

«Fallamos: Que debemos desestimar y desestimamos el presente recurso interpuesto por don Tomás aller Sánchez, don Leocadio Rodríguez Robla, don Cándido Roldán Cordero y don Gerardo Campo Merino, contra la Administración del Estado, y declaramos que las resoluciones del Ministerio de Defensa recaídas en expedientes sobre haberes números 2965, 3312, 3310 y 3216, por las que se desestimaban los recursos interpuestos por los actores, contra las resoluciones de dicho Departamento, sobre retribuciones del personal mutilado, son ajustadas al ordenamiento jurídico; sin hacer especial condena en las costas de este procedimiento.

Así por esta nuestra sentencia, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.»

En su virtud, de conformidad con lo establecido en la Ley reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa de 27 de diciembre de 1956 y en uso de las facultades que me confiere el artículo 3.º de la Orden del Ministerio de Defensa número 54/1982, de 16 de marzo, dispongo que se cumpla en sus propios términos la expresada sentencia.

Dios guarde a VV. EE. muchos años.

Madrid, 21 de diciembre de 1987.-P. D., el Director general de Personal, José Enrique Serrano Martínez.

Excmos. Sres. Subsecretario y General Director de Mutilados.

2236

ORDEN 413/39046/1987, de 21 de diciembre, por la que se dispone el cumplimiento de la sentencia del Tribunal Supremo dictada con fecha 12 de junio de 1987, en el recurso contencioso-administrativo interpuesto por doña Emma Martínez de la Cuerda.

Excmo. Sr.: En el recurso contencioso-administrativo seguido en única instancia ante la Sección Quinta del Tribunal Supremo, entre partes, de una como demandante doña Emma Martínez de la Cuerda, quien postula por sí misma, y de otra como demandada, la Administración Pública representada y defendida por el Abogado del Estado, contra Resolución de 3 de octubre de 1985, sobre cesación de la consideración militar como Suboficial, se ha dictado sentencia con fecha 12 de junio de 1987, cuya parte dispositiva es como sigue:

«Fallamos: Que debemos desestimar y desestimamos el recurso contencioso-administrativo interpuesto por doña Emma Martínez de la Cuerda, funcionaria del Cuerpo General Administrativo de la Administración Militar, contra Resolución del Ministerio de Defensa, de 3 de octubre de 1985, que desestimó el recurso de reposición formulado contra la Orden de 16 de abril anterior, sobre cesación de la «consideración» militar, por estar dichas Resoluciones ajustadas al ordenamiento jurídico; sin costas.

Así por esta nuestra sentencia firme, definitivamente juzgando, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.»

En su virtud, de conformidad con lo establecido en la Ley reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, de 27 de diciembre de 1956, y en uso de las facultades que me confiere el artículo 3.º de la Orden del Ministerio de Defensa número 54/1982, de 16 de marzo, dispongo que se cumpla en sus propios términos la expresada sentencia.

Dios guarde a V. E. muchos años.

Madrid, 21 de diciembre de 1987.-P. D., el Director general de Personal, José Enrique Serrano Martínez.

Excmo. Sr. Subsecretario.

2237

RESOLUCION 460/39079/1987, de 23 de diciembre, del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, por la que se publica el Concierto suscrito para la prestación de asistencia sanitaria durante 1988.

La Gerencia del Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) de conformidad con lo previsto en el artículo 19.1 de la Ley 28/1975, de 27 de junio, sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas («Boletín Oficial del Estado» número 155, del 30) y su artículo 75.2 de su Reglamento General, aprobado por Real Decreto 2230/1978, de 29 de septiembre («Boletín Oficial del Estado» número 234, del 30), ha concertado la prestación de servicios de asistencia sanitaria para el año 1988 a los titulares y demás beneficiarios a su cargo, del Régimen Especial de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, que por esta vía de Concierto les corresponda, con diversas Entidades de Seguro Libre del ramo de Asistencia Sanitaria.

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

En virtud de lo expuesto, esta Gerencia ha resuelto:

Primero.-Publicar el texto del Concierto, conforme al cual el ISFAS prestará asistencia sanitaria a los titulares y demás beneficiarios a su cargo que por esta vía de Concierto les corresponda, durante 1988, con los anexos I y II del mismo, así como la relación de Entidades que han suscrito dicho Concierto.

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

Segundo.-Durante el plazo comprendido entre el 1 y el 31 de enero de 1988, ambos inclusive, los asegurados que lo deseen pueden solicitar el cambio de Entidad adscribiéndose a alguna de las que figuran en la relación que acompaña al Concierto o al Instituto Nacional de la Seguridad Social.

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

Tercero.-En las Delegaciones y Subdelegaciones del ISFAS se expondrán los Cuadros Médicos y Sanatoriales, de la respectiva provincia, correspondientes a las Entidades concertadas, así como la red asistencial propia o coaseguradora, a través de la cual prestarán servicio en el resto del territorio nacional. Asimismo podrá consultarse en dichos Servicios Territoriales del ISFAS el anexo III del Concierto «Baremo para indemnizaciones a los asegurados por asistencia sanitaria en el extranjero y demás supuestos previstos en el Concierto», que no será objeto de publicación.

