

Fecha: 9/1/2001

CIRCULAR: 1/2001

**DE LA DIRECCIÓN GENERAL PARA LOS RECURSOS HUMANOS Y ECONÓMICOS,
POR LA QUE SE REGULAN LOS DISTINTOS PROCEDIMIENTOS DE FACTURACIÓN
POR ASISTENCIAS SANITARIAS PRESTADAS A CIUDADANOS EXTRANJEROS.**

La realidad turística de la Comunidad Valenciana la convierte sobre todo en una zona geográfica receptora de gran número de ciudadanos de otros países, tanto en estancias temporales como permanentes. Ello hace necesario articular unas pautas de actuación de todas nuestras unidades, tanto administrativas como asistenciales, en orden a ofrecer a los usuarios que visitan la Comunidad Valenciana una asistencia sanitaria eficaz y satisfactoria, garantizando a la vez un estricto control de los efectos económicos que evidentemente tiene dicha prestación tanto para esta Administración como para el sistema de la Seguridad Social de los países de origen.

Actualmente, varias Circulares regulan de forma directa estos supuestos; en concreto, la Circular 9/89 del Director del SVS, la Circular 5/99 de la Dirección de Régimen Económico y la Circular 1/2000, de esta Dirección General. Con la presente, se pretende unificarlas en una sola Circular que actualice, aclare y simplifique todos los procedimientos de gestión referentes a prestaciones sanitarias a extranjeros.

Para lograr este objetivo, hay que recoger todos los supuestos de prestaciones sanitarias a ciudadanos extranjeros con que los Centros sanitarios se pueden encontrar, diferenciando si el país del que proceden tiene suscrito o no con España convenio internacional de asistencia sanitaria mutua.

1º.- PRESTACIONES SANITARIAS A ASEGURADOS PROVENIENTES DE LOS QUINCE PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA O DEL ESPACIO ECONÓMICO EUROPEO (ISLANDIA, LIECHTEINSTEIN Y NORUEGA) O PAÍSES QUE TIENEN SUSCRITO CON ESPAÑA CONVENIO BILATERAL DE SEGURIDAD SOCIAL QUE INCLUYA LAS PRESTACIONES DE ASISTENCIA SANITARIA.

El ingreso de España en la Comunidad Económica Europea, a partir de 1º de Enero de 1986, tuvo como consecuencia, en materia de Seguridad Social, la aplicación de los Reglamentos Comunitarios 1408/71 y 574/72, que supusieron, por un lado, la sustitución de los Convenios bilaterales que en esa materia existían en la mayoría de los Estados que componen dicha Comunidad y, por otro, la incorporación de aquellos con los que, como Dinamarca, Grecia e Irlanda, no existía tal convenio.

Ahora bien, la aplicación de estos Reglamentos sólo se limita al ámbito de la Unión Europea, excluyendo a aquellos otros Estados, no miembros de la U.E., con los que España podrá, en todo caso, suscribir Convenios bilaterales de asistencia sanitaria mutua.

Por ello, se diferencian los procedimientos de facturación derivados de los Reglamentos Comunitarios, de aquellos otros derivados de Convenios bilaterales de asistencia sanitaria.

1.1.- PRESTACIONES SANITARIAS A ASEGURADOS PROVENIENTES DE LOS QUINCE PAISES DE LA UNIÓN EUROPEA O DEL ESPACIO ECONÓMICO EUROPEO (ISLANDIA, LIECHTEINSTEIN Y NORUEGA).

Los Reglamentos Comunitarios son un conjunto de normas que persiguen hacer efectivo el principio de igualdad de trato entre los ciudadanos de Estados miembros de la Unión Europea o del Espacio Económico Europeo, de modo que las personas que residan en el territorio de uno de estos Estados, y siempre que cumplan los requisitos y con las limitaciones que en los mismos se determinan, puedan acogerse al beneficio de la legislación de todo Estado miembro en las mismas condiciones que los nacionales de éste.

En lo que a asistencia sanitaria se refiere, los Reglamentos diferencian las distintas circunstancias que pueden concurrir en el ciudadano de la U.E. o del Espacio Económico Europeo trasladado a otro Estado miembro para determinar la cobertura asistencia! que asume la Caja de Salud de su país de origen. Estas circunstancias son principalmente dos:

si el traslado es temporal o, por el contrario, fijan su residencia de modo permanente en otro Estado miembro.

la condición del ciudadano europeo de trabajador, beneficiario, pensionista, trabajador desempleado o estudiante.

