

782

**RESOLUCION 4BO/39741/1989, de 22 de diciembre, de la Gerencia del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, por la que se publica el Concierto suscrito para la prestación de asistencia sanitaria durante 1990.**

La Gerencia del Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS), de conformidad con lo previsto en el artículo 19.1 de la Ley 28/1975, de 27 de junio, sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas («Boletín Oficial del Estado» número 155, del 30), y artículo 75.2 de su Reglamento General, aprobado por Real Decreto 2330/1978, de 29 de septiembre («Boletín Oficial del Estado» número 234, del 30), ha concertado la prestación de servicios de asistencia sanitaria para el año 1990 a los titulares y demás beneficiarios a su cargo, del Régimen Especial de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, que por esta vía de concierto les corresponda, con diversas Sociedades Anónimas de Seguros de Asistencia Sanitaria.

A los efectos de poner en conocimiento de los mencionados asegurados el alcance exacto de sus derechos y obligaciones en materia de asistencia sanitaria y la forma en que procede su prestación, parece conveniente hacer público el texto del Concierto, así como la relación de Entidades que lo han suscrito.

En su virtud, esta Gerencia ha resuelto:

Primero.—Publicar el texto del Concierto, conforme al cual el ISFAS prestará asistencia sanitaria a los titulares y demás beneficiarios a su cargo que, por esta vía de concierto, les corresponda durante 1990, con los anexos I y II del mismo, así como la relación de Entidades que han suscrito dicho Concierto.

La asistencia sanitaria prestada por la Seguridad Social a los asegurados que hayan elegido o elijan este sistema se regirá por el Concierto suscrito en 30 de diciembre de 1986, entre el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y la Tesorería General de la Seguridad Social, de una parte, y el ISFAS, de otra, actualmente en período de prórroga, y con arreglo a las condiciones establecidas para el Régimen General de la Seguridad Social.

Segundo.—Durante el plazo comprendido entre el 1 y el 31 de enero de 1990, ambos inclusive, los asegurados que lo deseen pueden solicitar el cambio de Entidad, adscribiéndose a alguna de las que figuran en la relación que acompaña al Concierto o al Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Este plazo será el único de carácter ordinario para solicitar el cambio de Entidad, sin perjuicio de los supuestos extraordinarios previstos en la cláusula 2.5 del Concierto.

Tercero.—En las Delegaciones y Subdelegaciones del ISFAS se expondrán los cuadros médicos y sanatoriales, de la respectiva provincia, correspondientes a las Entidades concertadas, así como la red asistencial propia o coaseguradora, a través de la cual prestarán servicio en el resto del territorio nacional.

Asimismo podrá consultarse en dichos Servicios Territoriales del ISFAS el anexo III del Concierto, «Baremo para indemnizaciones a los asegurados por asistencia sanitaria en el extranjero y demás supuestos previstos en el Concierto», que no será objeto de publicación.

Madrid, 22 de diciembre de 1989.—El Gerente, Ricardo A. Robles Montaña.

**CONCIERTO PARA LA PRESTACION DE ASISTENCIA SANITARIA DURANTE 1990 A LOS ASEGURADOS DEL INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS POR LA ENTIDAD .....**

## INDICE

### CAPITULO PRIMERO

#### Normas generales

- 1.1 Contenido de la prestación concertada.
- 1.2 Ambito territorial de aplicación.
- 1.3 Cuadros médico-sanatoriales.
- 1.4 Invariabilidad de los cuadros.
- 1.5 Libertad de elección.
- 1.6 Prescripción de medicamentos.
- 1.7 Cumplimentación de partes por enfermedad.

### CAPITULO II

#### Destinatarios de la asistencia sanitaria

- 2.1 Beneficiarios en general.
- 2.2 Beneficiarios de asistencia por maternidad.
- 2.3 Nacimiento del derecho a la asistencia.
- 2.4 Duración de la asistencia.
- 2.5 Cambio de Entidad.

## CAPITULO III

### Estructura y modalidades para la prestación de la asistencia

#### SECCIÓN 1.ª ESTRUCTURA SANITARIA

- 3.1 Criterios generales.
- 3.2 Organización geográfica en los servicios de asistencia sanitaria.
- 3.3 Inexistencia de facultativos.
- 3.4 Especialistas ajenos al cuadro de la Entidad.

#### SECCIÓN 2.ª MODALIDADES DE LA ASISTENCIA

- 3.5 Asistencia sanitaria urgente.
- 3.6 Asistencia sanitaria a domicilio.
- 3.7 Asistencia en consultorio.
- 3.8 Asistencia sanitaria en régimen de internamiento.
- 3.9 Tratamientos especiales en medio sanatorio.
- 3.10 Especificaciones para diversas especialidades.
- 3.11 Traslado de enfermos para recibir asistencia sanitaria.
- 3.12 Asistencia en el extranjero.
- 3.13 Denegación de asistencia.

## CAPITULO IV

### Comisiones Mixtas. Reclamaciones por razón de asistencia sanitaria

- 4.1 Comisiones Mixtas.
- 4.2 Comisiones Mixtas Provinciales. Composición y funcionamiento.
- 4.3 Comisión Mixta Nacional. Composición y funcionamiento.
- 4.4 Procedimiento de pago en supuestos generales.
- 4.5 Procedimiento de pago en supuestos especiales.

## CAPITULO V

### Régimen económico. Duración y normas complementarias

- 5.1 Precio.
- 5.2 Régimen de pagos.
- 5.3 Duración.
- 5.4 Prórrogas y continuidad asistencial.
- 5.5 Normas complementarias.

## CAPITULO VI

### Normas finales

- 6.1 Impuestos.
- 6.2 Comprobaciones.
- 6.3 Recursos y jurisdicción competente.
- 6.4 Anexos.

## CONCIERTO PARA LA PRESTACION DE ASISTENCIA SANITARIA ENTRE EL INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (ISFAS) Y LA ENTIDAD .....

En la Sede Central del Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS), en Madrid, calle Huesca, número 31, el día ..... de diciembre de 1989.

## REUNIDOS

De una parte, el excelentísimo señor don Ricardo A. Robles Montaña, actuando en nombre y representación del Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS), en su calidad de Gerente del citado Instituto, cargo para el que fue nombrado por Real Decreto 1181/1985, de 17 de julio («Boletín Oficial del Estado» número 172, del 19), cuyas circunstancias personales y documento nacional de identidad no se reseñan, por estar exceptuado por analogía con lo previsto en los artículos 156 y 163 del Reglamento Notarial para los documentos públicos, ya que comparece en el ejercicio de su expresado cargo, y, concretamente, en uso de las facultades que le son conferidas por la Sección 4.ª del Capítulo II del Reglamento General de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, aprobado por Real Decreto 2330/1978, de 29 de septiembre.

Y de otra parte, don ..... con documento nacional de identidad número ..... en representación de la Entidad ..... en su calidad de ..... de la misma, y con poderes suficientes, según consta en la copia de la escritura notarial de fecha ..... número de protocolo ..... ante el Notario don ..... del ilustre Colegio Notarial de ..... que exhibe, con código de identificación fiscal número ..... y con domicilio en .....

## ACUERDAN

Concertar la prestación de servicios de asistencia sanitaria a los titulares y demás beneficiarios (en lo sucesivo: Asegurados) del ISFAS que están adscritos a la citada Entidad o se adscriban durante el año, con arreglo a las cláusulas del presente Concierto, que es de naturaleza administrativa.

El Concierto se establece para la prestación de servicios en todo el territorio nacional bajo la exclusiva responsabilidad de la Entidad que concierta, sin perjuicio de que ésta pueda, a su vez, haber subconcertado la totalidad o parte de los servicios para determinadas provincias, conforme queda expresado todo ello en la documentación presentada por la Entidad, que se considera anexo del presente Concierto, y sin que el ISFAS adquiera ningún tipo de obligación frente a las Entidades coaseguradoras.

## CAPITULO PRIMERO

## Normas generales

1.1 *Contenido de la prestación concertada.*—La Entidad se obliga, en el más amplio sentido, y salvo en lo expresamente excluido, a prestar a su cargo la asistencia sanitaria tendente a conservar o restablecer la salud de todos los asegurados a ella adscritos, en los términos y con la extensión prevista en las cláusulas de este Concierto, tanto por enfermedad común o profesional, como por accidente, cualquiera que sea su causa, y por embarazo, parto o puerperio.

Serán también por cuenta de la Entidad los costes de medicación, en caso de internamiento sanatorial, asistencia en Centros de Urgencias, hospitalización domiciliaria y a domicilio, sin perjuicio de las normas especiales expresamente contenidas en este Concierto.

Esta asistencia se prestará en la forma de Asistencia Sanitaria Total, que comprende: Asistencia en régimen de internamiento hospitalario o sanatorial y asistencia ambulatoria completa, encontrándose integrada esta última por la asistencia en las diferentes especialidades médico-quirúrgicas y la asistencia en domicilio y consultorio por Médico General, Médico Pediatra, ATS y Servicio de Urgencia.

1.2 *Ámbito territorial de aplicación.*—La asistencia se prestará en todo el territorio nacional, tanto por los Servicios propios de la Entidad concertada como por los de las Entidades coaseguradoras, sin más requisitos, a estos fines, que la exhibición de la documentación señalada en la cláusula 2.1, y sin que el contenido de la asistencia pueda limitarse por razón del domicilio del asegurado. La Entidad adoptará las medidas oportunas para que las coaseguradoras, en su caso, presten la asistencia sanitaria, sin ningún otro requisito formal, y, especialmente, para que los cheques de asistencia de la provincia de origen sean válidos en todo el territorio nacional.

La asistencia fuera del territorio nacional se cubrirá por la Entidad en los términos de la cláusula 3.12.

## 1.3 Cuadros médico-sanatoriales.

1.3.1 La Entidad confeccionará los cuadros médico-sanatoriales y pondrá a disposición de los Servicios del ISFAS el día 1 de enero el número necesario de ejemplares para distribuir a los asegurados.