Madrid, 23 de diciembre de 1987.-El Gerente, Ricardo A. Robles Montaña.

CONCIERTO PARA LA PRESTACION DE ASISTENCIA SANITARIA DURANTE 1988 A LOS ASEGURADOS DEL INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS POR LA ENTIDAD

INDICE

CAPITULO PRIMERO

Normas generales

- 1.1 *Contenido de la prestación concertada.*
- 1.2 *Ambito territorial de aplicación.*
- 1.3 *Cuadros Médico-Sanatoriales.*
- 1.4 *Invariabilidad de los Cuadros.*
- 1.5 *Prescripción de medicamentos.*
- 1.6 *Cumplimentación de partes por enfermedad.*

CAPITULO II

Destinatarios de la asistencia sanitaria

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

CAPITULO III

Forma y modalidades de prestación de la asistencia

SECCIÓN 1.ª FORMAS DE PRESTACIÓN

- 3.1 *Libertad de elección.*
- 3.2 *Organización geográfica en los servicios de asistencia sanitaria.*
- 3.3 *Inexistencia de Facultativos de la Entidad.*
- 3.4 *Especialistas ajenos al Cuadro de la Entidad.*

SECCIÓN 2.ª MODALIDADES DE LA ASISTENCIA

- 3.5 *Asistencia sanitaria urgente.*
- 3.6 *Asistencia sanitaria a domicilio.*

- 3.7 *Asistencia en consultorio.*
- 3.8 *Asistencia sanitaria en régimen de internamiento.*
- 3.9 *Tratamientos especiales en medios sanatoriales.*
- 3.10 *Especificaciones para diversas especialidades.*
- 3.11 *Traslado de enfermos para recibir asistencia sanitaria.*
- 3.12 *Asistencia en el extranjero.*
- 3.13 *Denegación de asistencia.*

CAPITULO IV

Comisiones Mixtas. Reclamaciones por razón de asistencia sanitaria

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

CAPITULO V

Régimen económica, duración y normas complementarias

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

CAPITULO VI

Normas finales

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

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

En la sede central del Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS), en Madrid, calle de Huesca, número 31, el día de diciembre de 1987.

REUNIDOS

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

Y de otra, don, con documento nacional de identidad número, en representación de la Entidad, en su calidad de de la misma y con poderes suficientes según consta en la copia de la escritura notarial de fecha, número de protocolo, ante el Notario don, de, que exhibe; con código de identificación fiscal número y con domicilio en calle o paseo de

ACUERDAN

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

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

CAPITULO PRIMERO

Normas generales

1.1 Contenido de la prestación concertada.

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

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

Esta asistencia podrá prestarse en las dos modalidades siguientes:

Modalidad a) De Asistencia Sanitaria Total, que comprende: Asistencia en régimen de internamiento hospitalario o sanatorial y asistencia ambulatoria completa.

Modalidad b) De Asistencia Ambulatoria Completa, que comprende: Asistencia en las diferentes especialidades médico-quirúrgicas y asistencia en domicilio y consultorio por Médico General, Médico Pediatra, ATS y Servicio de Urgencia.

Los afiliados acogidos solamente a la modalidad b), cuando precisen internamiento, serán evacuados a los hospitales militares o centros concertados con el ISFAS. Las ambulancias de la Entidad de Seguro Libre o concertadas por ésta, atenderán estos traslados.

La Entidad concertante se compromete a prestar la cobertura sanitaria en la/s modalidad/es, anteriormente mencionadas/s.

1.2 Ambito territorial de aplicación.

La asistencia se prestará en todo el territorio nacional, tanto por los servicios propios de la Entidad concertada como por los de las Entidades coaseguradoras, sin más requisitos, a estos fines, que la exhibición de la documentación señalada en la cláusula 2.1, y sin que el contenido de la asistencia pueda limitarse por razón del domicilio del asegurado. La Entidad adoptará las medidas oportunas para que las coaseguradoras, en su caso, presten la asistencia sanitaria sin ningún otro requisito formal.

1.3 Cuadros médico-sanatoriales.

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

Los cuadros incluirán los datos relativos a sus Servicios de Urgencia y de Información, la lista de sus facultativos por especialidades denominadas según el Decreto 2015/1978, de 15 de julio, los Centros sanatoriales y demás información relativa a la provincia en la que el beneficiario de la asistencia tenga su domicilio. También incluirán los Servicios de Urgencia y de Información de las restantes provincias.