A) CIUDADANOS COMUNITARIOS QUE SE TRASLADAN A ESPAÑA (EN CONCRETO, A LA COMUNIDAD VALENCIANA) CON CARÁCTER TEMPORAL O HABITUAL EN DETERMINADOS SUPUESTOS.

Este supuesto viene referido normalmente a aquellos ciudadanos comunitarios que se trasladan temporalmente a la Comunidad Valenciana, bien por estar de vacaciones, por trabajo o por cualquier otra razón. En estos casos, el coste de la asistencia se facturará siempre al país de origen por cada uno de los actos médicos que se haya prestado y por el procedimiento establecido en el apartado A.2.

A1.- Formularios de enlace que dan derecho a la asistencia sanitaria.

Formulario E-111

Es el documento-base y el más habitual para este tipo de supuestos. Este documento acredita que el usuario es titular o beneficiario de la Seguridad Social de su país de origen. Por ello, el documento está expedido por el organismo competente de su país y lo ha de presentar conjuntamente con el documento que acredite su identidad.

Son portadores de este documento aquellos trabajadores y sus beneficiarios o familiares así como los pensionistas y sus familiares que lo hayan solicitado en su país de origen, y que se trasladen a España (en concreto, a la Comunidad Valenciana), con carácter temporal. Esta temporalidad es la que determina que el documento tenga un período de validez que puede ser ampliado según se

prolongue la estancia. No obstante, los formularios E-111 emitidos por instituciones competentes del Reino Unido a favor de sus asegurados sin fecha cerrada de validez deben ser admitidos con independencia del tiempo transcurrido desde su emisión.

Contenido de la cobertura

El E-111 es un documento que cubre toda aquella atención sanitaria que el titular o beneficiario precise de modo inmediato durante su estancia temporal en la Comunidad Valenciana: En este sentido, cabe indicar que la necesidad inmediata reseñada no debe asimilarse únicamente al concepto de urgencia, ya que dicha asistencia se puede prestar tanto en los servicios de urgencia como en cualquier otro servicio sanitario, puesto que lo que la caracteriza es que, desde el punto de vista médico, dicha asistencia se considere oportuna y no sea aconsejable para el paciente la demora en su concesión. Dentro de este contenido, las prestaciones sanitarias que se dispensen a estos ciudadanos tendrán la misma extensión que la de los asegurados del Régimen General de la Seguridad Social Española, comprendiendo la asistencia por enfermedad común o profesional y accidente laboral o no, maternidad y prestación farmacéutica. En todo caso, se estará a lo dispuesto en el artículo 16 de la Ley General de Sanidad.

Ahora bien, si este carácter inmediato es requisito indispensable para la operatividad del E-111 en el caso de trabajadores y beneficiarios, no obstante, no tiene el mismo alcance para los pensionistas y sus beneficiarios. El Reglamento 1408/71, en su artículo 31, reconoce la asistencia sanitaria a este colectivo sin más condicionamiento, y así lo ha entendido el INSS en distintas Resoluciones, al considerar que dicho colectivo suele tener aparejadas una serie de patologías crónicas debido a su estado y/o a su situación de invalidez que deben considerarse, en todo caso, como de necesidad inmediata. Por tanto, para el caso de los pensionistas, la asistencia sanitaria cubierta por el E-111 debe ser total.

En el caso de que el ciudadano comunitario (tanto trabajador, pensionista o familiares de uno u otro) esté siendo sometido a un tratamiento específico previo y continuo, en su país de origen, de diálisis renal u oxigenoterapia, que requiera ser continuado durante una estancia temporal en la Comunidad Valenciana, y siempre que dicha estancia no se realice por razones médicas, las prestaciones derivadas de este tratamiento se incluirán dentro de la cobertura propia del E-111. En estos casos, será el interesado el que se encargue de realizar los trámites previos, necesarios para garantizar la disponibilidad real de los tratamientos en cuestión durante su estancia temporal.

Diferente a este supuesto es el del ciudadano comunitario que expresamente se traslada a la Comunidad Valenciana para recibir cualquier otro tratamiento específico distinto de los antes mencionados. Para estos supuestos existe otro documento diferente (E-112), que a continuación se expone.

