

CONVENIO MARCO DE ASISTENCIA SANITARIA DERIVADA DE ACCIDENTES DE TRÁFICO PARA LOS EJERCICIOS 2014-2015-2016-2017 (SECTOR PRIVADO)

ESTIPULACIONES

PRIMERA.- OBJETO, APLICACIÓN, VIGENCIA Y TARIFAS

1.1.- OBJETO

La asistencia sanitaria integral, tanto hospitalaria como ambulatoria, prestada a los lesionados por hechos de la circulación hasta su total sanación o estabilización de secuelas.

Asimismo la simplificación y agilización de los trámites y gestiones administrativas que en aplicación de las obligaciones derivadas de las prestaciones sanitarias prestadas al amparo del mismo surjan entre los Centros Asistenciales, las Entidades Aseguradoras y el Consorcio de Compensación de Seguros adheridos al Convenio. A estos efectos establece mecanismos dirigidos a procurar:

- A) Que los Centros Asistenciales que se adhieren al convenio reúnan una serie de requisitos objetivos previos, recogidos en el mismo, en cuanto a profesionalidad, capacidad y calidad asistencial (anexo II).
- B) Un adecuado seguimiento sobre la corrección y adecuación de los procesos asistenciales prestados a los lesionados.
- C) La fiabilidad y transparencia en la actuación tanto de los Centros Asistenciales como de las Entidades Aseguradoras que se adhieran al mismo.
- D) Garantizar la seguridad y agilidad de los pagos inherentes a las prestaciones asistenciales derivadas de la aplicación de este Convenio.

1.2.- APLICACIÓN

El Convenio, en su calidad de Marco, es de referencia, aplicándose con carácter subsidiario respecto de los pactos bilaterales que pudieran suscribir individualmente las Entidades Aseguradoras, el Consorcio de Compensación de Seguros y los Centros Asistenciales en las relaciones que, como consecuencia de los servicios prestados a lesionados por hechos de la circulación, surjan entre ellos.

1.3.- VIGENCIA

El Convenio será de aplicación para las asistencias sanitarias realizadas a partir del 1 de enero de 2014 como consecuencia de los siniestros ocurridos a partir de dicha fecha, finalizando su vigencia, el 31 de diciembre de 2017.

Con un preaviso mínimo de 2 meses al vencimiento de cada anualidad, comunicado fehacientemente, cualquiera de las partes y organizaciones firmantes podrán separarse del presente Convenio. Los Centros Asistenciales y las Entidades Aseguradoras a los que representan podrán permanecer en el mismo hasta la fecha de finalización de la vigencia de este Convenio, salvo que manifiesten lo contrario.

1.4.- TARIFAS

Las tarifas de referencia aplicables a las asistencias sanitarias prestadas a lesionados por hechos de la circulación en el ámbito del presente convenio (anexo I) han sido calculadas teniendo en cuenta que en la aplicación del Convenio no se toman en consideración los criterios de imputación de responsabilidades, satisfaciéndose los gastos sanitarios de cualquier lesionado con independencia de quién haya sido el responsable causante del daño.

En cumplimiento de la Ley 15/2007, de 3 de julio, de Defensa de la Competencia, las Entidades Aseguradoras, el Consorcio de Compensación de Seguros y los Centros Asistenciales adheridos al Convenio conservan la libertad de pactar bilateralmente precios diferentes por las prestaciones realizadas.

SEGUNDA.- HECHOS SUJETOS Y DETERMINACIÓN DEL OBLIGADO AL PAGO

2.1.- HECHOS SUJETOS

Las estipulaciones y precios de este Convenio se aplicarán a todas las prestaciones sanitarias, en los términos del artículo 10.2. y del punto 5h del anexo sobre cesión de datos del FIVA Real Decreto 1507/2008, de 12 de septiembre, por el que se aprueba el Reglamento del Seguro Obligatorio de Responsabilidad Civil en la Circulación de Vehículos a Motor, realizadas a los lesionados por hechos de la circulación ocasionados por vehículos a motor que, conforme a la legislación vigente, estén obligados a suscribir un contrato de seguro de Responsabilidad Civil derivada de la Circulación de Vehículos de Motor.

En aquellos supuestos en los que concurra la calificación de hecho de la circulación y la de accidente laboral o in itinere, prevalecerá, a los efectos de aplicación del Convenio, la consideración de hecho de la circulación.

No será de aplicación este criterio en aquellos tratamientos, pruebas y servicios que, por el Convenio, estén excluidos de la aplicación del mismo.

2.2.- DETERMINACIÓN DEL OBLIGADO AL PAGO

La determinación del obligado al pago se realizará para siniestros ocurridos a partir de 1 de enero de 2014 de forma objetiva, con independencia de quién haya sido el responsable causante del daño, de acuerdo con las estipulaciones contenidas en el presente Convenio teniendo en cuenta los siguientes supuestos concretos.

A) Siniestros en que intervengan un único vehículo

La Entidad Aseguradora o el Consorcio de Compensación de Seguros se obliga al pago de las prestaciones que precisen las víctimas del accidente, quedando excluidos de la aplicación del Convenio el propio conductor del vehículo y los conductores de ciclomotores, motocicletas o vehículos asimilables.

En el caso de un vehículo directamente asegurado por el Consorcio de Compensación de Seguros, esta Entidad asumirá los gastos asistenciales devengados por las víctimas, con la excepción del conductor del vehículo.

En el supuesto de inexistencia de Seguro de Responsabilidad Civil o en aquellos otros en que resulte acreditada la intervención en el siniestro de un vehículo robado, los gastos asistenciales de las víctimas del accidente que ocuparan voluntariamente estos vehículos,

con excepción del conductor del vehículo, serán por cuenta del Consorcio de Compensación de Seguros, el cual quedará en todo caso exento de la obligación de pago de la asistencia sanitaria prestada cuando pruebe que los ocupantes del vehículo que originan los gastos asistenciales conocían la circunstancia de robo o no aseguramiento del mismo.

B) Siniestros en que participe más de un vehículo

En estos siniestros se abonarán por cada Entidad Aseguradora o por el Consorcio de Compensación de Seguros las prestaciones sanitarias correspondientes a las víctimas ocupantes del vehículo que aseguren y las del conductor respectivo, excepto cuando se trate de vehículos no asegurados o robados, en los que el Consorcio de Compensación de Seguros no asumirá los gastos del conductor en ningún caso, ni tampoco los de las víctimas que ocuparan voluntariamente estos vehículos siempre que pruebe que conocían la circunstancia de robo o no aseguramiento.

En los supuestos en que intervengan más de un vehículo, no podrá alegarse como causa para no hacerse cargo de las prestaciones el hecho de "la culpabilidad de dicho siniestro" y, por tanto, que la obligación de indemnizar sea imputable al conductor del otro vehículo.

C) Lesiones a terceros no usuarios de los vehículos intervinientes

Las prestaciones de asistencia sanitaria a terceros no usuarios de los vehículos intervinientes, serán abonadas por la Entidad Aseguradora o Consorcio de Compensación de Seguros del vehículo causante material de las lesiones.