1.3.2 En la publicación que contenga los cuadros se hará constar igualmente las indicaciones precisas para la utilización de los Servicios, que en ningún caso podrán diferir ni exceder de las previstas en este Concierto. Asimismo deberán llevar una indicación especialmente dirigida a los asegurados del ISFAS, que contenga una relación de los actos que exijan autorización previa de la Entidad en los términos del Concierto. Dichos actos deberán coincidir con los que figuran en el anexo I. La no inclusión de esta indicación expresamente referida a los asegurados del ISFAS se entenderá como la no exigencia de autorización alguna, cualquiera que sea el acto asistencial de que se trate.

1.4 Invariabilidad de los cuadros.

La Entidad se obliga en principio a no modificar durante 1988 los cuadros asistenciales a que se refiere la cláusula anterior. Las bajas que durante la vigencia del Concierto se produzcan en los cuadros, por causas de fuerza mayor, serán puestas en conocimiento del ISFAS a la mayor brevedad posible. Cuando las bajas producidas redujeran el cuadro en forma tal que se incumplieran las exigencias mínimas establecidas en la Sección 1.^a del Capítulo III de este Concierto, la Entidad procederá a completarlo de manera inmediata, comunicando al ISFAS los facultativos o clínicas que hayan de sustituir a las bajas producidas.

En el supuesto de que la Entidad no cumpliera lo establecido en el párrafo anterior, se obliga a asumir los gastos que se deriven de la utilización por los asegurados de los servicios que les presten los facultativos y las clínicas incluidos en el citado cuadro y que hubieren causado baja.

1.5 Prescripción de medicamentos.

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

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

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

1.6 Cumplimentación de partes por enfermedad.

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

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

CAPITULO II

Destinatarios de la asistencia sanitaria

2.1 Beneficiarios en general.

2.1.1 La asistencia sanitaria objeto del presente Concierto se dispensará a todos los asegurados del ISFAS, conforme a sus propias normas, que hayan quedado adscritos a la Entidad a estos efectos.

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

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

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

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

2.1.2 La Entidad queda obligada a contratar pólizas con los titulares que lo deseen en favor de sus hijos mayores de veintiséis años y menores de treinta y uno, que dependan económicamente de aquéllos para la prestación de la asistencia sanitaria, con excepción de lo dispuesto sobre utilización de recetas oficiales para la dispensación de productos farmacéuticos. La suscripción de dicha póliza deberá efectuarse directamente por el titular antes de los treinta días siguientes al de cese en la condición de beneficiario de su hijo.

En los supuestos de hijos mayores de veintiséis años y menores de treinta y uno que estuvieran acogidos a otros regímenes de la Seguridad Social y perdieran su condición de titulares del mismo, dependiendo económicamente de sus padres, será de aplicación lo anteriormente establecido, debiendo ejercitarse en el plazo de tres meses a partir de la fecha de baja en el otro régimen aludido.

2.2 Beneficiarios de asistencia por maternidad.

La Entidad prestará la asistencia por maternidad a:

- A) Las titulares afiliadas y en alta en la Entidad.

B) Las beneficiarias incluidas en el documento de asistencia sanitaria ISFAS de los titulares en alta en la Entidad.

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

2.3 Nacimiento del derecho a la asistencia.

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

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

2.4 Duración de la asistencia.

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

2.5 Cambio de Entidad.

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

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

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

CAPITULO III

Forma y modalidades de prestación de la asistencia

SECCIÓN 1.ª FORMAS DE PRESTACIÓN

3.1 Libertad de elección.

En la asistencia sanitaria que se concierta rige el principio general de libertad de elección de facultativos de entre los que figuren en el cuadro médico de la Entidad.

A esos efectos y salvo que en la localidad de que se trate no haya más que un facultativo o un máximo de 50 titulares, la Entidad hará que figure en dicho cuadro un mínimo de dos Médicos de familia por cada 200 beneficiarios por localidad o demarcación geográfica, y dos Pediatras de familia por cada 400 beneficiarios.

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

3.2 Organización geográfica en los servicios de asistencia sanitaria.

Sin perjuicio de lo anterior, las realizaciones de la asistencia se efectuarán por áreas geográficas, teniendo en cuenta la distribución de los Mapas Sanitarios Provinciales, y en defecto de ellos, regirán las normas siguientes:

3.2.1 Las áreas o niveles geográficos estarán constituidos por la Unidad Sanitaria Local, la Subcomarca, la Comarca, el Medio Urbano y la Región.

3.2.2 La Unidad Sanitaria Local se constituye por conjuntos de población hasta un total aproximado de 5.000 habitantes, comprendiendo en cada localidad la asistencia general, esto es, los servicios de Medicina de Familia, Pediatría de Familia, ATS o Practicante y Matrona.

3.2.3 La Subcomarca Sanitaria agrupa varias unidades sanitarias locales, con un total entre 25.000 y 30.000 habitantes, disponiendo, junto con los servicios de éstas, de los de Obstetricia y Ginecología, Estomatología, Análisis Clínicos, Electro-Radiología, Cirugía General, Anestesiología y Reanimación y Rehabilitación.