Atendido el ciudadano comunitario en el Centro sanitario, presentando al efecto el correspondiente E-111, puede ocurrir que el tratamiento que precise implique la implantación de una prótesis o grandes aparatos de coste superior a 500 euros. La concesión de esta prestación está subordinada a la no oposición por parte de la institución competente del país de origen, salvo en el supuesto de urgencia vital o de un coste inferior a 500 euros. Se considerarán casos de urgencia vital y consecuentemente eximidos de notificación previa, aquellos en que el servicio de alguna de las prestaciones reconocidas por la Seguridad Social española no pueda diferirse sin poner en peligro la vida o comprometer la salud del interesado, así como cuando haya de renovarse algún artículo ortopédico por rotura o deterioro del mismo.

El Centro sanitario enviará a la Dirección Provincial del INSS una comunicación expresando la necesidad del tratamiento y la relación de los gastos efectivos a que dé lugar la concesión de estas prestaciones, acompañadas de una fotocopia del formulario E-111. La Dirección Provincial del INSS tramitará la comunicación al país de origen para su autorización. Si en el plazo de quince días desde su comunicación no se recibe respuesta, se entiende autorizado el implante. Este tipo de prestaciones sólo se concederán si están previstas en la legislación española y su facturación, una vez autorizada, seguirá los trámites del apartado A.2.

Cuando la causa de la asistencia sea un accidente de trabajo o enfermedad profesional, se comunicará igualmente dicha circunstancia a la Dirección Provincial del INSS mediante escrito acompañado del correspondiente formulario de derecho. Este organismo lo comunicará al competente del país de origen. La facturación de este tipo de asistencias seguirá los mismos trámites del apartado A.2.

Formulario E-112

Es un documento de derecho a la asistencia sanitaria para trabajadores, pensionistas y los beneficiarios de ambos, que acuden expresamente a un Centro sanitario de la Comunidad Valenciana para recibir un tratamiento específico, diferente de la diálisis renal u oxigenoterapia. Debe encuadrarse, por tanto, dentro de la cobertura de este formulario cualquier tipo de intervención programada que se practique.

Mediante este documento, la Seguridad Social del país de origen se compromete a pagar los gastos que ocasione el tratamiento que se preste al portador del mismo. Previamente se habrá realizado desde el país de origen, la reserva en el Centro hospitalario correspondiente. Cuenta igualmente con un periodo de validez temporal.

Una vez en la Comunidad Valenciana, la tramitación de este formulario, a efectos de facturación, será la misma que para el E-111, y que se describe en el apartado A.2.

Formulario E-119

Es un documento reservado para los trabajadores desempleados y sus familiares que se trasladan temporalmente a España. En estos supuestos, el trabajador desempleado sigue cobrando la prestación por desempleo de su país, si bien recibirá, durante su estancia temporal en España, la asistencia sanitaria que precise. Este documento debe ir sellado por el INSS. Además de este formulario, es necesario que el desempleado tenga en su poder un formulario E303/3 cumplimentado en su apartado 7 por las Oficinas de Empleo de la Comunidad Valenciana.

Esta cobertura, al estar derivada de su situación de desempleado, tendrá un período de validez que nunca podrá exceder de la duración de ésta.

Formulario E-106

Documento de derecho a la asistencia sanitaria reservado para trabajadores y sus familiares que convivan con ellos, que trasladan su residencia a España. Su validez suele estar abierta. Debe ser presentado en la Dirección Provincial del INSS, que entrega un ejemplar al interesado consignando

validez de un año prorrogable mientras no se reciba un formulario de finalización del derecho. En la práctica, este colectivo suele optar por el uso del formulario E-128.

Este documento está previsto también para aquellos trabajadores que hayan optado por la prejubilación en sus países de origen y para pensionistas (sobre todo de Alemania) que no reúnan los requisitos previstos por la legislación competente para obtener un E-121 (también para sus familiares).

El formulario también acredita el derecho a prestaciones sanitarias de los familiares residentes en España de trabajadores comunitarios en situación de desempleo.

La asistencia que garantiza no está limitada a la inmediata necesidad sino que es total y completa, es decir, con la extensión y modalidades que prevea la legislación de la Seguridad Social española.

Formulario E-120

Se aplica a los solicitantes de pensión y sus familiares que se desplazan a la Comunidad Valenciana. Debe ser presentado en el INSS igual que el E-106; la cobertura es completa.

Formulario E-128

Este documento se reserva para los estudiantes comunitarios que se trasladan a España para realizar estudios o formación profesional tendentes a una titulación oficial reconocida (y sus familiares) y para los trabajadores que se desplazan a España por motivos laborales y continúan afiliados en la Seguridad Social de su país de origen (y sus familiares)

La asistencia sanitaria que garantiza es total y completa, ajustándose a las mismas normas que rigen para los asegurados y beneficiarios de la Seguridad Social española.

