



**CONVENIO
ASISTENCIA
SANITARIA
PRIVADA**

Ejercicios 2023-2026

ÍNDICE CONVENIO DE ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA 2023-2026

PRIMERA. - OBJETO, APLICACIÓN, VIGENCIA Y TARIFAS.....	4
SEGUNDA. - HECHOS SUJETOS Y DETERMINACIÓN DEL OBLIGADO AL PAGO.....	6
TERCERA. - PRESTACIONES DE LAS ASISTENCIAS.....	9
CUARTA. - NORMAS DE PROCEDIMIENTO.....	10
QUINTA. - COMISIÓN Y SUBCOMISIONES DE VIGILANCIA.....	16
SEXTA. – PUBLICIDAD Y COMUNICACIONES.....	20
SEPTIMA. – COMISIÓN PARITARIA.....	20
OCTAVA. – ALTAS, BAJAS y MODIFICACIONES.....	21
NOVENA- LUCHA CONTRA EL FRAUDE.....	23
ESTIPULACIÓN FINAL.....	23

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I - CRITERIOS PARA LA CALIFICACIÓN DE LOS CENTROS SANITARIOS EN EL ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL CONVENIO DE ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA.....	25
ANEXO II - TARIFAS, CONCEPTOS Y NORMAS APLICABLES.....	28
ANEXO III - CONVENIO MARCO ASISTENCIA SANITARIA (SECTOR PRIVADO) PARTE DE ASISTENCIA DE URGENCIA.....	36
ANEXO III (BIS) - CONVENIO MARCO ASISTENCIA SANITARIA (SECTOR PRIVADO) PARTE DE ASISTENCIA.....	37
ANEXO IV - CUADRO DE REGULARIZACIÓN DE TARIFAS POR INCUMPLIMIENTO DE PLAZOS DE CONVENIO.....	38
ANEXO V - CONVENIO MARCO ASISTENCIA SANITARIA (SECTOR PRIVADO) 2023/2026 DECLARACION RESPONSABLE PARA EL CONSORCIO DE COMPENSACION DE SEGUROS.....	39
ANEXO VI - FORMULARIO DE ADHESION DE CENTROS SANITARIOS AL CONVENIO MARCO DE ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA DERIVADA DE ACCIDENTES DE TRÁFICO (2023-2026).....	40
ANEXO VII - FORMULARIO DE ADHESION DE ENTIDADES ASEGURADORAS AL CONVENIO MARCO DE ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA DERIVADA DE ACCIDENTES DE TRÁFICO (2023-2026).....	42
ANEXO VIII - DECLARACIÓN RESPONSABLE RENOVACIÓN ACREDITACIÓN CONVENIO MARCO DE ASISTENCIA SANITARIA DERIVADA DE ACCIDENTES DE TRÁFICO 2023-2026.....	43
ANEXO IX - MODELO DE COMUNICACIÓN DE LIBRE ELECCION DE CENTRO.....	44
ANEXO X - INFORMES MÉDICOS.....	44
ANEXO XI – CUESTIONARIO DE EVALUACION DE CENTROS SANITARIOS.....	45

CONVENIO MARCO DE ASISTENCIA SANITARIA DERIVADA DE ACCIDENTES DE TRÁFICO PARA LOS EJERCICIOS 2023-2026 (SECTOR PRIVADO)

D^a. MARÍA ARÁNZAZU DEL VALLE SCHAAN, en representación de la UNIÓN ESPAÑOLA DE ENTIDADES ASEGURADORAS Y REASEGURADORAS, UNESPA, como presidenta.

D. ALEJANDRO IZUZQUIZA IBÁÑEZ DE ALDECOA, en representación del CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS, como director de operaciones.

D. CARLOS RUS PALACIOS, en representación de la ALIANZA DE LA SANIDAD PRIVADA ESPAÑOLA, ASPE, como presidente.

D^a. ROSER FERNÁNDEZ i ALEGRE, en representación de UNIÓN CATALANA D'HOSPITALS, UCH, como directora general.

D. LLUIS MONSET i CASTELLS, en representación de ASSOCIACIÓ CATALANA D'ENTITATS DE SALUT, ACES, como presidente.

D. JOSÉ AUGUSTO GARCÍA NAVARRO, en representación de CONSORCI DE SALUT I SOCIAL DE CATALUNYA, CSC, como director general.

D^a. CARMEN PLANAS PALOU, en representación de UNIÓN BALEAR DE ENTIDADES SANITARIAS, UBES, como presidenta.

D. ARMANDO FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, en representación de ASOCIACIÓN NACIONAL DE CENTROS SIN INTERNAMIENTO, ANCSSI, como presidente.

D. ARMANDO FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, en representación de ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS Y ENTIDADES SIN INTERNAMIENTO DE LA COMUNIDAD DE MADRID, ACESIMA, como presidente.

EXPONEN

1. Que las asociaciones patronales firmantes y el Consorcio de Compensación de Seguros (CCS) suscriben el presente convenio al amparo de lo establecido en el artículo 8 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), el cual tiene como objetivo fundamental la agilización de la asistencia sanitaria integral, tanto hospitalaria como ambulatoria, a los lesionados por hechos de la circulación hasta su total sanación o estabilización de las secuelas.
2. 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, de tal forma que los lesionados puedan recibir la asistencia sanitaria prevista en el Convenio sin necesidad de tener que anticipar los gastos derivados de la asistencia recibida y, en definitiva, sin tener como preocupación el coste final de la asistencia que reciben.
3. Que al objeto de conseguir una atención sanitaria de la máxima calidad, el presente Convenio dispone de una red de centros sanitarios a los que puedan acudir los lesionados en accidentes de tráfico haciendo uso del derecho de los pacientes a la libre elección de centro sanitario, garantizando que los mismos reúnen una serie de requisitos mínimos de calidad que responden

a principios objetivos y estrictamente técnicos, así como la posibilidad de recibir el tratamiento integral en un mismo centro.

4. Que para garantizar el estricto cumplimiento de los requisitos exigidos a los centros sanitarios, se contempla un sistema de evaluación del cumplimiento de los requisitos mínimos de calidad exigidos a través de un sistema de inspección o auditoría. Esta evaluación se realizará conforme a un modelo de evaluación común para todos los centros.
5. Que con el fin de interpretar el contenido de este Convenio, resolver eventuales discrepancias y realizar el seguimiento de la aplicación de sus cláusulas, el Convenio prevé la existencia de una Comisión Nacional de Vigilancia, así como de unas subcomisiones territoriales. Asimismo, la Comisión Nacional de Vigilancia tiene como función establecer, y en su caso modificar, unos criterios homogéneos para la resolución de incidencias en las subcomisiones territoriales, que se instrumentalizan en un Manual de Criterios, de carácter eminentemente práctico, que permita la rápida gestión, facturación y pago de las asistencias.
6. Que el criterio médico, fruto de un abordaje objetivo y riguroso de los lesionados, prevalecerá en la toma de decisiones de los centros sanitarios y entidades aseguradoras adheridas al Convenio, con el objeto de garantizar su asistencia y recuperación.
7. Que los centros sanitarios, las entidades aseguradoras y el CCS, así como la Comisión Nacional de Vigilancia y las subcomisiones territoriales, utilizarán en su gestión 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, S.A.), el prestador del servicio. El sistema CAS tiene por objeto el agilizar y simplificar, mediante su automatización, los procesos de intercambio de información y la gestión de la facturación electrónica de las prestaciones sanitarias.
8. Que en caso de ser necesario, el presente Convenio se adecuará, a través de su actualización en el Manual de criterios y bajo la tutela de la Comisión de Vigilancia, a las futuras disposiciones normativas que puedan afectar a su ámbito de aplicación.

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 integral, en el ámbito de la sanidad privada, tanto hospitalaria como ambulatoria, prestada por lesiones derivadas de hechos de la circulación hasta su sanación o estabilización de secuelas en centros sanitarios privados adheridos al presente convenio.

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 referidos centros, las entidades aseguradoras y el CCS.

A estos efectos se establecen mecanismos dirigidos a procurar:

- A) Que los centros sanitarios que se adhieren reúnan una serie de requisitos técnicos mínimos de calidad en cuanto a dotaciones de medios asistenciales, profesionalidad,

capacidad y calidad asistencial, los cuales quedan establecidos en el Anexo I y que han sido establecidos con la ayuda y asesoramiento de expertos médicos.

- B) Un seguimiento de los procesos sanitarios prestados a los lesionados por hechos de la circulación sobre su idoneidad y adecuación.
- C) La fiabilidad y transparencia en la actuación, tanto de los centros sanitarios como de las entidades aseguradoras que se adhieran al mismo.
- D) Garantizar la seguridad y agilidad de los pagos inherentes a las prestaciones sanitarios derivadas de la aplicación de este Convenio.
- E) Garantizar la libertad de elección del paciente del centro sanitario.
- F) Velar por el buen funcionamiento del 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 CCS y los centros sanitarios en las relaciones que, como consecuencia de los servicios prestados a lesionados por hechos de la circulación, surjan entre ellos.

1.3. CAMBIO DE CENTRO SANITARIO

Las entidades aseguradoras, el CCS y los centros sanitarios adheridos al presente convenio respetarán en todo momento el derecho a la elección de centro sanitario de los lesionados en accidentes de tráfico. En el supuesto de que un lesionado comunique a un centro sanitario, a una entidad aseguradora o al CCS su intención de acudir a otro centro sanitario, éstos le informarán que dispone de una red de centros sanitarios adheridos al presente Convenio.

El tratamiento al lesionado deberá ser prestado en todo caso dentro de las instalaciones propias del centro adherido que emite la factura, único autorizado para emitirla.

1.4. VIGENCIA

El Convenio será de aplicación para las asistencias sanitarias derivadas de siniestros ocurridos a partir del 1 de marzo de 2024, finalizando su vigencia, el 31 de diciembre de 2026.

Con un preaviso mínimo de 3 meses al vencimiento de cada anualidad, comunicado fehacientemente, cualquiera de las partes firmantes podrá dejar de ser parte firmante del presente Convenio. En dicho caso, los centros sanitarios y las entidades aseguradoras a los que representa seguirán adheridos en el mismo hasta la fecha de finalización de la vigencia de este Convenio, salvo que manifiesten lo contrario.

1.5. 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 II) 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, salvo en el supuesto establecido en la Estipulación Segunda, apartado 2.3, de este Convenio.

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 de la 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 caso de lesionados derivados por Mutua 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 el centro adherido 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 intervinientes 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, al quedar éstas excluidas de la aplicación del presente Convenio.

2.2.2.1. 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 colisionen contra un vehículo que se encuentre correctamente estacionado quedan excluidos del presente convenio, pero si se incluyen las de los ocupantes y peatones.

2.2.3. Lesiones a terceros no usuarios de los vehículos a motor intervinientes

Las prestaciones de asistencia sanitaria a terceros no usuarios de los vehículos a motor intervinientes serán abonadas por la entidad aseguradora o el CCS que asegure al vehículo que impacte directamente con el lesionado. En el caso de lesiones causadas por el desplazamiento de objetos tales como contenedores, mobiliario urbano, árboles, etc., las prestaciones serán abonadas por la entidad aseguradora o el CCS actuando como asegurador directo o como fondo de compensación, que asegure al vehículo que haya desplazado los mismos.

2.2.4. 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 LRCSCVM, 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 intervinientes adheridas, de todos los vehículos intervinientes, incluyendo los vehículos correspondientes a las entidades aseguradoras no adheridas. Sin embargo, en 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 intervinientes 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 intervinientes 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 30 días para aceptar o rechazar el pago de las prestaciones sanitarias de los lesionados del vehículo correspondiente a la entidad no adherida. Adicionalmente, en el caso de que la entidad aseguradora adherida no disponga de la información necesaria para aceptar o rechazar el pago de las prestaciones dentro del plazo señalado, podrá disponer, de forma excepcional, de un plazo adicional de 30 días que comenzará a contar desde la finalización del primer plazo. Para disponer de él, la entidad adherida deberá comunicar esta circunstancia al centro sanitario antes de la finalización del primer plazo.

En el caso de aceptación del pago por parte de la entidad aseguradora adherida dentro de los plazos señalados en el párrafo anterior, 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 contestara o 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.

2.5. 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:

- a) Personas jurídicas no vinculadas por este Convenio.
- b) Gastos del conductor de motocicleta, ciclomotor o vehículo asimilable, según las categorías establecidas en el artículo 4 del Reglamento (UR) nº168/2013 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 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:
- d) 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.
- e) 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.
- f) 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.
- g) 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.
- h) 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.
- i) 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. - PRESTACIONES DE LAS ASISTENCIAS

Las asistencias sanitarias prestadas en el marco del presente convenio serán realizadas en las unidades asistenciales que consten en la autorización sanitaria aportada por los centros en su solicitud de adhesión. En caso de que un centro de los anteriores cuente con una nueva unidad, estará obligado a comunicarlo a la Comisión Nacional y aportar la documentación que lo acredite.

Los centros sanitarios pertenecientes al grupo C podrán facturar pruebas complementarias realizadas en centros sanitarios distintos, siempre que carezcan de recursos diagnósticos o de una tecnología determinada.

En todo caso, el tratamiento prestado deberá respetar el criterio de continuidad sintomática y asistencial y aplicar el principio de optimización temporal de tratamientos, sin demoras injustificadas.

CUARTA. - 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.

4.1. PARTES DE ASISTENCIA

4.1.1. Parte de Asistencia de URGENCIA

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 o al CCS, 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.

Por otro lado, se remitirá al resto de las entidades intervinientes únicamente un parte informativo, en el que conste los datos de los vehículos intervinientes 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 intervinientes 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 intervinientes 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.

Junto con el parte de asistencia el centro enviará el informe médico de alta emitido en el servicio de urgencias. Este informe será accesible a la entidad aseguradora una vez aceptado el parte de asistencia correspondiente.

Siempre que el lesionado continúe el tratamiento en el mismo centro, tras haberse llevado a cabo la visita de urgencia, y así se indique expresamente mediante el automatismo correspondiente, no será necesario el envío del parte de primera asistencia. Esta comunicación surtirá los mismos efectos que los establecidos para el parte de primera asistencia ambulatoria.

El envío del parte de urgencia en plazo superior al señalado en esta estipulación no será una causa de rechazo del mismo por parte de la entidad aseguradora o CCS, si bien se aplicará automáticamente una reducción de tarifa de la urgencia entre el 10% y el 100% conforme al Anexo IV.

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

4.1.2. Causas de rechazo del Parte de Asistencia de URGENCIA

Las entidades aseguradoras y el CCS, en su caso, que pudieran resultar obligadas al pago de acuerdo con lo establecido en la estipulación 2.2 deberán en el plazo máximo de diez días naturales desde la recepción de la notificación de un parte de asistencia de urgencia, contestar al centro sanitario remitente, comunicando la aceptación o el rechazo de los gastos sanitarios 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.

Como causas de rechazo, exclusivamente se establecen las siguientes:

- a) No quedar la asistencia prestada o el accidente dentro de los hechos sujetos al Convenio
- b) No quedar determinada la obligación al pago según los supuestos de la estipulación segunda.
- c) La falta de aseguramiento del vehículo al cual se le imputa el pago, excepto cuando la reclamación por falta de aseguramiento sea efectuada al CCS en su calidad de Fondo de Garantía
- d) No tratarse de un hecho de la circulación.
- e) La falta de nexo cronológico que, salvo causa justificada, se produce en aquellos casos en los que hayan transcurrido más de 72 horas desde la fecha del accidente hasta la asistencia en urgencias.

