

Tercero.—Que mediante resolución de 22 de octubre último, este Centro directivo acordó no acceder a lo solicitado en tanto no se acreditase la venta del patrimonio empresarial de «Ford Credit, Sociedad Anónima de Financiación» a favor de la Entidad solicitante, así como la baja de aquélla, como Entidad de financiación, en el Registro Especial del Banco de España.

Cuarto.—Que entre los documentos ahora presentados se acompaña copia parcial de la escritura de protocolización de contrato privado de transmisión de patrimonio empresarial, otorgada por «Ford Credit, Sociedad Anónima de Financiación» a favor de «Ford Credit Europe PLC, Sucursal en España» ante el Notario de Madrid don Antonio Huerta Trólez el 17 de noviembre último, así como la solicitud de baja de la Entidad transmitente en el Registro Especial del Banco de España, con fecha de entrada en dicho Banco de 11 de noviembre último.

Quinto.—Que la única modificación que se introduce en el modelo aprobado es la relativa a la identificación del financiador, permaneciendo inalterado en todo lo demás.

Esta Dirección General ha acordado autorizar la utilización por la Entidad «Ford Credit Europe PLC, Sucursal en España» del modelo «F» de «Contrato de Financiación a Comprador de Automóviles» aprobado por Resolución de este Centro directivo de 29 de julio de 1992, sin otra alteración que la relativa a la identificación del financiador.

Madrid, 29 de noviembre de 1993.—El Director general, Julio Burdiel Hernández.

Don Ignacio Burdeus Gómez. Ford Credit Europe PLC. Paseo de la Castellana, 135, 28046 Madrid.

MINISTERIO DE DEFENSA

31043 RESOLUCION 423/39256/1993, de 16 de diciembre, de la Secretaría de Estado de Administración Militar, por la que se dispone el cumplimiento de la sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Aragón (Sección Segunda), Zaragoza, fecha 19 de junio de 1993, recurso número 1.478/1991, interpuesto por don Juan Galán Pérez.

De conformidad con lo establecido en la Ley Reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, de 27 de diciembre de 1956, dispongo que se cumpla en sus propios términos estimatorios la expresada sentencia, sobre nulidad de actuaciones administrativas.

Madrid, 16 de diciembre de 1993.—El Secretario de Estado de Administración Militar, Julián Arévalo Arias.

Excmo. Sr. Director general de Personal.

31044 RESOLUCION 423/39260/1993, de 16 de diciembre, de la Secretaría de Estado de Administración Militar, por la que se dispone el cumplimiento de la sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (Sección Primera), Sevilla, fecha 29 de enero de 1993, recurso número 2.166/1990, interpuesto por don José Andrés López Fernández.

De conformidad con lo establecido en la Ley Reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, de 27 de diciembre de 1956, dispongo que se cumpla en sus propios términos estimatorios la expresada sentencia, sobre complemento dedicación especial.

Madrid, 16 de diciembre de 1993.—El Secretario de Estado de Administración Militar, Julián Arévalo Arias.

Excmo. Sr. Director general de Personal.

31045 RESOLUCION 423/39264/1993, de 16 de diciembre, de la Secretaría de Estado de Administración Militar, por la que se dispone el cumplimiento de la sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (Sección 8), fecha 27 de enero de 1993, recurso número 819/1991, interpuesto por don César Pérez Pérez.

De conformidad con lo establecido en la Ley Reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, de 27 de diciembre de 1956, dispongo que se cumpla en sus propios términos estimatorios la expresada sentencia sobre haber pasivo de retiro.

Madrid, 16 de diciembre de 1993.—El Secretario de Estado de Administración Militar, Julián Arévalo Arias.

Excmo. Sr. Director general de Personal.

31046 RESOLUCION 423/39267/1993, de 16 de diciembre, de la Secretaría de Estado de Administración Militar, por la que se dispone el cumplimiento de la sentencia del Tribunal Supremo, dictada con fecha 13 de noviembre de 1992, en el recurso de apelación interpuesto por el Abogado del Estado.

De conformidad con lo establecido en la Ley Reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, de 27 de diciembre de 1956, dispongo que se cumpla en sus propios términos estimatorios la expresada sentencia, dictada por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo en el recurso de apelación promovido por el Abogado del Estado contra otra anterior de 27 de julio de 1989, recaída en el recurso número 18.893, sobre retiro voluntario.

Madrid, 16 de diciembre de 1993.—El Secretario de Estado de Administración Militar, Julián Arévalo Arias.

Excmo. Sr. Jefe del Estado Mayor del Ejército del Aire.

31047 RESOLUCION 423/39269/1993, de 16 de diciembre, de la Secretaría de Estado de Administración Militar, por la que se dispone el cumplimiento de la sentencia del Tribunal Supremo, dictada con fecha 23 de marzo de 1993, en el recurso de apelación interpuesto por el Abogado del Estado.

De conformidad con lo establecido en la Ley Reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, de 27 de diciembre de 1956, dispongo que se cumpla en sus propios términos estimatorios la expresada sentencia, dictada por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo en el recurso de apelación promovido por el Abogado del Estado contra otra anterior de 8 de marzo de 1989, recaída en el recurso número 19.046, sobre retiro voluntario.

Madrid, 16 de diciembre de 1993.—El Secretario de Estado de Administración Militar, Julián Arévalo Arias.

Excmo. Sr. Jefe del Estado Mayor del Ejército del Aire.

31048 RESOLUCION 4B0/39272/1993, de 20 de diciembre, de la Gerencia del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, por la que se publican los Conciertos suscritos para la prestación de Asistencia Sanitaria durante los años 1994, 1995 y 1996.

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 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 el Instituto Nacional de la Seguridad Social y la Tesorería General de la Seguridad Social, con fecha 30 de diciembre de 1986, actualmente en período de prórroga, para que los afiliados y demás beneficiarios del Régimen Especial de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, a quienes por esta vía de concierto le corresponda, pudieran recibir la prestación de asistencia sanitaria a través de la Red Sanitaria de la Seguridad Social, con arreglo a las condiciones vigentes para el Régimen General.

Al amparo de los preceptos antes citados, el ISFAS, previa convocatoria pública, ha suscrito asimismo concierto con diversas Entidades de Seguro de Asistencia Sanitaria, con vigencia durante los años 1994, 1995 y 1996.

A fin de facilitar la elección de los titulares del ISFAS que puedan optar por recibir la prestación médico-quirúrgica por una Entidad Aseguradora de Asistencia Sanitaria y para que éstos conozcan el contenido y régimen de la prestación, esta Gerencia ha resuelto:

Primero.—Publicar como Anexo a esta resolución el texto del Concierto suscrito para la asistencia sanitaria de los afiliados y demás beneficiarios del ISFAS, durante los años 1994, 1995 y 1996, con las siguientes Entidades de Seguro de Asistencia Sanitaria:

- «Aseguradora Islas Canarias, Sociedad Anónima» (ASEICA).
- «Asistencia Médica Colegial Extremeña, Sociedad Anónima de Seguros» (AMECESA).
- «Asistencia Sanitaria 2000, Sociedad Anónima de Seguros».
- «Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, Sociedad Anónima» (ASISA).
- «Caja Salud de Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima».
- «Compañía de Seguros ADESLAS, Sociedad Anónima».
- «Compañía de Seguros Previsión Médica, Sociedad Anónima».
- «La Equitativa de Madrid, Compañía de Seguros, Sociedad Anónima».
- «Unime Compañía de Seguros, Sociedad Anónima».

