

ISFAS

Resolución 4B0/06269/2010, de 20 de abril de 2010, de la Gerencia del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, por que la que regula la asistencia sanitaria fuera del territorio nacional.

El Texto Refundido de la Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2000, de 9 de junio, establece en su artículo 13 el contenido de la asistencia sanitaria de este régimen especial, que se desarrolla en el capítulo V de su Reglamento General, aprobado por Real Decreto 1726/2007, de 21 de diciembre.

El artículo 66 del citado Reglamento General de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas contempla la cobertura de la asistencia sanitaria fuera del territorio nacional, en determinados supuestos, facultándose al Secretario General Gerente del ISFAS para desarrollar normas reguladoras en este ámbito.

Por otro lado, la entrada en vigor del Reglamento (CE) 987/2009, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de septiembre de 2009, por el que se adoptan las normas de aplicación del Reglamento (CE) n.º 883/2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social, hace extensiva la aplicación de lo dispuesto en los artículos 19 y 27.1 del citado Reglamento 883/2004 a los titulares y beneficiarios del régimen especial de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.

1. PRESTACIONES POR ASISTENCIA SANITARIA EN EL EXTRANJERO. OBJETO.

La creciente movilidad de los titulares y beneficiarios del ISFAS fuera del territorio nacional, hace necesario articular un sistema de prestaciones para atender la asistencia sanitaria que puedan precisar durante su estancia en el extranjero, cuya extensión y contenido deben tener en cuenta el ámbito territorial del desplazamiento, así como las razones o circunstancias que lo motiven, personales o profesionales, considerándose, por tanto, los siguientes supuestos:

- a) Destino o comisión de servicio en el extranjero.
- b) Desplazamiento temporal en el extranjero por razones privadas.
- c) Residencia habitual en el extranjero, por razones privadas.

De conformidad con lo establecido en la Disposición adicional quinta de la Ley 39/2007, de 18 de marzo, de la carrera militar, y en el artículo 96 de la Ley 42/1999, de 19 de noviembre, de Régimen de Personal de la Guardia Civil, queda excluida del ámbito de cobertura regulado en esta Resolución, 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. DESTINO O COMISION DE SERVICIO EN EL EXTRANJERO.

2.1. Contenido general de la prestación.

Los titulares y sus beneficiarios tendrán derecho a la cobertura de la asistencia sanitaria que precisen durante su estancia en el país de destino o en el que se desempeñe la comisión de servicio por causa de enfermedad, accidente, embarazo o parto, con libertad de elección de servicios y, en general, por el procedimiento de reintegro de gastos, en los términos previstos en la presente Resolución.

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 un contenido análogo al que se recoge en el Real Decreto 1035/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, así como en la Resolución 4B0/38276/2009, de 16 de

diciembre, por la que se aprueba la cartera de servicios de asistencia sanitaria del ISFAS.

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) La prestación con productos dietéticos, en los límites y condiciones establecidos en España en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.

E) 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 ni gastos de acompañantes.

F) Las ayudas económicas que correspondan para prótesis, órtesis y otras prestaciones sanitarias complementarias, en las mismas condiciones y con las limitaciones establecidas en su regulación específica.

G) Vacunaciones en todos los grupos de edad y, en su caso, grupos de riesgo, según el calendario de vacunación del Sistema Nacional de Salud.

No obstante, cuando el titular tuviera algún seguro o sistema de protección cuya cobertura alcanzase la asistencia sanitaria, únicamente se atenderá el reintegro de costes no atendidos por el mismo.

Para la asistencia sanitaria en España, los titulares destinados o en comisión de servicio en el extranjero mantendrán los servicios asignados que les corresponda, en función de la modalidad asistencial a la que estuvieran adscritos antes de su salida del territorio nacional, con la salvedad prevista en el apartado 2.3.2.

2.2. Destino o Comisión de Servicios en países miembros de la Unión Europea y del Espacio Económico Europeo (EEE) y en Suiza.

En caso de estancia en países miembros de la Unión Europea y del Espacio Económico Europeo (Islandia, Liechtenstein y Noruega) y en Suiza, los titulares y sus beneficiarios podrán optar por acogerse al régimen de prestaciones desarrollado en el apartado 2.1. precedente, durante el tiempo que se prolongue el destino o la comisión de servicio, o bien solicitar la Tarjeta Sanitaria Europea.