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 el Real Decreto 127/1984, de 11 de enero. Los especialistas consultores del nivel regional deberán figurar separadamente, bajo dicha denominación y agrupados también por especialidades.

1.3.2 Además de lo anterior, los cuadros incluirán siempre lo siguiente:

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

Las instrucciones precisas para la utilización de los diferentes servicios sanitarios, instrucciones que en ningún caso podrán diferir ni exceder de las previstas en este Concierto.

Una indicación especialmente dirigida a los titulares del ISFAS que contenga una relación exhaustiva de los actos asistenciales que exijan autorización previa de la Entidad, según los términos de este Concierto. La no inclusión de esta indicación expresamente referida a los titulares del ISFAS se entenderá como la no exigencia de autorización alguna, cualquiera que sea el acto asistencial de que se trate.

1.4 *Invariabilidad de los cuadros.*—La Entidad se obliga a no modificar, por reducción, durante 1990 los cuadros asistenciales a que se refiere la cláusula anterior. Las bajas que durante la vigencia del Concierto se produzcan en los cuadros, por causas de fuerza mayor, serán puestas en conocimiento del ISFAS a la mayor brevedad posible. Cuando las bajas producidas redujeran el cuadro en forma tal que se incumplieran las exigencias mínimas establecidas en la Sección 1.<sup>a</sup> del Capítulo III de este Concierto, la Entidad procederá a completarlo de manera inmediata, comunicando al ISFAS los facultativos o clínicas que hayan de sustituir a las bajas producidas.

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 asegurados de los servicios que les presten los facultativos y las clínicas incluidos en el citado cuadro y que hubieren causado baja.

1.5 *Libertad de elección.*—En la asistencia sanitaria que se concierta rige el principio general de libertad de elección de facultativos de entre los que figuren en los cuadros médicos de la Entidad en todo el territorio nacional.

1.6 *Prescripción de medicamentos.*—Excepto los supuestos de la cláusula 1.1, y cualquier otro expresamente recogido en el presente Concierto, quedan excluidos del mismo los costes de la medicación. No obstante, los facultativos de la Entidad vienen obligados a utilizar la receta oficial ISFAS y podrán libremente prescribir las especialidades farmacéuticas, fórmulas magistrales, efectos y accesorios incluidos en la prestación farmacéutica del Régimen General de la Seguridad Social. No obstante, el ISFAS, en base a los desvíos estadísticos obtenidos por tratamiento informático de las recetas farmacéuticas dispensadas, podrá presentar a la Comisión Mixta Nacional relación de facultativos que, abusando de dicha libertad, prescriban en demasía fármacos.

La Comisión Mixta Nacional, tras su estudio individualizado, podrá acordar que la Entidad adopte las medidas necesarias para evitar esos desvíos.

El ISFAS entregará bajo control los talonarios a los asegurados para ser presentados en el acto médico.

1.7 *Cumplimentación de partes por enfermedad.*—La Entidad se obliga a que los facultativos de sus cuadros extiendan los partes de baja, confirmación y alta por enfermedad, accidente, embarazo o parto, en los modelos que el ISFAS determine, siempre que la referida expedición de partes no se oponga a lo establecido en el Reglamento General de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, respecto de la competencia de la Sanidad Militar.

La cumplimentación de los aludidos partes se considerará como un acto médico y no devengará otros honorarios que los que abone la Entidad, según sus normas, por la asistencia sanitaria prestada usualmente por el facultativo.

## CAPITULO II

## Destinatarios de la asistencia sanitaria

2.1 *Beneficiarios en general.*—La asistencia sanitaria objeto del presente concierto se dispensará a todos los asegurados del ISFAS, conforme a sus propias normas, que hayan quedado adscritos a la Entidad a estos efectos.

Los asegurados deberán manifestar su condición para recibir la asistencia, acreditándolo con la siguiente documentación, que será comprobada por los facultativos y demás personal sanitario que figure en los cuadros médicos de la Entidad:

- Documento de afiliación al ISFAS.
- Cheque de asistencia, facilitado gratuitamente por la Entidad o a través de las delegaciones del ISFAS. El uso de estos cheques es intransferible, aunque puede ser usado indistintamente por los asegurados, viniendo obligados éstos a cumplimentar correctamente los datos exigidos en los talones y a su adecuada utilización.
- El documento nacional de identidad, si fuera requerido a efectos de identificación.

En aquellos supuestos concretos expresamente determinados en el presente Concierto, la Entidad podrá exigir los requisitos adicionales que en el mismo se establecen para la prestación de la asistencia sanitaria a los beneficiarios de la misma, teniendo siempre en cuenta lo previsto en el epígrafe 1.3.2.

En los casos en que por razones de urgencia no sea posible aportar esta documentación en el momento de la solicitud de la asistencia, se presentará la misma en un plazo máximo de cuarenta y ocho horas.

2.2 *Beneficiarios de asistencia por maternidad.*—La Entidad prestará la asistencia por maternidad a:

- Las titulares afiliadas y en alta en la Entidad.
- Las beneficiarias incluidas en el Documento de Asistencia Sanitaria del ISFAS de los titulares en alta en la Entidad.

Las respectivas condiciones se acreditarán en la forma establecida en el epígrafe 2.1.

2.3 *Nacimiento del derecho a la asistencia.*—El derecho de reclamar asistencia sanitaria de la Entidad comienza en el momento en que el titular haya quedado formalmente adscrito a la misma por la Delegación o Subdelegación del ISFAS, tomándose como tal las cero horas de la fecha que figure en su Parte de Variaciones, con independencia del momento de presentación del titular en la Entidad para solicitar su alta o baja. No existen plazos de carencia.

A efectos de asistencia 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.

2.4 *Duración de la asistencia.*—La asistencia, ya sea por accidente o por enfermedad, se prestará por la Entidad en cualquiera de sus modalidades por todo el tiempo que sea necesario a juicio de los facultativos y siempre que conserve el beneficiario el derecho a percibirla. El derecho sólo se extingue en la fecha en que los servicios del ISFAS acuerden su baja en el mismo o en la Entidad.

2.5 *Cambio de Entidad.*—Los titulares podrán cambiar de Entidad, con carácter ordinario, una vez al año durante el mes de enero, iniciándose los efectos asistenciales y económicos del cambio a partir del mes de febrero por la Entidad en donde se produzca la nueva adscripción, persistiendo en la Entidad antigua hasta el último día de enero inclusive.

La Gerencia del ISFAS (Departamento de Asistencia Sanitaria) podrá asimismo autorizar, con carácter extraordinario, aquellos cambios de Entidad que, afectando a una pluralidad de titulares, obedezcan a imposición administrativa, razones de urgencia, oportunidad o rescisión de concierto con la Entidad a la que inicialmente se hallaban adscritos.

Igualmente se autorizarán individualmente cambios de Entidad con carácter extraordinario, cuando concurran circunstancias objetivas que lo justifiquen a juicio de la Gerencia del ISFAS o cuando se produzca el cambio de destino del titular que implique su traslado.

### CAPITULO III

#### Estructura y modalidades para la prestación de la asistencia

##### SECCIÓN 1.<sup>a</sup> ESTRUCTURA SANITARIA

3.1 *Criterios generales.*—Salvo que en la localidad de que se trate no haya más que un facultativo o un máximo de 50 titulares, la Entidad hará que figure en su cuadro médico-sanatorial un mínimo de dos Médicos de familia por cada 200 beneficiarios por localidad o demarcación geográfica y dos Pediatras de familia por cada 400 beneficiarios.

Por lo que se refiere a los especialistas y de acuerdo con la distribución geográfica que se expone seguidamente, a partir del área comarcal, la Entidad dispondrá de un mínimo de dos facultativos por especialidad, en número proporcional al de beneficiarios, de acuerdo con los criterios utilizados por el INSS, excepto cuando no exista más que un especialista en la localidad o un máximo de 200 asegurados.

3.2 *Organización geográfica en los servicios de asistencia sanitaria.*—Sin perjuicio de lo anterior, las realizaciones de la asistencia se efectuarán por áreas geográficas, teniendo en cuenta la distribución de los mapas sanitarios provinciales y en defecto de ellos regirán las normas siguientes:

3.2.1 Las áreas geográficas estarán constituidas por la unidad sanitaria local, la subcomarca, la comarca, el medio urbano y la región.

3.2.2 La unidad sanitaria local se constituye por conjuntos de población hasta un total aproximado de 5.000 habitantes, comprendiendo en cada localidad la asistencia general, esto es, los servicios de medicina de familia, pediatría de familia, ATS o practicante y matrona.

3.2.3 La subcomarca sanitaria agrupa varias unidades sanitarias locales, con un total entre 25.000 y 30.000 habitantes, disponiendo, junto con los servicios de éstas, de los de obstetricia y ginecología, estomatología, análisis clínicos, electro-radiología, cirugía general, anesthesiología y reanimación, oxigenoterapia y rehabilitación.

3.2.4 La comarca sanitaria incluye varias subcomarcas, hasta totalizar una población de 75.000 a 100.000 habitantes y contará, además de con los anteriores, con los siguientes servicios:

- a) Especialidades médicas: Cardiología, reumatología, oftalmología, otorrinolaringología, aparato digestivo, hematología y hemoterapia.
- b) Especialidades quirúrgicas: Oftalmología, traumatología y cirugía ortopédica y otorrinolaringología.

3.2.5 El medio urbano sanitario lo constituyen las capitales de provincia y localidades con población aproximada a los 100.000 habitantes. Comprenderá todas las especialidades del área comarcal, complementadas con las siguientes:

- a) Alergia, dermatología y venereología, endocrinología y nutrición, medicina interna, neurología, psiquiatría, neonatología, nefrología, oncología, geriatría, cirugía del aparato digestivo, urología, anatomía patológica, radiodiagnóstico, radioterapia, microbiología y parasitología, medicina nuclear, bioquímica clínica, cirugía plástica y reparadora, oncología quirúrgica, angiología y cirugía vascular.