En los supuestos contemplados en los apartados b) y c), el centro sanitario dispondrá de un plazo adicional de ocho días naturales para cursar el parte de asistencia a la Entidad finalmente obligada al pago, sin que aplique la regularización de tarifa por la falta de envío del parte de asistencia en el plazo señalado en la estipulación 4.1.1.

Recibida la comunicación de rechazo de la entidad, en caso de disconformidad, el centro sanitario enviará el expediente a subcomisión en un plazo no superior a 15 días naturales a contar desde la comunicación del rechazo, aportando toda la documentación para la defensa de sus intereses.

4.1.3. Parte de primera Asistencia ambulatoria u hospitalaria

Los centros sanitarios se obligan a cursar en el plazo de quince días naturales a contar desde el inicio de la asistencia (consulta, rehabilitación, tratamiento, prueba diagnóstica, etc.) a un lesionado, a las entidades aseguradoras o al CCS, un parte de primera asistencia por cada lesionado, según modelo correspondiente (Anexo III-bis), cumplimentando de manera obligatoria todos los datos exigidos en el mismo.

Por otro lado, se remitirá al resto de las entidades intervinientes únicamente un parte informativo, en el que conste los datos de los vehículos intervinientes 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 intervinientes 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 intervinientes 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.

Una vez realizada la primera asistencia, en caso de continuidad de los tratamientos superiores a treinta días, en los supuestos de facturación por módulo raquis o módulo ambulatorio, se remitirá informe médico de evolución, siempre tras petición de la entidad aseguradora o el Consorcio de Compensación de Seguros, excepto en las asistencias facturables cada 30 días, de acuerdo con lo previsto en la estipulación 4.4, en cuyo caso la remisión del informe será obligatoria. La remisión de este informe deberá hacerse en el plazo de 15 días naturales desde la solicitud. Este modelo de informe médico no tendrá la consideración de informe de valoración.

Tras haberse llevado a cabo la visita de urgencia, no será necesario el envío del parte de primera asistencia, debiendo indicarse que el lesionado ha seguido el tratamiento en el mismo centro a través de la opción habilitada en CAS.

El envío del parte de asistencia en plazo superior al señalado en el primer párrafo no será una causa de rechazo del mismo por parte de la entidad aseguradora o CCS, si bien se aplicará automáticamente una reducción de tarifa de entre el 10% y el 100% conforme al Anexo IV.

La falta de cumplimentación de datos no obligatorios del parte de asistencia, de acuerdo con lo previsto en el Anexo III-bis, 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 que deberá enviarse en el plazo máximo de 15 días naturales, haciendo mención expresa en el mismo, a los datos del accidente y situación de las lesiones que motivan el reingreso o nuevo tratamiento ambulatorio.

4.1.4. Causas de rechazo del Parte de primera Asistencia ambulatoria u hospitalaria

Las entidades aseguradoras y el CCS, en su caso, deberán, en el plazo máximo de dieciocho días naturales desde la recepción del parte de asistencia o desde la notificación de aquellos centros que presten la asistencia ambulatoria tras la urgencia, de que el lesionado ha seguido tratamiento en el mismo centro que llevó a cabo la visita de urgencia, contestar al centro sanitario comunicando el rechazo de los gastos sanitarios a que se refiere el parte, justificando documentalmente y argumentando los motivos del rechazo. De no contestar en el referido plazo o no aportarse la documentación acreditativa, 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.

Como causas de rechazo, exclusivamente, se establecen las siguientes:

- a) No quedar la asistencia prestada o el accidente dentro de los hechos sujetos al Convenio.
- b) No quedar determinada la obligación al pago según los supuestos de la estipulación segunda.
- c) La falta de aseguramiento del vehículo al cual se le imputa el pago, excepto cuando la reclamación por falta de aseguramiento sea efectuada al CCS en su calidad de Fondo de Garantía.
- d) No tratarse de un hecho de la circulación.
- e) Que el accidente sea un fraude acreditado.

- f) Falta de relación causal entre las lesiones sufridas en el accidente y los daños que originan la asistencia facturada.

En los supuestos contemplados en los apartados b) y c), la entidad aseguradora o CCS, finalmente obligado al pago de acuerdo con las estipulaciones del Convenio, no podrá rechazar por haber transcurrido el plazo señalado en la estipulación 4.1.3. En todo caso el centro sanitario dispondrá de un plazo adicional de siete días naturales para cursar el parte de asistencia a la entidad finalmente obligada al pago.

Recibida la comunicación de rechazo de la entidad, en caso de disconformidad, el centro sanitario enviará el expediente a subcomisión 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.

La falta de relación causal, a los efectos de este Convenio, se determina si concurre alguno de los siguientes criterios:

- “Cronológico”: si no existe continuidad entre el hecho lesivo traumático y el momento en que aprecie el daño, debido al tiempo transcurrido desde el accidente o desde la última asistencia.
- “Topográfico”: si la zona afectada por el hecho lesivo traumático no se corresponde con la zona en la que aparece el daño, salvo que una explicación patogénica justifique lo contrario.
- “De exclusión”: la existencia de otra causa que justifique el origen del daño producido.
- “De intensidad”: la falta de adecuación entre la naturaleza del hecho lesivo y el mecanismo de su producción.

En el ámbito de los traumatismos menores de la columna vertebral definidos en el artículo 135 de la LRCSCVM, la mencionada falta de relación causal, a los efectos de este Convenio, además de los anteriores se determina si concurre el siguiente criterio:

- “Cronológico”: haber transcurrido el límite temporal de 72 horas desde la fecha del siniestro hasta la asistencia en urgencias o aquellos supuestos en los que hayan transcurrido más de 15 días entre la prestación de urgencia, en la sanidad pública o en la privada, sin haber acudido a un centro sanitario, ni haber recibido ningún tipo de asistencia posterior.
- “De intensidad”: la falta de adecuación entre la naturaleza del hecho lesivo y el mecanismo de su producción, teniendo en cuenta la intensidad del accidente y las demás variables que afectan a la probabilidad de su existencia.

El rehúse del parte de asistencia por la aplicación del criterio de intensidad anteriormente indicado requerirá la aportación de un informe médico elaborado y firmado por especialista en valoración del daño corporal (en adelante VDC) y de un informe biomecánico elaborado y firmado por un ingeniero titulado técnico o superior.

El Manual de Criterios aprobado en Comisión Nacional regula el procedimiento a seguir en los casos de rechazo por criterio de intensidad.

En el supuesto contemplado en el apartado f) relativo a los rechazos en aplicación de los criterios de falta de intensidad y de exclusión, hasta el momento del rehúse acreditado en los términos y plazos establecidos anteriormente, la entidad aseguradora deberá hacerse cargo de las asistencias prestadas de acuerdo con los siguientes términos:

- En los grupos A y B, en caso de rechazo del módulo de raquis vertebral se abonará el importe de una primera asistencia, salvo que se haya abonado una urgencia en el mismo centro. En los demás tratamientos no raquis se abonarán las asistencias prestadas hasta la comunicación del rechazo.

- En el grupo C, en caso de rechazo del módulo ambulatorio, como de la asistencia ambulatoria compleja, se abonará un 20% del módulo por las asistencias prestadas hasta ese momento.

La entidad aseguradora deberá aportar la documentación que acredite la causa de rechazo en el momento del mismo. El centro en el momento de envío del caso a Subcomisión aportará 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.

4.1.5. Comunicación de cambio de diagnóstico y autorización del mismo.

En el caso de producirse un cambio de diagnóstico principal 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 prueba diagnóstica, a la entidad aseguradora o CCS. Transcurrido dicho plazo sin que se haya producido la debida comunicación, será de aplicación la reducción de tarifa establecida en el Anexo IV.

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

Recibida la comunicación de rechazo de la entidad, en caso de disconformidad, el centro sanitario enviará el expediente a subcomisión 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.

4.2. 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 y se disponga de la acreditación documental necesaria, se pondrán en conocimiento del centro sanitario 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, con el límite máximo de un módulo en los casos en que sea de aplicación.

De acuerdo con lo establecido en la estipulación 4.1, las causas de rechazo deberán ser justificadas y argumentadas, incluyendo los informes médicos cuando el motivo de rechazo sea por diagnósticos o criterios médicos.

Las prestaciones por asistencias sanitarias serán facturables y, por lo tanto, con obligación de pago para la entidad aseguradora o el CCS, hasta el momento en que dicha entidad o CCS comunique al centro el rechazo del pago de las mismas.

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 Subcomisión correspondiente en un plazo no superior a 60 días naturales.

4.3. 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, 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 V 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 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 CCS quedará liberado de asumir los gastos correspondientes al lesionado.

4.4. FACTURACIÓN DE LAS ASISTENCIAS

El emisor de la facturación deberá ser el centro sanitario adherido al Convenio que efectivamente haya prestado la asistencia, y en las facturas se detallarán los conceptos facturados con las fechas de realización de los mismos. En el caso de que un centro sanitario deba subcontratar la realización de pruebas complementarias por carecer de recursos diagnósticos o de una tecnología determinada en función de la categoría del centro, facturará a la entidad aseguradora obligada al pago conforme a tarifa de convenio. Asimismo, deberán contener los datos identificativos del siniestro, de la víctima y de 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 4.5, 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.

La facturación por los centros sanitarios se realizará al vencimiento del propio mes. No obstante, las asistencias prestadas o que comiencen durante la segunda quincena de un mes, el centro sanitario podrá remitir la primera factura al vencimiento del mes siguiente. De existir segundas y sucesivas facturas se realizarán al vencimiento de cada mes. El centro enviará la misma en un plazo no superior a 60 días desde el inicio de la obligación de su emisión, sin perjuicio de la reducción de tarifa que se establece en el Anexo IV por incumplimiento de dicho plazo.

En el caso de tratamientos sanitarios de duración superior a treinta días, la facturación, según lo establecido en la estipulación 4.1.3, se acompañará de un informe médico de evolución con el estado actualizado del lesionado.

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

En el supuesto de que la entidad aseguradora o el CCS no rechazaran el pago de la factura o no soliciten ninguna aclaración de la misma en el plazo de 30 días, se considerará tácitamente aceptado el pago de la factura mediante el correspondiente automatismo en CAS. Por su parte, el

centro sanitario no podrá emitir ni enviar a través de CAS facturas a la entidad aseguradora o CCS transcurrido el plazo de 180 días desde la fecha en la que surge la obligación de emitir factura.

En el supuesto de que, tras la estabilización de secuelas, fuese necesaria la retirada del material de osteosíntesis implantado al accidentado y el lesionado no hubiese sido indemnizado específicamente por este concepto, los gastos que se devengasen deberían ser asimismo satisfechos, acorde con las tarifas del presente Convenio, con el límite temporal de hasta dos años posteriores contados a partir de la estabilización lesional.

4.5. RECHAZO DE FACTURAS

Únicamente procederá la negativa de una entidad aseguradora o del CCS a hacerse cargo de facturas de los gastos sanitarios, en los siguientes supuestos:

- a) Transcurso de los plazos en los términos previstos en el Anexo IV.
- b) En los supuestos que establece el convenio, aquellas facturas que no hayan sido acompañadas del correspondiente informe médico. Si se aporta el informe médico dentro del plazo de 60 días naturales desde la emisión de la factura, esta causa no podrá ser motivo del impago de la factura.
- c) Asistencias sanitarias realizadas con posterioridad a la comunicación de la entidad aseguradora o CCS de que no se asumirá ningún tipo de prestación más.
- d) 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, y, en su caso, biomecánico.

No se podrá rechazar por causas distintas de las establecidas anteriormente.

Si la entidad aseguradora o el CCS, discrepase 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.

Recibida la comunicación de la disconformidad de la factura por parte de la entidad, el centro sanitario podrá comunicar si acepta la disconformidad. El centro sanitario dispondrá de un plazo de 120 días desde la comunicación de rechazo de la entidad para enviar la factura a la Subcomisión, aportando toda la documentación para la defensa de sus intereses. La falta de envío del centro sanitario en el mencionado plazo supondrá la aceptación del rechazo.

En los casos de disconformidad parcial con el contenido de una factura, es obligado para la entidad aseguradora o el CCS el pago de la cantidad conforme, y solo es aplazable la cantidad del concepto o conceptos sobre los que no hay acuerdo.

La entidad aseguradora o el CCS podrán rechazar aquellas facturas presentadas en los plazos y términos establecidos en el Convenio que no fueran objeto de reclamación por el centro sanitario en el período de 120 días. Estos plazos quedarán interrumpidos, en su caso, desde la fecha de la remisión del expediente a la Subcomisión correspondiente.

En el caso de la urgencia, si se aceptó el parte de asistencia, la factura no podrá ser rechazada, siendo su pago automático.

QUINTA. - COMISIÓN Y SUBCOMISIONES DE VIGILANCIA

Se constituye una Comisión Nacional de Vigilancia dentro del marco del presente Convenio que velará por el correcto cumplimiento de sus estipulaciones. Asimismo, a propuesta de las partes

firmantes, se podrán constituir distintas subcomisiones de ámbito territorial por acuerdo de la Comisión Nacional.

Los centros sanitarios, el CCS y las entidades aseguradoras se obligan a someter las diferencias que en aplicación del mismo puedan surgir a las Subcomisiones de Vigilancia correspondientes. Las subcomisiones, en su caso, deberán trasladar dichas diferencias, a la Comisión Nacional de Vigilancia.

La Comisión Nacional se reunirá al menos una vez al trimestre y, en todo caso, a petición de cualquiera de las partes firmantes o centros sanitarios adheridos con un preaviso de treinta días naturales. Las subcomisiones se reunirán una vez cada mes o extraordinariamente a petición de las partes.

Las subcomisiones se reunirán una vez al mes, salvo que el volumen de expedientes acumulados no resueltos supere los 500 asuntos o exista algún asunto enviado a subcomisión que no haya sido resuelto en un plazo de 5 meses, en cuyo caso se reunirán dos veces al mes. La Secretaría de la subcomisión comunicará a sus miembros un calendario anual, que será modificado si alguna asociación solicita la ampliación del número de reuniones mensuales.

En caso de que una subcomisión incumpla el calendario en dos ocasiones consecutivas, las partes se reunirán de urgencia para estudiar las causas y adoptar las medidas necesarias para revertir la situación.

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

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, y las de protección de datos de carácter personal, Reglamento General de Protección de Datos y /o normativa española de desarrollo aplicable, recayendo en estos, cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de su incumplimiento y resto de legislación aplicable.

5.1. MIEMBROS DE LA COMISIÓN Y SUBCOMISIONES

La Comisión Nacional estará formada nominalmente con la siguiente composición:

- Un miembro en representación de cada asociación sanitaria firmante.
- Un miembro en representación del CCS.
- Tres miembros en representación de UNESPA más la Secretaría de la Comisión.
- Un máximo de tres asesores con sus sustitutos nombrados de forma nominal por la parte sanitaria, UNESPA y el CCS, previa comunicación a la Comisión Nacional.

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 un representante por cada nueva asociación.

Todos los representantes tendrán designado un sustituto. La designación de los miembros y sus sustitutos deberá ser comunicada por la Secretaría al resto de firmantes del Convenio. En el caso de que no pueda asistir titular o sustituto, deberán delegar en alguno de los miembros asistentes.

Las subcomisiones estarán integradas nominativamente por los representantes de las partes firmantes del presente Convenio, no pudiendo exceder de dos por cada una de ellas, salvo UNESPA que no podrá exceder de cinco representantes.

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 las subcomisiones que tengan un interés en la resolución.

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, Reglamento General de Protección de Datos y /o normativa española de desarrollo aplicable, recayendo en éstos cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de su incumplimiento.

