I. Comunidad Autónoma

3. Otras disposiciones

Consejería de Salud

Servicio Murciano de Salud

1029 Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, por la que se da publicidad al convenio entre el Servicio Murciano de Salud, la Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (UNESPA) y el Consorcio de Compensación de Seguros, de asistencia sanitaria pública derivada de accidentes de tráfico para los ejercicios 2022/2025.

Visto el convenio entre el Servicio Murciano de Salud, La Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (UNESPA) y el Consorcio de Compensación de Seguros, de Asistencia Sanitaria Pública derivada de accidentes de tráfico para los ejercicios 2022/2025 y a los efectos de lo dispuesto en el artículo 48.8 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre de Régimen Jurídico del Sector Público, en el artículo 6.6 de la Ley 7/2004, de 28 de diciembre, de Organización y Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y en el artículo 24 de la Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia.

Resuelvo:

Publicar en el Boletín Oficial de la Región de Murcia, el texto del convenio entre el Servicio Murciano de Salud, La Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (UNESPA) y el Consorcio de Compensación de Seguros, de Asistencia Sanitaria Pública derivada de accidentes de tráfico para los ejercicios 2022/2025, que figura como Anexo de esta Resolución.

Murcia, 22 de febrero de 2022.—El Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, Francisco José Ponce Lorenzo.

ANEXO

Convenio entre el Servicio Murciano de Salud, la Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (UNESPA) y el Consorcio de Compensación de Seguros, de asistencia sanitaria pública derivada de accidentes de tráfico para los ejercicios 2022/2025

Don Francisco José Ponce Lorenzo, Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, en la representación que ostenta en virtud del artículo 8.1 a) del Decreto 148/2002, de 27 de diciembre, por el que se establece la estructura y funciones de los órganos de participación, administración y gestión del Servicio Murciano de Salud.

Don Alejandro Izuzquiza Ibáñez de Aldecoa, en representación del Consorcio de Compensación de Seguros, entidad pública empresarial, adscrita al Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital, en virtud de poder conferido mediante escritura pública, otorgada el 19 de febrero de 1997 ante el Notario de Madrid D. Luis Núñez Boluda, con el número 287 de su protocolo.

Dª Pilar González de Frutos, en representación de la Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, Unespa, Asociación Empresarial del Seguro, constituida al amparo de la Ley 19/1977, de 1 de abril, como Presidenta, en virtud de poder conferido por acuerdo del Comité Ejecutivo de dicha entidad, adoptado en su reunión del 15 de octubre de 2003, y protocolizado mediante escritura pública otorgada el 9 de enero de 2004 ante el Notario de Madrid D. Andrés Sanz Tobes, con el número 46 de su protocolo.

Se reconocen capacidad suficiente para obligarse en las respectivas representaciones que ostentan y de común acuerdo convienen las siguientes

Estipulaciones:

Primera.- Objeto

1.- Objeto

El presente Convenio regula las relaciones entre las partes signatarias para la gestión de la asistencia sanitaria prestada en el ámbito de la sanidad pública a lesionados por hechos de la circulación y determina los precios de los servicios de dichas prestaciones, en virtud de lo establecido en el artículo 8 del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor y con arreglo a la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

Todas las facturaciones tendrán un límite máximo de dos años desde la primera asistencia prestada en el sector público. En los casos en que sean de aplicación los supuestos previstos en lesiones susceptibles de Asistencia Sanitaria Futura, las prestaciones facturables tendrán como límite la fecha en que se determine la estabilización de las lesiones. Dicha estabilización deberá ser comunicada y aceptada por el servicio de salud en base al procedimiento establecido y acordado por las partes en dicho convenio de Asistencia Sanitaria Futura o, en su caso, por el procedimiento legal correspondiente.

Los precios de las asistencias sanitarias contempladas en dicho Convenio, serán aplicables a las asistencias sanitarias realizadas a partir del 1 de enero de 2022.

2.- Vigencia

El presente Convenio tendrá vigencia desde el 01.01.2022 hasta el 31.12.2025.

Las tarifas aplicables a las prestaciones realizadas en los ejercicios 2022, 2023, 2024 y 2025 serán las que figuran en el anexo I de condiciones económicas para los referidos ejercicios.

Segunda.– Hechos sujetos y determinación del obligado al pago

1.- Hechos sujetos

Las estipulaciones y precios de este Convenio se aplicarán a todas las prestaciones sanitarias realizadas a los lesionados por hechos de la circulación ocasionados por vehículos a motor que, conforme a la legislación vigente, estén obligados a suscribir un contrato de seguro de Responsabilidad Civil derivada de la Circulación de Vehículos de Motor. Serán de aplicación tanto al seguro obligatorio, voluntario y complementario a los mismos.