En cuanto a la prestación farmacéutica, en todos estos casos, la prescripción y dispensación de productos farmacéuticos y material de curas se ajustará a las mismas normas que rigen para los asegurados y beneficiarios de la Seguridad Social española.

A.2.- Procedimiento de facturación.

A efectos de facturación, deben quedar claras las siguientes cuestiones:

la asistencia sanitaria cubierta por el formulario deberá liquidarse conforme al procedimiento que a continuación se reseña. El resto de asistencia que pueda recibir el paciente y no esté cubierta por el documento de derecho, se deberá liquidar con cargo al paciente, conforme a los procedimientos generales de liquidación de tasas sanitarias recogidos en la Circular 5/99.

Todos los formularios de derecho deberán estar cumplimentados en todos sus apartados con los datos de apellidos, nombres, fechas de nacimiento, números de afiliación en el país de origen, período de validez y, especialmente, los datos referentes al organismo asegurador. Estos datos son considerados como imprescindibles.

Si algún formulario no contiene los datos del asegurado o son cumplimentados por el mismo, se deberá solicitar fotocopia de su documento de identidad, pasaporte, etc.

Hay que asegurarse de que la fotocopia que el usuario debe entregar al recibir la asistencia sea del anverso y reverso del formulario y que esté clara y contenga todos los datos. Caso contrario, se deberá facturar al paciente.

En caso de que el paciente carezca del correspondiente documento de derecho, deberá abonar la liquidación por tasa sanitaria. No obstante, se le informará de que con la copia de la liquidación abonada, podrá solicitar el reintegro íntegro de su importe a su vuelta a su país de origen.

En los supuestos de pacientes que precisen asistencia urgente y no tengan formulario, se distinguirá:

si no requiere internamiento, por el servicio de facturación del Centro sanitario se le exigirá el pago del importe del servicio que se le haya prestado.

si requiere internamiento y en el momento del alta tampoco presenta el formulario, deberá abonar la totalidad de la liquidación.

La facturación de las prestaciones sanitarias cubiertas por los documentos de derecho, se ajustará al siguiente procedimiento:

Los Centros de gestión de la Consellería de Sanidad deberán remitir mensualmente al Servicio de Gestión Presupuestaria, en el soporte informático dotado al efecto, toda la información sobre la asistencia sanitaria prestada, sin elaborar, en ningún caso, la liquidación de la tasa en el modelo 968.4.

La información que se remita vendrá valorada, en función de los servicios prestados, conforme a las tarifas establecidas en el artículo 176.1 de la Ley 12/1997, de Tasas de la Generalitat Valenciana, modificado para el ejercicio 2001 por el artículo 9 de la Ley 11/2000, de 28 de diciembre, de medidas fiscales, de gestión administrativa y financiera, y de organización de la Generalitat Valenciana. No obstante, cuando se trate de asistencias en primaria, ambulatoria o urgencia hospitalaria, al importe que aparece en dichas tarifas deberá añadirse el coste medio farmacéutico, estimado para el año 2000 en 4.898 ptas/consulta. En ningún caso, el importe de la atención, en el año 2000, podrá ser inferior a 14.109 ptas. De esta forma, no se va a facturar por la prestación farmacéutica que se dispense, ya que el reembolso se obtiene a través de esta cuota global por consulta. En breve será comunicado el importe del coste medio farmacéutico así como el mínimo a facturar en atención primaria para el ejercicio 2001.

Por el Servicio de Gestión Presupuestaria se procederá a unificar toda la información recibida de los Centros de gestión y a remitir a las respectivas Direcciones Provinciales del INSS la correspondiente a cada una de ellas.

B) CIUDADANOS COMUNITARIOS QUE RESIDEN HABITUALMENTE EN LA COMUNIDAD VALENCIANA.

En estos casos, el derecho a la asistencia sanitaria de este colectivo genera el cobro de una cuota mensual, con independencia de la asistencia que efectivamente se preste, con cargo igualmente a la Caja de Salud del país de origen.

Existen dos tipos de documentos de derecho de que van provistos estos ciudadanos:

E-109: reservado para beneficiarios de trabajadores en activo en el país de origen.

E-121: reservado para los pensionistas y sus beneficiarios.

