



CONVENIO MARCO DE  
ASISTENCIA SANITARIA  
DERIVADA DE ACCIDENTES  
DE TRÁFICO  
Ejercicios 2019-2022



**CONVENIO MARCO DE ASISTENCIA SANITARIA DERIVADA DE ACCIDENTES DE TRÁFICO PARA  
LOS EJERCICIOS 2019/2022 (SECTOR PRIVADO)**

D<sup>a</sup> PILAR GONZALEZ DE FRUTOS, en representación de la UNIÓN ESPAÑOLA DE ENTIDADES ASEGURADORAS Y REASSEGURADORAS, UNESPA, como presidenta.

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

D<sup>a</sup> CRISTINA CONTEL BONET, en representación de la ALIANZA DE LA SANIDAD PRIVADA ESPAÑOLA, ASPE, como presidenta.

D<sup>a</sup> ROSER FERNÁNDEZ i ALEGRE, en representación de UNIÓ CATALANA D'HOSPITALS, UCH, como directora general.

D. JOSEP IGNASI HORNO, 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<sup>a</sup> 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, ANCSNI, como presidente.

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

**EXPONEM**

1. Que la suscripción por parte del Consorcio de Compensación de Seguros (CCS), los Servicios de Salud, las Asociaciones sanitarias privadas y de UNESPA, de los distintos Convenios de Asistencia Sanitaria, tanto en el ámbito de la Sanidad Pública como en el de la Privada, tiene como objetivo fundamental el prestar una atención sanitaria ágil e integral a los lesionados como consecuencia de hechos de la circulación.
2. Que, dentro del ámbito de la Sanidad Privada, al objeto de conseguir una atención sanitaria de la máxima calidad, se incluye en el Convenio una red de centros sanitarios, con la garantía de que los mismos reúnen una serie de requisitos mínimos de calidad que responden a principios objetivos y estrictamente técnicos.
3. Que asimismo 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.
4. 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.

5. Que con la puesta en marcha del Convenio se pretende crear 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.

6. Que los centros sanitarios, las entidades aseguradoras y el Consorcio de Compensación de Seguros, así como las Subcomisiones que se creen en el marco del presente convenio, 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), el prestador del Servicio. El sistema CAS tiene por objeto el agilizar y simplificar, mediante su automatización, los procesos de intercambio de información, gestión de la facturación electrónica de las prestaciones sanitarias y de las penalizaciones derivadas de este convenio.

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 Consorcio de Compensación de Seguros.

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 II 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 sanitarias 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 y, a tal efecto, establecer un régimen de penalizaciones.

#### 1.2. APLICACIÓN

El Convenio, en su calidad de Marco, es de referencia, aplicándose con carácter subsidiario respecto de los pactos bilaterales que pudieran suscribir individualmente las Entidades

Aseguradoras, el Consorcio de Compensación de Seguros y los Centros sanitarios en las relaciones que, como consecuencia de los servicios prestados a lesionados por hechos de la circulación, surjan entre ellos.

### **1.3. DERIVACIONES**

En el supuesto de que un lesionado que haya iniciado un tratamiento asistencial en el marco del presente Convenio, sea derivado a otro centro sanitario por iniciativa de una Entidad Aseguradora, el Consorcio de Compensación de Seguros, un Centro sanitario, o una empresa prestadora de servicios que actúe en nombre de alguno de ellos, será de aplicación la penalización prevista en este caso en Anexo I. Esta penalización no será de aplicación en caso de que la derivación se haya producido a elección del paciente, y se aporte la correspondiente acreditación por el centro sanitario receptor del lesionado mediante el modelo del Anexo VI correspondiente.

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

### **1.4. VIGENCIA**

El Convenio será de aplicación para las asistencias sanitarias derivadas de siniestros ocurridos a partir del 1 de enero de 2019, finalizando su vigencia, el 31 de diciembre de 2022

Con un preaviso mínimo de 3 meses al vencimiento de cada anualidad, comunicado fehacientemente, cualquiera de las partes y organizaciones firmantes podrán separarse del presente Convenio. No obstante, los Centros sanitarios las Entidades Aseguradoras a los que representan las partes firmantes, podrán permanecer 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 IV) 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 Consorcio de Compensación de Seguros y los Centros sanitarios adheridos al Convenio, conservan la libertad de pactar bilateralmente precios diferentes por las prestaciones realizadas.

Las tarifas de referencia no serán aplicables a las asistencias sanitarias prestadas a lesionados en los casos en los que el Convenio no sea de aplicación.

## **SEGUNDA. - HECHOS SUJETOS Y DETERMINACIÓN DEL OBLIGADO AL PAGO**

### **2.1. HECHOS SUJETOS**

En virtud de lo establecido en el artículo 141 del Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de Octubre, (en adelante LRCSCVM), así como en el artículo 10.2 del Real Decreto 1507/2008, de 12 de septiembre, por el que se aprueba el Reglamento del Seguro Obligatorio de Responsabilidad Civil en la Circulación de Vehículos a Motor (en adelante Reglamento SOA), por

el seguro obligatorio de responsabilidad civil, se cubren los gastos de asistencia sanitaria que se presten, y que resulten necesarios hasta el final de su proceso curativo o hasta la estabilización de la lesión y su conversión en secuela, siempre que se justifiquen debidamente, y sean médicamente razonables en atención a la lesión sufrida y a sus circunstancias.

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

En el supuesto de lesionados derivados por 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 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 del Texto Refundido de la Ley Sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, 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 Consorcio de Compensación de Seguros 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 Consorcio de Compensación de Seguros, se obligan al pago de las prestaciones sanitarias que precisen las víctimas del accidente ocupantes del vehículo que aseguren, excepto las de su conductor.

#### **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 Consorcio de Compensación de Seguros, se obligan al pago de las prestaciones sanitarias que precisen las víctimas del accidente ocupantes del vehículo que aseguren, incluso las de su conductor.

Las prestaciones sanitarias del conductor de ciclomotores, motocicletas y asimilados que colisione contra un vehículo que se encuentre correctamente estacionado quedan excluidos del presente convenio, pero 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 Consorcio de Compensación de Seguros que asegure al vehículo causante material directo de las lesiones. De esta forma, en el caso de lesiones causadas por el desplazamiento de objetos tales como contenedores, mobiliario urbano, árboles, etc., se entenderá que el vehículo que haya desplazado los mismos es el causante material de las lesiones.

### **2.2.4. 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, u que estando asegurados hayan sido objeto de robo o robo de uso, corresponderán al Consorcio de Compensación de Seguros 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), del Texto Refundido de la Ley Sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, 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 ocuparon 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 este último caso, el centro sanitario sólo informará de los datos identificativos de los lesionados, así como de la posición que los mismos ocupaban en el momento del accidente, excluyendo datos de salud, todo ello a los exclusivos efectos de que las entidades 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 60 días para aceptar o rechazar el pago de las prestaciones sanitarias de los lesionados del vehículo correspondiente a la entidad no adherida.

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

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

#### **2.4. CONCURRENCIA DE SEGUROS**

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

#### **2.5. NO REPETICIÓN**

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

- 1º. Personas jurídicas no vinculadas por este Convenio.
- 2º. Gastos del conductor de motocicleta, ciclomotor o vehículo asimilable en siniestros con participación de dos vehículos de los que uno de ellos sea de tercera categoría.

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

El Consorcio de Compensación de Seguros 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) del Texto Refundido de la Ley Sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, 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 Consorcio de Compensación de Seguros 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, decayrán 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 BOC de la declaración del concurso o la liquidación intervenida o encomendada al Consorcio de Compensación de Seguros, los centros remitirán a éste, por cada uno de los asuntos pendientes:
  - o 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.

o En ambos casos se aportarán las resoluciones de las Subcomisiones o Comisión Nacional que pudieran haber recaído sobre los asuntos comunicados y las denuncias presentadas decaídas conforme al apartado b) anterior.

d) El Consorcio de Compensación de Seguros, en aplicación de las normas de procedimiento del convenio, no asumirá el pago de las prestaciones tramitadas incorrectamente o fuera de plazo ante la entidad aseguradora, ni las que hubiesen sido correctamente rehusadas. Tampoco atenderá las facturas que no hubieran sido objeto de reclamación durante un período de un año que no estén acompañadas de la documentación que acredite la interrupción de la prescripción, ni las que le sean presentadas fuera del plazo de un año fijado en el apartado c) anterior.

e) Las prestaciones sanitarias pendientes de facturación o posteriores a la fecha de la declaración del concurso o la liquidación intervenida o encomendada al Consorcio de Compensación de Seguros (fecha de publicación en el BOE) se facturarán fuera del sistema CAS. Se remitirán las facturas al Consorcio de Compensación de Seguros, emitidas con periodicidad mensual, acompañadas del informe de evolución correspondiente y de los antecedentes descritos en el apartado c) anterior. En estos casos, el Consorcio de Compensación de Seguros no asumirá el pago de aquellas facturas que se le presenten transcurridos seis meses desde la fecha en que debieron emitirse según las reglas de la estipulación cuarta de este convenio.

f) El Consorcio de Compensación de Seguros atenderá extrajudicialmente los pagos pendientes de la aseguradora que se hubiesen reclamado judicialmente, siempre que se acredite el desistimiento de los procesos iniciados y el cumplimiento de las normas de procedimiento y plazos del convenio, conforme al apartado c) anterior.