2.3.- PARTICIPACIÓN DE ENTIDADES NO ADHERIDAS

El Convenio será de aplicación incluso cuando intervengan en el siniestro vehículos asegurados en Entidades adheridas con los de Entidades no adheridas al mismo. En estos supuestos, el Centro Asistencial cursará un parte de asistencia a la Entidad adherida por cada lesionado, en el que se informará, de manera obligatoria, acerca de los datos de los vehículos intervinientes, tanto los de la Entidad Aseguradora adherida como los de la no adherida. La Entidad adherida dispondrá de un plazo de 60 días para comunicar si asume la totalidad de los gastos de los lesionados a precios de Convenio o, si por el contrario, solamente asume los correspondientes a los ocupantes de su vehículo, en cuyo caso el centro asistencial podrá facturar a la no adherida los gastos de sus ocupantes a precios libres. La falta de respuesta en dicho plazo, supondrá la asunción del pago conforma a las tarifas del presente Convenio de los lesionados intervinientes en el siniestro.

2.4.- CONCURRENCIA DE SEGUROS

Si algún vehículo se encontrase cubierto por más de un Seguro de Responsabilidad Civil de Suscripción Obligatoria, la Entidad Aseguradora que hubiese abonado las prestaciones sanitarias podrá reclamar a la otra u otras adheridas la parte proporcional en relación con el número de pólizas vigentes. La entidad obligada al pago frente al prestador del servicio será la requerida por éste.

2.5.- NO REPETICIÓN

El Consorcio de Compensación de Seguros y las Entidades Aseguradoras adheridas renuncian a la reclamación de las cantidades abonadas en virtud de este Convenio excepto en los siguientes casos:

1º.- Personas jurídicas no vinculadas por este Convenio.

2º.- Gastos del conductor de motocicleta, ciclomotor o vehículo asimilable en siniestros con participación de dos vehículos de los que uno de ellos sea de tercera categoría.

2.6.- SINIESTROS EN LOS QUE PARTICIPEN VEHÍCULOS ASEGURADOS EN ENTIDADES DECLARADAS JUDICIALMENTE EN CONCURSO O QUE, SIENDO INSOLVENTES, SU LIQUIDACIÓN SEA INTERVENIDA O ENCOMENDADA AL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

De acuerdo con lo establecido en la legislación vigente, el Consorcio de Compensación de Seguros asumirá, en los mismos términos en que lo hubiera hecho la aseguradora, las obligaciones pendientes de aquellas que se encontrasen en los supuestos antes definidos, de acuerdo con las siguientes normas:

a) Se remitirá al Consorcio de Compensación de Seguros copia de los partes de asistencia correspondientes a las facturas pendientes de pago de cada aseguradora de las referidas, adjuntando documentación acreditativa de que, en el plazo determinado en este Convenio, fueron remitidas a las Entidades Aseguradoras.

b) El Consorcio de Compensación de Seguros no asumirá el pago de facturas emitidas por prestaciones realizadas en un plazo superior a un año antes de declararse el concurso o la liquidación intervenida o encomendada al Consorcio de Compensación de Seguros, en aplicación del artículo 11 del texto refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Circulación de Vehículos a Motor (Real Decreto Legislativo 8/2004 de 29 de octubre), salvo que quede justificada documentalmente la interrupción de la prescripción.

c) Declarado el concurso o la liquidación intervenida o encomendada al Consorcio de Compensación de Seguros de una Aseguradora, el Consorcio de Compensación de Seguros atenderá extrajudicialmente los pagos pendientes de esta Entidad que se hubiesen reclamado judicialmente, siempre que se acredite el correspondiente desistimiento de los procesos iniciados.

d) El Consorcio de Compensación de Seguros se compromete a comunicar a las partes firmantes del Convenio todos los casos de Entidades Aseguradoras que se encuentren en las situaciones descritas.

TERCERA.- NORMAS DE PROCEDIMIENTO

Las partes firmantes de este Convenio se someten a las siguientes normas de procedimiento, que regulan las actuaciones de las partes, derivadas de una prestación sanitaria a un lesionado en accidente de tráfico.

3.1.- PARTES DE ASISTENCIA.-

3.1.1.- Parte de Asistencia de URGENCIA.

Los Centros Asistenciales se obligan a cursar en el plazo de quince días naturales, a contar desde la recepción de un lesionado, a las Entidades Aseguradoras de los vehículos intervinientes o al Consorcio de Compensación de Seguros de los vehículos intervinientes en el siniestro, un parte de asistencia de urgencia por cada lesionado, según modelo correspondiente (Anexo III), cumplimentando, de manera obligatoria, todos los datos exigidos en el mismo.

El envío del parte de asistencia en plazo superior al señalado en el párrafo anterior dará lugar a la posibilidad de rechazo de la asistencia por parte de la entidad aseguradora. La falta de cumplimentación de datos no obligatorios del parte de acuerdo con lo previsto en el Anexo III no se asimilará en ningún caso a la no presentación de mismo.

3.1.2.- Causas de rechazo del Parte de Asistencia de URGENCIA:

Las Entidades Aseguradoras y el Consorcio de Compensación de Seguros, en su caso, deberán en el plazo máximo de quince días naturales desde la recepción de la notificación, contestar al Centro Asistencial remitente de un parte de asistencia de urgencia, comunicando el rechazo de los gastos asistenciales a que se refiere el parte. De no contestar en el referido plazo se entenderán aceptados. En el caso de partes no cumplimentados correctamente no se aplicará el plazo señalado anteriormente hasta que por el prestador de servicio no se haya procedido a su total cumplimentación.

Siendo las causas de rechazo:

- No estar el siniestro dentro del objeto del Convenio.
- No aseguramiento del vehículo en función del cual se le imputa el pago.
- No estar obligado al pago según los supuestos de la estipulación segunda.
- No tratarse de un hecho de la circulación.

3.1.3.- Parte de primera Asistencia y del resto de las atenciones sanitarias:

Los Centros Asistenciales se obligan a cursar en el plazo de quince días naturales, a contar desde la recepción de un lesionado, a las Entidades Aseguradoras de los vehículos intervinientes o al Consorcio de Compensación de Seguros de los vehículos intervinientes en el siniestro, un parte de asistencia por cada lesionado, según modelo correspondiente (Anexo III-bis), cumplimentando, de manera obligatoria, todos los datos exigidos en el mismo.

El envío del parte de asistencia en plazo superior al señalado en el párrafo anterior dará lugar a la posibilidad de rechazo de la asistencia por parte de la Entidad Aseguradora. La falta de cumplimentación de datos no obligatorios del parte de acuerdo con lo previsto en el Anexo III-bis no se asimilará en ningún caso a la no presentación de mismo.

Cuando se trate de reingresos o asistencias ambulatorias posteriores al alta o no continuadas, efectuadas dentro del plazo de curación total de un lesionado, deberá igualmente comunicarse a la Entidad Aseguradora o al Consorcio de Compensación de Seguros mediante nuevo parte de asistencia, haciendo mención expresa en el mismo a los datos del accidente y situación de las lesiones que motivan el reingreso o nuevo tratamiento ambulatorio.

3.1.4.- Causas de rechazo del Parte de primera Asistencia y del resto de las atenciones sanitarias:

Las Entidades Aseguradoras y el Consorcio de Compensación de Seguros, en su caso, deberán en el plazo máximo de quince días naturales desde la recepción de la notificación, contestar al Centro Asistencial remitente de un parte de asistencia, comunicando el rechazo de los gastos asistenciales a que se refiere el parte, de forma DOCUMENTADA, justificando y argumentando los motivos del rechazo (FIVA, atestados, Informes Médicos, jurídicos, estudios de biomecánica complementados con informe médico, etc.). De no contestar en el referido plazo se entenderán aceptados. En el caso de partes no cumplimentados

correctamente no se aplicará el plazo señalado anteriormente hasta que por el prestador del servicio no se haya procedido a su total cumplimentación.

