

**CONVENIO MARCO DE COLABORACIÓN PARA EL TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DEL
DAÑO CEREBRAL SOBREVENIDO COMO CONSECUENCIA DE HECHOS DE LA CIRCULACIÓN
(2023-2026)**

En Madrid, a ____ de julio de 2023.

Dª MARÍA ARÁNZAZU DEL VALLE SCHAAN, en representación de la **UNIÓN ESPAÑOLA DE ENTIDADES ASEGURADORAS y REASEGURADORAS (UNESPA)**, Asociación Empresarial del Seguro, como Presidenta de la misma.

D. ALEJANDRO IZUZQUIZA IBÁÑEZ DE ALDECOA, en representación del **CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS (CCS)** como Director de Operaciones del mismo.

D. CARLOS RUS PALACIOS, en representación de la **ALIANZA DE LA SANIDAD PRIVADA ESPAÑOLA (ASPE)** como Presidente de la misma.

D. LLUIS MONSET i CASTELLS en representación de la **ASOCIACION CATALANA DE ENTIDADES DE SALUD (ACES)** como Presidente de la misma.

Las partes, en la representación que ostentan, se reconocen mutua capacidad para obligarse y convenir y

MANIFIESTAN

1º Que la existencia y suscripción de los distintos Convenios de Asistencia Sanitaria para la atención de los lesionados como consecuencia de hechos de la circulación que vienen siendo suscritos, tanto en el ámbito de la Sanidad Pública como en el de la Sanidad Privada, por parte de UNESPA, CCS, Servicios de Salud y asociaciones sanitarias privadas, tienen como objetivo fundamental el prestar una atención sanitaria ágil e integral a los lesionados como consecuencia de hechos de la circulación.

2º Que en los referidos Convenios se recogen, tanto los supuestos en los que es necesaria una hospitalización, como aquellos otros en los que solamente se requiere de tratamiento ambulatorio o rehabilitador.

3º Que los lesionados con daño cerebral adquirido por hechos de la circulación requieren, por su especial gravedad, un inicio precoz del tratamiento rehabilitador que preferentemente debiera darse en determinados centros sanitarios que reúnan, para una correcta atención, una serie de requisitos tanto técnicos (dotación del centro), como humanos (formación del personal médico - sanitario y experiencia del mismo).

4º Que con la puesta en marcha del Convenio, se pretende crear una red de centros sanitarios a los que puedan acudir los lesionados con daño cerebral adquirido en accidentes de tráfico haciendo uso del derecho de los pacientes a la libre elección de centro sanitario y una atención sanitaria de la máxima calidad.

5º Que para crear esta red de centros sanitarios, las partes que suscriben el presente Convenio, han sido asesoradas por expertos médicos especialistas en el tratamiento del daño cerebral, como es la Sociedad Española de Neurorrehabilitación, asociación multidisciplinar de científicos y clínicos interesados en la rehabilitación de enfermedades neurológicas, estableciendo las características que deben reunir todos los centros sanitarios que se incluyan en el convenio, y los perfiles de los pacientes que acudirán a este tipo de centros. Dichos requisitos técnicos deberán ser verificados por la Comisión de Vigilancia del Convenio.

6º Por otra parte, para complementar esta red de centros sanitarios de daños cerebral, también se incluyen los centros de Alta Especialización, a los que se les exige un mayor grado de especialización, de tal forma que se garantice una atención sanitaria de máxima calidad para el lesionado neurológico complejo, cuyas características quedan también recogidas en el Convenio. Estos centros ya fueron incorporados mediante Adenda en julio de 2021 por acuerdo de todas las partes firmantes, y en esta renovación se incorporan con su completa regulación en el Convenio. Los requisitos que deben acreditar son complementarios a los requisitos obligatorios exigidos a los centros de Daño Cerebral Adquirido.

7º. Que al objeto de facilitar a los centros sanitarios la determinación de la entidad aseguradora obligada al pago, se establecen criterios objetivos de asignación del pago de las asistencias sanitarias.

8º. Que los centros sanitarios, las entidades aseguradoras y el CCS basan su gestión en el "Sistema de Gestión de Pagos de Prestaciones Sanitarias en Siniestros de Automóviles", conocido como sistema CAS, siendo TIREA (Tecnologías de la Información y Redes para las Entidades Aseguradoras), el prestador del Servicio. El sistema CAS tiene por objeto el agilizar y simplificar, mediante su automatización, los procesos de intercambio de información, gestión de la facturación electrónica de las prestaciones sanitarias.

9º Que al objeto de mantener la máxima eficacia en los tratamientos, periódicamente se revisarán por parte de la Comisión de Vigilancia del Convenio los criterios y las características de los centros para su adecuación a la realidad sanitaria de cada momento.

Por todo ello, acuerdan la suscripción del presente Convenio en el que, para su correcta aplicación, convienen las siguientes

ESTIPULACIONES

PRIMERA- OBJETO, APLICACIÓN, VIGENCIA Y TARIFAS:

1.1.- Objeto.-La asistencia sanitaria prestada a los lesionados con daño cerebral adquirido 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 realizadas al amparo del mismo surjan entre los centros sanitarios, las entidades aseguradoras y el CCS.

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 CCS y los centros sanitarios en las relaciones que como consecuencia de los servicios prestados a este tipo de lesionados por hechos de la circulación surjan entre ellas.

1.3.- Vigencia.- El Convenio será de aplicación para las asistencias sanitarias realizadas a partir del 1 de julio de 2023 y no satisfechas por el anterior Convenio como consecuencia de los siniestros ocurridos a partir de dicha fecha, finalizando su vigencia el 31 de diciembre de 2026.

1.4.- Tarifas.- Los precios de referencia aplicables a las asistencias sanitarias prestadas a este tipo de lesionados por hechos de la circulación en el ámbito del presente convenio (anexo VI) han sido calculados 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 CCS y los centros sanitarios 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

En virtud de lo establecido en el artículo 141 del Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de Octubre, (en adelante LRCSCVM), así como en el artículo 10.2 del 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 (en adelante Reglamento SOA), por el seguro obligatorio de responsabilidad civil, se cubren los gastos de asistencia sanitaria que se presten, y que resulten necesarios hasta el final de su proceso curativo o hasta la estabilización de la lesión y su conversión en secuela, siempre que se justifiquen debidamente, y sean médicamente razonables en atención a la lesión sufrida y a sus circunstancias.

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

En el supuesto de lesionados derivados por Mutuas de accidentes de trabajo, se establece la obligación de que los centros soliciten a las mismas, información que permita identificar si se trata de un hecho de la circulación.

En el supuesto de que un centro adherido a este convenio hubiese facturado las prestaciones sanitarias a una mutua patronal, y posteriormente se hubiese visto obligado a reembolsar a la entidad aseguradora del responsable el importe de dichos servicios, podrá reclamar a la entidad aseguradora a la que le corresponda, el pago según las estipulaciones y tarifas de este convenio. Será causa de rechazo el incumplimiento de los plazos establecidos, en cuanto al envío de los partes de asistencia, cuando quede acreditado que conocía que se trataba de un accidente de circulación.

2.2.- Determinación del obligado al pago de las prestaciones sanitarias

La determinación de la entidad obligada al pago de las prestaciones sanitarias se realizará según los criterios objetivos fijados en esta estipulación, y será independiente de la determinación de responsabilidad que resulte de la aplicación del artículo 1 de la LRCSCVM, salvo en el supuesto establecido en la Estipulación Segunda, apartado 2.3, de este Convenio.

2.2.1. Vehículos asegurados, excepto robados y robados de uso

Estos criterios son aplicables a las entidades aseguradoras de los vehículos intervenientes en los siniestros y al CCS cuando actué como asegurador directo con arreglo al art. 11.1 de su Estatuto Legal (Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre).

2.2.2. Siniestros en los que intervenga un único vehículo a motor. Víctimas ocupantes del vehículo

Las Entidades Aseguradoras y el CCS, se obligan al pago de las prestaciones sanitarias que precisen las víctimas del accidente que sean ocupantes del vehículo que aseguren, excepto las de su conductor.

2.2.3. Siniestros en que participe más de un vehículo a motor. Víctimas ocupantes de los vehículos y su conductor

Las Entidades Aseguradoras y el CCS, se obligan al pago de las prestaciones sanitarias que precisen las víctimas del accidente que sean ocupantes del vehículo que aseguren, incluso las de su conductor.

Las prestaciones sanitarias del conductor de ciclomotores, motocicletas y asimilados que colisione contra un vehículo que se encuentre correctamente estacionado quedan excluidos del presente convenio, pero sí se incluyen las de los ocupantes y peatones.

2.2.4. Lesiones a terceros no usuarios de los vehículos a motor intervenientes

Las prestaciones de asistencia sanitaria a terceros no usuarios de los vehículos a motor intervenientes serán abonadas por la Entidad Aseguradora o el CCS que asegure al vehículo causante material directo de las lesiones. De esta forma, en el caso de lesiones causadas por el desplazamiento de objetos tales como contenedores, mobiliario urbano, árboles, etc., se entenderá que el vehículo que haya desplazado los mismos es el causante material de las lesiones.

