

Bajas de alumnos**Resolución 453/20326/04**

Cód. Informático: 2005000194.

Escuela Militar de Sanidad

Causa baja a petición propia, de acuerdo con lo que establece el artículo 36.2.a), del Régimen del Alumnado de los Centros Docentes Militares de Formación, aprobado por Orden

43/1993, de 21 de abril («BOD» número 83), el Alumno, DON OSCAR MARTÍN MONTERO (7251511), para acceso a la condición de Militar de Complemento del Cuerpo Militar de Sanidad, Escala de Oficiales (Enfermería), nombrado por Resolución 453/14111/04, de 31 de agosto («BOD» número 177).

Por la Dirección General de Reclutamiento y Enseñanza Militar se procederá a actualizar su situación militar.

Madrid, 26 de diciembre de 2004.-P. D. (Real Decreto 1551/2004, de 25 de junio), el Director General de Reclutamiento y Enseñanza Militar, Santos Castro Fernández.

V. — OTRAS DISPOSICIONES

ISFAS

Instrucción 4B0/20327/04, de 27 diciembre, del Secretario General Gerente del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, por la que se regula la Asistencia Sanitaria de Gestión Directa.

La Instrucción 4B0/20682/2003, de 9 de diciembre («BOD» n.º 243), ha constituido el marco regulador de las prestaciones sanitarias gestionadas directamente por el ISFAS, habiéndose planteado la necesidad de introducir modificaciones en el mismo, en especial, de las ayudas para diabéticos, al objeto de adaptarlo a lo dispuesto en la Orden SCO/710/2004, de 12 de marzo, por la que se autoriza la financiación de determinados efectos y accesorios con fondos públicos, la cual establece que a partir de la entrada en vigor de la misma, se autoriza con carácter temporal, hasta la entrada en vigor de la norma reglamentaria de desarrollo de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, la financiación con fondos públicos de bombas portátiles de infusión subcutánea continua de insulina como efectos y accesorios.

Esta Orden regula también la forma en que debe producirse la prescripción, dispensación e implantación de estas bombas

de insulina como requisitos indispensables para la financiación de las mismas con fondos estatales afectos a la sanidad, como es el caso de los fondos destinados a financiar la asistencia sanitaria del ISFAS, y recoge que éstas deben ser suministradas de forma directa por centros sanitarios de la forma que estime la Administración Sanitaria correspondiente.

Teniendo en cuenta la experiencia adquirida en relación con la gestión de los expedientes de asistencia sanitaria en el extranjero, es conveniente regular, por un lado, determinada documentación a aportar en dichos expedientes, todo ello con la finalidad de exigir los mismos requisitos que a los afiliados en el territorio nacional para el reconocimiento de las prestaciones complementarias y farmacéuticas y, por otro lado, citar la competencia que se asigna al Subdirector General de Prestaciones de este Instituto en la Resolución 4B0/38249/2004, de 7 de diciembre («BOE» n.º 308 de 23 de diciembre).

Por todo ello, se ha considerado oportuna la aprobación y publicación de una nueva Instrucción reguladora de la asistencia sanitaria de gestión directa.

1. Ambito de Cobertura

La presente Instrucción tiene por objeto la regulación de las siguientes prestaciones sanitarias:

- ASISTENCIA SANITARIA EN EL EXTRANJERO.
- HOSPITALIZACIÓN PSIQUIATRICA.
- AYUDAS PARA TRATAMIENTOS DE PSICOTERAPIA.
- GASTOS POR ASISTENCIA PRESTADA POR FACULTATIVO AJENO.
- AYUDAS PARA PACIENTES DIABETICOS.

2. Asistencia Sanitaria en el Extranjero

2.1. Objeto

La creciente movilidad de los titulares y beneficiarios del ISFAS fuera del territorio nacional, por razones personales o profesionales, hace necesario articular un sistema de prestaciones dirigido a cubrir el coste de la asistencia sanitaria que aquellos puedan precisar durante su estancia en el extranjero y que se extenderá a los siguientes supuestos:

- a) Destino o comisión de servicio en el extranjero.
- b) Desplazamiento temporal al extranjero por razones privadas.
- c) Residencia en países miembros de la Unión Europea.
- d) Residencia en países que no sean miembros de la Unión Europea.