Siendo las causas de rechazo:

- No estar el siniestro dentro del objeto del Convenio.
- No aseguramiento del vehículo en función del cual se le imputa el pago.
- No tratarse de un hecho de la circulación.
- Existencia probada de fraude.
- No estar obligado al pago según los supuestos de la estipulación segunda.
- Transcurso de los plazos previstos en el Convenio.
- Falta de relación causal entre las lesiones sufridas en el accidente y los daños que originan la asistencia facturada, entendiendo como tal la concurrencia de alguno de los siguientes criterios:
 - “cronológico”: si no existe continuidad entre el hecho lesivo traumático y el momento en que aparece el daño, debido al tiempo transcurrido desde el accidente o desde la última asistencia
 - “de intensidad”: si la intensidad del hecho lesivo traumático, no es suficiente para causar el daño producido
 - “topográfico”: si la zona afectada por el hecho lesivo traumático no se corresponde con la zona en la que aparece el daño
 - “de exclusión”: existencia de otra causa que de forma exclusiva es el origen del daño producido

El criterio fundamental que debe expresar la relación causal entre las lesiones sufridas en el accidente y los daños que originan la prestación es el “criterio de verosimilitud”, basado tanto en la certeza del diagnóstico como en los criterios científicamente establecidos por los protocolos y guías clínicas publicados por las sociedades médicas relacionadas con la especialidad de cada caso.

Una vez rechazada la aplicación del Convenio por alguna de las causas previstas en el mismo, el centro asistencial podrá actuar, en la atención al lesionado, conforme estime más oportuno para la defensa de sus intereses.

3.1.5 - Comunicación de cambio de diagnóstico

En el caso de producirse un cambio de diagnóstico o agregación de otro, durante el proceso asistencial, deberá comunicarse, debidamente documentado, a la Entidad Aseguradora o Consorcio de Compensación de Seguros, en el plazo de quince días.

3.2.- INTERRUPCIÓN DE APLICACIÓN DE CONVENIO Y DEL PAGO DE LA ASISTENCIA SANITARIA

En los supuestos en los que haya sido aceptado un parte de asistencia de urgencia, primera asistencia o resto de asistencias, y posteriormente se tenga conocimiento de la existencia de alguna de las causas de rechazo previstas para la no aceptación del mismo, se pondrán en conocimiento del Centro Asistencial para informarle de que a partir de ese momento no se asumirá ningún tipo de asistencia más, y sólo se podrá facturar la asistencia prestada hasta la comunicación.

Una vez comunicada esta circunstancia, el Centro Asistencial podrá actuar, en la atención al lesionado, conforme estime más oportuno para la defensa de sus intereses.

Las prestaciones por asistencias sanitarias serán facturables y, por lo tanto, con obligación de pago para la Entidad Aseguradora o el Consorcio de Compensación de Seguros, hasta el momento en que dicha Entidad o Consorcio de Compensación de Seguros comunica al centro el rechazo del pago de las mismas.

3.3.- DECLARACIÓN RESPONSABLE

En el supuesto de un siniestro ocasionado por un vehículo robado o sin seguro, el Centro Asistencial acompañará al parte o partes de asistencia, una declaración responsable de las circunstancias del mismo, suscrita y firmada por el accidentado, testigos del accidente o por aquellos que les prestaron auxilio, acompañada de fotocopia del documento nacional de identidad del firmante, según modelo que figura como anexo IV al Convenio. En tanto no se obtenga tal declaración, el Consorcio de Compensación de Seguros quedará liberado de la aceptación de los gastos de asistencia a que se refiera el parte, salvo que por el Centro Asistencial se manifieste, mediante declaración responsable, excepcionalmente, la imposibilidad de obtención de tal declaración, indicando los trámites realizados a tal efecto, sin que en ningún caso esta remisión pueda demorarse más de sesenta días después de emitido el parte de asistencia, transcurridos los cuales, el Consorcio de Compensación de Seguros quedará liberado de asumir los gastos correspondientes al lesionado.

3.4.- FACTURACIÓN DE LAS ASISTENCIAS

Las facturas presentadas por los Centros Asistenciales deberán detallar los conceptos facturados con las fechas de realización de los mismos. Asimismo, deberán contener los datos identificativos del siniestro, de la víctima y del/los vehículos implicados.

Las conceptos facturados según las tarifas incluidas en el presente Convenio comprenderán todas las asistencias realizadas hasta el alta correspondiente, debiéndose acompañar en este caso, junto con la factura, el correspondiente informe médico de alta con la descripción del tratamiento realizado. En el caso de tratamiento asistencial de duración superior a treinta días, los conceptos facturables deberán ser emitidos y remitidos a la Entidad Aseguradora o al Consorcio de Compensación de Seguros con periodicidad mensual, acompañados de un informe médico con el estado actualizado del lesionado.

Las Entidades Aseguradoras o el Consorcio de Compensación de Seguros podrán solicitar al Centro Asistencial las aclaraciones oportunas al contenido de las facturas.

En ningún caso se demorará la presentación de facturas por un período superior a un año, desde la fecha de la última asistencia continuada incluida en la factura. La Entidad Aseguradora o el Consorcio de Compensación de Seguros podrán rechazar aquellas facturas presentadas fuera del citado plazo, así como aquéllas que, presentadas dentro del plazo, no fueran objeto de reclamación por un período de dos años.

Presentadas las facturas ante las Entidades Aseguradoras o el Consorcio de Compensación de Seguros, éstos deberán hacer efectivo su importe, siempre que sea de su conformidad, dentro de los treinta días naturales siguientes. Si la Entidad Aseguradora o el Consorcio de Compensación de Seguros discrepasen del contenido o del importe de la factura deberán manifestar el motivo que justifica su disconformidad dentro del plazo anteriormente citado. De no hacerlo, la factura se entenderá tacitamente aceptada por la entidad aseguradora o el Consorcio de Compensación de Seguros, en cuyo caso éstos dispondrán de un plazo de diez días naturales para hacer efectivo el importe de la factura. En el supuesto de que no lo

hagan así, el Centro Asistencial acudirá a la Subcomisión correspondiente para que ésta emita el pertinente certificado de impago al objeto de que aquél pueda reclamar judicialmente el pago al precio de sus propias tarifas.

Emitido el certificado de impago por la Subcomisión correspondiente, el Centro Asistencial podrá aplicar los intereses de demora y las restantes medidas previstas en la Ley 3/2004, de 29 de diciembre, por la que se establecen medidas de lucha contra la morosidad en las operaciones comerciales, y disposiciones concordantes, desde la presentación de la factura.

La disconformidad de la Entidad Aseguradora o del Consorcio de Compensación de Seguros manifestada sobre el contenido o importe de las facturas comunicada al Centro Asistencial dentro del plazo de treinta días naturales establecido al efecto, deberá ser puesta en conocimiento de la Subcomisión de Vigilancia y Arbitraje correspondiente, que deberá resolver lo procedente a tenor de lo establecido en las cláusulas del presente Convenio, a la vista de la documentación que obre en poder de las partes en conflicto y sobre la que hagan valer su derecho en dicho caso.