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

### **TERCERA. - PRESTACIONES DE LAS ASISTENCIAS**

Las asistencias sanitarias prestadas en centros de los grupos A y B en el marco del presente convenio, serán realizadas en la unidad u unidades sanitarias 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 realizar pruebas complementarias en lugares distintos, siempre que carezcan de recursos diagnósticos o de una tecnología determinada a los efectos de este convenio.

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 someterán 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**

Según lo establecido en la estipulación segunda, 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 Consorcio de Compensación de Seguros, 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 el párrafo anterior no será una causa de rechazo del mismo por parte de la Entidad Aseguradora o Consorcio de Compensación de Seguros, si bien se aplicará en su caso, la penalización con la graduación establecida en el Anexo I.

La falta de cumplimentación de datos no obligatorios del parte de asistencia, 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 Consorcio de Compensación de Seguros, 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
- 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 pueda ser penalizado 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 a contar desde la comunicación del rechazo, aportando toda la documentación para la defensa de sus intereses.

En caso de que una entidad rechace un parte de urgencia por una causa no establecida, conllevará la penalización contemplada en el Anexo I.

#### **4.1.3. Parte de primera Asistencia ambulatoria u hospitalaria**

Según lo establecido en la estipulación segunda, 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 Consorcio de Compensación de Seguros, 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 párrafo anterior, no será una causa de rechazo del mismo por parte de la Entidad Aseguradora o Consorcio de Compensación de Seguros, si bien se aplicará en su caso, la penalización con la graduación establecida en el Anexo I

La falta de cumplimentación de datos no obligatorios del parte de asistencia, de acuerdo con lo previsto en el Anexo III, 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 Consorcio de Compensación de Seguros, mediante nuevo parte de asistencia, haciendo mención expresa en el mismo, a los datos del accidente y situación de las lesiones que motivan el reingreso o nuevo tratamiento ambulatorio.

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

Las Entidades Aseguradoras y el Consorcio de Compensación de Seguros, 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, mediante el automatismo correspondiente, de que el lesionado ha seguido tratamiento en el mismo centro que llevo 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.
- 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 Consorcio de Compensación de Seguros finalmente obligada 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 aparece 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 LRCSCM, 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 la 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 rechazo del parte de asistencia por la aplicación de alguno de los criterios anteriormente indicados deberá acreditarse mediante Informe médico elaborado y firmado por especialista en valoración del daño corporal que determine la falta de relación de causalidad entre la mecánica del accidente y las lesiones que dan lugar a la asistencia.

La mecánica del accidente se determinará mediante informe biomecánico, elaborado y firmado por especialista titulado, que establezca sus conclusiones indicando las fuentes del informe, la metodología utilizada indicando el vector de dirección, la cuantificación del delta V o la aceleración media, las fotografías de los vehículos, los datos técnicos y características de los vehículos implicados con el tipo de asientos y reposacabezas y el informe del alcance de los daños.

Los Centros sanitarios se obligan a mantener confidencialidad y a no revelar a ningún tercero, incluidos los pacientes o a sus representantes legales, el contenido de los Informes médicos o periciales de biomecánica recibidos. No obstante, lo anterior, los Centros sanitarios podrán revelar esta información a aquellos empleados o asesores que necesiten conocerla para poder llevar a cabo sus funciones en lo relativo al presente Convenio, y en especial, para la emisión de informes médicos o técnicos para su envío a la Comisión o Subcomisión. Cuando esto ocurra, el Centro sanitario deberá informar con carácter previo al destinatario de la naturaleza confidencial de la misma, respondiendo en todo momento de cualquier incumplimiento de las obligaciones recogidas en la presente cláusula por parte de sus destinatarios.

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

- o En los grupos A y B, en cuanto al 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.



o En el grupo C, en cuanto al módulo ambulatorio y en relación con la asistencia ambulatoria compleja, se abonará un 20% del módulo.

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 u al Consorcio de Compensación.

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

En el caso de producirse un cambio de diagnóstico o agregación de otro, durante el proceso asistencial, deberá comunicarse en el plazo de quince días naturales desde dicho cambio, debidamente acreditado con envío de informe médico y prueba diagnóstica, a la Entidad Aseguradora o Consorcio de Compensación de Seguros. Transcurrido dicho plazo sin que se haya producido la debida comunicación, será de aplicación la penalización con la graduación establecida en el Anexo I.

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

#### **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 Consorcio de Compensación de Seguros, hasta el momento en que dicha Entidad o Consorcio de Compensación de Seguros 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.



#### 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 VII al Convenio. En tanto no se obtenga tal declaración, el Consorcio de Compensación de Seguros quedará liberado de la aceptación de los gastos de asistencia a que se refiera el parte, salvo que por el centro se manifieste, mediante declaración responsable, excepcionalmente, la imposibilidad de obtención de tal declaración, indicando los trámites realizados a tal efecto, sin que en ningún caso esta remisión pueda demorarse más de sesenta días después de emitido el parte de asistencia, transcurridos los cuales, el Consorcio de Compensación de Seguros quedará liberado de asumir los gastos correspondientes al lesionado.

#### 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 compañía 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.

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

El envío de la factura en plazo superior a los 60 días desde su emisión no será una causa de rechazo de la misma, si bien, se aplicará la penalización con la graduación establecida en el Anexo I.

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

Presentadas las facturas ante las Entidades Aseguradoras o el Consorcio de Compensación de Seguros, éstos deberán hacer efectivo su importe, dentro de los treinta días naturales siguientes.

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 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 a su implantación.

#### **4.5. RECHAZO DE FACTURAS**

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

- Transcurso de los plazos en los términos previstos en el Anexo I de penalizaciones del Convenio.
- En los supuestos que establece el convenio, aquellas facturas que no hayan sido acompañadas del correspondiente informe médico.
- Asistencias sanitarias realizadas con posterioridad a la comunicación de la Entidad Aseguradora o Consorcio de Compensación de Seguros de que no se asumirá ningún tipo de prestación más.
- Disconformidad con las prestaciones facturadas por existir discrepancia o desproporción entre el diagnóstico y el tratamiento prestado. En estos casos el rechazo de la factura deberá estar justificado y documentado con informe médico.

Si la Entidad Aseguradora o el Consorcio de Compensación de Seguros, discreparen 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, en un plazo no superior a 15 días, comunicará si acepta la disconformidad. De no aceptarse por el centro sanitario éste podrá enviar la factura a la Subcomisión en un plazo no superior a 120 días a contar desde la comunicación de rechazo de la entidad, 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 Consorcio de Compensación de Seguros el pago de la cantidad conforme, y sólo es aplazable la cantidad del concepto o conceptos sobre los que no hay acuerdo.

La Entidad Aseguradora o el Consorcio de Compensación de Seguros, 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 periodo de un año. Estos plazos quedarán interrumpidos, en su caso, desde la fecha de la remisión del expediente por el centro sanitario, la Entidad Aseguradora o el Consorcio de Compensación de Seguros 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 que deberán ser aprobadas por la Comisión Nacional.

Los centros sanitarios, el Consorcio de Compensación de Seguros 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 secretaria 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 Secretaria de la Comisión Nacional de Vigilancia recaerá de forma permanente en la representación de UNESPA, recayendo la Secretaria 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 Lumpedencia, 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:

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

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 en su caso, 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 la Subcomisiones que tengan un interés en la resolución.

Tanto los miembros de la Comisión Nacional como los 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:

- 1ª. Interpretar el Convenio en aquellas cuestiones de alcance general que le sean sometidas por las partes firmantes o por las Subcomisiones.
- 2ª. Unificar criterios por las diferencias entre las resoluciones de las distintas Subcomisiones.
- 3ª. 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.
- 4ª. Proponer, y aprobar en su caso, las modificaciones que deban incorporarse al Convenio para perfeccionar y completar su contenido.
- 5ª. Ratificar las altas u bajas en el Convenio de aquellos Centros sanitarios que hayan sido propuestos por las Subcomisiones y autorizados por la Secretaría de la Comisión Nacional.
- 6ª. Proponer las penalizaciones que se establecen en el Anexo I del presente Convenio por incumplimiento del mismo o por derivación injustificada de asuntos a las Subcomisiones.
- 7ª. Proponer las sanciones que procedan por incumplimientos graves del Convenio.
- 8ª. Redactar el Reglamento de funcionamiento de la Comisión y de las Subcomisiones.