5.2. FUNCIONES DE LA COMISIÓN NACIONAL DE VIGILANCIA

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

- 1º. Interpretar el Convenio en aquellas cuestiones de alcance general que le sean sometidas por las partes firmantes o por las subcomisiones.
- 2º. Unificar criterios por las diferencias entre las resoluciones de las distintas subcomisiones.
- 3º. Los criterios que se adopten por la Comisión Nacional deberán incorporarse al Manual de Criterios del Convenio que será de obligado cumplimiento por las subcomisiones.
- 4º. Proponer, y aprobar en su caso, las modificaciones que deban incorporarse al Convenio para perfeccionar y completar su contenido.
- 5º. Ratificar las altas o bajas en el Convenio de aquellos centros sanitarios que hayan sido propuestos por las subcomisiones y autorizados por la Secretaría de la Comisión Nacional.
- 6º. Proponer y determinar las sanciones que procedan por incumplimientos graves del Convenio.
- 7º. Redactar el Reglamento de funcionamiento de la Comisión Nacional y de las subcomisiones.

La aprobación del acta de las reuniones de la Comisión Nacional deberá producirse como máximo 30 días después de su celebración. 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.

5.3. FUNCIONES DE LAS SUBCOMISIONES DE VIGILANCIA

Son funciones de las Subcomisiones de Vigilancia, las siguientes:

- 1º. Dirimir los desacuerdos existentes entre los centros sanitarios y entidades aseguradoras o el CCS, aplicando, en su caso, el Manual de Criterios.
- 2º. Todas aquellas funciones que la Comisión de Vigilancia les delegue.
- 3º. Estudiar y proponer a la Comisión Nacional el alta o baja en el Convenio de aquellos centros sanitarios que voluntariamente soliciten su adhesión o baja en el mismo, independientemente de que estén o no integrados en cualesquiera de las asociaciones firmantes del Convenio.

- 4º. Elevar a la Comisión Nacional aquellas problemáticas que infieran la unificación o el establecimiento de un criterio a nivel nacional para su aplicación en las distintas subcomisiones.

5.4. CRITERIOS DE LA COMISIÓN NACIONAL DE VIGILANCIA

Al objeto de unificar y facilitar la aplicación de los criterios que adopte Comisión Nacional para la resolución incidencias que en la aplicación del convenio pudieran surgir entre los centros sanitarios y las entidades aseguradoras y/o CCS, las partes disponen de un Manual de Criterios que unifica la interpretación de la aplicación del Convenio. Los criterios generales especificarán la entrada en vigor de cada uno de ellos.

Los acuerdos de la Comisión Nacional que adopten la forma de criterio general a aplicar en lo sucesivo en el marco del presente Convenio se recogerán en el Manual de Criterios y serán puestos a disposición de las entidades aseguradoras, el CCS y los centros sanitarios adheridos al Convenio a través de la plataforma TIREA-CAS.

A la entrada en vigor del presente convenio continuará siendo de aplicación el Manual de Criterios aprobado por la Comisión Nacional del Convenio con fecha de efecto 1 de octubre de 2021.

5.5. RESOLUCIONES DE LAS SUBCOMISIONES Y DE LA COMISIÓN NACIONAL

Los centros sanitarios, las entidades aseguradoras y el CCS, se obligan a someter a las subcomisiones las diferencias que en aplicación del convenio puedan surgir mediante escrito motivado, en el que se expresen con claridad los antecedentes del caso, las discrepancias a resolver y aquellos antecedentes de relevancia.

Las subcomisiones resolverán los asuntos ateniéndose al Convenio, al Manual de Criterios y valorando la documentación aportada por las partes durante los trámites de presentación y alegaciones, sin que puedan tenerse en consideración las alegaciones y la documentación aportadas fuera de plazo.

Una vez sometido un asunto, las subcomisiones deberán proceder a su registro en el sistema CAS trasladándose a las partes la referencia del mismo y abriendo un nuevo plazo de 15 días naturales para la presentación de alegaciones, sin que las partes puedan aportar nueva documentación no aportada en el momento del rechazo o del envío a subcomisión. Transcurrido dicho plazo quedará para resolución en un plazo no superior a seis meses.

Si las subcomisiones no han resuelto la controversia en un plazo de seis meses desde el fin del plazo de la presentación de alegaciones, las partes podrán solucionar la controversia fuera del Convenio, incluida por reclamación judicial.

Las resoluciones de las subcomisiones serán vinculantes y de obligado cumplimiento en el plazo de 30 días naturales desde su comunicación, revisables ante la misma subcomisión dentro del mismo plazo, sin que quepa impugnar dicha revisión ante la Comisión Nacional.

La subcomisión valorará conjuntamente por todos los miembros qué asuntos de los que se reclama revisión de dictamen son aceptados y cuáles son rechazados. En ningún caso podrá aportarse nueva documentación. A la hora de valorar la aceptación o rechazo se tendrán en cuenta:

- Fallos flagrantes
- Errores en la redacción o mecanización de la resolución.
- Cualquier hecho relevante que pueda merecer una revisión extraordinaria.

Una vez analizadas las peticiones de revisión se dará traslado a la otra parte para que pueda alegar en el plazo de 15 días naturales lo que considere oportuno.

Contra las resoluciones de la Comisión Nacional no cabe revisión posterior.

SEXTA. – PUBLICIDAD Y COMUNICACIONES

a. PUBLICIDAD

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

b. 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.

c. INFORMACIÓN CLÍNICA

De acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos y /o normativa española de desarrollo aplicable 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.

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 proporcionarán información al lesionado 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 las comisiones y subcomisiones establecidas 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 identificable.

SEPTIMA. – COMISIÓN PARITARIA

Las discrepancias que pudieran surgir entre el CCS y cualquiera de las entidades aseguradoras representadas en el Convenio, 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 sanitarios, 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 entidad aseguradora obligada al pago y en su caso al CCS y al centro sanitario en el plazo de un mes desde la fecha del respectivo dictamen.

OCTAVA. – ALTAS, BAJAS y MODIFICACIONES

8.1. ALTAS

A la entrada en vigor del Convenio, podrán incorporarse al mismo, 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 el Anexo I este Convenio.

Los centros sanitarios y las entidades aseguradoras solicitarán su adhesión al presente Convenio a través del envío del correspondiente formulario de adhesión (Anexos VI y VII respectivamente) debidamente cumplimentado. Cuando los centros sanitarios se encuentren asociados a alguna de las asociaciones firmantes del Convenio, solicitarán su adhesión a través de aquéllas. Cuando no lo estén, solicitarán su adhesión a través de la Secretaría de la subcomisión territorial correspondiente.

Las entidades aseguradoras solicitarán su adhesión y/o baja al presente Convenio a través de UNESPA con independencia de ser asociados o no a dicha asociación.

Las altas de centros sanitarios y entidades aseguradoras tendrán efecto el primer día del mes siguiente a su aprobación por la Comisión Nacional. No obstante lo anterior, cuando el acuerdo se produzca en la primera quincena del mes, la Comisión Nacional podrá acordar que las altas tengan efecto el día 15 del mes en curso.

Las asociaciones firmantes realizarán la evaluación a los centros a los que representen a través de medios propios o por medios externos. En ambos supuestos será necesario que la asociación firmante realice una declaración responsable, indicando que el centro cumple con los requisitos técnicos exigidos.

Por su parte, los centros no asociados a ninguna de las asociaciones firmantes serán evaluados por entidades que demuestren experiencia en certificación o auditoría de centros sanitarios, previamente validadas en las respectivas subcomisiones territoriales, mediante el envío del correspondiente dossier o bien, a través la documentación que justifique su capacidad mediante la calificación por ENAC (Entidad Nacional de Acreditación en España). También serán válidas las empresas ya acreditadas de las que hagan uso las asociaciones firmantes, sin necesidad de certificar este extremo.

8.2. PERIODO TRANSITORIO PARA LA REACREDITACION DE CENTROS ADHERIDOS AL CONVENIO 2019-2022.

Los centros sanitarios que a 31 de diciembre de 2022 se encontrasen adheridos al Convenio Marco de asistencia sanitaria derivada de accidentes de tráfico (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 declaración responsable y la documentación requerida para la reacreditación de requisitos conforme al Anexo VIII.

Transcurrido el plazo máximo de un año desde la firma del presente convenio, si el centro 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 que se hubieran adherido al Convenio Marco de asistencia sanitaria de accidentes de tráfico (2019-2022) durante el año 2023 se considerarán adheridos automáticamente al presente convenio, sin necesidad de someterse al procedimiento de reacreditación, ya que en su momento, ya se han acreditado estos requisitos.

8.3. EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LOS CENTROS

La evaluación se realizará mediante el cuestionario de evaluación de requisitos de centros sanitarios (Anexo XI) al final del presente convenio que incluirá los criterios de evaluación y el nivel de cumplimiento durante la evaluación.

La documentación acreditativa de los centros sanitarios adheridos a este convenio través de una asociación sanitaria firmante, será custodiada por ésta. En los supuestos de centros no adheridos a ninguna asociación sanitaria, será la Secretaría de la subcomisión territorial la responsable de custodiar esta documentación.

En el caso de obtener una evaluación positiva, la misma tendrá efecto durante la vigencia del convenio. De obtenerse una evaluación negativa se establece un plazo de tres meses para que el centro sanitario subsane las deficiencias del informe de evaluación antes de proceder a su negativa de adhesión o a la baja del centro sanitario.

8.4 MODIFICACIONES

Los centros sanitarios deberán comunicar los cambios que se produzcan respecto a la información y documentación presentada en los procesos de acreditación o reacreditación. Dicha comunicación se realizará a través de la asociación a la que pertenezcan o, en caso de no estar asociado a ninguna de las asociaciones firmantes, a través de la subcomisión territorial que corresponda.

8.5 BAJAS

Las bajas de los centros sanitarios y entidades aseguradoras se notificarán fehacientemente a la Comisión Nacional de Vigilancia con al menos dos meses de antelación 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.

8.6 INCUMPLIMIENTOS

La Comisión Nacional de oficio o a propuesta de una Subcomisión, ante una denuncia contra un centro sanitario por incumplimiento reiterativo de los requisitos del Convenio, podrá realizar las comprobaciones oportunas al centro con el fin de llevar a término las oportunas verificaciones de sus requisitos.

En caso de incumplimiento grave, se podrá proponer, según las competencias atribuidas a la Comisión Nacional por la estipulación 5.2.6ª, la baja o suspensión de adhesión del centro sanitario, por no reunir o no acreditar los requisitos requeridos.

NOVENA- LUCHA CONTRA EL FRAUDE

Las partes se comprometen a luchar contra el fraude organizado. La Comisión Nacional conocerá de aquellas actuaciones que pudieran constituir un fraude organizado siempre que la información sea objetiva, sin realizar presunciones y sin incluir ningún tipo de recomendación. La finalidad no es otra que la de poder emprender las acciones legales que correspondan para poder luchar contra el fraude organizado que se detecte dentro del ámbito del convenio.

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

UNIÓN ESPAÑOLA DE ENTIDADES ASEGURADORAS
Y REASEGURADORAS, UNESPA

CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS, CCS.

ALIANZA DE LA SANIDAD PRIVADA ESPAÑOLA, ASPE

UNIÓ CATALANA D'HOSPITALS, UCH

ASSOCIACIÓ CATALANA D'ENTITATS DE SALUT, ACES

CONSORCI DE SALUT I SOCIAL DE CATALUNYA, CSC

UNIÓN BALEAR DE ENTIDADES SANITARIAS, UBES

ASOCIACIÓN NACIONAL DE CENTROS SIN INTERNAMIENTO, ANCSSI

ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS Y ENTIDADES SIN INTERNAMIENTO
DE LA COMUNIDAD DE MADRID, ACESIMA

ANEXO I - CRITERIOS PARA LA CALIFICACIÓN DE LOS CENTROS SANITARIOS EN EL ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL CONVENIO DE ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

Los criterios de clasificación de los Centros sanitarios lo serán a los efectos de determinar el tipo de asistencia hospitalaria médico-quirúrgica y ambulatoria que pueden prestar los centros adheridos al Convenio.

Los Centros no podrán facturar prestaciones no acordes a su clasificación/equipamiento.

No se podrá facturar ninguna tarifa de un grupo superior, aunque se disponga de alguno de sus equipamientos. La clasificación es por todas y cada una de las condiciones y equipamiento que deben cumplir para prestar asistencia hospitalaria y/o ambulatoria.

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.
- El personal médico y fisioterapeutas deberán estar adscritos al Centro y atenderán a los lesionados en la unidad o unidades sanitarios que consten en su autorización.
- Cuando se establezca el requisito de presencia física diaria de profesionales sin indicar el horario, el Centro sanitario garantizará la presencia diaria de los profesionales durante el tiempo que resulte necesario en función de su volumen de actividad.

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 de presencia física 24h.
 - Traumatólogo, internista y cirujano de presencia física diaria y guardia localizada fuera del horario presencial.
 - Capacidad de monitorización completa y permanente de los accidentados.
- **Actividad Básica:**
 1. Cirugía General: Cirugía mayor (ambulatoria y/o no ambulatoria) y cirugía de urgencia. Capacidad de intervención de complejidad. Quirófano aséptico diferenciado. Equipo médico de Anestesia y Reanimación de presencia física diaria, y guardia localizada fuera del horario presencial.
 2. Reanimación y cuidados intensivos: Unidad de cuidados permanente y diferenciada que permita la monitorización completa de los accidentados, con personal médico de presencia física 24 horas.
 3. Traumatología: Equipo de médicos especialistas en Cirugía Ortopédica y Traumatológica de presencia física diaria y guardia localizada fuera del horario presencial.
 4. Medicina Interna: Equipo de médicos especialistas en Medicina Interna y/o familiar y comunitaria con presencia física diaria y guardia localizada fuera del horario presencial.
 5. Hemoterapia: Servicio de Hemoterapia y Banco o Depósito de Sangre autorizado

6. Farmacia hospitalaria o depósito de medicamentos: Con atención continuada.

- **Actividad Compleja:**

El Centro Hospitalario garantizará la asistencia en el propio Centro y en el ámbito de las especialidades médicas siguientes: Cirugía Vasculard, Neurología, Neurocirugía, Oftalmología ORL.

- **Servicios de Diagnóstico:**

1. Radiodiagnóstico: Área radiológica convencional adecuada a cualquier exploración ósea, además de TAC y RNM con Servicio continuado.

2. Laboratorio o unidad de muestras: Con atención continuada.

- **Área de Rehabilitación:**

Área de Rehabilitación, con zonas diferenciadas para mecanoterapia, fisioterapia, electroterapia y cinesiterapia, bajo la dirección de médico especialista en rehabilitación o traumatólogo con presencia física y fisioterapeutas de presencia física durante la apertura de la unidad de rehabilitación, 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:

- Médico de guardia de presencia física 24 horas y unidad de hospitalización autorizada. Se entiende que un centro tiene unidad de hospitalización autorizada porque dispone de la autorización sanitaria C1 concedida por la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma correspondiente.

- **Actividad Básica:**

1. Cirugía General: Posibilidad de 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 de que fuera necesario.

3. Traumatología: Equipo de médicos especialistas en Cirugía Ortopédica y Traumatología con presencia física diaria.

4. Medicina interna: Equipo de médicos especialistas en Medicina Interna y/o familiar y comunitaria con presencia física diaria y guardia localizada fuera del horario presencial.

- **Servicios de diagnóstico:**

Equipo radiológico convencional y/o portátil.

- **Área de Rehabilitación:**

1. Área de Rehabilitación, con zonas diferenciadas para mecanoterapia, fisioterapia, electroterapia y cinesiterapia, bajo la dirección de médico especialista en rehabilitación o traumatólogo con presencia física y con fisioterapeutas de presencia física durante la apertura de la unidad de rehabilitación, y con la titulación oficial requerida para el desempeño de la actividad asistencial.