En los casos de disconformidad parcial con el contenido de una factura, es obligado para la Entidad Aseguradora o el Consorcio de Compensación de Seguros el pago de la cantidad conforme y sólo aplazable la cantidad del concepto o conceptos sobre los que no hay acuerdo.

No tendrán valor liberatorio para una Entidad Aseguradora o el Consorcio de Compensación de Seguros aquellas alegaciones que no cumplan los trámites de notificación a los que se refiere el párrafo quinto del presente apartado.

3.5.- RECHAZO DE FACTURAS

Únicamente procederá la negativa de una Entidad Aseguradora o del Consorcio de Compensación de Seguros a hacerse cargo de facturas de los gastos asistenciales en los siguientes supuestos:

- Rechazo previo y justificado, conforme a las normas del Convenio, del parte de asistencia.
- No envío del parte de asistencia por el Centro Asistencial.
- Transcurso de los plazos previstos en el Convenio.
- Asistencias sanitarias realizadas con posterioridad a la comunicación de la Entidad Aseguradora o Consorcio de Compensación de Seguros de que no se asumirá ningún tipo de prestación más.

En el caso de la Urgencia, si se aceptó el parte de asistencia la aceptación de la factura será automática.

En todo caso, el rechazo de las facturas por las Entidades Aseguradoras o el Consorcio de Compensación de Seguros por cualquiera de las causas que se relacionan anteriormente se habrán de comunicar a los Centros Asistenciales emisores de las mismas en el plazo de treinta días naturales a que se refiere el apartado 3.4 de este Convenio.

Las prestaciones por asistencias sanitarias serán facturables y, por lo tanto con obligación de pago para la Entidad Aseguradora o para el Consorcio de Compensación de Seguros, hasta la comunicación al Centro Asistencial del rechazo del pago de las mismas.

CUARTA.- COMISIÓN Y SUBCOMISIONES DE VIGILANCIA

Se constituye una Comisión de Vigilancia dentro del marco del presente Convenio, que velará por el adecuado cumplimiento de sus estipulaciones.

Asimismo se podrán constituir distintas Subcomisiones de ámbito territorial a propuesta de las partes firmantes, que deberán ser aprobadas por la Comisión Nacional.

Los Centros Asistenciales, así como las Entidades Aseguradoras y el Consorcio de Compensación de Seguros adheridos al Convenio se obligan a someter las diferencias que en la aplicación del mismo puedan surgir a las Subcomisiones de Vigilancia correspondientes. Las Subcomisiones, en su caso, podrán trasladar dichas diferencias a la Comisión de Vigilancia.

4.1 MIEMBROS DE LA COMISIÓN Y SUBCOMISIONES

La Comisión, y las Subcomisiones en su caso, estarán integradas por los representantes designados por cada una de las partes firmantes del presente Convenio, no pudiendo exceder de dos por cada una de ellas, salvo para UNESPA que no podrá exceder de tres representantes. En todo caso y dependiendo de si los temas a tratar lo requieren, cada uno de los representantes designados podrá incorporar un Asesor Técnico, sin capacidad de voto.

La designación de los miembros es libre, con el único requisito de la comunicación de su nombramiento o sustitución al resto de firmantes del Convenio.

La secretaría de la Comisión Nacional recaerá de forma permanente en la representación de UNESPA, recayendo la de las distintas Subcomisiones en la representación de aquella asociación sanitaria que resulte elegida por el resto de las firmantes del Convenio.

La Comisión Nacional se reunirá al menos una vez al trimestre y, en todo caso, a petición de cualquiera de las partes con un preaviso de quince días. Las Subcomisiones una vez cada dos meses o extraordinariamente a petición de las partes.

Tanto los miembros de la Comisión Nacional como los de las de las distintas Subcomisiones, se comprometen y obligan en el ejercicio de sus funciones a guardar y respetar las normas de defensa de la competencia, Ley 15/2007, y las de protección de datos de carácter personal, Ley Orgánica 15/1999, recayendo en éstos cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de su incumplimiento.

4.2.- FUNCIONES DE LA COMISIÓN DE VIGILANCIA

Son funciones de la Comisión de Vigilancia, siendo sus resoluciones de carácter vinculante y de obligado cumplimiento para las partes, las siguientes:

1ª.- Interpretar el Convenio en aquellas cuestiones que le sean sometidas por las partes.

2ª.-Dirimir los desacuerdos existentes entre los Centros Asistenciales y Entidades Aseguradoras o el Consorcio de Compensación de Seguros adheridos al Convenio, así como aquellos que le sean derivados por las distintas Subcomisiones.

3ª.- Unificar criterios y dirimir las diferencias entre las resoluciones que se acuerden en las distintas Subcomisiones, caso de que las hubiera.

4ª.- Proponer, y aprobar en su caso, las modificaciones y ampliaciones que deban incorporarse al Convenio para perfeccionar y completar su contenido.

5ª.- Establecer las tarifas aplicables, en su caso, a nuevas técnicas y tratamientos que aparezcan durante la vigencia del Convenio, siempre que no sean susceptibles de asimilación a otras existentes.

6ª.- Estudiar y dar de alta o baja en el Convenio a aquellos Centros Asistenciales y Entidades Aseguradoras que libre y voluntariamente manifiesten su voluntad de adhesión o baja en el mismo, independientemente de que estén o no integrados en cualesquiera de las asociaciones firmantes del Convenio.

7ª.- Emitir certificaciones que acrediten cualquier incumplimiento del Convenio a fin de facilitar el ejercicio de las acciones legales que correspondan.

8ª.- La Comisión Nacional de Vigilancia podrá trasladar a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones las actuaciones de aquellas Entidades Aseguradoras o Consorcio de Compensación de Seguros que injustificadamente demoren el pago de las facturas ajustadas a lo dispuesto en el presente Convenio.

9ª.- Redactar y consensuar un manual de funcionamiento interno de las Subcomisiones.

4.3.- FUNCIONES DE LAS SUBCOMISIONES DE VIGILANCIA

Son funciones de las Subcomisiones de Vigilancia, siendo sus resoluciones de carácter vinculante y de obligado cumplimiento para las partes, las siguientes:

1ª.- Dirimir los desacuerdos existentes entre los Centros Asistenciales y Entidades Aseguradoras y Consorcio de Compensación de Seguros adheridos al Convenio.

2ª.- Proponer a la Comisión de Vigilancia dar de alta o baja en el Convenio a aquellos Centros Asistenciales que libre y voluntariamente manifiesten su voluntad de adhesión o baja en el mismo, salvo que estén integrados en cualesquiera de las asociaciones firmantes del Convenio.

3ª.- Emitir certificaciones que acrediten cualquier incumplimiento del Convenio a fin de facilitar el ejercicio de las acciones legales que correspondan.

4ª.- Todas aquellas funciones que la Comisión de Vigilancia les delegue.

4.4- RESOLUCIONES DE LA COMISIÓN Y SUBCOMISIONES

Los Centros Asistenciales, así como las Entidades Aseguradoras adheridas al Convenio y el Consorcio de Compensación de Seguros se obligan a someter las diferencias que en la aplicación del mismo puedan surgir a las Subcomisiones de Vigilancia correspondientes. Las Subcomisiones, en su caso, podrán trasladar dichas diferencias a la Comisión de Vigilancia.