Segundo.—Determinar que durante el mes de enero de cada uno de los años 1994, 1995 y 1996, los titulares afiliados al ISFAS que lo deseen puedan solicitar cambio de Entidad, adscribiéndose al Instituto Nacional de la Seguridad Social o alguna de las relacionadas en el apartado precedente.

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

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

Tercero.—Disponer que en las Delegaciones y Subdelegaciones del ISFAS se expongan, a disposición de los titulares que deseen consultarlos, los Cuadros médicos sanatoriales 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, 20 de diciembre de 1993.—El Director general, Ricardo A. Robles Montaña.

ANEXO

Concierto del Instituto Social de las Fuerzas Armadas con Entidades de seguro de asistencia sanitaria para la asistencia sanitaria de titulares y otros beneficiarios del ISFAS durante los años 1994, 1995 y 1996

CAPÍTULO 1

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 Titulares no adscritos a Entidad Médica.

CAPÍTULO 2

Medios de la Entidad

- 2.1 Normas generales.
- 2.2 Estructura.
 - 2.2.1 Criterios generales.
 - 2.2.2 Niveles geográficos.
 - A) Nivel rural.
 - B) Nivel comarcal.
 - C) Nivel provincial.
 - D) Nivel supraprovincial.

- 2.2.3 Criterio supletorio.
- 2.2.4 Servicios Permanentes de Asistencia Ambulatoria.
- 2.2.5 Servicios de urgencia.
- 2.3 Medios técnicos de diagnóstico y tratamiento.
- 2.4 Cuadros médicos-sanatoriales.

CAPÍTULO 3

Utilización de los medios de la Entidad

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

CAPÍTULO 4

Utilización de medios ajenos a la entidad

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

CAPÍTULO 5

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 6

Duración, precio y régimen económico del concierto

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

CAPÍTULO 1

Objeto del concierto y beneficiarios1.1 *Objeto del concierto.*

1.1.1 El objeto del Concierto es facilitar asistencia sanitaria, en todo el territorio nacional, a los titulares y demás beneficiarios del ISFAS (en adelante, beneficiarios), a cuyo fin la Entidad firmante del Concierto (en adelante, Entidad concertada o Entidad) se obliga durante su vigencia a poner a disposición de los que queden adscritos a ella los servicios precisos para dicha asistencia (en adelante, medios de la Entidad) o, en su defecto o por otra de las causas expresamente señaladas, a asumir o a reintegrar los gastos ocasionados a los beneficiarios por la utilización de otros medios necesarios para tal asistencia (en adelante, medios ajenos a la Entidad), todo ello con arreglo a lo establecido en las Cláusulas del Concierto.

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

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

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

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

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

1.2.3 Estarán adscritos a la Entidad los titulares que, en su caso, lo estuvieran a 31 de diciembre de 1993 y no cambien de Entidad conforme

a lo previsto en la Cláusula 1.5 o según las reglas de adscripción a la Red Sanitaria de la Seguridad Social y los que la elijan conforme a las normas de dicha Cláusula o cuando se produzca su alta en el ISFAS.

1.3 *Beneficiarias por maternidad.*—Además de las beneficiarias incluidas en la Cláusula 1.2, son también beneficiarias por maternidad, a los efectos del presente Concierto, las esposas de los afiliados, aun cuando no reúnan la condición de beneficiarias incluidas en el correspondiente Documento, siempre que no sean titulares adscritas a otra Entidad firmante del presente Concierto.

1.4 *Nacimiento y extinción de los derechos de los asegurados.*

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

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

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

1.5 *Cambio de Entidad.*—Los titulares adscritos a la Entidad podrán cambiar a otra de las concertadas en los siguientes supuestos:

A) Con carácter ordinario y general, durante el mes de enero de cada año, en la forma que se establezca por el ISFAS.

B) Con carácter extraordinario:

a) Cuando se produzca un cambio de destino del titular con traslado de provincia.

b) Cuando el interesado obtenga la conformidad expresada por escrito de las dos Entidades afectadas.

c) Cuando, por concurrir circunstancias objetivas que justifiquen el cambio de una pluralidad de titulares afectados por el mismo problema de asistencia sanitaria, el Director 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 *Titulares no adscritos a Entidad médica.*—El titular del ISFAS a quien por esta vía de concierto corresponda que no haya formalizado su adscripción a una de las Entidades concertadas o a la Red Sanitaria de la Seguridad Social, no estando tampoco incluido en el ámbito de cobertura del ISFAS/SANIDAD MILITAR, y que, precisando asistencia sanitaria para sí o sus beneficiarios, la requiera en las oficinas de la Entidad, tendrá derecho a recibirla una vez que acredite su condición de funcionario de la Administración Militar.

La Entidad prestará la asistencia y, en el plazo de los cinco días hábiles siguientes, notificará los hechos al ISFAS para que proceda al alta del afiliado 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 2

Medios de la Entidad2.1 *Normas generales.*

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

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

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

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

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

2.1.2 Los medios de la Entidad deberán cumplir los requisitos establecidos con carácter general por la normativa sanitaria vigente, bajo la

supervisión que, con igual carácter, pueda proceder por parte de la Administración sanitaria competente, y sin que sea precisa ninguna otra condición complementaria, salvo que otra cosa se establezca expresamente en las Cláusulas del presente Concierto.

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

2.2 Estructura.

2.2.1 Criterios generales.

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

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

- a) Un médico general por cada 750 beneficiarios o fracción.
- b) Un pediatra por cada 1.500 beneficiarios o fracción, para la atención de los niños menores de 14 años.
- c) Dos facultativos por especialidad, incrementados, en su caso proporcionalmente al número de beneficiarios, de acuerdo con los criterios utilizados en el INSALUD.

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

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

2.2.2 Niveles geográficos.

A) Nivel rural.—Localidades desde 1.000 a 20.000 habitantes, con su respectiva zona de influencia. Dispondrán de medicina general, A.T.S. o practicante y, desde los 5.000 habitantes, pediatra y matrona.

B) Nivel comarcal.—Localidades de más de 20.000 habitantes que no sean capitales de provincia, con su respectiva zona de influencia. Además de los servicios de nivel rural, dispondrán de obstetricia y ginecología, estomatología, análisis clínicos y radiología; desde los 50.000 habitantes, además, de las especialidades médicas de cardiología, reumatología, oftalmología, otorrinolaringología y aparato digestivo; y desde los 100.000 habitantes, además, de las especialidades médicas de anestesiología, reanimación y rehabilitación y de las especialidades quirúrgicas de cirugía general, traumatología y cirugía ortopédica y otorrinolaringología.