3.2.4 La Comarca Sanitaria incluye varias Subcomarcas hasta totalizar una población de 75.000 a 100.000 habitantes y contará además de con los anteriores, con los siguientes servicios:

a) Especialidades médicas: Cardiología, Reumatología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Aparato Digestivo, Hematología y Hemoterapia.

b) Especialidades quirúrgicas: Oftalmología, Traumatología y Cirugía Ortopédica y Otorrinolaringología.

3.2.5 El Medio Urbano Sanitario lo constituyen las capitales de provincia y localidades con población aproximada a los 100.000 habitantes. Comprenderá todas las especialidades de nivel comarcal, complementadas con las siguientes:

a) Alergia, Dermatología y Venereología, Endocrinología y Nutrición, Medicina Interna, Neurología, Psiquiatría, Reumatología, Nefrología, Oncología, Geriatria, Aparato Digestivo, Urología, Anatomía Patológica, Radio-Diagnóstico, Radioterapia, Microbiología y Parasitología, Medicina Nuclear y Bioquímica Clínica.

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

c) Medios de tratamiento: Electrolitología (rayos ultra-violeta, rayos infrarrojos, onda corta, diatermia, microondas, ultrasonido y magnetoterapia), Fisioterapia (kinesioterapia, mecanoterapia, hidroterapia en centros de rehabilitación), hemoterapia, oxigenoterapia (en domicilio o internamiento), electro-shock, rayo laser, aerosoloterapia y ventiloterapia, neumotórax artificial y demás medios de tratamiento.

3.2.6 La Región Sanitaria permitirá un sistema completo y autosuficiente y figurará establecido en las localidades donde exista Facultad de Medicina. Además de especialidades y técnicas consiguientes para los niveles geográficos anteriores comprenderá las siguientes: Inmunología, cardiología de consulta, psiquiatría de consulta, nefrología de consulta, oftalmología de consulta, especialidades pediátricas, cirugía maxilo-facial, cirugía pediátrica, angiología y cirugía vascular, cirugía cardio-vascular, cirugía torácica, neurocirugía, traumatología y cirugía ortopédica, otorrinolaringología, oftalmología, cirugía plástica y reparadora, neurología clínica.

3.2.7 Centros de urgencia:

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

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

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

Además la Entidad deberá contar con un Servicio de Urgencias para la asistencia urgente domiciliaria.

3.2.8 Como norma general, quedan incluidos en cualquiera de los niveles todas las especialidades establecidas en el Régimen General de la Seguridad Social para cada uno.

3.3 Inexistencia de facultativos.

En los casos de inexistencia de facultativos de la Especialidad de que se trate, o de Centro Sanitario de los distintos niveles relacionados con el punto 3.2 la asistencia sanitaria se prestará por la Entidad en el nivel geográfico inmediato superior. La inexistencia habrá de acreditarse por la Entidad mediante certificación del Colegio Oficial de Médicos de la provincia.

3.4 Especialistas ajenos al cuadro de la Entidad.

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

SECCIÓN 2.ª MODALIDADES DE ASISTENCIA

3.5 Asistencia sanitaria urgente.

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

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

3.5.2 En Centro de Urgencia del Cuadro.—El asegurado podrá acudir directamente a los Centros de Urgencias del Cuadro para recibir asistencia sanitaria:

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

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

3.5.3 En Centros no de Urgencias del Cuadro.—El asegurado podrá acudir a estos Centros únicamente para internamiento, por prescripción del facultativo del Cuadro, para una asistencia inmediata y urgente por el mismo facultativo que haya ordenado el ingreso. El propio Centro dará cuenta inmediata a la Entidad acompañando el documento de prescripción del facultativo.

3.5.4 Asistencia por Urgencia Vital:

3.5.4.1 Se considera Urgencia Vital toda situación patológica que presuntamente ponga en peligro inmediato la vida del paciente o su integridad física o fisiológica, requiriendo una acción terapéutica de comienzo inmediato.

En el anexo II se incluye, a título indicativo y no exhaustivo, situaciones que puedan calificarse de Urgencia Vital, que justifican el ingreso en Centros no concertados.

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

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

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

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

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

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

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

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

3.5.4.4 Solicitado el reintegro de gastos, la Delegación del ISFAS instruirá el oportuno expediente.

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

No obsta para la calificación de Urgencia Vital la intervención previa al internamiento, de un facultativo ajeno al Cuadro de la entidad, siempre que haya limitado su situación a prestar primeros auxilios.

3.6 Asistencia sanitaria a domicilio.

La asistencia médica se prestará a domicilio por el médico o pediatra de familia, cuando el beneficiario de la asistencia no pueda, a causa de su enfermedad, acudir a la consulta del facultativo.

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

3.7 Asistencia en consultorio.

3.7.1 La asistencia en consultorio se prestará a los asegurados en el lugar de consulta de los facultativos y en los Centros que figuren en el Cuadro médico-sanatorial de la Entidad y con sujeción a las formas de realización previstas en la Sección 1.^a del presente capítulo.