2.2.5. Vehículos no asegurados, robados y robados de uso

Las obligaciones de pago derivadas de la intervención en siniestros de vehículos a motor carentes de seguro obligatorio de responsabilidad civil, o que estando asegurados hayan sido objeto de robo o robo de uso, corresponderán al CCS en su función de fondo de garantía, en los términos establecidos en la estipulación 2.2.1 anterior. No obstante, en virtud del art. 11.1, apartados b) y c), de la LRCSVCM, en las situaciones aquí previstas quedarán excluidos de cobertura:

- 1º. El conductor del vehículo no asegurado, robado o robado de uso.
- 2º.-El propietario del vehículo no asegurado o persona legalmente obligada a asegurarlo.
- 3º. El autor y los cómplices del delito de robo o robo de uso del vehículo.
- 4º. Las víctimas que ocuparan voluntariamente el vehículo conociendo la inexistencia de seguro o la situación de robo o robo de uso del mismo.

2.3. Participación de entidades no adheridas

Cuando intervengan en el accidente vehículos correspondientes a entidades aseguradoras adheridas y vehículos correspondientes a entidades aseguradoras no adheridas, el Convenio será de aplicación respecto de los lesionados del vehículo de la entidad aseguradora adherida.

No obstante, el centro sanitario informará en el parte de asistencia que remita a las entidades intervenientes adheridas, de todos los vehículos intervenientes, incluyendo los vehículos correspondientes a las entidades aseguradoras no adheridas. Sin embargo, en este último caso, el centro sanitario sólo informará de los datos identificativos de los lesionados, así como de la posición que los mismos ocupaban en el momento del accidente, excluyendo datos de salud, todo ello a los exclusivos efectos de que las entidades intervenientes adheridas puedan determinar su posible responsabilidad civil. Tal información, se remitirá a través de los procedimientos automáticos previstos en CAS, cumplimentando de manera obligatoria todos los datos exigidos en el mismo.

Las entidades intervenientes adheridas custodiarán la información recibida (o a la que tengan acceso) de forma segura y únicamente podrán utilizar dicha información para determinar su posible responsabilidad civil y, en caso de ser responsables, para llevar a cabo las actuaciones precisas para hacer frente a la misma, conforme lo dispuesto en la normativa aplicable.

Desde ese momento, la entidad aseguradora adherida dispondrá de un plazo de 60 días para aceptar o rechazar el pago de las prestaciones sanitarias de los lesionados del vehículo correspondiente a la entidad no adherida.

En el caso de aceptación del pago por parte de la entidad aseguradora adherida, se remitirá por el centro sanitario un nuevo parte de asistencia incorporando los datos de salud de los lesionados correspondientes al vehículo de la entidad asegurada no adherida, aplicándose desde ese instante, las condiciones y estipulaciones del presente convenio.

Si la entidad aseguradora adherida no aceptase el pago de las prestaciones sanitarias de los lesionados del vehículo correspondiente a la entidad no adherida, el centro sanitario podrá facturar por criterios de responsabilidad las asistencias prestadas a los lesionados de la entidad aseguradora no adherida, no quedando las mismas sujetas, salvo acuerdo entre las partes, a las condiciones y estipulaciones de este convenio.

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.

a) No repetición

El CCS 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, según las categorías establecidas en art. 4 del Reglamento (UE) n ° 168/2013 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de enero de 2013, relativo a la homologación de los vehículos de dos o tres ruedas y los cuatriciclos, en siniestros con participación de dos vehículos a motor de los que uno de ellos sea de la tipología descrita en este apartado.

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

El CCS asumirá las obligaciones pendientes derivadas de este convenio de las entidades aseguradoras adheridas que se encontrasen en alguno de los supuestos del art. 11.1.e) de la LRCSCVM, de acuerdo con las siguientes normas:

- a) Las obligaciones a atender serán las correspondientes a los siniestros ocurridos hasta la fecha del vencimiento del contrato de seguro del vehículo asegurado o vencimiento anticipado determinado por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSFP), si fuera anterior, o la fecha de cesión de cartera en caso de que ésta se produzca, con independencia de la fecha de la prestación sanitaria.
- b) La declaración del concurso o la liquidación intervenida o encomendada al CCS determinará el cese de la adhesión de la entidad al sistema CAS e interrumpirá a todos los efectos los plazos fijados en las normas de procedimiento de este convenio o del convenio precedente que resultase aplicable según la fecha de la prestación o del siniestro. Igualmente, decaerán las denuncias ante las Subcomisiones que estén pendientes de resolución.

- c) En el plazo improrrogable de un año desde la fecha de publicación en el BOE de la declaración del concurso o la liquidación intervenida o encomendada al CCS, los centros remitirán a éste, por cada uno de los asuntos pendientes:
 - Documentación que acredite fehacientemente la deuda: copia de la totalidad de los diálogos y documentos incorporados al sistema CAS, tales como partes de asistencia, facturas e informes médicos. En caso de falta de adhesión al CAS de alguna de las partes se remitirá, en el mismo plazo improrrogable de un año, copia de la documentación, incluyendo partes de asistencia, facturas, informes médicos y, en general, toda la correspondencia cruzada con la entidad, justificativa de las alegaciones formuladas y del cumplimiento de los plazos fijados en el convenio.
 - En ambos casos se aportarán las resoluciones de las Subcomisiones o Comisión Nacional que pudieran haber recaído sobre los asuntos comunicados y las denuncias presentadas decaídas conforme al apartado b) anterior.
- d) El CCS, en aplicación de las normas de procedimiento del convenio, no asumirá el pago de las prestaciones tramitadas incorrectamente o fuera de plazo ante la entidad aseguradora, ni las que hubiesen sido correctamente rehusadas. Tampoco atenderá las facturas que no hubieran sido objeto de reclamación durante un período de un año que no estén acompañadas de la documentación que acredite la interrupción de la prescripción, ni las que le sean presentadas fuera del plazo de un año fijado en el apartado c) anterior.
- e) Las prestaciones sanitarias pendientes de facturación o posteriores a la fecha de la declaración del concurso o la liquidación intervenida o encomendada al CCS (fecha de publicación en el BOE) se facturarán fuera del sistema CAS. Se remitirán las facturas al CCS, emitidas con periodicidad mensual, acompañadas del informe de evolución correspondiente y de los antecedentes descritos en el apartado c) anterior. En estos casos, el CCS no asumirá el pago de aquellas facturas que se le presenten transcurridos seis meses desde la fecha en que debieron emitirse según las reglas de la estipulación cuarta de este convenio.
- f) El CCS atenderá extrajudicialmente los pagos pendientes de la aseguradora que se hubiesen reclamado judicialmente, siempre que se acredite el desistimiento de los procesos iniciados y el cumplimiento de las normas de procedimiento y plazos del convenio, conforme al apartado c) anterior.
- g) El CCS 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 entidades aseguradoras, los centros sanitarios y el CCS adheridos a 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.- Parte de asistencia:

Los centros sanitarios se obligan a cursar en el plazo de quince días naturales, a contar desde la recepción de un lesionado, a las entidades aseguradoras y, en su caso, el CCS de los vehículos intervenientes en el siniestro, un parte de asistencia por cada lesionado, según modelo correspondiente (Anexo VII), 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 del mismo.

Por otro lado, se remitirá al resto de las entidades intervenientes únicamente un parte informativo, en el que conste los datos de los vehículos intervenientes y los datos identificativos de los lesionados, así como la posición que los mismos ocupaban en el vehículo en el momento del accidente, excluyendo datos de salud, todo ello a los exclusivos efectos de que las entidades intervenientes puedan determinar su posible responsabilidad civil.

Tal información, se remitirá a través de los procedimientos automáticos previstos en CAS, cumplimentando de manera obligatoria todos los datos exigidos en el mismo.

Las entidades intervenientes custodiarán la información recibida (o a la que tengan acceso) de forma segura, y únicamente podrán utilizar dicha información para determinar su posible responsabilidad civil y, en caso de ser responsables, para llevar a cabo las actuaciones precisas para hacer frente a la misma, conforme lo dispuesto en la normativa aplicable.

La falta de cumplimentación de datos no obligatorios del parte de asistencia, de acuerdo con lo previsto en el Anexo VII, no se asimilará en ningún caso a la no presentación del mismo.

Cuando se trate de reingresos o asistencias ambulatorias posteriores al alta en el centro sanitario, o no continuadas, efectuadas dentro del plazo de curación total de un lesionado, deberá igualmente comunicarse a la entidad aseguradora o al CCS, 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.

3.1.1.- Causas de rechazo del Parte de Asistencia:

Las entidades aseguradoras y el CCS, en su caso, deberán en el plazo máximo de quince días naturales desde la recepción de la notificación, contestar al centro sanitario remitente de un parte de asistencia, 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 o las lesiones 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.
- Que el accidente sea un fraude acreditado.