C) Nivel provincial.—Localidades que sean capital de provincia. Dispondrán de todos los medios precisos para una asistencia sanitaria integral, salvo lo previsto en el apartado siguiente.

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

2.2.3 Criterio supletorio.—Como criterio supletorio de las reglas contenidas en la Cláusula 2.2.2 precedente, se tendrá en cuenta que, dentro del nivel rural, se podrá sustituir el conjunto de medios especificados en el apartado A) por los servicios de atención primaria y de urgencias de la Red Sanitaria de la Seguridad Social, en los términos previstos en la Cláusula 2.1.1., final, y que en cada nivel geográfico, deberá disponerse de las especialidades que estén en funcionamiento en los niveles asimilables de la estructura sanitaria del INSALUD.

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

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

A). Un Servicio de Urgencias General de carácter permanente, al que puedan acudir los beneficiarios en todo momento para una atención urgente de cualquier naturaleza, salvo lo previsto en el apartado C) siguiente, y que contará con los médicos de guardia precisos y los medios personales y materiales necesarios para su función.

Con independencia de que puedan también existir Servicios de Urgencias Especializados el Servicio indicado en el párrafo precedente deberá atender todo tipo de urgencias, salvo lo previsto en el apartado C) siguiente, teniendo en cuenta que si no dispusiera de Unidad de Cuidados Intensivos y de Coronarias, de facultativos o de otros medios que resultasen precisos en un caso concreto, el enfermo tendrá que ser trasladado a un Centro, con cargo a la Entidad, que disponga de aquella o de éstos. El traslado será igualmente por cuenta de la Entidad en los medios adecuados y, si el estado del enfermo lo requiere, con asistencia de médico o A.T.S., según proceda.

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

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

2.3 Medios técnicos de diagnóstico y tratamiento.

2.3.1 La Entidad dispondrá en los distintos niveles geográficos de los medios técnicos de diagnóstico y tratamiento que resulten adecuados a su contenido asistencial. En los niveles provinciales, completados con los supraprovinciales, conforme a la Cláusula 2.2.2. D), dichos medios habrán de ser todos los utilizados en la práctica médica común en España a la fecha de la firma del Concierto.

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

2.4 Cuadros Médico-Sanatoriales.

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

2.4.2 La Entidad confeccionará bajo su responsabilidad sus Cuadros médico-sanatoriales y, desde el 1 de enero de 1994, pondrá a disposición de las Delegaciones del ISFAS el número necesario de ejemplares para entregar a los titulares que lo soliciten. Deberán actualizarse con la periodicidad que exija la variación de su contenido.

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

Cuando proceda dentro del nivel rural, conforme a la Cláusula 2.2.3., la mención de los facultativos de la Entidad será sustituida por la referencia a los correspondientes centros públicos de atención primaria y de urgencias concertados por cuenta de la Entidad que a los fines asistenciales de este Concierto, y conforme se indica en la Cláusula 2.1.1., quedan asimilados a los medios de la Entidad a que se refiere la Cláusula 1.1.1.

2.4.4 Además de lo anterior, los Cuadros incluirán:

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

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

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

2.4.5 La Entidad se obliga a que, durante la vigencia del Concierto, los Cuadros presentados inicialmente tengan las menores variaciones posibles. Las bajas que se produzcan por causas insoslayables serán puestas en conocimiento de las Delegaciones del ISFAS correspondientes en el plazo de quince días hábiles y, si redujeran un Cuadro en forma tal que se incumplieran las exigencias mínimas establecidas en este Capítulo, la Entidad procederá a completarlo simultáneamente, comunicando asimismo al ISFAS los Servicios, Centros o facultativos que hayan de sustituir

a las bajas producidas. Además, si la reducción o los cambios afectan a más del veinticinco por ciento del contenido inicial de los Cuadros, la Entidad queda obligada a adoptar las medidas precisas para que los titulares adscritos a la misma puedan disponer de los nuevos Cuadros.

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

CAPÍTULO 3

Utilización de los medios de la Entidad

3.1 Norma general.—A los efectos previstos en los artículos 19.1 de la Ley 28/1975, sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y 75.2 de su Reglamento General, se considera que los medios de la Entidad son los servicios asignados para la asistencia sanitaria de los asegurados adscritos a la misma.

3.2 Contingencias incluidas.

3.2.1 Los asegurados podrán utilizar los medios de la Entidad en los casos de enfermedad común o profesional, en los de lesiones derivadas de accidente, cualquiera que sea la causa, incluso si se trata de un acto de servicio o de terrorismo, y por embarazo, parto y puerperio.

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

3.3 Ambito territorial.—El derecho a la utilización de los medios de la Entidad podrá ejercitarse en todo el territorio nacional, sin más requisitos que los establecidos en la Cláusula siguiente y con independencia de que los mismos sean propios, concertados o subconcertados.

3.4 Requisitos.

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

A) Se deberá acreditar previamente la condición de asegurado, exhibiendo el correspondiente Documento de Afiliación al ISFAS y, en su caso, el de Beneficiarios. Uno y otro podrán ser sustituido 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 esposas de asegurados no incluidas en su Documento de Beneficiarios, el vínculo se acreditará exhibiendo, además, el Libro de Familia o cualquier otro documento adecuado.

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

Los talonarios se entregarán con devolución simultánea, en su caso, de las matrices debidamente cumplimentada de los anteriores talonarios utilizados y tendrán validez en todo el territorio nacional cualquiera que sea la provincia de origen.

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

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

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

3.4.3 En los casos en que, por razones de urgencia, no sea posible aportar en el acto la documentación de las Cláusulas 3.4.1 y, en su caso, 3.4.2, el asegurado deberá identificarse con su D.N.I. u otro documento que acredite su personalidad y presentar aquella documentación en el plazo máximo de 48 horas.

3.5 Asistencia urgente.

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

Recibida una petición de asistencia de esta naturaleza, el mismo Servicio de Urgencias dispondrá lo preciso para que sea prestada por

el facultativo y con los medios idóneos en cada caso, gestionando incluso, si procediese, el traslado del enfermo y su ingreso en Centro adecuado.

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

3.5.3 Internamiento en casos de urgencia.

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

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

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

3.5.4 Utilización directa del Servicio de Ambulancias.—En los casos de extrema urgencia en que no haya sido posible comunicar con los Servicios previstos en la Cláusula 3.5.2 y no resulte adecuada otra alternativa, el asegurado podrá solicitar directamente del Servicio de Ambulancias de la Entidad el traslado del enfermo a un Servicio de Urgencias de la misma.

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

3.6 Asistencia en Consultorio y domiciliaria.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.6.6 Especificaciones complementarias para ciertas especialidades.

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

Las técnicas de reproducción asistida quedan cubiertas también por la Entidad, siempre que la mujer sea titular o beneficiaria adscrita a la misma, en iguales condiciones que en el Régimen General de la Seguridad Social y con sujeción a lo previsto en la correspondiente legislación reguladora.