Las resoluciones de la Comisión Nacional y de las Subcomisiones de Vigilancia serán vinculantes y de obligado cumplimiento en el plazo de 30 días naturales desde su comunicación, siendo finalizadoras del procedimiento interno establecido por las partes. No obstante, las resoluciones de las Subcomisiones pueden ser excepcionalmente revisables ante la misma Subcomisión que la emitió.

Los Centros Asistenciales, las Entidades Aseguradoras que se adhieran a este Convenio y el Consorcio de Compensación de Seguros se comprometen a cumplir las resoluciones de la Comisión o Subcomisión de Vigilancia correspondiente.

No obstante, en el caso de que dichas resoluciones no se cumplieran por cualquiera de las partes en el plazo establecido en este apartado, en última instancia, las partes serían libres de acudir a la vía judicial para poder hacer efectivas sus pretensiones.

4.5- INTERLOCUTORES

Como un paso previo al sometimiento del asunto a la Subcomisión correspondiente, las partes podrían someter de forma voluntaria el asunto de que se trate a los interlocutores designados al efecto.

La falta de acuerdo o respuesta del interlocutor requerido en el plazo de treinta días naturales desde que se le hubiera sometido el asunto, permitirá a la parte afectada someter la controversia a la Subcomisión.

Se nombrarán dos interlocutores por cada una de las partes, con indicación de sus respectivas plazas de residencia, domicilio, teléfono y e-mail, siendo coincidente la duración de su cargo con la del presente convenio.

QUINTA.- PUBLICIDAD Y COMUNICACIONES

5.1.- PUBLICIDAD

Las partes suscriptoras del presente Convenio se comprometen a dar la publicidad y difusión necesaria del mismo, para su general conocimiento y cumplimiento.

5.2.- COMUNICACIONES

Si los acuerdos de la Comisión Nacional de Vigilancia adoptan la forma de criterio general a aplicar en lo sucesivo en el marco del Convenio, esta Comisión quedaría obligada a la difusión del mismo mediante circular que será comunicada a las partes, quedando éstas a su vez obligadas a dar traslado del criterio general a todos los Centros Asistenciales, Consorcio de Compensación de Seguros y Entidades Aseguradoras representadas por cada una de ellas.

Todas las comunicaciones y notificaciones tanto de los Centros Asistenciales como de las Entidades Aseguradoras y del Consorcio de Compensación de Seguros deberán ser realizadas, de manera preferente, mediante el sistema CAS, o en todo caso de forma fehaciente por escrito, mediante correo electrónico, correo certificado, fax o cualquier otro medio aceptado en derecho.

5.3.- INFORMACIÓN CLÍNICA

De acuerdo con lo dispuesto en los artículos 6 y 11.5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre y con la estipulación cuarta, todas aquellas personas que puedan tener acceso a datos de carácter personal relacionado con la salud vienen obligadas al deber de confidencialidad, a cuyos efectos las partes firmantes vigilarán de su cumplimiento.

El Centro Asistencial que esté prestando la asistencia sanitaria al lesionado en un hecho de la circulación se obliga en el plazo de diez días naturales, y a petición de la Entidad Aseguradora obligada al pago o del Consorcio de Compensación de Seguros, en aplicación de las normas del Convenio, al envío de un informe de evolución de lesiones.

Las cesiones de datos derivadas de la aplicación del Convenio no requerirán el consentimiento de las personas lesionadas, conforme se establece en el artículo 11.2 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, así como en el artículo 10.2 del Reglamento que la desarrolla, RD 1720/2007, de 21 de diciembre. En cualquier caso toda comunicación de

datos realizada al amparo del Convenio se sujetará a aquellos que sean los adecuados, pertinentes y no excesivos en relación a la finalidad de la comunicación.

Asimismo, y en relación a la protección de datos de carácter personal, en el seno de las comisiones y subcomisiones establecidas en el Convenio se abordará el tratamiento de casos particulares sin facilitar datos identificables de los lesionados.

En cualquier caso las partes favorecerán en la medida de lo posible la implantación de sistemas que permitan tratar y comunicar los datos de manera disociada.

SEXTA.- COMISIÓN PARITARIA

Las discrepancias que pudieran surgir entre el Consorcio de Compensación de Seguros y cualquiera de las Entidades Aseguradoras representadas en el Convenio, o entre estas últimas, acerca de si existe o no existe contrato de seguro, como asimismo si está o no está vigente el mismo y, consecuentemente, acerca de cuál es la Entidad obligada al pago de los gastos asistenciales, se resolverán por una Comisión integrada por un representante de UNESPA y otro del Consorcio de Compensación de Seguros en un plazo máximo de dos meses desde el acuerdo de su remisión, comunicando el acuerdo adoptado a la Aseguradora obligada al pago y en su caso al Consorcio de Compensación de Seguros y al Centro Asistencial en el plazo de un mes.

SEPTIMA.- ALTAS Y BAJAS

7.1 ALTAS

A la entrada en vigor del Convenio, los Centros Asistenciales, y las Entidades Aseguradoras que deseen suscribir al mismo, deberán firmar el correspondiente boletín de adhesión.

Las altas de Centros Asistenciales y Entidades Aseguradoras posteriores a la entrada en vigor del presente Convenio, se notificarán fehacientemente a la Comisión Nacional de Vigilancia, debiendo ser notificadas por ésta a los firmantes de este Convenio.

Podrán incorporarse al Convenio todos aquellos Centros Asistenciales, estén o no adheridos a alguna de las asociaciones firmantes, que reúnan los requisitos técnicos establecidos en el mismo (anexo II).

Las solicitudes de altas y recalificaciones de los Centros Asistenciales integrados en alguna de las Asociaciones firmantes del Convenio deberán ser propuestas, presentadas y firmadas por la dirección de la Asociación de la que formen parte, la cual se responsabilizará de aportar, a efectos de la clasificación del Centro, un certificado en relación a la dotación sanitaria del mismo, junto a la correspondiente ficha técnica debidamente cumplimentada y una copia de la autorización administrativa de funcionamiento emitida por la Comunidad Autónoma respectiva. En el caso de Centros Asistenciales no integrados en alguna de las asociaciones firmantes de este convenio, sus legales representantes deberán acreditar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Anexo II, a efectos de clasificación del Centro, y aportar la correspondiente ficha técnica debidamente cumplimentada, así como una copia de la autorización administrativa de funcionamiento emitida por la Comunidad Autónoma respectiva.

Por lo que se refiere a las Entidades Aseguradoras, podrán incorporarse al Convenio, todas aquellas que así lo deseen, independientemente de que estén o no adheridas a UNESPA.

7.2 BAJAS

Las bajas de los Centros Asistenciales y Entidades Aseguradoras, se notificarán fehacientemente a la Comisión Nacional de Vigilancia con al menos dos meses de anticipación a la fecha efectiva de la misma y con el compromiso de asumir los siniestros que se produzcan hasta esa fecha. La baja será notificada por la Comisión Nacional de Vigilancia a las partes.

ESTIPULACIÓN FINAL

Las partes firmantes del presente Convenio manifiestan su voluntad en el cumplimiento estricto de las estipulaciones acordadas, en beneficio de las mutuas relaciones, así como de los perjudicados amparados por el Seguro de Responsabilidad Civil derivada del Uso y Circulación de Vehículos de Motor de suscripción obligatoria

Y para que conste, firman las partes en el lugar y fecha indicados.

