

A) Las que el ordenamiento jurídico atribuye al Director general como órgano de contratación, excepto las de autorización de gastos y ordenación de pagos.

B) Presidir la junta facultativa del organismo.

C) Autorizar las comisiones de servicio con derecho a las correspondientes indemnizaciones.

Segundo.—Se delega en el Subdirector de Prestaciones del Instituto Social de las Fuerzas Armadas el ejercicio de las siguientes competencias:

A) Resolver los procedimientos relativos a la afiliación al Régimen Especial de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, excepto en los casos enumerados en las letras A), B), C), D), y E) del apartado cuarto de esta Resolución.

B) Resolver los procedimientos de concesión de prestaciones del citado Régimen Especial, excepto los enumerados en las letras F) y G) del apartado cuarto de esta Resolución y aquellos en que hayan intervenido las Comisiones Mixtas Nacionales previstas en los conciertos con entidades de seguro.

Tercero.—Se delega en el Subdirector Económico-Financiero del Instituto Social de las Fuerzas Armadas el ejercicio de las siguientes competencias:

A) Autorizar los gastos y ordenar los pagos, salvo lo previsto en las letras F) y H) del apartado cuarto y en el apartado quinto, así como expedir los documentos contables que procedan.

B) Aprobar las nóminas y las cuentas justificativas de todas clases.

C) Expedir los instrumentos materiales de pago en el ámbito de la Gerencia, con la firma mancomunada del Interventor delegado del Instituto, sin perjuicio de las suplencias que resulten procedentes y de las reglas especiales en materia de libramientos a justificar y de anticipos de caja fija.

Cuarto.—Se delega en los Delegados regionales y especiales del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, en relación con los colectivos que les correspondan y en el ámbito del Régimen Especial de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, el ejercicio de las siguientes competencias:

A) Acordar las altas de titulares cuando el derecho se derive:

a) De la condición de funcionario militar o civil en situación de servicio activo del propio solicitante.

b) De la condición de cónyuge, hijo, nieto, hermano, padre o madre de un titular fallecido, siempre que figurase como beneficiario de dicho titular en la fecha del fallecimiento.

B) Acordar las bajas de titulares cuando la conclusión del derecho se deba al fallecimiento y, tratándose de titulares por derecho derivado, a la renuncia expresada por escrito.

C) Acordar las altas de beneficiarios cuando el derecho, reuniendo los restantes requisitos, se derive:

a) De la condición de cónyuge, hijo, nieto, hermano, padre o madre de un titular que sea funcionario militar o civil en cualquier situación, incluso retirado o jubilado.

b) De la condición de beneficiario de un titular fallecido, para continuar con tal carácter en el documento de beneficiarios del nuevo titular viudo o huérfano.

D) Acordar las bajas de beneficiarios cuando la conclusión del derecho se deba:

a) A la baja del titular de que dependan.

b) Al fallecimiento del propio beneficiario.

c) A la renuncia expresada por escrito del titular de que dependan.

E) Acordar las variaciones que procedan, respecto a titulares y beneficiarios ya afiliados, con motivo de cambios de destino, de domicilio, de modalidad asistencial, etc.

F) Resolver los procedimientos de concesión y, en caso de aprobación, autorizar el gasto y ordenar el pago material de las siguientes prestaciones:

a) Ayuda económica por prótesis, órtesis y vehículos para inválidos.

b) Reintegro de gastos de farmacia en territorio nacional.

c) Ayuda económica por internamiento psiquiátrico.

d) Ayuda económica por gastos de traslado de enfermos.

e) Ayuda económica para tratamientos de recuperación por drogadicción y alcoholismo.

f) Reintegro por gastos de ATS ajenos al Instituto Social de las Fuerzas Armadas.

g) Ayuda económica por tratamientos termales.

h) Ayuda económica por estancia en residencia asistida.

i) Ayuda económica por estancia en centro de día.

j) Ayuda económica por fallecimiento.

G) Resolver los procedimientos de concesión de las siguientes prestaciones:

a) Ayuda económica por extrema ancianidad.

b) Ayuda económica por asistencia a domicilio.

c) Servicio de teleasistencia.

H) Autorizar el gasto y ordenar el pago material de las siguientes prestaciones, una vez aprobadas por el órgano competente:

a) Ayuda económica por prestación especial.

b) Indemnización por lesiones permanentes no invalidantes.

c) Ayuda económica por tratamiento especial a minusválidos.

d) Ayuda económica por estancia en residencia geriátrica, en su condición de prestación «a extinguir».

Quinto.—Se delega en los Delegados provinciales, Subdelegados y Jefes de Oficinas Delegadas del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, en relación con los colectivos que les corresponden y en el ámbito del Régimen Especial de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, el ejercicio de las competencias enumeradas en las letras A), B), C), D), E), a) y j) de la F) y a), b) y c) de la H), todas del precedente apartado cuarto.

Sexto.—1. Queda en cualquier caso excluida de las delegaciones contenidas en los apartados segundo, cuarto y quinto, la resolución de los expedientes en los que concurra, en relación con el titular del órgano destinatario de la delegación, alguna circunstancia que sea causa legal de abstención.

2. Si se trata de supuestos de los apartados cuarto y quinto, los expedientes, una vez instruidos, serán enviados a la Subdirección de Prestaciones, considerándose incluidos en la delegación del apartado segundo.

Séptimo.—1. En las resoluciones que se dicten en el ejercicio de las competencias delegadas se hará constar siempre esta circunstancia.

2. Contra dichas resoluciones podrá interponerse recurso ordinario ante el Ministro de Defensa, de acuerdo con lo previsto en el artículo 114 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, salvo en los casos en que el acuerdo del órgano delegante pusiese fin a la vía administrativa.

Octavo.—1. En cualquier momento podrá avocarse el conocimiento de un procedimiento concreto de entre los afectados por la presente Resolución, de conformidad con lo establecido en el artículo 14 de la citada Ley 30/1992.

2. Asimismo, el Director general, en los supuestos en que una Delegación, Subdelegación u Oficina Delegada no disponga de los medios personales o instrumentales precisos para ejercer las competencias delegadas, podrá asignar total o parcialmente dicho ejercicio, durante el tiempo necesario, al Delegado del que dependa territorialmente o, si se trata de Oficinas Delegadas de Madrid, al Jefe de otra de ellas.

Noveno.—La presente Resolución entrará en vigor el día 1 de enero de 1997, quedando en dicha fecha sin efecto las delegaciones contenidas en la Resolución 36/1995, de 18 de marzo, del Director general del Instituto Social de las Fuerzas Armadas («Boletín Oficial del Estado» del 24).

Madrid, 26 de diciembre de 1996.—El Director general, José Antonio Sánchez Velayos.

210

RESOLUCIÓN de 18 de diciembre de 1996, del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, por la que se publican los conciertos suscritos con entidades de seguro para la prestación de asistencia sanitaria durante los años 1997, 1998 y 1999.

En aplicación de lo dispuesto en los artículos 19.1 de la Ley 28/1975, de 27 de junio, sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, y 75.2 y 3 de su Reglamento General, aprobado por Real Decreto 2330/1978, de 29 de septiembre, la Gerencia del Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) suscribió concierto, con fecha 30 de diciembre de 1986, y en régimen de prórrogas anuales sucesivas, con el Instituto Nacional de la Seguridad Social y la Tesorería General de la Seguridad Social, para que los afiliados y demás beneficiarios del Régimen Especial de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas pudieran recibir la prestación de asistencia sanitaria a través de la red sanitaria de la Seguridad Social, con arreglo a las condiciones vigentes para el Régimen General.

Al amparo de los preceptos antes citados, el ISFAS, previa convocatoria pública, ha suscrito, asimismo, concierto con diversas entidades de seguro

de asistencia sanitaria, con vigencia durante los años 1997 y, mediante acuerdo de prórroga, 1998 y 1999.