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

C) Planificación familiar.—Quedan incluidos en la cobertura del presente Concierto los siguientes métodos:

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

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

D) Pequeña cirugía y curas post-quirúrgicas.—Todos los gastos causados por estos conceptos, incluida la medicación en el acto de la cura, serán a cargo de la Entidad.

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

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

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

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

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

G) Rehabilitación y recuperación funcional.

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

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

c) La obligación de la Entidad terminará cuando se haya conseguido la recuperación funcional totalmente o el máximo posible de ésta por haber entrado el proceso en un estado de estabilización insuperable, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento y ocupacional, excepto en los casos de reagudización del proceso, en cuyo supuesto la Entidad reanudará la asistencia en los mismos términos señalados en el párrafo anterior.

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

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

H) Tratamientos o técnicas para enfermos mentales.—No quedan cubiertos por el Concierto los psicoanálisis, hipnosia, psicoterapia en sesiones individuales o de grupo, narcolepsia ambulatoria y test psicológicos.

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

3.7 Asistencia en régimen de internamiento hospitalario.

3.7.1 Condiciones generales de los internamientos.

A) Ambito de aplicación de estas condiciones.—Salvo que otra cosa se disponga en las especificaciones de cada tipo de internamiento o que concurran los supuestos previstos en las Cláusulas 3.5.3 ó 3.7.3, en cuyo caso se estará a lo determinado en las mismas, todos los internamientos quedarán sometidos a las condiciones que se establecen en la presente Cláusula 3.7.1.

B) Requisitos para el ingreso.—El ingreso en un Centro en régimen de internamiento precisará:

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

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

C) Duración del internamiento.

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

La autorización inicial de ingreso no necesitará prórroga alguna.

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

D) Tipo de habitación.—Los internamientos se efectuarán en habitación individual con servicio de baño/ducha y cama de acompañante, debiendo proporcionarse por la Entidad de superior nivel cuando no hubiera disponible del tipo señalado. En ningún caso podrán excluirse habitaciones que, sin disponer de más servicios que los citados, tengan en el Centro, por razones de régimen interior, una superior calificación.

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

E) Gastos cubiertos.—Además de los honorarios profesionales, la Entidad cubre todos los gastos producidos en los internamientos en concepto de estancias, materiales, medios y procedimientos instrumentales y farmacológicos y cuantos otros medios o elementos sean necesarios para el diagnóstico y curación del enfermo, teniendo en cuenta lo previsto para los medios de diagnóstico en la Cláusula 2.3 y sometiéndose a la cobertura del coste del material de osteosíntesis y de prótesis al régimen establecido en la cláusula 3.10.1.

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

3.7.2 Especificaciones para los distintos tipos de internamiento.

A) Hospitalización por enfermedad.

a) Se aplicará cuando la naturaleza, tratamiento o diagnóstico de la enfermedad lo exija y hasta que proceda el alta hospitalaria a juicio del facultativo que asista al enfermo.

La autorización deberá renovarse por la Entidad cada 10 días, a solicitud del Centro.

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

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

B) Hospitalización por asistencia quirúrgica.

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

b) Quedan expresamente incluidos en la cobertura los trasplantes de todo tipo, así como los injertos óseos. La obtención y el trasplante de órganos sólo podrá realizarse conforme a lo establecido en la legislación sanitaria vigente, correspondiéndole a la Entidad asumir los gastos de la realización del trasplante y de la obtención del órgano.

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

d) Queda excluida la cirugía plástica puramente estética, excepto cuando medien procesos patológicos que, además, alteren la normalidad fisiológica o psicológica del paciente, circunstancia que habrá de ser apreciada previamente por la Comisión Mixta. En los supuestos de accidente de servicio o enfermedad profesional, se practicará en toda su amplitud, incluyendo, si fuera necesario, la cirugía estética en los casos en que, aun habiendo sido curadas las lesiones, quedaran deformaciones o mutilaciones que produzcan alteraciones del aspecto físico o dificulten la total recuperación del paciente.

C) Hospitalización por maternidad.

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

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

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

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

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

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

D) Hospitalización por asistencia pediátrica.

a) Se prestará a los niños menores de 14 años en todos aquellos casos en los que el diagnóstico y tratamiento exija una especial atención y una mayor garantía de eficacia que si se realizara en el domicilio del enfermo.

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

c) Cuando, siendo la compañía necesaria, el acompañante residiere en localidad distinta a la del Centro sanitario y las características de las unidades de enfermería del centro no permitieran su internamiento, la Entidad abonará una cantidad compensatoria, de 4.000 pesetas por día.

E) Hospitalización para tratamientos de rehabilitación y recuperación funcional.

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

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

F) Hospitalización por enfermedades mentales.

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

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

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

3.7.3 Supuesto especial.

A) Cuando, por decisión propia y para una determinada intervención, un beneficiario elija a un médico ajeno a la Entidad, podrá solicitar de ésta que se haga cargo del internamiento en un Centro concreto de la misma, siempre que la petición esté fundada en la continuidad asistencial en procesos patológicos graves o en que el 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 facultativo 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 venga estimando habitualmente suficiente para la intervención de que se trate, sin perjuicio de su prórroga en caso de que exista causa médica que la justifique.

D) La Entidad cubrirá los gastos del internamiento en los términos de la Cláusula 3.7.1, D) y E), con excepción de los honorarios de los médicos y, en caso de parto, comadrona, que serán por cuenta del beneficiario.

3.8 Asistencia en régimen de internamiento especial.

3.8.1 Características y condiciones.—Se considerarán internamientos especiales los de aquellos enfermos que precisen recibir un tratamiento de los enumerados a continuación.

Estos internamientos quedan sometidos a las condiciones generales previstas en la Cláusula 3.7.1., salvo las particularidades y especificaciones que se señalan en los tres apartados de la Cláusula 3.8.2 siguiente.

3.8.2 Supuestos de aplicación.

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

B) Tratamientos de poliquimioterapia, cobaltoterapia, radiumterapia o isótopos radioactivos.

a) Se considerarán internamientos especiales cuando afecten a enfermos ambulatorios para la aplicación del tratamiento durante un período de tiempo no superior a 24 horas. Se requerirá volante de prescripción del especialista y su autorización de la Entidad.

b) Si se trata de quimioterapia, los medicamentos que deban ser adquiridos en las Oficinas de Farmacia serán prescritos en receta oficial por el facultativo de la Entidad que le atienda y los productos farmacéuticos que, siendo de uso únicamente hospitalario, no se dispensen en Farmacias, serán suministrados por el centro a cargo de la Entidad.

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

3.9 Asistencia en régimen de hospitalización domiciliaria.

A) La hospitalización domiciliaria podrá llevarse a cabo en aquellos casos en que el estado del enfermo lo permita y haga aconsejable. La indicación deberá formularla por escrito el médico de la Entidad que le venga asistiendo, en el volante o documento adecuado. Dicho documento será presentado en la Entidad, a fin de que ésta autorice este régimen de hospitalización y asigne el equipo sanitario que habrá de hacerse cargo de la asistencia.