En aquellos supuestos en los que concurriendo la calificación tanto de hecho de la circulación como la de accidente laboral in itinere, prevalecerá la consideración de hecho de la circulación, salvo que el centro sanitario desconozca dicha concurrencia de calificaciones o, conociéndola no disponga de los datos suficientes para facturar con arreglo al Convenio de Asistencia Sanitaria. Este criterio no será de aplicación en aquellos supuestos en que exista contradicción con una norma de rango superior o en aquellos que estén excluidos de pago vía convenio y, por tanto, podrán facturarse al margen del mismo.

2.- Determinación del obligado al pago.

2.1. Criterios Generales

El artículo 83 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad establece que los Servicios de Salud tendrán derecho a reclamar, del tercero responsable, el coste de los servicios prestados en los supuestos de seguros obligatorios especiales y en todos aquellos supuestos, asegurados o no, en que aparezca un tercero obligado al pago.

En orden a simplificar el ejercicio de los derechos y obligaciones derivados de ambas, las partes firmantes convienen determinar el obligado al pago de forma objetiva de acuerdo con los siguientes supuestos:

A. Siniestros en que intervenga un único vehículo.

Las Entidades Aseguradoras se obligan al pago de las prestaciones sanitarias que precisen las víctimas del siniestro, incluido el conductor del vehículo, si bien, en este caso, con el límite recogido en las condiciones económicas del Convenio. Se considera que el conductor no pierde la condición de tal en los supuestos de atropello por el propio vehículo sin haber otro vehículo implicado.

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

En el supuesto de inexistencia de Seguro de Responsabilidad Civil o en aquellos otros en que resulte acreditada la intervención en el siniestro de un vehículo robado, los gastos asistenciales de las víctimas del accidente que ocuparan voluntariamente estos vehículos, con excepción del conductor del vehículo, serán por cuenta del Consorcio de Compensación de Seguros, el cual quedará en todo caso exento de la obligación de pago de la asistencia sanitaria

prestada cuando pruebe que los ocupantes del vehículo que originan los gastos asistenciales conocían la circunstancia de robo o no aseguramiento del mismo.

B. Siniestros en que participe más de un vehículo.

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

En supuestos de colisión de un vehículo contra uno o varios vehículos que sufran daños estando correctamente estacionados, y siempre que estos últimos no produzcan lesiones a terceros, se considerará que sólo hay intervención de un único vehículo a efectos de aplicación del convenio.

C. Lesiones a terceros no usuarios de los vehículos intervinientes.

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

2.2.- Participación de Entidades no adheridas

El Convenio será de aplicación entre las partes afectadas adheridas incluso cuando intervengan en el siniestro vehículos asegurados por entidades no adheridas. En estos casos, el pago de las prestaciones que les hubiesen correspondido a las entidades no adheridas podrá ser reclamado a las entidades aseguradoras adheridas, las cuales dispondrán de un plazo de 60 días desde la recepción del parte de asistencia para comunicar al centro sanitario la aceptación o rechazo del pago.

Si se produjera el rechazo del pago por parte de la entidad aseguradora adherida, este deberá ser justificado documentalmente (atestado, sentencia, diligencia judicial, etc.).

En el supuesto de no contestación por la entidad aseguradora adherida en el plazo indicado, se procederá mediante el sistema CAS a efectuar el pago automático, conforme a las tarifas del presente Convenio, de los lesionados intervinientes en el siniestro.

2.3.- 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.

2.4.- 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:

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

2.º- Gastos del conductor de motocicleta, ciclomotor o vehículo asimilable, según las categorías establecidas en art. 4 del Reglamento (UE) n.° 168/2013

del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de enero de 2013, relativo a la homologación de los vehículos de dos o tres ruedas y los cuatriciclos, en siniestros con participación de dos vehículos a motor de los que uno de ellos sea de la tipología descrita en este apartado.

2.5.- Siniestros en que participen vehículos asegurados en Entidades declaradas en concurso o que, siendo insolventes, su liquidación sea intervenida o encomendada al Consorcio de Compensación de Seguros

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

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

b) El Consorcio de Compensación de Seguros no asumirá el pago de facturas emitidas por prestaciones realizadas en un plazo superior a un año antes de declararse el concurso o la liquidación intervenida o encomendada al Consorcio de Compensación de Seguros, en aplicación del artículo 11 del Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, salvo que quede justificada documentalmente la interrupción de la prescripción.

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

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

Tercera.- Normas de procedimiento

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

1.- Tramitación de Partes de Asistencia y Facturas

Los centros sanitarios se comprometen a remitir a las Entidades Aseguradoras intervinientes en el siniestro, en el plazo de 60 días naturales desde la recepción de un lesionado, un parte de asistencia por cada lesionado, que deberá ser cumplimentado correctamente según el modelo que figura como anexo II.