GRUPO C- CENTROS SANITARIOS QUE REÚNAN, COMO MÍNIMO, CADA UNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

C1.- Centros hospitalarios con médico de guardia de presencia física 24 horas y unidad de hospitalización autorizada.

- Se entiende que un centro tiene unidad de hospitalización autorizada porque dispone de la autorización sanitaria C1 concedida por la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma correspondiente.

- **Actividad Básica:**

- Traumatología: Equipo de médicos especialistas en Cirugía Ortopédica, y Traumatología y/o Médico especialista en Rehabilitación con presencia física diaria de alguno de ellos según las necesidades de cada centro de al menos 2 horas diarias, o 10 horas semanales.

- **Servicios de diagnóstico propio o concertado:**

- Equipo radiológico convencional.

- **Área de Rehabilitación:**

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

C2.- Centros de asistencia sanitaria ambulatoria.

- **Actividad Básica:**

- Traumatología: Equipo de médicos especialistas en Cirugía Ortopédica, y Traumatología y/o Médico especialista en Rehabilitación con presencia física diaria de alguno de ellos según las necesidades de cada centro de al menos 2 horas diarias, o 10 horas semanales.

- **Área de Rehabilitación:**

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

ANEXO II - TARIFAS, CONCEPTOS Y NORMAS APLICABLES.

CONCEPTOS RÉGIMEN AMBULATORIO

1. **Urgencias sin ingreso:** 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.

2. **Primera Asistencia Ambulatoria:** Quedan incluidas en este concepto cuantas actuaciones básicas hayan de efectuarse en el Centro sanitario para la determinación y tratamiento del paciente. Cuando proceda de otro Centro en el que haya recibido una primera asistencia ambulatoria distinta de la urgencia, 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, ni en los supuestos que sea aplicable el módulo raquis o el módulo ambulatorio.

3. **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. 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. No procede su facturación, en los supuestos que sea aplicable el módulo raquis o el módulo ambulatorio.

4. **Rehabilitación.** Por sesión diaria, cualquiera que sea el número de técnicas empleadas. No procede su facturación, en los supuestos que sea aplicable el módulo raquis o módulo ambulatorio. Su facturación es incompatible con la estancia hospitalaria.

Las sesiones de rehabilitación prestadas deberán constar en una hoja de firmas o en soporte duradero, que incluirá la declaración responsable del lesionado de haber recibido todas las sesiones firmadas, remitiéndose a la entidad aseguradora en caso de que lo solicite.

El tratamiento rehabilitador, con carácter general, salvo criterio médico, deberá ajustarse a los siguientes criterios:

- El inicio del tratamiento rehabilitador, cuando este sea preciso, deberá producirse en plazo no superior a 5 días hábiles desde la prescripción del médico responsable,
- Cada sesión de tratamiento rehabilitador no será inferior a 30 minutos, salvo prescripción médica.
- Debe incluir terapia manual, salvo prescripción médica.
- La frecuencia de las sesiones no será inferior a 3 sesiones por semana salvo prescripción médica.

- La inasistencia al tratamiento rehabilitador de más de 3 sesiones consecutivas sin causa justificada es suficiente para proponer el alta médica por parte del médico responsable, por incomparecencia.

5. Módulo raquis vertebral (aplicable únicamente a centros A y B). 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 que es la 1ª visita ambulatoria.

Del mismo modo, si una vez iniciado el tratamiento se hallase alguna patología no diagnosticada inicialmente (fractura vertebral, , patología de hernia discal postraumática con afectación radicular aguda, confirmada por EMG, o quirúrgica) u otra patología asociada a la columna vertebral que no sea exclusiva de partes blandas), 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.

En el caso de presentarse un cambio de diagnóstico principal por otro tipo de patología que no sea del raquis vertebral se procederá de acuerdo con lo establecido en el punto 4.1.5 de este convenio.

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 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, provocando un cambio en el diagnóstico principal, que descarten el proceso de patología sobre el raquis como tal, 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, 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.

Desde el momento de la confirmación diagnóstica del proceso modular, el tratamiento rehabilitador deberá ser iniciado en el plazo general de 5 días hábiles al que se refiere el apartado 4 de este anexo, salvo mejor criterio médico que estará a disposición de ser consultado por la Entidad Aseguradora. 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 sanitario emitirá Informe Médico de Alta en un plazo máximo de 15 días naturales, en el que se recogerá el tratamiento seguido hasta el alta. Los informes médicos de alta deben ser de carácter asistencial y no deben contener una valoración medico pericial. (Conforme al Código Ético Deontológico).

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 estarán incluidos tanto la primera visita ambulatoria como las sucesivas o de alta médica y las sesiones de rehabilitación que se precisen para la atención del RV y así como las pruebas complementarias, (RNM, ECO, TAC, EMG, BIOMECÁNICA CLINICA/ALGIOGRAFÍA...) excepto la gammagrafía.

La Entidad Aseguradora podrá interrumpir el inicio del tratamiento de un lesionado diagnosticado de raquis vertebral, 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 sanitario, abandone el tratamiento y no sea posible completar el proceso asistencial que requiera, se deberán abonar por parte de la Entidad Aseguradora los conceptos facturables realizados hasta aquel momento, siempre con el límite económico correspondiente a un módulo de raquis íntegro.

Cuando exista una concurrencia de asistencias de un centro de los grupos A o B con otro centro del grupo C, ambos adheridos al presente convenio, se facturará a detalle por los centros sanitarios, con el límite de sus respectivos módulos. No obstante, será incompatible la facturación por duplicidad de conceptos.

Cuando exista una concurrencia de asistencias en un centro adherido a Convenio con otro centro no adherido, se facturará a detalle por el centro sanitario adherido con el límite del 50 % de su respectivo módulo. No obstante lo anterior, el centro sanitario podrá solicitar a la entidad aseguradora facturar el 100 % del módulo explicando las circunstancias que lo justifiquen. En caso de que la entidad lo rechace y el centro sanitario no esté de acuerdo con dicho rechazo, este podrá enviar el asunto a subcomisión. A la hora de valorar la aceptación o rechazo de estas solicitudes se tendrán en cuenta:

- El número de concurrencias de asistencias que se han producido en el centro sanitario.
- La proximidad del centro sanitario al domicilio o lugar de trabajo del lesionado.
- Cualquier otro hecho relevante que pueda justificar la facturación del 100 % del módulo.

A estos efectos, cuando el centro sanitario tenga conocimiento de que el paciente está siendo tratado en más de un centro simultáneamente, lo comunicará través del formulario del Anexo IX.

6. Módulo ambulatorio (GRUPO C): Quedan incluidas todas las lesiones traumáticas derivadas exclusivamente del accidente de tráfico (incluidos los traumatismos menores de columna vertebral (TMC), a excepción de las lesiones recogidas en el punto 7 (Asistencia Ambulatoria Compleja)

El Módulo comprende las consultas e interconsultas médicas de traumatología y/o rehabilitación, y el tratamiento rehabilitador, y las pruebas diagnósticas (RNM, ECO, TAC, EMG, BIOMECÁNICA CLINICA/ALGIOGRAFÍA) excepto la gammagrafía. Las interconsultas del resto de especialidades requerirán solicitud motivada y autorización o rechazo motivado por la entidad, y se facturarán individualmente.

Se aportará informe de alta con la evolución completa, registrando datos de cada una de las visitas o informes de cada una de las consultas de seguimiento a lo largo de la evolución al igual que de las pruebas diagnósticas realizadas y, a solicitud de la entidad, con la hoja de firmas o soporte duradero, en los casos que requiera fisioterapia. Los informes médicos deberán realizarse conforme al contenido establecido en Anexo X se incluirá la evolución del lesionado hasta el alta. Los informes sanitarios no deben contener datos, ni términos propios de la medicina pericial (conforme al Código Ético Deontológico).

En relación con el módulo ambulatorio de centros sanitarios del Grupo C en los casos en los que el lesionado abandone el tratamiento, y no sea posible completar el proceso asistencial que requiera, el centro sanitario facturará conforme a la siguiente escala:

Día de abandono	Porcentaje
Del 1 al 10	20%
Del 11 al 30	30%
Del 31 al 60	60%
A partir del 61	90%

No será motivo de rechazo de factura el hecho de que el paciente haya realizado sólo una primera asistencia en otro centro.

Por su parte, el centro que reciba a un lesionado que cambie de centro antes de finalizar el tratamiento deberá remitir, junto con el parte de asistencia, el Anexo IX cumplimentado. Dicho centro facturará conforme a la siguiente escala complementaria a la anterior, independientemente de si el paciente procede de un centro A, B o C el porcentaje de módulo raquis o ambulatorio según el grupo al que pertenece:

Día de Recepción	Porcentaje
Del 1 al 10	100%
Del 11 al 30	70%
Del 31 al 60	40%
A partir del 61	10%

Por otra parte, cuando exista una concurrencia de asistencias de un centro del grupo C con otro centro del grupo C, cada centro facturará el 50 % del módulo ambulatorio. Del mismo modo, el centro C facturará el 50 % en caso de que haya concurrencia de asistencias con un centro que no esté adherido al Convenio.

Cuando exista una concurrencia de asistencias de un centro de los grupos A o B con otro centro del grupo C, se facturará a detalle por los centros sanitarios, con el límite de sus correspondientes módulos, raquis o ambulatorio, según el grupo al que pertenezcan. No obstante, será incompatible la facturación por duplicidad de conceptos.

7. Asistencia ambulatoria compleja (GRUPO C): A efectos de este Convenio se considera asistencia ambulatoria compleja, excluida del módulo ambulatorio, aquellas lesiones tratadas quirúrgicamente, cuya duración de tratamiento exceda en 90 días desde el inicio de tratamiento de las lesiones, sea cual sea el centro sanitario en que se produzca dicho inicio, y se cumpla el régimen asistencial aconsejable.

También se considera como asistencia ambulatoria compleja los siguientes diagnósticos, cuya duración de tratamiento exceda en 90 días desde el inicio del mismo o como consecuencia de complicaciones en la evolución (p.ej: pseudoartrosis, edema óseo), aunque no hayan sido tratados quirúrgicamente, y previa notificación a la compañía:

- Fracturas y luxaciones, excepto las siguientes: las de los dedos de manos y dedos de los pies, clavícula, articulación acromioclavicular grados I y II, cara, fracturas costales, fractura esternón y fracturas no desplazadas extraarticulares de huesos largos.

- Lesiones óseas, ligamentosas, cartilaginosas y/o tendinosas agudas graves de cualquier articulación acreditadas mediante pruebas de imagen, y con sintomatología en la asistencia inicial de urgencias o primera asistencia.
- Lesiones de plexos, lesiones de troncos nerviosos y lesiones nerviosas periféricas (con estudio mediante EMG que los objetive como lesión aguda). Se excluyen las lesiones vinculadas al sistema nervioso central.
- Polifracturados (dos o más fracturas), considerando las exclusiones de este apartado.

Todas estas lesiones tienen que haber sido objetivadas en la exploración física y confirmada por pruebas diagnósticas.

En estos supuestos, se requerirá solicitud motivada adjuntando informe médico, y autorización o rechazo motivado por la entidad mediante informe médico según plazos establecidos para cambios diagnósticos.

En aquellos lesionados tratados bajo el concepto de módulo que presenten un nuevo diagnóstico que permita el tratamiento como patología compleja, se deberá proceder de acuerdo con lo establecido en el punto 4.1.5 de este convenio.

Los informes médicos deberán incluir la evolución del lesionado hasta el alta. Los informes sanitarios no deben contener valoraciones propias de la medicina pericial.

A petición de la entidad aseguradora, se deberán aportar informes mensuales de las consultas de seguimiento a lo largo de la evolución del lesionado, al igual que de las pruebas diagnósticas realizadas que previamente deben ser comunicadas a la entidad y con la hoja de firmas o soporte duradero, en los casos que requiera fisioterapia.

8. Pruebas diagnósticas. Las siguientes pruebas: Tomografía Axial Computerizada (TC); Resonancia Nuclear Magnética (RN); Electromiografía (EMG), Contraste y Ecografía, serán facturables a detalle, excepto en los supuestos de Módulo de raquis vertebral y de Módulo ambulatorio, al encontrarse, incluidas en los mismos.

La gammagrafía, en todo caso, y la electromiografía en los supuestos de facturación a detalle, 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.

9. Gastos Ortoprotésicos. Se considerarán como tales, a efectos del vigente Convenio, exclusivamente, aquellos correspondientes a material ortoprotésico de implantación quirúrgica o sustitutivos óseos biológicos, excluyendo inductores y aceleradores, concentrados de plasma plaquetas, proteínas morfogénicas óseas 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.

10. Transfusiones de sangre y Hemoderivados. Se facturarán según el precio fijado en cada Comunidad Autónoma incrementado en un 10%, para cada una de las lesiones.

11. **Infiltraciones articulares (analgésicas/corticoides).** Solo se facturarán en caso de coincidir con una consulta médica, con el límite temporal aplicable a las consultas sucesivas.

12. **Infiltraciones-bloqueos facetarios, nerviosos.** Solo se facturarán cuando se realicen en centros sanitarios de grupos A y B. Es preciso que el centro solicite autorización adjuntando enviar informe médico justificativo. El plazo de respuesta de la entidad es 10 días, transcurrido el cual sin respuesta se considerará autorizado.

13. **Ondas de choque radiales y focales.** Las ondas de choque solo se facturarán (cuando se realicen en centros tipo A y B y C), siempre que dispongan de sala especializada y cuenten con los medios adecuados. Es preciso que el centro solicite autorización adjuntando enviar informe médico justificativo. El plazo de respuesta de la entidad es 10 días, transcurrido el cual sin respuesta se considerará autorizado.

CONCEPTOS RÉGIMEN HOSPITALARIO

1. Módulo quirúrgico: Estará 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. Quedan incluidas en este concepto las intervenciones para la retirada de material de osteosíntesis. 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 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.

El módulo será facturado por intervención quirúrgica, en los términos establecidos en el Convenio, independientemente de que en ésta se intervengan una o más lesiones, y podrá ser facturado tantas veces como intervenciones se practiquen.

Si en una misma intervención quirúrgica interviniera más de un especialista, se facturará el 100% de un módulo para una especialidad y el 50% del módulo para otra especialidad.

Las intervenciones podrán ser facturada, independientemente de que se produzca la posterior hospitalización del lesionado o que la misma se haya realizado en el régimen ambulatorio.

2. 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.

3. 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.