La competencia para dictar la correspondiente Resolución en los citados supuestos, corresponderá a la Subdirección General de Prestaciones del ISFAS.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 156.1 de la Ley 17/1999, de 18 de marzo, de Régimen del Personal de las Fuerzas Armadas, y en el artículo 96 de la Ley 42/1999, de 25 de noviembre, de Régimen de Personal de la Guardia Civil, queda excluida del ámbito de cobertura expresado en el párrafo anterior, la asistencia sanitaria que se preste a contingentes militares españoles destacados en misiones internacionales, formando parte de fuerzas expedicionarias o participando en ejercicios tácticos, así como cualquier otra atención que se desarrolle en el ámbito logístico-operativo, que corresponde a la Sanidad Militar.

2.2. Contenido

2.2.1. Asegurados comprendidos en los supuestos de las letras a), b) y c) del apartado 2.1

Tendrán derecho a la cobertura de la asistencia sanitaria que precisen durante su estancia en el extranjero por causa de enfermedad, accidente, embarazo o parto, en los términos previstos en la presente Instrucción.

La asistencia sanitaria tendrá un contenido similar al que se otorga en territorio nacional y comprenderá:

A) Los servicios de atención primaria y la atención especializada, en régimen ambulatorio y de hospitalización, incluidos los servicios de urgencia hospitalarios, con los mismos límites que en el ámbito del Sistema Nacional de Salud en España.

B) La dispensación de los medicamentos y demás productos farmacéuticos aplicados en régimen de internamiento hospitalario.

C) El coste de los medicamentos y demás productos farmacéuticos que sean financiados por el Sistema Nacional de Salud en España y dispensados en régimen ambulatorio, deducida la cantidad que hubiera correspondido aportar al titular de acuerdo con el Régimen de la Prestación Farmacéutica en el territorio nacional que, con carácter general, es el 30 por 100 del importe abonado.

D) El coste total del transporte en ambulancia, cuando hubiera sido indicado por un médico y su finalidad sea la de recibir asistencia sanitaria en el centro más próximo donde pueda ser atendido el beneficiario.

En ningún caso serán objeto de cobertura los traslados de ámbito internacional.

E) Las ayudas económicas que correspondan para prótesis, órtesis y otras prestaciones sanitarias complementarias y de

gestión directa, en las mismas condiciones y con las limitaciones establecidas en su regulación específica.

Tratándose de desplazamientos temporales por razones privadas la cobertura descrita en párrafos anteriores se prestará únicamente cuando los afiliados y sus beneficiarios precisen asistencia sanitaria urgente o de carácter inmediato durante su estancia en el extranjero, salvo que se estime que hubiera existido un propósito intencionado de eludir los medios concertados por el ISFAS, efectuando o aprovechando el desplazamiento para utilizar medios ajenos a los que correspondan de acuerdo con la normativa vigente, teniendo en cuenta la patología y las circunstancias que concurran.

Cuando los asegurados destinados o en comisión de servicio y los que se hubieran desplazado temporalmente al extranjero por razones privadas, regresen a España, se les prestará la asistencia sanitaria que les corresponda, al amparo de la modalidad asistencial a la que estuvieran adscritos antes de su salida del territorio nacional.

Los afiliados al ISFAS que fijen su residencia en países miembros de la Unión Europea, deberán comunicar tal circunstancia a la Delegación del Instituto a la que estén adscritos, haciendo constar su nuevo domicilio, a fin de que se proceda a modificar su modalidad asistencial, que pasará a ser la denominada «sin adscripción». En caso de que se desplacen temporalmente a territorio nacional, la asistencia sanitaria que precisen se dispensará a través de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas, facilitándoles la Delegación del ISFAS a la que pertenezcan la documentación de desplazado.

2.2.2. Asegurados comprendidos en el supuesto de la letra d) del apartado 2.1.

Los asegurados que fijen su residencia en países que no sean miembros de la Unión Europea, tendrán derecho a percibir una ayuda económica para atender la cobertura de la asistencia sanitaria que puedan precisar mediante la suscripción de una póliza de seguro sanitario. El importe de dicha ayuda tendrá un límite equivalente al precio que por persona y año deba abonar el ISFAS a las entidades privadas de Seguro que hubieran suscrito el vigente concierto para la asistencia de titulares y beneficiarios del ISFAS en España.

En aquellos casos en que, excepcionalmente, no sea posible formalizar una póliza de seguro sanitario podrá reconocerse una ayuda económica para compensar los gastos derivados de la asistencia sanitaria facilitada al titular o a sus beneficiarios, siempre que las prestaciones recibidas estén incluidas en el ámbito de cobertura que otorga este Régimen Especial. El importe de la ayuda no podrá exceder del límite al que se refiere el párrafo anterior.

