



## DEPARTAMENTO DE SANIDAD, BIENESTAR SOCIAL Y FAMILIA

**ORDEN de 22 de septiembre de 2014, del Consejero de Sanidad, Bienestar Social y Familia, por la que se modifica la Orden de 28 de octubre de 2013, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, por la que se regula el procedimiento necesario para la prestación de asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos a personas empadronadas en Aragón, que no tengan la condición de aseguradas ni beneficiarias del Sistema Nacional de Salud.**

El Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud, y se modifica el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, establece los requisitos para suscribir el convenio especial de prestación de asistencia sanitaria, define las características generales del convenio y la cuantía mensual mínima de la contraprestación económica a abonar por la persona que suscriba el convenio, y regula el procedimiento de suscripción, así como las causas de extinción del mismo.

La Orden de 28 de octubre de 2013, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, regula el procedimiento necesario para la prestación de asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos a personas empadronadas en Aragón, que no tengan la condición de aseguradas ni beneficiarias del Sistema Nacional de Salud.

La citada orden establece en su artículo quinto que las cuotas se abonarán mediante domiciliación bancaria en la cuenta abierta en la entidad que se designe en la solicitud, de la que deberá ser titular el suscriptor del convenio o su representante legal.

En los meses que han transcurrido desde la entrada en vigor de la citada orden, en varios casos la cuenta bancaria presentada correspondía a terceros vinculados por relación de parentesco o de otro tipo con el titular, cuando este carecía de cuenta bancaria propia. Al objeto de facilitar la domiciliación de las cuotas, resulta conveniente modificar la Orden de 28 de octubre de 2013, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, incluyendo en la misma la orden de domiciliación bancaria de cuotas y suprimiendo la obligatoriedad de que el titular de la cuenta bancaria sea el interesado o su representante legal. Por otro lado, se incorporan otras modalidades de pago de la cuota, además de la domiciliación bancaria.

Por todo ello, y en virtud de las competencias previstas en el Decreto 337/2011, de 6 de octubre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la estructura orgánica del departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, y del artículo 43.4 de la Ley 2/2009, de 11 de mayo, del Presidente y del Gobierno de Aragón, dispongo:

### Artículo único.

1. El párrafo cuarto del artículo quinto de la Orden de 28 de octubre, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, queda redactado de la siguiente forma:

“El pago de las cuotas se realizará por alguno de los siguientes medios:

- a) Mediante ingreso en metálico o transferencia bancaria a la cuenta de ingresos del Servicio Aragonés de Salud, que se facilitará en el momento de la suscripción del correspondiente documento.
- b) Mediante domiciliación bancaria en la cuenta abierta en la entidad que se designe en la solicitud, autorizando el titular de la Cuenta los cargos derivados de la suscripción del convenio”.

2. El anexo I se sustituirá por el anexo I de esta orden.

3. EL anexo II se sustituirá por el anexo II de esta orden.

### Disposición Final Primera

Se faculta al Director General de Planificación y Aseguramiento para dictar cuantas disposiciones sean necesarias para el desarrollo y aplicación de esta orden, así como para realizar las modificaciones técnicas del contenido del anexo que puedan resultar precisas.



Disposición Final Segunda

La presente orden entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el "Boletín Oficial de Aragón".

Zaragoza, 22 de septiembre de 2014.

**El Consejero de Sanidad,  
Bienestar Social y Familia,  
RICARDO OLIVÁN BELLOSTA**

**ANEXO I**

**SOLICITUD PARA LA SUSCRIPCIÓN DE CONVENIO ESPECIAL PARA LA PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA A PERSONAS QUE NO TENGAN LA CONDICIÓN DE ASEGURADAS NI DE BENEFICIARIAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN EL ÁMBITO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN.**

**DATOS DEL INTERESADO**

Nombre		Primer apellido		
Segundo apellido		DNI/NIE/otro documento de identificación		
Fecha de nacimiento		Sexo		
País de Nacimiento		Nacionalidad		
Dirección		Nº	Piso	Puerta
C.P.	Localidad			Provincia

**DATOS DEL REPRESENTANTE SI PROCEDE**

Nombre		Primer apellido		
Segundo apellido		DNI/NIE/otro documento de identificación		

**DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES**

Vía/Calle		Nº	Piso	Puerta
C.P.	Localidad			Provincia
Correo electrónico				Teléfono fijo
				Teléfono móvil

Solicita la suscripción del convenio especial para la prestación de asistencia sanitaria a **personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón**, de acuerdo a lo establecido en el Real Decreto 576/2013 de 26 de julio. (BOE de 27 de julio de 2013).