- b) Técnicas de diagnóstico: Audiograma, electrocardiografía y fonocardiografía, endoscopias en las diferentes especialidades, ecografía y exploración funcional en los diversos aparatos, metabolismo basal y reflexograma aquileo, radiodiagnóstico general y pediátrico (incluido escáner y resonancia nuclear magnética), análisis clínicos (químicos, bioquímicos, biológicos, inmunológicos y microbiológicos), exploraciones eléctricas, isótopos radiactivos, angiocardiografía, electroencefalografía, electromiografía y ultrasonografía «Doppler» y demás técnicas de diagnóstico.

c) Medios de tratamiento: Electrología (rayos ultravioleta, rayos infrarrojos, onda corta, diatermia, microondas, ultrasonido y magnetoterapia), fisioterapia (kinesoterapia, mecanoterapia, hidroterapia en centros de rehabilitación), hemoterapia, oxigenoterapia (en domicilio o internamiento), «electroshock», rayo láser, aerosolterapia, ventiloterapia, foniatria y demás medios de tratamiento.

3.2.6 La región sanitaria permitirá un sistema completo y autosuficiente y figurará establecido en las localidades donde exista Facultad de Medicina. Además de las especialidades y técnicas consiguientes para las áreas geográficas anteriores comprenderá las siguientes: Inmunología, cardiología de consulta, psiquiatría de consulta, nefrología de consulta, oftalmología de consulta, especialidades pediátricas, ortóptica y pleóptica, cirugía maxilofacial, cirugía pediátrica, cirugía cardio-vascular, cirugía torácica, neurocirugía y neurología clínica de consulta.

3.2.7 Centros de urgencia.—La asistencia por razones de urgencia deberá realizarse en los Centros sanitarios que figuren en el cuadro de la Entidad.

A partir de los medios urbanos, la Entidad deberá disponer, al menos en uno de dichos centros, de un servicio especial de urgencias de carácter permanente, que además de contar con los Médicos de guardia precisos para atender dichos servicios de urgencias, con el personal sanitario auxiliar necesario y con los quirófanos correspondientes, tendrán los siguientes dispositivos: Sala de yesos, departamento de esterilización, equipo de radiología, laboratorio para análisis clínicos y depósito de sangre, incubadora portátil, electrocardiógrafo, aparato de medición de la presión arterial, salas de tomas de oxígeno de aspiración y de protóxido de nitrógeno, laringoscopio, instrumental para traqueotomía, incluyendo tubos endotraqueales, respirador automático, resucitador con marcapasos, instrumental para broncoscopia de urgencia (broncofibroscopio), gastroscopio, rectoscopio y depósito de farmacia con medicación para urgencia, que serán a cargo de la Entidad.

Si, siendo preciso, el servicio de urgencias concertado no dispusiese de una unidad de cuidados intensivos y de coronarias, el enfermo tendrá que ser trasladado a un Centro que cuente con la misma y disponga además del instrumental siguiente: Electroencefalógrafo, ecoencefalógrafo, aparatos de medición de la presión venosa central, equipo de oxígeno, monitor de hemodiálisis, unidad de respiración portátil o respirador universal y unidad móvil para reanimación y control cardiaco, que a su vez, contendrá pantalla osciloscópica, alarmas del pulso óptica o acústica, desfibrilador, marcapasos, registrador de todas las curvas y fenómenos visibles sobre la pantalla del monitor (derivaciones ECG, pulso periférico, FCG), fibroendoscopios, esofagofibroscopio, proctoscopio, etc.

El traslado por cuenta de la Entidad, deberá realizarse en ambulancia, con asistencia de médico o ATS, según la necesidad del enfermo.

La Entidad también deberá contar con un servicio de urgencias de carácter permanente para la asistencia urgente domiciliaria.

Además dispondrá de un servicio de urgencias psiquiátricas, también de carácter permanente, salvo que dicha atención esté a cargo de los servicios mencionados en los párrafos anteriores.

3.2.8 Como norma general, quedan incluidas en cualquiera de las áreas todas las especialidades establecidas en el Régimen General de la Seguridad Social para cada una.

3.3. *Inexistencia de facultativos.*—En los casos de inexistencia de facultativos de la especialidad de que se trate o de Centro sanitario de las distintas áreas relacionadas en el punto 3.2, la asistencia sanitaria se prestará por la Entidad en el área geográfica inmediata superior. La inexistencia habrá de acreditarse por la Entidad mediante certificación del Colegio Oficial de Médicos de la provincia.

3.4 *Especialistas ajenos al cuadro de la Entidad.*—La visita a un especialista que no figure en los cuadros de la Entidad deberá ser indicada por escrito por facultativo del cuadro, exponiendo las causas médicas que lo justifiquen; el asegurado deberá comunicarlo en las oficinas de la Entidad antes de efectuar la consulta, requiriendo la oportuna autorización en impreso adecuado, facilitado por la Entidad, quien devolverá copia sellada con la fecha al peticionario. La Entidad concederá o denegará por escrito, en el mismo día o el primer día hábil siguiente de la petición, indicando expresamente, en caso de denegación, el facultativo al que deberá acudir el asegurado. Transcurrido el primer día hábil siguiente sin contestación escrita, se presumirá concedida la autorización a todos los efectos.

##### SECCIÓN 2.<sup>a</sup> MODALIDADES DE ASISTENCIA

#### 3.5 Asistencia sanitaria urgente.

3.5.1 *Domiciliaria.*—El beneficiario de la asistencia que la precise con carácter urgente la recabará del servicio de urgencia que figure en el cuadro médico-sanatorial de la Entidad.

Recibida una petición de asistencia, el mismo servicio dispondrá de 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 e ingreso en el Centro adecuado.

3.5.2 En Centros de urgencia del cuadro.—El asegurado podrá acudir directamente a los Centros de urgencia del cuadro para recibir asistencia sanitaria:

a) En los casos de precisar asistencia no urgente de carácter ambulatorio, en los términos en que se expresa el epígrafe 3.7.2.

b) En los casos de precisar asistencia urgente: Si de la asistencia prestada inicialmente se dedujese la necesidad de internamiento, el Centro de Urgencias gestionará el adecuado, así como la intervención o tratamiento preciso dentro de los cuadros de la Entidad o centro de las sanidades militares, en su caso. Si el Centro de Urgencias prescribiese el internamiento en centro ajeno o la intervención de facultativo ajeno, la Entidad asumirá el total de los gastos, correspondiendo al propio Centro de Urgencias hacer la notificación inmediata a la Entidad.

3.5.3 En Centros no de urgencias del Cuadro.—El asegurado podrá ser internado en estos Centros, para una asistencia inmediata y urgente, cuando el facultativo del Centro que la vaya a prestar ordene el ingreso. El propio Centro dará cuenta inmediata a la Entidad acompañando el documento de prescripción del facultativo.

3.5.4 Asistencia por urgencia vital.

3.5.4.1 Se considera urgencia vital toda situación patológica que presuntamente ponga en peligro inmediato la vida del paciente o su integridad física o fisiológica, requiriendo una acción terapéutica de comienzo inmediato. En el anexo II se incluyen, a título indicativo y no exhaustivo, situaciones que pueden calificarse de urgencia vital, que justifican el ingreso en Centros no concertados.

En todo caso se considerará urgencia vital el accidente con lesiones graves o la pérdida de consciencia cuando en uno u otro supuesto concurren las circunstancias de haberse producido fuera del domicilio y de que el internamiento del beneficiario se realice por persona ajena a la familia, cualquiera que fuera el posterior diagnóstico.

La posterior calificación de urgencia vital se establecerá ponderando la circunstancia de la asistencia, los informes médicos, tratamientos y evolución seguidos, extendiéndose hasta la resolución de la situación urgente que motivó el internamiento.

3.5.4.2 En los casos de urgencia vital el beneficiario podrá acudir directamente a Centros propios, sean o no de urgencias, y a Centros ajenos a los establecidos por la Entidad en sus cuadros, a cuyos efectos se tendrá en cuenta:

a) Si el ingreso por urgencia vital fuera en Centro que figure en los cuadros de la Entidad a la que el beneficiario se hallare adscrito, corresponderá al citado Centro notificar inmediatamente el ingreso a la Entidad, corriendo esta con la totalidad de los gastos producidos. Además el asegurado o sus familiares procurarán comunicar el ingreso a la Entidad, telefónicamente o por escrito.

b) Producido un ingreso por esta causa en Centro ajeno a los consignados, los Cuadros de la Entidad, el interesado, o cualquier persona en su nombre, dará cuenta a la Entidad, por cualquier medio que permita dejar constancia de ello, en el plazo de los diez días hábiles siguientes al ingreso para poder tener derecho, en su caso, al reintegro de la totalidad de los gastos. Una vez comprobado el hecho y sus circunstancias, la Entidad comunicará por escrito al interesado, en un plazo de diez días hábiles desde la comunicación del ingreso, si se hace cargo del pago al Centro de la asistencia prestada; en caso negativo, el interesado abonará los gastos y podrá plantear ante la correspondiente Delegación del ISFAS, la cuestión de su reintegro por la Entidad.

La comunicación a la Entidad pasado el plazo de los diez días hábiles siguientes al ingreso, dará derecho, en su caso, al reintegro de los gastos según baremo del anexo III, siempre que se efectúe dentro de los cinco años siguientes a la fecha del mismo.

El estado clínico de inconsciencia del interesado en el momento de su ingreso, si además no contase con familiares allegados, interrumpirá el cómputo de los plazos.