Los asegurados incluidos en este apartado deberán comunicar a la delegación del ISFAS que corresponda, su nuevo domicilio, a fin de que se proceda a modificar su modalidad asistencial en los mismos términos previstos para los afiliados que fijen su residencia en países pertenecientes a la Unión Europea. En caso de que regresen temporalmente a territorio nacional les serán de aplicación las mismas normas que para dichos asegurados se establecen en el apartado 2.2.1.

2.3. Procedimiento y forma de abono de las prestaciones.

2.3.1. Asegurados comprendidos en los supuestos de las letras a), b) y c) del apartado 2.1.

Las solicitudes de prestación de asistencia sanitaria en el extranjero que presenten estos asegurados, podrán formularse en impreso normalizado, al que deberán acompañar la documentación que figura reflejada en el apartado 1 del Anexo 1 de la presente Instrucción.

El citado impreso podrá obtenerse en las Delegaciones del ISFAS, en las Consejerías de Defensa en el extranjero o a través de la página web del ISFAS (Ministerio de Defensa). En todo caso la solicitud deberá reflejar los datos del titular y del beneficiario, las prestaciones que se interesan y los datos de la cuenta bancaria en la que deberá ingresarse el importe de la prestación.

Cuando la asistencia se preste en centros con los que el ISFAS haya formalizado acuerdos de colaboración, la Subdirección de Prestaciones tramitará los expedientes como asistencia prestada en centros concertados.

La cobertura de la asistencia sanitaria en los supuestos comprendidos en el presente apartado se llevará a efecto mediante el procedimiento de reintegro de gastos, cuyo importe será ingresado por el ISFAS en la cuenta que designe el titular que deberá corresponder a una entidad financiera, radicada en territorio nacional.

El reintegro se realizará en euros, aplicándose, en su caso el cambio oficial fijado en el momento de prestarse la asistencia que haya dado lugar a la prestación.

No obstante, y previa solicitud expresa del interesado, podrá autorizarse mediante transferencia el abono directo a centros hospitalarios, siempre que el coste de las prestaciones se estime de elevada cuantía. Para realizar este abono directo, el centro hospitalario deberá mostrar su conformidad con el procedimiento. Asimismo el importe de la factura deberá coincidir con el de las prestaciones que se reconozcan, sin que puedan incluirse gastos que correspondan a servicios distintos de los estrictamente sanitarios.

En caso de que no sea posible el pago directo a centros hospitalarios, en los términos previstos en el párrafo anterior, los asegurados destinados o en comisión de servicio en el extranjero podrán solicitar del ISFAS la formalización de anticipos a través de la correspondiente Consejería de Defensa, o directamente al ISFAS.

En todos los casos, el importe de las ayudas que se reconozcan nunca podrá superar el de los gastos que puedan derivarse de la asistencia prestada, correspondiendo al ISFAS satisfacer los gastos bancarios que puedan originarse en los casos de abono directo a centros hospitalarios y de formalización de anticipos.

2.3.2. Asegurados comprendidos en el supuesto de la letra d) del apartado 2.1.

Las solicitudes de ayuda económica que presenten los asegurados que fijen su residencia en países que no sean miembros de la Unión Europea podrán formalizarse en impreso normalizado al que deberán acompañar la documentación que figura reflejada en el apartado 2 del Anexo 1 de la presente Instrucción. El citado impreso se obtendrá en la forma prevista en el apartado 2.3.1 y deberá reunir los datos expresados en dicho apartado.

El derecho a la prestación económica a la que se refiere el presente apartado surgirá a partir del día primero del mes siguiente a la fecha en que el afiliado haya puesto en conocimiento de la correspondiente Delegación del ISFAS su nueva residencia en el extranjero.

A partir del uno de enero de cada año, el titular podrá solicitar el abono de la ayuda correspondiente a los meses del año concluido el 31 de diciembre inmediatamente anterior.

El importe de la ayuda será ingresado por el ISFAS en la forma prevista en el apartado 2.3.1. y en ningún caso dicho importe podrá ser superior al de los gastos abonados por la póliza de seguro suscrita.