**Suscriptor es menor de 65 años: cuota mensual 60 euros.**

**Suscriptor tiene 65 o más años: cuota mensual 157 euros.**

El solicitante autoriza a la administración sanitaria al acceso y comprobación de los datos personales para la ratificación oportuna de esta solicitud.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

El solicitante / El representante

**ILMO SR. DIRECTOR GENERAL DE PLANIFICACIÓN Y ASEGURAMIENTO. DEPARTAMENTO DE SANIDAD, BIENESTAR SOCIAL Y FAMILIA.**

**Documentación que se aporta:**

- Copia compulsada de DNI/NIE/otro documento acreditativo de la identidad del solicitante.
- Copia compulsada de DNI/NIE/otro documento acreditativo de la identidad del representante.
- Documento acreditativo de la representación.
- Certificado de empadronamiento donde conste la antigüedad de empadronamiento en cualquier municipio español, durante un periodo continuado mínimo de un año, inmediatamente anterior a la fecha de la solicitud.
- Certificado de empadronamiento en algún municipio de la Comunidad Autónoma de Aragón en el momento de presentar la solicitud.
- Declaración responsable del interesado, de no tener acceso a un sistema de protección sanitaria pública por cualquier otro título ya sea de aplicación nacional o de otros países.
- Orden de domiciliación de cuotas por suscripción del Convenio Especial de prestación de asistencia sanitaria.

El solicitante de suscripción de convenio especial de prestación de asistencia sanitaria estará obligado a notificar a la Administración cualquier variación que se produzca en su situación y que implique dejar de cumplir alguno de los requisitos obligatorios.

**DECLARACIÓN RESPONSABLE**

D./Doña \_\_\_\_\_, mayor de edad, con domicilio en  
C/ \_\_\_\_\_ n.º \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
con Documento Nacional de Identidad/NIE n.º \_\_\_\_\_  
actuando en su propio nombre y derecho o en representación de  
D./Doña \_\_\_\_\_, con domicilio en  
C/ \_\_\_\_\_, n.º \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
con Documento Nacional de Identidad/NIE, en calidad de \_\_\_\_\_  
a efectos de solicitar la suscripción de un convenio especial de prestación de  
asistencia sanitaria en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón, de acuerdo  
con lo establecido en el Real Decreto 576/2013 de 26 de julio. (BOE de 27 de julio de  
2013).

**DECLARO RESPONSABLEMENTE**

**Que cumplo/que mi representado cumple con el requisito de no tener acceso a un sistema de protección sanitaria pública por cualquier título.**

Que conozco/que mi representado conoce que la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón se reserva el derecho a realizar cuantas comprobaciones estime convenientes para verificar la certeza de lo que en este documento se declara y que, de no ser ciertas, se reserva la posibilidad de llevar a cabo cuantas actuaciones considere oportunas.

Firma del solicitante o representante:

D./Doña:

*Nombre apellidos y firma*

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_

**ILMO SR. DIRECTOR GENERAL DE PLANIFICACIÓN Y ASEGURAMIENTO.  
DEPARTAMENTO DE SANIDAD, BIENESTAR SOCIAL Y FAMILIA.**

**ORDEN DE DOMICILIACION DE CUOTAS POR SUSCRIPCION DE CONVENIO ESPECIAL DE PRESTACION DE ASISTENCIA SANITARIA**

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

(*nombre y apellidos de la persona titular de la cuenta*) autoriza a la entidad bancaria cuyos datos figuran a continuación para que atienda los cargos derivados de este Convenio que contra la misma presentará el Servicio Aragonés de la Salud, según el siguiente detalle:

Concepto: Convenio especial para la prestación de asistencia sanitaria a favor de D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

Nombre de la Entidad Bancaria

---

CÓDIGO IBAN:																					
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																					
TITULAR DE LA CUENTA:																					
Nombre	Primer apellido																				
Segundo apellido	DNI/NIE/otro documento de identificación																				

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firma del titular de la cuenta

**ILMO/A. SR/A. DIRECTOR/A GERENTE DEL SERVICIO ARAGONÉS DE LA SALUD**

## ANEXO II. MODELO DE CONVENIO ESPECIAL

### Convenio especial

Don/doña ....., domiciliado en ....., calle ....., número ....., con documento identificativo <sup>1</sup> número .. Don/doña ....., Director/a Gerente del Servicio Aragonés de Salud.

### Exponen:

I. Que don/doña ..., se encuentra en la situación que se indica en el expositivo siguiente, de las previstas en el artículo 3 del Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud y se modifica el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.

II. Que la persona suscriptora del presente convenio especial no tiene derecho al acceso al sistema de protección sanitaria pública por cualquier otro título.

III. Que la persona suscriptora del presente convenio especial ha optado voluntariamente por formalizar el convenio especial previsto en el Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, para acceder a la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud.

VI. Que concurren por tanto los supuestos previstos en el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, así como en el Real Decreto 576/2013, de 26 de julio.

### Cláusulas

**Primera.** De conformidad con lo previsto en el párrafo primero del número 2 del artículo 2 del Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, este convenio especial permitirá a D. .... acceder, mediante el pago de la contraprestación económica que se establece en la Cláusula Tercera del mismo, en los términos previstos en el artículo 6 de dicho Real Decreto, a las prestaciones de la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud, regulada en el artículo 8 bis de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, con las mismas garantías de extensión, continuidad asistencial y cobertura de que disfrutaban las personas que ostentan la condición de aseguradas o de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud, en el ámbito correspondiente a la administración pública con la que se formaliza el mismo y sin perjuicio de lo dispuesto en la disposición adicional primera del citado Real Decreto.

<sup>1</sup> NIF, NIE o PASAPORTE (según corresponda)

**Segunda.** El presente convenio tendrá vigencia hasta el 31 de diciembre del año en curso, entendiéndose prorrogado tácitamente con carácter anual, en tanto no exista denuncia expresa por parte de la persona suscriptora. Todo ello sin perjuicio de lo dispuesto en la Cláusula Quinta.

**Tercera.** La persona suscriptora del presente convenio especial se obliga a efectuar la correspondiente contraprestación económica durante la vigencia del presente convenio, de acuerdo con las condiciones siguientes:

Importe de la cuota:

a) Si el suscriptor tiene menos de 65 años: cuota mensual de 60 euros.

b) Si el suscriptor tiene 65 o más años: cuota mensual de 157 euros.

En el caso de que el suscriptor de este convenio fuese menor de 65 años y durante su vigencia cumpliera dicha edad, la cuota quedará automáticamente actualizada según el importe previsto para el nuevo tramo de edad. La actualización tendrá efectos desde el primer día del mes siguiente a aquél en que haya alcanzado los 65 años de edad.

Sin perjuicio de lo anterior, la contraprestación económica se revisará mediante orden de la personal titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, de acuerdo con lo previsto en el número 2 del artículo 6 del Real Decreto 576/2013, de 26 de julio.

En el momento de la suscripción de este convenio las circunstancias derivadas de este convenio tienen la siguiente concreción:

Suscriptor: D./D<sup>a</sup>.....

Domicilio: .....

DNI/NIE/Pasaporte nº: .....

País de nacimiento: .....

Nacionalidad: .....

Edad: .....

Fecha de nacimiento: .....

Teléfono fijo: .....

Teléfono móvil: .....

Correo electrónico: .....

Cuota mensual inicial: ..... euros.