Recibida la comunicación de rechazo de la entidad, en caso de discrepancia, el centro sanitario enviará el expediente a la Comisión de Vigilancia en un plazo no superior a 60 días a contar desde la comunicación del rechazo, aportando toda la documentación para la defensa de sus intereses.

No podrá ser causa de rechazo de los Partes de Asistencia o bien las facturas, el hecho de que un accidentado esté realizando el seguimiento y/o tratamiento de su lesión por una Mutua Laboral. En estos casos, para evitar duplicidades, antes de iniciar el tratamiento o durante el mismo, los centros sanitarios, informarán cuando tengan conocimiento de esta circunstancia, a las entidades aseguradoras o al CCS.

3.1.2.- Comunicación de cambio de diagnóstico y autorización del mismo

En el caso de producirse un cambio de diagnóstico o agregación de otro, durante el proceso asistencial, deberá comunicarse en el plazo de quince días naturales desde dicho cambio, debidamente acreditado con envío de informe médico y, si fuera necesario, prueba diagnóstica, a la Entidad Aseguradora o CCS.

La Entidad Aseguradora o el CCS podrán oponerse o solicitar aclaraciones, en un plazo máximo de 15 días naturales, al cambio o agregación de diagnóstico con la debida justificación médica. Transcurrido dicho plazo sin solicitar aclaraciones, se entenderá tácitamente aceptado el cambio o agregación de diagnóstico. Transcurridos 15 días sin recibir respuesta del centro sanitario, no procederá la facturación derivada de dicho cambio de diagnóstico.

3.2.- Interrupción de aplicación de Convenio

En los supuestos en los que haya sido aceptado un parte de asistencia 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 sanitario para informarle, motivadamente, 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 interrumpida la asistencia de acuerdo con lo indicado en esta Estipulación, el centro sanitario, en caso de disconformidad con la misma, lo pondrá en conocimiento de la Comisión de Vigilancia.

Finalmente, de no obtener una respuesta favorable, el centro sanitario podrá actuar, en la atención al lesionado, conforme estime más oportuno para la defensa de sus intereses.

3.3.- Declaración responsable

En el supuesto de un siniestro ocasionado por un vehículo robado o sin seguro, el centro sanitario acompañará al parte o partes de asistencia, la siguiente documentación: una declaración responsable de las circunstancias del mismo, suscrita y firmada por el accidentado, testigos del accidente o por aquéllos que les prestaron auxilio, acompañada de fotocopia del documento nacional de identidad del firmante, según modelo que figura como Anexo VIII al Convenio.

En tanto no se obtenga tal declaración, el CCS quedará liberado de la aceptación de los gastos de asistencia a que se refiera el parte, salvo que por el centro sanitario 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 naturales después de emitido el parte de asistencia, transcurridos los cuales, el CCS quedará liberado de asumir los gastos correspondientes al lesionado.

CUARTA.- FACTURACIÓN DE LAS ASISTENCIAS:

4.1.- Facturación.- Las facturas presentadas por los centros sanitarios deberán detallar los conceptos facturados, las fechas de realización de los mismos y la descripción del tratamiento realizado. Asimismo los datos identificativos del siniestro, de la víctima y del/los vehículos implicados.

Los conceptos facturados según las tarifas incluidas en el presente Convenio comprenderán todas las asistencias realizadas hasta el alta correspondiente decretada por el facultativo responsable del tratamiento, sin perjuicio de las causas de rechazo de facturas contempladas en la estipulación 4.2, debiéndose acompañar en este caso, junto con la factura, el correspondiente informe médico de alta con la descripción detallada del tratamiento realizado, y sin incluir valoración de daño corporal. En el caso de tratamiento asistencial de duración superior a treinta días, los conceptos facturables deberán ser remitidos a la entidad aseguradora con periodicidad mensual, acompañándose los mismos de un informe médico de evolución con el estado actualizado del lesionado. Este modelo de informe médico no tendrá la consideración de informe de valoración.

Las entidades aseguradoras podrán solicitar al centro sanitario las aclaraciones oportunas al contenido de las facturas.

Presentadas las facturas ante las entidades aseguradoras o CCS, éstos deberán hacer efectivo su importe en caso de conformidad, o manifestar su disconformidad dentro de los treinta días naturales siguientes, sin recurrir a la vía judicial.

Si la entidad aseguradora o el CCS discrepan y no manifestaran el motivo que justifica su disconformidad, dentro del plazo anteriormente citado, el centro sanitario acudirá a la Comisión de Vigilancia para denunciarlo y emplazará a la entidad aseguradora o al CCS para que alegue lo que en su derecho proceda y en su caso para que haga efectivo el importe solicitado.

En ningún caso se demorará la presentación de facturas por un período superior a tres meses, desde la fecha de la última asistencia continuada incluida en la factura. La entidad aseguradora o el CCS 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 un año.

4.2.- Rechazo de facturas.- Únicamente procederá la negativa de una entidad aseguradora o del CCS 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 Sanitario.
- En los supuestos que establece el convenio, aquellas facturas que no hayan sido acompañadas del correspondiente informe médico.
- Transcurso de los plazos de previstos en el Convenio.
- Asistencias sanitarias realizadas con posterioridad a la comunicación de la entidad aseguradora o CCS de que no se asumirá ningún tipo de prestación más.
- Disconformidad con las prestaciones facturadas por existir discrepancia o desproporción entre el diagnóstico y el tratamiento prestado. En estos casos el rechazo de la factura deberá estar justificado y documentado con informe médico.

Si la entidad aseguradora o el CCS, discrepan del contenido o del importe de la factura, deberán manifestar el motivo que justifica su disconformidad dentro del plazo de 30 días naturales desde su envío.

En todo caso, el rechazo de las facturas por las entidades aseguradoras o el CCS 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 4.1 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 CCS, hasta la comunicación al centro sanitario del rechazo del pago de las mismas.

QUINTA.- COMISIÓN DE VIGILANCIA:

5.1.- Comisión de Vigilancia.- Se constituye una Comisión de Vigilancia que velará por el correcto cumplimiento del Convenio. La Comisión estará integrada por un máximo de tres representantes designados por cada una de las partes firmantes del presente Convenio, que contarán con el asesoramiento de la Sociedad Española de Neurorrehabilitación.

Si de forma posterior a la firma del Convenio, lo suscribieran nuevas asociaciones de centros sanitarios, éstas, tendrían derecho a estar representadas en la Comisión por los representantes que designaran al efecto, no pudiendo superar el número de dos representantes por cada nueva asociación.

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

Los centros sanitarios, así como las entidades aseguradoras y el CCS adheridos al Convenio se obligan a someter las diferencias que en aplicación del mismo puedan surgir a la Comisión de Vigilancia.

La Comisión se reunirá al menos una vez al semestre y, en todo caso, a petición de cualquiera de las partes firmantes o centros sanitarios adheridos con un preaviso de treinta días naturales.

La Secretaría de la Comisión recaerá en la representación de ASPE, en tanto en cuanto las partes no acuerden otra opción.

Los miembros de la Comisión se comprometen y obligan en el ejercicio de sus funciones a guardar y respetar las normas de defensa de la competencia, Ley 15/2007, así como la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre,

de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y la normativa de desarrollo aplicable, recayendo en éstos, cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de su incumplimiento y resto de legislación aplicable.

5.2.- Funciones de la Comisión.- Serán funciones de la Comisión las siguientes:

- 1- Interpretar el Convenio en aquellas cuestiones que le sean sometidas por las partes y en su caso, establecer los criterios pertinentes que podrían recogerse en un Manual de Criterios de obligado cumplimiento.
- 2- Dirimir los desacuerdos existentes entre los centros sanitarios y las entidades aseguradoras o el CCS adheridos al Convenio.
- 3- Proponer y aprobar en su caso, las modificaciones y ampliaciones que deban incorporarse al Convenio para perfeccionar y completar su contenido.
- 4- Estudiar y dar de alta o baja en el Convenio a aquellos centros sanitarios y entidades aseguradoras que, cumpliendo todos y cada uno de los requisitos establecidos en el mismo, 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.
- 5- Emitir certificaciones que acrediten cualquier incumplimiento del Convenio.

5.3.- Resoluciones de la Comisión.- Las entidades aseguradoras, el CCS y los centros sanitarios adheridos se obligan a someter las diferencias que en el ámbito del mismo puedan surgir, a la Comisión para que las resuelva, siendo sus resoluciones de carácter vinculante para las partes implicadas, debiendo las mismas hacerlas efectivas en el plazo de treinta días naturales desde su comunicación.

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.

Los acuerdos se alcanzarán por consenso, a falta del mismo, excepcionalmente se establecerán por mayoría simple, mediante un sistema de votación paritario entre la parte sanitaria y la parte aseguradora.

No podrán participar en la resolución de las diferencias en aplicación del convenio los miembros de la Comisión que tengan un interés en la resolución.

Si los acuerdos de la Comisión adoptaran la forma de criterio general a aplicar en lo sucesivo en el marco del mismo, dicha Comisión quedaría obligada a la difusión de los mismos mediante circular que será comunicada a las partes, quedando éstas obligadas a dar traslado de la misma a todos los centros sanitarios y entidades aseguradoras representadas por cada una de ellas.