## **5.3. FUNCIONES DE LAS SUBCOMISIONES DE VIGILANCIA**

Son funciones de las Subcomisiones de Vigilancia, las siguientes:

- 1ª. Dirimir los desacuerdos existentes entre los Centros sanitarios y Entidades Aseguradoras o el Consorcio de Compensación de Seguros, aplicando, en su caso, el Manual de Criterios.
- 2ª. Todas aquellas funciones que la Comisión de Vigilancia les delegue.
- 3ª. 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.
- 4ª. Pronunciarse y aplicar las penalizaciones no automatizadas a las partes por incumplimiento de plazos o por resolución de controversias que se establecen en el Anexo I del presente Convenio por las incidencias resueltas.

## **5.4. CRITERIOS DE LA COMISIÓN NACIONAL DE VIGILANCIA**

Los acuerdos de la Comisión Nacional que adopten la forma de criterio general a aplicar en lo sucesivo en el marco del Convenio serán comunicados mediante circular a las partes, quedando estas obligadas a dar traslado del criterio general a sus representados por cada una de ellas.

Asimismo, dichos criterios generales deberán ser recogidos en un Manual de criterios, en el que se especificará la entrada en vigor de cada uno de ellos.

## **5.5. RESOLUCIONES DE LAS SUBCOMISIONES Y DE LA COMISIÓN NACIONAL**

Los centros sanitarios, las entidades aseguradoras y el Consorcio de Compensación de Seguros, 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 atendiendo 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, que será de doce meses durante el primer año. Si las Subcomisiones no han resuelto la controversia en un plazo de seis meses (doce meses durante el primer año), desde el fin del plazo de la presentación de alegaciones, las partes podrán solucionar la controversia fuera del Convenio, incluida por reclamación judicial. Transcurrido el mencionado plazo, el centro sanitario puede optar a solucionar la controversia en el ámbito Convenio, en cuyo caso, de ser favorable, obtendrá la compensación adicional que se establece en el Anexo I.

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.

Las resoluciones de la Subcomisión llevarán aparejadas las penalizaciones que correspondan según lo establecido en el Anexo I del presente Convenio por las incidencias resueltas.

Contra las resoluciones de la Comisión Nacional no cabe revisión.

## **SEXTA. - PUBLICIDAD Y COMUNICACIONES**

### **6.1. PUBLICIDAD**

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

### **6.2. COMUNICACIONES**

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

### **6.3. INFORMACIÓN CLÍNICA**

De acuerdo con lo dispuesto en el 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 Consorcio de Compensación de Seguros 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 seudoanonimización 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 Consorcio de Compensación de Seguros 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, consiguientemente, 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 Consorcio de Compensación de Seguros en un plazo máximo de dos meses desde el acuerdo de su remisión, comunicando el acuerdo adoptado a la Aseguradora obligada al pago y en su caso al Consorcio de Compensación de Seguros y al Centro sanitario en el plazo de un mes.

#### **OCTAVA. - ALTAS Y BAJAS**

##### **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 II este Convenio.

Cuando estén asociados a alguna de las asociaciones firmantes del Convenio, las entidades aseguradoras y los centros sanitarios solicitarán su adhesión a través de aquellas. Cuando no lo estén, solicitarán su adhesión a través de la Secretaría de la Comisión Nacional a propuesta de la Subcomisión correspondiente.

Las altas de centros sanitarios y Entidades Aseguradoras posteriores a la entrada en vigor del presente Convenio, se solicitarán y tramitarán a través de la Subcomisión correspondiente, aportando el correspondiente certificado de acreditación de requisitos a la Secretaría de Comisión Nacional, debiendo ser notificadas por ésta al resto de las partes, siendo efectivas desde el primer día del mes siguiente de su comunicación.

La evaluación del cumplimiento de los requisitos técnicos por parte de los centros sanitarios, se realizará conforme a un modelo de evaluación común para todos los centros (Anexo VIII).

Las asociaciones firmantes realizarán la evaluación a los centros a los que representen a través de medios propios o por entidades externas que demuestren experiencia en certificación o auditoría



de centros sanitarios. En el caso de realizar la evaluación mediante medios propios, 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.

#### **8.2. PERIODO TRANSITORIO PARA EL ALTA DE CENTROS ADHERIDOS AL ANTERIOR CONVENIO**

Los centros sanitarios que a 31 de diciembre de 2017 se encontraran adheridos al anterior Convenio que finaliza su vigencia en la misma fecha, disponen de un plazo de doce meses, desde la firma del Convenio, para aportar la evaluación positiva del cumplimiento de los requisitos exigidos del Anexo H, conforme al sistema de evaluación establecido en el punto anterior.

#### **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 del Anexo VIII que incluirá los criterios de evaluación, el nivel de cumplimiento durante la evaluación y las observaciones en caso de incumplimiento.

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. 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 anticipación a la fecha efectiva de la misma y con el compromiso de asumir los siniestros que se produzcan hasta esa fecha.

La baja será notificada por la Comisión Nacional de Vigilancia a las partes.

#### **9.5. INCUMPLIMIENTOS**

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

#### **NOVENA- LUCHA CONTRA EL FRAUDE**

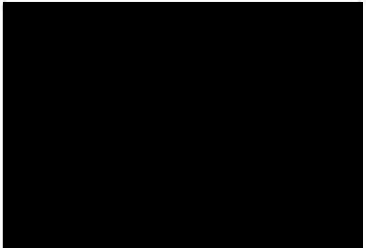
Las partes se comprometen a luchar contra el fraude organizado. La Comisión Nacional conocerá de aquellas actuaciones que pudieran constituir un fraude organizado siempre que la información sea objetiva, sin realizar presunciones y sin incluir ningún tipo de recomendación. La finalidad no es otra que 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**

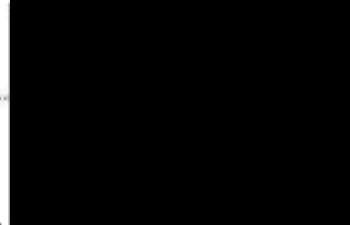
Las partes firmantes del presente Convenio manifiestan su voluntad en el cumplimiento estricto de las estipulaciones acordadas, en beneficio de las mutuas relaciones, así como de los perjudicados amparados por el Seguro de Responsabilidad Civil derivada del Uso y Circulación de Vehículos de Motor de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

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

Madrid, a 2 de Enero de 2019



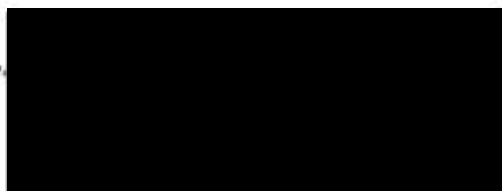
**Alejandro Izuzquiza Ibáñez de Alderoa**  
CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS, CCS



**Pilar Gonzalez de Frutos**  
UNIÓN ESPAÑOLA DE ENTIDADES ASEGURADORAS  
Y REASEGURADORAS, UNESPA



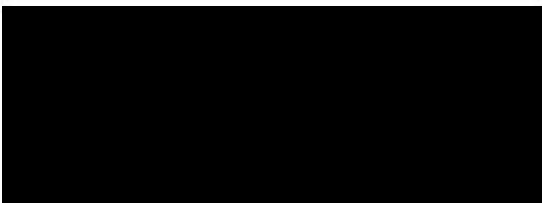
**Roser Fernández i Alegre**  
UNIO CATALANA D'HOSPITALS, UCH



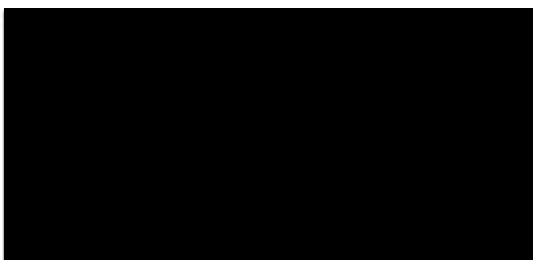
**Cristina Contel Bonet**  
ALIANZA DE LA SANIDAD PRIVADA ESPAÑOLA, ASPE



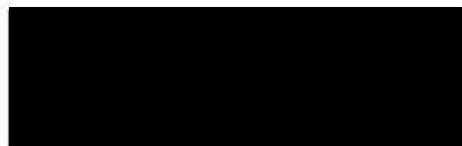
**José Augusto García Navarro**  
CONSORCI DE SALUT I SOCIAL DE CATALUNYA, CSC



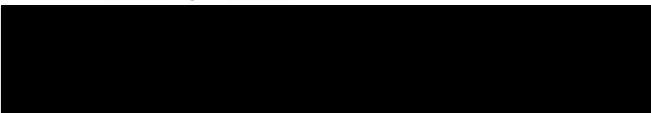
**Josep Ignasi Hornos**  
ASSOCIACIÓ CATALANA D'ENTITATS DE SALUT, ACES