CONCEPTOS	TARIFAS GRUPO A			
	2023	2024	2025	2026
Urgencias sin ingreso	294,58 €	304,89 €	314,04 €	320,32 €
Estancia diaria hasta 6 días	494,08 €	511,37 €	526,71 €	537,25 €
Estancia diaria más de 6 días	399,63 €	413,62 €	426,03 €	434,55 €
UVI o UCI Estancia diaria	1.162,54 €	1.203,23 €	1.239,33 €	1.264,11 €
Módulo Quirúrgico	2.179,73 €	2.256,02 €	2.323,70 €	2.370,18 €
Módulo raquis vertebral (*)	762,85 €	789,55 €	813,24 €	829,50 €
Primera asistencia ambulatoria	264,68 €	273,94 €	282,16 €	287,81 €
Consultas sucesivas, Alta e Interconsultas	123,10 €	127,41 €	131,23 €	133,86 €
Rehabilitación	22,15 €	22,93 €	23,61 €	24,09 €
Tomografía Axial Computerizada	133,70 €	138,38 €	142,53 €	145,38 €
Resonancia Nuclear Magnética	205,89 €	213,10 €	219,49 €	223,88 €
Contraste	70,99 €	73,47 €	75,68 €	77,19 €
Ecografía	99,96 €	103,46 €	106,56 €	108,69 €
Electromiografía	111,07 €	114,96 €	118,41 €	120,77 €
Gammagrafía	222,15 €	229,93 €	236,82 €	241,56 €
Se empezarán a aplicar por accidentes ocurridos a partir del 1 de marzo de 2024:				
Infiltraciones articulares		165,60 €	170,57 €	173,98 €
Infiltraciones - Bloqueos Facetarios Nerviosos		569,25 €	586,33 €	598,05 €
Ondas de Choque Radiales		31,05 €	31,98 €	32,62 €
Ondas de Choque Focales		62,10 €	63,96 €	65,24 €

CONCEPTOS	TARIFAS GRUPO B			
	2023	2024	2025	2026
Urgencias sin ingreso	294,58 €	304,89 €	314,04 €	320,32 €
Estancia diaria hasta 6 días	326,96 €	338,40 €	348,56 €	355,53 €
Estancia diaria más de 6 días	290,64 €	300,81 €	309,84 €	316,03 €
UVI o UCI Estancia diaria	1.162,54 €	1.203,23 €	1.239,33 €	1.264,11 €
Módulo Quirúrgico	2.179,73 €	2.256,02 €	2.323,70 €	2.370,18 €
Módulo raquis vertebral (*)	762,85 €	789,55 €	813,24 €	829,50 €
Primera asistencia ambulatoria	233,89 €	242,08 €	249,34 €	254,33 €
Consultas sucesivas, Alta e Interconsultas	98,49 €	101,94 €	105,00 €	107,10 €
Rehabilitación	22,15 €	22,93 €	23,61 €	24,09 €
Tomografía Axial Computerizada	133,70 €	138,38 €	142,53 €	145,38 €
Resonancia Nuclear Magnética	205,89 €	213,10 €	219,49 €	223,88 €
Contraste	70,99 €	73,47 €	75,68 €	77,19 €
Ecografía	99,96 €	103,46 €	106,56 €	108,69 €
Electromiografía	111,07 €	114,96 €	118,41 €	120,77 €
Gammagrafía	222,15 €	229,93 €	236,82 €	241,56 €
Se empezarán a aplicar por accidentes ocurridos a partir del 1 de marzo de 2024:				
Infiltraciones articulares		165,60 €	170,57 €	173,98 €
Infiltraciones - Bloqueos Facetarios Nerviosos		569,25 €	586,33 €	598,05 €
Ondas de Choque Radiales		31,05 €	31,98 €	32,62 €
Ondas de Choque Focales		62,10 €	63,96 €	65,24 €

(*) Incluye todos los tratamientos y pruebas ambulatorias (Tomografía axial computerizada, Resonancia nuclear magnética, Contraste, Ecografía y Electromiografía).

La tarifa para la retirada del material de osteosíntesis se corresponde con un 50% del importe del módulo quirúrgico.

CONCEPTOS	TARIFAS GRUPO C			
	2023	2024	2025	2026
Módulo Ambulatorio (*)	642,68 €	665,17 €	685,13 €	698,83 €
Estancia diaria hasta 6 días	290,64 €	300,81 €	309,84 €	316,03 €
Estancia diaria más de 6 días	188,9 €	195,51 €	201,38 €	205,40 €
Primera asistencia ambulatoria	98,49 €	101,94 €	105,00 €	107,10 €
Consultas sucesivas, Alta e Interconsultas	61,55 €	63,70 €	65,62 €	66,93 €
Rehabilitación	18,47 €	19,12 €	19,69 €	20,08 €
Tomografía Axial Computerizada	133,7 €	138,38 €	142,53 €	145,38 €
Resonancia Nuclear Magnética	205,89 €	213,10 €	219,49 €	223,88 €
Contraste	70,99 €	73,47 €	75,68 €	77,19 €
Ecografía	99,96 €	103,46 €	106,56 €	108,69 €
Electromiografía	111,07 €	114,96 €	118,41 €	120,77 €
Gammagrafía	222,15 €	229,93 €	236,82 €	241,56 €
Se empezarán a aplicar por accidentes ocurridos a partir del 1 de marzo de 2024:				
Infiltraciones articulares		165,60 €	170,57 €	173,98 €
Ondas de Choque Radiales (**)		31,05 €	31,98 €	32,62 €
Ondas de Choque Focales (**)		62,10 €	63,96 €	65,24 €

(*) Incluye todos los tratamientos y pruebas ambulatorias (Tomografía axial computerizada, Resonancia nuclear magnética, Contraste, Ecografía y Electromiografía).

(**) Se podrán facturar siempre que los centros dispongan de sala especializada y cuenten con los medios adecuados.

**ANEXO III - CONVENIO MARCO ASISTENCIA SANITARIA (SECTOR PRIVADO) PARTE DE
ASISTENCIA DE URGENCIA**

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.- 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

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 (*):.....
Se trata de un accidente laboral (*): SI..... NO..... Se desconoce.....

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

ANEXO IV - CUADRO DE REGULARIZACIÓN DE TARIFAS POR INCUMPLIMIENTO DE PLAZOS DE CONVENIO

La regularización por incumplimiento de plazos será de aplicación automática a través del sistema CAS.

INCIDENCIA	ESTIPULACIÓN	REDUCCIÓN DE TARIFA
Envío fuera de plazo (15 días naturales) por el centro sanitario del parte de urgencia:	Estipulación 4.1.1	<ul style="list-style-type: none"> - Del día 16 al día 30: 10% - Del día 31 al día 45: 20% - Del día 46 al día 60: 60% - 61 días o más: 100%
Envío fuera de plazo (15 días naturales) por el centro sanitario del parte de primera asistencia ambulatoria u hospitalaria:	Estipulación 4.1.3	<ul style="list-style-type: none"> - Del día 16 al día 30: 10% - Del día 31 al día 45: 20% - Del día 46 al día 60: 60% - 61 días o más: 100%
Envío fuera de plazo (15 días naturales) por el centro sanitario del informe de evolución solicitado por la entidad aseguradora en tratamientos superiores a 30 días naturales	Estipulación 4.1.3	<ul style="list-style-type: none"> - Del día 16 al día 30: 10% - Del día 31 al día 45: 20% - Del día 46 al día 60: 60% - 61 días o más: 100%
Comunicación fuera de plazo (15 días naturales) por el centro sanitario del cambio de diagnóstico principal.	Estipulación 4.1.5	<ul style="list-style-type: none"> - Del día 16 al día 30: 10% - Del día 31 al día 45: 20% - Del día 46 al día 60: 60% - 61 días o más: 100%
Presentación de las facturas de las asistencias prestadas por los centros sanitarios	Estipulación 4.4	<ul style="list-style-type: none"> - Del día 61 al día 90: 10% - Del día 91 al día 180: 30% - 181 días o más: 100%

**ANEXO V - CONVENIO MARCO ASISTENCIA SANITARIA (SECTOR PRIVADO) 2023/2026
DECLARACION RESPONSABLE PARA EL CONSORCIO DE COMPENSACION DE SEGUROS**

D/ña..... DNI
Domicilio enTeléfono.....

D/ña..... DNI
Domicilio enTeléfono.....

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 (táchese lo que no proceda), refiriendo
las siguientes circunstancias del accidente.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

Firma del declarante

Firma:

En....., a de del 20....

ANEXO VI - FORMULARIO DE ADHESION DE CENTROS SANITARIOS AL CONVENIO MARCO DE ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA DERIVADA DE ACCIDENTES DE TRÁFICO (2023-2026)

Las solicitudes de incorporación de centros sanitarios representados por alguna de las asociaciones firmantes se tramitarán a través de las mismas.

D/D^a

con DNI actuando como representante legal del Centro Sanitario

.....

SOLICITA

Que el Centro Sanitario

encuadrado dentro del tipo de calificación (marcar con una X la opción deseada) como:

Grupo A Grupo B Grupo C.1 Grupo C.2

sea incluido en el ámbito de aplicación del Convenio Marco de Asistencia Sanitaria derivada de accidentes de tráfico (Sector Privado) para los ejercicios 2023-2024-2025 y 2026, comprometiéndose al estricto cumplimiento de las estipulaciones previstas en el mismo.

En..... a dedel 20....

Firma y
Sello del Centro

Datos identificativos del centro sanitario (situación física):

Nombre del centro sanitario:	
Dirección del centro sanitario:	
Población:	
Provincia y Comunidad Autónoma:	
Código Postal y Teléfono:	
Interlocutor:	
Correo electrónico:	

Datos fiscales/sociales del centro sanitario¹:

Denominación o Razón social:	
Domicilio social, Provincia, Código Postal:	
Domicilio fiscal, Provincia, Código Postal:	
NIF:	

Las solicitudes de Alta en el Convenio, habrán de remitirse:

- En el caso de no pertenecer a ninguna de las asociaciones firmantes a las "Subcomisiones de Vigilancia del Convenio", como se indica a continuación para cada una de las Comunidades Autónomas.
- En el caso de pertenecer a alguna de las asociaciones firmantes a su asociación correspondiente.

Cualquier duda en relación al proceso de acreditación, de requisitos y adhesión, deberá trasladarse a la subcomisión correspondiente.

1.- **Centros sanitarios de las comunidades de:**

ANDALUCÍA, ARAGÓN, ASTURIAS, CANARIAS, CANTABRIA, CASTILLA LA MANCHA, CASTILLA LEÓN, EXTREMADURA, GALICIA, LA RIOJA, MADRID, MURCIA, NAVARRA, PAÍS VASCO y Comunidad VALENCIANA.

- La documentación deberá ser enviada a la secretaría de la subcomisión Central (SCP) y en el caso de los centros de Canarias y Galicia a la secretaría de Canarias y Galicia ostentadas todas por la Alianza de la Sanidad Privada Española (ASPE)
- c/ Alcántara, 20 28006 MADRID E-mail: secretaria@subcomisiontrafico.es

2.- **Centros sanitarios de la comunidad de:** BALEARES

- La documentación deberá ser enviada a la secretaría de la subcomisión de Baleares ostentada por UBES
- c/ Aragón, 215 - 2º 07008 PALMA DE MALLORCA ubes@caeb.es

3.- **Centros sanitarios de la comunidad de:** CATALUÑA

- La documentación deberá ser enviada a la Subcomisión de Catalunya (SPC) ostentada por Asociación Catalana de Entidades de Salud (ACES)
- c/ Carrer de Muntaner, 262, 2º2 08021 BARCELONA spc@aces.es

¹ Los datos que se solicitan a continuación son los que figuran en la tarjeta acreditativa del NIF (Número de Identificación Fiscal) que comunica la administración tributaria correspondiente.

**ANEXO VII - FORMULARIO DE ADHESION DE ENTIDADES ASEGURADORAS AL CONVENIO
MARCO DE ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA DERIVADA DE ACCIDENTES DE TRÁFICO (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:.....

Nombre:.....

Cargo:.....

Teléfono:.....

Correo electrónico:.....

En _____, a ___ de _____ del 20__

Firma y sello (cuando menos de una entidad)

ANEXO VIII - DECLARACIÓN RESPONSABLE RENOVACIÓN ACREDITACIÓN CONVENIO MARCO DE ASISTENCIA SANITARIA DERIVADA DE ACCIDENTES DE TRÁFICO 2023-2026

D./Dña. _____, provista de DNI _____, actuando en nombre y representación del centro sanitario _____, con razón social _____ con NIF _____, con domicilio en _____, y con número de autorización sanitaria: _____

DECLARA que, el Centro fue acreditado en el **Convenio marco de asistencia sanitaria derivada de accidentes de tráfico 2019-2022** como grupo _____ y continúa cumpliendo los requisitos establecidos para la adhesión de centros de dicho grupo.

Sin perjuicio de lo anterior, el Centro DEBE adjuntar al presente escrito copia de, al menos, los siguientes documentos indicados en el Anexo XI del **Convenio marco de asistencia sanitaria derivada de accidentes de tráfico 2023-2026**:

a. **Autorización sanitaria en vigor:** para todos los grupos.

b. **Profesionales y cobertura horaria:**

Grupo	Criterio	Documentación
A, B	Se dispone de médico especialista en CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA con asistencia en el centro con presencia física diaria.	Horario de prestación del servicio en el centro firmado por los profesionales.
C1/C2	Se dispone de médico especialista en CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA (puede ser sustituido por REHABILITADOR) con presencia física en el centro de 2 horas diarias o 10 horas semanales.	Horario de prestación del servicio en el centro, firmado por los profesionales.

Las asociaciones firmantes del convenio se erigen en garantes del proceso de acreditación, y consiguiente evaluación según convenio, de sus centros asociados, de manera que deberán arbitrar sus propios mecanismos de autenticación de la información y documentación que se desprende de esta declaración responsable.

En el caso de centros no asociados a ninguna de las asociaciones firmantes, deberán presentar esta declaración responsable junto a la certificación de una entidad que demuestre experiencia en certificación o auditoría de centros sanitarios previamente validadas en las respectivas subcomisiones de zona, mediante el envío del correspondiente dossier o la acreditación de empresa acreditadora de ENAC. También serán válidas las empresas acreditadoras de las que hagan uso las asociaciones firmantes.

Fecha:

Firma del responsable:

Firma/sello de asociación o empresa auditora externa que avala la renovación de la acreditación:

ANEXO IX - MODELO DE COMUNICACIÓN DE LIBRE ELECCION DE CENTRO

D/Dña....., con DNI
....., con fecha declaro:

Que he sido informado/a de mi derecho elegir libremente el centro sanitario donde recibir asistencia y rehabilitación por las lesiones derivadas de un accidente de tráfico.

Que haciendo uso del derecho de libre elección de centro sanitario, he decidido acudir al centro..... para:

Tratamiento integral (hasta este momento estaba siendo tratado en el centro)

Consultas médicas

Fisioterapia/Rehabilitación

Fdo.