A fin de facilitar la elección de aquellos titulares del ISFAS que pueden optar por recibir la asistencia sanitaria a través de la Red Sanitaria de la Seguridad Social o por una entidad de seguro concertada, teniendo en cuenta las salvedades que se establecen en la Instrucción 140/1994, de 23 de diciembre, del Secretario de Estado de Administración Militar, y para que conozcan el contenido y régimen de la prestación en caso de que opten por una entidad de seguro,

Esta Dirección General acuerda:

Primero.—Publicar, como anexo a esta Resolución, el texto del Concierto suscrito para la asistencia sanitaria de los afiliados y demás beneficiarios del ISFAS durante los años 1997 y, en caso de acuerdo de prórroga, 1998 y 1999, con las siguientes entidades de seguro:

- Aseguradora Islas Canarias, Sociedad Anónima» (ASEICA).
- Asistencia Médica Colegial Extremeña, Sociedad Anónima de Seguros» (AMECESA).
- Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, Sociedad Anónima» (ASISA).
- Caja Salud de Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima».
- Caser Salud, Compañía de Seguros, Sociedad Anónima».
- Compañía de Seguros Adeslas, Sociedad Anónima».
- Groupama Ibérica, Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima».
- La Equitativa de Madrid, Compañía de Seguros, Sociedad Anónima».

Segundo.—Hacer público igualmente que, por haber sido las únicas solicitantes, las modalidades asistenciales especiales detalladas en el anexo V del concierto han quedado asignadas a las siguientes entidades:

- Aseguradora Islas Canarias, Sociedad Anónima» (ASEICA).
- Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, Sociedad Anónima» (ASISA).
- Caja Salud de Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima».
- Compañía de Seguros Adeslas, Sociedad Anónima».
- La Equitativa de Madrid, Compañía de Seguros, Sociedad Anónima».

Tercero.—Determinar que, durante el mes de enero de cada uno de los años 1997, 1998 y 1999, los titulares afiliados al ISFAS con posibilidad de elección y que lo deseen puedan cambiar de entidad, mediante la oportuna solicitud, adscribiéndose al Instituto Nacional de la Seguridad Social (red sanitaria de la Seguridad Social) o alguna de las relacionadas en el apartado primero o, en su caso, segundo.

El cambio a que se hace referencia se solicitará en la Delegación o Subdelegación del ISFAS a cuyo ámbito pertenezca el titular o, en el caso de Madrid, en cualquiera de las oficinas delegadas.

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

Cuarto.—Disponer que en las Delegaciones, Subdelegaciones y oficinas delegadas del ISFAS se expongan, a disposición de los titulares que deseen consultarlos, los catálogos de servicios de la respectiva provincia correspondientes a las entidades de seguro de asistencia sanitaria concertadas.

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

Madrid, 18 de diciembre de 1996.—El Director general, José A. Sánchez Velayos.

ANEXO

Concierto del Instituto Social de las Fuerzas Armadas con entidades de seguro para la asistencia sanitaria de afiliados del Instituto durante los años 1997, 1998 y 1999

ÍNDICE

Capítulo I

Objeto del concierto y beneficiarios

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

Capítulo II

Medios de la entidad

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

Capítulo III

Utilización de los medios de la entidad

- 3.1 Norma general.
- 3.2 Alcance de la acción protectora.
- 3.3 Ámbito territorial.
- 3.4 Requisitos.
 - 3.4.1 Identificación.
 - 3.4.2 Cheques de asistencia.
 - 3.4.3 Requisitos adicionales.
- 3.5 Libertad de elección de facultativo y centro.
- 3.6 Contenido de la atención sanitaria.
 - 3.6.1 Asistencia en consulta externa.
 - 3.6.2 Asistencia domiciliaria.
 - 3.6.3 Asistencia urgente.
 - 3.6.4 Asistencia en régimen de hospitalización.
 - A) Requisitos.
 - B) Duración de la hospitalización.
 - C) Tipo de habitación.
 - D) Gastos cubiertos.
 - E) Hospitalización por maternidad.
 - F) Hospitalización por asistencia pediátrica.
 - G) Hospitalización domiciliaria.
- 3.7 Farmacia.
- 3.8 Utilización directa del servicio de ambulancias.
- 3.9 Especificaciones complementarias.
 - 3.9.1 Diagnóstico y tratamiento de la esterilidad.
 - 3.9.2 Estomatología y Odontología.
 - 3.9.3 Rehabilitación.
 - 3.9.4 Psiquiatría.
 - 3.9.5 Cirugía plástica.
 - 3.9.6 Trasplantes.
- 3.10 Supuesto especial.

Capítulo 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.
 - 4.3.1 Concepto.
 - 4.3.2 Requisitos.
 - 4.3.3 Alcance.
 - 4.3.4 Efectos de la comunicación a la entidad.
 - 4.3.5 Obligaciones de la entidad.
 - 4.3.6 Reclamación del beneficiario.

Capítulo V

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.

Capítulo VI

Duración, precio y régimen económico del concierto

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

ANEXO I

Medios de asistencia en zonas rurales

ANEXO II

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

ANEXO III

Relación de servicios de la entidad que precisan autorización previa de la misma

ANEXO IV

Patologías con riesgo vital

ANEXO V

Modalidades asistenciales complementarias

CAPÍTULO PRIMERO

Objeto del concierto y beneficiarios

1.1 Objeto del concierto

1.1.1 El objeto del concierto es facilitar asistencia sanitaria a afiliados al ISFAS en todo el territorio nacional. Esta asistencia se prestará conforme a lo establecido en la Ley 28/1975, de 27 de junio, sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, y en la Ley 14/1986, General de Sanidad, procurando la máxima homogeneidad con las prestaciones que otorga el Sistema Nacional de Salud. Para ello, la entidad firmante del concierto (en adelante, entidad) pondrá a disposición de los afiliados adscritos a ella (en adelante, beneficiarios) todos los medios precisos (en adelante medios de la entidad) para prestar una asistencia sanitaria integral de calidad o, en caso de no disponer de los mismos con carácter excepcional, a asumir o a reintegrar los gastos ocasionados a los beneficiarios por la utilización de otros medios necesarios para tal asistencia (en adelante, medios ajenos a la entidad), todo ello con arreglo a lo establecido en las cláusulas del concierto.

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

1.2 Beneficiarios en general

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

El reconocimiento de la condición de beneficiario corresponde al ISFAS.

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

1.2.3 Estarán adscritos a la entidad los titulares que, en su caso, lo estuvieran a 31 de diciembre de 1996 y no cambien de entidad conforme a lo previsto en la cláusula 1.5 o según las reglas de adscripción a la red sanitaria de la Seguridad Social y los que la elijan conforme a las normas de dicha cláusula o cuando se produzca su alta en el ISFAS.

1.3 Beneficiarias por maternidad

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

1.4 Nacimiento y extinción de los derechos de los beneficiarios

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

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

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

1.5 Cambio de entidad

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

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

1.6 Afiliados no adscritos a entidad médica

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

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

CAPÍTULO II

Medios de la entidad

2.1 Normas generales

2.1.1 Los medios de la entidad podrán ser los siguientes:

A) Personal sanitario, facultativo y no facultativo, dependiente de la entidad mediante una relación de carácter laboral o vinculado a la misma mediante una relación de carácter civil.

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

C) Medios de que disponga otra entidad y que queden adscritos, mediante subconcierto con la entidad concertada, a los fines de este concierto.

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

2.1.2 La entidad dispondrá de todos los medios que haga constar en su catálogo de servicios.

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

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

Los facultativos especialistas deberán tener el título reconocido, en los términos previstos en el Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista.

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

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

2.1.5 El ISFAS comunicará a las entidades firmantes de este concierto la forma en que deberán proporcionar la información necesaria, para la integración de los datos referidos a la prestación de servicios a los beneficiarios del ISFAS, con la finalidad de posibilitar la comparación entre las distintas modalidades asistenciales.

2.2 Prestaciones sanitarias

A) La asistencia sanitaria comprende las siguientes modalidades:

- Atención Primaria.
- Atención Especializada.
- Prestaciones Farmacéuticas.
- Prestaciones Complementarias.
- Servicios de Información y Documentación Sanitaria.