La aprobación del acta de la Comisión Nacional deberá producirse como máximo 30 días después de la celebración de la misma. Los acuerdos de la Comisión Nacional tendrán efecto desde el momento de la publicación del acta en el que consten, salvo que se disponga lo contrario.

SEXTA. - PUBLICIDAD Y COMUNICACIONES

6.1.- Publicidad

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

6.2.- Comunicaciones

Todas las comunicaciones y notificaciones tanto de los Centros sanitarios como de las Entidades Aseguradoras y del CCS serán realizadas mediante el sistema CAS. El sistema CAS es un procedimiento de gestión informatizado de comunicación, tramitación y pago de las prestaciones sanitarias en el marco del Convenio.

6.3.- Información clínica

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD), y con la estipulación tercera de este Convenio, todas aquellas personas que puedan tener acceso a datos de carácter personal relacionados con la salud vienen obligadas al deber de confidencialidad, a cuyos efectos, las partes firmantes vigilarán de su cumplimiento.

Las cesiones de datos derivadas de la aplicación del Convenio para el pago de las prestaciones sanitarias no requerirán el consentimiento de las personas lesionadas, cuando el parte de asistencia es cedida a la entidad obligada al pago, conforme se establece en el artículo 99 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y al amparo del artículo 9.2 (g) del Reglamento General de Protección de Datos. 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 con la finalidad de la comunicación.

Los Centros sanitarios que atiendan al lesionado, le proporcionarán información acerca del tratamiento y base jurídica del tratamiento para que su información clínica relacionada con el pago de la prestación sanitaria sea trasladada, a efectos del tratamiento, a las Entidades Aseguradoras o al CCS de los vehículos implicados en el siniestro, todo ello de conformidad con lo previsto en el Reglamento General de Protección de Datos.

Asimismo, y en relación con la protección de datos de carácter personal, en el seno de Comisión de Vigilancia establecida en el Convenio, se abordará el tratamiento de casos particulares sin facilitar datos personales de los lesionados. A estos efectos, se incluirán las medidas técnicas y organizativas de seudonimización de los datos personales destinadas a garantizar que los datos personales no puedan atribuirse a una persona física identificada o identifiable.

Por último, las partes se obligan expresamente en el acceso, cesión o tratamiento de datos de carácter personal a respetar los principios, disposiciones y medidas de seguridad previstas en la LOPDGDD y en el reglamento que la desarrolle, así como lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos).

SÉPTIMA.- COMISIÓN PARITARIA:

Las discrepancias que pudieran surgir entre el CCS 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 CCS 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 CCS y al centro sanitario en el plazo de un mes.

OCTAVA.- ALTAS Y BAJAS:

8.1.- Altas.- Podrán incorporarse al Convenio, todas las entidades aseguradoras que, habilitadas en España para operar el seguro del automóvil, deseen formar parte del mismo, así como aquellos centros sanitarios, que estando o no adheridos a alguna de las asociaciones firmantes, reúnan los requisitos técnicos establecidos en los Anexos I y III de este Convenio.

Las entidades aseguradoras se podrán adherir al Convenio, independientemente de que sean o no socias de UNESPA, mediante el envío del boletín de adhesión (Anexo XI) firmado a la Comisión de Vigilancia.

Los centros sanitarios deberán dirigirse directamente a la secretaría de la Comisión de Vigilancia, enviando el boletín de adhesión (Anexo IX o X, según sea Daño Cerebral o Alta Especialización) junto a la documentación del Anexo II o Anexo IV que acredite los requisitos establecidos en el Anexo I o Anexo III del presente Convenio. Los centros sanitarios representados por asociaciones sanitarias, gestionarán la adhesión con el envío de la documentación a través de los representantes de dichas asociaciones.

Las altas de entidades aseguradoras y de centros sanitarios serán efectivas desde el primer día del mes siguiente de su aprobación por la Comisión de Vigilancia.

Los centros sanitarios y entidades aseguradoras que a 30 de junio de 2023 se encontraran adheridos al anterior Convenio que finaliza su vigencia en la misma fecha, se considerarán adheridos de forma automática al presente Convenio salvo que manifestasen lo contrario, en el plazo de 60 días. Las partes firmantes se comprometen en un plazo no superior a 10 días desde su entrada en vigor a dar traslado del Convenio a las entidades aseguradoras y a todos los centros adheridos, informándoles al respecto, así como de la posibilidad de solicitar la baja.

Para las adhesiones de entidades aseguradoras y centros sanitarios posteriores a la entrada en vigor del Convenio, el mismo será de aplicación para las asistencias sanitarias pendientes de liquidar derivadas de siniestros ocurridos desde la fecha de entrada en vigor del convenio.

8.2.- Bajas voluntarias.- Las bajas de los centros asistenciales y de las entidades aseguradoras, se notificarán fehacientemente a la Secretaría de la Comisión 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 Secretaría de la Comisión a todas las partes integrantes del Convenio

8.3. Revisión de cumplimiento de requisitos.

Cuando existe causa motivada a petición de la Comisión de Vigilancia, los centros sanitarios adheridos podrán ser requeridos para volver a acreditar los requisitos del Anexo I o Anexo III respectivamente en un plazo máximo de seis meses.

En caso de no poder acreditar en dicho plazo el cumplimiento de tales requisitos, el centro sanitario será dado de baja hasta su acreditación.

8.4 Período transitorio para la reacreditación de centros adheridos al Convenio 2019-2022

Todos los centros sanitarios que a 31 de diciembre de 2022 se encontrarán adheridos al Convenio Marco de colaboración para el tratamiento y rehabilitación del daño cerebral sobrevenido como consecuencia de hechos de la circulación (2019-2022) deberán someterse a una nueva acreditación de requisitos simplificada para continuar adheridos al presente convenio.

Para ello, dispondrán de un plazo de un año desde la fecha de firma del presente Convenio, para aportar la documentación requerida para la reacreditación de requisitos conforme al Anexo V.

Transcurrido el plazo máximo establecido para la reacreditación, si el centro de Daño Cerebral o de Alta Especialización no hubiese superado el mencionado proceso de reacreditación se procederá a la baja automática en Convenio, con el compromiso de gestionar por Convenio los tratamientos iniciados hasta esa fecha.

Por su parte, los centros sanitarios de Daño Cerebral y los centros de Alta Especialización que se hubieran adherido al presente durante el año 2023 se considerarán adheridos automáticamente al presente Convenio, sin necesidad de someterse al procedimiento de reacreditación.

ESTIPULACIÓN FINAL:

Las entidades aseguradoras, el CCS y los centros sanitarios adheridos al 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.

Asimismo, muestran su voluntad de colaboración y buen hacer en las relaciones que como consecuencia de la aplicación del Convenio surjan entre los centros sanitarios, las entidades aseguradoras y el CCS.

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

María Aránzazu del Valle Schaan
UNIÓN ESPAÑOLA DE ENTIDADES ASEGURADORAS
y REASEGURADORAS (UNESPA)

Alejandro Izuzquiza Ibañez de Aldecoa
CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS (CCS)

Carlos Rus Palacios
ALIANZA DE LA SANIDAD PRIVADA ESPAÑOLA
(ASPE)

Lluís Monset i Castells
ASOCIACION CATALANA DE ENTIDADES DE SALUD
(ACES)

ANEXOS AL TEXTO DEL CONVENIO

- Anexo I.** - Requisitos técnicos de las unidades hospitalarias para el tratamiento del daño cerebral adquirido.
- Anexo II.** Procedimiento de solicitud, acreditación y comprobación de los centros sanitarios de daño cerebral adquirido.
- Anexo III** .- Alta especialización. Ficha técnica: Necesidades específicas de centros.
- Anexo IV** .- Procedimiento de solicitud, acreditación y comprobación de los centros sanitarios de Alta Especialización.
- Anexo V** .- Procedimiento de reacreditación de centros adheridos.
- Anexo VI.** Tarifa.
- Anexo VII**.- Modelo de parte de asistencia.
- Anexo VIII**.-Declaración responsable.
- Anexo IX**.- Boletín de Adhesión de centros de Daño Cerebral Adquirido.
- Anexo X**.- Boletín de Adhesión de centros de Alta Especialización.
- Anexo XI**.- Boletín de Adhesión de entidades aseguradoras.

ANEXO I

REQUISITOS TÉCNICOS DE LOS CENTROS SANITARIOS PARA EL TRATAMIENTO DEL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

REGIMEN DE HOSPITALIZACIÓN

Perfil de paciente: traumatismo cráneo encefálico que reúna las siguientes características:

- ECG (escala de coma de Glasgow) entre 3 y 12 en las primeras 24 horas tras el trauma
- Ingreso en la Unidad preferentemente antes de los 6 meses después del TCE; excepcionalmente entre los meses 6 y 12.