**Carmen Planas Palou**  
UNIÓN BALEAR DE ENTIDADES SANITARIAS, UBES



**Armando Fernández Sánchez**  
ASOCIACIÓN NACIONAL DE CENTROS SIN INTERNAMIENTO, ANCSSI



**Armando Fernández Sánchez**  
ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS Y ENTIDADES SIN INTERNAMIENTO  
DE LA COMUNIDAD DE MADRID, ACESIMA

**ANEXO I  
CUADRO DE PENALIZACIONES**

- Las subcomisiones se pronunciarán sobre si procede u no la penalización. También podrán decidir de forma excepcional no aplicar la penalización en base a su valoración concreta de las circunstancias de un caso. Para ello, será necesario el acuerdo unánime de la misma.
- El ámbito territorial será el de la subcomisión y no se acumularán las penalizaciones impuestas en las diferentes Subcomisiones.
- La penalización por incumplimiento de plazo será de aplicación automática.
- Se automatizarán a través del sistema CAS para su control y aplicación.
- Desde la entrada en vigor del convenio se establece un periodo de 4 meses para aplicación por el sistema CAS de las penalizaciones, durante el mismo, se apercibirá a la parte afectada de que pasado dicho plazo el incidente llevará aparejada la penalización correspondiente.

**POR PLAZOS**

<b>INCIDENCIA</b>	<b>ESTIPULACIÓN</b>	<b>PENALIZACIÓN</b>
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"> <li>- Del día 16 al día 30: 10%</li> <li>- Del día 31 al día 45: 20%</li> <li>- Del día 46 al día 60: 60%</li> <li>- 61 días o más: 100%</li> </ul>
Envío fuera de plazo (15 días naturales) por el centro sanitario del parte de primera asistencia ambulatoria u hospitalaria:	Estipulación 4.1.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Del día 16 al día 30: 10%</li> <li>- Del día 31 al día 45: 20%</li> <li>- Del día 46 al día 60: 60%</li> <li>- 61 días o más: 100%</li> </ul>
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"> <li>- Del día 16 al día 30: 10%</li> <li>- Del día 31 al día 45: 20%</li> <li>- Del día 46 al día 60: 60%</li> <li>- 61 días o más: 100%</li> </ul>
Comunicación fuera de plazo (15 días naturales) por el centro sanitario del cambio de diagnóstico:	Estipulación 4.1.5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Del día 16 al día 30: 10%</li> <li>- Del día 31 al día 45: 20%</li> <li>- Del día 46 al día 60: 60%</li> <li>- 61 días o más: 100%</li> </ul>
Presentación de las facturas de las asistencias prestadas por los centros sanitarios:	Estipulación 4.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Del día 61 al día 90: 10%</li> <li>- Del día 91 al día 180: 30%</li> <li>- 181 días o más: 100%</li> </ul>

## CONTROVERSIAS RESUELTAS POR LA SUBCOMISIONES

<p>Resoluciones de la Subcomisión por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rechazos de las partes de asistencia o la facturación de lesionados que simultáneamente son tratados por una Mutua de Accidentes de Trabajo no adherida al Convenio</li> <li>• Derivaciones de pacientes que hayan iniciado un tratamiento asistencial sin que exista acreditación que la misma se ha producido por elección del paciente (*).</li> <li>• Desestimación de una incidencia establecida y clara en el Manual de Criterios</li> <li>• Rechazos de partes de asistencia y facturaciones indebidos o no justificados.</li> <li>• Rechazos de partes de asistencias y facturaciones por causas no establecidas en el Convenio.</li> <li>• Pruebas diagnósticas o ingresos hospitalarios no justificados.</li> <li>• Reiteración de envíos de casos en la Subcomisión cuando existe un criterio claro y establecido con anterioridad y comunicado a las partes.</li> <li>• No respetar el criterio de continuidad asistencial y no aplicar el principio de optimización temporal de tratamientos, con demoras injustificadas.</li> </ul>	<p>Distintas Estratificaciones del Convenio</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En general en caso de que la Subcomisión resuelva que procede la penalización:</li> <li>• 50 €/Asunto.</li> <li>• (*) Este supuesto supondrá una penalización: 100 €/Asunto.</li> <li>• Transcurrido el plazo de resolución de 6 meses o de 12 meses para el primer año, sin que la Subcomisión haya resuelto, si el centro sanitario decide resolver dentro del Convenio y la resolución es favorable a sus intereses, recibirá a cargo de la entidad aseguradora el importe económico equivalente a una penalización adicional de 50 €/Asunto</li> </ul>
---	---	---

## ANEXO II

### 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 adhiriéndose 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 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 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.

• **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.**

• **Actividad Básica:**

o **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:**

o Equipo radiológico convencional.

• **Área de Rehabilitación:**

Área de Rehabilitación, con zonas diferenciadas para mecanoterapia, fisioterapia, electroterapia y kinesiterapia, 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:**

o **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:**

o **Área de Rehabilitación:** con zonas diferenciadas para mecanoterapia, fisioterapia, electroterapia y kinesiterapia, 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 III

CONVENIO MARCO ASISTENCIA SANITARIA (SECTOR PRIVADO)  
PARTE DE ASISTENCIA URGENCIA

1.- Centro sanitario (\*): .....  
NIF (\*): ..... Grupo (\*): .....  
Domicilio: ..... Teléfono: .....  
Población (\*): ..... Provincia (\*): .....

2.- Lesionado:  
Nombre y Apellido (\*): ..... 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 (\*): ..... Ldad: .....  
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

### TARIFAS (2019-2022)

#### 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.

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

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 que lo solicite.

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 un plazo máximo de 5 días naturales, salvo mejor criterio médico que estará a disposición de ser consultado por la Entidad Aseguradora. En cualquier caso, la frecuencia de las sesiones de rehabilitación que se efectúen deberá cumplir criterios de optimización temporal del tratamiento sin demoras no justificadas.

Una vez finalizado el tratamiento del módulo de patología aguda sobre el raquis vertebral, el Centro 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, las sesiones de rehabilitación que se produzcan para la atención del RV y así como las pruebas complementarias, (RNM, ECG, TAC, FMG, BIOMECÁNICA CLÍNICA/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, 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.

**B Módulo ambulatorio (GRUPO C):** Quedan incluidas todas las lesiones traumáticas derivadas exclusivamente del accidente de tráfico (incluidos los traumatismos menores de columna vertebral (TMC).

El Módulo comprende las consultas e interconsultas médicas de traumatología y/o rehabilitación, el tratamiento rehabilitador, y las pruebas diagnósticas (RNM, ECO, TAC, FMG, BIOMECÁNICA CLÍNICA/ALGIDIOGRAFÍA) 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 V 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).

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

- El inicio del tratamiento rehabilitador deberá producirse en plazo no superior a 7 días naturales desde la primera asistencia, salvo 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.

En relación con el módulo ambulatorio de centros sanitarios del Grupo C en los casos en los que el lesionado abandona 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 30	30%
Del 31 al 60	60%
A partir del 61	90%

Se considerará que el paciente ha iniciado tratamiento cuando haya recibido al menos una sesión de rehabilitación.

Por su parte, el centro que recepcione a un lesionado que cambie de centro antes de finalizar el tratamiento, se facturará la diferencia entre el 100 % del módulo y lo facturado por el primer centro.



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.

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 un módulo ambulatorio para el centro del grupo C. 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 en el centro, 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, 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 pies, clavícula, articulación acromioclavicular grados I y II, cara, fracturas costales y fracturas no desplazadas de huesos largos
- Lesiones óseas, ligamentosas, cartilaginosa y/o tendinosas agudas graves de rodilla y hombro acreditadas mediante pruebas de imagen, y con sintomatología en la asistencia inicial de urgencias u primera asistencia.
- Lesiones de plexos, lesiones de troncos nerviosos y lesiones nerviosas periféricas (con estudio mediante EMG que los objective como lesión aguda). Se excluyen las lesiones vinculadas al sistema nervioso central.
- Polifracturados (dos o más fracturas), considerando las exclusiones de este apartado
- Falta de consolidación o pseudoartrosis de fracturas.

Todas estas lesiones tienen que haber sido objetivadas en la exploración física desde la asistencia inicial (urgencias y/o primera asistencia) y confirmada por pruebas diagnósticas cuando proceda.

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 (TAC); Resonancia Nuclear Magnética (RM); 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 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.