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

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

3.8 Asistencia sanitaria en régimen de internamiento.

3.8.1 La asistencia en internamiento se prestará en los Centros que figuren en el cuadro médico-sanatorial de la Entidad, y se facilitará siempre que sea necesario. La Entidad, a solicitud del asegurado, podrá autorizar su ingreso en Hospitales Militares.

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

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

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

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

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

3.8.4 Los internamientos serán prescritos por Médicos de la Entidad, con indicación del Centro de ingreso de entre los que figuran en el cuadro de la misma o en un Centro Militar, en el caso que lo solicite el asegurado y la Entidad lo autorice. La prescripción

habrá de ser canjeada en las oficinas de la Entidad por la oportuna autorización, previamente a efectuarse el ingreso. No se precisarán prórogas de ingreso, excepto en los internamientos de carácter médico que se renovarán por la Entidad cada diez días a solicitud del Centro, que deberá aportar el informe facultativo; el Centro comunicará a la Entidad, en todos los casos, el hecho de haberse producido el alta hospitalaria.

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

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

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

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

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

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

3.8.7.2 Hospitalización por maternidad.—La embarazada tendrá derecho a la atención de todas las contingencias fisiopatológicas del embarazo, aborto espontáneo y terapéutico, parto y puerperio. La asistencia correrá íntegramente a cargo de la Entidad, cualquiera que sean los medios técnicos utilizados.

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

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

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

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

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

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

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

3.8.7.5 Hospitalización domiciliaria.—El enfermo sometido a tratamiento en régimen de internamiento en clínica, podrá continuar dicha asistencia en régimen de hospitalización domiciliaria, si su estado clínico lo permite. La indicación deberá formularla por escrito el médico de la Entidad que le venga asistiendo, en el volante o documento adecuado. Dicho documento será presentado en las oficinas de la Entidad, a fin de que ésta asigne el equipo necesario que habrá de hacerse cargo de la asistencia.

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

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

3.9 Tratamientos especiales en medio sanatorial.

Se incluye en esta prestación la asistencia de los enfermos que precisen acudir periódicamente a un Centro, especial o no, para recibir tratamiento bajo control médico y los que precisen la hospitalización a Centros especiales:

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

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

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

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

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

3.9.3 Tratamiento de rehabilitación y recuperación funcional.—Sólo procederá el internamiento cuando los enfermos no puedan ser atendidos en forma ambulatoria, determinando el ingreso el médico rehabilitador correspondiente del cuadro médico-sanatorial de la Entidad. La permanencia en régimen de internamiento dependerá exclusivamente del criterio del médico concertado que prescribió el ingreso, que elevará periódicamente a la Entidad el oportuno informe sobre la evolución del paciente y la necesidad de continuar el internamiento.

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

3.9.4 Hospitalización de enfermos mentales.—La Entidad viene obligada a hacerse cargo de los internamientos de enfermos afectos de procesos agudos o crónicos agudizados, debiendo abonar los gastos correspondientes a treinta días como máximo, por cada año natural. La asistencia médica ambulatoria de estos enfermos, en medio sanatorial, seguirá corriendo por cuenta de la Entidad siempre que la preste el facultativo perteneciente a su cuadro, y abonando los honorarios por baremo, cuando se preste por facultativo ajeno al mismo. Se incluyen en esta asistencia las toxifrenias y alcoholofias.

En los casos de enfermedad mental derivada de accidente de servicio o enfermedad profesional, la Entidad correrá con el importe total de los gastos de internamiento, tanto en procesos agudos como crónicos y sin limitación temporal alguna.

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

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

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

3.10 Especificaciones para diversas especialidades.

3.10.1 Ginecología.—En los casos de esterilidad, la Entidad viene obligada a asumir los gastos necesarios para obtener el

diagnóstico, el cual se extenderá, cuando proceda, a la pareja. El tratamiento de la causa de esterilidad, por cuenta de la Entidad, alcanzará sólo al cónyuge que sea beneficiario de la prestación de asistencia sanitaria.

3.10.2 Asistencia por maternidad:

A) La asistencia por maternidad a las beneficiarias con derecho a ello, conforme a lo señalado en la cláusula 2.2, estará a cargo de Tocólogo y Matrona en las poblaciones donde exista dicho especialista y de médico de familia en aquellas que no exista; la asistencia comprenderá además de reconocimiento y la atención médica durante el embarazo, la asistencia del facultativo al parto, el empleo de la técnica adecuada en el mismo, cualquiera que sea ésta, la asistencia al puerperio e incidencias patológicas y la hospitalización en los términos del punto 3.8.7.2, teniendo en cuenta en todo caso lo establecido en el párrafo segundo del punto 2.4. Si la práctica de ligadura de trompas prevista en el epígrafe 3.10.12, 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.

B) Alcanza igualmente la cobertura del presente Concerto al aborto espontáneo, así como al aborto terapéutico en los términos establecidos por la Legislación vigente.