Requisitos obligatorios

1. Unidad física diferenciada de otras unidades del hospital con un mínimo de 10 camas.
2. Al menos 30 nuevos pacientes cada año y una estancia media inferior a 150 días. Respecto al listado de pacientes solo se contabilizarán aquellos pacientes con una estancia superior a 60 días.
3. Al menos el 80% de los pacientes presentan diagnóstico etiológico característico de daño cerebral adquirido: TCE, ictus, secuelas de tumores cerebrales, encefalitis, anoxia.
4. Presencia de médico rehabilitador y neurólogo cubriendo entre ambos un 100% de la jornada laboral, entendida esta como 8 horas al día durante los días laborables. Al menos uno de los médicos contará con una experiencia demostrable de un año con pacientes de daño cerebral.
5. El hospital cuenta con médico de guardia presencial de 24 horas y la dotación o plan estratégico necesario para el tratamiento de las complicaciones médicas habituales en estos pacientes.
6. La unidad cuenta con servicio de enfermería las 24 horas.
7. El equipo terapéutico ha de incluir un profesional, con presencia diaria, de cada una de las siguientes disciplinas: fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional, neurosicología, y trabajo social. Y posibilidad de acceso regular a consulta de psiquiatra.
8. Espacios específicos para cada uno de los terapeutas descritos en los puntos anteriores.
9. La unidad hospitalaria deberá contar, al menos, con los siguientes profesionales:
 - 1 médico con carácter permanente las 24 horas del día
 - 1 médico por cada 15 pacientes
 - 1 fisioterapeuta por cada 10 pacientes
 - 1 logopeda por cada 20 pacientes
 - 1 neuropsicólogo por cada 20 pacientes
 - 1 terapeuta ocupacional por cada 20 pacientes
 - 1 enfermera por turno y unidad
 - 1 auxiliar por cada 7 pacientes en cada turno diurno

Régimen de funcionamiento aconsejable

1. El equipo terapéutico se reunirá semanalmente con el fin de elaborar y revisar los planes individualizados de rehabilitación. En la reunión participarán médicos, enfermeras, terapeutas de cada especialidad y trabajador social.
2. El protocolo de tratamiento del paciente incluirá planes individualizados del tratamiento multidisciplinar, con objetivos funcionales en cada una de las áreas, con sesiones diarias individuales de duración mínima de 30 minutos, sin perjuicio de otras sesiones grupales que se realicen por prescripción facultativa. Se cumplirán al menos 20 horas semanales, salvo prescripción facultativa.
3. En cada caso se elaborarán informes de evaluación inicial, de seguimiento y de alta que reflejen la naturaleza multidisciplinar de la rehabilitación.
4. Existirá un método de medición global de resultados de la rehabilitación con alguna escala internacionalmente reconocida. La escala ha de reflejar información relativa a la funcionalidad. En la actualidad se recomienda utilizar FIM/FAM.
5. Deberá existir un plan de atención a las familias que incluya:
 - Reuniones periódicas con el responsable médico
 - Sesiones regulares de entrenamiento en el manejo de los problemas que presenta el paciente. Las llevarán a cabo los distintos terapeutas que trabajan con el paciente
 - Contacto regular con trabajo social y/o psicólogo con el fin de valorar la situación familiar

REGIMEN AMBULATORIO

Perfil de paciente: traumatismo cráneo encefálico que puede tener dos niveles distintos de severidad y procedencia:

- Aquellos TCE severos que procedan de Unidades de rehabilitación hospitalaria accederán a los Servicios de rehabilitación ambulatoria antes de que trascurran 12 meses del traumatismo.
- Los pacientes con TCE moderado y leve que accedan directamente a los Servicios de Rehabilitación ambulatoria lo harán antes de que trascurran 3 meses desde el TCE; excepcionalmente entre los 3 y los 6 meses si los problemas cognitivo-conductuales se pusieron de manifiesto en este período. El TCE ha de estar documentado mediante informe de atención hospitalaria.

Requisitos obligatorios

Los centros sanitarios que tengan acreditada su actividad para rehabilitación hospitalaria también la tendrán para rehabilitación ambulatoria.

Los criterios que se citan a continuación son para centros sanitarios sin régimen de hospitalización.

1. Unidad física diferenciada, de carácter monográfico y exclusivamente dedicada a la rehabilitación de pacientes con daño cerebral. Ha de incluir espacios específicos para el desarrollo de la labor de las siguientes especialidades: fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional, neuropsicología.
2. Al menos 30 nuevos pacientes cada año y una estancia media inferior a 180 días. Respecto al listado de pacientes solo se contabilizarán aquellos pacientes con una estancia superior a 60 días.
3. Al menos el 80% de los pacientes presentan diagnóstico etiológico característico de daño cerebral adquirido: TCE, ictus, secuelas de tumores cerebrales, encefalitis, anoxia.
4. Control semanal en el propio centro por médico rehabilitador con experiencia demostrable de un año con pacientes de daño cerebral, y posibilidad de acceso regular a consultas de neurólogo y psiquiatra.

5. El equipo terapéutico ha de incluir al menos un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional, un logopeda, y un neuropsicólogo con dedicación diaria de al menos media jornada cada uno.
6. La unidad asistencial deberá contar, al menos, con los siguientes profesionales:
 - Media jornada laboral de médico por cada 100 pacientes en rehabilitación ambulatoria. Dicha media jornada puede completarse por varios especialistas.
 - 1 fisioterapeuta por cada 20 pacientes
 - 1 logopeda por cada 20 pacientes
 - 1 neuropsicólogo por cada 20 pacientes
 - 1 terapeuta ocupacional por cada 20 pacientes

Régimen de funcionamiento aconsejable

1. El equipo terapéutico se reunirá semanalmente con el fin de elaborar y revisar los planes individualizados de rehabilitación. En la reunión participarán médicos y terapeutas de cada especialidad.
2. El protocolo de tratamiento del paciente incluirá planes individualizados del tratamiento multidisciplinar, con objetivos funcionales en cada una de las áreas, con sesiones diarias individuales de duración mínima de 30 minutos, sin perjuicio de otras sesiones grupales que se realicen por prescripción facultativa. Se cumplirán al menos 12 horas semanales, salvo prescripción facultativa.
3. La historia clínica del paciente incluirá planes individualizados de rehabilitación con objetivos funcionales en cada una de las áreas de rehabilitación.
4. En cada caso se elaborarán informes de evaluación inicial, de seguimiento y de alta que reflejen la naturaleza multidisciplinar de la rehabilitación.
5. Existirán métodos de medición de resultados de la rehabilitación
6. Deberá existir un plan de atención a las familias que incluya:
 - Reuniones periódicas con el responsable médico
 - Sesiones regulares de entrenamiento en el manejo de los problemas que presenta el paciente. Las llevarán a cabo los distintos terapeutas que trabajan con el paciente

ANEXO II

PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD, ACREDITACIÓN Y COMPROBACIÓN DE LOS CENTROS SANITARIOS DE DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

1.- SOLICITUD DE ALTA Y/O BAJA EN EL CONVENIO:

El centro sanitario que solicite su alta o baja en el Convenio deberá cumplimentar y enviar a la Secretaría de la Comisión el correspondiente boletín de adhesión, anexo IX, junto con la documentación que acredite que cumple con los requisitos exigidos en el mismo.

2.- DOCUMENTACIÓN TÉCNICA PARA REGIMEN HOSPITALARIO:

Carácter obligatorio:

1. Autorización sanitaria vigente de las siguientes unidades acreditadas en el centro sanitario: U13 medicina interna, U57 rehabilitación, U17 neurología, U59 fisioterapia, U60 terapia ocupacional, U61 logopedia, U69 psiquiatría, U70 psicología clínica, U2 enfermería, U73 análisis clínico ó U72 obtención de muestras, U83 farmacia ó U84 depósito de medicamentos.
2. Plano de la Unidad de Daño cerebral, metraje y distribución de los espacios.
3. Equipamiento de las habitaciones de daño cerebral, mínimo 10 camas.
4. Listado de pacientes tratados (nº historia) durante el año natural previo a la presentación de la solicitud incluyendo en una tabla los siguientes datos: fecha de ingreso y alta, diagnóstico etiológico, edad al alta, datos de FIM-FAM (o escala similar) al ingreso, y en su caso, al alta.
5. Nombre y copia de los títulos del personal médico y sanitario.
6. Certificado de cobertura de guardia médica firmado por el representante legal del centro.
7. Certificado de cobertura de profesionales de enfermería firmado por el representante legal del centro.
8. Contrato de trabajo o similar en el que se especifique la jornada y/o el horario de médico rehabilitador y/o neurólogo. Alternativamente, certificado expedido por el/los profesional/es que indique el horario de atención en el centro.

Carácter aconsejable:

1. Breve descripción del modelo de historia clínica
2. Cronograma de reuniones de equipo
3. Plan o protocolo de atención a familias

3.- DOCUMENTACIÓN TÉCNICA PARA REGIMEN AMBULATORIO:

Carácter obligatorio:

1. Autorización sanitaria vigente de las siguientes unidades acreditadas en el centro sanitario: U57 rehabilitación, U17 neurología, U59 fisioterapia, U60 terapia ocupacional, U61 logopedia, U69 psiquiatría, U70 psicología clínica, U2 enfermería U1 medicina de familia y/o U12 geriatría y/o U13 medicina interna.
2. Plano de la Unidad de Daño cerebral, metraje y distribución de los espacios
3. Listado de pacientes tratados (nº historia) durante el año natural previo a la presentación de la solicitud incluyendo en una tabla los siguientes datos: fecha de ingreso y alta, diagnóstico etiológico, edad al alta, datos de FIM-FAM (o escala similar) al ingreso, y en su caso, al alta.