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

C) Cartera de Servicios de Atención Especializada del nivel II de Asistencia Sanitaria.

a) Nivel I de Asistencia Sanitaria: Localidades de hasta 20.000 habitantes.

b) Nivel II de Asistencia Sanitaria: Municipios de más de 20.000 y hasta 75.000 habitantes.

c) Nivel III de Asistencia Sanitaria: Municipios de más de 75.000 habitantes y capitales de provincia.

d) Nivel IV de Asistencia Sanitaria: Comunidades Autónomas.

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

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

2.2.1 Nivel I de Asistencia Sanitaria.

A) Las localidades desde 1.000 hasta 20.000 habitantes dispondrán de Atención Primaria, que comprenderá la asistencia sanitaria a nivel ambulatorio, domiciliario y de urgencia a cargo del Médico general, Pediatra, Enfermero/a, Matrona, Fisioterapeuta y Odontólogo, teniendo en cuenta:

a) Las localidades de 1.000 o más habitantes dispondrán siempre de Médico general y Enfermero/a.

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

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

Un Médico general por cada 1.500 habitantes o fracción.

Un Enfermero/a por cada 2.500 habitantes o fracción.

Un Pediatra por cada 1.500 habitantes menores de 14 años o fracción.

Una Matrona y un fisioterapeuta por cada 20.000 habitantes.

Un Odontólogo por cada 12.000 habitantes.

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

D) Criterio supletorio. Como criterio supletorio de lo previsto en la presente cláusula se tendrá en cuenta que la asistencia sanitaria a nivel ambulatorio, domiciliario o de urgencia a cargo del Médico general, Pediatra, Enfermero/a y Matrona se podrá prestar por los servicios de Atención Primaria y de Urgencias de la red sanitaria pública.

2.2.2 Nivel II de Asistencia Sanitaria.

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

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

Asistencia especializada en régimen de hospitalización, que incluye la asistencia médica, quirúrgica, obstétrica y pediátrica. Asistencia psiquiátrica, que incluye el diagnóstico y seguimiento clínico en régimen ambulatorio.

Atención de urgencia hospitalaria y extrahospitalaria.

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

Consultas Externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades Funcionales	Servicios	Unidades Funcionales
<i>Área Médica</i>		<i>Área Médica</i>	
A. Digestivo.			
Cardiología.			
Estomatología.			

Consultas Externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades Funcionales	Servicios	Unidades Funcionales
Medicina Interna Obstetricia Pediatría. Psiquiatría. Rehabilitación. <i>Área Quirúrgica</i> Cirugía General. Ginecología. Oftalmología. ORL. Traumatología. <i>Servicios Centrales</i> Análisis Clínicos. Radiodiagnóstico. <i>Urgencias</i>	Ecografía Logopedia. Radiología General. Ecografía. Mamografía. TAC.	Hemoterapia. Medicina Interna Obstetricia Pediatría. Rehabilitación. UCI. <i>Área Quirúrgica</i> Anestesia y Reanimación. Cirugía General. Ginecología. Oftalmología. ORL. Traumatología. <i>Servicios Centrales</i> Análisis Clínicos. Anatomía Patológica. Farmacia. Radiodiagnóstico. <i>Urgencias</i>	Radiología General. Ecografía. Mamografía. TAC.

2.2.3 Nivel III de Asistencia Sanitaria.

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

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

Asistencia especializada en régimen de hospitalización.

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

Asistencia especializada en régimen de hospitalización a domicilio.

Asistencia psiquiátrica, que incluye el diagnóstico y seguimiento clínico en régimen ambulatorio y la hospitalización en procesos agudos y reanudación de procesos crónicos.

Atención de Urgencia hospitalaria y extrahospitalaria.

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

C) Cartera de Servicios de Atención Especializada del nivel III de Asistencia Sanitaria.

Consultas Externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades Funcionales	Servicios	Unidades Funcionales
<i>Área Médica</i> Alergología. Aparato Digestivo. Cardiología. Dermatología. Endocrinología. Estomatología. Hematología. Medicina Interna. Nefrología. Neumología. Neurología. Obstetricia. Oncología Médica. Pediatría. Psiquiatría. Rehabilitación y Fisioterapia.	Electrofisiología. Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal Domiciliaria. Ecografía.	<i>Área Médica</i> Alergología. Aparato Digestivo. Cardiología. Dermatología. Endocrinología. Hematología. Medicina Interna. Nefrología. Neumología. Neurología. Obstetricia. Oncología Médica. Pediatría. Psiquiatría. Rehabilitación. Unidad de Hospitalización. Anestesiología.	Endoscopia Digestiva. Electrofisiología. Hospital de Día. Unidad de Infecciosos. Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal. Endoscopia Resp. Quimioterapia. Hospital de Día. Neonatología. Unidad de Desintoxicación. Hospital de Día. Unidad de Atención Temprana. Unidad de Despertar. Unidad de Reanimación. Unidad de Dolor.

Consultas Externas		Hospitalización	
Servicios	Unidades Funcionales	Servicios	Unidades Funcionales
		Trasplantes.	Córazón. Córnea. Hígado. Médula Ósea. Páncreas. Pulmón. Riñón.
		Unidad de Quemados. Unidad de Lesionados Medulares. Laboratorio.	Genética. Citogenética. Genética Molecular. Medicina Nuclear. Angiografía Digital. Gammacámara.
		Radiología.	Radiología Intervencionista.

2.2.5 Garantía de accesibilidad a los medios.—En caso de no disponer de los medios que en cada nivel asistencial exige la Cartera de Servicios del presente concierto, y siempre que ello se deba a la inexistencia de recursos sanitarios privados o a la imposibilidad de concertar con la red sanitaria pública, la entidad deberá facilitar dichos medios en las localidades de nivel inmediato superior en que existan. En todo caso, se garantizará la asistencia sanitaria de urgencia que corresponda en cada nivel.

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

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

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

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

2.3 Prestaciones complementarias

2.3.1 Oxigenoterapia, ventiloterapia y aerosolterapia a domicilio.—Requiere volante de prescripción de especialista de la entidad y presentación a la misma para su autorización.

2.3.2 Prestación ortoprotésica.—Serán a cargo de la entidad las prótesis quirúrgicas fijas, entendiéndose por tales aquellos productos sanitarios que precisan de una implantación interna en el paciente, a través de un determinado acto quirúrgico. Se incluyen, asimismo, los materiales utilizados para realizar técnicas de osteosíntesis.

Quedan excluidos los implantes osteointegrados para prótesis dentarias.

2.3.3 Transporte para la asistencia sanitaria.

A) Tipo de transporte:

Se entiende por transporte sanitario el que, a los fines asistenciales previstos en el concierto, se realiza en los siguientes medios:

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

b) Transporte extraordinario: Ambulancia, ambulancia medicalizada, UVI móvil, avión y helicóptero medicalizados y taxi. Este transporte se utilizará en caso de que la patología del paciente le impida desplazarse en medios ordinarios, acreditado este extremo mediante la prescripción escrita del facultativo en la que conste la necesidad del traslado en dichos medios.

B) Prestaciones derivadas:

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

a) En medios de transporte ordinario:

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

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

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

b) En medios de transporte extraordinario:

Por razones de urgencia, desde el lugar en que ésta se produzca, para su ingreso en centro de la entidad. En estos casos, la previa prescripción escrita, en la que conste la necesidad del traslado en dichos medios, podrá ser del facultativo ajeno a la entidad que haya prestado la asistencia inicial.

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

Entre distintos niveles de asistencia sanitaria.

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

C) Condiciones generales:

a) Todos los desplazamientos precisan autorización previa de la entidad, excepto los que se produzcan por razones de urgencia y en los casos de utilización de medios ordinarios para desplazarse entre niveles de asistencia sanitaria en el supuesto de no disponer de los medios exigidos en cada uno de ellos.

b) Los desplazamientos en medios extraordinarios de transporte precisan siempre prescripción escrita del facultativo en la que conste la necesidad del traslado en dichos medios.