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

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

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

3.10.5 Anestesia-reanimación.—Comprenderá cualquier tipo de anestesia y la preanestesia, y habrá de ser realizada por Médico especialista, abarcando el suministro de todos los fármacos y la utilización de los medios y procedimientos terapéuticos, instrumentales o farmacológicos necesarios para practicar la reanimación del enfermo.

3.10.6 Cirugía plástica y reparadora.—Queda excluida la cirugía plástica puramente estética, excepto cuando medien procesos patológicos que alteren la normalidad fisiológica o psicológica del paciente, circunstancia que habrá de ser apreciada previamente por la Comisión Mixta.

En los supuestos de accidente de servicio o enfermedad profesional, se practicará en toda su amplitud incluyendo, si fuera necesario, la cirugía estética en los casos en que, aun habiendo sido curadas las lesiones, quedaran deformaciones o mutilaciones que produzcan alteraciones del aspecto físico o dificulten la total recuperación del paciente.

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

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

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

3.10.9 Rehabilitación y recuperación funcional.—Se aplicarán los distintos medios de la medicina física y rehabilitadora para restablecer el estado funcional que posea el paciente antes del proceso patológico, cualquiera que haya sido su causa, o para disminuir los deterioros y evitar las secuelas del mismo.

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

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

La obligación de prestar asistencia por cuenta de la Entidad terminará cuando se haya conseguido la recuperación funcional totalmente o el máximo posible de ésta, por haber entrado el

proceso en un estado de estabilización insuperable, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento u ocupacional, excepto en los supuestos de reagudización del proceso, en cuyo caso la Entidad reanudará la asistencia en los mismos términos señalados en el párrafo anterior.

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

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

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

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

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

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

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

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

C) Ligadura de trompas y vasectomía.

3.10.13 Tratamiento de litofragmentación.—Serán a cargo de la Entidad los procedimientos que permitan la resolución de los cálculos de riñón y uréter; litotricia extracorpórea por ondas de choque y nefrolitotomía percutánea por litotricia ultrasónica o electrohidráulica. El tratamiento deberá ser prescrito por especialista del Cuadro y autorizado previamente por escrito en las oficinas de la Entidad. La autorización sólo podrá ser denegada, también por escrito, por razones médicas que desaconsejen el tratamiento.

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

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

3.11 Traslado de enfermos para recibir asistencia sanitaria.

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

A) Cuando por razones de urgencia o por concurrir circunstancias de carácter médico, deban desplazarse desde su residencia habitual para su internamiento en Centro concertado o para recibir tratamientos especiales, como hemodiálisis, radioterapia, quimioterapia, rehabilitación u otros contemplados en este Concierto. En todos estos casos será necesaria la prescripción escrita del facultativo de la Entidad, en la que conste la necesidad del traslado en medios especiales.

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

C) Cuando, conforme a las condiciones previstas en este concierto, la Entidad traslade al enfermo, desde el Centro ajeno en el que hubiera sido internado, en caso de urgencia vital, a Centro incluido en los cuadros propios; o desde el Centro propio en el que estuviera ingresado el paciente a Centro ajeno, si por carecer aquél

de los medios adecuados o ser insuficientes, los facultativos de la Entidad, o cualquier facultativo del Centro, si mediara urgencia, así lo hubieran dispuesto. Cuando el enfermo lo precise, a juicio del Médico, el traslado será en medio especial.

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

3.12 Asistencia en el extranjero.

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

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

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

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

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

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

3.13 Denegación de asistencia.

Se considera denegación de asistencia:

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

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

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

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

D) La carencia o insuficiencia de medios adecuados en Centros de la Entidad, en el que estuviera ingresado un paciente o al que acuda para recibir asistencia sanitaria. En estos supuestos, la Entidad vendrá obligada a cubrir los gastos que se originen por la asistencia, si los facultativos de su cuadro hubieran remitido al enfermo a otro Centro no concertado. Si concurriera además la circunstancia de urgencia cualquier facultativo del Centro concertado podrá remitir al enfermo a Centro ajeno, asumiendo la Entidad los gastos originados.

CAPITULO IV

Comisiones mixtas. Reclamaciones por razón de asistencia sanitaria

4.1 Comisiones mixtas.

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

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

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

4.1.3 Las funciones de las Comisiones Mixtas señaladas en el epígrafe 4.1.1 se desempeñarán cuando las cuestiones planteadas

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

4.2 Comisiones Mixtas Provinciales. Composición y Funcionamiento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En el supuesto de incomparecencia a la reunión de la Comisión de los representantes de la Entidad, se levantará acta dejando constancia de tal extremo y el Secretario remitirá, de inmediato, a la Comisión Mixta Nacional los antecedentes de las cuestiones incluidas en el orden del día, con informe detallado del Delegado provincial del ISFAS.