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

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

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

3.10 Normas comunes a todos los tipos de asistencia.

3.10.1 Prótesis.

A) La prescripción y colocación de todas las prótesis, tanto internas como externas, correrá a cargo de la Entidad, salvo lo previsto para estomatología y odontología en la Cláusula 3.6.6, E).

B) Serán igualmente a cargo de la Entidad los materiales utilizados para realizar técnicas de osteosíntesis y las prótesis quirúrgicas fijas —entendiéndose como tales los sustitutivos artificiales que, implantados de forma temporal o permanente mediante técnica especial operatoria, suplen a un órgano o complementan su función—, con excepción de las siguientes:

a) Los implantes osteointegrados para prótesis dentarias y, sin perjuicio de lo previsto en la cláusula 6.2.1., las lentes intraoculares.

b) Los implantes cocleares, las prótesis de pene, escroto y mama y los expansores de piel.

c) Cualquier otra que, por sus características singularmente excepcionales, no sean de práctica quirúrgica común en el INSALUD.

C) Las prótesis incluidas en los párrafos a) y b) precedentes, así como las que no sean quirúrgicas fijas, serán abonadas por el beneficiario con posterior reintegro total o parcial a cargo del ISFAS, en las condiciones y con las limitaciones y exclusiones previstas en su normativa específica.

D) Las prótesis que se estimen incluidas en el párrafo c) del apartado B) precedente, correrán a cargo del ISFAS a través del siguiente procedimiento:

a) La Entidad abonará la prótesis a la Casa Suministradora y enviará la factura a la Subdirección de Prestaciones del ISFAS, en unión de informe justificativo de que no es de práctica quirúrgica común en el INSALUD.

b) Con los informes complementarios precisos el asunto se examinará en Comisión Mixta Nacional para que, a la vista de lo acordado, resuelva el Director General del ISFAS.

c) Si la Resolución declara que la prótesis no es de práctica quirúrgica común del INSALUD, el ISFAS abonará su importe a la Entidad. En caso contrario la Entidad deberá asumir su coste.

3.10.2 Traslados para recibir asistencia.—Además de las previsiones establecidas en otras Cláusulas, serán por cuenta de la Entidad los desplazamientos o traslados de enfermos en los siguientes supuestos:

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

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

A los fines de la presente Cláusula se consideran medios extraordinarios la ambulancia, el taxi y, cuando resulte necesario, el avión en clase normal o turista.

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

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

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

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

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

3.10.3 Cumplimentación de informes médicos a fines administrativos.—La Entidad se obliga, bajo la cobertura del Concierto, a que los facultativos de sus Cuadros:

A) Cumplimenten, tanto para la baja inicial como para la continuidad, los informes médicos de los «Talonarios de partes de Incapacidad Transitoria e Invalidez provisional» del ISFAS que presenten los titulares.

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

CAPÍTULO 4

Utilización de medios ajenos a la Entidad

4.1 Norma general.—De conformidad con lo establecido en los artículos 19.1 de la Ley 28/1975 sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y 75.2 de su Reglamento General, en relación con la Cláusula 3.1 del presente Concierto, cuando un 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, con los requisitos que se detallan, respectivamente, en las Cláusulas 4.2 y 4.3.

4.2 Por denegación injustificada de asistencia.

4.2.1 En aplicación de lo previsto en el artículo 76 del Real Decreto 2330/1978, de 29 de septiembre, por el que se aprueba el Reglamento General de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y, por tanto, a los exclusivos fines del derecho a utilizar medios ajenos a la Entidad con derecho a que ésta reintegre los gastos ocasionados si se cumplen los requisitos complementarios en su caso establecidos, se considera 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 la localidad que corresponda según la Cláusula 2.2.2. y en las restantes condiciones previstas en este Concierto.

En este supuesto de denegación, el beneficiario que utilice medios ajenos a la Entidad y lo comuniqué así a la misma dentro del plazo de los quince días hábiles siguientes al comienzo de la asistencia sanitaria, tendrá derecho a que la Entidad le reintegre los gastos ocasionados. El reintegro

deberá efectuarse dentro del plazo de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que el beneficiario presente ante la Entidad la oportuna reclamación por escrito, acompañando los justificantes de dichos gastos.

B) Cuando los Cuadros de la Entidad carezcan de los facultativos o Centros que deban figurar en los distintos niveles geográficos asistenciales según el presente Concerto, salvo que ello se deba a la inexistencia de tales facultativos o Centros.

En este supuesto de denegación, sin necesidad de comunicar a la Entidad la circunstancia concurrente por ser conocida por la misma, el beneficiario podrá acudir a los facultativos o Centros que existan en el nivel de que se trate y, sin necesidad tampoco de comunicar el comienzo de la asistencia sanitaria por las mismas razones, tendrá derecho a que la Entidad le reintegre los gastos ocasionados. El reintegro deberá efectuarse dentro del plazo de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que el beneficiario presente ante la Entidad la oportuna reclamación por escrito, acompañando los justificantes de dichos gastos.

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

a) La hospitalización por enfermedad mental durante los períodos señalados en la cláusula 3.7.2, F), a) —un mes cada año de vigencia del Concerto— podrá realizarse, sin ningún requisito previo, en Centro ajeno aun cuando exista Centro de la Entidad, si bien en tal caso el reintegro, por el procedimiento del párrafo segundo de esta cláusula, se acomodará al baremo para reintegros que figura como anexo final.

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

c) El derecho a utilizar un Centro ajeno para técnicas de reproducción asistida, de no existir en los Cuadros de la Entidad, sólo alcanza igualmente a los Centros ajenos dependientes de organismos de carácter público. El beneficiario solicitará por escrito la correspondiente autorización de la Entidad, para que ésta se haga cargo directamente de los gastos que se ocasionen o, si no fuera posible, para que reintegre los mismos. La autorización se entenderá concedida si la Entidad, también por escrito y antes de que concluya el tercer día hábil siguiente al de presentación de la solicitud, no concede su autorización ni ofrece una solución alternativa. En su caso, el procedimiento para el reintegro de los gastos ocasionados será asimismo el establecido en el párrafo segundo del presente apartado B).

C) Cuando en un Centro de la Entidad, en el que estuviera ingresado un asegurado 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 cargo la asistencia, manifestado implícitamente en la remisión del beneficiario a un Centro ajeno.

En este supuesto de denegación, también sin ningún tipo de comunicación por parte del beneficiario al tener la denegación su origen en un Centro de la propia Entidad, el beneficiario tendrá derecho a que, si el facultativo era de la Entidad, ésta asuma directamente los gastos ocasionados, incluidos los del traslado, o en otro supuesto, a que los asuma o reintegre. En su caso, el reintegro deberá efectuarse dentro del plazo de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que el beneficiario presente ante la Entidad la oportuna reclamación por escrito, acompañando los justificantes de dichos gastos.