## TARIFAS Y 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. 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, la anterior, la segunda y sucesivas intervenciones, de las incluidas en la definición, deberán ser comunicadas a la Entidad.
- 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 aquel 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			
	2019	2020	2021	2022
Urgencias sin ingreso	268,26	271,61	276,36	281,89
Estancia diaria hasta 6 días	449,93	455,55	463,53	472,89
Estancia diaria de más de 6 días	363,92	358,47	374,92	382,47
UVI o UCI Estancia diaria	1.058,68	1.071,91	1.090,67	1.112,43
Módulo Quirúrgico	1.984,99	2.009,80	2.044,97	2.085,87
Módulo Raquis Vertebral (*)	694,70	703,38	715,69	730,00
Primera Asistencia Ambulatoria	241,03	244,04	248,31	253,28
Consultas sucesivas, Alta e Interconsultas	112,10	114,50	115,40	117,80
Rehabilitación	20,18	20,43	20,79	21,20
Tomografía Axial Computarizada	121,76	123,28	125,44	127,94
Resonancia Nuclear Magnética	187,49	189,83	193,15	197,02
Contraste	64,65	65,45	66,60	67,93
Ecografía	91,04	92,17	94,79	95,66
Electromiografía	101,15	102,41	104,21	106,29
Gammagrafía	202,30	204,84	208,41	212,58

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

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

CONCEPTOS	TARIFAS GRUPO B			
	2019	2020	2021	2022
Urgencias sin ingreso	268,26	271,61	275,36	281,89
Estancia diaria hasta 6 días	297,75	301,47	306,75	312,88
Estancia diaria de más de 6 días	264,67	267,98	272,67	278,17
UVI o UCI Estancia diaria	1.058,68	1.071,91	1.090,67	1.112,43
Módulo Quirúrgico	1.984,99	2.009,80	2.044,97	2.085,87
Módulo Raquis Vertebral (*)	694,70	703,38	715,69	730,00
Primera Asistencia Ambulatoria	213,00	215,66	219,44	224,87
Consultas sucesivas, Alta e Interconsultas	89,05	90,81	92,40	94,25
Rehabilitación	20,18	20,43	20,79	21,20
Tomografía Axial Computarizada	121,76	123,28	125,44	127,94
Resonancia Nuclear Magnética	187,49	189,83	193,15	197,02
Contraste	64,65	65,46	66,60	67,93
Ecografía	91,04	92,17	93,79	95,66
Electromiografía	101,15	102,41	104,21	106,29
Gammagrafía	202,30	204,83	208,41	212,58

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

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

CONCEPTOS	TARIFAS GRUPO C			
	2019	2020	2021	2022
Módulo Ambulatorio (**)	600,00	610,00	612,00	615,00

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

CONCEPTOS	2019	2020	2021	2022
Estancia diaria hasta 6 días	264,67	267,98	272,67	278,17
Estancia diaria de más de 6 días	172,03	174,18	177,23	180,77
Primera Asistencia Ambulatoria	89,69	90,81	92,40	94,25
Consultas sucesivas, Alta e Interconsultas	56,06	56,76	57,75	58,90
Rehabilitación	16,82	17,03	17,32	17,67
Tomografía Axial Computarizada	121,76	123,28	125,44	127,94
Resonancia Nuclear Magnética	187,49	189,83	193,15	197,02
Contraste	64,65	65,46	66,60	67,93
Ecografía	91,04	92,17	93,79	95,66
Electromiografía	101,15	102,41	104,21	106,29
Gammagrafía	202,30	204,83	208,41	212,58



## ANEXO V

### 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 VI

### MODELO DE COMUNICACIÓN DE CAMBIO DE CENTROS SANITARIO

"D/ña..... 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..... y abandonar el tratamiento en el centro.....

Asimismo, el lesionado voluntariamente declara que los motivos (\*) de cambiar de centro sanitario son los siguientes:.....

(\*) Opción voluntaria

ANEXO VII

CONVENIO MARCO ASISTENCIA SANITARIA (SECTOR PRIVADO)

2019/2022

DECLARACION RESPONSABLE PARA EL  
CONSORCIO DE COMPENSACION DE SEGUROS

D/ña ..... DNI nº.....  
Domicilio en ..... Teléfono.....

D/ña ..... DNI nº.....  
Domicilio en ..... Teléfono.....

**DECLARAN BAJO SU RESPONSABILIDAD:**

Que tiene conocimiento del accidente de tráfico ocurrido en fecha ..... a las.....horas, en  
en calidad de accidentado, acompañante, persona que prestó auxilio (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 .....

Nº	Criterio	KO	A	Cumple	No cumple	Observaciones
<b>1</b>	<b>REQUISITOS DEL CONVENIO</b>					
<b>1.1</b>	<b>REQUISITOS GENERALES</b>					
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
	<b>Autorizaciones de funcionamiento (copia en la que consten todas las autorizaciones)</b>					
1.1.6	U.1 Medicina general / de familia		x			
1.1.7	U.2 Enfermería		x			
1.1.8	U.08 Urgencias		x			
1.1.9	U.66 Cirugía ortopédica y Traumatología		x			
1.1.10	U.13 Medicina interna		x			
1.1.11	U.43 Cirugía general y digestivo		x			
1.1.12	U.63 Cirugía mayor ambulatoria		x			
1.1.13	U.64 Cirugía menor ambulatoria		x			
1.1.14	U.37 Medicina intensiva		x			
1.1.15	U.35 Anestesia y Reanimación		x			

Nº	Criterio	KO	A	Cumple	No cumple	Observaciones
<b>1</b>	<b>REQUISITOS DEL CONVENIO</b>					
1.1.16	J.79 Hematología clínica		x			
1.1.17	U.50 Laboratorio de hematología		x			
1.1.18	U.62 Servicio de Transfusión		x			
1.1.19	U.83 Farmacia		x			
1.1.20	U.84 Depósito de medicamentos		x			
1.1.21	U.36 Angiología y Cirugía Vascular		x			
1.1.22	J.17 Neurología		x			
1.1.23	U.49 Neurocirugía		x			
1.1.24	U.50 Otorrinolaringología		x			
1.1.25	U.52 Otorrinolaringología		x			
1.1.26	U.88 Radiodiagnóstico		x			
1.1.27	U.72 Obtención de muestras		x			
1.1.28	U.57 Rehabilitación		x			
1.1.29	U.59 Fisioterapia		x			
1.1.30	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.
1.1.31	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.

Nº	Criterio	KO	A	Cumple	No cumple	Observaciones
<b>1</b>	<b>REQUISITOS DEL CONVENIO</b>					
						De los médicos y otros profesionales que cubren los servicios incluidos en los puntos 1.1.6 a 1.1.29 se presentará la relación de profesionales, copia del título y especialidad, copia del recibo anual de colegiación, copia recibo anual del SRC y los honorarios 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
<b>1.2</b>	<b>ÁREA DE URGENCIAS</b>					
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 de carro de emergencias con la información de los equipos y su número de serie (defibrilador, 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



Nº	Criterio	KO	A	Cumple	No cumple	Observaciones
<b>1</b>	<b>REQUISITOS DEL CONVENIO</b>					
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
<b>1.3</b>	<b>ACTIVIDAD BÁSICA</b>					
<b>1.3.1</b>	<b>Cirugía General</b>					
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			
1.3.1.3	Se dispone de un área para Cirugía Mayor Ambulatoria		x			Plano del centro con indicación de la ubicación de Cirugía Mayor Ambulatoria
1.3.1.4	Se dispone de un área para Cirugía de Urgencias		x			Plano del centro con indicación de la ubicación de Cirugía de Urgencias
1.3.1.5	Se verificará el resultado de la inspección / verificación de aislamiento del quirófano	KO	x			Copia del certificado de inspección eléctrica de quirófanos. Libro de registro oficial. Se presentará copia de las tres últimas revisiones y la última inspección realizada por un OCA
1.3.1.6	Se verificará el resultado del control microbiológico de quirófanos y salas de gran asepsia	KO	x			Copia de analíticas de control de limpieza y desinfección de los quirófanos
1.3.1.7	Se verificará el resultado del control de la calidad del aire de quirófanos y salas de gran asepsia	KO	x			Copia de analíticas de control de calidad del aire y copia de los cambios de filtros
1.3.1.8	Se dispone de equipamiento adecuado y homogéneo en quirófanos: mesa, desfibrilador, carro de anestesia, bisturí eléctrico, entre otros		x			Copia de las revisiones de los equipos. Relación de los equipos y número de serie. Fotos de los equipos y de su etiqueta de serie y marcado CE o el de la correspondiente norma de seguridad
<b>1.3.2</b>	<b>Reanimación y Cuidados Intensivos</b>					

Nº	Criterio	KO	A	Cumple	No cumple	Observaciones
1	<b>REQUISITOS DEL CONVENIO</b>					
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 <b>Véase nota al final de apartado 1.1</b>
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 periódicas, 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	El número de tomas eléctricas es suficiente y superior a ocho.		x			Foto de la unidad en la que se pueda apreciar las tomas de corriente
1.3.2.5	Las tomas de gases están duplicadas		x			Foto de la unidad en la que se pueda apreciar las tomas de gases y su duplicidad
1.3.2.6	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 evita la entrada de personas no autorizadas
1.3.2.7	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
1.3.2.8	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 realizó
1.3.2.9	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
1.3.2.10	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