4.3 Comisión Mixta Nacional. Composición y funcionamiento.

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

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

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

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

De no lograrse un acuerdo sobre cualquier cuestión sometida a conocimiento de la Comisión Mixta Nacional, resolverá con

carácter ejecutivo el Gerente del ISFAS, contra cuya resolución podrá la Entidad interponer recurso de alzada ante el excelentísimo señor Ministro de Defensa y, en su caso, recurso contencioso-administrativo.

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

4.4 Procedimiento de pago en supuestos generales.

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

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

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

a) Que ha realizado el abono, o

b) Que no ha efectuado el pago por no haberse presentado el asegurado o por no haber sido aceptado por éste.

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

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

4.5 Procedimiento de pago en supuestos especiales.

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

CAPITULO V

Régimen económico, duración y normas complementarias

5.1 Precios.

Las cantidades a satisfacer por el ISFAS a la Entidad por los servicios cubiertos según este Concierto serán:

Pólizas de asistencia, modalidad a), 18.480 pesetas anuales por persona, equivalentes a 1.540 pesetas mensuales por persona.

Pólizas de asistencia, modalidad b), 7.200 pesetas anuales por persona, equivalentes a 600 pesetas mensuales por persona.

5.2 Régimen de pagos.

5.2.1 Sin perjuicio del nacimiento y extinción del derecho a la asistencia en los términos previstos en las cláusulas 2.3 y 2.4 de este Concierto, las altas causarán efectos económicos a las cero horas del día 1 del mes siguiente a aquel en que se produzcan, y las bajas a las veinticuatro horas del último día del mes en que hubieran tenido lugar. Consiguientemente, cada pago mensual tendrá en cuenta el número de asegurados existentes a las cero horas del

día 1 del mes de que se trate y se efectuará por el ISFAS, en cheque nominativo o transferencia bancaria, dentro de los quince primeros días del mes siguiente.

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

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

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

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

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

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

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

5.3 Duración

Los efectos del presente Concierto, se iniciarán a las cero horas del día primero de enero de 1988 y se extenderán hasta las veinticuatro horas del día 31 de diciembre del mismo año, sin perjuicio de lo establecido en la cláusula siguiente.

5.4 Prórrogas y continuidad asistencial.

Si alguna de las Entidades concertadas durante 1988 no suscribiese Concierto para 1989, continuará obligada a prestar la asistencia sanitaria a sus asegurados, en los términos del presente Concierto, durante el mes de enero de 1989, abonándose por el ISFAS la prima convenida para 1989 con el resto de las Entidades. Además continuarán vigentes los efectos asistenciales del Concierto, incluso después del 31 de enero de 1989, en los casos en que estuviese prestandose en dicha fecha una asistencia hospitalaria y en la asistencia por maternidad, cuando el parto estuviese previsto para los quince primeros días de febrero.

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

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

5.5.2 En el supuesto de lesiones producidas o enfermedad derivada o agravada por accidentes cubiertos por cualquier modalidad de seguro obligatorio, se tendrá en cuenta la normativa reguladora. Siempre que existiese civilmente responsable, la Entidad podrá subrogarse en los derechos y acciones de los beneficiarios relativos al importe de los gastos derivados de la asistencia sanitaria prestada.

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

CAPITULO VI

Normas finales

6.1 Impuestos.

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

6.2 Comprobaciones.

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

6.3 Recursos y jurisdicción competente.

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

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

6.4 Anexos.

Son anexos al presente Concierto:

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

El presente Concierto consta de 34 páginas numeradas y selladas de texto, así como los anexos indicados.

POR LA ENTIDAD,

POR EL ISFAS,
El Gerente,

ANEXO I

Servicios que precisan autorización previa de la Entidad

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

- I. Visitas a especialistas e internamientos en Centros:

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

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

Internamientos en Centros sanitarios concertados por la Entidad, indicados por Médico ajeno a la misma sin mediar urgencia (cláusula 3.8.5).

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

Visita a especialistas consultores a nivel regional (cláusula 3.10.14).

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

Análisis clínicos especiales: Cariotipos, genotipos, radioinmunoanálisis.

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

Aparato digestivo: Endoscopias.

Aparato circulatorio: Doppler, Hotler, ergometrias.

Ginecología: Amnioscopias.

Neurofisiología: Todas las técnicas excepto electroencefalogramas y electromiogramas.

Oftalmología: Retinografías y fluoresceingrafías.

Urología: Endoscopias y estudios urodinámicos.

3. Tratamientos especiales:

Tratamiento de litofragmentación (cláusula 3.10.13).

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

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

Oxigenoterapia: Cláusula 3.10.14.

Rehabilitación: Todas las técnicas (cláusula 3.10.14).

4. Servicios de ambulancia para tratamientos periódicos.

ANEXO II

Urgencias vitales

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

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

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

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

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

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

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

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

8. Accidentes cerebro-vasculares.

9. Las intoxicaciones agudas. Las sepsis agudas.

10. La anuria. La retención aguda de orina.

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

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

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

14. Coma diabético. Hipoglucemia.

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

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

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

Relación de Entidades que han suscrito Concerto con el ISFAS, con expresión de las modalidades de asistencia (cláusula 1.1 del Concerto)

1. «Sanitas, Sociedad Anónima», modalidades «a» y «b».