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

2.3.4 Información y documentación sanitaria.—Los facultativos de la entidad están obligados a:

a) Informar al paciente y a sus familiares o allegados de sus derechos y deberes, en particular para la adecuada prestación del consentimiento informado y la utilización de los servicios sanitarios.

b) Cumplimentar y entregar el informe de alta, al finalizar la estancia en una institución hospitalaria o el informe de consulta externa de atención especializada.

c) Comunicar o entregar, a petición del interesado, un ejemplar de su historia clínica o determinados datos contenidos en la misma, sin perjuicio de la obligación de su conservación en el centro sanitario.

d) Complimentar, tanto para la baja inicial como para la continuidad, los informes médicos sobre enfermedad, accidente, embarazo y maternidad que presenten los afiliados.

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

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

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

2.4 Incorporación de nuevos medios de diagnóstico y tratamiento

Cualquier nueva técnica de diagnóstico o tratamiento que aparezca después de la firma del concierto constituirá medio obligatorio para la entidad cuando sea implantada en la red sanitaria pública. En caso de duda, se estará a lo dispuesto en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

2.5 Catálogo de servicios de la entidad

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

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

A) Cartera de servicios por niveles de asistencia sanitaria, desglosados por consulta externa y hospitalización, según lo previsto en las Cláusulas 2.2.1, 2.2.2, 2.2.3 y 2.2.4, ordenados en sentido decreciente.

B) Relación de los servicios de urgencias, centros hospitalarios, facultativos, agrupados por especialidades, servicio de Ambulancias y servicio de Información de la entidad, con direcciones, teléfonos y horarios de funcionamiento.

C) Relación exhaustiva de los medios de la entidad que precisan la autorización previa de la misma, y que deberá coincidir con el anexo III.

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

2.5.3 La entidad confeccionará bajo su responsabilidad su Catálogo de servicios y, el primer día hábil del inicio de vigencia del concierto, pondrá a disposición de las Delegaciones Territoriales del ISFAS el número necesario de ejemplares para su entrega a las personas que los soliciten. En su caso, deberán actualizarse, al menos, una vez al año, poniendo a disposición del ISFAS los días 31 de diciembre de 1997 y 1998 el número necesario de ejemplares modificados, o de «addenda» a los Catálogos.

2.5.4 Si se produjese alguna baja en los catálogos de servicios, la entidad se obliga a garantizar a los pacientes en tratamiento de procesos patológicos graves, la continuidad de la prestación del servicio con el mismo facultativo o centro hasta el día 31 de diciembre del año en que la baja se hubiera producido, siempre que hubiese conformidad del facultativo o centro.

Las bajas serán puestas en conocimiento de las Delegaciones del ISFAS correspondientes en el plazo de quince días hábiles y, si redujeran un Catálogo de servicios en forma tal que se incumplieran las exigencias mínimas establecidas en este capítulo, la entidad procederá a completarlo simultáneamente, comunicando asimismo al ISFAS los servicios, centros o facultativos que hayan de sustituir a las bajas producidas. Además, si la reducción o los cambios afectan a más del 25 por 100 del contenido inicial del catálogo, la entidad queda obligada a adoptar las medidas precisas para que los titulares adscritos a la misma puedan disponer de los nuevos catálogos.

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

CAPÍTULO III

Utilización de los medios de la entidad

3.1 Norma general

A los efectos previstos en los artículos 19.1 de la Ley de 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 beneficiarios adscritos a la misma.

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

3.2 Alcance de la acción protectora

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

3.3 Ámbito territorial

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

3.4 Requisitos

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

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

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

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

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

La entidad, previa comunicación al ISFAS, podrá suprimir total o parcialmente la exigencia de cheques. En este caso, previo acuerdo con el ISFAS, podrá sustituir en todo o en parte el sistema de cheques por cualquier otro establecido sobre soportes magnéticos o análogos.

3.4.3 Requisitos adicionales.—La entidad podrá exigir, en los supuestos que expresamente se determinan en el presente concierto, los requisitos adicionales que procedan, tales como volante de prescripción y autorización previa. El anexo III contiene una relación exhaustiva de los supuestos de utilización de los medios de la entidad que exigen autorización previa de la misma.

3.5 Libertad de elección de facultativo y centro

Los beneficiarios podrán elegir libremente facultativo y centro de entre los que figuran en los catálogos de servicios de la entidad en todo el territorio nacional.

3.6 Contenido de la atención sanitaria

3.6.1 Asistencia en consulta externa.—El beneficiario se dirigirá directamente al facultativo elegido de Atención Primaria y Especializada para

recibir la asistencia que precise, sin más requisito que acreditar su condición y entregar el correspondiente cheque de asistencia o, en el supuesto previsto en el párrafo final de la cláusula 3.4.2, presentar el oportuno soporte magnético.

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

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

3.6.3 Asistencia urgente.—La asistencia urgente podrá recabarse de los facultativos de medicina general, pediatría y enfermería de la entidad y, fuera de los horarios de consulta y en cualquier caso, de los Servicios de Urgencia de Atención Primaria y Especializada de la entidad.

3.6.4 Asistencia en régimen de hospitalización.—Se prestará en los centros de la entidad aunque, a solicitud del beneficiario, la entidad, a su cargo, podrá autorizar el ingreso en un hospital militar.

A) Requisitos. El ingreso en un hospital precisará:

- a) La prescripción del mismo por médico de la entidad, con indicación del centro.
- b) La autorización del «volante» de prescripción por la entidad.
- c) La presentación del «volante» autorizado en el centro.

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

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

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

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

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

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

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

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

Curas.

Alimentación según dieta prescrita.

Nutrición parenteral y enteral.

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

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

Estancias en UCI.

E) Hospitalización por maternidad. En caso de concurrir circunstancias que impidan la presentación del «volante» de prescripción autorizado por la entidad en el momento del ingreso, deberá aportarse tan pronto como sea posible y, en todo caso, antes del alta hospitalaria.

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

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

F) Hospitalización por asistencia pediátrica. Se prestará a los niños de cero a catorce años inclusive. En todo caso, la persona que acompañe al niño tendrá derecho a cama y pensión de acompañante.

Cuando el acompañante resida en localidad distinta a la del centro sanitario y las características de las unidades de enfermería del centro no permitan su alojamiento, la entidad abonará una cantidad compensatoria de 4.500 pesetas por día.

G) Hospitalización domiciliaria. La hospitalización domiciliaria podrá llevarse a cabo en aquellos casos en que el estado del enfermo lo permita y haga aconsejable. La indicación deberá formularla por escrito el médico de la entidad que le venga asistiendo, en el 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.

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.

3.7 Farmacia

3.7.1 Los facultativos de la entidad prescribirán los medicamentos y demás productos farmacéuticos en los términos establecidos en el Real Decreto 83/1993, de 22 de enero, que regula la selección de los medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud, y desarrollos posteriores. Las prescripciones deberán realizarse en las recetas oficiales del ISFAS que, en talonarios, éste entregará a los titulares.

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

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

3.7.2 Los medicamentos calificados como de uso hospitalario en las normas del PROSEREME 5 de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo, serán suministrados por los Servicios de Farmacia Hospitalaria a cargo de la entidad.

3.7.3 Los medios, elementos o productos farmacéuticos precisos para la realización de técnicas diagnósticas, tales como medios de contraste u otros, los dispositivos intrauterinos (DIU) y las jeringuillas de insulina, serán siempre a cargo de la entidad.

3.8 Utilización directa del servicio de ambulancias

En los casos de urgencia en que no haya sido posible comunicar con los Servicios de Urgencias y/o de ambulancias de la entidad y no resulte adecuada otra alternativa, el beneficiario podrá solicitar directamente del Servicio de Ambulancias existente en la localidad el traslado al Servicio de Urgencias de la entidad a la que se encuentre adscrito y la entidad deberá asumir o reintegrar los gastos del traslado.

3.9 Especificaciones complementarias

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

3.9.2 Estomatología y Odontología.

A) Comprenderá el tratamiento de las afecciones estomatológicas en general, incluyendo toda clase de extracciones, limpieza de boca una vez por año o previo informe justificativo del facultativo especialista, y la periodoncia.

B) Quedan excluidos, tanto en lo referente a su coste como a su colocación, los empastes, la endodoncia, las prótesis dentarias, los implantes osteointegrados y la ortodoncia.