Nº	Criterio	KO	A	Cumple	No cumple	Observaciones
<b>1</b>	<b>REQUISITOS DEL CONVENIO</b>					
<b>1.3.3</b>	<b>Traumatología</b>					
1.3.3.1	Se dispone de médico especialista en CIRUGÍA ORTOFÉDICA 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. <b>Véase nota al final de apartado 1.1</b>
<b>1.3.4</b>	<b>Medicina Interna</b>					
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 de 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
<b>1.3.5</b>	<b>Hemoterapia</b>					
1.3.5.1	Se dispone de médico especialista en HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA.		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. <b>Véase nota al final de apartado 1.1</b>
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 transfusionales en Hematología y Hemoterapia. Horario de cobertura del servicio, firmado por el especialista y el director médico. <b>Véase nota al final de apartado 1.1</b>
1.3.5.3	Se dispone de servicio de Hemoterapia y Banco o Depósito de sangre		x			Plano de la ubicación. Se presentará la autorización de esta unidad
<b>1.3.6</b>	<b>Farmacia Hospitalaria o Depósito de Medicamentos</b>					
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



Nº	Criterio	KO	A	Cumple	No cumple	Observaciones
<b>1</b>	<b>REQUISITOS DEL CONVENIO</b>					
1.3.2	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. <b>Véase nota al final de apartado 1.1</b>
<b>1.4</b>	<b>ACTIVIDAD COMPLEJA</b>					<b>Se especifica la documentación necesaria pero no el requisito.</b>
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. <b>Véase nota al final de apartado 1.1</b>
1.4.2	Se dispone de contrato de servicio de médico NEURÓLOGO con asistencia en el centro		x			Contrato con neurólogo: título, especialidad; cuota de colegiación anual; recibo de SRC. <b>Véase nota al final de apartado 1.1</b>
1.4.3	Se dispone de contrato de servicio de médico NEUROCIJANO con asistencia en el centro (presencia mínima semanal)		x			Contrato con neurocirujano: título, especialidad, cuota de colegiación anual, recibo de SRC. <b>Véase nota al final de apartado 1.1</b>
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. <b>Véase nota al final de apartado 1.1</b>
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. <b>Véase nota al final de apartado 1.1</b>
<b>1.5</b>	<b>SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO</b>					
1.5.1	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. <b>Véase nota al final de apartado 1.1</b>

Nº	Criterio	KO	A	Cumple	No cumple	Observaciones
<b>1</b>	<b>REQUISITOS DEL CONVENIO</b>					
1.5.2	Se dispone del área para diagnóstico y tratamiento por imagen, que incluye: Rayos X- Ecografía- Contraste- RMN- TAC		x			Plano de ubicación del área de RD con las ubicaciones de los equipos. Relación de equipos, marca y número de serie
1.5.3	Existe un laboratorio de muestras disponible de forma continua ante cualquier urgencia.		x			Plano de ubicación del área de laboratorio con las ubicaciones de los equipos Relación de equipos, marca y número de serie Copia de los informes de mantenimiento y calibración de último año.
1.5.4	Se dispone de contrato para el servicio con personal para extracción y análisis de muestras de forma continua		x			Relación del personal del equipo de laboratorio, título, formación específica Copia del título del responsable del servicio, especialidad, colegiación y SRC En caso de ser externo se facilitará la misma información y además copia de la autorización de funcionamiento del servicio
1.5.5	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.
1.5.6	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
<b>1.6</b>	<b>ÁREA DE REHABILITACIÓN</b>					



Nº	Criterio	KO	A	Cumple	No cumple	Observaciones
<b>1</b>	<b>REQUISITOS DEL CONVENIO</b>					
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 de SRC. Horario de prestación del servicio en el centro y horario del servicio de rehabilitación <b>Véase nota al final de apartado 1.1</b>
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 <b>Véase nota al final de apartado 1.1</b>
1.6.3	Se dispone de un área de Rehabilitación diferenciada del resto de áreas del centro		x			Plano de ubicación del área de Rehabilitación en el plano general
1.6.4	Se dispone de zona de mecanoterapia		x			Ubicación de la zona de mecanoterapia en plano del área de Rehabilitación. Indicar relación de equipos, serie y foto de la etiqueta CE
1.6.5	Se dispone de zona de fisioterapia		x			Ubicación de la zona de fisioterapia en plano del área de Rehabilitación. Indicar relación de equipos, serie y foto de la etiqueta CE
1.6.6	Se dispone de zona de electroterapia		x			Ubicación de la zona de electroterapia en plano del área de Rehabilitación. Indicar relación de equipos, serie y foto de la etiqueta CE
1.6.7	Se dispone de zona de cinesiterapia		x			Ubicación de la zona de cinesiterapia en plano del área de Rehabilitación. Indicar relación de equipos, serie y foto de la etiqueta CE
1.6.8	Todas las zonas anteriores permitir la prestación del servicio de forma simultánea (zonas separadas)		x			Se identificará en el plano general del área de Rehabilitación
<b>1.7</b>	<b>ESTERILIZACIÓN</b>					

Nº	Criterio	KO	A	Cumple	No cumple	Observaciones
<b>1</b>	<b>REQUISITOS DEL CONVENIO</b>					
1.7.1	Se dispone de protocolos de esterilización aplicados a los diferentes ámbros 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.
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 procedido 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).
<b>1.8</b>	<b>INSTALACIONES GENERALES</b>					
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 RIFCI 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.

Nº	Criterio	KO	A	Cumple	No cumple	Observaciones
<b>1</b>	<b>REQUISITOS DEL CONVENIO</b>					
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

**NOTA** Cuando un centro no disponga en sus instalaciones de un determinado servicio y el Convenio de Tráfico le permita hacerlo 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.

Nº	Criterio	KO	6	Cumple	No cumple	Observaciones
1	<b>REQUISITOS DEL CONVENIO</b>					
1.1	<b>REQUISITOS GENERALES</b>					
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 en 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
	<b>Autorizaciones de funcionamiento (copia en la que consten todas las autorizaciones):</b>					
1.1.6	U.1 Medicina general / de familia		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		x			
1.1.10	U.43 Cirugía general y digestiva		x			
1.1.11	U.64 Cirugía menor ambulatoria		x			
1.1.12	U.35 Anestesia y Reanimación		x			
1.1.13	J.83 Farmacia		x			
1.1.14	U.54 Depósito de medicamentos		x			
1.1.15	U.88 Radiodiagnóstico		x			



Nº	Criterio	KO	B	Cumple	No cumple	Observaciones
<b>1</b>	<b>REQUISITOS DEL CONVENIO</b>					
1.1.16	U.57 Rehabilitación		x			
1.1.17	U.59 Fisioterapia		x			
1.1.18	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 1.1.16 o 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.
<b>1.2</b>	<b>ACTIVIDAD BÁSICA</b>					
<b>1.2.1</b>	<b>Cirugía General (1)</b>					
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			
1.2.1.3	Se verificará el resultado de la inspección / verificación de aislamiento del quirófano.	KO	x			Copia del certificado de inspección eléctrica de quirófanos. Libro de registro oficial. Se presentará copia de las tres últimas revisiones y la última inspección realizada.

Nº	Criterio	KO	6	Cumple	No cumple	Observaciones
<b>1</b>	<b>REQUISITOS DEL CONVENIO</b>					
1.2.1.4	Se verificará el resultado del control microbiológico de quirófanos y salas de gran asepsia	KO	x			Copia de analíticas de control de limpieza y desinfección de los quirófanos
1.2.1.5	Se verificará el resultado del control de la calidad del aire de quirófanos y salas de gran asepsia	KO	x			Copia de analíticas de control de calidad del aire y copia de los cambios de filtros
1.2.1.6	Se dispone de equipamiento adecuado y homologado en quirófanos: mesa desfibrilador, carro de anestesia, bisturí eléctrico, entre otros.		x			Copia de las revisiones de los equipos. Relación de los equipos y número de serie. Fotos de los equipos y de su etiqueta de serie y marcado CE o el de la correspondiente norma de seguridad
<b>1.2.2</b>	<b>Reanimación y Cuidados Continuados</b>					
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 de título, especialidad, recibo colegiación, recibo SRC del médico responsable del área El contrato de colaboración se ha verificado en un punto anterior. <b>Véase nota al final de apartado 1.1</b>
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 periódicas, 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 ubicación) de convenio de colaboración con el centro Tipo A que debe disponer de la adhesión al Convenio de Tráfico
<b>1.2.3</b>	<b>Traumatología</b>					
1.2.3.1	Se dispone de médico especialista en CIRUGIA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA 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. <b>Véase nota al final de apartado 1.1</b>



Nº	Criterio	KO	B	Cumple	No cumple	Observaciones
<b>1</b>	<b>REQUISITOS DEL CONVENIO</b>					
<b>1.2.4</b>	<b>Medicina Interna</b>					
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
<b>1.2.5</b>	<b>Farmacia Hospitalaria o Depósito de Medicamentos (2)</b>					
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 hospiteles (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. <b>Véase nota al final de apartado 1.1</b>
<b>1.3</b>	<b>SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO</b>					
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 <b>Véase nota al final de apartado 1.1</b>
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 cubra 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.