D) Cuando un facultativo de la Entidad prescriba por escrito, con exposición de las causas médicas justificativas, la necesidad de consultar a un especialista ajeno a la Entidad o de ser tratado o internado en un Centro también ajeno a la Entidad y, presentada la prescripción por el beneficiario en la Entidad, ésta, también por escrito y antes de que concluya el tercer día hábil siguiente a la presentación, no conceda su autorización, haciéndose directamente cargo u ofreciendo el reintegro de los gastos que se ocasionen, ni ofrezca una solución alternativa concreta e individualizada, tanto si se refiere a facultativos como a Centros, en la localidad que corresponda según la cláusula 2.2.2.

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 por ser ya conocidos por la Entidad los medios a utilizar. El reintegro deberá efectuarse dentro del plazo de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que el beneficiario presente ante la Entidad la oportuna reclamación por escrito, acompañando los justificantes de dichos gastos.

4.2.2 Si la Entidad no efectuase reintegro en el plazo señalado en cada uno de los supuestos de denegación o no asumiese los gastos en el supuesto del apartado C) en que así procede, el beneficiario podrá presentar reclamación en la Delegación del ISFAS, con arreglo a lo establecido en la cláusula 5.4.

4.2.3 La aceptación por la Entidad o, en su caso, la declaración por el ISFAS de que existe cualquiera de los supuestos de denegación injustificada de asistencia enumerados en la cláusula 4.2.1, por ser a los únicos efectos en cada caso señalados, no supone la aceptación o declaración, respectivamente, de que haya existido denegación de asistencia a otros fines civiles o penales, para lo que, en su caso, el beneficiario habrá de acudir a la vía jurisdiccional ordinaria correspondiente.

4.3 En caso de urgencia de carácter vital.

4.3.1 A los fines previstos en el artículo 76.4 del Reglamento General de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, se considera situación de urgencia de carácter vital aquella en que, por cualquiera de las causas señaladas en la cláusula 3.2.1, se haya producido una patología cuya naturaleza y síntomas hagan previsible un riesgo vital inminente o muy próximo de no obtenerse una actuación terapéutica con carácter inmediato. Para apreciar la concurrencia de esta circunstancia, se tendrá en cuenta lo establecido en el anexo III.

4.3.2 Para que, conforme a lo previsto en el citado artículo 76.4, resulte procedente la cobertura total o el reintegro baremado de los gastos ocasionados en caso de haberse utilizado medios ajenos a la Entidad en situación de urgencia de carácter vital, será preciso que concurren los requisitos siguientes:

A) Que, atendidas 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 prestaron las primeras ayudas, deba estimarse que el facultativo o Centro ajeno fue razonablemente elegido en lugar de un facultativo o Centro de la Entidad.

B) Que el beneficiario u otra persona en su nombre comuniquen a la Entidad, por cualquier medio que permita dejar constancia de la comunicación, la asistencia recibida del facultativo o Centro ajeno o el ingreso en éste.

4.3.3 La mencionada comunicación a la Entidad deberá realizarse cuanto antes y, en todo caso, en el plazo de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que se recibió o inició la asistencia o se produjo el ingreso, en cuyo supuesto existirá derecho al reintegro de la totalidad de los gastos ocasionados, en las condiciones previstas en las cláusulas siguientes.

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

Si la comunicación a la Entidad se realiza después de concluir el plazo señalado en el párrafo primero de esta cláusula, pero antes de que transcurran cinco años a contar desde la misma fecha, el reintegro se realizará conforme al baremo del anexo final, baremo que será actualizado anualmente por Resolución del Director general del ISFAS.

4.3.4 Cumpléndose los requisitos establecidos en las cláusulas anteriores, la situación de urgencia de carácter vital con derecho a reintegro total o baremado, según proceda, cubre la asistencia puntual recibida o, en caso de ingreso en Centro, se extiende hasta el alta hospitalaria del enfermo, salvo en los dos supuestos siguientes:

A) Cuando, con la conformidad médica del facultativo que estuviese prestando la asistencia, la Entidad opte por trasladarlo a un Centro propio adecuado y el enfermo o sus familiares responsables se negasen a ello, en cuyo caso el derecho al reintegro cesará el día en que el traslado pudo ser realizado.

B) Cuando sea trasladado a un segundo Centro ajeno, salvo que las circunstancias del traslado hayan imposibilitado otra elección del enfermo o de sus familiares responsables. Si no concurre esta imposibilidad, el derecho al reintegro cesará el día en que se realice el traslado.

4.3.5 Recibida por la Entidad una de las comunicaciones previstas en la cláusula 4.3.3, podrá proceder a comprobar el hecho y sus circunstancias, podrá realizar, en su caso, las actuaciones previstas en la cláusula 4.3.4, A), y, en cualquier supuesto y dentro del plazo de otros diez días hábiles desde la recepción de la comunicación, deberá comunicar a su vez por escrito al beneficiario si se hace cargo del pago directo al facultativo

o Centro ajeno de la asistencia prestada o en curso, si opta por el sistema de reintegro, total o baremado, según proceda, previa presentación de los justificantes de los gastos o si, con exposición de las razones que lo motiven, no asume ni una ni otra obligación.

Cuando la Entidad opte por el reintegro, deberá efectuarlo dentro de los diez días siguientes a la fecha en que el beneficiario presente los justificantes de los gastos.

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

Igualmente podrá presentar reclamación en la Delegación del ISFAS con arreglo a la misma cláusula, si la Entidad no efectuase el reintegro previsto en el último párrafo de la cláusula precedente dentro del plazo señalado.

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

CAPITULO 5

Régimen jurídico del concierto

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

5.1.1 El presente Concierto, realizado al amparo de lo previsto en los artículos 19.1 de la Ley 28/1975, sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, y 75.2 de su Reglamento General, aprobado por Real Decreto 2330/1978, de 29 de septiembre, es de naturaleza administrativa.

5.1.2 Son relaciones basadas en el Concierto:

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

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

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

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

5.2 *Naturaleza y régimen de las relaciones asistenciales.*

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

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

A) Las relaciones de los 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) 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 El ISFAS no podrá solicitar datos ni realizar comprobaciones en el ámbito de las relaciones a que se refiere esta cláusula.

5.3 *Comisiones Mixtas.*

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

5.3.2 El régimen de funcionamiento de las Comisiones Mixtas será el regulado en las cláusulas siguientes y, en lo no previsto en ellas, se aplicarán 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 de estudio e informe señaladas en la cláusula 5.3.1 se desempeñarán por las Comisiones Mixtas Provinciales cuando las cuestiones planteadas tengan ámbito provincial y por la Comisión Mixta Nacional cuando las cuestiones afecten a todo el territorio nacional.

Si se trata de reclamaciones, la distribución de funciones entre unas y otras se acomodará a lo previsto en la cláusula 5.4.

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

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

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

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

C) En el supuesto de que los representantes de la Entidad no acudan a las reuniones durante tres sesiones consecutivas, se entenderá que 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 la persona en quien delegue y como Secretario actuará un funcionario del ISFAS, con voz pero sin voto.