En el caso de que se presente en el Centro sanitario un ciudadano comunitario con este tipo de documento, o bien se le remite a la Dirección Provincial del INSS para que le expidan la cartilla individual de la Seguridad Social, o bien se recoge el documento y se remite a este Organismo, a los mismos efectos. Una vez titular de la correspondiente cartilla, queda equiparado a un asegurado del Régimen General de la Seguridad Social española.

Existe igualmente el formulario E-122, si bien no se hace referencia a él por estar en desuso. Únicamente en Francia continúa vigente hasta el 01/01/2002, en que será sustituido por el E-121.

1.2.- PRESTACIONES SANITARIAS A PERSONAS PROVENIENTES DE PAÍSES NO MIEMBROS DE LA U.E., CON LOS QUE ESPAÑA TIENE SUSCRITO CONVENIO BILATERAL DE ASISTENCIA SANITARIA.

En este apartado se va a hacer hincapié únicamente en los documentos de derecho reservados para estancias temporales en España, ya que en las estancias permanentes el documento de derecho queda convalidado por una cartilla de la Seguridad Social. Ahora bien, el derecho a la asistencia sanitaria de los pensionistas ecuatorianos residentes en España se acredita con el formulario EE-6, que no genera cartilla, por lo que, a efectos de facturación, debe ser considerado como un E-111.

A continuación se relacionan los países con los que España mantiene convenio de asistencia sanitaria y el documento de derecho reservado para estancias temporales, con los mismos efectos que el formulario E-111.

| | |
|-----------|---|
| Andorra | E-AND-4 |
| Brasil | EB-2 |
| Chile | E-CHL-11 |
| Ecuador | EE 5 / EE 6 (para pensionistas) |
| Paraguay | Certificado del derecho a la asistencia sanitaria |
| Perú | Certificado del derecho a la asistencia sanitaria |
| Marruecos | EM 4 (sólo si el portador es nacional español)*** |

*** se reserva este tipo de formulario para los nacionales españoles que trabajan en Marruecos y se trasladan temporalmente a España.

Se adjunta como Anexo I cuadro sinóptico de los diferentes documentos de derecho y como Anexo II fotocopia de cada uno de los formularios para su identificación.

En este punto, la Circular 5/99, por la que se aprueba el Manual de gestión de ingresos de la Consellería de Sanidad, fue modificada en su artículo 38.14, apartado a), que regulaba estos supuestos, por la Circular 1/2000.

El Decreto 26/2000, de 22 de febrero, por el que se crea la Tarjeta Solidaria, establece el ámbito de cobertura asistencial de este colectivo, distinguiendo los siguientes supuestos: Los extranjeros que se encuentren en la Comunidad Valenciana inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles. (cobertura por el Sistema Nacional de Salud o liquidación de la tasa).

Los extranjeros no empadronados que se encuentren en la Comunidad Valenciana tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica. No obstante lo anterior, la Consellería de Sanidad ampliará la cobertura sanitaria para este colectivo, cuando carezca de recursos económicos, a las condiciones señaladas en el apartado 1, mientras normalizan su situación administrativa.

Los extranjeros menores de 18 años que se encuentren en la Comunidad Valenciana tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles (cobertura por el Sistema Nacional de Salud o liquidación de la tasa con cargo a su representante legal).

Las extranjeras embarazadas que se encuentren en la Comunidad Valenciana tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto.

Por tanto, en el supuesto de extranjeros no empadronados que reciban asistencia sanitaria no urgente, se les remitirá a los trabajadores sociales de los centros sanitarios o de los Ayuntamientos, junto con la copia del expediente, para que, por éstos, se proceda a tramitar la documentación pertinente, ya sea en aplicación del Decreto 88/89 como del Decreto 26/2000 y demás normas de desarrollo.

Asimismo, el usuario se comprometerá, mediante la cumplimentación del documento que se adjunta como Anexo III, a colaborar con la Administración en la obtención de la Tarjeta Solidaria.

Ultimado el correspondiente expediente en un plazo no superior a 45 días hábiles desde la prestación de la asistencia, por parte de los trabajadores sociales se comunicará al Servicio de Facturación el resultado del mismo en cuanto a la obtención o no del derecho a la gratuidad en la prestación asistencial, a los efectos de que por éste se proceda, o bien al archivo del expediente, o bien a la liquidación de la tasa que corresponda.

Valencia, a 9 de enero de 2001
EL DIRECTOR GENERAL PARA LOS
RECURSOS HUMANOS Y ECONÓMICOS

Fdo: Alejandro Bañeres Vázquez