3. Hospitalización psiquiátrica

3.1. Objeto y contenido de la prestación.

La prestación para Hospitalización Psiquiátrica tiene por objeto mejorar las condiciones de acceso a los servicios hospitalarios de psiquiatría, de los titulares y beneficiarios que reciban asistencia sanitaria a través de los servicios de la Sanidad Militar o de la Red sanitaria pública, especialmente de los pacientes con procesos crónicos, equiparándolas con las de los colectivos acogidos a los Conciertos de asistencia sanitaria suscritos con Entidades de Seguro.

Esta prestación consistirá en una ayuda económica por cada día de estancia en régimen de internamiento o de estancia diurna (hospital de día) en el Hospital psiquiátrico que elija el beneficiario, siempre que esté debidamente acreditado por la Administración competente.

El límite o importe máximo de la ayuda económica para Hospitalización Psiquiátrica se recoge en el Anexo 2 de la presente Instrucción, y podrá ser actualizado por Resolución del Secretario general Gerente del ISFAS.

En ningún caso la ayuda que corresponda abonar por meses podrá ser superior al coste facturado y, a estos efectos, se tendrán en cuenta todos los conceptos derivados de la asistencia psiquiátrica integral del paciente, incluidos las técnicas de diag-

nóstico y tratamiento que se apliquen, así como la medicación empleada.

3.2. Beneficiarios de la prestación.

Tendrán derecho a las ayudas para hospitalización psiquiátrica los titulares y beneficiarios que reúnan los siguientes requisitos:

- Estar adscritos a los servicios de la Red sanitaria pública o de la Sanidad Militar para la asistencia especializada.
- Padecer un proceso psiquiátrico de carácter crónico que haga necesaria la asistencia especializada en régimen de internamiento o en régimen de estancia diurna (hospital de día).

3.3. Procedimiento.

Para el reconocimiento de las ayudas por hospitalización psiquiátrica, deberá formalizarse previamente la oportuna solicitud, cumplimentando el impreso normalizado que se obtendrá en la Delegación del ISFAS o a través de la página web del ISFAS (*Ministerio de Defensa*), al que se acompañará la documentación que figure descrita en el mismo.

Podrá solicitarse el abono directo al centro hospitalario en lugar del reintegro de gastos, en cuyo caso se unirá al expediente, además de la documentación que sea necesaria, la conformidad del centro al procedimiento de abono, mediante escrito en el que se harán constar los datos de la cuenta bancaria a través de la que deberá materializarse el pago, sin que en este caso la factura emitida pueda reflejar un importe superior al de la prestación que se hubiera reconocido.

La prestación se reconocerá por un período máximo de seis meses, debiendo determinarse el límite de la ayuda económica y el procedimiento para su pago.

En el caso de que resulte necesario prolongar la asistencia del beneficiario, será preciso presentar una nueva solicitud acompañada de un informe del especialista encargado de su asistencia.

4. Ayudas para tratamientos de psicoterapia.

4.1. Objeto y contenido.

La prestación para tratamientos de Psicoterapia tiene por objeto mejorar las condiciones de accesibilidad a determinadas técnicas de psicoterapia de los titulares y beneficiarios que reúnan los requisitos establecidos en la presente Instrucción.

Esta prestación consistirá en una ayuda económica por cada sesión de psicoterapia, pudiendo ser objeto de cobertura, para los asegurados que reciben asistencia sanitaria a través de los servicios de Sanidad Militar o de la Red Sanitaria Pública, hasta un máximo de 30 sesiones por año natural (entre el día 1 de enero y el día 31 de diciembre de cada año), que deberán realizarse por los profesionales elegidos por el beneficiario, siempre que cuenten con la debida titulación oficial.

Los asegurados adscritos a Entidades de Seguro, podrán optar por la prestación descrita en el párrafo anterior cuando el tratamiento se imparta por profesionales, especialistas o centros no incluidos para cualquier actividad en los Catálogos de Servicios de la correspondiente Entidad, *circunstancia que se hará constar en el expediente mediante diligencia del Delegado del ISFAS*, o bien por el tratamiento que les ofrezca la Entidad con sus medios concertados, conforme a lo establecido en el Concerto de Asistencia Sanitaria vigente en cada momento. En caso de considerarse necesario por el especialista en Psiquiatría de la Entidad que prescriba el tratamiento y siempre que la causa no sea un trastorno de la alimentación, el asegurado podrá solicitar al ISFAS la prestación por un máximo de 10 sesiones por año natural como complemento del tratamiento recibido a través de los medios de la Entidad, debiendo acreditar previamente el haber recibido 20 sesiones a cargo de la misma.