3.5.4.3 A los efectos de la presente cláusula, la situación de urgencia vital perdura hasta el alta médica del enfermo, salvo que la Entidad traslade al mismo a uno de sus Centros asistenciales, una vez que su estado físico lo permita y previo acuerdo de los Médicos de la Entidad con el Facultativo que le estuviese prestando la asistencia. En caso de discrepancia en cuanto a la posibilidad de traslado, se someterá la cuestión a la Delegación del ISFAS.

3.5.4.4 Si la Entidad no se hubiese hecho cargo de los gastos ocasionados, el interesado podrá plantear la correspondiente reclamación ante la delegación del ISFAS, que instruirá el oportuno expediente para ante la Comisión Mixta Provincial y, en su caso, Nacional.

En el supuesto de probarse el conocimiento de la Entidad y no haber realizado ésta actuación alguna, se presumirá la aceptación del reintegro total o según baremo por la Entidad.

No obsta para la calificación de urgencia vital la intervención previa al internamiento, de un facultativo ajeno al cuadro de la Entidad, siempre que haya limitado su actuación a prestar primeros auxilios.

3.6 *Asistencia sanitaria a domicilio.*—La asistencia médica se prestará a domicilio por el Médico o Pediatra de familia cuando el beneficiario de la asistencia no pueda, a causa de su enfermedad, acudir a la consulta del Facultativo.

Para la visita a domicilio de cualquier Especialista del Cuadro o ATS será necesaria la petición escrita del facultativo que la solicite.

3.7 *Asistencia en consultorio.*

3.7.1 La asistencia en consultorio se prestará a los asegurados en el lugar de consulta de los facultativos y en los Centros que figuren en el cuadro médico-sanatorial de la Entidad y con sujeción a las normas de realización previstas en el presente Concierto.

3.7.2 La Entidad viene obligada a disponer en los medios urbanos, según se definen éstos en la cláusula 3.2.5, de un servicio permanente de asistencia ambulatoria en consultorio, atendido por un facultativo de Medicina General, y servicio de ATS y curas ambulatorias, al que el asegurado podrá acudir fuera de los días y horas en que funcionan los servicios normales.

La Entidad podrá prestar este Servicio en los Centros de Urgencia del Cuadro.

3.8 *Asistencia sanitaria en régimen de internamiento.*

3.8.1 Esta asistencia se prestará en los Centros que figuren en el Cuadro Médico-Sanatorial de la Entidad, y se facilitará siempre que sea necesario. La Entidad, a solicitud del asegurado, podrá autorizar su ingreso en hospitales militares.

3.8.2 El importe de los gastos causados por internamientos, ya sean por la estancia, ya por los honorarios profesionales, medios y procedimientos instrumentales y farmacológicos y demás elementos necesarios para el diagnóstico y curación del enfermo, serán por cuenta de la Entidad.

3.8.3 Los internamientos se efectuarán en habitación individual con servicio de baño, y cama de acompañante, debiendo proporcionarse de superior nivel por la Entidad cuando no hubiese disponible del tipo señalado.

En ningún caso podrán excluirse habitaciones que, sin disponer de más servicios de los citados, tengan en el Centro, por razones de régimen interior, una superior calificación.

La permanencia en régimen de hospitalización dependerá de si, según criterio médico, subsiste la necesidad técnica de dicha permanencia.

En ningún supuesto se aceptarán como motivo de permanencia problemas de tipo social.

3.8.4 Los internamientos serán prescritos por Médicos de la Entidad, con indicación del Centro de ingreso de entre los que figuren en el Cuadro de la misma, o en un Centro militar en el caso que lo solicite el asegurado y la Entidad lo autorice. La prescripción habrá de ser canjeada en las Oficinas de la Entidad por la oportuna autorización, previamente a efectuarse el ingreso. No se precisarán prórrogas de ingreso, excepto en los internamientos de carácter médico, que se renovarán por la Entidad cada diez días a solicitud del Centro que deberá aportar el informe facultativo. El Centro comunicará a la Entidad, en todos los casos, el hecho de haberse producido el alta hospitalaria.

3.8.5 Cuando disponiendo la Entidad de facultativos en sus cuadros, el ingreso en Centro sanitario concertado por la misma sea indicado por Médico ajeno a la Entidad, sin mediar urgencia, se deberá solicitar la previa autorización de ésta, que la concederá, si se aprecian causas objetivas, por un periodo de tiempo determinado, transcurrido el cual el Centro deberá solicitar una nueva autorización para prorrogar la estancia, que le será concedida por la Entidad si existen causas médicas que lo justifiquen. Se considerarán, en todo caso, causas médicas objetivas que justifican la petición, entre otras, las siguientes: Que la asistencia se preste por un familiar médico, el tratarse de un Facultativo de notorio prestigio y la continuidad asistencial en procesos patológicos graves.

En los supuestos contemplados en esta cláusula, los honorarios de los Facultativos correrán por cuenta del asegurado.

3.8.6 Cuando un Facultativo de la Entidad prescriba el internamiento en Centro ajeno, expondrá las causas Médicas que lo justifiquen en el mismo volante de prescripción del ingreso, que entregará al paciente, y que el asegurado presentará en las Oficinas de la Entidad, que emitirá por escrito su conformidad o denegación en el mismo día o en el primer día hábil siguiente, expresando en caso de denegación la solución alternativa, que deberá ser individualizada, tanto en lo que se refiere al o los Facultativos como al o los Centros ofrecidos. Transcurrido el primer día hábil siguiente sin contestación escrita, se presumirá concedida la autorización a todos los efectos.

3.8.7 El régimen de internamiento del enfermo se cubre en los casos y bajo las condiciones señaladas y las que a continuación se especifican:

3.8.7.1 *Hospitalización por enfermedad.*—Procede cuando la naturaleza, tratamiento o diagnóstico de la enfermedad lo exija, y hasta que se produzca el alta hospitalaria a determinar por el Médico que preste la asistencia.

Los internamientos por enfermedad infecto-contagiosa deben ser efectuados en los Centros y condiciones establecidos en la legislación vigente. La permanencia dependerá exclusivamente del criterio médico.

3.8.7.2 *Hospitalización por maternidad.*—La embarazada tendrá derecho a la atención de todas las contingencias fisiopatológicas del embarazo, aborto espontáneo y terapéutico, parto y puerperio. La

asistencia correrá íntegramente a cargo de la Entidad, cualquiera que sean los medios técnicos utilizados.

Se prestará siempre al recién nacido que lo requiera, asistencia neonatal por el Pediatra.

La asistencia al recién nacido patológico incluye servicio de incubadora y, en su caso, el traslado del recién nacido al Centro donde exista por cuenta de la Entidad.

**3.8.7.3 Hospitalización para asistencia quirúrgica.**—Comprende el internamiento en cualquiera de sus modalidades y en los Centros de la Entidad, salvo que el Facultativo del Cuadro prescriba el ingreso en Centro no concertado y demás supuestos excepcionales, en que regirá lo establecido en el punto 3.8.6, y en las demás normas del presente concierto.

La asistencia médico-quirúrgica se prestará según los grupos y especialidades reseñados en el punto 3.2. anterior, relativo a la distribución por grupos de población y áreas geográficas.

**3.8.7.4 Hospitalización por asistencia pediátrica.**—Se prestará a los niños menores de siete años, o a los de mayor edad que legalmente se determine, 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.

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.

Cuando, siendo la compañía necesaria, el acompañante residiera en localidad distinta a la del Centro sanitario, la Entidad se obliga a pagar una cantidad compensatoria de 3.000 pesetas por día si las características de la Unidad de Enfermería del Centro Sanitario no permitieran su internamiento.

**3.8.7.5 Hospitalización domiciliaria.**—El enfermo sometido a tratamiento en régimen de internamiento en clínica podrá continuar dicha asistencia en régimen de «hospitalización domiciliaria», si su estado clínico lo permite. 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 las Oficinas de la Entidad, a fin de que ésta asigne el equipo sanitario que habrá de hacerse cargo de la asistencia.

En todo caso de hospitalización domiciliaria, la Entidad viene obligada a facilitar los medios materiales y humanos adecuados, siendo a su cargo también la medicación hasta que se produzca el alta médica, el pase a la situación de asistencia ordinaria a domicilio o el reingreso en la clínica.

El cese en la situación de hospitalización domiciliaria será establecido por el Médico que tenga a su cargo dicha hospitalización. En el supuesto de determinarse el reingreso en la clínica, la orden de ingreso habrá de ser autorizada por la Entidad.

**3.9 Tratamientos especiales en medio sanatorial.**—Se incluye en esta prestación la asistencia de los enfermos que precisen acudir periódicamente a un Centro, especial o no, para recibir tratamiento bajo control médico y los que precisen la hospitalización en Centros especiales.

**3.9.1 Tratamientos de diálisis peritoneales y hemodiálisis.**—Se prestará, tanto en las insuficiencias renales agudas como en las crónicas, en el lugar de residencia del enfermo; cuando en ésta no existan instalaciones adecuadas, se prestará en la localidad más próxima que cuente con ellas. Cuando, por indicación del Médico, la hemodiálisis pueda ser realizada en domicilio por permitirlo las condiciones de éste, siempre que se pueda disponer en la localidad de los medios técnicos apropiados, la Entidad vendrá obligada a facilitar el personal sanitario que sea preciso y a abonar los gastos que por todos los conceptos ocasione, incluyendo, en su caso, el alquiler del aparato.

**3.9.2 Tratamiento de poliquimioterapia y análogos.**—Estos tratamientos se prestarán ambulatoriamente en medio sanatorial (con permanencia en el Centro, por tiempo inferior a veinticuatro horas), salvo que por indicación médica el enfermo deba prorrogar su estancia los días que precise.

Cuando la permanencia en el Centro sea inferior a veinticuatro horas, la Entidad aseguradora correrá con todos los gastos sanatoriales y de atención médica que se originen, debiendo el asegurado aportar la medicación necesaria.