ANEXO X - INFORMES MÉDICOS

Todos los informes médicos a los que se hace mención en este Convenio incluirán, al menos, los siguientes apartados:

- Diagnóstico Asistencial (indicar de forma individualizada el diagnóstico lesional. Posibilidad de indicarlo conforme a CIE-10).
- Antecedentes médicos personales necesarios para la información de la lesión.
- Anamnesis
- Exploración física
- Pruebas complementarias
- Evolución asistencial

ANEXO XI – CUESTIONARIO DE EVALUACION DE CENTROS SANITARIOS

Nº	Criterio	A	Cumple	No cumple	Documentación
1	REQUISITOS DEL CONVENIO				
1.1	REQUISITOS GENERALES				
1.1.1	Licencia de apertura (copia)	x			Copia licencia apertura
1.1.2	Titular de la gestión del centro (CIF o NIF)	x			Copia del CIF o del NIF del titular, que coincidirá con la información de las autorizaciones de la Consejería de Sanidad
1.1.3	Seguro de responsabilidad civil del centro (copia)	x			Copia del último recibo con fecha de vigencia del SRC
1.1.4	Están disponibles las Hojas de Reclamaciones oficiales y se aplica el sistema de respuesta a las reclamaciones oficiales, de acuerdo con el procedimiento establecido en la regulación de la Comunidad Autónoma.	x			Copia del libro u hojas con el sello del centro
1.1.5	Clasificación de centro o establecimiento sanitario con unidad de hospitalización autorizada	x			Copia de la autorización del centro y de las autorizaciones de servicios. Deberán estar vigentes y para todos los servicios de la oferta asistencial que se cita en los siguientes puntos. Deberá constar el número de camas autorizadas.
	Autorizaciones de funcionamiento (copia en la que consten todas las autorizaciones):				
1.1.6	U.1 Medicina general / de familia o U.13 Medicina interna	x			
1.1.7	U.2 Enfermería	x			
1.1.8	U.68 Urgencias	x			
1.1.9	U.55 Cirugía ortopédica y Traumatología	x			
1.1.10	U.13 Medicina interna o U.1 Medicina general / de familia	x			
1.1.11	U.43 Cirugía general y digestivo	x			
1.1.12	U.63 Cirugía mayor ambulatoria o U. 64 Cirugía menor ambulatoria	x			

CONVENIO ASISTENCIASANITARIA PRIVADA

Nº	Criterio	A	Cumple	No cumple	Documentación
1.1.13	U.37 Medicina intensiva	x			
1.1.14	U.35 Anestesia y Reanimación	x			
1.1.15	U.79 Hematología clínica	x			
1.1.16	U.82 Servicio de transfusión	x			
1.1.17	U.83 Farmacia o U. 84 Deposito de medicamentos	x			
1.1.18	U.39 Angiología y Cirugía Vascul ar	x			
1.1.19	U.17 Neurología	x			
1.1.20	U.49 Neurocirugía	x			
1.1.21	U.50 Oftalmología	x			
1.1.22	U.52 Otorrinolaringología	x			
1.1.23	U.88 Radiodiagnóstico	x			
1.1.24	U.72 Obtención de muestras	x			
1.1.25	U.57 Rehabilitación	x			
1.1.26	U.59 Fisioterapia	x			
1.1.27	Se dispone de médico de guardia con presencia física 24 horas.	X			Documento de planificación de los turnos en el centro que muestre su presencia en el mismo. Presentar planificación del mes en curso y mes anterior. Documento firmado por los facultativos y el director médico.
1.1.28	Se dispone de traumatólogo, internista y cirujano general con presencia física diaria (mínimo 2 horas) y guardia localizada para los tres especialistas fuera del horario presencial	x			Documento de planificación de los turnos en el centro de estos especialistas que muestre su presencia en el mismo y la relación de los médicos de guardia fuera de los horarios presenciales. Presentar planificación del mes en curso y mes anterior. Documento firmado por los facultativos y el director médico.
					De los médicos y otros profesionales que cubren los servicios incluidos en los puntos 1.1.6 a 1.1.29

CONVENIO ASISTENCIASANITARIA PRIVADA

Nº	Criterio	A	Cumple	No cumple	Documentación
					se presentará la relación de profesionales, copia del título y especialidad, copia del recibo anual de colegiación, copia recibo anual del SRC y los horarios de colaboración con el centro sanitario. De los médicos traumatólogo, internista, cirujano general, intensivista y anestesista, se dispondrá de copia de la parte del contrato en que aparezcan los horarios o tiempos de colaboración para la prestación del servicio o copia de los TC1-TC2 en caso de profesionales contratados.
1.2	ÁREA DE URGENCIAS				
1.2.1	Se presta servicio de Urgencia 24h con atención médica continuada.	x			Planificación del personal de urgencias con médicos. Mes en curso y mes anterior.
1.2.2	Existe un área de Urgencias independiente de otras áreas del centro.	x			Plano del centro con el área de urgencias
1.2.3	Se dispone de un equipo de monitorización completo y de forma continua en el área de Urgencias. Monitorización ECG, TA y pulsioximetría	x			Listado y foto de los equipos ubicados en el área de urgencias, con su número de serie
1.2.4	Se dispone de equipo de respaldo para monitorización completa y continua	x			Listado y foto de los equipos con la ubicación que tienen y su número de serie
1.2.5	Sala de emergencias equipada con SVA y RCP	x			Relación del carro de emergencias con la información de los equipos y su número de serie (desfibrilador, respirador y aspirador portátil). Foto del carro con los equipos y vista de la etiqueta. Documentación del equipo de respaldo con número de serie y etiqueta
1.2.6	Se dispone de sala de triaje y están definidos los niveles de triaje (cumplimiento)	x			Plano del centro con la sala de triaje identificada. Foto exterior de la sala de triaje
1.2.7	Se dispone de salas de consulta y salas de observación, adecuadas y con el equipamiento necesario para prestar el servicio y la atención necesaria.	x			Plano del centro con las salas de consulta y de observación identificadas. Relación del equipamiento que dispone cada sala
1.3	ACTIVIDAD BÁSICA				

CONVENIO ASISTENCIASANITARIA PRIVADA

Nº	Criterio	A	Cumple	No cumple	Documentación
1.3.1	Cirugía General				
1.3.1.1	Se dispone de contrato de servicio de médico especialista en Cirugía General con presencia física diaria en Urgencias o quirófano (mínimo 2 horas) y cobertura de guardia fuera del horario y festivos.	x			Véase nota al final de apartado 1.1
1.3.1.2	Se dispone de contrato de servicio de médico especialista en Anestesia y Reanimación con presencia física diaria en Urgencias o quirófano (mínimo 2 horas) y cobertura de guardia fuera del horario y festivos.	x			
1.3.2	Reanimación y Cuidados Intensivos				
1.3.2.1	Se dispone de médico INTENSIVISTA con presencia física diaria (mínimo 2 horas en UCP y disponible para Urgencias)	x			Copia del título, especialidad, recibo colegiación, recibo SRC El contrato de colaboración se ha verificado en un punto anterior. Véase nota al final de apartado 1.1
1.3.2.2	Existe una unidad de reanimación y de cuidados continuados (permanentes) que está diferenciada y con equipo para monitorización completa (ECG, TA, PO)	x			Plano de ubicación del área de reanimación y UCI en el plano general. Relación de equipos de monitorización con número de serie
1.3.2.3	Los carros de parada están sujetos a revisiones y verificación periódicos, para asegurar su correcto funcionamiento.	x			Copia de las revisiones del carro de parada. Listado de dotación del carro y número de serie de los equipos. Foto del carro y equipos
1.3.2.4	Existe un sistema que garantiza las restricciones en el acceso.	x			Foto del acceso a la unidad, con indicación del acceso restringido y detalle del sistema de acceso que evite la entrada de personas no autorizadas
1.3.2.5	Existe un control de caducidades de medicación y materiales en el área de UCI	x			Formulario de revisión de caducidades y chequeo del mes en curso y último mes
1.3.2.6	Existen, se aplican y son eficaces los protocolos de limpieza en la UCI.	x			Copia del protocolo de limpieza de la UCI y del registro de limpieza del mes en curso y mes anterior. Se debe poder identificar a la persona que los realiza

CONVENIO ASISTENCIASANITARIA PRIVADA

Nº	Criterio	A	Cumple	No cumple	Documentación
1.3.2.7	Existe un depósito de medicamentos en UCI conforme a una lista elaborada o autorizada por médico intensivista. Este depósito debe dar cobertura en horario de cierre de la Farmacia	x			Copia del listado de medicamentos en UCI con la firma del facultativo responsable.
1.3.2.8	La central de gases y el sistema está sujeto a un mantenimiento preventivo y se dispone de contrato para ello, que cubre también el mantenimiento correctivo	x			Contrato de mantenimiento preventivo y correctivo de la central de gases. Copia de las revisiones de mantenimiento preventivo del último año
1.3.3	Traumatología				
1.3.3.1	Se dispone de médico especialista en CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA con presencia física diaria en Planta y en Urgencias (mínimo 2 horas) y cobertura de guardia fuera del horario y festivos	x			Contrato con traumatólogo, horario de cobertura de traumatólogo en planta y en urgencias, firmado por los traumatólogos y el director médico. Véase nota al final de apartado 1.1
1.3.4	Medicina Interna				
1.3.4.1	Se dispone de médico INTERNISTA con presencia física diaria en Planta y en Urgencias (mínimo 2 horas) y cobertura de guardia fuera del horario y festivos.	x			Contrato con internista, horario de cobertura de internistas en planta y en urgencias, firmado por los facultativos y el director médico
1.3.5	Hemoterapia				
1.3.5.1	Se dispone de médico especialista en HEMATOLOGÍA Y HEMOTOTERAPIA.	x			Contrato con especialista en Hematología y Hemoterapia. Copia del título y especialidad. Horario de cobertura del servicio, firmado por el especialista y el director médico. Véase nota al final de apartado 1.1
1.3.5.2	Se dispone de contrato de servicio de un técnico especialista en laboratorio con formación en técnicas de inmunohematología y en proceso transfusional.	x			Contrato con técnico especialista. Copia de título y de la formación en inmunohematología y procesos transfusional en Hematología y Hemoterapia. Horario de cobertura del servicio, firmado por el especialista y el director médico. Véase nota al final de apartado 1.1
1.3.5.3	Se dispone de servicio de Hemoterapia o depósito de sangre	x			Plano de la ubicación. Se presentará la autorización de esta unidad.

CONVENIO ASISTENCIASANITARIA PRIVADA

Nº	Criterio	A	Cumple	No cumple	Documentación
1.3.6	Farmacia Hospitalaria o Depósito de Medicamentos				
1.3.6.1	Disponibilidad de Farmacia Hospitalaria o Depósito de Medicamentos con actividad continuada 24 h x 7 días	x			Plano con la ubicación de la farmacia o el depósito de medicamentos.
1.3.6.2	En caso de unidad de Farmacia, se dispone de farmacéutico con especialidad farmacia hospitalaria en caso de hospitales	x			En caso de unidad de farmacia, debe disponerse de un profesional adscrito al área. Presentar contrato, título, especialidad y colegiación. Véase nota al final de apartado 1.1
1.4	ACTIVIDAD COMPLEJA				Se especifica la documentación necesaria pero no el requisito.
1.4.1	Se dispone de contrato de servicio de médico CIRUJANO VASCULAR con asistencia en el centro	x			Contrato con cirujano vascular; título; especialidad; cuota de colegiación anual; recibo de SRC. Véase nota al final de apartado 1.1
1.4.2	Se dispone de contrato de servicio de médico NEUROLOGO con asistencia en el centro	x			Contrato con neurólogo; título; especialidad; cuota de colegiación anual; recibo de SRC. Véase nota al final de apartado 1.1
1.4.3	Se dispone de contrato de servicio de médico NEUROCIRUJANO con asistencia en el centro (presencia mínima semanal)	x			Contrato con neurocirujano; título; especialidad; cuota de colegiación anual; recibo de SRC. Véase nota al final de apartado 1.1
1.4.4	Se dispone de contrato de servicio de médico OFTALMÓLOGO con asistencia en el centro (presencia mínima semanal)	x			Contrato con oftalmólogo; título; especialidad; cuota de colegiación anual; recibo de SRC. Véase nota al final de apartado 1.1
1.4.5	Se dispone de contrato de servicio de médico ORL con asistencia en el centro (presencia mínima semanal)	x			Contrato con ORL; título; especialidad; cuota de colegiación anual; recibo de SRC. Véase nota al final de apartado 1.1
1.5	SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO				

CONVENIO ASISTENCIASANITARIA PRIVADA

Nº	Criterio	A	Cumple	No cumple	Documentación
1.5.1	Se dispone de contrato de servicio de médico RADIODIAGNÓSTICO para evaluación de resultados de pruebas	x			<p>Contrato con radiólogos; título; especialidad; cuota de colegiación anual; recibo de SRC.</p> <p>En caso de ser externo el servicio se suministrará la misma información y además las autorizaciones del centro de RD.</p> <p>Copia de los informes de mantenimiento y calibración del último año</p> <p>Véase nota al final de apartado 1.1</p>
1.5.2	Se dispone del área para diagnóstico y tratamiento por imagen, que incluye:- Rayos X- Ecografía- Contraste- RMN- TAC	x			<p>Plano de ubicación del área de RD con las ubicaciones de los equipos. Relación de equipos: marca y número de serie</p>
1.5.3	Existe un laboratorio de muestras, disponible de forma continua ante cualquier urgencia.	x			<p>Plano de ubicación del área de laboratorio con las ubicaciones de los equipos.</p> <p>Relación de equipos: marca y número de serie</p> <p>Copia de los informes de mantenimiento y calibración del último año.</p>
1.5.4	Se dispone de contrato para el servicio con personal para extracción y análisis de muestras de forma continua.	x			<p>Relación del personal del equipo de laboratorio, título, formación específica.</p> <p>Copia del título del responsable del servicio, especialidad, colegiación y SRC.</p> <p>En caso de ser externo se facilitará la misma información y además copia de la autorización de funcionamiento del servicio</p>
1.5.5	Se dispone de contrato que cubre el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de electromedicina	x			<p>Copia de contrato para el mantenimiento preventivo y correctivo, con la relación de equipos y sus nº de serie incluidos en dicho contrato.</p> <p>Copia de la última revisión de mantenimiento preventivo realizada en cada equipo.</p>

CONVENIO ASISTENCIASANITARIA PRIVADA

Nº	Criterio	A	Cumple	No cumple	Documentación
1.5.6	Se dispone de contrato que cubre el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de análisis clínicos	x			Copia de contrato para el mantenimiento preventivo y correctivo, con la relación de equipos y sus nº de serie incluidos en dicho contrato. Copia de la última revisión de mantenimiento preventivo realizada en cada equipo.
1.5.7	Se dispone de los documentos de legalización y autorización de los equipos de RX y están disponibles las actas inspección de la UTPR	x			Copia del último acta de la UTPR para cada equipo sujeto a inspección
1.6	ÁREA DE REHABILITACIÓN				
1.6.1	Se dispone de contrato de servicio de médico especialista en REHABILITACIÓN (puede ser sustituido por TRAUMATÓLOGO) con asistencia en el centro con presencia mínima del horario de apertura de la unidad de Rehabilitación	x			Copia del contrato con médico rehabilitador, título, especialidad, cuota de colegiación anual, y cuota anual del SRC. Horario de prestación del servicio en el centro y horario del servicio de rehabilitación. Véase nota al final de apartado 1.1
1.6.2	Se dispone de contrato de servicio de FISIOTERAPEUTA con asistencia en el centro con presencia mínima del horario de apertura de la unidad de Rehabilitación	x			Copia del contrato con fisioterapeutas, títulos, especialidades, cuotas de colegiación anual, y cuotas del SRC. Horario de prestación del servicio en el centro, horario del servicio de fisioterapia y turnos del mes en curso y mes anterior. Véase nota al final de apartado 1.1
1.6.3	Se dispone de un área de Rehabilitación diferenciada del resto de áreas del centro identificando sobre el plano: mecanoterapia, fisioterapia, electroterapia y cinesiterapia	x			Plano de ubicación del área de Rehabilitación en el plano general
1.6.4	Todas las zonas anteriores permiten la prestación del servicio de forma simultánea (zonas separadas)	x			Se identificará en el plano general del área de Rehabilitación
1.7	ESTERILIZACIÓN				
1.7.1	Se dispone de protocolos de esterilización, aplicados a los diferentes actos clínicos que requieren asepsia (material de quirófanos, material de curas, etc.)	x			Copia de los protocolos de esterilización.
1.7.2	Existen registros de las actividades de esterilización.	x			Copia de registros de esterilización realizados en la semana anterior al envío de la documentación.