El límite o importe máximo de la ayuda económica para psicoterapia que corresponda abonar por cada sesión no podrá ser nunca superior al coste facturado y es el que se recoge en el Anexo 2 a la presente Instrucción, y podrá ser actualizado por Resolución del Secretario general Gerente del ISFAS.

Quedan excluidos de este régimen de ayudas y por tanto no serán objeto de las mismas, los tratamientos mediante psicoanálisis, hipnosis o narcolepsia ambulatoria y los tratamientos que se realicen en régimen de internamiento u hospitalización.

Las ayudas económicas por psicoterapia serán incompatibles con las prestaciones por Hospitalización Psiquiátrica, tanto en régimen de internamiento, como de hospital de día.

4.2. Beneficiarios de la prestación.

Tendrán derecho a las ayudas para tratamientos de psicoterapia los titulares y beneficiarios que presenten alguno de los siguientes trastornos en fase aguda:

- Trastornos afectivos, del humor o del estado de ánimo. Depresión.
- Esquizofrenia.
- Trastornos de la alimentación: Bulimia, Anorexia nerviosa.
- Trastornos por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. (TDAH)
- Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.
- Trastornos por ansiedad.
- Trastornos neuróticos reactivos: de pánico, agorafobia, fobia social, obsesivo-compulsivos, postraumáticos por estrés, por ansiedad generalizada.

4.3. Procedimiento.

4.3.1. Solicitud y documentación del expediente.

Para el reconocimiento de las ayudas por Psicoterapia, deberá formularse previamente la correspondiente solicitud mediante la cumplimentación del impreso normalizado que se obtendrá en la Delegación del ISFAS o a través de la página web del ISFAS (*Ministerio de Defensa*), al que se unirá la documentación descrita en el mismo.

Previamente a dictar resolución se recabará dictamen del asesor médico de la Delegación o, cuando no fuera posible, del Área de Asistencia Sanitaria de la Subdirección de Prestaciones.

4.3.2. Resolución.

El Delegado del ISFAS dictará Resolución que, en caso de ser estimatoria, especificará el importe de la ayuda por sesión y el número de sesiones de tratamiento que serán objeto de ayuda económica. En ningún caso podrán reconocerse ayudas para más de 30 sesiones de tratamiento a un mismo beneficiario dentro del año natural en curso.

El abono de la prestación se podrá efectuar a través de un expediente de pago único. No obstante, de solicitarlo expresamente el interesado, podrá tramitarse un expediente con pagos sucesivos hasta hacer efectiva la totalidad de la prestación reconocida, si bien estos pagos deberán corresponder a un mínimo de diez (10) sesiones, salvo conclusión del tratamiento o finalización del año en curso.

5. Gastos por asistencia prestada por facultativo ajeno

5.1. Objeto y contenido.

Podrán acogerse a esta prestación exclusivamente los asegurados adscritos a los Consultorios del ISFAS para recibir asistencia primaria cuando excepcionalmente el ISFAS no disponga de Médico de Familia, Pediatra o profesional de Enfermería que pueda asignarse al Titular. En este caso se utilizará el facultativo privado que elija el beneficiario.

La prestación consistirá en el reintegro de los honorarios del facultativo.

5.2. Procedimiento.

El Delegado del ISFAS dictará Resolución una vez que el interesado haya cumplimentado el correspondiente impreso normalizado, al que se le unirá la documentación descrita en el mismo.

6. Ayudas para pacientes diabéticos

6.1. Reintegro de gastos por compra de jeringuillas de insulina.

Tendrán acceso al reintegro de gastos por compra de jeringuillas para insulina o por adquisición de agujas para inyectores u otros sistemas no precargados de insulina, los titulares y beneficiarios acogidos al régimen de colaboración concertada con la Sanidad Militar o al Concierto suscrito con el Instituto Nacional de la Seguridad Social y la Tesorería General de la Seguridad Social, cuando no les sean suministradas por los Centros de Atención Primaria.

Los pacientes deberán figurar en el «Censo de Diabéticos» de su Delegación del ISFAS, para lo cual deberá aportarse informe médico de especialista en Medicina interna o Endocrinología que acredite tal condición.