El asegurado aportará la medicación necesaria, adquirida en las Oficinas de Farmacia, prescrita en receta oficial por el facultativo del Cuadro que le viniera atendiendo. Aquellos productos farmacéuticos que, siendo de uso únicamente hospitalario, no se dispensen en Farmacia, serán facturados directamente al asegurado, quien podrá solicitar el reintegro que corresponda del ISFAS.

En caso de internamiento superior a veinticuatro horas (hospitalización), la Entidad correrá con todos los gastos sanatoriales, médicos y farmacéuticos que se originen.

**3.9.3 Tratamiento de rehabilitación y recuperación funcional.**—Sólo procederá el internamiento cuando los enfermos no puedan ser atendidos en forma ambulatoria, determinando el ingreso el médico rehabilitador correspondiente del Cuadro médico-sanatorial de la Entidad. La permanencia en régimen de internamiento dependerá exclusivamente

del criterio del médico que prescribió el ingreso, que elevará periódicamente a la Entidad el oportuno informe sobre la evolución del paciente y la necesidad de continuar el internamiento.

Queda excluida de esta cláusula la rehabilitación que se realice simultáneamente a los tratamientos médicos o quirúrgicos por estar comprendida en los mismos.

**3.9.4 Hospitalización de enfermos mentales.**—La Entidad viene obligada a hacerse cargo de los internamientos de enfermos afectados de procesos agudos o crónicos agudizados, debiendo abonar los gastos correspondientes a treinta días, como máximo, por cada año natural. Transcurridos estos treinta días, el ISFAS cubrirá, en su caso, los gastos del internamiento de acuerdo con su normativa específica. Los honorarios de los facultativos y los medios de diagnóstico continuarán, sin embargo, siendo cubiertos por la Entidad.

La asistencia médica ambulatoria de estos enfermos, en medio sanatorial, seguirá corriendo por cuenta de la Entidad, siempre que la preste el facultativo perteneciente a su Cuadro, y abonando los honorarios por baremos cuando se preste por facultativo ajeno al mismo.

Se incluyen en estas asistencias las drogodependencias y alcoholías. 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.

Si el internamiento se hubiere realizado en Centro no concertado, la Entidad abonará el importe establecido en el baremo que figura como anexo.

**3.9.5 Hospitalización de enfermos tuberculosos.**—Procederá en centro especializado, cuando se encuentren en fase de contagio, necesiten tratamiento quirúrgico o su estado clínico lo requiera.

**3.9.6 Hospitalización de enfermos infectocontagiosos.**—En este supuesto, la Entidad se atenderá a lo dispuesto por el Ministerio de Sanidad y las Consejerías de Sanidad de las distintas Comunidades Autónomas, corriendo a cargo de la Entidad los gastos que se originen.

### 3.10 Especificaciones para diversas especialidades.

**3.10.1 Ginecología.**—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. El tratamiento de la causa de esterilidad, por cuenta de la Entidad, alcanzará sólo al cónyuge que sea beneficiario de la prestación de asistencia sanitaria.

#### 3.10.2 Asistencia por maternidad.

a) La asistencia por maternidad a los beneficiarios con derecho a ello, conforme a lo señalado en la cláusula 2.2, estará a cargo de tocólogo y matrona en las poblaciones donde exista dicho especialista y de médico de familia en aquellas que no exista; la asistencia comprenderá, además de reconocimiento y la atención médica durante el embarazo, la asistencia del facultativo al parto; el empleo de la técnica adecuada en el mismo, cualquiera que sea ésta; la asistencia al puerperio e incidencias patológicas y la hospitalización en los términos del punto 3.8.7.2, teniendo en cuenta en todo caso lo establecido en el párrafo segundo del punto 2.3. Si la práctica de la ligadura de trompas, prevista en el epígrafe 3.10.12.e), 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.

b) Alcanza igualmente la cobertura del presente Concierto al aborto espontáneo, así como al aborto terapéutico, en los términos establecidos por la legislación vigente.

**3.10.3 Pequeña cirugía y curas posquirúrgicas.**—Todos los gastos causados por estos conceptos, incluida la medicación en el acto de la cura, serán a cuenta de la Entidad.

**3.10.4 Estomatología.**—Comprende toda clase de extracciones, molares incluidos; la limpieza de boca una vez por año o siempre que lo considere oportuno el odontólogo, y la periodoncia, quedando excluidos los empastes, la ortodoncia, las prótesis dentarias y la endodoncia.

Cuando mediara accidente de servicio o enfermedad profesional, no se excluye ninguna actuación, y se incluye la colocación de las prótesis dentarias necesarias, que serán a cargo de la Entidad.

**3.10.5 Anestesia-reanimación.**—Comprenderá cualquier tipo de anestesia y la preanestesia, y 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.

**3.10.6 Cirugía plástica y reparadora.**—Queda excluida la cirugía plástica puramente estética, excepto cuando medien procesos patológicos que 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.

3.10.7 **Trasplantes.**—Quedan incluidos en la cobertura por la Entidad los trasplantes de todo tipo, así como los injertos óseos; no será obligación de la Entidad la gestión para la obtención del órgano a trasplantar.

Si la obtención del órgano fuera simultánea al trasplante y el donante fuera asegurado, la Entidad asumirá los costes de la intervención para la obtención. Si el donante no tuviese la aludida condición, la Entidad asumirá los costes, facturándolos al ISFAS, salvo que aquél tuviera cubierta esta contingencia.

3.10.8 **Prótesis.**—Serán a cargo del ISFAS, excepto los materiales utilizados para realizar técnicas de osteosíntesis, que serán siempre por cuenta de la Entidad. La prescripción y colocación de todas las prótesis, tanto internas como externas, correrán igualmente a cargo de la Entidad.

3.10.9 **Rehabilitación y recuperación funcional.**—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.

También se aplicará a aquellos pacientes con procesos congénitos o adquiridos que requieran fisioterapia y tratamiento ocupacional enseñando al paciente o a sus familiares a llevar a cabo tareas nuevas y renovadoras.

Para cada enfermo, y según evolución del proceso, el médico rehabilitador del Cuadro de la Entidad confeccionará los planes necesarios, valorando el estado funcional del paciente e indicando el pronóstico del mismo, el programa de ejercicios, su número y el tiempo calculado para llevar a cabo cada plan. El asegurado deberá solicitar en las oficinas de la Entidad el visado del plan establecido, que en ningún caso podrá ser alterado ni reducido en su número por los servicios de la Entidad, que tampoco podrá establecer controles adicionales sobre el enfermo.

La obligación de prestar asistencia por cuenta 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 ocupacional, excepto en los supuestos de reagudización del proceso, en cuyo caso la Entidad reanudará la asistencia en los mismos términos señalados en el párrafo anterior.

La Entidad comunicará por escrito al interesado las causas de la supresión de la prestación, previo reconocimiento médico.

Se excluyen de esta asistencia los procesos que precisen de terapia educativa, como la educación para el lenguaje en procesos congénitos o la educación especial en enfermos con afectación psíquica.

En los supuestos de accidente de servicio y enfermedad profesional, la Entidad viene obligada a prestar la asistencia rehabilitadora que proceda hasta el alta total del paciente.

3.10.10 **Tratamientos o técnicas para enfermos mentales.**—No se encuentran incluidos en la asistencia los psicoanálisis, hipnosis, psicoterapia, en sesiones individuales o de grupo, narcolepsia ambulatoria y tests psicológicos.

3.10.11 **Medicina preventiva.**—Quedan incluidos en la cobertura del presente Concierto el diagnóstico precoz del cáncer ginecológico y de las enfermedades coronarias de los asegurados; se realizará una vez al año, previa petición del interesado a la Entidad. Asimismo, previa prescripción del facultativo de la Entidad, quedan incluidas las determinaciones analíticas que sean precisas en la asistencia maternal (toxoplasmosis, rubéola, anticuerpos, etc.).

3.10.12 **Planificación familiar.**—Quedan incluidos en la cobertura del presente Concierto los siguientes métodos, de acuerdo con la regulación de los mismos en la legislación vigente:

a) Prescripción de medicamentos anticonceptivos y las revisiones necesarias para el control de sus efectos.

b) Implantes de dispositivos intrauterinos (DIU) y tratamientos de sus posibles complicaciones, no siendo dichos dispositivos (DIU) a cargo de la Entidad.

c) Ligadura de trompas y vasectomía.

3.10.13 **Tratamiento de litofragmentación.**—Serán a cargo de la Entidad los procedimientos que permitan la resolución de los cálculos de riñón y vías urinarias, así como los de vesícula biliar. El tratamiento deberá ser prescrito por especialista del Cuadro y autorizado previamente por escrito en las oficinas de la Entidad. La autorización sólo podrá ser denegada, también por escrito, por razones médicas que desaconsejen el tratamiento.

3.10.14 **Técnicas quirúrgicas y tratamientos especiales.**—El uso de técnicas quirúrgicas especializadas, tratamientos especiales o visitas a especialistas consultores a nivel regional o nacional deberán ser prescritas por el especialista del Cuadro, por escrito, y autorizado previamente en las oficinas de la Entidad, también por escrito.

3.10.15 **Medios de diagnóstico.**—Quedan cubiertos por este Concierto todos los medios de diagnóstico, debiendo su utilización ser prescrita por facultativos de la Entidad y sin que su realización precise la autorización previa de la misma, salvo en los casos previstos en el anexo I. Todos los elementos necesarios para la realización de las pruebas serán por cuenta de la Entidad.