En este último supuesto, cuando en el sistema de seguridad social del país de estancia se exijan copagos, podrá solicitarse su reembolso a cargo del ISFAS exclusivamente por asistencia primaria, atención especializada, servicios de urgencia, prestaciones ortoprotésicas y prestaciones complementarias amparadas en territorio nacional, en los límites y condiciones establecidos en su normativa reguladora.

Las condiciones de expedición y uso de la Tarjeta Sanitaria Europea se ajustarán a lo dispuesto en el apartado 7.

2.3. Destino o Comisión de Servicios fuera del ámbito de la Unión Europea.

Durante los primeros cinco años de estancia en países que no fueran miembros de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo ni Suiza, será aplicable lo dispuesto en el apartado 2.1. precedente.

Cuando el destino se prolongue más de cinco años, los titulares deberán suscribir un seguro de asistencia sanitaria para su protección y la de sus beneficiarios, con una extensión y contenido similares, en lo posible, a los del sistema de protección que disfrute la población general del país de destino o, en su caso, el personal contratado al servicio de la Agregaduría de Defensa en ese país. En este supuesto, las prestaciones a cargo del ISFAS por la asistencia del titular y sus beneficiarios en el país

de destino se limitarán al pago de las cuotas correspondientes a la póliza del seguro.

Si el titular no suscribe un seguro de asistencia sanitaria, a partir de la fecha en que concluya el plazo señalado al efecto, únicamente se atenderán los gastos que se deriven de las prestaciones detalladas en el apartado 2.1., con un límite de 5.520 euros/año por persona.

Además, el titular y sus beneficiarios serán adscritos a la Modalidad D0, «Sin adscripción».

No obstante, cuando algún beneficiario permanezca en España, por razones de estudios u otras circunstancias excepcionales, que habrán de acreditarse, a petición del titular, podrá autorizarse su adscripción a otra modalidad asistencial, durante un periodo de hasta 12 meses, prorrogable. La solicitud dará lugar a un procedimiento de cambio extraordinario de Modalidad Asistencial.

2.3.1. Procedimiento para la efectividad de la prestación.

A) Cuando la estancia fuera del ámbito señalado supere los cinco años, el ISFAS notificará esta circunstancia al titular, al objeto de que en el plazo de seis meses suscriba una póliza de Seguro Sanitario, advirtiéndole que, una vez concluido este plazo, sólo se atenderán los gastos que pudieran producirse por su asistencia o la de sus beneficiarios hasta un límite de 5.520 euros por persona cada año natural, y que su Modalidad asistencial en España pasará a ser D0 «SIN ADS- CRIPCIÓN».

El cómputo del periodo de estancia se valorará, teniendo en cuenta la fecha de la disposición por la que el titular hubiera sido destinado en un Estado fuera del ámbito de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo (Islandia, Liechtenstein y Noruega) o Suiza.

B) Para la formalización del seguro podrá recabarse el apoyo de la Agregaduría de Defensa o de la SEA de la que dependa el titular.

Una vez formalizado el seguro de asistencia sanitaria, se remitirá una copia del contrato a la Subdirección de Prestaciones del ISFAS. Si el contrato no estuviera redactado en español, inglés o francés, deberá acompañarse de la traducción simple de los apartados en los que se regulen las prestaciones cubiertas y las cuotas a abonar.

El importe máximo que se atenderá por esta prestación será de 460 euros por persona y mes para Estados Unidos y de 350 euros por persona y mes para otros países. En el caso de que el titular tuviera algún beneficiario a su cargo, con una edad superior a los 65 años, el importe máximo de la prestación se incrementará en un 30 por 100.

Los límites establecidos se actualizarán con efectos de 1 de enero de cada año, conforme a la variación que experimente el IPC general del año anterior.

C) El titular podrá solicitar el reembolso de las cuotas mensuales que previamente haya abonado por el Seguro, mediante escrito formulario al que adjuntará las correspondientes facturas o recibos (documentos originales).

