Entidad del abono o del reintegro de parte de dichos gastos.
- Emitir informe desfavorable al abono o reintegro de los gastos.

C) Si no se obtuviese acuerdo, se hará constar las posiciones del ISFAS y de la Entidad y el expediente se someterá al estudio de la Comisión Mixta Nacional.

5.4.5 En todos los supuestos en que haya existido acuerdo en el seno de la Comisión Mixta Provincial, la reclamación será resuelta por el Delegado correspondiente, de conformidad con el citado acuerdo.

5.4.6 En caso de que, por no haber existido acuerdo en la Comisión Provincial, se hubiera elevado el expediente para estudio e informe de la Comisión Mixta Nacional, éste, una vez realizadas las actuaciones imprescindibles, será incluido en el orden del día de la primera reunión

que se celebre y, estudiado e informado por la misma, resolverá el Gerente del ISFAS.

5.4.7 Las resoluciones dictadas por los Delegados y por el Gerente del ISFAS deberán cumplir los requisitos establecidos en la Ley de Procedimiento Administrativo y serán notificadas a la Entidad y a los interesados en la forma establecida en dicha Ley, debiendo indicar la posibilidad que tienen de recurrir en alzada ante el Ministro de Defensa.

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) Si el informe emitido fuera favorable al reembolso total o parcial de los gastos reclamados, durante el desarrollo mismo de cada sesión se procederá a cumplimentar, por triplicado, un documento firmado por ambas partes (representantes del ISFAS y de la Entidad) que servirá de orden de pago y será remitido al reclamante acto seguido de la reunión para que pueda realizar el cobro en la Entidad, previa presentación, en su caso, de los oportunos justificantes del gasto, los que, a dicho fin y si los hubiera presentado, le serán devueltos.

B) En el plazo de un mes a partir de la fecha del documento mencionado en el apartado anterior, la Entidad deberá comunicar a la Delegación del ISFAS:

- Que ha realizado el abono, o
- Que no 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, dentro del año siguiente a la fecha del mismo documento, tuviese conocimiento de que se hubiera denegado el pago al interesado, bajo cualquier motivo, el Delegado del ISFAS, sin más trámites y siempre que existiere Concierto en vigor, expedirá certificación del acuerdo adoptado y de los hechos posteriores y la remitirá al Departamento Económico Financiero del ISFAS. Este, igualmente sin más requisitos, propondrá el oportuno acuerdo al Gerente y deducirá de la inmediata mensualidad que haya de abonarse a la Entidad y 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 el Gerente del ISFAS, previo estudio e informe de la Comisión Mixta Nacional, hubiérase o no llegado a un acuerdo entre el ISFAS y la Entidad sobre la reclamación examinada, 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 por el ISFAS en materia de reintegro de gastos sujetos al presente Concierto serán ejecutados, en su caso, conforme al procedimiento establecido en la precedente cláusula 5.5.2.

CAPITULO 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 1 de enero de 1991 y se extenderán hasta las veinticuatro horas del día 31 de diciembre de 1993, sin perjuicio de lo establecido en la cláusula siguiente.

6.1.2 Si la Entidad no suscribiese Concierto para 1994 continuará obligada por el contenido de éste para el colectivo que tuviera adscrito el 31 de diciembre de 1993 hasta el 31 de enero de 1994 o, en los casos en que se estuviese prestando en dicha fecha una asistencia en régimen de internamiento hospitalario 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 de 1994 y por el colectivo adscrito a 31 de diciembre de 1993, el precio por persona/mes que se establezca para las Entidades que suscriban el nuevo Concierto. No obstante, del importe a abonar por dicho mes ISFAS retendrá un 10 por 100 hasta el 31 de diciembre de 1994, 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 satisfacerlo 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 1 de febrero de 1994, sin perjuicio, en todo caso, de lo previsto para

internamientos hospitalarios y maternidades en el párrafo primero de esta cláusula.

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 será, para cada año, el siguiente:

$$\text{Pesetas por persona/mes en 1991} = \frac{-\text{TE} \times \text{PTSS en 1991}}{\text{CE}} (0,90) - \text{PR}$$

$$\text{Pesetas por persona/mes en 1992} = \frac{\text{TE} \times \text{PTSS en 1992}}{\text{CE}} - \text{PR}$$

$$\text{Pesetas por persona/mes en 1993} = \frac{\text{TE} \times \text{PTSS en 1993}}{\text{CE}} - \text{PR}$$

Para la aplicación de las fórmulas precedentes, se entenderá:

Por «TE», el número total de titulares del ISFAS que a las cero horas del día 1 de enero del año de que se trate se encuentren adscritos a la Seguridad Social.

Por «PTSS», el precio en pesetas por titular/mes que el ISFAS deba abonar a la Seguridad Social en el año indicado por el Convenio de Asistencia Sanitaria suscrito con la misma, incrementado en la cantidad estimada por asistencia sanitaria con ocasión de lesiones en acto de servicio o de terrorismo.