2. Compañía de Seguros «Adeslas, Sociedad Anónima», modalidades «a» y «b».

3. «Asistencia Sanitaria Interprovincial, Sociedad Anónima», modalidades «a» y «b».

4. «Aseguradora Islas Canarias, Sociedad Anónima», modalidades «a» y «b».

5. «Unión Previsora, Sociedad Anónima», modalidades «a» y «b».

MINISTERIO DE ECONOMIA Y HACIENDA

2238

ORDEN de 21 de diciembre de 1987 por la que se autoriza el cambio de emplazamiento a la Empresa «Manufacturas Cárnicas, Sociedad Limitada».

Vista la Orden del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación de 27 de octubre de 1987 por la que se autoriza el cambio de emplazamiento de las instalaciones de la Empresa «Manufacturas Cárnicas, Sociedad Limitada», desde El Cebadal de Las Palmas de Gran Canaria, al término municipal de Agüines, en la misma provincia, permaneciendo invariables las condiciones por las que se concedieron los beneficios fiscales previstos en el Real Decreto 335/1985, de 6 de febrero, y Orden de ese Departamento de 22 de junio de 1987 («Boletín Oficial del Estado» de 5 de agosto), que declaraba a dicha Empresa comprendida en la zona de preferente localización industrial agraria,

Este Ministerio, de conformidad con la propuesta formulada por la Dirección General de Tributos, ha tenido a bien disponer:

Primero.-Autorizar el cambio de emplazamiento de las instalaciones desde El Cebadal (Las Palmas de Gran Canaria), al término municipal de Agüines, en la misma provincia, a la Empresa «Manufacturas Cárnicas, Sociedad Limitada», dedicada a la instalación de una industria cárnica de preparados de productos cárnicos, permaneciendo invariables los beneficios fiscales concedidos por este Ministerio de Economía y Hacienda en Orden de 20 de julio de 1987 («Boletín Oficial del Estado» de 14 de agosto).

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

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

Madrid, 21 de diciembre de 1987.-P. D. (Orden de 31 de julio de 1985), el Director general de Tributos, Miguel Cruz Amorós.

Ilmo. Sr. Secretario de Estado de Hacienda.

2239

ORDEN de 21 de diciembre de 1987 por la que se conceden a la Empresa «Matadero Industrial del Vallés, Sociedad Anónima» (MAINSA), los beneficios fiscales que establece la Ley 152/1963, de 2 de diciembre, sobre industrias de «interés preferente».

Vista la Orden del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación de 10 de noviembre de 1987 por la que se declara comprendida en zona de preferente localización industrial agraria, de la provincia de Barcelona, al amparo de lo dispuesto en las Ordenes de ese Departamento de 16 de septiembre de 1983 y 26 de abril de 1984, a la Empresa «Matadero Industrial del Vallés, Sociedad Anónima» (MAINSA), para la adaptación de una industria cárnica de matadero de aves en Las Franquesas del Vallés (Barcelona);

Resultando que, en el momento de proponer la concesión de beneficios fiscales, España ha accedido a la Comunidad Económica Europea, de acuerdo con el Tratado de Adhesión de fecha 12 de junio de 1985, con virtualidad de sus efectos con fecha 1 de enero de 1986, cuyo tratado modifica en esencia el régimen de concesión de beneficios solicitados, y que por otra parte la Ley 30/1985, de 2 de agosto, ha derogado a partir de la misma fecha 1 de enero de 1986, el Impuesto General sobre el Tráfico de las Empresas y el Impuesto de Compensación de Gravámenes Interiores;

Vistos la Ley 152/1963, de 2 de diciembre, sobre industrias de «interés preferente»; Decreto 2392/1972, de 18 de agosto («Boletín Oficial del Estado» de 20 de septiembre); Real Decreto 2586/1985, de 18 de diciembre («Boletín Oficial del Estado» de 11 de enero de 1986), modificado por el Real Decreto 932/1986, de 9 de mayo («Boletín Oficial del Estado» del 13); Orden de 19 de marzo de 1986 («Boletín Oficial del Estado» del 21), y demás disposiciones reglamentarias;

Considerando que, de acuerdo con las disposiciones transitorias primera y segunda de la Ley 50/1985, de 23 de diciembre, sobre incentivos regionales, las grandes áreas, polos, zonas y polígonos mantendrán su vigencia durante un año a contar desde la entrada en vigor de dicha Ley, y que habiéndose prorrogado la calificación de los mismos por el Real Decreto 2476/1985, de 27 de diciembre, hasta la entrada en vigor de la Ley de Incentivos Regionales para la corrección de los Desequilibrios Económicos Interterritoriales, y que el expediente a que se refiere esta Orden, se ha iniciado dentro de dicho período de vigencia, solicitado en el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación el día 4 de diciembre de 1986,