En los supuestos de estancias prolongadas en que no se hubiera suscrito un seguro de asistencia sanitaria, el titular podrá solicitar la compensación de gastos asistenciales, en los límites fijados, conforme al procedimiento general establecido en el apartado 6.

2.3.2. Asistencia en territorio nacional.

Cuando los titulares y beneficiarios, que se encuentren en esta situación y adscritos a la Modalidad D0, se desplacen temporalmente a territorio nacional, la asistencia que precisen se dispensará a través de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas. A tal efecto, por la Delegación del ISFAS correspondiente al lugar de estancia se facilitará un documento de desplazado que permitirá acreditar el derecho a la cobertura de la asistencia a cargo del ISFAS.

Asimismo, los titulares y beneficiarios tendrán acceso al resto de las prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios del ISFAS por contingencias ocurridas durante la estancia en España.

3. DESPLAZAMIENTO TEMPORAL EN EL EXTRANJERO POR RAZONES PRIVADAS.

3.1. Condiciones generales.

A) Con carácter general, se atenderá la cobertura de la asistencia sanitaria urgente o de carácter inmediato durante desplazamientos en el extranjero, con libertad de elección de servicios, 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 concurren.
- La asistencia esté cubierta por un seguro de cualquier tipo.

B) La asistencia sanitaria que será objeto de cobertura comprenderá las prestaciones de asistencia sanitaria, que se precisen, desde un punto de vista médico, para evitar que una persona asegurada se vea obligada a regresar antes del final de la estancia prevista, con el fin de someterse al tratamiento necesario, incluyendo:

- La asistencia médica, hospitalizaciones quirúrgicas y no quirúrgicas y cualquier otro servicio de estancia y tratamiento en Centro Sanitario con un contenido equivalente al que se prestaría en España.
- Transporte sanitario (ambulancia) para el desplazamiento de urgencia al centro sanitario más próximo.
- El coste total de los medicamentos y demás productos farmacéuticos aplicados en régimen de hospitalización.
- El 70 por 100 del coste de los medicamentos y demás productos farmacéuticos que sean objeto de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud en España, dispensados en régimen ambulatorio.
- Las ayudas que correspondan por prestaciones ortoprotésicas.
- Prestaciones sanitarias complementarias incluidas en la Cartera de Servicios del ISFAS, con los límites establecidos, exceptuando aquellas que sean facilitadas directamente por los servicios asistenciales asignados en España,

C) El periodo de cobertura se extenderá a un máximo de seis meses. No obstante, en caso de desplazamientos temporales para cursar estudios, a petición del titular, podrá autorizarse la extensión del periodo de cobertura, debiendo acreditarse documentalmente el motivo de la estancia, en el momento de solicitar el reintegro de gastos.

3.2. Desplazamientos temporales a países miembros de la Unión Europea, del EEE o a Suiza.

En caso de desplazamientos a países miembros de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo (Islandia, Liechtenstein y Noruega) o a Suiza, los titulares y sus beneficiarios podrán solicitar la Tarjeta Sanitaria Europea que les permitirá acceder a la asistencia sanitaria que precisen a través sistema de sanidad pública del país de estancia.

Las condiciones de expedición y uso de la Tarjeta Sanitaria Europea se ajustarán a lo dispuesto en el apartado 7.

Cuando en el sistema de seguridad social del país de estancia se exijan copagos, podrá solicitarse su reembolso a cargo del ISFAS, exclusivamente en caso de prestaciones por asistencia primaria, atención especializada, servicios de urgencia, prestaciones ortoprotésicas y prestaciones complementarias amparadas en territorio nacional, en los límites y condiciones establecidos en su normativa reguladora.

3.3. Desplazamiento por agrupación.

Cuando un titular se desplace al país donde el cónyuge, o persona con la que mantenga relación de pareja estable, se

encuentre destinado o en comisión de servicio, y siempre que éste tenga a su vez la condición de titular del ISFAS, será aplicable lo dispuesto en el apartado 2 de la presente Resolución, asimilándose su situación a la del titular destinado o en comisión de servicios.