3.11 **Traslado de enfermos para recibir asistencia sanitaria.**—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 de carácter médico deban desplazarse en medios especiales de transporte desde su residencia habitual para su internamiento en Centro concertado o para recibir tratamientos especiales, como hemodiálisis, radioterapia, quimioterapia, rehabilitación u otros contemplados en este Concierto. En todos estos casos será necesaria la prescripción escrita del facultativo de la Entidad, o, en caso de inexistencia, cuando se trate de urgencias, del facultativo que haya prestado la asistencia, en la que conste la necesidad de traslado en medios especiales. El trayecto de regreso correrá, asimismo, por cuenta de la Entidad.

b) Cuando el enfermo acuda a facultativo o Centro radicado en localidad distinta a la de su residencia habitual, si la Entidad hubiera formulado al titular esta oferta alternativa, por no figurar en los cuadros de ésta facultativos o Centros de los que debería disponer en el área geográfica de que se trate, conforme a lo estipulado en la cláusula 3.2, y siempre que no concorra la circunstancia prevista en la cláusula 3.3. La obligación comprende tanto el trayecto de ida como el de regreso. Cuando el enfermo lo precise, a juicio del Médico, el traslado será en medio especial.

c) Cuando, conforme a las condiciones previstas en este Concierto, la Entidad traslade al enfermo, desde el Centro ajeno en el que hubiera sido internado, en caso de urgencia vital a Centro incluido en los cuadros propios, o 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 hubieran dispuesto. Cuando el enfermo lo precise, a juicio del Médico, el traslado será en medio especial.

A los efectos de esta cláusula, no se consideran medios especiales de transporte los de carácter público colectivo.

3.12 **Asistencia en el extranjero.**

3.12.1 Los gastos de asistencia sanitaria que hubieran tenido por causa una urgencia vital o una enfermedad aguda o crónica agudizada fuera del territorio nacional, con ocasión del desplazamiento del asegurado, serán sufragados por la Entidad en la siguiente cuantía:

a) Los correspondientes a asistencia médica, internamientos quirúrgicos, hospitalizaciones no quirúrgicas y cualquier otro servicio de estancia y tratamiento en Centro sanitario, en la cuantía que resulte de aplicar el baremo que figura como anexo.

b) El coste total de los medicamentos aplicados en régimen de internamiento hospitalario.

3.12.2 Los gastos de asistencia sanitaria en los supuestos señalados en el epígrafe anterior serán abonados por el asegurado, el cual solicitará de la Entidad el reintegro del gasto.

En el supuesto de no ser atendido por ésta, el asegurado podrá presentar reclamación ante la Delegación del ISFAS correspondiente.

Cuando el desplazamiento de los asegurados sea motivado por destino del titular en el extranjero o por viaje de éste en comisión de servicio y la asistencia sanitaria, total o parcial, esté cubierta por la Entidad, los gastos son abonados por el ISFAS, y éste se subrogará ante la Entidad de los costos ocasionados según lo previsto en los apartados a) y b), del párrafo 3.12.1.

3.13 **Denegación de asistencia.**—Se considera denegación de asistencia:

a) La no inclusión en los cuadros médicos de facultativos o Centros que deban figurar en aquellos según la cláusula 3.2. En este supuesto, los asegurados podrán acudir a los facultativos ajenos que existan en el mismo nivel, abonando la factura y reclamando el reintegro de los gastos, que será abonado íntegramente por la Entidad.

b) El no formular oferta alternativa en los casos en que un facultativo de la Entidad exprese, en los términos de las cláusulas 3.4 y 3.8.6, la necesidad de acudir a facultativo o Centros ajenos al cuadro. En este supuesto, los gastos serán abonados por el asegurado y reintegrados totalmente por la Entidad.

c) Los casos en que se hubiere producido demora no justificable en la prestación de la asistencia solicitada deben ser comunicados a la Entidad, en el plazo de los quince días hábiles siguientes a aquel en que se reciba o se comience a recibir la asistencia, en cuyo caso la Entidad viene obligada al reintegro total de los gastos.

Si la comunicación se efectuase después de este plazo dará derecho al reintegro de los gastos, según el baremo anexo, siempre que se efectúe dentro de los cinco años siguientes.

d) La carencia o insuficiencia de medios adecuados en Centros de la Entidad en el que estuviera ingresado un paciente o al que acuda para recibir asistencia sanitaria. En estos supuestos, la Entidad vendrá obligada a cubrir los gastos que se originen por la asistencia, si los facultativos de su cuadro hubieran remitido al enfermo a otro Centro no

concertado. Si concurriera, además, la circunstancia de urgencia, cualquier facultativo del Centro concertado podrá remitir al enfermo a Centro ajeno, asumiendo la Entidad los gastos originados.

## CAPITULO IV

### Comisiones Mixtas. Reclamaciones por razón de asistencia sanitaria

#### 4.1 Comisiones Mixtas.

4.1.1 Las Comisiones Mixtas son órganos de carácter colegiado que tienen por objeto el estudio de todas las cuestiones que puedan suscitarse en las relaciones entre la Entidad y el ISFAS en materia de asistencia sanitaria y en la interpretación y aplicación del presente Concierto. Asimismo, corresponde a las Comisiones Mixtas informar sobre las reclamaciones que pudieran formularse por los asegurados en materia de asistencia sanitaria.

4.1.2 Las actuaciones de las Comisiones Mixtas tendrá lugar sin perjuicio de las diversas acciones legales y de los distintos procedimientos que pudieran corresponder a las partes.

En lo no previsto en las cláusulas siguientes se aplicarán subsidiariamente las normas de la Ley de Procedimiento Administrativo sobre funcionamiento de órganos colegiados.

4.1.3 Las funciones de las Comisiones Mixtas señaladas en el epígrafe 4.1.1 se desempeñarán cuando las cuestiones planteadas tengan ámbito provincial por las Comisiones Mixtas Provinciales, y por la Comisión Mixta Nacional cuando las cuestiones afecten a todo el territorio nacional o se produzca desacuerdo entre los representantes de ambas partes respecto del contenido del informe a emitir en el nivel provincial.

#### 4.2 Comisiones Mixtas Provinciales: Composición y funcionamiento.

4.2.1 Composición.—La Comisión Mixta Provincial estará compuesta por el Delegado Provincial del ISFAS, que actuará como Presidente, y un Vocal designado de entre las personas que presten servicio en la Delegación. Por parte de la Entidad asistirán dos Vocales, representantes de sus intereses, con las facultades decisorias suficientes para comprometer a la misma en los términos del presente Concierto. Actuará de Secretario un funcionario de la Delegación del ISFAS, con voz, pero sin voto.

4.2.2 Funcionamiento.—El funcionamiento de las Comisiones Mixtas Provinciales se ajustará a las siguientes normas:

La Comisión Mixta Provincial podrá emitir su parecer en relación con la aplicación de los términos del Concierto, y, consecuentemente, con la asistencia sanitaria prestada en su ámbito territorial. Dichos informes, cuando se trate de reclamaciones de titulares del ISFAS por razón de asistencia sanitaria y gastos de ella derivados, concretarán la aceptación o denegación, en su caso, del abono total o parcial de los mismos a cargo de la Entidad.

En todo caso, la resolución de las reclamaciones individualizadas responde al Delegado del ISFAS en el cauce establecido en el Reglamento General de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.

Cuando la Entidad, en razón de los hechos concretados en el informe emitido por la Comisión Mixta, y de la decisión adoptada por el Delegado del ISFAS, se considere lesionada en sus derechos, podrá, en el plazo de diez días, solicitar que el asunto concreto sea reconsiderado por la Comisión Mixta Nacional.

Igualmente, en los supuestos en que la Comisión Mixta Provincial no logre la emisión de un informe, por unanimidad, se elevará el asunto a la Comisión Mixta Nacional, en el plazo de diez días, concretándose la postura divergente adoptada por cada una de las representaciones.

Asimismo, cuando exista disconformidad con el fallo por parte del titular reclamante, el tema será también elevado a la consideración de la Comisión Mixta Nacional, en el ya señalado plazo de diez días. Por consiguiente, los acuerdos, por unanimidad, de las Comisiones Mixtas Provinciales sólo serán aceptables cuando cuenten con la aprobación efectiva o supuesta del reclamante.

La Comisión Mixta Provincial celebrará reunión ordinaria dentro de los diez primeros días de cada mes, y extraordinaria, siempre que se solicite, por la representación de cualquiera de las partes de este Concierto, por escrito.

El Secretario de la Comisión levantará acta de cada reunión en el término de cinco días y cuidará del archivo y custodia de las mismas; también efectuará en dicho plazo los traslados a la Comisión Mixta Nacional y a la Entidad o terceros de testimonios literales, totales o parciales, del contenido de las actas.

En el supuesto de incomparecencia a la reunión de la Comisión de los representantes de la Entidad se levantará acta, dejando constancia de tal extremo, y el Secretario remitirá, de inmediato, a la Comisión Mixta Nacional los antecedentes de las cuestiones incluidas en el orden del día, con informe, detallado, del Delegado provincial del ISFAS. Cuando los representantes de la Entidad no acudan a las reuniones durante tres sesiones consecutivas, se entenderá que aquélla 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 que no comparezcan.

### 4.3 Comisión Mixta Nacional: Composición y funcionamiento.

4.3.1 Composición.—La Comisión Mixta Nacional estará compuesta por tres representantes del ISFAS y tres de la Entidad, actuando de Presidente el Jefe del Departamento de Asistencia Sanitaria o persona en quien delegue. Como Secretario actuará un funcionario designado por la Gerencia del ISFAS, con voz y sin voto.

4.3.2 Facultades y funcionamiento.—Compete a la Comisión Mixta Nacional el estudio e informe de cuantas cuestiones se susciten a su nivel en relación con la aplicación e interpretación del presente Concierto, así como de aquellas cuestiones que le sean elevadas por las Comisiones Mixtas Provinciales.

La no asistencia de los representantes de la Entidad a una reunión ordinaria o extraordinaria, debidamente convocada, presupone su conformidad con el parecer del ISFAS en todas las cuestiones incluidas en el orden del día.

El funcionamiento de la Comisión Mixta Nacional se ajustará a las mismas normas señaladas para las Comisiones Mixtas Provinciales.

De no lograrse un acuerdo sobre cualquier cuestión sometida a conocimiento de la Comisión Mixta Nacional, resolverá, con carácter ejecutivo, el Gerente del ISFAS, contra cuya resolución podrá interponer recurso de alzada ante el excelentísimo señor Ministro de Defensa, y, en su caso, recurso contencioso-administrativo.