Madrid, a de de

ÍNDICE DE LAS ESTIPULACIONES DEL CONVENIO

PRIMERA.- OBJETO, APLICACIÓN, VIGENCIA Y TARIFAS

- 1.1. Objeto
- 1.2. Aplicación
- 1.3. Vigencia
- 1.4. Tarifas

SEGUNDA.- HECHOS SUJETOS Y DETERMINACIÓN DEL OBLIGADO AL PAGO

- 2.1. Hechos sujetos
- 2.2. Determinación del obligado al pago
- 2.3. Participación de Entidades no adheridas
- 2.4. Concurrencia de seguros
- 2.5. No repetición
- 2.6. Siniestros en los que participen vehículos asegurados en Entidades declaradas judicialmente en concurso o que, siendo insolventes, su liquidación sea intervenida o encomendada al consorcio de Compensación de Seguros

TERCERA.- NORMAS DE PROCEDIMIENTO

- 3.1 Partes de Asistencia
- 3.2 Interrupción del pago de la asistencia sanitaria
- 3.3 Declaración responsable
- 3.4 Facturación de las asistencias
- 3.5 Rechazo de facturas

CUARTA.- COMISION Y SUBCOMISIONES DE VIGILANCIA

- 4.1 Miembros de la Comisión y subcomisiones
- 4.2 Funciones de la Comisión de Vigilancia
- 4.3 Funciones de las Subcomisiones de Vigilancia
- 4.4 Resoluciones de la Comisión y Subcomisiones
- 4.5 Interlocutores

QUINTA.- PUBLICIDAD Y COMUNICACIONES

- 5.1 Publicidad
- 5.2 Comunicaciones
- 5.3 Información clínica

SEXTA.- COMISIÓN PARITARIA

SÉPTIMA.- ALTAS Y BAJAS

- 7.1 Altas
- 7.2 Bajas

ESTIPULACIÓN FINAL

RELACIÓN DE ANEXOS

Anexo I Tarifas

Anexo II Criterios calificación Centros Asistenciales

Anexo III Parte Asistencia Urgencia

Anexo III bis Parte Asistencia resto atenciones asistenciales

Anexo IV Declaración responsable

ANEXO I

TARIFAS 2014-2015-2016-2017

TARIFAS 2014

RÉGIMEN HOSPITALARIO

I.- Módulo quirúrgico: 1.727,31.- euros

Estarán incluidas en este concepto todas aquellas intervenciones quirúrgicas, propias de alguna especialidad, que precisen obligatoriamente de la participación de un anestésista y de cuidados postoperatorios en una unidad de recuperación post anestésica.

En el importe del módulo estarán incluidos todos los gastos que conlleve una intervención quirúrgica: anestésista, quirófano, ayudantes, material, etc.

Este módulo será compatible con la facturación de las estancias y aplicable a cuantas intervenciones, de las incluidas en la definición, sean realizadas.

II.- Estancia diaria con pensión completa, con inclusión de honorarios médicos, para estancias hasta de 6 días:

GRUPO A.....	391,52.- euros
GRUPO B.....	259,10.- euros
GRUPO C.1.....	230,31.- euros

III.- Estancia diaria con pensión completa, con inclusión de honorarios médicos, para estancias de más de 6 días:

GRUPO A.....	316,67.- euros
GRUPO B.....	230,31.- euros
GRUPO C.1.....	149,70.- euros

En caso de traslado de un Centro Hospitalario a otro, o reintegro en Centro distinto de aquél en que se hubiere recibido asistencia inicialmente, el cómputo de días, a efectos de facturación, se realizará a partir del primer día de ingreso en el primer Centro en que fue ingresado, excepto aquellos casos en que hayan transcurrido más de treinta días desde el alta hospitalaria previa. Los días de estancia en la unidad de cuidados intensivos, UCI no se tendrán en cuenta a efectos de la aplicación de tramos de estancias ordinarias.

En los supuestos de reintervenciones debidas a complicaciones de la patología inicial, las estancias volverán a facturarse desde el primer tramo.

IV.- Unidad de Cuidados Intensivos, UCI.

Cuando por la naturaleza de las lesiones se requiera estancia en UCI, éstas se facturarán a razón de 921,25.- euros día.

RÉGIMEN AMBULATORIO

V.- Urgencias sin ingreso: 247,44.- euros

Incluirá la primera asistencia prestada al lesionado después del accidente, en un plazo máximo de 72 horas, no debiendo, por lo tanto, haber recibido ningún tratamiento anterior, independientemente de que el mismo haya sido prestado en la Sanidad Pública o Privada.

Solamente será facturable por los Centros Hospitalarios que dispongan de la correspondiente área de urgencias y que cuenten con equipo traumatológico de presencia física continuada.

No procederá su facturación cuando, después de la exploración, el lesionado quede ingresado en el Centro Hospitalario.

VI.- Primera Asistencia Ambulatoria:

GRUPO A.....	226,76.-euros
GRUPO B.....	200,40.- euros
GRUPO C.1 y C.2.....	84,38.- euros

Quedan incluidas en esta cantidad cuantas actuaciones básicas hayan de efectuarse en el Centro Asistencial para la determinación y tratamiento del paciente. Cuando proceda de otro Centro en el que haya recibido una primera asistencia ambulatoria, cualquier asistencia posterior tendrá consideración de visita sucesiva dentro del mismo municipio.

No procederá su facturación cuando, después de la exploración, el lesionado quede ingresado en el Centro Hospitalario.

VII.- Consultas sucesivas, consultas de alta e interconsultas:

GRUPO A.....	105,47.- euros
GRUPO B.....	84,38.- euros
GRUPO C.1 y C.2.....	52,74.- euros

Se entenderá que, en cada una de las asistencias ambulatorias, estarán incluidos todas las pruebas necesarias, diagnósticos y determinación de tratamientos que se realicen.

Solamente podrán facturarse un máximo de dos visitas sucesivas cada 30 días o tres en el caso de alta definitiva.

Asimismo, y solo para los centros del grupo A se podrá facturar una única interconsulta de otra especialidad, cuando la misma sea necesaria, debiéndose justificar la necesidad de la misma.

VIII.- Rehabilitación. Por sesión diaria, cualquiera que sea el número de técnicas empleadas:

GRUPO A.....	18,98.- euros
GRUPO B.....	18,98.- euros
GRUPO C .1 y C.2.....	15,82.- euros

Cuando el domicilio del lesionado esté situado fuera del término municipal o municipio limítrofe con el que se dé una continuidad urbanística donde esté ubicado el Centro Asistencial, este deberá solicitar autorización a la Entidad Aseguradora para iniciar el tratamiento rehabilitador, si no se produce contestación en el plazo de tres días naturales se entenderá otorgada la misma.

IX.- Módulo raquis vertebral.