4. GASTOS POR REPATRIACION.

Con carácter excepcional, en caso de enfermedad o accidente surgidos durante la estancia en el extranjero, que hagan necesaria una hospitalización prolongada, superior a 30 días, podrá atenderse la cobertura del traslado del beneficiario, en transporte sanitario, a servicios hospitalarios asignados en territorio nacional.

La solicitud se acompañará de un informe médico del centro hospitalario, en el que se hará constar que la situación del paciente es estable y permite el traslado.

5. RESIDENCIA HABITUAL EN EL EXTRANJERO.

5.1. Consideraciones generales.

Los asegurados que fijen su residencia habitual en el extranjero deberán comunicar a la Delegación del ISFAS que corresponda, su nuevo domicilio, a fin de que se proceda a modificar su Modalidad asistencial en España que pasará a ser D0 «SIN ADSCRIPCIÓN». El derecho a las correspondientes prestaciones nacerá en la fecha en que se realice esta notificación.

Cuando el titular o sus beneficiarios 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 correspondiente al lugar de estancia el documento de desplazado que le permitirá acreditar su derecho a la cobertura de la asistencia a cargo del ISFAS.

5.2. Residencia habitual en países de la Unión Europea.

En los casos en que el titular y sus beneficiarios fijen su residencia en un país miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo (Islandia, Liechtenstein y Noruega) o en Suiza, se atenderá la asistencia sanitaria que precisen por enfermedad, accidente y maternidad en el país de residencia, con el contenido detallado en el apartado 2.1. de la presente Resolución.

5.3. Residencia habitual fuera del ámbito de la Unión Europea.

Los asegurados que fijen su residencia fuera del ámbito señalado en el apartado anterior, tendrán derecho a percibir una ayuda económica para atender la cobertura de las prestaciones de asistencia sanitaria que puedan precisar mediante la suscripción de una póliza de seguro sanitario, sin que puedan atenderse otros gastos por prestaciones de cualquier tipo.

El importe de dicha ayuda tendrá un límite equivalente al precio que por persona y año deba abonar el ISFAS a las entidades de Seguro que hubieran suscrito 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 cualquier prestación de 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 el límite por persona al que se refiere el párrafo anterior.

El derecho a la prestación económica regulada en 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 y quede adscrito a la modalidad asistencial D0.

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.

6. PROCEDIMIENTO GENERAL PARA HACER EFECTIVAS LAS PRESTACIONES.

6.1. Solicitudes y documentación.

Las solicitudes de prestaciones de asistencia sanitaria en el extranjero, podrán formularse en impreso normalizado que se obtendrá en las Delegaciones del ISFAS, en las Agregadurías de Defensa o Secciones Económico-Administrativas en el extranjero o a través de la página Web de este Instituto. En todo caso la solicitud deberá reflejar los datos del titular y del beneficiario, la dirección señalada para las notificaciones, las prestaciones que se interesan y los datos de la cuenta bancaria en la que deberá ingresarse el importe de la prestación.

A las solicitudes deberán unirse los documentos que se detallan a continuación y su traducción, salvo que estuvieran redactados en español, francés o inglés:

- Hoja de autoliquidación en la que se detalle el importe de cada prestación cuya cobertura se solicita, liquidación que se ajustará al modelo que se recoge en el Anexo 1.
- Facturas, que deben ser originales (no proforma ni fotocopias) y estar abonadas, debiendo figurar en ellas, necesariamente, el nombre del paciente y detalle e importe de los cargos facturados, así como lugar y fecha de su expedición, además del sello, firma, número de orden y NIF/CIF.
- Justificación documental del abono de las facturas.
- Cuando se solicite el abono directo a un centro hospitalario, conforme a la previsión recogida en el apartado 6.2.2.A), 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 o pago a cuenta a través de la Agregaduría de Defensa o de la correspondiente Sección Económico-Administrativa, deberá unirse a la solicitud presupuesto o documentación en base a la que pueda realizarse una estimación aproximada del gasto.
- Informe o documento en el que se refleje la prescripción del médico responsable cuando se soliciten prestaciones farmacéuticas, prestaciones por prótesis, tratamientos de rehabilitación y pruebas o estudios de diagnóstico de alta tecnología.
- En los casos de internamiento hospitalario y en todos los supuestos en que se requiera expresamente por el ISFAS, informe médico relativo a la asistencia prestada al beneficiario, en el que se reflejará, en su caso, la prescripción de los tratamientos o actuaciones para los que igualmente se soliciten prestaciones.