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

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

3.9.3 Rehabilitación.

A) El plan de rehabilitación deberá ser confeccionado por médico rehabilitador de la entidad, debiendo contener:

a) Valoración del estado funcional del paciente y de la evolución del proceso.

- b) Programa de ejercicios.
- c) Profesionales responsables del programa de ejercicios: Fisioterapeuta, fonoiatra, logopeda.
- d) Número de sesiones calculadas para finalizar el plan.

B) El plan de rehabilitación deberá ser presentado a la entidad para su autorización.

C) El Médico rehabilitador supervisará, en todo caso, la evolución del paciente y el cumplimiento del plan por los profesionales asignados, hasta el momento del alta.

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

3.9.4 Psiquiatría.

A) Queda cubierta la asistencia psiquiátrica, que incluye el diagnóstico, seguimiento clínico y la psicofarmacoterapia. Se excluyen el psicoanálisis, la hipnosis, la narcolepsia ambulatoria y los tests psicológicos.

B) Igualmente, queda cubierta la hospitalización en los casos de enfermos afectados de procesos agudos o crónicos agudizados. Si el ingreso se produce en un centro no concertado, la entidad asumirá la asistencia conforme al baremo que figura como anexo final.

C) Una vez superados los procesos psiquiátricos agudos o crónicos agudizados a cargo de la entidad, el beneficiario podrá obtener del ISFAS, en su caso, la ayuda económica que proceda según su normativa específica.

D) 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 hospitalización, incluidos los procesos crónicos y sin limitación temporal alguna.

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

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

3.10 Supuesto especial

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

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

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

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

CAPÍTULO IV

Utilización de medios ajenos a la entidad

4.1 Norma general

De conformidad con lo establecido en los artículos 19, tres, de la Ley de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, y 76 de su Reglamento Gene-

ral, en relación con la cláusula 3.1 del presente concierto, cuando un beneficiario, por decisión propia o de sus familiares, utilice medios ajenos a la entidad, deberá abonar, sin derecho a reintegro, los gastos que puedan ocasionarse, excepto en los casos de denegación injustificada de asistencia y en los de asistencia urgente de carácter vital.

4.2 Denegación injustificada de asistencia

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

A) Cuando el beneficiario 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 el nivel que corresponda.

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

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

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

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

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

Si la entidad aprueba la remisión a un facultativo o centro ajeno, debe autorizar y asumir los gastos ocasionados durante todo el proceso asistencial, sin exclusiones. Si ofrece medios propios, debe garantizar que éstos asuman la asistencia y pueden llevar a cabo la técnica diagnóstica o terapéutica prescrita.

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

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

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

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

4.3 Asistencia urgente de carácter vital

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La ausencia de respuesta dentro del plazo establecido supondrá, en todo caso, la obligación de la entidad de reintegro total o por baremo, según proceda.

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

CAPÍTULO V

Régimen jurídico del concierto

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

5.1.1 El presente concierto, realizado en ejecución de lo previsto en los artículos 19, uno, de la Ley 28/1975, de 27 de junio, sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, y 75, dos y tres, de su Reglamento General, aprobado por Decreto 2330/1978, de 29 de septiembre, se halla excluido del régimen establecido en la Ley 13/1995, de 18 de mayo, de Contratos de las Administraciones Públicas, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3.1, d) de la misma, sin perjuicio de que le sean de aplicación los principios en ella contenidos para resolver las dudas y lagunas que pudieran presentarse, conforme a lo señalado en su artículo 3.2.

5.1.2 Son relaciones basadas en el concierto:

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

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

5.1.3 Las cuestiones que surjan en el ámbito de las relaciones enumeradas en el apartado B) de la cláusula anterior tendrán naturaleza administrativa y serán resueltas por el órgano del ISFAS que tenga atribuida la competencia, previo el procedimiento, si procede, que en este capítulo se determina. Contra cualquiera de los acuerdos que se dicten cabrá recurso ordinario ante el Ministro de Defensa, de conformidad con el artículo 4, c) del Real Decreto 1728/1994. El orden jurisdiccional competente, en su caso, será siempre el contencioso-administrativo.

5.1.4 Corresponde a la Dirección General del ISFAS, con los límites, requisitos y efectos señalados en la citada Ley 13/1995, la facultad de interpretar el concierto, resolver las dudas que ofrezca su cumplimiento, modificarlo por razones de interés público, acordar su resolución por incumplimiento de la entidad y determinar los efectos de ésta, debiendo seguirse los trámites previstos en el artículo 60 de la referida Ley.

Los acuerdos así dictados pondrán fin a la vía administrativa y serán inmediatamente ejecutivos, procediendo contra ellos el recurso contencioso-administrativo, conforme a lo dispuesto en la Ley reguladora de dicha jurisdicción.

5.2 Naturaleza y régimen de las relaciones asistenciales

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

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

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

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

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

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

5.2.4 No obstante lo establecido en la presente cláusula 5.2, la entidad se obliga a facilitar al ISFAS los datos y comprobaciones que le solicite acerca de los distintos servicios que hayan sido prestados a los beneficiarios con sus medios, debiendo disponer de un sistema de información que permita conocer el número y tipo de servicios proporcionados.

5.3 Comisiones Mixtas

5.3.1 Las Comisiones Mixtas, con composición paritaria, tienen por cometido el seguimiento y, en su caso, evaluación del cumplimiento del presente concierto, en cuyo marco de funciones conocerán de las reclamaciones que pudieran formularse por los beneficiarios, con arreglo a lo previsto en el presente capítulo.

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

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

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

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

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

A) Siempre que hubiera asuntos a tratar, la Comisión celebrará reunión con carácter ordinario dentro de los diez primeros días de cada mes. Con carácter extraordinario se reunirán a petición de una de las partes integrantes.

B) En caso de incomparecencia a una reunión de los representantes de la entidad, se remitirán las actuaciones a la Comisión Mixta Nacional para el estudio de las reclamaciones y cuestiones incluidas en el orden del día.

C) En el supuesto de que los representantes de la entidad no acudan a las reuniones durante 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 las que no comparezca.

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

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

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

5.4 Procedimiento para las reclamaciones

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

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

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

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

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

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

5.4.3 Si la reclamación se refiere a cuestión estimada urgente, la Delegación 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, la Delegación formalizará el oportuno expediente, lo incluirá en el orden del día de la inmediata reunión de la Comisión Mixta Provincial y, estudiado el mismo, se levantará la correspondiente acta en la que constará necesariamente las posiciones del ISFAS y de la entidad sobre la reclamación planteada.

5.4.5 En los supuestos en que las posiciones de las partes que componen la Comisión Mixta Provincial fueran concordantes y favorables a la estimación de la reclamación, se dictará acuerdo por el Delegado del ISFAS en dicho sentido.

5.4.6 Si no se produce el supuesto previsto en la cláusula precedente, el expediente se elevará para su estudio por la Comisión Mixta Nacional y será incluido en el orden de día de la primera reunión que se celebre. Estudiado por la misma, resolverá la Dirección General del ISFAS.

5.4.7 Las resoluciones de las reclamaciones a que se refieren los epígrafes precedentes deberán quedar resueltas en un plazo máximo de nueve meses, conforme a lo previsto en el artículo 3.2 del Real Decreto 1728/1994, de 29 de julio.

5.4.8 Las resoluciones dictadas por los Delegados y por la Dirección General del ISFAS serán notificadas a la entidad y a los interesados. Contra ellas podrá interponerse recurso ordinario ante el Ministro de Defensa, de acuerdo con lo previsto en los artículos 107 a 114 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, en relación con el artículo 4, c) del citado Real Decreto 1728/1994, de 29 de julio.

5.5 Procedimiento de ejecución de reclamaciones de reembolso estimadas

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

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

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

a) Que ha realizado el abono, o

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

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

5.5.2 En el supuesto de reclamaciones de reembolso resueltas positivamente por la Dirección General del ISFAS, previo estudio de la Comisión Mixta Nacional, el abono de la cantidad que en cada caso corresponda será realizado directamente por el ISFAS al interesado por cuenta de la entidad, deduciendo el importe de las cuotas mensuales a abonar a la misma y facilitando a ésta el documento que acredite haber realizado el pago por su cuenta.