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

5.4 *Procedimiento para las reclamaciones.*

5.4.1 Los 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 Delegación del ISFAS, acompañando cuantos documentos puedan justificar la misma.

5.4.3 Si la reclamación se refiere a cuestión estimada urgente, la Delegación del ISFAS podrá realizar de manera inmediata las gestiones oportunas ante la Entidad para obtener la satisfacción de la misma, en cuyo caso se archivará sin más trámites con anotación de la solución adoptada.

5.4.4 En caso de que las citadas gestiones no prosperasen o de reclamación no estimada urgente, el Delegado del ISFAS formalizará el oportuno expediente, lo incluirá en el Orden del día de la inmediata reunión de la Comisión Mixta Provincial y estudiado el mismo:

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

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

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

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

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

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

5.4.6 En caso de que, por no haber existido acuerdo en la Comisión Provincial, se hubiera elevado el expediente para estudio e informe de la Comisión Mixta Nacional, éste, una vez realizadas las actuaciones imprescindibles, será incluido en el Orden del día de la primera reunión que se celebre y, estudiado e informado por la misma, resolverá el Director general del ISFAS.

5.4.7 Las resoluciones de los Delegados del ISFAS contempladas en la cláusula 5.4.5 deberán dictarse dentro del plazo máximo de tres meses. Si, por no haber existido acuerdo en la Comisión Mixta Provincial, la resolución correspondiese al Director general, según la cláusula 5.4.6, dicho plazo máximo será de seis meses.

5.4.8 Las resoluciones dictadas por los Delegados y el Director 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 los artículos 37 de la Ley 28/1975, de 27 de junio, y 173 del Reglamento General de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.

5.5 *Procedimiento de ejecución de reclamaciones de reembolso estimadas.*

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

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

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

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

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

5.5.2 En el supuesto de reclamaciones de reembolso resueltas positivamente por el Director general del ISFAS, previo estudio e informe de la Comisión Mixta Nacional, hubiérase o no llegado a un acuerdo entre el ISFAS y la Entidad sobre la reclamación examinada, el abono de la cantidad que en cada caso corresponda será realizado directamente por el ISFAS al interesado por cuenta de la Entidad, deduciendo el importe de las cuotas mensuales a abonar a la misma y facilitando a ésta el documento que acredite haber realizado el pago por su cuenta.

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

CAPITULO 6

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 1994 y se extenderán hasta las veinticuatro horas del día 31 de diciembre de 1996, sin perjuicio de lo establecido en la cláusula siguiente.

6.1.2 Si la Entidad no suscribiese Concierto para 1997, continuará obligada por el contenido de éste, para el colectivo que tuviera adscrito el 31 de diciembre de 1996, hasta el 31 de enero de 1997 o, en los casos en que se estuviese prestando en dicha fecha una asistencia en régimen de internamiento hospitalario o una asistencia por maternidad cuando el parto estuviese previsto para el mes de febrero, hasta el día en que, respectivamente, se produzca el alta o se concluya la asistencia por maternidad.

La Entidad tendrá derecho a percibir, por el mes de enero de 1997 y por el colectivo adscrito a 31 de diciembre de 1996, el precio por persona/mes que se establezca para las Entidades que suscriban el nuevo Concierto. No obstante, del importe a abonar por dicho mes el ISFAS retendrá 10 por 100 hasta el 31 de diciembre de 1997, 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 1997, sin perjuicio, en todo caso, de lo previsto para internamientos hospitalarios y maternidades en el párrafo primero de esta cláusula.

6.2 Precio del Concierto.

6.2.1 El precio que el ISFAS abonará a la Entidad por las obligaciones que a ésta corresponden en virtud del presente Concierto será el siguiente:

$$* \text{ Pesetas por persona/mes durante cada año} = \frac{\text{TE} \times \text{PTSS}}{\text{CE}} - \text{PR}$$

Para la aplicación de las fórmulas precedentes, se entenderá:

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

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

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

* Por «PR», el gasto medio para el ISFAS en pesetas por persona/mes, por las prótesis ortopédicas y lentes intraoculares abonadas en el año precedente al colectivo total adscrito a todas las Entidades firmantes del Concierto en dicho año, con un incremento porcentual igual al experimentado por dicha cifra sobre la del año anterior.

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

6.2.3. Si el precio por persona/mes, calculado de acuerdo con la fórmula precedente, superase en un 5 por 100 al que debiera abonar MUFACE en virtud del Convenio suscrito por dicha Mutuacidad con las Entidades de Seguro Sanitario, en el año de referencia, el ISFAS reducirá su importe hasta alcanzar el abonado por MUFACE en cada uno de los ejercicios para los que rige el Convenio con un incremento del 5 por 100.

De igual modo, si al aplicar la aludida fórmula se obtuviera un precio por persona/mes que fuera inferior al que debiera abonar MUFACE en más de un 5 por 100, el ISFAS abonará el precio fijado por MUFACE con un decremento del 5 por 100.

De esta forma el precio a abonar por el ISFAS a la Entidad se mantendrá siempre en una banda limitada por el precio fijado por MUFACE ± 5 por 100.

6.3. Régimen económico del Concierto.

6.3.1. Sin perjuicio del nacimiento y extinción para los beneficiarios de los derechos derivados del Concierto en los términos previstos en las cláusulas correspondientes, las altas causarán efectos económicos a las cero horas del día 1 del mes siguiente a aquel en que se produzcan y las bajas a las veinticuatro horas del último día del mes en que hubieran tenido lugar. Consecuentemente, cada pago mensual tendrá en cuenta el número de titulares y de beneficiarios existente a las cero horas del día 1 del mes de que se trate y se efectuará por el ISFAS, por cheque nominativo o transferencia bancaria, dentro de los quince primeros días del mes siguiente, 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, a través de la Delegación correspondiente, facilitará mensualmente a la representación provincial de la Entidad, antes del día 16 del mes siguiente a aquel en que se produzcan, un ejemplar de los documentos de afiliación y de los de beneficiarios de las altas, así como una relación de las bajas de titulares y beneficiarios y de las variaciones producidas. Igualmente entregará el ISFAS, con la liquidación de cada mes, cinta magnética o relación con los datos de todas las altas, bajas y variaciones en el mes precedente, comunicando la cifra del colectivo total adscrito a la Entidad, referida a las cero horas del primer día del mes que se liquida.

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

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

6.3.4. La Entidad presentará las reclamaciones separadamente, conforme a la clasificación anterior, y acompañará cinta magnética o relación de las mismas características técnicas que la entregada por el ISFAS, conteniendo la información en la que se funda la reclamación. Las reclamaciones deberán ser presentadas en el plazo máximo de tres meses a partir de la comunicación mensual del estado del colectivo y relación de incidencias, transcurrido el cual sin que se hubiese formulado reclamación se entenderá que existe conformidad por parte de la Entidad, adquiriendo firmeza el pago efectuado en función de dicho colectivo. Las reclamaciones presentadas serán resueltas por el ISFAS dentro de los tres meses siguientes a la fecha de presentación de las mismas.