Por «CE», el colectivo total del ISFAS (titulares más beneficiarios) que a las cero horas del día 1 de enero del año de que se trate se encuentren adscritos a la Seguridad Social.

Por «PR», el gasto medio para el ISFAS, en pesetas por persona/mes, por las prótesis ortopédicas abonadas en el año precedente 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 del año anterior.

6.2.2 En cada uno de los años de vigencia del Concierto, hasta que se fije por el órgano competente de la Seguridad Social el «PTSS» correspondiente, el precio se calculará, con carácter provisional, con el «PTSS» del año inmediato precedente incrementado según el IPC del mismo. Una vez conocido por el ISFAS el «PTSS» respectivo, se comenzará a abonar el precio definitivo con la pertinente liquidación de diferencias desde 1 de enero.

6.3 Régimen económico del Concierto

6.3.1 Sin perjuicio del nacimiento y extinción para los beneficiarios 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 aquel en que se produzcan y las bajas a las veinticuatro horas del último día del mes en que hubieran tenido lugar. Consecuentemente, 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, por cheque nominativo o transferencia bancaria, dentro de los quince primeros días del mes siguiente.

6.3.2 El ISFAS, a través de la Delegación correspondiente, facilitará mensualmente a la representación provincial de la Entidad, antes del día 16 del mes siguiente a aquel en que se produzcan, un ejemplar de los Documentos de Afiliación y de los de Beneficiarios de las altas, así como una relación de las bajas de titulares y beneficiarios 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 la 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 los Servicios Provinciales del ISFAS, a fin de que, si estimara que existen diferencias, pueda formular las siguientes reclamaciones:

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

ANEXOS

- Relación de servicios de la Entidad que precisan autorización previa de la misma.
- Patologías con riesgo vital.
- Baremo.
- Condiciones especiales complementarias para las islas menores del archipiélago canario.

Por la Entidad:

Por el ISFAS:
El Gerente.

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA

31292 *ORDEN de 7 de diciembre de 1990, por la que se rectifica la Orden de 30 de marzo de 1990 («Boletín Oficial del Estado» de 29 de mayo), de concesión de beneficios fiscales de la Ley 82/1980, de 30 de diciembre de Conservación de Energía, en lo referente a la denominación de la Empresa «Aprovechamientos Hidráulicos, Sociedad Anónima» (CE-834), cuya denominación correcta es «Aprovechamientos Hidroeléctricos, Sociedad Anónima» (CE-834).*

Ilmo. Sr.: Visto el oficio de fecha 19 de septiembre de 1990, de la Dirección General de la Energía (Ministerio de Industria y Energía), en el que rectifican la denominación de la Empresa «Aprovechamientos Hidráulicos, Sociedad Anónima» (CE-834), que figuraba en el escrito de esa Dirección General de fecha 6 de febrero de 1990, y cuya denominación correcta es «Aprovechamientos Hidroeléctricos, Sociedad Anónima» (CE-834).

Este Ministerio, a propuesta de la Dirección General de Tributos, acuerda:

Primero.—En el apartado quinto de la Orden de Economía y Hacienda de 30 de marzo de 1990 («Boletín Oficial del Estado» de 29 de mayo), donde se relacionan entre otras, a la Empresa «Aprovechamientos Hidráulicos, Sociedad Anónima» (CE-834), la denominación correcta de la Empresa es «Aprovechamientos Hidroeléctricos, Sociedad Anónima» (CE-834).

Segundo.—Subsisten y quedan redactados de igual forma los demás apartados de la mencionada Orden de Economía y Hacienda de 30 de marzo de 1990 («Boletín Oficial del Estado» de 29 de mayo).

Tercero.—Contra la presente Orden podrá interponerse recurso de reposición de acuerdo con lo previsto en el artículo 126 de la Ley de Procedimiento Administrativo, ante el Ministerio de Economía y Hacienda en el plazo de un mes contado a partir del día siguiente al de su publicación.

Lo que se comunica a sus efectos.

Madrid, 7 de diciembre de 1990.—P. D. (Orden de 31 de julio de 1985), el Director general de Tributos, Miguel Cruz Amorós.

Excmo. Sr. Secretario de Estado de Hacienda.

31293 *RESOLUCION de 12 de diciembre de 1990, de la Dirección General de Comercio Exterior, por la que se reconocen los beneficios arancelarios establecidos por el Real Decreto 2586/1985, de 18 de diciembre, modificado por el Real Decreto 932/1986, de 9 de mayo, a la Empresa «Iberduero, Sociedad Anónima», y otra.*

El Real Decreto 2586/1985, de 18 de diciembre, modificado por el Real Decreto 932/1986, de 9 de mayo, establece un régimen de suspensiones y reducciones arancelarias aplicables a los bienes de inversión que se importen con determinados fines específicos, recogiendo en su artículo 1.º, entre otros, el de modernización o reconversión del sector energético.