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

CAPÍTULO VI

Duración, precio y régimen económico del Concierto

6.1 Duración del Concierto

6.1.1 Los efectos del presente Concierto se iniciarán a las cero horas del día 1 de enero de 1997 y se extenderán hasta las veinticuatro horas del día 31 de diciembre de 1997, sin perjuicio de lo que se establece en las cláusulas siguientes.

6.1.2 Para 1998 y 1999 el presente Concierto podrá ser prorrogado, año a año, por mutuo acuerdo de las partes, expresado por escrito en el mes de octubre del año precedente al de la prórroga. El cómputo del

inicio y finalización del período de la prórroga, referido al año de que se trate, se hará de igual forma que la establecida en la cláusula 6.1.1.

6.1.3 Si no existiese acuerdo de prórroga del Concierto para el año 1998, la entidad continuará obligada por el contenido de éste en 1997, para el colectivo que tuviera adscrito al 31 de diciembre de dicho año, hasta el 31 de enero de 1998 o, en los casos en que se estuviese prestando en dicha fecha una asistencia en régimen de hospitalización o una asistencia por maternidad cuando el parto estuviese previsto para el mes de febrero, hasta el día en que, respectivamente, se produzca el alta o se concluya la asistencia por maternidad.

La entidad tendrá derecho a percibir, por el mes de enero de 1998 y por el colectivo adscrito a 31 de diciembre de 1997, el precio por persona/mes que se establezca para las entidades que suscriban la prórroga del Concierto para 1998. No obstante, del importe a abonar por dicho mes el ISFAS retendrá un 10 por 100 hasta el 31 de diciembre de 1998, con la finalidad exclusiva de hacer frente, por cuenta de la entidad, a los reembolsos de gastos que sean acordados durante el citado año al amparo del presente Concierto. Si la cantidad estimada se agotase o los reembolsos se acordaran con posterioridad a la fecha indicada, la entidad se obliga a satisfacerlos directa e inmediatamente.

El colectivo afectado deberá elegir nueva entidad durante el plazo que establezca el ISFAS y la elección tendrá efectos a las cero horas del día 1 de febrero de 1998, sin perjuicio, en todo caso, de lo previsto para hospitalizaciones y maternidad en el párrafo primero de esta cláusula.

6.1.4 Cuanto se dispone en la cláusula 6.1.3 será de plena aplicación para el caso de que, prorrogado el Concierto para 1998, no se prorrogase, sin embargo, para 1999, entendiéndose que las referencias de fechas en aquella contenidas se desplaza al año siguiente y que la cita de las entidades que suscriban las prórrogas del Concierto para 1998 corresponde a la de las entidades que suscriban el nuevo Concierto para el año 2000.

6.2 Precio del Concierto

6.2.1 El precio que el ISFAS abonará a la entidad por las obligaciones que a ésta corresponden en virtud del presente Concierto en 1997 será, siempre que quede situado entre los límites del precio fijado por MUFACE $\pm 3,5$ por 100 el siguiente:

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

Para la aplicación de la fórmula precedente, se entenderá:

Por TSS, el número de titulares del ISFAS que, a las cero horas del día 1 de enero de 1997, se encuentren adscritos a la Red sanitaria de la Seguridad Social.

Por PTSS, el precio en pesetas por titular/mes que el ISFAS deba abonar a la Seguridad Social en 1997, en virtud del Convenio suscrito con la misma, por la asistencia sanitaria equivalente a la del presente Concierto, es decir, por la modalidad de asistencia sanitaria completa, sin prestación de farmacia, más la cantidad correspondiente a la contingencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. En tanto se fije el citado precio para 1997, se tomará provisionalmente el PTSS utilizado en 1996 incrementado en el IPC de dicho año, precio que, a los efectos del cálculo definitivo, se considerará mínimo.

Por CSS, el colectivo del ISFAS (titulares más beneficiarios) que también a las cero horas del día 1 de enero de 1997, se encuentren adscritos a la Red sanitaria de la Seguridad Social.

Por PR, el gasto medio para el ISFAS, en pesetas por persona/mes por las prótesis ortopédicas y órtesis abonadas en 1996 al colectivo total adscrito a todas las entidades firmantes del Concierto en dicho año, con un incremento porcentual igual al experimentado por dicha cifra sobre la de 1995.

En el supuesto de que el precio provisional o definitivo así calculado excediese del precio de MUFACE + 3,5 por 100 o fuese inferior al precio de MUFACE - 3,5 por 100, se tomará como precio aquella cantidad o ésta, según proceda.

6.2.2 En caso de prórroga del Concierto, el precio para 1998 y 1999 será el del año inmediato precedente, incrementado en el porcentaje de aumento que aplique MUFACE a su precio en cada uno de dichos años. El mismo porcentaje de incremento se aplicará al baremo del anexo final.

6.3 Régimen económico del concierto

6.3.1 Sin perjuicio del nacimiento y extinción para los 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. Consiguientemente, cada pago mensual tendrá en cuenta el número de titulares y de beneficiarios existente a las cero horas del día uno 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, previas las retenciones o los descuentos que procedan con arreglo a la resolución de convocatoria y al Concierto, con sus anexos.

6.3.2 EL ISFAS, por entrega de los propios afiliados, facilitará a la representación provincial de la entidad, antes del día 16 del mes siguiente a aquel en que se produzcan, un ejemplar diligenciado de las solicitudes de alta de titulares y de beneficiarios, así como una relación de las bajas de unos y otros y de las variaciones producidas. Igualmente entregará el ISFAS, con la liquidación de cada mes, cinta magnética o relación con los datos de todas las altas, bajas y variaciones en el mes precedente, comunicando 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 las Delegaciones 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, sin perjuicio de cubrir en todo caso la asistencia, podrá subrogarse en los derechos y acciones de los beneficiarios relativos al importe de los gastos derivados de dicha asistencia sanitaria, realizando a su cargo las gestiones necesarias para reintegrarse del coste de la misma. Los beneficiarios, por su parte, estarán obligados a facilitar a la entidad los datos necesarios para ello.

6.3.7 Siempre que exista sentencia judicial firme en la que se ordene al ISFAS el pago de una indemnización, derivada de responsabilidad directa o subsidiaria por actuaciones asistenciales incluidas en el objeto del Concierto, el ISFAS, sin perjuicio de ejecutar la Sentencia, repercutirá el importe abonado a la entidad concertada correspondiente, de acuerdo con el procedimiento previsto en el epígrafe 5.5.2 del presente Concierto.

Por el ISFAS,

Por la entidad,

ANEXOS DEL CONCIERTO

ANEXO I

Medios de asistencia en zonas rurales

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

tituto Nacional de la Salud y los Organismos Gestores de la Asistencia Sanitaria de las Comunidades Autónomas con transferencias en este ámbito competencial.

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

Primero.—El ISFAS podrá convenir con el Instituto Nacional de la Salud y con los Organismos Gestores de la Asistencia Sanitaria de las Comunidades Autónomas la prestación de los siguientes servicios a los titulares y demás beneficiarios que la entidad tenga adscritos:

- A) Servicios sanitarios de asistencia primaria en poblaciones que no dispongan de medios privados suficientes.
- B) Servicios de urgencias en poblaciones de hasta 20.000 habitantes.

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

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

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

Cuarto.—La autorización al ISFAS contenida en el punto primero debe entenderse que ampara también la prórroga de Convenios suscritos al mismo fin con anterioridad al 1 de enero de 1997.

ANEXO II

Condiciones especiales complementarias para las islas de los archipiélagos balear y canario

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

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

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

3. La entidad asumirá los gastos de desplazamiento del beneficiario a los servicios del nivel III y IV de asistencia sanitaria y en el supuesto de inexistencia de medios previsto en el punto 1.1 anterior, en los medios especificados en la cláusula 2.3.3, (apartados a) o b), según proceda, previa prescripción escrita de facultativo de la entidad.