**Cuarta.** El pago de las cuotas se realizará por alguno de los siguientes medios:

a) Mediante ingreso en metálico o transferencia bancaria a la cuenta de ingresos del Servicio Aragonés de Salud, que se facilitará en el momento de la suscripción del correspondiente documento.



b) Mediante domiciliación bancaria en la cuenta abierta en la entidad que se designe en la solicitud, autorizando el titular de la Cuenta los cargos derivados de la suscripción del Convenio.

La falta de pago al Servicio Aragonés de Salud de la primera cuota o de las cuotas correspondientes a dos mensualidades consecutivas o tres alternativas, determinará la extinción del convenio especial, según se contempla en la cláusula siguiente.

No será admisible el fraccionamiento de las cuotas.

**Quinta.** 1. Este convenio especial de prestación de asistencia sanitaria se extinguirá cuando concurra alguna de las siguientes causas:

- a) Por fallecimiento de la persona que haya suscrito el convenio especial.
- b) Cuando la persona que haya suscrito el convenio especial deje de cumplir alguno de los requisitos a que se refiere el artículo 3 del Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, adquiera la condición de persona asegurada o beneficiaria del Sistema Nacional de Salud o deje de estar empadronada en algún municipio de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- c) Por decisión de la persona que haya suscrito el convenio especial comunicada de modo fehaciente al Servicio Aragonés de Salud con el que ha sido formalizado.
- d) Por falta de abono de la primera cuota o de las cuotas correspondientes a dos mensualidades consecutivas o a tres alternativas.

2. El momento en que la extinción del convenio especial producirá efectos será, según los casos, el siguiente:

- a) En caso de fallecimiento de la persona que haya suscrito el convenio especial, la extinción del mismo se producirá el día siguiente al del fallecimiento.
- b) Si la extinción se produce por la causa establecida en el párrafo b) del apartado anterior, la extinción del convenio especial se producirá con efectos del día siguiente a aquél en que la persona que lo haya suscrito haya dejado de cumplir alguno de los requisitos del artículo 3 del Real Decreto 576/2013, haya adquirido la condición de persona asegurada o beneficiaria del Sistema Nacional de Salud o haya dejado de estar empadronada en algún municipio de la Comunidad Autónoma de Aragón.

No obstante, en el caso de que la extinción del convenio especial venga motivada por el cambio de empadronamiento a un municipio correspondiente a administración pública distinta de aquélla con la que se haya suscrito, dicho convenio podrá conservar su vigencia, a petición del interesado, hasta el momento en el que éste suscriba un nuevo convenio, con un límite temporal máximo de tres meses, siendo de aplicación lo dispuesto en la disposición adicional primera del Real Decreto 576/2013, de 26 de julio.

- c) En caso de extinción por decisión voluntaria de la persona que haya suscrito el convenio especial, la extinción del mismo tendrá lugar el día siguiente a aquél

en que se comunique a la administración pública con la que se haya formalizado.

- d) En caso de impago de cuotas, la extinción del convenio especial surtirá efectos desde el primer día del mes siguiente a aquél en que se haya producido el impago de la segunda mensualidad consecutiva o de la tercera mensualidad alternativa.

En el caso de que el impago sea de la primera cuota, el convenio especial no habrá desplegado efecto alguno.

- e) En caso de extinción por incumplimiento de alguna de las condiciones particulares establecidas en el convenio especial, la extinción del mismo se producirá en la fecha que se establezca en la resolución administrativa que declare su extinción.

**Sexta.** La persona que suscribe este convenio especial, en la utilización de las prestaciones sanitarias actuará de acuerdo con su clausulado y la normativa vigente, según las prácticas de buen uso establecidas para los establecimientos sanitarios.

**Séptima.** Se señala como fecha de iniciación de efectos del presente convenio la fecha de la firma del presente convenio especial.

Lo que en prueba de conformidad firman ambas partes por duplicado, quedando en poder de cada una de ellas un ejemplar de este convenio.

En. ...., a

El suscriptor del convenio especial

El/la Director/a Gerente del Servicio  
Aragonés de Salud

D./D<sup>a</sup>.

D./D<sup>a</sup>.