La prestación cubrirá el coste real de adquisición de un máximo de 60 jeringuillas al mes. En el caso de pacientes diagnosticados de Diabetes tipo 1 en los que se hubiera indicado tratamiento intensivo con inyecciones múltiples, el límite máximo de jeringuillas que podrían ser objeto de financiación se fija 120 al mes. Cuando esta prestación se solicitara para la compra de agujas para inyectores, el importe de la misma no podrá ser superior al importe establecido en el Anexo 2 de la presente Instrucción que, en su caso, podrá ser modificado por Resolución del Secretario General Gerente del ISFAS.

6.2. Reintegro de gastos por la compra de Bomba externa de infusión continua de insulina.

6.2.1. Beneficiarios.

Podrán acceder a la ayuda para adquisición de Bomba externa de infusión continua de insulina los beneficiarios del ISFAS diagnosticados de Diabetes tipo 1 que cumplan todos los criterios fijados en el Anexo de la Orden SCO/710/2004, de 12 de marzo por la que se autoriza la financiación de determinados efectos y accesorios con fondos públicos, siempre que no se les facilite gratuitamente por los servicios de la Modalidad asistencial a la que se encuentren adscritos.

6.2.2. Prescripción.

La prescripción de las bombas portátiles de infusión subcutánea continua de insulina para los titulares y demás beneficiarios del ISFAS deberá ser siempre llevada a cabo por Médico Especialista en Endocrinología y Nutrición de los correspondientes servicios asignados.

La prescripción deberá realizarse en el modelo de protocolo que figura en el Anexo 3 de esta Instrucción, basado en las recomendaciones para la selección de pacientes susceptibles de la indicación de bombas de insulina que se establecen en la Orden SCO/710/2004, de 12 de marzo, por la que se autoriza la financiación de determinados efectos y accesorios con fondos públicos. En el caso de los titulares adscritos a efectos de asistencia sanitaria a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, dicho informe podrá ser sustituido por el equivalente al uso en los citados Servicios que tienen a cargo su asistencia.

Junto con el impreso normalizado, la Delegación de este Instituto facilitará un modelo de informe médico protocolo, pudiendo obtenerse igualmente a través de la página web del ISFAS (*Ministerio de Defensa*).

6.2.3. Dispensación.-

Las bombas de insulina, una vez autorizada su financiación a cargo del ISFAS conforme al procedimiento establecido en el apartado 6.5. de la presente Instrucción, se dispensará en los servicios hospitalarios de los centros sanitarios propios o concertados correspondientes a la Modalidad Asistencial del beneficiario y que serán los que la Entidad o el correspondiente Organismo gestor a cargo de su asistencia sanitaria haya seleccionado para tal fin, bajo la responsabilidad y supervisión del Médico Especialista en Endocrinología y Nutrición responsable de la prescripción y seguimiento posterior del beneficiario.

El citado facultativo informará, en todo momento, al paciente sobre cualquier aspecto relacionado con la utilización de la bomba, de acuerdo con lo establecido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

6.3. Reintegro de gastos por compra de material fungible para Bomba de infusión insulina.

Los beneficiarios a los que se les hubiera reconocido la prestación para Bomba externa de infusión continua de Insulina, adscritos a las Modalidades A1, D1 y C, tendrán acceso a una ayuda para atender los gastos derivados de la adquisición del correspondiente material fungible, por el importe que se justificará mediante la aportación de las correspondientes facturas, sin que el mismo pueda exceder el límite establecido en el Anexo 2 de la presente Instrucción.

6.4. Reintegro de gastos por compra de reflectómetro.

Exclusivamente los beneficiarios adscritos a las Modalidades A1, D1 y C, que se encuentren incluidos en el citado «Censo de diabéticos» tendrán también derecho al reintegro del importe abonado por la adquisición de reflectómetros o glucómetros (aparatos medidores de glucemia), con el límite establecido en el Anexo 2 de la presente Instrucción.

6.5. Procedimiento.

El Delegado del ISFAS dictará Resolución en la que se concretará el importe de la ayuda una vez que el interesado haya cumplimentado el impreso normalizado al que se unirá la correspondiente factura, en la que figurará el nombre del paciente, concepto, sello, firma, número de orden y NIF/CIF del que la expida. En el supuesto de que el beneficiario no estuviera incluido en el «Censo de diabéticos» de la Delegación del ISFAS, deberá aportar además un informe médico del especialista en Medicina interna o Endocrinología en el que se señale expresamente el correspondiente diagnóstico.

En el caso de prestaciones para adquisición de Bomba externa para infusión continua de insulina, la solicitud se acompañará del informe médico al que se alude en el apartado 6.2.2. precedente, ajustado al modelo de protocolo que figura en el Anexo 3, que deberá ser emitido por el especialista en Endocrinología de los correspondientes servicios asignados que formule la prescripción.