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

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

Por el ISFAS: Por la Entidad:
El Director general,

ANEXOS

- I. Medios de asistencia en zonas rurales.
- II. Relación de servicios de la Entidad que precisan autorización previa de la misma.
- III. Patologías con riesgo vital.
- IV. Condiciones especiales complementarias para las islas menores del Archipiélago Canario.

Final. Baremo para reintegros.

ANEXO I

Medios de asistencia en zonas rurales

Según el presente Concierto, la Entidad debe disponer de determinados medios de asistencia sanitaria en todo el territorio nacional, pero en las zonas rurales se produce la circunstancia de que, por lo general, no existen medios privados que puedan llevar a cabo dicha asistencia bajo la dependencia de la Entidad, puesto que únicamente disponen de medios el Instituto 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 afiliados 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 afiliados 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 1994.

ANEXO II

Relación de Servicios de la Entidad que precisan autorización previa de la misma

- I. Consultas y hospitalizaciones.
 - a) Visita a especialista consultor, cláusula 3.6.3, B).
 - b) Internamiento en Centro Sanatorial, cláusula 3.7.1, B).
 - c) Hospitalización domiciliaria, cláusula 3.9, A).

2. Técnicas especiales de diagnóstico en régimen ambulatorio o no realizadas en el Centro de internamiento, cláusula 3.6.5.

a) Análisis clínicos especiales: Cariotipos, Genotipos, Radioinmunoanálisis.

b) Radiología especializada: Angiorradiología, Angiografía digital, Ecografía, Ortopantomografía, Tomografía axial computarizada (Scanner) y Resonancia magnética nuclear.

c) Aparato digestivo: Endoscopias.

d) Aparato circulatorio: Doppler, Holter, Ergometrías, diagnóstico precoz de enfermedad coronaria.

e) Ginecología: Amnioscopias, diagnóstico precoz del cáncer ginecológico.

f) Neurofisiología: Todas las técnicas, excepto Electroencefalogramas y Electro-Miogramas.

g) Oftalmología: Retinografías y Fluoresceingrafías.

h) Urología: Endoscopias y Estudios urodinámicos.

3. Tratamientos y técnicas quirúrgicas especiales.

a) Odontostomatología: Tartrectomía —limpieza de boca— y Periodoncia, cláusula 3.6.6, E).

b) Rehabilitación: Todas las técnicas, cláusula 3.6.6, G).

c) Oxigenoterapia, ventiloterapia y aerosolterapia a domicilio, cláusula 3.6.6, I).

d) Oftalmología: Técnicas quirúrgicas de corrección de miopía e implantación de lentes intraoculares, cláusula 3.7.2, B), a).

e) Tratamientos de diálisis peritoneales y hemodiálisis, cláusula 3.8.2, A).

f) Oncología: Quimioterapia, Cobaltoterapia, Radiumterapia e Isótopos Radioactivos, cláusula 3.8.2, B).

g) Tratamiento de litofragmentación, cláusula 3.8.2, C).

4. Servicio de ambulancia o en otro medio extraordinario para tratamientos periódicos, cláusula 3.10.2, A).

ANEXO III

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» cardiaco, renal, hepático, circulatorio, traumático, tóxico, metabólico o bacteriano. Comas. Reacciones alérgicas con afectación del estado general.

4. Insuficiencia aguda respiratoria, renal o cardiaca.

5. Abdomen agudo, formulado como diagnóstico, previo o de presunción. Dolor abdominal agudo.

6. Lesiones con desgarros externos o 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 con-

siderará 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 IV

Condiciones especiales complementarias para las islas menores del Archipiélago Canario

1. Régimen ambulatorio.

1.1. La Entidad contará en las Islas Menores del Archipiélago Canario (La Palma, Gomera, Hierro, Fuerteventura y Lanzarote) con cuadros médicos suficientes y estables que cubran, en cada isla, todas las especialidades establecidas para el nivel comarcal en la cláusula 2.2.2 del Concierto. En su caso, se detallarán también en los cuadros aquellas especialidades que no existan en la respectiva isla.

1.2. En el supuesto de carencia de especialidades a que se refiere el epígrafe anterior, la Entidad asumirá los gastos del desplazamiento del beneficiario a la isla cabecera en los medios especificados en la cláusula 3.10.2, apartado A) o B), según proceda.

A dichos efectos, la Entidad designará, de entre sus cuadros y para cada isla menor, un médico-supervisor que autorizará los desplazamientos mediante extensión del correspondiente visado. Previa presentación del visado y la factura de gastos, la Entidad procederá a su inmediato pago.

En el supuesto de que el enfermo precisara acompañante, deberá ser autorizado asimismo su desplazamiento por el médico-supervisor.

1.3. La Entidad comunicará a la representación del ISFAS en cada una de las islas menores o a la correspondiente Delegación Provincial del ISFAS el nombre del médico-supervisor respectivo, debiéndose disponer en dichas representaciones de impresos para los correspondientes visados.

2. Régimen sanatorial.

2.1. Toda vez que en las islas menores sólo existen centros hospitalarios de la Seguridad Social, con excepción de La Palma, en que existe también el Hospital de Dolores, la Entidad asume el compromiso de facilitar el ingreso en dichos establecimientos de los afiliados y beneficiarios que lo precisen, con la única exigencia del visado del médico-supervisor. En los casos de urgencia, la necesidad del visado será sustituida por una comunicación telegráfica a la Oficina Provincial de la Entidad dentro de las veinticuatro horas siguientes al ingreso.

2.2. Cumplidos estos trámites, la Entidad realizará las gestiones oportunas para que la factura del Hospital sea extendida a nombre de la misma y cursada a ella para su pago. Si, por cualquier circunstancia, ello no fuera posible y el afiliado tuviera que abonar su importe, la Entidad reintegrará el mismo de manera inmediata a la presentación de la factura.

3. Intervención de la Comisión Mixta Provincial.—Las actuaciones señaladas se realizarán sin necesidad de ser sometidas a la Comisión Mixta Provincial. Solamente en aquellos supuestos excepcionales en que surgieran discrepancias, se llevará el asunto a informe de la citada Comisión.

MINISTERIO DE ECONOMIA Y HACIENDA

31049 ORDEN de 10 de diciembre de 1993 por la que se prorrogan los beneficios fiscales previstos en la Ley 15/1986, de 25 de abril, concedidos a la Empresa «Tecnauto Valladolid, Sociedad Anónima Laboral», por Orden de fecha 14 de noviembre de 1988.

Vista la instancia formulada por la Entidad «Tecnauto Valladolid, Sociedad Anónima Laboral», con número de identificación fiscal A-47085428 y número de inscripción en el Registro Administrativo de Sociedades Anónimas Laborales 3.925, en solicitud de prórroga de los beneficios fiscales concedidos por Orden ministerial de 14 de noviembre de 1988, al amparo