La Comisión Mixta Nacional celebrará reunión ordinaria cada mes si hubiese materia a tratar. Cualquiera de las partes firmantes del Concierto podrá, en cualquier momento, solicitar una reunión extraordinaria.

#### 4.4 Procedimiento de pago en supuestos generales.

4.4.1 En las reclamaciones resueltas por los Delegados del ISFAS por haber recaído informe estimatorio total o parcial en la Comisión Mixta Provincial correspondiente, el procedimiento de pago será el siguiente:

A) Cuando del informe de la Comisión Mixta Provincial, emitido en uso de las facultades previstas en el punto 4.2.1, se derive la conformidad para efectuar un pago total o parcial en relación con la reclamación de un titular del ISFAS, en la misma reunión se cumplimentará por triplicado un documento firmado por ambas partes que servirá de orden de pago. Un ejemplar del mismo quedará en poder de la representación de la Entidad, otro será para el Delegado provincial del ISFAS y el tercero se remitirá por el Secretario al interesado para que pueda efectuar el cobro en las oficinas de la Entidad, en el plazo de un mes, a partir de la fecha de recibo.

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 Provincial del ISFAS:

- Que ha realizado el abono, o
- Que no ha efectuado el pago por no haberse presentado el asegurado o por no haber sido aceptado por éste.

Si no se hubiese recibido esta comunicación dentro del plazo indicado o si, dentro del año siguiente a la fecha del mismo documento, el ISFAS tuviese conocimiento de que se hubiere negado el pago al asegurado, bajo cualquier motivo, el Delegado provincial 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 al Departamento Económico-Financiero del ISFAS. Este, igualmente, sin más requisitos, propondrá el oportuno acuerdo al Gerente del ISFAS y deducirá de la inmediata mensualidad que haya de abonarse a la Entidad, pagando directamente al asegurado 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 asegurado por la demora en el reintegro.

4.4.2 En el supuesto de reclamaciones resueltas por el Gerente del ISFAS, previo estudio o informe de la Comisión Mixta Nacional, hubiérase o no llegado a un acuerdo entre las partes sobre la reclamación examinada, si la reclamación fuera total o parcialmente estimatoria, el abono de la cantidad que en cada caso corresponda será realizado directamente por el ISFAS al interesado, deduciendo el importe de las cuotas mensuales a abonar a la Entidad y facilitando a ésta el documento que acredite haber realizado el pago por su cuenta.

4.5 Procedimiento de pago en supuestos especiales.—La ejecución de resoluciones administrativas o de sentencias que resuelvan recursos interpuestos contra actos adoptados por el ISFAS en las materias objeto del presente concierto serán ejecutadas, en su caso, por el ISFAS conforme al procedimiento establecido en la cláusula 4.4.2.

## CAPITULO V

### Régimen económico, duración y normas complementarias

5.1 Precio.—La cantidad a satisfacer, con carácter provisional, por el ISFAS a la Entidad por los servicios cubiertos según este Concierto será de 20.376 pesetas anuales por persona, equivalentes a 1.698

pesetas mensuales por persona, igual al vigente en 1989. Una vez aprobados los Presupuestos Generales del Estado para 1990, dicha cantidad será revisada, con efectos de 1 de enero del último año citado, mediante acuerdo de la Gerencia del ISFAS. El baremo del anexo III será también revisado en la misma proporción.

#### 5.2 Régimen de pagos.

5.2.1 Sin perjuicio del nacimiento y extinción del derecho a la asistencia en los términos previstos en las cláusulas 2.3 y 2.4 de este concierto, 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. Consiguientemente, cada pago mensual tendrá en cuenta el número de asegurados existentes a las cero horas del día 1 del mes de que se trate y se efectuará por el ISFAS, en cheque nominativo o transferencia bancaria, dentro de los quince primeros días del mes siguiente.

5.2.2 Las Delegaciones y Subdelegaciones del ISFAS comunicarán a las representaciones provinciales o locales, en su caso, de la Entidad, antes del día 15 del mes siguiente a aquel en que se produzcan, las altas, bajas y variaciones, con especificación del número de afiliación y de documento nacional de identidad, en su caso, y expresión de si se trata de titulares o demás beneficiarios. Las representaciones de la Entidad comunicarán los partes a su central.

Simultáneamente, por los Organos Territoriales del ISFAS serán procesados y tramitados a la Gerencia los partes correspondientes.

5.2.3 En el improrrogable plazo de los quince últimos días del mes, la Entidad remitirá a la Gerencia cinta magnética conteniendo la cifra total del colectivo que tenga adscrito el día primero del mes a liquidar, con relación nominal de asegurados, identificados por su número de afiliación y documento nacional de identidad, así como las altas, bajas y variaciones acaecidas durante el mes anterior al que se liquida.

La Gerencia del ISFAS cotejará los datos suministrados con sus registros propios y de acuerdo con el resultado de ello procederá a la liquidación dentro del plazo y en la forma indicados en el punto 5.2.1, entregando con dicha liquidación cinta magnética o relación con los datos de todas las altas, bajas y variaciones producidas en el mes precedente, comunicando la cifra del colectivo adscrito a la Entidad referida a las cero horas del primero día del mes que se liquida y las diferencias que pudieran existir con los datos suministrados por la Entidad, especificando nombre y número de afiliación y documento nacional de identidad, en su caso.

La cinta o relación podrá ser comprobada por la Entidad, junto con la información suministrada directamente por los órganos territoriales del ISFAS, a fin de que, si lo estimase procedente, pueda formular las siguientes reclamaciones:

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

La Entidad presentará las reclamaciones separadamente, conforme a la clasificación anterior, acompañando cinta magnética o relación de las mismas características técnicas que la entregada por el ISFAS, conteniendo la información en 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.

5.3 *Duración.*—Los efectos del presente Concierto se iniciarán a las cero horas del día 1 de enero de 1990 y se extenderán hasta las veinticuatro horas del día 31 de diciembre del mismo año, sin perjuicio de lo establecido en la cláusula siguiente.

5.4 *Prórrogas y continuidad asistencial.*—Si alguna de las Entidades concertadas durante 1990 no suscribiese Concierto para 1991 continuará obligada a prestar la asistencia sanitaria a sus asegurados, en los términos del presente Concierto, durante el mes de enero de 1991, abonándose por el ISFAS la prima convenida para 1991 con el resto de las Entidades. Además continuarán vigentes los efectos asistenciales del Concierto, incluso después del 31 de enero de 1991, en los casos en que estuviese prestándose en dicha fecha una asistencia hospitalaria y en la asistencia por maternidad, cuando el parto estuviese previsto para los quince primeros días de febrero.

5.5 *Normas complementarias. Accidentes en acto de servicio, por acto terrorista o cubiertos por cualquier modalidad de seguro obligatorio.*

5.5.1 La asistencia en supuestos de lesiones producidas o enfermedad derivada o agravada por acto de servicio o acto terrorista se prestará por la Entidad durante el tiempo que sea necesario a juicio de los facultativos y siempre que conserve el beneficiario el derecho a recibirla.

5.5.2 En el supuesto de lesiones producidas o enfermedad derivada o agravada por accidentes cubiertos por cualquier modalidad de seguro obligatorio, se tendrá en cuenta la normativa reguladora. Siempre que existiese tercero civilmente responsable, la Entidad podrá subrogarse en

los derechos y acciones de los beneficiarios relativos al importe de los gastos derivados de la asistencia sanitaria prestada.

5.5.3 Cuando el coste de la asistencia sanitaria prestada deba ser satisfecho legal o reglamentariamente por órganos públicos o Entidades privadas, la Entidad realizará la totalidad de las gestiones necesarias con los mismos para reintegrarse del coste de dicha asistencia. Por su parte los asegurados facilitarán a la Entidad los datos necesarios para llevar a cabo las reclamaciones correspondientes.

## CAPITULO VI

### Normas finales

6.1 *Impuestos.*—Todos los impuestos, arbitrios, tasas y exacciones que graven este concierto o los actos que de él se deriven serán por cuenta de la Entidad.

6.2 *Comprobaciones.*—El ISFAS se reserva el derecho de solicitar de la Entidad cuantos datos considere oportunos sobre la asistencia sanitaria y sobre las instalaciones y características de los Centros sanitarios que figuren en el cuadro de la Entidad. Asimismo, quedará obligada ésta a facilitar la comprobación de los mismos por los servicios del ISFAS.

6.3 *Recursos y jurisdicción competente.*—Las cuestiones que surjan en la interpretación o cumplimiento del presente concierto, que es de naturaleza administrativa, serán resueltas por el órgano competente del ISFAS, según lo establecido en sus cláusulas. En lo no previsto en ellas, se entenderá siempre competente el Gerente del ISFAS. Contra los acuerdos podrá interponerse recurso de alzada ante el Ministro de Defensa.

En su caso, la jurisdicción competente será siempre la contencioso-administrativa.

6.4 *Anexos.*—Son anexos al presente concierto:

- Servicios que precisan autorización previa de la Entidad.
- Urgencias vitales.
- Baremo de actos médicos.
- Relación de Centros de urgencia de la Entidad y su ubicación.
- Relación de provincias y forma de prestación de servicios asistenciales en cada una (por la propia Entidad concertada o por la entidad coasegurada) y ubicación de la Delegación Provincial de la Entidad concertada o por la Entidad en las provincias en que preste servicios ésta o del órgano que asuma las funciones de la Delegación Provincial, en caso de prestar los servicios una Entidad coaseguradora.

## ANEXO I

### Servicios que precisan autorización previa de la Entidad

Los volantes de solicitud de servicios prescritos por los Médicos necesitarán ser visados previamente en las oficinas de la Entidad en los siguientes casos:

#### 1. Consultas a especialistas e internamientos en Centros.

Visita a especialistas consultores (cláusula 3.10.14).