Este informe será trasladado al Área de Asistencia Sanitaria que emitirá dictamen previo a la resolución de la solicitud, pudiendo recabar a tal fin la documentación e informes adicionales que considere necesarios para la emisión del dictamen.

El pago por ISFAS del coste de las bombas de insulina dispensadas de acuerdo con el procedimiento establecido en esta Instrucción podrá efectuarse:

a) Directamente al centro sanitario que lo dispense, si el titular al que se haya estimado la financiación de una bomba de insulina para sí o su beneficiario, autoriza, a su vez y de forma expresa, a abonar el coste de la factura emitida a su nombre por el centro hospitalario.

b) Mediante el reintegro al interesado del coste de la bomba de insulina facturada por el centro sanitario, para lo cual habrá de acreditarse que se ha materializado el pago de la factura.

7. Disposición derogatoria

A la entrada en vigor de la presente Instrucción quedarán sin efecto:

A) La Instrucción 4B0/20682/2003, de 9 de diciembre («BOD» n.º 243), del Secretario general Gerente del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, por la que se regula la Asistencia Sanitaria de Gestión Directa.

B) Cualquier disposición de igual o inferior rango, con fecha anterior a la de la presente Instrucción, sobre la materia objeto de la misma.

8. Disposición final

Esta Instrucción entrará en vigor a partir del día 1 de enero de 2005.

Madrid, a 27 de diciembre de 2004.—El Secretario General Gerente.- Esteban Rodríguez Viciano.

ANEXO 1

Documentación que deberá acompañarse a las Solicitudes de Prestaciones por Asistencia Sanitaria en el Extranjero

1. Asegurados comprendidos en los supuestos de las letras a), b) y c) del apartado 2.1

Las solicitudes deberán acompañarse de la siguiente documentación, debidamente traducida, por la Consejería de Defensa o por el propio interesado, salvo aquellas que estén redactadas en los idiomas francés o inglés:

– Facturas originales, debiendo figurar en ellas el nombre del paciente y detalle e importe de los cargos facturados, además del sello, firma, número de orden y, en su caso, con el NIF/CIF, correspondiente.

– Justificación documental del abono de la factura por parte del interesado.

– En los casos en que se solicite el abono directo a un centro hospitalario, documento en el que se reflejen los datos de la cuenta bancaria a través de la que deberá materializarse el pago, salvo que figuren en las correspondientes facturas.

– En el caso de titulares destinados en el exterior, cuando se solicite la formalización de un *Anticipo* a través de la Consejería de Defensa, deberá unirse a la solicitud el presupuesto o documentación en base a la que pueda realizarse una estimación aproximada del gasto.

– En los casos en que se solicite reintegro de gastos por dispensación de medicamentos para tratamientos ambulatorios o prestaciones por prótesis, se unirá documento en el que se refleje la correspondiente prescripción médica, salvo que se aporte informe médico en tal sentido.

– En los casos de internamiento hospitalario y en todos los supuestos en que se requiera al interesado, éste aportará informe médico relativo a la asistencia prestada al beneficiario, en el que se reflejará la prescripción de los tratamientos o actuaciones para los que se soliciten prestaciones.

En estos casos se entenderá que el interesado cede voluntariamente el informe médico que quedará unido al expediente, con el único objeto de hacer efectiva la prestación que solicita.

2. Asegurados comprendidos en el supuesto de la letra d) del apartado 2.1

En el caso de solicitudes de prestaciones por asistencia sanitaria de residentes en países que no sean miembros de la Unión Europea, se aportará traducida al idioma español, con la salvedad reflejada en el punto 1, la documentación que se cita a continuación:

– Documento que acredite la formalización de una póliza de seguro sanitario en el país de residencia.

– Justificantes de los gastos abonados por este seguro.

En caso de que excepcionalmente no hubiera sido posible formalizar una póliza de seguro sanitario, y la ayuda económica se solicite para la compensación de gastos derivados de atenciones o tratamientos dispensados al titular o sus beneficiarios, la solicitud se acompañará de la siguiente documentación:

a) Declaración del interesado acreditativa de la imposibilidad de suscribir la póliza de seguro.

b) Facturas abonadas por la asistencia.

En todo caso, los órganos competentes para dictar resolución podrán requerir a los interesados la presentación de los documentos que puedan resultar oportunos para acreditar la veracidad de la citada declaración.