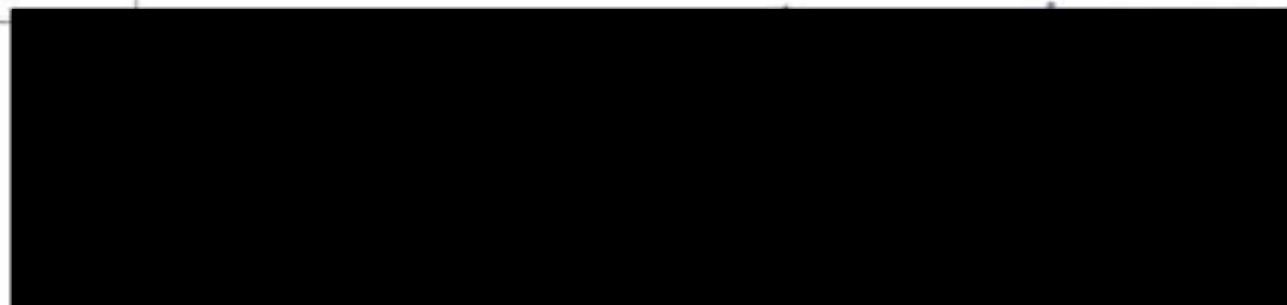
Nº	Criterio	KO	B	Cumple	No cumple	Observaciones
<b>1</b>	<b>REQUISITOS DEL CONVENIO</b>					
1.3.4	Se dispone de los documentos de legalización y autorización de los equipos de RX y están disponibles las actas de inspección de la UTPR.		x			Copia del último acta de la UTPR para cada equipo sujeto a inspección
<b>1.4</b>	<b>ÁREA DE REHABILITACIÓN</b>					
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			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. <b>Véase nota al final de apartado 1.1</b>
1.4.2	Se dispone de contrato de servicio de FISIOTERAPISTA 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. <b>Véase nota al final de apartado 1.1</b>
1.4.3	Se dispone de un área de Rehabilitación diferenciada del resto de áreas del centro		x			Plano de ubicación del área de Rehabilitación en el plano general
1.4.4	Se dispone de zona de mecanoterapia		x			Ubicación de la zona de mecanoterapia en plano del área de Rehabilitación. Indicar relación de equipos, serie y foto de la etiqueta CE
1.4.5	Se dispone de zona de fisioterapia		x			Ubicación de la zona de fisioterapia en plano del área de Rehabilitación. Indicar relación de equipos, serie y foto de la etiqueta CE
1.4.6	Se dispone de zona de electroterapia		x			Ubicación de la zona de electroterapia en plano del área de Rehabilitación. Indicar relación de equipos, serie y foto de la etiqueta CE
1.4.7	Se dispone de zona de cinesiterapia		x			Ubicación de la zona de cinesiterapia en plano del área de Rehabilitación. Indicar relación de equipos, serie y foto de la etiqueta CE

Nº	Criterio	KO	B	Cumple	No cumple	Observaciones
<b>1</b>	<b>REQUISITOS DEL CONVENIO</b>					
1.4.8	Todas las zonas anteriores permitir la prestación del servicio de forma simultánea (zonas separadas)		x			Se identificará en el plano general del área de Rehabilitación
<b>1.5</b>	<b>ESTERILIZACIÓN (3)</b>					
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)
<b>1.6</b>	<b>INSTALACIONES GENERALES</b>					
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 dispone el centro)		x			Copia del certificado de la última revisión de todos y cada uno de los sistemas, realizadas por empresas autorizadas



Nº	Criterio	KO	B	Cumple	No cumple	Observaciones
<b>1</b>	<b>REQUISITOS DEL CONVENIO</b>					
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 quírofano 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

<b>NOTA</b>	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 de 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" aplicara en el caso que estos centros realicen esta actividad y tengan autorización para estas unidades
(2)	La justificación de este criterio aplicara en el caso que el centro disponga de Farmacia.
(3)	Estos criterios aplican en el caso de equipos de esterilización que se utilicen para quírofano, en caso que el centro disponga de ellos sean utilizados bajo el ámbito de Convenio de Tráfico



Nº	Criterio	KO	C1	Cumple	No cumple	Observaciones
<b>1</b>	<b>REQUISITOS DEL CONVENIO</b>					
<b>1.1</b>	<b>REQUISITOS GENERALES</b>					
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 coincida 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 u 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
	<b>Autorizaciones de funcionamiento (copia en la que consten todas las autorizaciones):</b>					
1.1.6	U.1 Medicina general / de familia		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	J.57 Rehabilitación (sustituible por U.55)		x			
1.1.12	J.59 Fisioterapia		x			



Nº	Criterio	KO	C1	Cumple	No cumple	Observaciones
<b>1</b>	<b>REQUISITOS DEL CONVENIO</b>					
						De los médicos y otros profesionales que cubren los servicios incluidos en los puntos <b>1.1.6 a 1.1.12</b> 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 anestesiólogo, 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.
<b>1.2</b>	<b>ACTIVIDAD BÁSICA</b>					
<b>1.2.1</b>	<b>Traumatología</b>					
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 u rehabilitador, horario de cobertura firmado por el/los facultativo/s y el director médico. <b>Véase nota al final de apartado 1.1</b>
<b>1.2.2</b>	<b>Depósito de Medicamentos</b>					
1.2.2.1	Disponibilidad Depósito de Medicamentos		x			Plano con la ubicación de depósito de medicamentos.
<b>1.3</b>	<b>SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO</b>					
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. <b>Véase nota al final de apartado 1.1</b>

Nº	Criterio	KO	C1	Cumple	No cumple	Observaciones
<b>1</b>	<b>REQUISITOS DEL CONVENIO</b>					
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 n° 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
<b>1.4</b>	<b>ÁREA DE REHABILITACIÓN</b>					
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 <b>Véase nota al final de apartado 1.1</b>
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 <b>Véase nota al final de apartado 1.1</b>
1.4.3	Se dispone de un área de Rehabilitación diferenciada del resto de áreas del centro		x			Plano de ubicación del área de Rehabilitación en el plano general
1.4.4	Se dispone de zona de mecanoterapia		x			Ubicación de la zona de mecanoterapia en plano del área de Rehabilitación. Indicar relación de equipos, serie y foto de la etiqueta CE

Nº	Criterio	KO	C1	Cumple	No cumple	Observaciones
<b>1</b>	<b>REQUISITOS DEL CONVENIO</b>					
1.4.5	Se dispone de zona de fisioterapia		x			Ubicación de la zona de fisioterapia en plano del área de Rehabilitación. Indicar relación de equipos, serie y foto de la etiqueta CE
1.4.6	Se dispone de zona de electroterapia		x			Ubicación de la zona de electroterapia en plano del área de Rehabilitación. Indicar relación de equipos, serie y foto de la etiqueta CE
1.4.7	Se dispone de zona de cinestrapia		x			Ubicación de la zona de cinestrapia en plano del área de Rehabilitación. Indicar relación de equipos, serie y foto de la etiqueta CE
1.4.8	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.
<b>1.5</b>	<b>INSTALACIONES GENERALES</b>					
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 extracción, 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 de 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

Nº	Criterio	KO	C2	Cumple	No cumple	Observaciones
<b>1</b>	<b>REQUISITOS DEL CONVENIO</b>					
<b>1.1</b>	<b>REQUISITOS GENERALES</b>					
1.1.1	Licencia de apertura (copia)		x			Copia licencia apertura
1.1.2	Titular de la gestión de centro (CIF o NIF)		x			Copia del CIF o del NIF del titular, que coincida con la información de las autorizaciones de la Consejería de Sanidad
1.1.3	Seguro de responsabilidad civil del centro (copia)		x			Copia de 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 anestesiista, 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.
<b>1.2</b>	<b>TRAUMATOLOGÍA</b>					