Consultas a especialistas que no figuren en el Cuadro de la Entidad, indicada por facultativo del Cuadro. Se presumirá concedida la autorización si, transcurrido el primer día hábil siguiente al de la solicitud, la Entidad no hubiera contestado por escrito (cláusula 3.4).

Internamientos en Centros sanatoriales que figuren en el Cuadro de la Entidad, prescritos por facultativos del Cuadro (cláusula 3.8.4).

Internamientos en Centros sanatoriales no concertados por la Entidad, indicados por Médico ajeno a la misma, sin mediar urgencia (cláusula 3.8.5).

Internamientos en Centros sanatoriales que no figuren en el Cuadro de la Entidad, prescritos por facultativos de ésta. Se presumirá concedida la autorización si, transcurrido el primer día hábil siguiente al de la solicitud, la Entidad no hubiera contestado por escrito (cláusula 3.8.6).

#### 2. Técnicas especiales de diagnóstico en régimen ambulatorio o no realizadas en el Centro de internamiento (cláusula 3.10.15).

Análisis clínicos especiales: Cariotipos, genotipos, radioinmunoanálisis.

Radiología especializada: Angiorradiología, angiografía digital, ortopantomografía, tomografía axial computerizada («scanner») y resonancia magnética.

Aparato digestivo: Endoscopias.

Aparato circulatorio: «Doppler», «holter», ergometrias, diagnóstico precoz de enfermedad coronaria.

Ginecología: Amnioscopias, diagnóstico precoz del cáncer ginecológico.

Neurofisiología: Todos las técnicas, excepto electroencefalogramas y electromiogramas.

Oftalmología: Retinografías y fluoresceingrafías.

Urología: Endoscopias y estudios urodinámicos.

3. *Tratamientos y técnicas quirúrgicas especiales.*

Odontostomatología: Tartrectomía -limpieza de boca- y periodoncia (cláusula 3.10.14).

Rehabilitación: Todas las técnicas (cláusula 3.10.14).

Oxigenoterapia a domicilio (cláusula 3.10.14).

Oftalmología: Técnicas quirúrgicas de corrección de miopía e implantación de lentes intraoculares (cláusula 3.10.14).

Tratamientos de diálisis peritoneales y hemodiálisis (cláusula 3.9.1).

Oncología: Quimioterapia, cobaltoterapia, radiumterapia, isótopos radioactivos (cláusula 3.10.14).

Tratamiento de litofragmentación (cláusula 3.10.13).

4. *Servicio de ambulancia para tratamientos periódicos.*

## ANEXO II

### Urgencias vitales

A título puramente indicativo y no exhaustivo, en los siguientes supuestos se entenderá que el enfermo precisa recibir asistencia urgente y, por lo tanto, de carácter inmediato en el más corto espacio de tiempo posible; la concurrencia de uno de estos supuestos, junto con las demás circunstancias de cada caso concreto, puede justificar la utilización de servicios ajenos.

1. En el caso de hemorragias agudas, intracraneales o intracerebrales, genitales, digestivas, respiratorias, reñales o por rotura de vasos sanguíneos en general, con pérdida importante de sangre al exterior o con hemorragia interna.

2. En los abortos completos o incompletos. La rotura uterina o la complicación de embarazo extrauterino. La toxicosis gravídica.

3. Los «shocks» cardíaco, renal, hepático, circulatorio, traumático, tóxico, metabólico, eléctrico o bacteriano. Los comas. Las reacciones alérgicas con afectación del estado general.

4. La insuficiencia aguda respiratoria, renal o cardíaca. Colapso o síncope lipotímico.

5. El abdomen agudo, formulado como diagnóstico, previo o de presunción. El dolor abdominal agudo.

6. Las lesiones con herida o desgarros externos o con afectación de vísceras.

7. Las fracturas de cadera o de la cabeza del fémur.

8. Accidentes cerebro-vasculares.

9. Las intoxicaciones agudas. Las sepsis agudas.

10. La anuria. La retención aguda de orina.

11. Difteria. Botulismo. Meningitis. Meningoencefalitis. Forma aguda de colitis ulcerosa. Gastroenteritis aguda con afectación del estado general.

12. Obstrucción de las vías respiratorias altas. Embolia pulmonar. Derrame pleural. Neumotórax espontáneo. Edema agudo de pulmón. Disnea. Crisis de asma bronquial.

13. Infarto de miocardio. Crisis hipertensiva de urgencia. Embolia arterial periférica. Asistolia. Taquicardia paroxística.

14. Coma diabético. Hipoglucemia.

15. Convulsiones. Convulsiones de la infancia. Toxicosis del lactante.

16. Insuficiencia suprarrenal aguda. Fallo agudo de la circulación periférica. Alteraciones del metabolismo electrolítico.

Como criterio se deberán tener, entre otros, los de las personas que le prestaron la asistencia, el lugar en que se produjo la urgencia, el estado de consciencia, la proximidad del Centro asistencial, etc.

#### Relación de Entidades que han suscrito Concierto con el ISFAS

- «Compañía de Seguros Adelas, Sociedad Anónima».
- «Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, Sociedad Anónima».
- «Aseguradora Islas Canarias, Sociedad Anónima».
- «Compañía de Seguros Previsión Médica, Sociedad Anónima».
- «Policlínica Santiago, Sociedad Anónima».
- «UNIME. Sociedad Anónima».

## MINISTERIO DE ECONOMIA Y HACIENDA

**783** *ORDEN de 29 de diciembre por la que se fijan los precios de venta de las publicaciones oficiales del Departamento editadas por la Dirección General de Previsión y Coyuntura del Ministerio de Economía y Hacienda.*

A propuesta de la Dirección General de Previsión y Coyuntura del Departamento, y conforme a lo dispuesto en la Orden de 25 de octubre de 1989 sobre delegación de funciones.

Este Ministerio ha tenido a bien establecer los precios de venta al público de las publicaciones que se detallan de la forma siguiente:

Primero.-Publicaciones periódicas: Los precios, incluido el IVA, serán:

	Un ejemplar	Annual
a) «Síntesis Mensual Indicadores Económicos» (11 números/año) .....	1.200	13.200
b) «Informe Coyuntura Económica» (cuatro números/año) .....	1.100	4.400

Segundo.-En los envíos al extranjero: Estos precios serán aumentados con los gastos correspondientes, según las tarifas establecidas, adecuando el IVA a su régimen especial.

Lo que comunico a V. I. para su conocimiento y efectos.

Madrid, 29 de diciembre de 1989.-P. D. (Orden de 25 de octubre de 1989), el Subsecretario, Enrique Martínez Robles.

Ilmo. Sr. Director general de Previsión y Coyuntura.

**784**

*RESOLUCION de 2 de enero de 1990, de la Dirección General de Comercio Exterior, por la que se convoca el contingente de importación de leche y productos lácteos procedentes de terceros países, correspondiente al año 1990.*

De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (CEE) número 3990/89, por el que se fijan los contingentes aplicables a la importación en España de leche y productos lácteos procedentes de terceros países, Esta Dirección General ha resuelto lo siguiente:

Primero.-Se convocan para todo el año 1990 los contingentes de leche y productos lácteos en las cantidades que se indican en el anexo de la presente Resolución.

Segundo.-Las solicitudes se formalizarán mediante impreso de «Certificado de importación o de fijación anticipada», a que se refiere el anexo I del Reglamento (CEE) número 3719/88.

Tercero.-Las solicitudes se presentarán en el Registro General de la Secretaría de Estado de Comercio, previa constitución de una fianza de la cuantía indicada en el anexo de la presente Resolución, en los términos establecidos en la Orden de 26 de febrero de 1986, por la que se regula la fianza en las operaciones de importación y exportación. El importe en pesetas se obtiene multiplicando los ECUs por el tipo verde vigente correspondiente a los productos de origen animal.

Cuarto.-Con objeto de garantizar un reparto equitativo de la cantidad disponible entre los solicitantes se dispone:

a) La cantidad máxima autorizada por solicitud será del 10 por 100 del contingente convocado.

b) Para una misma posición estadística las firmas importadoras no podrán presentar más de una solicitud de certificado de importación al día.

Quinto.-En la cumplimentación de los certificados de importación se tendrán en cuenta las siguientes observaciones:

5.1 En la casilla 16 se pondrán la/s subpartida/s de la Nomenclatura Combinada (nueve cifras) que correspondan a la descripción de la mercancía precedida de un «ex». En el caso de que deban consignarse varias subpartidas, podrá utilizarse también la casilla 24.

5.2 En las casillas 17, 18 y 11, relativas a la cantidad de producto y al importe de la fianza, no se deberán rellenar más que en el ejemplar destinado a la «Solicitud».

5.3 En la casilla 20 se incluirá la siguiente mención: «Válido en España para los productos procedentes de terceros países [artículo 3 del Reglamento (CEE) número 593/86]».

5.4 En las casillas 7 y 8 se especificarán el país de procedencia y origen con carácter obligatorio.

5.5 En la casilla 19, relativa a la tolerancia, se anotará la cifra «5».

Sexto.-El plazo de validez de los certificados de importación será el mes en curso (mes en que se ha expedido el certificado) y tres meses más, siendo la fecha límite el 31 de diciembre de 1990.

Séptimo.-en el caso de que la cantidad solicitada sobrepasara la cantidad disponible, se aplicará un coeficiente de reducción único.

Octavo.-Una vez despachada la mercancía el importador enviará una fotocopia de la Declaración Unificada Aduanera de importación o bien una fotocopia del Certificado de importación visada por la autoridad aduanera, a la Dirección General de Comercio Exterior.

Noveno.-A efectos de las modalidades prácticas de aplicación de la presente Resolución, se tendrá en cuenta lo dispuesto en el Reglamento (CEE) número 3183/80 de la Comisión, de 3 de diciembre de 1980