En estos casos se entenderá que el interesado cede voluntariamente este informe, con el único objeto de hacer efectiva la prestación que solicita.

En el caso de solicitudes de prestaciones por asistencia sanitaria de residentes en países que no sean miembros de la Unión Europea, se aportará:

- Documento que acredite la formalización de una póliza de seguro sanitario en el país de residencia.
- Justificantes de los gastos abonados por este seguro.

Cuando 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 a sus beneficiarios, la solicitud se acompañará de la siguiente documentación:

- a) Declaración responsable en la que se haga constar la imposibilidad de suscribir la póliza de seguro, indicando las razones.
- b) Facturas abonadas por la asistencia.

En todo caso el órgano competente para dictar resolución podrá requerir a los interesados la presentación de los documentos que puedan resultar oportunos para acreditar la veracidad de la citada declaración.

6.2. Reconocimiento de las prestaciones.

6.2.1. Procedimiento de reintegro de gastos.

Con carecer general, la cobertura de la asistencia sanitaria 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.

6.2.2. Procedimientos especiales.

A) Previa solicitud expresa del interesado, podrá autorizarse el abono directo a centros hospitalarios, mediante transferencia, 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 este caso se aplicará el cambio vigente en la fecha en que se materialice el pago de la factura,

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

C) Cuando la asistencia se preste en centros con los que el ISFAS haya formalizado acuerdos de colaboración, el procedimiento para la tramitación de los expedientes se asimilará al que corresponda para prestaciones por asistencia en centros concertados.

En todos los supuestos señalados, 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.

7. TARJETA SANITARIA EUROPEA.

7.1. Asistencia sanitaria a través de la Tarjeta Sanitaria Europea.

La Tarjeta Sanitaria Europea (TSE) es individual y certifica el derecho de su titular a recibir las prestaciones sanitarias que sean necesarias desde un punto de vista médico, durante una estancia en cualquiera de los países integrantes de la Unión Europea (Alemania, Austria, Bélgica, República Checa, Chipre, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, Suecia), del Espacio Económico Europeo (Islandia, Liechtenstein, Noruega) y en Suiza, teniendo en cuenta la naturaleza de las prestaciones y la duración prevista de la estancia.

En el Centro extranjero donde se solicite asistencia sanitaria deberá presentarse la Tarjeta Sanitaria Europea o certificado sustitutorio, que acredite el derecho a las prestaciones, y el documento acreditativo de la identidad del titular de la Tarjeta (DNI, pasaporte, etc.).

Si no se dispusiera de la citada Tarjeta o del certificado sustitutorio, la institución del lugar de estancia, a petición del interesado, se dirigirá al ISFAS, como institución competente, para obtenerlo.

La asistencia sanitaria a que da derecho la Tarjeta Sanitaria Europea incluye la atención sanitaria necesaria en el sistema de sanidad pública del país de estancia. También se cubrirá cualquier tratamiento médico relacionado con el embarazo, incluyendo el parto, no dando derecho a repatriación o transporte al país de origen o residencia habitual.

En general, las instituciones del Estado miembro de estancia facilitarán las prestaciones de asistencia sanitaria, que se precisen, desde un punto de vista médico, para evitar que una persona asegurada se vea obligada a regresar antes del final de la estancia prevista, con el fin de someterse al tratamiento necesario, de conformidad con su legislación.

La Tarjeta Sanitaria Europea no es válida si el motivo del desplazamiento a otro Estado es recibir un tratamiento médico específico para una enfermedad o lesión que el paciente tenía antes de viajar. Tampoco da acceso a atención sanitaria privada.

Las prestaciones a las que da acceso la Tarjeta Sanitaria Europea serán las mismas a que tienen derecho los ciudadanos del país donde el interesado se encuentre, debiendo tenerse en cuenta que cada país tiene sus propias normas de forma que, en algunos, la asistencia es gratuita, pero en otros podría requerirse una parte de los costes o atenderse las prestaciones por el sistema de reembolso.