4. Nombre y copia de los títulos del personal médico y sanitario.
5. Nombre y titulación, en su caso, del personal que aparece recogido como obligatorio en los requisitos técnicos.
6. Contrato de trabajo o similar en el que se especifique la jornada y/o el horario de médico rehabilitador y/o neurólogo. Alternativamente, certificado expedido por el/los profesional/es que indique el horario de atención en el centro.
7. Espacio diferenciado para gimnasio, así como para terapia ocupacional, neuropsicología, logopedia y consulta médica.

4- VISITA AL CENTRO SANITARIO:

La visita al centro sanitario se realizará por al menos dos miembros de la Comisión de Vigilancia del Convenio o por técnicos asistenciales en su representación, participando siempre al menos uno de ellos en representación de UNESPA ó CCS.

La visita se realizará una vez que se haya acreditado documentalmente el cumplimiento de los requisitos exigidos.

En la visita, se realizarán los siguientes controles:

1. Comprobar que se cumple con los requisitos exigidos.
2. Seleccionar dos historias clínicas del año previo y comprobar la veracidad de los datos previamente solicitados. Comprobar asimismo si disponen de informes de seguimiento y alta, valoraciones estandarizadas de la funcionalidad.
3. Seleccionar dos historias clínicas de pacientes en tratamiento y comprobar la veracidad de los datos previamente solicitados. Comprobar asimismo si disponen de informes de seguimiento y alta, valoraciones estandarizadas de la funcionalidad.
4. Entrevista aleatoria con dos miembros del equipo terapéutico
5. Entrevista con el coordinador de la Unidad que nos explicará cómo funciona su equipo y qué implicación tienen en los planes terapéuticos y en la atención a las familias.

Asimismo, se aconseja mantener entrevista con el responsable de la Unidad que explicará la dinámica de reuniones y los planes de atención a familias.

Los gastos derivados de la visita al centro sanitario correrán a cargo del mismo.

ANEXO III

ALTA ESPECIALIZACIÓN: NECESIDADES ESPECÍFICAS DE CENTROS Y LESIONADOS. **FICHA TÉCNICA**

Categoría de Necesidades y Servicios definitorios de Alta Especialización del tratamiento del Daño Cerebral Adquirido, complementario a los requisitos obligatorios y al régimen de funcionamiento aconsejable del Convenio Marco de UNESPA para el tratamiento del Daño cerebral sobrevenido.

NECESIDADES ESPECÍFICAS DE LOS CENTROS DE ALTA ESPECIALIZACION

1. Existencia de una unidad diferenciada de cuidados intermedios para la atención de pacientes inestables neurológicamente y/o con necesidad de ventilación asistida, que precisen de un seguimiento más intenso y la monitorización de constantes vitales.
2. Capacidad de atención a los pacientes pediátricos con DCA.
3. Capacidad de atención médico-quirúrgica especializada neurología, neurofisiología, neurocirugía, otorrinolaringología, medicina interna, endocrinología, psiquiatría, cirugía ortopédica y traumatología.
4. Capacidad de atención clínica especializada e intensiva en el centro igual o superior a 5 áreas de intervención, igual o superior a 25 horas semanales de intervención terapéutica con supervisión y con una ratio profesional/atención terapéutica paciente de 1:1 ó 2:1, siempre que el paciente esté en condiciones de recibirla.
5. Neuropsicología y psicología clínica. Disponer de los profesionales integrados en el equipo terapéutico para la realización de la evaluación neuropsicológica (cognitivo-conductual), psicológica y emocional, la orientación y el seguimiento de los pacientes, así como, también, para la valoración y tratamiento de los trastornos del lenguaje y la comunicación en pacientes con necesidades complejas.
6. Disponer con un servicio de psiquiatría que aborde las necesidades psiquiátricas de estos pacientes, así como la prevención o el tratamiento de las conductas de riesgo.
7. Disponer de un programa y personal para la atención, el diagnóstico y tratamiento de la disfagia (evaluación, test de deglución, logopedas expertos, toxina botulínica...).
8. Capacidad para evaluación, tratamiento y control de la espasticidad severa (toxina botulínica, bomba de baclofeno intratecal).
9. Número de nuevos casos al año de DCA igual o superior a 50 de media en los últimos 3 años. Al menos el 50% de estos nuevos casos deben ser pacientes y con estancia media en el centro superior a 60 días.
10. Disponer de tecnologías propias para la neurorrehabilitación que permitan intensificar el tratamiento de los pacientes con DCA: apoyo robótico para la recuperación de la movilidad funcional de las extremidades superiores e inferiores, reeducación de la marcha, salas de estimulación multisensorial para estados de mínima respuesta, programa terapéutico para la estimulación cognitiva, realidad virtual...

Para acreditarse como centro de alta complejidad, éste debería cumplir con al menos 8 de 10 de las necesidades específicas de centro.

NECESIDADES ESPECÍFICAS DEL LESIONADO NEUROLÓGICO COMPLEJO

1. Pacientes pediátricos (hasta los 16 años) con Daño Cerebral Adquirido.
2. Pacientes con problemas de inestabilidad médica-quirúrgica con necesidad de ventilación mecánica y/o necesidad de tratamiento de cuidados intermedios o intensivos: cuadros metabólicos descompensados, crisis simpáticas, sepsis, insuficiencia respiratoria, inestabilidad cardiovascular, necesidad de flujo continuo de oxigenoterapia (programa de monitorización de la saturación de O₂, atención de pacientes con necesidad de ventilación mecánica y programa de retirada de ventilación asistida).
3. Pacientes con necesidades psiquiátricas complejas y/o conductas de alto riesgo (agitación, agresividad, ideas suicidas, desinhibición...) que necesita de medidas de contención (físicas o farmacológicas) por su severidad y frecuencia.
4. Pacientes con epilepsia refractaria, definida por la International League Against Epilepsy (ILAE) como «aquella en la cual se ha producido el fracaso a 2 ensayos de fármacos antiepilepticos (FAE), en monoterapia o en combinación, tolerados, apropiadamente elegidos y empleados de forma adecuada para conseguir la ausencia mantenida de crisis.
5. Paciente con disfagia y/o alteraciones de la deglución y con necesidad de alimentación parenteral y/o enteral con riesgo elevado de broncoaspiración y requerimientos nutricionales específicos. Serán pacientes considerados de alta complejidad aquellos que presenten alguna de las entidades clínicas neurológicas siguientes: estado alterado de conciencia (síndrome de vigilia sin respuesta, respuesta mínima), estado confusional postraumático (trastorno neurocognitivo mayor grave), síndrome de cautiverio, lesión medular, daño cerebral asociado a politrauma, espasticidad y rigidez articular grave.

Para ser calificado como lesionado neurológico complejo, éste deberá cumplir al menos uno de los requisitos contemplados en las necesidades específicas mencionadas.

ANEXO IV

PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD, ACREDITACIÓN Y COMPROBACIÓN DE LOS CENTROS SANITARIOS DE ALTA ESPECIALIZACIÓN

FICHA TÉCNICA. NECESIDADES ESPECÍFICAS DE CENTROS.

Documentación:

1. Unidad de Cuidados intermedios y/o listado de equipamiento incluyendo fotografía, marca y modelo de monitores de constantes, respirador (ventilador para ventilación mecánica, oxigenoterapia no invasiva e invasiva, sistema de aspiración, nebulizadores), desfibrilador, bomba de infusión, bomba de nutrición enteral y toma de gases.

En caso de disponer de una UCI, será suficiente aportar la Autorización U.37 (Medicina Intensiva).

2. a) Listado anonimizado de pacientes menores de 16 años tratados (Nº Historia Clínica) durante los últimos tres años previos a la solicitud, incluyendo en una tabla los siguientes datos: fecha de ingreso y alta, diagnóstico etiológico y edad al alta.
b) Escalas de valoración para población pediátrica en el listado de pacientes que se presente, además de contar con una evaluación al ingreso y al alta mediante instrumentos de medida específicos (COAT, WISC V, WPPSI IV, WNV, Pedicat...).
c) Listado de profesionales con título de especialista en neuropsicología (Máster en Psicología General Sanitaria, Máster en Neuropsicología y/o Máster en Neuropsicología Infantil) con una experiencia igual o superior a tres años en el ámbito pediátrico; Indicando, tipo de vinculación (mercantil o laboral).
3. a) Autorización sanitaria de las siguientes Unidades: U10 Endocrinología, U13 Medicina Interna, U55 Cirugía Ortopédica y Traumatología, U18 Neurofisiología, U53 Urología. Excepcionalmente se aceptará inicialmente la solicitud de acreditación de cualquiera de estas unidades referidas, con los anexos correspondientes, tales como Título, Certificado de colegiación, póliza de responsabilidad Civil y pago de Tasas; debiendo justificar más adelante la aprobación de la Unidad por la autoridad competente.
b) Listado de títulos y personal médico de las anteriores especialidades del Centro, tanto a través de la propia Unidad acreditada como del acuerdo vigente hasta conseguir la acreditación.
4. a) Listado anonimizado de al menos 50 pacientes complejos que se presente para la acreditación (durante los últimos 3 años) con las horas de media de tratamiento semanal que han tenido durante los últimos 3 meses. . Respecto al listado de pacientes solo se contabilizarán aquellos pacientes con una estancia superior a 60 días.