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

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

ANEXO III

Relación de servicios de la entidad que precisan autorización previa de la misma

1. Hospitalizaciones y cirugía ambulatoria:
 - a) Hospitalización.
 - b) Hospitalización domiciliaria.
 - c) Cirugía ambulatoria.

2. Técnicas diagnósticas, tratamientos y técnicas quirúrgicas:
 - a) Odontología: Tartrectomía (limpieza de boca) y periodoncia.
 - b) Rehabilitación: Todas las técnicas.
 - c) Oxigenoterapia, ventiloterapia y aerosolterapia a domicilio.
 - d) Tratamientos de diálisis peritoneales y hemodiálisis.
 - e) Oncología: Inmunoterapia, quimioterapia.
 - f) Diagnóstico por imagen: Tomografía axial computarizada, resonancia magnética, ortopantomografía, mamografía.
 - g) Tratamiento en unidad de dolor.
 - h) Tratamiento en unidad del sueño.
 - i) Todos los servicios correspondientes al nivel IV de asistencia sanitaria.
 - j) Litotricia renal.
3. Transporte para la asistencia sanitaria:
 - a) Transporte en medios extraordinarios.
 - b) Transporte en medios ordinarios:

Para tratamientos periódicos.

A servicios de nivel IV de asistencia sanitaria fuera de la localidad de residencia.

ANEXO IV

Patologías con riesgo vital

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

1. Hemorragias agudas intracraneales o intracerebrales, genitales, digestivas, respiratorias, renales o por rotura de vasos sanguíneos en general, con pérdida importante de sangre o con hemorragia interna.
2. Abortos completos o incompletos. Rotura uterina o la complicación de embarazo extrauterino. Toxicosis gravídica.
3. «Shocks» cardíaco, renal, hepático, circulatorio, traumático, tóxico, metabólico o bacteriano. Comas. Reacciones alérgicas con afectación del estado general.
4. Insuficiencia aguda respiratoria, renal o cardíaca.
5. Abdomen agudo, formulado como diagnóstico, previo o de presunción. Dolor abdominal agudo.
6. Lesiones con desgarros externos con afectación de vísceras.
7. Fracturas de cadera o de la cabeza del fémur.
8. Accidentes cerebro-vasculares.
9. Intoxicaciones agudas. Sepsis agudas.
10. Anuria. 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.

Nota: La asistencia que precisen los titulares del ISFAS pertenecientes a cualquier Ejército o Cuerpo de la Guardia Civil, con motivo de lesiones o daños corporales sufridos en el ejercicio de las funciones propias de su actividad o como consecuencia o con ocasión de actos cometidos por personas integradas en bandas o grupos organizados y armados, se considerará siempre que reúnen inicialmente las características señaladas en la cláusula 4.3.1 y que la asistencia recibida, de haberse utilizado medios ajenos, posee también inicialmente el requisito previsto en la cláusula 4.3.2, A). El beneficiario u otra persona en su nombre deberá cumplir el requisito señalado en la cláusula 4.3.2, B), siendo además de aplicación el resto de la cláusula 4.3.

ANEXO V

Modalidades asistenciales complementarias

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 75 del Reglamento General de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, el ISFAS mantiene un régimen de colaboración concertada con las sanidades militares, en el que se contempla la cobertura de la asistencia especializada y de Hospitalización, a través de los Hospitales Militares de Barcelona, Burgos, Cartagena, Ceuta, El Ferrol, La Coruña, Las Palmas, Madrid, Melilla, San Fernando, Sevilla, Tenerife, Valencia, Valladolid y Zaragoza, conforme se recoge en la Instrucción núm. 140/1994, del 23 de diciembre, del Secretario de Estado de Administración Militar, quedando al margen de dicho régimen la asistencia correspondiente al escalón primario y la de urgencia, asistencia que, en consecuencia, puede ser prestada por entidades que suscriban concierto con este Instituto, siempre que así lo elijan los interesados.

Por otro lado, el cierre de los Hospitales Militares de La Coruña, Granada, Tenerife y Valladolid, así como, presumiblemente, el de Barcelona, hace preciso que la asistencia médico-quirúrgica de especialidades en régimen ambulatorio y de hospitalización del colectivo que decida continuar recibiendo la atención primaria en los Consultorios del ISFAS, deba ser también cubierta por las mismas entidades, igualmente en el supuesto de que sean elegidas para ello por los afectados.

Por este motivo, resulta necesario definir dos modalidades asistenciales complementarias: La modalidad de Atención Primaria y la modalidad de Asistencia de Especialidades y Hospitalización, a las que podrán adscribirse determinados afiliados y beneficiarios conforme a las condiciones que a continuación se señalan.

Modalidad de Atención Primaria (modalidad C)

Primero.—Podrán adscribirse a la entidad, para la cobertura exclusiva de la Atención Primaria y de Urgencias, los titulares y beneficiarios del Régimen Especial de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas que, habiendo fijado su residencia en cualquiera de las localidades señaladas en el apartado quinto, reciban la asistencia especializada y de hospitalización a través de hospitales militares, de acuerdo con el régimen de colaboración con las sanidades militares vigente en cada momento.

La citada relación de localidades podrá ser modificada en cualquier momento por Resolución del Director general del ISFAS.

Segundo.—A) Los servicios sanitarios que prestará la entidad al colectivo adscrito para la Atención Primaria y de Urgencias se limitarán a los de:

- a) Medicina general o de Familia, Pediatría y DUE/ATS o practicante, ya sea en régimen ambulatorio, domiciliario o de urgencia.
- b) Servicios sanitarios de urgencia (sin hospitalización).

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

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

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

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

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

Tercero.—Los servicios sanitarios mencionados en el apartado precedente se prestarán en todo el territorio nacional con la misma extensión y en las mismas condiciones establecidas en el presente Concierto para

los afiliados y beneficiarios con Asistencia completa por la entidad, considerándose de aplicación las cláusulas relativas a tales servicios.

Cuarto.—El precio a abonar por los servicios asistenciales correspondientes a la Modalidad de Atención Primaria y de Urgencias será el que en cada momento esté vigente en el Convenio para la asistencia sanitaria en el medio rural suscrito entre el ISFAS y el INSALUD el 23 de diciembre de 1992.

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

Barcelona

Badalona.
Barberá del Vallés.
Barcelona.
Castelldefels.
Cerdanyola del Vallés.
Cornellá de Llobregat.
Esplugues de Llobregat.
Gavá.
Granollers.
Hospitalet de Llobregat.
Igualada.
Manresa.
Masnou.
Mataró.
Molins de Rei.
Mollet del Vallés.
Moncada i Reixac.
Prat del Llobregat (El).
Rubí.
Sabadell.
Sant Adrià del Besós.
Sant Boi de Llobregat.
Sant Celoni.
Sant Cugat del Vallés.
Sant Feliú de Llobregat.
Santa Coloma de Gramanet.
Tarrasa.

Burgos

Aranda de Duero.
Briviesca.
Burgos.
Lerma.
Medina de Pomar.
Miranda de Ebro.
Villarcayo.

Cádiz

Alcalá de los Gazules.
Alcalá del Valle.
Algar.
Algeciras.
Algodonales.
Arcos de la Frontera.
Barbate.
Barrios (Los).
Cádiz.
Conil.
Chiclana.
Chipiona.
Jerez de la Frontera.
Jimena de la Frontera.
Línea de la Concepción (La).
Medina Sidonia.
Olvera.
Puerto de Santa María (El).
Puerto Real.
Rota.
San Fernando.

San Roque.
Sanlúcar de Barrameda.
Tarifa.
Ubrique.
Veger de la Frontera.
Villamartín.

Las Palmas

Arucas.
Gáldar.
Ingenio.
Las Palmas.
Telde.

Madrid

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

Murcia

Abarán.
Águilas.
Alcantarilla.
Alguazas.
Alhama de Murcia.
Archena.
Caravaca de la Cruz.
Cartagena.
Cehegín.
Ceutí.
Cieza.
Jumilla.
Lorca.
Mazarrón.
Molina de Segura.
Mula.
Murcia.
San Javier.
Torre Pacheco.
Totana.
Unión (La).
Yecla.

Sevilla

Alcalá de Guadaíra.
Algaba (La).
Arahal.