GRUPO A.....	860.- euros
GRUPO B.....	860.- euros
GRUPO C.1 y C.2	550.-euros

“Traumatismo cerrado sobre el raquis vertebral con afectación exclusiva de partes blandas sin patología orgánica asociada”

El diagnóstico tributario de tratamiento incluirá cualquier nomenclatura de patología vertebral que reúna las características descritas (latigazo cervical, esguince cervical, cervicalgia, dorsalgia, lumbalgia, contracturas paravertebrales, etc.) con afectación de una o varias regiones de la columna vertebral. Deberá ser el diagnóstico principal en la visita inicial efectuada, 1ª visita ambulatoria, y por la exploración o la prueba complementaria efectuada no deberán objetivarse otras lesiones orgánicas de etiología postraumática que afecten al raquis vertebral.

Del mismo modo, si una vez iniciado el tratamiento se hallase alguna patología no diagnosticada inicialmente (fractura vertebral, patología traumática aguda de hombro, patología de hernia discal quirúrgica, etc.), la consideración de Módulo de tratamiento desaparecerá y el proceso asistencial seguirá el desarrollo habitual del Convenio de Asistencia Sanitaria, debiendo facilitar en este caso el diagnóstico mediante informe médico que lo acredite.

Tras la primera visita ambulatoria, y en el plazo de tiempo óptimo desde el punto de vista asistencial de 5-7 días, se realizará una visita sucesiva que determinará si se confirma el diagnóstico de Módulo de patología sobre el raquis, en cuyo caso y a partir del inicio del tratamiento (rehabilitación, visitas ambulatorias, control prescripción farmacológica, etc.) será considerado el proceso asistencial de forma integral.

Si por el contrario la confirmación determina un proceso asistencial distinto debido a otras lesiones que descarten el proceso de patología sobre el raquis como diagnóstico principal, en este caso se podrá facturar la visita sucesiva de presunta confirmación independientemente de no haber transcurrido el plazo de tiempo determinado para las visitas sucesivas en el Convenio de Asistencia Sanitaria.

Desde el momento de la confirmación diagnóstica del proceso Modular, el tratamiento rehabilitador deberá ser iniciado en un plazo máximo de 5 días, salvo mejor criterio médico que estará a disposición de ser consultado por la Entidad Aseguradora. En cualquier caso la frecuencia de las sesiones de rehabilitación que se efectúen, deberá cumplir criterios de optimización temporal del tratamiento sin demoras no justificadas.

Una vez finalizado el tratamiento del Módulo de patología aguda sobre el raquis vertebral, el Centro asistencial emitirá Informe Médico de Alta en un plazo máximo de 15 días, en el que se recogerá el tratamiento seguido, si el alta se produce por restitución completa o bien con lesiones residuales y en este caso, descripción de las mismas.

El Módulo solamente podrá ser facturado por el centro que haya diagnosticado y realizado el tratamiento completo, a la finalización del mismo y previa emisión del correspondiente informe de alta.

En el importe del módulo de R.V. estarán incluidos tanto la primera visita ambulatoria como las sucesivas o de alta médica, así como las pruebas complementarias, TC y RN y las sesiones de rehabilitación que se precisen para la atención del RV.

En los casos en los que el lesionado abandone el tratamiento, y no sea posible completar el proceso asistencial que requiera, desaparecerá la consideración de Módulo, pasando el Centro Asistencial a facturar las actuaciones efectuadas según el Convenio vigente.

La Entidad Aseguradora podrá interrumpir el inicio del tratamiento de un lesionado diagnosticado de RV, en base a las causas descritas en el ámbito del Convenio. Si el tratamiento ha sido iniciado, deberá hacer frente al pago de los conceptos facturables realizados hasta aquel momento. Asimismo en el caso de que el lesionado, por causas ajenas al Centro Asistencial, abandone el tratamiento se deberán abonar, por parte de la Entidad Aseguradora, los conceptos facturables realizados hasta aquel momento.

PRUEBAS

X.- Tomografía Axial Computerizada (TC).....	119,18.- euros
XI.- Resonancia Nuclear Magnética (RN).....	183,52.- euros
XII.- Contraste	63,28.- euros

Serán facturables, excepto en los supuestos de RV, independientemente de cualquier otro concepto incluido en las tarifas del Convenio.

VARIOS

XIII.- Gastos Ortoprotésicos. Se considerarán como tales, a efectos del vigente Convenio, exclusivamente, aquellos correspondientes a material ortoprotésico de implantación quirúrgica que pudiera precisar el lesionado durante su tratamiento, los cuales serán detallados de forma individualizada a precio de coste, según factura.

Los fijadores externos se facturarán en un **1/3 del precio total de adquisición**, debiéndose aportar copia de la factura correspondiente como justificante, a excepción de los elementos no reutilizables que se abonarán íntegramente a su precio de coste.

XIV.- Transfusiones de sangre y Hemoderivados.

Se facturarán según el precio fijado en cada Comunidad Autónoma incrementado en un 10%.

TARIFAS 2015/2016/2017

	2015	2016	2017
1.- MÓDULO QUIRÚRGICO	1.796,41	1.868,26	1.942,99
2.- ESTANCIA DIARIA HASTA 6 DÍAS			
GRUPO A	407,19	423,47	440,41
GRUPO B	269,46	280,24	291,45
GRUPO C.1	239,52	249,10	259,07
3.- ESTANCIA DIARIA DE MÁS DE 6 DÍAS			
GRUPO A	329,34	342,52	356,22
GRUPO B	239,52	249,10	259,07
GRUPO C.1	155,69	161,92	168,39
4.- UVI Ó UCI ESTANCIA DIARIA	958,10	996,42	1.036,28
5.- URGENCIAS SIN INGRESO (SÓLO GRUPO A)	252,39	257,43	262,58
6.- PRIMERA ASISTENCIA AMBULATORIA			
GRUPO A	226,76	231,30	235,93
GRUPO B	200,40	204,40	208,49
GRUPO C.1 y C.2	84,38	86,07	87,79
7.- CONSULTAS SUCESIVAS, ALTA E INTERCONSULTAS			
GRUPO A	105,47	107,58	109,73
GRUPO B	84,38	86,07	87,79
GRUPO C.1 y C.2	52,74	53,79	54,87
8.- REHABILITACIÓN			
GRUPO A	18,98	19,36	19,75
GRUPO B	18,98	19,36	19,75
GRUPO C.1 y C.2	15,82	16,14	16,46
9.- MÓDULO RAQUIS VERTEBRAL			
GRUPO A (se incluyen TC y RN)	820,00	750,00	680,00
GRUPO B (se incluyen TC y RN)	820,00	750,00	680,00
GRUPO C.1 y C.2 (se incluyen TC y RN)	560,00	560,00	560,00
10.- TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTERIZADA TC	119,18	119,18	119,18
11.- RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA	183,52	183,52	183,52
12.- CONTRASTE	63,28	63,28	63,28

ANEXO II

CRITERIOS PARA LA CALIFICACIÓN DE LOS CENTROS ASISTENCIALES EN EL ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL CONVENIO DE ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA 2014-2017

Los criterios de calificación de los Centros Asistenciales lo serán única y exclusivamente a los efectos tarifarios del Convenio.

No se podrá facturar ninguna tarifa de un grupo superior aunque se disponga de alguno de sus equipamientos. La calificación es por todas y cada una de las condiciones.

Criterios generales a todos los grupos:

- Contar con los pertinentes permisos para todos y cada uno de los servicios descritos en cada uno de los grupos de Autorización y Registro del Centro Sanitario en la Consejería de Sanidad de su Comunidad Autónoma.
- Personal médico y fisioterapeutas adscritos al Centro con atención permanente en el mismo.