- b) Protocolos o guías de buenas prácticas en el tratamiento del paciente con DCA por áreas de intervención (fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, neuropsicología) que incluya los planes individualizados con objetivos funcionales de cada departamento, con sesiones diarias de duración mínima de 1 hora.
- c) Registro de sesiones clínicas multidisciplinares, aportando el protocolo de sesiones clínicas periódicas y el registro de sesiones.
- d) Declaración responsable del Director del centro que incluya el listado de personal sanitario indicando, categoría profesional y jornada laboral; se acompañará esta documentación de los correspondientes TC2.
- e) El personal (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, neuropsicólogos) deberá ser suficiente para cumplir la ratio (1:1) o (2:1), en función del volumen de pacientes que presente el Centro con la siguiente distribución:
- 1 logopeda por cada 10 pacientes
 - 1 terapeuta ocupacional por cada 10 pacientes
 - 1 neuropsicólogo por cada 10 pacientes
 - 1 fisioterapeuta/MEF por cada 8 pacientes
5. U.70 psicología Clinica y listado de profesionales con títulos académicos de neuropsicólogo y psicólogo clínico.
6. U.69 psiquiatría y listado de profesionales con título académico de psiquiatra.
7. Listado de equipamiento de la Unidad con fotografías de los equipos: electro estimulador, rinofibroscopio y/o videofluoroscopia.
8. Protocolo de tratamiento de espasticidad. Listado anonimizado de pacientes tratados (Nº Historia Clinica) con toxina botulínica y/o bomba de baclofeno.
9. Listado anonimizado de pacientes nuevos tratados (Nº Historia Clinica) durante los últimos tres años previos a la solicitud, incluyendo en una tabla los siguientes datos: fecha de ingreso y alta, diagnóstico etiológico, edad al alta, FIM/FAM (o escala similar) al ingreso y al alta.
10. a) Listado (Inventario) y fotografías de equipamiento de los departamentos de la Unidad de Daño Cerebral: equipos de apoyo robótico para la recuperación de la movilidad funcionalidad de extremidades superiores e inferiores, para la reeducación de la marcha, salas de estimulación multisensorial para estados de mínima respuesta, programa terapéutico para la estimulación cognitiva, realidad virtual.
- b) Plano de distribución con la localización del equipamiento.

FICHA TÉCNICA. NECESIDADES ESPECÍFICAS DEL LESIONADO NEUROLÓGICO COMPLEJO.

Documentación y Consideraciones:

1. Para considerar un paciente como lesionado de daño cerebral grave deberá cumplir como mínimo uno de los requisitos descritos en las necesidades específicas del lesionado neurológico complejo.
2. Por parte del centro de neurorrehabilitación se emitirá informe clínico inicial donde se acredite la complejidad del lesionado.

Provisionalmente, todos estos pacientes serán valorados mediante la escala PCAT (*The patient categorisation tool*). La puntuación de la PCAT se incluirá en todos los informes clínicos emitidos por el centro de neurorrehabilitación. Por su singularidad, algunos pacientes pueden presentar una puntuación global de menor gravedad, aunque son considerados como pacientes complejos por su idiosincrasia individual como por ejemplo pacientes pediátricos, con crisis epilépticas refractarias.

ANEXO V

PROCEDIMIENTO DE REACREDITACIÓN DE CENTROS ADHERIDOS

Centros de Daño Cerebral Adquirido y centros de Alta Especialización.

Los centros sanitarios o las asociaciones que les representan deberán enviar a la Secretaría en formato digital la siguiente documentación:

- 1 Declaración del responsable del centro sanitario en la que manifiesta la continuación de cumplimiento de los requisitos que establece el convenio en el Anexo I.
- 2 Modelo 190 o contratos de los trabajadores o documentos de la Seguridad Social que certifique el horario del profesional o certificado expedido por el/los profesional/es que indique el horario de atención en el centro.
- 3 Listado de pacientes nuevos tratados en los últimos 12 meses.
- 4 Protocolos generales de neurorrehabilitación con objetivos terapéuticos de cada una de las áreas de trabajo.
- 5 Autorización sanitaria vigente.
- 6 Documentación actualizada de los profesionales.

ANEXO VI

TARIFAS 2023-2026

RÉGIMEN HOSPITALARIO

I. Módulo quirúrgico: Estará incluidas en este concepto todas aquellas intervenciones quirúrgicas, propias de alguna especialidad, que precisen obligatoriamente de la participación de un anestesista 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: anestesista, quirófano, ayudantes, material, etc. Este módulo será compatible con la facturación de las estancias y se facturará por cada intervención, de las incluidas en la definición, que sea realizada. No obstante, lo anterior, la segunda y sucesivas intervenciones, de las incluidas en la definición, deberán ser comunicadas a la Entidad.

Asimismo, cuando un centro sanitario realice alguna de las siguientes intervenciones, facturará, adicionalmente, los siguientes dispositivos a precio de coste:

- Tratamiento quirúrgico de la espasticidad: dispositivo (sistema de infusión).
- Tratamiento quirúrgico del dolor: dispositivo (neuroestimuladores, sistema de infusión..)
- Tratamiento quirúrgico de la craneoplastia: prótesis/dispositivo craneal
- Tratamiento quirúrgico de la hidrocefalia: dispositivo (sistema de derivación VP)"

Sin perjuicio de todo lo anterior, cuando un centro sanitario realice una intervención de especial complejidad, solicitará autorización a la entidad aseguradora para facturarla a detalle. Si no existiera acuerdo entre el centro sanitario y la entidad aseguradora, la Comisión de Seguimiento decidirá si procede la facturación de esta forma.

II. Estancia diaria con pensión completa, con inclusión de honorarios médicos y tratamiento rehabilitador: En caso de traslado de un Centro Hospitalario a otro, o reingreso 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.

Cuando el paciente que ingresa en el centro de daño cerebral adherido a Convenio provenga de un centro sanitario de la red pública en el que haya sido ingresado tras el accidente, se considera el inicio del cómputo de días para la facturación por tramos desde el ingreso en el citado centro de daño cerebral, salvo si el ingreso previo es en otro centro adherido de daño cerebral, en cuyo caso se contabilizarán los días de estancia del anterior centro. 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.

Al producirse el alta médica hospitalaria se deberá emitir el correspondiente informe médico de situación del paciente.

III. Unidad de Cuidados Intensivos, UCI: Cuando por la naturaleza de las lesiones se requiera. Su precio incluye la estancia diaria en UCI con pensión completa, con inclusión de honorarios médicos y tratamiento rehabilitador.

IV. Pruebas diagnósticas. Las siguientes pruebas: Tomografía Axial Computerizada (TC); Resonancia Nuclear Magnética (RN); Electromiografía (EMG), Contraste y Ecografía, Gammagrafía, Angiografía, PET, PET-TC, FMRI, Electroencefalografía, Potenciales Evocados y Videofluoroscopia, serán facturables a detalle.

Estas pruebas necesitarán autorización de la entidad aseguradora, quien dispondrá de un plazo de 7 días naturales desde la solicitud para autorizarla. En el supuesto de no contestar en el mencionado plazo se entenderán autorizadas dichas pruebas.

RÉGIMEN AMBULATORIO

I. Evaluación inicial del paciente: quedan incluidas en este concepto cuantas actuaciones básicas hayan de efectuarse en el Centro sanitario para la determinación y tratamiento del paciente.

II. Consultas sucesivas, consultas de alta e interconsultas: 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.

III.- Tratamiento ambulatorio. Sólo podrán facturarse los días que el lesionado reciba tratamiento. Las técnicas o asistencias prestadas serán pautadas por el profesional asistencial, estando incluidas todas las que se realicen en el importe del día facturado.

VARIOS

XII.- 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 por el precio total de adquisición, debiéndose aportar copia de la factura correspondiente como justificante.

También se considerarán gastos ortoprotésicos los dispositivos de tratamiento de heridas con terapia de presión negativa (VAC), que se facturarán por el precio de adquisición.

XIII TRATAMIENTO CON TÓXINA BOTULÍNICA. Facturación por vial infiltrado a precio de coste, según factura.

XIV.- Transfusiones de sangre y Hemoderivados.

Se facturarán según el precio fijado en cada Comunidad Autónoma o a precio de coste, según factura.