En este último caso, si el beneficiario hubiera sufragado efectivamente los costes de la asistencia, podrá solicitar el reembolso a la institución del lugar de estancia o bien al ISFAS a su regreso a España.

La Tarjeta Sanitaria Europea sólo podrá utilizarse mientras se esté en situación de alta en el ISFAS. Por lo tanto, aunque la validez de la tarjeta fuera superior, si el interesado pasara a la situación de baja, deberá comunicarlo y dejar de hacer uso de dicha tarjeta, ya que de lo contrario habrá abonar las facturas derivadas del tratamiento que reciba y podrán reclamarse las prestaciones indebidamente percibidas, conforme a lo dispuesto en el artículo 47 del Reglamento General de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, aprobado por Real Decreto 1726/2007, de 21 de diciembre.

7.2. Expedición de la Tarjeta Sanitaria Europea.

Los titulares y beneficiarios del ISFAS en situación de alta podrán obtener la Tarjeta Sanitaria Europea para estancia en países miembros de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo (Islandia, Liechtenstein y Noruega) o en Suiza. El período de validez constará en la Tarjeta Sanitaria Europea y se ajustará atendiendo al motivo del desplazamiento y a otras circunstancias de afiliación.

La Tarjeta Sanitaria Europea podrá solicitarse a través de la Oficina Electrónica o en las Delegaciones del ISFAS y se recibirá en el domicilio que se asigne al efecto en un plazo aproximado de 15 días, razón por la que habrá de solicitarse con suficiente antelación.

En caso de urgencia o extravío, se emitirá el Certificado Provisional Sustitutorio, documento que es equivalente a la Tarjeta Sanitaria Europea y que permitirá, en las mismas condiciones, un acceso a la asistencia sanitaria y una asunción de la misma durante una estancia temporal en otro Estado miembro. También podrá solicitarse el certificado provisional sustitutorio desde el país de estancia en caso de olvido o extravío.

El certificado es individual y acredita el derecho de su titular a recibir prestaciones sanitarias en las mismas condiciones que la Tarjeta Sanitaria Europea, desde la fecha de inicio hasta la del fin de su validez, que constarán en el certificado.

8. DISPOSICION DEROGATORIA.

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

A) El apartado 2 y el anexo 1 de la Instrucción 4B0/20682/2003, de 9 de diciembre, 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 Resolución, sobre la materia objeto de la misma.

9. DISPOSICION FINAL.

Esta Resolución entrará en vigor el día 1 de mayo de 2010.

Madrid, 20 de abril de 2010.—La Secretaria General Gerente, Celia Abenza Rojo.

ANEXO 1

Número de Afiliación		DATOS DEL TITULAR			N.I.F.	
Apellidos			Nombre		Teléfono	
DOMICILIO (Sólo si desea variar el que consta en el ISFAS)		Calle y número		Código Postal y Localidad		Provincia
DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES	<input type="checkbox"/> EL QUE CONSTE PARA EL ISFAS <input type="checkbox"/> EL QUE FIGURA A CONTINUACIÓN		Calle y número		Correo electrónico:	
			Código Postal y Localidad/Provincia		N.º FAX	
<input type="checkbox"/> El interesado NO dispone de un Seguro u otro Sistema de protección para la Asistencia Sanitaria en el Extranjero. <input type="checkbox"/> El interesado dispone de un Seguro u otro Sistema de protección para la Asistencia en el Extranjero, que NO cubren las prestaciones que se solicitan. <input type="checkbox"/> Otras situaciones (especificar)						
AUTOLIQUIDACIÓN						
N.º ORDEN BENEFICIARIO	N.º FACTURA	FECHA dd/mm/aaaa	CLAVE	TIPO PRESTACIÓN. En el caso de Asistencia en consulta se indicará la Especialidad.	IMPORTE	
CLAVE	M: Asistencia en consulta	H: Hospitalización	D: Pruebas de diagnóstico	O: Odontología	V: Otras	MONEDA DE FACTURACIÓN: _____
	RH: Rehabilitación	TS: Transporte Sanitario	F: Farmacia	P: Prótesis		