GRUPO A.- Centros Hospitalarios que reúnan todas y cada una de las siguientes condiciones:

- **Área de Urgencias las 24 horas del día con atención médica continuada:**

Atención urgente las 24 horas del día, por médico de urgencia, traumatólogo, internista y cirujano según demanda. Capacidad de monitorización completa y permanente de los accidentados.

- **Actividad Básica:**

1. Cirugía General: Cirugía mayor (ambulatoria y no ambulatoria) y cirugía de urgencia. Capacidad de intervención de complejidad. Quirófano aséptico diferenciado. Equipo de Anestesia y Reanimación de presencia física continuada.
2. Reanimación y cuidados intensivos: Unidad de cuidados permanente y diferenciada que permita la monitorización completa de los accidentados, con personal médico permanente adscrito.
3. Traumatología: Equipo de médicos especialistas en Cirugía Ortopédica y Traumatología de presencia física continuada.
4. Medicina Interna: Equipo de médicos especialistas en Medicina Interna con atención continua.
5. Hemoterapia: Servicio de Hemoterapia y Banco o Depósito de Sangre autorizado.
6. Farmacia hospitalaria: Con atención continuada.

- **Actividad Compleja:**
 1. El Centro Hospitalario garantizará la asistencia continuada en el propio Centro y en el ámbito de las especialidades médicas siguientes: Cirugía Vascul ar, Neurología, Neurocirugía, Oftalmología y ORL.
- **Servicios de Diagnóstico:**
 1. Radiodiagnóstico: Área radiológica convencional adecuada a cualquier exploración ósea, además de TAC y RNM con Servicio continuado. Deberá contar con un Médico Radiólogo con asistencia continuada.
 2. Laboratorio: Con atención continuada.
- **Área de Rehabilitación:**

Área de Rehabilitación, con zonas diferenciadas para mecanoterapia, fisioterapia, electroterapia y cinesiterapia, con fisioterapeutas de forma permanente y con la titulación oficial requerida para el desempeño de la actividad asistencial.

GRUPO B.- Centros Hospitalarios que reúnan, como mínimo, cada una de las siguientes condiciones:

- **Actividad Básica:**
 1. Cirugía General: Cirugía ambulatoria con equipos de anestesia y reanimación, así como completa instalación y equipamiento.
 2. Reanimación y cuidados continuados: Material básico para la RCP y conexión a centro del grupo A para trasladar de forma urgente a lesionados en caso que fuera necesario.
 3. Traumatología: Equipo de médicos especialistas en Cirugía Ortopédica y Traumatología con atención continuada.
 4. Medicina interna : Equipo de médicos especialistas en Medicina Interna y/o familiar y comunitaria con atención continua y presencia física permanente.
- **Servicios de diagnóstico:**

Equipo radiológico convencional y portátil.
- **Área de Rehabilitación:**

Área de Rehabilitación, con zonas diferenciadas para mecanoterapia, fisioterapia, electroterapia y cinesiterapia, con fisioterapeutas de forma permanente y con la titulación oficial requerida para el desempeño de la actividad asistencial.

GRUPO C.1 - Centros Hospitalarios que reúnan, como mínimo, cada una de las siguientes condiciones:

- **Actividad Básica:**

1. Reanimación y cuidados continuados: Material básico para la RCP y conexión a centro del grupo A para trasladar de forma urgente a lesionados en caso que fuera necesario.
2. Traumatología: Equipo de médicos especialistas en Cirugía Ortopédica y Traumatología con presencia física diaria.

- **Servicios de diagnóstico:**

Equipo radiológico convencional.

- **Área de Rehabilitación:**

Área de Rehabilitación, con zonas diferenciadas para mecanoterapia, fisioterapia, electroterapia y cinesiterapia, con fisioterapeutas de forma permanente y con la titulación oficial requerida para el desempeño de la actividad asistencial.

GRUPO C.2.- Centros Asistenciales que reúnan, como mínimo, cada una de las siguientes condiciones:

- **Actividad Básica:**

- 1 Reanimación y cuidados continuados: Material básico para la RCP.
- 2 Traumatología: Médicos especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología y/o Médico especialista en Rehabilitación con presencia física diaria en el centro.

- **Área de Rehabilitación:**

Área de Rehabilitación, con zonas diferenciadas para mecanoterapia, fisioterapia, electroterapia y cinesiterapia, con fisioterapeutas de forma permanente y con la titulación oficial requerida para el desempeño de la actividad asistencial.

ANEXO III

CONVENIO MARCO ASISTENCIA SANITARIA (SECTOR PRIVADO) PARTE DE ASISTENCIA URGENCIA 2014/2017

- 1.- ***Centro Sanitario:**
*NIF:..... *grupo.....
Domicilio: Teléfono:
*Población: *Provincia:
- 2.- **Lesionado:**
*Nombre y Apellidos: Edad:
*DNI: teléfono
Domicilio: Municipio.....
*Fecha del siniestro: Lugar del siniestro:
*Fecha de Ingreso/intervención: Hora.....
*Condición del lesionado: (Conductor, ocupante, peatón)
*Ha sido atendido por la misma lesión en otro Centro: SI NO
*Nombre del centro.....
- 3.- **Vehículo respecto al cual ostenta la condición de lesionado:**
*Matrícula: Marca y modelo:
*Entidad Aseguradora:
- Si intervino en el accidente más de un vehículo:
Matrícula: Marca y modelo:
Entidad Aseguradora:
Lesionados: SI NO N° de lesionados.....
- Matrícula: Marca y modelo:
Entidad Aseguradora:
Lesionados: SI NO N° de lesionados.....
- 4.- ***Descripción de las lesiones:**
.....
.....
.....
.....
- 5.- **Descripción procedimientos terapéuticos:**
.....
.....
.....
.....

(Fecha y firma del Centro Hospitalario)
*campos de obligado cumplimiento

ANEXO III (bis)

CONVENIO MARCO ASISTENCIA SANITARIA (SECTOR PRIVADO)
PARTE DE ASISTENCIA
2014/2017

- 1.- *Centro Sanitario:
*NIF:..... *grupo.....
Domicilio: Teléfono:
*Población: *Provincia:
- 2.- Lesionado:
*Nombre y Apellidos: Edad:
*DNI: teléfono
Domicilio: Municipio.....
*Fecha del siniestro: Lugar del siniestro:
*Fecha de Ingreso/intervención: Hora.....
*Condición del lesionado: (Conductor, ocupante, peatón)
*Ha sido atendido por la misma lesión en otro Centro: SI NO
*Nombre del centro.....
- 3.- Vehículo respecto al cual ostenta la condición de lesionado:
*Matrícula: Marca y modelo:
*Entidad Aseguradora:
- Si intervino en el accidente más de un vehículo:
Matrícula: Marca y modelo:
Entidad Aseguradora:
Lesionados: SI NO Nº de lesionados.....
- Matrícula: Marca y modelo:
Entidad Aseguradora:
Lesionados: SI NO Nº de lesionados.....
4. *Ingreso Hospitalario SI NO
*Cirugía SI NO
*Ambulatorio SI NO
- 5.- *Descripción de las lesiones:
.....
.....
.....
.....
- 6.- Descripción procedimientos terapéuticos:
.....
.....
.....
.....

(Fecha y firma del Centro Hospitalario)

*campos de obligado cumplimiento