TARIFAS

Daño Cerebral Adquirido					
HOSPITALIZACIÓN	Del 1/1/2023 al 30/06/2023	Del 1/7/2023 al 31/12/2023	2024	2025	2026
Estancia Diaria hasta 30 días:	462,79 €	484,77 €	501,74 €	516,79 €	527,13 €
Estancia diaria entre 30-180 días:	359,38 €	376,45 €	389,63 €	401,32 €	409,34 €
Estancia diaria superior a 180 días:	210,16 €	270,00 €	279,45 €	287,83 €	293,59 €
UCI:	1.047,06 €	1.096,80 €	1.135,18 €	1.169,24 €	1.192,62 €
RÉGIMEN AMBULATORIO					
Tratamiento hasta 150 días:	157,62 €	165,11 €	170,89 €	176,01 €	179,53 €
Tratamiento en plazo superior a 150 días:	105,08 €	110,07 €	113,92 €	117,34 €	119,69 €
Evaluación Inicial del paciente:	270,51 €	283,36 €	293,28 €	302,08 €	308,12 €
Consulta sucesiva y/o de alta con informe médico incluido:	113,05 €	118,42 €	122,56 €	126,24 €	128,77 €

Alta Especialización					
HOSPITALIZACIÓN	Del 1/1/2023 al 30/06/2023	Del 1/7/2023 al 31/12/2023	2024	2025	2026
Estancia diaria hasta 180 días:	575,00 €	602,31 €	623,39 €	642,10 €	654,94 €
Estancia diaria superior a 180 días:	206,04 €	270,00 €	279,45 €	287,83 €	293,59 €
Días de permiso de fin de semana. Fines de semana dentro de los 60 días previos al régimen ambulatorio	370,00 €	387,58 €	401,14 €	413,17 €	421,44 €
Hospital de Día, hasta un máximo de 70 sesiones (que incluyen cada una de ellas 5 sesiones terapéuticas y una comida).	345,00 €	361,39 €	374,04 €	385,26 €	392,96 €
Tratamiento Ambulatorio hasta 90 días	154,53 €	165,11 €	170,89 €	176,01 €	179,53 €
Tratamiento Ambulatorio más de 90 días	103,02 €	110,07 €	113,92 €	117,34 €	119,69 €

Todos los centros sanitarios adheridos al Convenio de Daño Cerebral Adquirido y los centros sanitarios de Alta Especialización comparten las siguientes tarifas:

	Del 1/1/2023 al 30/06/2023	Del 1/7/2023 al 31/12/2023	2024	2025	2026
Módulo Quirúrgico:	1.963,21 €	2.142,14 €	2.217,11 €	2.283,63 €	2.329,30 €
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS					
Tomografía Axial Computarizada:	127,95 €	134,03 €	138,72 €	142,88 €	145,74 €
Resonancia Nuclear Magnética:	197,02 €	206,38 €	213,60 €	220,01 €	224,41 €
Contraste:	67,94 €	71,17 €	73,66 €	75,87 €	77,39 €
Ecografía:	95,67 €	100,21 €	103,72 €	106,83 €	108,97 €
Electromiografía:	106,29 €	111,34 €	115,24 €	118,69 €	121,07 €
Gammagrafía:	212,58 €	222,68 €	230,47 €	237,39 €	242,13 €
Angiografía:	455,53 €	477,17 €	493,87 €	508,68 €	518,86 €
PET:	945,74 €	990,66 €	1.025,34 €	1.056,10 €	1.077,22 €
PET-TC:	945,74 €	990,66 €	1.025,34 €	1.056,10 €	1.077,22 €
Fmri:	526,99 €	552,02 €	571,34 €	588,48 €	600,25 €
Electroencefalografía:	140,38 €	147,05 €	152,19 €	156,76 €	159,90 €
Potenciales Evocados	158,27 €	165,79 €	171,59 €	176,74 €	180,27 €
Videofluoroscopia:	242,34 €	253,85 €	262,74 €	270,62 €	276,03 €

Tarifa transporte sanitario:

Queda restringido al ámbito hospitalario y a los siguientes conceptos: primer traslado desde Hospital de agudos, consultas externas, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas siempre que sean realizadas en otros centros hospitalarios.

2023		2024		2025		2026	
Fijo	€/Km	Fijo	€/Km	Fijo	€/Km	Fijo	€/Km
47,00 €	0,73 €	48,65 €	0,76 €	50,10 €	0,78 €	51,11 €	0,79 €

ANEXO VII

PARTE DE ASISTENCIA

CONVENIO MARCO DE COLABORACIÓN PARA EL TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DEL DAÑO CEREBRAL SOBREVENIDO COMO CONSECUENCIA DE HECHOS DE LA CIRCULACIÓN

1.-*Centro Sanitario:

*NIF:.....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:

4.- ***Descripción de las lesiones:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Fecha y firma del Centro Hospitalario)

*campos de obligado cumplimiento

ANEXO VIII

DECLARACION RESPONSABLE PARA EL CONSORCIO DE COMPENSACION DE SEGUROS

DECLARACION RESPONSABLE PARA EL
CONSORCIO DE COMPENSACION DE SEGUROS

D/ña. DNI nº

domicilio en Teléfono

D/ñia..... DNI nº.....

domicilio en Teléfono

DECLARAN BAJO SU RESPONSABILIDAD:

Que tiene conocimiento del accidente de tráfico ocurrido en fecha a las horas, en en calidad de accidentado, acompañante, persona que prestó auxilio (tácheselo lo que no proceda), refiriendo las siguientes circunstancias del accidente:

(Se adjunta a la presente, copia del DNI del declarante)

Firma del declarante.

ANEXO IX

BOLETIN ADHESIÓN CENTROS SANITARIOS

BOLETIN DE ADHESION DE LOS CENTROS SANITARIOS AL CONVENIO MARCO DE COLABORACIÓN PARA EL TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DEL DAÑO CEREBRAL SOBREVENIDO COMO CONSECUENCIA DE HECHOS DE LA CIRCULACIÓN (2023-2026)

Centro Sanitario: _____

CIF _____

Responsable del Centro Sanitario que **formula la solicitud de adhesión**:

D/D^a

Cargo

Teléfono: _____ correo electrónico: _____

La persona arriba indicada, con poder de representación del Centro Sanitario **manifiesta la voluntad de adhesión al Convenio**.

Asimismo, certifica que el Centro Asistencial cumple con todos y cada uno de los criterios y requisitos establecidos en el Convenio para su incorporación al mismo.

Por lo que solicita la incorporación del Centro Sanitario al Convenio Marco de Asistencia Sanitaria Privada derivada de accidentes de tráfico con daño cerebral para los ejercicios 2023-2026 comprometiéndose al estricto cumplimiento de las estipulaciones previstas en el mismo.

En, _____ a _____ de _____ de 202..

Firma

Sello del centro

ANEXO X

BOLETIN ADHESIÓN CENTROS SANITARIOS DE ALTA ESPECIALIZACIÓN

BOLETIN DE ADHESION DE LOS CENTROS SANITARIOS DE ALTA ESPECIALIZACION AL CONVENIO MARCO DE COLABORACIÓN PARA EL TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DEL DAÑO CEREBRAL SOBREVENIDO COMO CONSECUENCIA DE HECHOS DE LA CIRCULACIÓN (2023-2026)

Centro Sanitario: _____

CIF _____

Responsable del Centro Sanitario que **formula la solicitud de adhesión**:

D/D^a

Cargo

Teléfono: _____ correo electrónico: _____

La persona arriba indicada, con poder de representación del Centro Sanitario **manifiesta la voluntad de adhesión al Convenio**.

Asimismo, certifica que el Centro Asistencial cumple con todos y cada uno de los criterios y requisitos establecidos en el Convenio para su incorporación al mismo.

Por lo que solicita la incorporación del Centro Sanitario al Convenio Marco de Asistencia Sanitaria Privada derivada de accidentes de tráfico con daño cerebral para los ejercicios 2023-2026 comprometiéndose al estricto cumplimiento de las estipulaciones previstas en el mismo.

En, _____ a _____ de _____ de 202..

Firma

Sello del centro

ANEXO XI

BOLETÍN ADHESIÓN ENTIDAD ASEGURADORA

BOLETÍN DE ADHESIÓN DE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS AL CONVENIO MARCO DE COLABORACIÓN PARA EL TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DEL DAÑO CEREBRAL SOBREVENIDO COMO CONSECUENCIA DE HECHOS DE LA CIRCULACIÓN (2023-2026)

Responsable de la entidad/es que **formulan la adhesión**:

Cargo

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Señale, el **Códigos DGS y nombre de la Entidad o Entidades** por las que responde el siguiente formulario:

Código: _____ Entidad _____

Código: _____ Entidad _____

La persona arriba indicada, con poder de representación de la entidad o entidades cuyos códigos DGS son los recogidos en este documento, **manifiesta la adhesión de la misma al Convenio señalado**.

Se **designa como interlocutor/es** de la entidad/es a:

Nombre:

Cargo:

Teléfono:

Correo electrónico:

_____, a ____ de _____ del 202____

Firma y sello (cuando menos de una entidad)