Nº	Criterio	KO	C2	Cumple	No cumple	Observaciones
<b>1</b>	<b>REQUISITOS DEL CONVENIO</b>					
1.2.1	Se dispone de contrato de servicio de médico especialista en CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA (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 apertura, firmado por ambos facultativos y el director médico. <b>Véase nota al final de apartado 1.1</b>
<b>1.3</b>	<b>ÁREA DE REHABILITACIÓN</b>					
1.3.1	Se dispone de contrato de servicio de médico especialista en REHABILITACIÓN (sustituible por TRAUMATOLOGO) 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 o especialidad, cuota de colegiación anual, y cuota anual del SRC. Horario de prestación del servicio en el centro y horario del servicio de rehabilitación. <b>Véase nota al final de apartado 1.1</b>
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. <b>Véase nota al final de apartado 1.1</b>
1.3.3	Se dispone de un área de Rehabilitación diferenciada del resto de áreas del centro		x			Plano de ubicación del área de Rehabilitación en el plano general
1.3.4	Se dispone de zona de mecánoterapia		x			Ubicación de la zona de mecánoterapia en plano del área de Rehabilitación. Indicar relación de equipos, serie y foto de la etiqueta CE
1.3.5	Se dispone de zona de fisioterapia		x			Ubicación de la zona de fisioterapia en plano del área de Rehabilitación. Indicar relación de equipos, serie y foto de la etiqueta CE
1.3.6	Se dispone de zona de electroterapia		x			Ubicación de la zona de electroterapia en plano del área de Rehabilitación. Indicar relación de equipos, serie y foto de la etiqueta CE



Nº	Criterio	KO	C2	Cumple	No cumple	Observaciones
<b>1</b>	<b>REQUISITOS DEL CONVENIO</b>					
1.3.7	Se dispone de zona de fisioterapia		x			Ubicación de la zona de fisioterapia en plano del área de Rehabilitación. Indicar relación de equipos, serie y foto de la etiqueta CE.
1.3.8	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.
<b>1.4</b>	<b>INSTALACIONES GENERALES</b>					
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.
<b>NOTA</b>	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.					
<b>(1)</b>	La presencia física de 2 horas diarias o 10 horas semanales puede ser cubierta por cualquiera de los dos especialistas o entre ambos.					

Nº	Criterio	KO	A	B	C1	C2	Cumple	No cumple	Observaciones
<b>2</b>	<b>REQUISITOS LEGALES</b>								
<b>2.1</b>	<b>Permisos y licencias</b>								
2.1.1	Licencia de apertura (copia)		x	x	x	x			Estos criterios se evidencian según se ha detallado en la parte específica del cuestionario
2.1.2	Título de la gestión del centro (CIF o NIF)		x	x	x	x			
2.1.3	Seguro de responsabilidad civil del centro (copia)		x	x	x	x			
2.1.4	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	x	x	x			
<b>2.2</b>	<b>Recursos humanos</b>								
2.2.1	Están verificados los expedientes del personal y de los profesionales que aseguran la competencia profesional: título y especialidad	KO	x	x	x	x			Estos criterios se evidencian según se ha detallado en la parte específica del cuestionario.
2.2.2	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			
2.2.3	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			
	<b>Se verificarán los tres puntos anteriores para:</b>								
2.2.4	Médico especialista en Medicina de familia y comunitaria		x	x	x				
2.2.5	Enfermeros/DUES		x	x	x				
2.2.6	Médico de urgencia		x						
2.2.7	Médico especialista en Cirugía ortopédica y Traumatología		x	x	x	x			
2.2.8	Interrista		x	x					

Nº	Criterio	KO	A	B	C1	C2	Cumple	No cumple	Observaciones
<b>2</b>	<b>REQUISITOS LEGALES</b>								
2.2.9	Médico especialista en cirugía general y del aparato digestivo (1)		x	x					
2.2.10	Médico con la especialidad que se corresponda con la cirugía mayor		x						
2.2.11	Médico especialista en Medicina intensiva		x						
2.2.12	Médico especialista en Anestesiología y Reanimación (1)		x	x					
2.2.13	Médico especialista en Hematología y Hemoterapia		x						
2.2.14	Farmacéutico (2)		x	x					
2.2.15	Médico especialista en Angiología y Cirugía vascular		x						
2.2.16	Médico especialista en Neurología		x						
2.2.17	Médico especialista en Neurocirugía		x						
2.2.18	Médico especialista en Oftalmología		x						
2.2.19	Médico especialista en Otorrinolaringología		x						
2.2.20	Médico especialista en Radiodiagnóstico		x	x	x				
2.2.21	Médico especialista en Medicina física y rehabilitación		x	x	x	x			
2.2.22	Fisioterapeuta		x	x	x	x			
2.2.23a	Se verificará la formación y competencia del personal técnico de: - Diagnóstico por imagen - Laboratorio - Farmacia - Urgencias - UCI - Banco de sangre o depósito	KO	x						

Nº	Criterio	KO	A	B	C1	C2	Cumple	No cumple	Observaciones
<b>2</b>	<b>REQUISITOS LEGALES</b>								
2.2.23b	Se verificará la formación y competencia del personal técnico de: - Diagnóstico por imagen - Farmacia (cuando se disponga de este servicio)	KO		x					
2.2.24	Se verificará la formación u cualificación técnica del personal que realice el mantenimiento de quirófanos		x	x					
<b>2.3</b>	<b>Contratación y requisitos legales generales</b>								
2.3.1	En los contratos con las aseguradoras estos están revisados y firmados por una persona con poder suficiente		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
2.3.1	Existe una aceptación formal de las tarifas y servicios por parte de una persona con poder suficiente		x	x	x	x			Documento del apoderado o dirección del centro, con la autorización de las tarifas vigentes y copia del DNI
2.3.2	Para el cumplimiento del REPD (protección de datos) existen protocolos de seguridad: las fichas de los tipos de ficheros, la formación	KO	x	x	x	x			Copia del certificado de la implantación del REPD a relación de ficheros y justificante de la formación al personal
2.3.2	Para el cumplimiento del REPD (protección de datos) a todos los usuarios (pacientes, lesionados, etc.) se les entrega el documento informativo sobre la utilización de sus datos	KO	x	x	x	x			Copia de los documentos informativos que se entregan a los pacientes o familiares sobre el uso de sus datos personales
2.3.3	El acceso a los datos personales de nivel de seguridad alta cumple con los requisitos de seguridad necesarios: informe de auditoría		x	x	x	x			Copia del informe de auditoría en el que consta este criterio y el resultado del mismo
2.3.4	Sobre la seguridad de los datos en soporte digital. Existen copias de seguridad y se garantiza la protección de la integridad de los datos.		x	x	x	x			Copia del informe de auditoría en el que consta este criterio y el resultado del mismo. Informar sobre el sistema utilizado para las copias de seguridad de los datos.



Nº	Criterio	KO	A	B	C1	C2	Cumple	No cumple	Observaciones
<b>2</b>	<b>REQUISITOS LEGALES</b>								
2.3.5	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)
2.3.6	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.
2.3.7	Se cumplen los requisitos de la legislación sanitaria: Ley de autonomía del paciente, Ley General de Sanidad, ...		x	x	x	x			Informe de inspección sanitaria
2.3.8	Se tiene realizada la inspección de Baja Tensión y es positiva		x	x					Copia del certificado de la inspección
2.3.9	Se realiza el mantenimiento periódico de todo el sistema contra incendios		x	x	x	x			Copia del certificado de revisión
2.3.10	Se realizan el mantenimiento preventivo de grupo electrógeno		x	x					Copia de informe de mantenimiento
2.3.11	Se dispone del Plan de Autoprotección		x	x	x				Copia del página inicial del documento con fecha de actualización y registro en órgano competente
2.3.12	Se dispone del Plan de Emergencia					x			Copia del página inicial del documento con fecha de actualización
<b>2.4</b>	<b>Compras, aprovisionamientos y proveedores</b>								



Nº	Criterio	KO	A	B	C1	C2	Cumple	No cumple	Observaciones
<b>2</b>	<b>REQUISITOS LEGALES</b>								
2.4.1	Todos los equipos y máquinas (equipos tecnológicos) de monitorización, medición o control 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.
2.4.2	Se asegura la idoneidad y el marcado CE de todos los materiales de uso clínico (fungibles y no fungibles).	KO	x	x	x	x			Se evidencia en el etiquetado de todo el material fungible y no fungible utilizado. Fotos de diferentes materiales: cánulas, jeringas, vendas, guantes, etc.
2.4.3	Todos los equipos y medios utilizados en rehabilitación, incluidos los dispositivos, disponen del marcado "CE" (conformidad).	KO	x	x	x	x			Se evidencia en el etiquetado de todos los equipos y medios utilizados en el área de Rehabilitación. Fotos de en los que aparece el etiquetado CE al etiquetado del equipo y el propio equipo.

**NOTA** Cuando un centro no disponga en sus instalaciones de un determinado servicio y el Convenio de Trabajo le permita tenerlo subcontratado, el centro deberá aportar el contrato del servicio subcontratado y las mismas condiciones que se requieren al centro respecto 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 estos unidades.

(2) La justificación de este criterio aplicará en el caso que el centro disponga de Farmacia.