CONVENIO ASISTENCIASANITARIA PRIVADA

Nº	Criterio	A	Cumple	No cumple	Documentación
1.7.3	Se realizan test de verificación de la eficacia de la esterilización según una planificación	x			Copias de los resultados de los test de esterilización realizados la semana anterior al envío de la documentación
1.7.4	Se realiza el mantenimiento de los equipos de esterilización que aseguran su correcto funcionamiento.	x			Copia de las dos últimas revisiones de mantenimiento de los esterilizadores del área de quirófanos.
1.7.5	El proceso de esterilización se aplica también a los equipos y materiales externos (equipo de los cirujanos, prótesis propiedad de los pacientes, etc.)	x			Copia de registros de esterilización realizados a material o equipos externos utilizados en quirófanos con actividad relacionada con el convenio, y otras realizadas a prótesis externas (aportadas por los pacientes)
1.8	INSTALACIONES GENERALES				
1.8.1	Se realiza la inspección de Baja Tensión con la frecuencia que establece el Reglamento correspondiente. El resultado de dicha inspección es positivo	x			Copia de la última inspección de Baja Tensión realizada por un OCA.
1.8.2	Se realiza la revisión de todo el sistema contra incendio, de acuerdo con el RIPCI de 2017. El resultado es positivo. Se incluye: sistemas de detección y protección, sistemas de alarma, sistemas de extinción, grupo de presión y central de alarma de incendios.	x			Copia del certificado de la última revisión de todos y cada uno de los sistemas, realizadas por empresas autorizadas.
1.8.3	Se realiza el mantenimiento preventivo y la verificación periódica de funcionamiento del grupo o grupos electrógenos.	x			Copias de las verificaciones de funcionamiento realizadas en los últimos tres meses y copia del último mantenimiento preventivo realizado. Información de la cobertura que da cada grupo electrógeno y potencia del o de los equipos.
1.8.4	Se dispone del Plan de Autoprotección y Emergencia actualizado.	x			Copia de la primera página del Plan de Autoprotección, con la fecha de edición o revisión y el justificante de su registro en el ente que corresponda de su Comunidad Autónoma, o en su defecto, de su presentación al servicio de Protección Civil del Ayuntamiento

CONVENIO ASISTENCIASANITARIA PRIVADA

Nº	Criterio	A	Cumple	No cumple	Documentación
NOTA	Cuando un centro no disponga en sus instalaciones de un determinado servicio y el Convenio de Tráfico le permita tenerlo subcontratado, el centro deberá aportar el contrato del servicio subcontratado y las mismas evidencias que se requieren al centro adscrito al convenio y que son objeto de la subcontratación.				

CONVENIO ASISTENCIASANITARIA PRIVADA

Nº	Criterio	B	Cumple	No cumple	Documentación
1	REQUISITOS DEL CONVENIO				
1.1	REQUISITOS GENERALES				
1.1.1	Licencia de apertura (copia)	x			Copia licencia apertura
1.1.2	Titular de la gestión del centro (CIF o NIF)	x			Copia del CIF o del NIF del titular, que coincidirá con la información de las autorizaciones de la Consejería de Sanidad
1.1.3	Seguro de responsabilidad civil del centro (copia)	x			Copia del último recibo con fecha de vigencia del SRC
1.1.4	Están disponibles las Hojas de Reclamaciones oficiales y se aplica el sistema de respuesta a las reclamaciones oficiales, de acuerdo con el procedimiento establecido en la regulación de la Comunidad Autónoma.	x			Copia del libro u hojas con el sello del centro
1.1.5	Clasificación de centro o establecimiento sanitario con unidad de hospitalización autorizada	x			Copia de la autorización del centro y de las autorizaciones de servicios. Deberán estar vigentes y para todos los servicios de la oferta asistencial que se cita en los siguientes puntos. Deberá constar el número de camas autorizadas.
	Autorizaciones de funcionamiento (copia en la que consten todas las autorizaciones):				
1.1.6	U.1 Medicina general / de familia o U.13 Medicina interna	x			
1.1.7	U.2 Enfermería	x			
1.1.8	U.55 Cirugía ortopédica y Traumatología	x			
1.1.9	U.13 Medicina interna o U. 1 Medicina General / de familia	x			
1.1.10	U.43 Cirugía general y digestivo	x			
1.1.11	U.35 Anestesia y Reanimación	x			
1.1.12	U.83 Farmacia o U.84 Deposito de medicamentos	x			
1.1.13	U.88 Radiodiagnóstico	x			
1.1.14	U.57 Rehabilitación	x			
1.1.15	U.59 Fisioterapia	x			

Nº	Criterio	B	Cumple	No cumple	Documentación
1.1.16	Se dispone de médico de guardia con presencia física 24 horas	x			Documento de planificación de los turnos en el centro que muestre su presencia en el mismo. Presentar planificación del mes en curso y mes anterior. Documento firmado por los facultativos y el director médico.
					De los médicos y otros profesionales que cubren los servicios incluidos en los puntos 1.1.6 a 1.1.17 se presentará la relación de profesionales, copia del título y especialidad, copia del recibo anual de colegiación, copia recibo anual del SRC y los horarios de colaboración con el centro sanitario. De los médicos traumatólogo, internista, cirujano general, intensivista y anestesista, se dispondrá de copia de la parte del contrato en que aparezcan los horarios o tiempos de colaboración para la prestación del servicio o copia de los TC1-TC2 en caso de profesionales contratados.
1.2	ACTIVIDAD BÁSICA				
1.2.1	Cirugía General (1)				
1.2.1.1	Se dispone de contrato de servicio de médico especialista en Cirugía General con presencia física diaria en Urgencias o quirófano (mínimo 2 horas) y cobertura de guardia fuera del horario y festivos.	x			Véase nota al final de apartado 1.1
1.2.1.2	Se dispone de contrato de servicio de médico especialista en Anestesia y Reanimación con presencia física diaria en Urgencias o quirófano (mínimo 2 horas) y cobertura de guardia fuera del horario y festivos.	x			
1.2.2	Reanimación y Cuidados Continuados				
1.2.2.1	Se dispone de médico que asiste el área de Reanimación y Cuidados Continuados con presencia física diaria y disponible para urgencias	x			Copia del título, especialidad, recibo colegiación, recibo SRC del médico responsable del área. El contrato de colaboración se ha verificado en un punto anterior. Véase nota al final de apartado 1.1

CONVENIO ASISTENCIASANITARIA PRIVADA

Nº	Criterio	B	Cumple	No cumple	Documentación
1.2.2.2	Existe una unidad de Reanimación y de Cuidados Continuados (permanentes) que está diferenciada y con equipo para monitorización	x			Plano de ubicación del área de reanimación y UCI en el plano general. Relación de equipos de monitorización con número de serie
1.2.2.3	Los carros de parada están sujetos a revisiones y verificación periódicos, para asegurar su correcto funcionamiento.	x			Copia de las revisiones del carro de parada. Listado de dotación del carro y número de serie de los equipos. Foto del carro y equipos
1.2.2.4	Se dispone de un contrato o acuerdo de colaboración con un centro de tipo A, ya evaluado para el convenio de tráfico, para derivación de lesionados en caso necesario	x			Copia (parte de interés para evidenciar la relación) del convenio de colaboración con el centro Tipo A que debe disponer de la adhesión al Convenio de Tráfico
1.2.3	Traumatología				
1.2.3.1	Se dispone de médico especialista en CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATÓLOGÍA con presencia física diaria (mínimo 2 horas) y cobertura de guardia fuera del horario y festivos	x			Contrato con traumatólogo, horario de cobertura de traumatólogo, firmado por los traumatólogos y el director médico. Véase nota al final de apartado 1.1
1.2.4	Medicina Interna				
1.2.4.1	Se dispone de médico INTERNISTA o FAMILIAR Y COMUNITARIA con presencia física diaria (mínimo 2 horas) y cobertura de guardia fuera del horario y festivos.	x			Contrato con internista, horario de cobertura de internistas o médico de familia y medicina comunitaria, firmado por los facultativos y el director médico
1.2.5	Farmacia Hospitalaria o Depósito de Medicamentos (2)				
1.2.5.1	Disponibilidad Depósito de Medicamentos o Farmacia (2)	x			Plano con la ubicación de la farmacia o el depósito de medicamentos.
1.2.5.2	En caso de unidad de Farmacia, se dispone de farmacéutico con especialidad farmacia hospitalaria en caso de hospitales (Centro tipo C1) (2)	x			En caso de unidad de farmacia, debe disponerse de un profesional adscrito al área. Presentar contrato, título, especialidad y colegiación. Véase nota al final de apartado 1.1
1.3	SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO				

Nº	Criterio	B	Cumple	No cumple	Documentación
1.3.1	Se dispone de contrato de servicio de médico RADIODIAGNÓSTICO para evaluación de resultados de pruebas	x			<p>Contrato con radiólogos; título; especialidad; cuota de colegiación anual; recibo de SRC.</p> <p>En caso de ser externo el servicio se suministrará la misma información y además las autorizaciones del centro de RD.</p> <p>Copia de los informes de mantenimiento y calibración del último año</p> <p>Véase nota al final de apartado 1.1</p>
1.3.2	Se dispone del área para diagnóstico y tratamiento por imagen, que incluye: - Rayos X - Ecografía	x			<p>Plano de ubicación del área de RD con las ubicaciones de los equipos.</p> <p>Relación de equipos: marca y número de serie</p>
1.3.3	Se dispone de contrato que cubre el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de electromedicina	x			<p>Copia de contrato para el mantenimiento preventivo y correctivo, con la relación de equipos y sus nº de serie incluidos en dicho contrato. Copia de la última revisión de mantenimiento preventivo realizada en cada equipo.</p>
1.3.4	Se dispone de los documentos de legalización y autorización de los equipos de RX y están disponibles las actas inspección de la UTPR	x			<p>Copia del último acta de la UTPR para cada equipo sujeto a inspección</p>
1.4	ÁREA DE REHABILITACIÓN				
1.4.1	Se dispone de contrato de servicio de médico especialista en REHABILITACIÓN (puede ser sustituido por TRAUMATÓLOGO) con asistencia en el centro con presencia mínima del horario de apertura de la unidad de Rehabilitación	x			<p>Copia del contrato con médico rehabilitador, título, especialidad, cuota de colegiación anual, y cuota anual del SRC.</p> <p>Horario de prestación del servicio en el centro y horario del servicio de rehabilitación.</p> <p>Véase nota al final de apartado 1.1</p>
1.4.2	Se dispone de contrato de servicio de FISIOTERAPEUTA con asistencia en el centro con presencia mínima del horario de apertura de la unidad de Rehabilitación	x			<p>Copia del contrato con fisioterapeutas, títulos, especialidades, cuotas de colegiación anual, y cuotas del SRC.</p> <p>Horario de prestación del servicio en el centro, horario del servicio de fisioterapia y turnos del mes en curso y mes anterior.</p> <p>Véase nota al final de apartado 1.1</p>

CONVENIO ASISTENCIASANITARIA PRIVADA

Nº	Criterio	B	Cumple	No cumple	Documentación
1.4.3	Se dispone de un área de Rehabilitación diferenciada del resto de áreas del centro identificando sobre el plano: mecanoterapia, fisioterapia, electroterapia y cinesiterapia	x			Plano de ubicación del área de Rehabilitación en el plano general
1.4.4	Todas las zonas anteriores permiten la prestación del servicio de forma simultánea (zonas separadas)	x			Se identificará en el plano general del área de Rehabilitación
1.5	ESTERILIZACIÓN (3)				
1.5.1	Se dispone de protocolos de esterilización, aplicados a los diferentes actos clínicos que requieren asepsia (material de quirófanos, material de curas, etc.)	x			Copia de los protocolos de esterilización.
1.5.2	Existen registros de las actividades de esterilización	x			Copia de registros de esterilización realizados en la semana anterior al envío de la documentación.
1.5.3	Se realizan test de verificación de la eficacia de la esterilización según una planificación	x			Copias de los resultados de los test de esterilización realizados la semana anterior al envío de la documentación
1.5.4	Se realiza el mantenimiento de los equipos de esterilización que aseguran su correcto funcionamiento.	x			Copia de las dos últimas revisiones de mantenimiento de los esterilizadores del área de quirófanos.
1.5.5	El proceso de esterilización se aplica también a los equipos y materiales externos (equipo de los cirujanos, prótesis propiedad de los pacientes, etc.)	x			Copia de registros de esterilización realizados a material o equipos externos utilizados en quirófanos con actividad relacionada con el convenio, y otras realizadas a prótesis externas (aportadas por los pacientes)
1.6	INSTALACIONES GENERALES				
1.6.1	Se realiza la inspección de Baja Tensión con la frecuencia que establece el Reglamento correspondiente. El resultado de dicha inspección es positivo	x			Copia de la última inspección de Baja Tensión realizada por un OCA.
1.6.2	Se realiza la revisión de todo el sistema contra incendio, de acuerdo con el RIPCI de 2017. El resultado es positivo. Se incluye: sistemas de detección y protección, sistemas de alarma, sistemas de extinción, grupo de presión y central de alarma de incendios (según los sistemas que disponga el centro)	x			Copia del certificado de la última revisión de todos y cada uno de los sistemas, realizadas por empresas autorizadas.

CONVENIO ASISTENCIASANITARIA PRIVADA

Nº	Criterio	B	Cumple	No cumple	Documentación
1.6.3	Se realiza el mantenimiento preventivo y la verificación periódica de funcionamiento del grupo o grupos electrógenos (en caso de que el centro disponga de quirófano o de otros equipos que precisen de este sistema de suministro eléctrico ante fallos en el suministro)	x			Copias de las verificaciones de funcionamiento realizadas en los últimos tres meses y copia del último mantenimiento preventivo realizado. Información de la cobertura que da cada grupo electrógeno y potencia del o de los equipos.
1.6.4	Se dispone del Plan de Autoprotección o de Emergencia actualizado, según aplique al centro	x			Copia de la primera página del Plan de Autoprotección, con la fecha de edición o revisión y el justificante de su registro en el ente que corresponda de su Comunidad Autónoma, o en su defecto, de su presentación al servicio de Protección Civil del Ayuntamiento

NOTA	Cuando un centro no disponga en sus instalaciones de un determinado servicio y el Convenio de Tráfico le permita tenerlo subcontratado, el centro deberá aportar el contrato del servicio subcontratado y las mismas evidencias que se requieren al centro adscrito al convenio y que son objeto de la subcontratación.
(1)	La justificación de estos criterios en los centros "B" aplicará en el caso que estos centros realicen esta actividad y tengan autorización para estas unidades.
(2)	La justificación de este criterio aplicará en el caso que el centro disponga de Farmacia.