ANEXO 2**LIMITES DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS DIRECTAS BAREMADAS**

PRESTACION	LIMITE DE LA AYUDA
HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA EN REGIMEN DE INTERNAMIENTO (AYUDA POR CADA ESTANCIA)	61,45 euros
HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA EN REGIMEN DE HOSPITAL DE DIA (AYUDA POR CADA ESTANCIA DIURNA)	40,06 euros
PSICOTERAPIA (IMPORTE MAXIMO POR CADA SESION)	33,35 euros
AGUJAS PARA INYECTORES DE INSULINA (IMPORTE MENSUAL MAXIMO)	22,03 euros
MATERIAL FUNGIBLE PARA BOMBAS DE INSULINA (IMPORTE MENSUAL MAXIMO)	207,20 euros
REFLECTOMETRO (AYUDA POR EQUIPO)	46,71 euros

ANEXO 3**PROTOCOLO DE SOLICITUD PARA LA AUTORIZACION DE DISPENSACION DE BOMBAS INFUSION SUBCUTANEA CONTINUA DE INSULINA****1. DATOS DEL PACIENTE**

Apellidos y Nombre:

N.º de Afiliación al ISFAS del titular:

Entidad Médica de adscripción:

Dirección de contacto:

Telf. de contacto: _____ Correo electrónico: _____

2. DATOS DEL FACULTATIVO ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN SOLICITANTE

Apellidos y Nombre:

N.º de Colegiado:

Dirección de contacto:

Telf. de contacto: _____ Correo electrónico: _____

3. DATOS DEL CENTRO DISPENSADOR (Datos a cumplimentar por el Centro)

Nombre del Hospital o Clínica:

Dirección:

Localidad y provincia:

Teléfono de contacto:

Correo electrónico:

4. DATOS DE LA BOMBA DE INSULINA (Datos a cumplimentar por el Centro)

Marca:

Modelo:

Casa Comercial o distribuidor:

Importe:

5. INDICACION

Requisitos que han de cumplir los pacientes a los que se prescribe la bomba portátil de infusión subcutánea de insulina

Con carácter general, los pacientes susceptibles de utilización de este tipo de bombas han de tener la suficiente capacidad intelectual para leer y retener información y realizar los ajustes necesarios en la dosis de insulina.

Señálese a continuación cada una de las situaciones concurrentes en las que se encuentre el paciente:

- Paciente diagnosticado de Diabetes Mellitus tipo 1.
- Año diagnóstico: _____
- Paciente diabética en gestación o en planificación de embarazo con mal control a pesar del tratamiento intensivo.
- Ha realizado un programa educativo sobre el cuidado en la diabetes.
- Ha mantenido un programa de inyecciones múltiples, como mínimo tres diarias, con autoajustes frecuentes de la dosis de insulina.
- Fecha en que inició el tratamiento con inyecciones múltiples _____
- Ha realizando autocontroles de glucemia, con una frecuencia media de cuatro controles diarios durante los dos meses previos a la indicación de la bomba.
- Se ha mantenido en régimen de inyecciones múltiples, experimentando durante el mismo las siguientes circunstancias:
 - Hemoglobina glucosilada > 7,0%.
 - Historia de hipoglucemia reciente.
 - Amplias variaciones en la glucemia preprandial.
 - Fenómeno del alba con glucemias que superen los 200 mg/dl.
 - Historia de desviaciones glucémicas severas.

MINISTERIO DE ADMINISTRACIONES PUBLICAS

CALENDARIO DE DIAS INHABILES

CORRECCION de errores de la Resolución de 18 de noviembre de 2004, de la Secretaría General para la Administración Pública, por la que se establece el calendario de días inhábiles en el ámbito de la Administración General del Estado para el año 2005, a efectos de cómputos de plazos.

Advertidos errores en el texto mencionado, publicado en el «Boletín Oficial del Estado» número 293, de fecha 6 de diciembre de 2004, se procede a efectuar las siguientes correcciones:

Página 40361.

Anexo del calendario de días inhábiles para el 2005:

Se debe señalar con un recuadro los días 9 y 24 de junio, correspondientes a días inhábiles en determinadas comunidades autónomas.

En el mes de septiembre, en el día 8:

Donde dice: «Aragón y Extremadura.», debe decir: «Asturias y Extremadura.»

(B. 255-4)

(Del BOE número 313 de 29-12-2004.)