Camas.
Carmona.
Coria del Río.
Dos Hermanas.
Écija.
Lebrija.
Mairena de Aljarafe.
Marchena.
Morón de la Frontera.
Osuna.
Palacios y Villafranca (Los).
Rinconada (La).
San Juan de Aznalfarache.
Sevilla.
Utrera.

Valencia

Alaquás.
Albal.
Alboraya.
Alfajar.
Algemesí.
Alzira.
Bétera.
Burjassot.
Carcaixent.
Catarroja.
Cullera.
Gandía.
Lliria.
Manises.
Massamagrell.
Mislata.
Moncada.
Oliva.
Onteniente.
Paterna.
Pinaud.
Pucol.
Quart de Poblet.
Requena.
Sagunto.
Silla.
Sueca.
Tabernes de la Valldigna.
Torrent.
Valencia.
Xàtiva.
Xirivella.

Zaragoza

Calatayud.
Egea de los Caballeros.
Tarazona.
Zaragoza.

*Ceuta**Melilla*

**Modalidad de asistencia de especialidades y hospitalización
(modalidad B)**

Primero.—Podrán acogerse a esta modalidad asistencial los titulares y beneficiarios del Régimen Especial de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas que hayan optado por recibir la Atención Primaria (Medicina general o de familia, Pediatría y Enfermería, ATS o DUE) a través de los Consultorios del ISFAS, y tengan fijada su residencia habitual en las localidades de Barcelona, La Coruña, Granada, Santa Cruz de Tenerife y Valladolid. De producirse el cierre de algún Hospital Militar en el futuro, el colectivo residente en la localidad donde se encontrara ubicado también podrá acogerse a esta modalidad asistencial.

Segundo.—Los Servicios sanitarios que prestará la Entidad al colectivo adscrito a la presente modalidad asistencial serán:

a) Todos los recogidos en el presente Concierto, a excepción de los de Atención Primaria (Medicina General o de Familia, Pediatría y Enfermería, ATS o DUE) en las localidades de Barcelona, La Coruña, Granada, Santa Cruz de Tenerife y Valladolid;

b) Atención Primaria, en caso de desplazamiento, en el resto del territorio nacional.

Tercero.—Los servicios sanitarios mencionados en el apartado precedente se prestarán con la misma extensión y en las mismas condiciones establecidas en el presente Concierto, para los afiliados y beneficiarios, con asistencia completa por la Entidad.

Cuarto.—El precio por beneficiario y mes, que el ISFAS abonará a la Entidad por los servicios correspondientes a la modalidad de asistencia de especialidades y hospitalización, será el fijado por asistencia completa en cada año de vigencia del Concierto, menos el precio del Convenio para la asistencia sanitaria en el medio rural, suscrito entre el ISFAS y el INSALUD el 23 de diciembre de 1992, más una cantidad igual a la doceava parte del citado precio del Convenio con el INSALUD, a fin de compensar el coste de atención primaria que pueda precisar un beneficiario cuando se encuentre desplazado fuera de su localidad de residencia.

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA

211

RESOLUCIÓN de 27 de diciembre de 1996, del Organismo Nacional de Loterías y Apuestas del Estado, por la que se acuerda incrementar el fondo destinado a premios de la categoría especial de apuestas deportivas de la jornada 19.ª, a celebrar el día 12 de enero de 1997.

De acuerdo con la Norma 7.ª de las que regulan los concursos de pronósticos sobre resultados de partidos de fútbol, aprobadas por Resolución de este Organismo Nacional de Loterías y Apuestas del Estado de fecha 1 de julio de 1996 («Boletín Oficial del Estado» número 163, de 6 de julio), el fondo de 84.904.068 pesetas correspondiente a premios de categoría especial de la jornada 16.ª de la temporada 1996-1997, celebrada el día 15 de diciembre de 1996, y en la que no hubo acertantes de dicha categoría, se acumulará al fondo para premios de la categoría especial de la jornada 19.ª, de la temporada 1996-1997, que se celebrará el día 12 de enero de 1997.

Madrid, 27 de diciembre de 1996.—La Directora general, Purificación Estesos Ruiz.

212

RESOLUCIÓN de 30 de diciembre de 1996, del Organismo Nacional de Loterías y Apuestas del Estado, por la que se hacen públicos la combinación ganadora, el número complementario y el número de reintegro de los sorteos del Abono de Lotería Primitiva (Bono-Loto), celebrados los días 23, 24, 25 y 27 de diciembre de 1996, y se anuncia la fecha de la celebración de los próximos sorteos.

En los sorteos del Abono de Lotería Primitiva (Bono-Loto) celebrados los días 23, 24, 25 y 27 de diciembre de 1996 se han obtenido los siguientes resultados:

Día 23 de diciembre de 1996:

Combinación ganadora: 26, 44, 9, 29, 7, 14.

Número complementario: 23.

Número del reintegro: 3.

Día 24 de diciembre de 1996:

Combinación ganadora: 21, 24, 23, 4, 35, 20.

Número complementario: 41.

Número del reintegro: 8.

Día 25 de diciembre de 1996:

Combinación ganadora: 36, 40, 29, 37, 15, 13.

Número complementario: 27.

Número del reintegro: 4.

Día 27 de diciembre de 1996:

Combinación ganadora: 21, 46, 41, 9, 7, 38.

Número complementario: 33.

Número del reintegro: 7.

Los próximos sorteos, que tendrán carácter público, se celebrarán los días 6, 7, 8 y 10 de enero de 1997, a las veintidós quince horas, en el salón de sorteos del Organismo Nacional de Loterías y Apuestas del Estado, sito en la calle Guzmán el Bueno, número 137, de esta capital.

Madrid, 30 de diciembre de 1996.—La Directora general.—P. S., el Gerente de la Lotería Nacional, Manuel Trufero Rodríguez.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA

213

RESOLUCIÓN de 25 de noviembre de 1996, de la Secretaría General de Educación y Formación Profesional, por la que se conceden ayudas económicas a confederaciones estatales de asociaciones de padres de alumnos de centros sostenidos con fondos públicos para la organización de actividades de formación permanente durante el año 1996.

Por Resolución de 6 de septiembre de 1996 («Boletín Oficial del Estado» del 9), se convocaron ayudas económicas para confederaciones estatales de asociaciones de padres de alumnos de centros sostenidos con fondos públicos para la organización de actividades de formación permanente durante el año 1996.

Vista la propuesta de adjudicación de ayudas formulada por la Comisión de selección y de acuerdo con los criterios establecidos en la convocatoria, Esta Secretaría General ha resuelto:

Primero.—Conceder a las confederaciones estatales de asociaciones de padres de alumnos de centros sostenidos con fondos públicos que se relacionan a continuación las siguientes ayudas para la organización de actividades de formación permanente del profesorado durante el año 1996:

Confederación Católica Nacional de Padres de Alumnos y Padres de Familia, 3.500.000 pesetas.

Confederación Española de Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos, 3.500.000 pesetas.

Segundo.—El importe total de las ayudas económicas concedidas por la presente Resolución es de 7.000.000 de pesetas, con cargo a la aplicación presupuestaria 18.10.421B.482 del ejercicio en curso.

Tercero.—Contra la presente Resolución podrá interponerse recurso ordinario ante la excelentísima señora Ministra de Educación y Cultura en el plazo de un mes a partir de la fecha de publicación de la misma en el «Boletín Oficial del Estado».

Madrid, 25 de noviembre de 1996.—El Secretario general, Eugenio Nasarre Goicoechea.

Sra. Subdirectora general de Formación del Profesorado.

214

RESOLUCIÓN de 10 de diciembre de 1996, de la Secretaría General de Educación y Formación Profesional, por la que se modifican las Resoluciones de 24 de abril, 5 de julio y 9 de octubre de 1996 por las que se concedían ayudas económicas individuales, correspondientes al primero, segundo y tercer trimestre de 1996 para la asistencia a actividades de formación del profesorado.

Por Resolución de 8 de enero de 1996 («Boletín Oficial del Estado» de 1 de febrero), de la Secretaría de Estado de Educación, se convocan