CONVENIO ASISTENCIASANITARIA PRIVADA

Nº	Criterio	C1	Cumple	No cumple	Documentación
1	REQUISITOS DEL CONVENIO				
1.1	REQUISITOS GENERALES				
1.1.1	Licencia de apertura (copia)	x			Copia licencia apertura
1.1.2	Titular de la gestión del centro (CIF o NIF)	x			Copia del CIF o del NIF del titular, que coincidirá con la información de las autorizaciones de la Consejería de Sanidad
1.1.3	Seguro de responsabilidad civil del centro (copia)	x			Copia del último recibo con fecha de vigencia del SRC
1.1.4	Están disponibles las Hojas de Reclamaciones oficiales y se aplica el sistema de respuesta a las reclamaciones oficiales, de acuerdo con el procedimiento establecido en la regulación de la Comunidad Autónoma.	x			Copia del libro u hojas con el sello del centro
1.1.5	Clasificación de centro o establecimiento sanitario con unidad de hospitalización autorizada	x			Copia de la autorización del centro y de las autorizaciones de servicios. Deberán estar vigentes y para todos los servicios de la oferta asistencial que se cita en los siguientes puntos. Deberá constar el número de camas autorizadas.
	Autorizaciones de funcionamiento (copia en la que consten todas las autorizaciones):				
1.1.6	U.1 Medicina general / de familia o U. 13 Medicina interna	x			
1.1.7	U.2 Enfermería	x			
1.1.8	U.55 Cirugía ortopédica y Traumatología (sustituible por U.57)	x			
1.1.9	U.84 Depósito de medicamentos	x			
1.1.10	U.88 Radiodiagnóstico	x			
1.1.11	U.57 Rehabilitación (sustituible por U.55)	x			

CONVENIO ASISTENCIASANITARIA PRIVADA

Nº	Criterio	C1	Cumple	No cumple	Documentación
					De los médicos y otros profesionales que cubren los servicios incluidos en los puntos 1.1.6 a 1.1.12 se presentará la relación de profesionales, copia del título y especialidad, copia del recibo anual de colegiación, copia recibo anual del SRC y los horarios de colaboración con el centro sanitario. De los médicos traumatólogo, internista, cirujano general, intensivista y anestesista, se dispondrá de copia de la parte del contrato en que aparezcan los horarios o tiempos de colaboración para la prestación del servicio o copia de los TC1-TC2 en caso de profesionales contratados.
1.2	ACTIVIDAD BÁSICA				
1.2.1	Traumatología				
1.2.1.1	Se dispone de contrato de servicio de médico especialista en CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA (o médico especialista en REHABILITACIÓN) con asistencia en el centro de 2 horas diarias o 10 horas semanales	x			Contrato con traumatólogo o rehabilitador, horario de cobertura, firmado por el/los facultativo/s y el director médico. Véase nota al final de apartado 1.1
1.2.2	Depósito de Medicamentos				
1.2.2.1	Disponibilidad Depósito de Medicamentos	x			Plano con la ubicación del depósito de medicamentos.
1.3	SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO				
1.3.1	Se dispone de contrato de servicio de médico RADIODIAGNÓSTICO para evaluación de resultados de pruebas	x			Contrato con radiólogos; título; especialidad; cuota de colegiación anual; recibo de SRC. En caso de ser externo el servicio se suministrará la misma información y además las autorizaciones del centro de RD. Copia de los informes de mantenimiento y calibración del último año Véase nota al final de apartado 1.1

Nº	Criterio	C1	Cumple	No cumple	Documentación
1.3.2	Se dispone del área para diagnóstico y tratamiento por imagen, que incluye: - Rayos X - Ecografía	x			Plano de ubicación del área de RD con las ubicaciones de los equipos. Relación de equipos: marca y número de serie
1.3.3	Se dispone de contrato que cubre el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de electromedicina	x			Copia de contrato para el mantenimiento preventivo y correctivo, con la relación de equipos y sus nº de serie incluidos en dicho contrato. Copia de la última revisión de mantenimiento preventivo realizada en cada equipo.
1.3.4	Se dispone de los documentos de legalización y autorización de los equipos de RX y están disponibles las actas inspección de la UTPR	x			Copia del último acta de la UTPR para cada equipo sujeto a inspección
1.4	ÁREA DE REHABILITACIÓN				
1.4.1	Se dispone de contrato de servicio de médico especialista en REHABILITACIÓN (sustituible por TRAUMATÓLOGO) con asistencia en el centro con presencia mínima del horario de apertura de la unidad de Rehabilitación	x			Copia del contrato con médico rehabilitador, título, especialidad, cuota de colegiación anual, y cuota anual del SRC. Horario de prestación del servicio en el centro y horario del servicio de rehabilitación. Véase nota al final de apartado 1.1
1.4.2	Se dispone de contrato de servicio de FISIOTERAPEUTA con asistencia en el centro con presencia mínima del horario de apertura de la unidad de Rehabilitación	x			Copia del contrato con fisioterapeutas, títulos, especialidades, cuotas de colegiación anual, y cuotas del SRC. Horario de prestación del servicio en el centro, horario del servicio de fisioterapia y turnos del mes en curso y mes anterior. Véase nota al final de apartado 1.1
1.4.3	Se dispone de un área de Rehabilitación diferenciada del resto de áreas del centro identificando sobre el plano: mecanoterapia, fisioterapia, electroterapia y cinesiterapia.	x			Plano de ubicación del área de Rehabilitación en el plano general
1.4.7	Todas las zonas anteriores permiten la prestación del servicio de forma simultánea (zonas separadas)	x			Se identificará en el plano general del área de Rehabilitación
1.5	INSTALACIONES GENERALES				

CONVENIO ASISTENCIASANITARIA PRIVADA

Nº	Criterio	C1	Cumple	No cumple	Documentación
1.5.1	Se realiza la revisión de todo el sistema contra incendio, de acuerdo con el RIPCI de 2017. El resultado es positivo. Se incluye: sistemas de detección y protección, sistemas de alarma, sistemas de extinción, etc. (según los sistemas que disponga el centro)	x			Copia del certificado de la última revisión de todos y cada uno de los sistemas, realizadas por empresas autorizadas.
1.5.2	Se dispone del Plan de Autoprotección o de Emergencia actualizado, según aplique al centro	x			Copia de la primera página del Plan de Autoprotección, con la fecha de edición o revisión y el justificante de su registro en el ente que corresponda de su Comunidad Autónoma, o en su defecto, de su presentación al servicio de Protección Civil del Ayuntamiento

NOTA	Cuando un centro no disponga en sus instalaciones de un determinado servicio y el Convenio de Tráfico le permita tenerlo subcontratado, el centro deberá aportar el contrato del servicio subcontratado y las mismas evidencias que se requieren al centro adscrito al convenio y que son objeto de la subcontratación.
-------------	---

CONVENIO ASISTENCIASANITARIA PRIVADA

Nº	Criterio	C2	Cumple	No cumple	Documentación
1	REQUISITOS DEL CONVENIO				
1.1	REQUISITOS GENERALES				
1.1.1	Licencia de apertura (copia)	x			Copia licencia apertura
1.1.2	Titular de la gestión del centro (CIF o NIF)	x			Copia del CIF o del NIF del titular, que coincidirá con la información de las autorizaciones de la Consejería de Sanidad
1.1.3	Seguro de responsabilidad civil del centro (copia)	x			Copia del último recibo con fecha de vigencia del SRC
1.1.4	Están disponibles las Hojas de Reclamaciones oficiales y se aplica el sistema de respuesta a las reclamaciones oficiales, de acuerdo con el procedimiento establecido en la regulación de la Comunidad Autónoma.	x			Copia del libro u hojas con el sello del centro
	Autorizaciones de funcionamiento (copia en la que consten todas las autorizaciones):				
1.1.5	U.55 Cirugía ortopédica y Traumatología (sustituible por U.57)	x			
1.1.6	U.57 Rehabilitación (sustituible por U.55)	x			
1.1.7	U.59 Fisioterapia	x			
					De los médicos y otros profesionales que cubren los servicios incluidos en los puntos 1.1.5 a 1.1.7 se presentará la relación de profesionales, copia del título y especialidad, copia del recibo anual de colegiación, copia recibo anual del SRC y los horarios de colaboración con el centro sanitario. De los médicos traumatólogo, internista, cirujano general, intensivista y anestesista, se dispondrá de copia de la parte del contrato en que aparezcan los horarios o tiempos de colaboración para la prestación del servicio o copia de los TC1-TC2 en caso de profesionales contratados.
1.2	TRAUMATOLOGÍA				

CONVENIO ASISTENCIASANITARIA PRIVADA

Nº	Criterio	C2	Cumple	No cumple	Documentación
1.2.1	Se dispone de contrato de servicio de médico especialista en CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATÓLOGÍA (o médico especialista en REHABILITACIÓN) con presencia física en el centro de 2 horas diarias o 10 horas semanales (1)	x			Contrato con traumatólogo o rehabilitador, horario de cobertura, firmado por el/los facultativo/s y el director médico. Véase nota al final de apartado 1.1
1.3	ÁREA DE REHABILITACIÓN				
1.3.1	Se dispone de contrato de servicio de médico especialista en REHABILITACIÓN (sustituible por TRAUMATÓLOGO) con asistencia en el centro con presencia mínima del horario de apertura de la unidad de Rehabilitación (1)	x			Copia del contrato con médico rehabilitador, título, especialidad, cuota de colegiación anual, y cuota anual del SRC. Horario de prestación del servicio en el centro y horario del servicio de rehabilitación. Véase nota al final de apartado 1.1
1.3.2	Se dispone de contrato de servicio de FISIOTERAPEUTA con asistencia en el centro con presencia mínima del horario de apertura de la unidad de Rehabilitación	x			Copia del contrato con fisioterapeutas, títulos, especialidades, cuotas de colegiación anual, y cuotas del SRC. Horario de prestación del servicio en el centro, horario del servicio de fisioterapia y turnos del mes en curso y mes anterior. Véase nota al final de apartado 1.1
1.3.3	Se dispone de un área de Rehabilitación diferenciada del resto de áreas del centro identificando sobre el plano: mecanoterapia, fisioterapia, electroterapia y cinesiterapia.	x			Plano de ubicación del área de Rehabilitación en el plano general
1.3.4	Todas las zonas anteriores permiten la prestación del servicio de forma simultánea (zonas separadas)	x			Se identificará en el plano general del área de Rehabilitación
1.4	INSTALACIONES GENERALES				
1.4.1	Se realiza la revisión de todo el sistema contra incendio, de acuerdo con el RIPCI de 2017. El resultado es positivo. Se incluye: sistemas de detección y protección, sistemas de alarma, sistemas de extinción, etc. (según los sistemas que disponga el centro)	x			Copia del certificado de la última revisión de todos y cada uno de los sistemas, realizadas por empresas autorizadas.
1.4.2	Se dispone del Plan de Emergencia del centro	x			Copia de la primera página del Plan de Emergencia con la fecha de edición o revisión.

CONVENIO ASISTENCIASANITARIA PRIVADA

Nº	Criterio	C2	Cumple	No cumple	Documentación
NOTA	Cuando un centro no disponga en sus instalaciones de un determinado servicio y el Convenio de Tráfico le permita tenerlo subcontratado, el centro deberá aportar el contrato del servicio subcontratado y las mismas evidencias que se requieren al centro adscrito al convenio y que son objeto de la subcontratación.				
(1)	La presencia física de 2 horas diarias o 10 horas semanales puede ser cubierto por cualquiera de los dos especialistas o entre ambos				

CONVENIO ASISTENCIASANITARIA PRIVADA

Nº	Criterio	A	B	C1	C2	Cumple	No cumple	Documentación
		2	REQUISITOS LEGALES					
2.1	Recursos humanos							
2.1.1	Están verificados los expedientes del personal y de los profesionales que aseguran la competencia profesional: título y especialidad	x	x	x	x			Estos criterios se evidencian según se ha detallado en la parte específica del cuestionario
2.1.2	Se verifica que los profesionales médicos estén colegiados, así como otros técnicos que la requieran. La colegiación debe estar en vigor	x	x	x	x			
2.1.3	Los profesionales médicos y los otros técnicos disponen de un seguro individual de responsabilidad civil para sus actos. El seguro está en vigor	x	x	x	x			
	Se verificarán los tres puntos anteriores para:							
2.1.4	Médico especialista en Medicina de familia y comunitaria	x	x	x				
2.1.5	Enfermeros/DUES	x	x	x				
2.1.6	Médico de urgencia	x						
2.1.7	Médico especialista en Cirugía ortopédica y Traumatología	x	x	x	x			
2.1.8	Internista	x	x					
2.1.9	Médico especialista en cirugía general y del aparato digestivo (1)	x	x					
2.1.10	Médico con la especialidad que se corresponda con la cirugía mayor	x						
2.1.11	Médico especialista en Medicina intensiva	x						
2.1.12	Médico especialista en Anestesiología y Reanimación (1)	x	x					
2.1.13	Médico especialista en Hematología y Hemoterapia	x						
2.1.14	Farmacéutico (2)	x	x					
2.1.15	Médico especialista en Angiología y Cirugía vascular	x						

CONVENIO ASISTENCIASANITARIA PRIVADA

Nº	Criterio	A	B	C1	C2	Cumple	No cumple	Documentación
		2.1.16	Médico especialista en Neurología	x				
2.1.17	Médico especialista en Neurocirugía	x						
2.1.18	Médico especialista en Oftalmología	x						
2.1.19	Médico especialista en Otorrinolaringología	x						
2.1.20	Médico especialista en Radiodiagnóstico	x	x	x				
2.1.21	Médico especialista en Medicina física y rehabilitación	x	x	x	x			
2.1.22	Fisioterapeuta	x	x	x	x			
2.1.23a	Se verificará la formación y competencia del personal técnico de: - Diagnóstico por imagen - Laboratorio - Farmacia - Urgencias - UCI - Banco de sangre o depósito .	x						
2.1.23b	Se verificará la formación y competencia del personal técnico de: - Diagnóstico por imagen - Farmacia (cuando se disponga de este servicio)		x					
2.1.24	Se verificará la formación o cualificación técnica del personal que realice el mantenimiento de quirófanos.	x	x					
2.2	Contratación y requisitos legales generales							
2.2.1	El formulario de adhesión se encuentra firmado por el representante legal del centro.	x	x	x	x			Copia de dos ejemplos de firma de contrato con aseguradoras y acompañado de la justificación del apoderado y de su DNI
2.2.2	Para el cumplimiento del REPD (protección de datos), el centro acredite que cumple con el RGPD en todos sus apartados.	x	x	x	x			Copia del certificado de la implantación del REPD.

Nº	Criterio	A	B	C1	C2	Cumple	No cumple	Documentación
2.2.3	Se dispone de un plan de prevención de riesgos laborales, la evaluación de riesgos, las evidencias de la implantación de las medidas preventivas y se realizan revisiones y actualizaciones periódicas	x	x	x	x			Copia del documento de la última actualización de la evaluación de riesgos laborales y del último informe del simulacro de emergencia (evacuación)
2.2.4	Existe un contrato con un gestor de residuos peligrosos para la retirada de dichos residuos y se cumplen los plazos legalmente establecidos para ello.	x	x	x				Copia del contrato y documento DCS de las últimas retiradas. Relación de residuos peligrosos declarados con su código LER
2.2.5	Se tiene realizada la inspección de Baja Tensión y es positiva	x	x					Copia del certificado de la inspección
2.2.6	Se realiza el mantenimiento periódico de todo el sistema contra incendios	x	x	x	x			Copia del certificado de revisión
2.2.7	Se realizan el mantenimiento preventivo de grupo electrógeno	x	x					Copia del informe de mantenimiento
2.2.8	Se dispone del Plan de Autoprotección	x	x	x				Copia del página inicial del documento con fecha de actualización y registro en órgano competente
2.2.9	Se dispone del Plan de Emergencia				x			Copia del página inicial del documento con fecha de actualización
2.3	Compras, aprovisionamientos y proveedores							
2.3.1	Todos los equipos y máquinas (equipos tecnológicos) de monitorización, medición o control, disponen del marcado "CE" (conformidad), incluidos los estáticos, disponen del marcado "CE" (conformidad).	x	x	x	x			Se evidencia mediante foto de la etiqueta del equipo y el certificado de acompañamiento con la documentación del mismo. Este criterio se evidencia según se ha detallado en la parte específica del cuestionario y para los equipos concretados

CONVENIO ASISTENCIASANITARIA PRIVADA

Nº	Criterio	A	B	C1	C2	Cumple	No cumple	Documentación
NOTA	Cuando un centro no disponga en sus instalaciones de un determinado servicio y el Convenio de Tráfico le permita tenerlo subcontratado, el centro deberá aportar el contrato del servicio subcontratado y las mismas evidencias que se requieren al centro adscrito al convenio y que son objeto de la subcontratación.							
(1)	La justificación de estos criterios en los centros "B" aplicará en el caso que estos centros realicen esta actividad y tengan autorización para estas unidades.							
(2)	La justificación de este criterio aplicará en el caso que el centro disponga de Farmacia.							