La remisión del parte de asistencia en plazo superior al señalado por causa justificada acreditada documentalmente en el sistema CAS, no repercutirá en cuanto a la aceptación de las prestaciones derivadas del mismo, siempre que el plazo extemporáneo sea inferior a 1 año.

Una vez aceptado el parte de asistencia, se enviará la factura. Las facturas deberán detallar los conceptos y precios correspondientes a las distintas prestaciones por los gastos sanitarios conforme a las normas del convenio. Cuando la estancia del lesionado supere el período primeramente facturado o cuando no hayan sido incluidas en la primera factura todas las prestaciones, se tramitarán periódicamente nuevas facturas.

Asimismo, podrán enviarse conjuntamente parte de asistencia y factura.

No se demorará, en ningún caso, la presentación de facturas por un período superior a un año desde la fecha de la última asistencia continuada incluida en la factura. La Entidad Aseguradora y el Consorcio de Compensación de Seguros podrán rechazar las facturas presentadas fuera del citado plazo, así como aquellas que, presentadas dentro de plazo, no fueran objeto de reclamación por un período de tres años. Estos plazos quedarán interrumpidos, en su caso, desde la fecha de la remisión del expediente por el centro sanitario o la Entidad Aseguradora a la Subcomisión de Seguimiento y Vigilancia, reiniciándose el cómputo del plazo desde la fecha de la notificación al centro sanitario de la resolución adoptada.

Las prestaciones facturadas según lo señalado en los párrafos anteriores comprenderán todas las asistencias y períodos de control y revisiones hasta la total curación del lesionado con un límite temporal de dos años contados a partir de la primera asistencia. Este criterio general no será de aplicación en los supuestos de lesiones susceptibles de Asistencia Sanitaria Futura, en los que las prestaciones facturables por este Convenio tendrán como límite la fecha en la que se determine la estabilización de las lesiones, de acuerdo con el procedimiento establecido en el punto 3 de la estipulación segunda y en la estipulación cuarta del Convenio de Asistencia sanitaria futura.

Las Entidades Aseguradoras y el Consorcio de Compensación de Seguros podrán solicitar las aclaraciones oportunas al contenido de las facturas dentro de los primeros veinte días naturales siguientes a la presentación de las mismas al pago. Así mismo y en dicho plazo podrán requerir de los centros sanitarios información complementaria y aclaratoria, quienes la facilitarán con las limitaciones que establece la legislación vigente.

2.- 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, así como a la factura, 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 III 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 sanitario se manifieste, mediante declaración responsable, excepcionalmente, la imposibilidad de obtención de tal declaración, indicando los trámites realizados a tal efecto, sin que en ningún caso esta remisión pueda demorarse más de 60 días naturales después de emitido el parte de asistencia, transcurridos los cuales el Consorcio de Compensación de Seguros quedará liberado de asumir los gastos correspondientes al lesionado.

3.- Aceptación o rechazo de los gastos sanitarios

Las Entidades Aseguradoras y el Consorcio de Compensación de Seguros, en el plazo de 30 días naturales desde la recepción de la factura y, en su caso, del Parte de Asistencia, deberán comunicar fehacientemente, por escrito, al centro sanitario remitente, la aceptación o rechazo de los gastos sanitarios.

En el caso de Partes de Asistencia no cumplimentados correctamente, y siempre y cuando la Entidad Aseguradora lo haya comunicado al Centro

Sanitario, no se aplicará el plazo señalado anteriormente hasta que se subsane la deficiencia.

Únicamente procederá el rechazo del parte de asistencia o de la factura por una Entidad Aseguradora o por el Consorcio de Compensación de Seguros, y en consecuencia la negativa a hacerse cargo de los gastos asistenciales, en los supuestos siguientes:

a) No estar el siniestro dentro del objeto del Convenio.

b) No aseguramiento del vehículo en función del cual se le imputa el pago.

c) No estar obligado al pago según los supuestos de la estipulación segunda.

d) Transcurso de los plazos de prescripción previstos en el convenio

e) Falta de acuerdo sobre el contenido e importe de las facturas

f) En los traumatismos menores de columna vertebral, haber transcurrido el límite temporal de 72 horas desde la fecha del siniestro hasta la aparición de los síntomas.

g) A los efectos del Convenio, no será de aplicación el mismo respecto a aquellos lesionados que viajen en el vehículo fuera de los espacios destinados en el mismo para el transporte de personas, incluyendo las partes del habitáculo habitualmente destinadas a equipaje y/o mercancía, en función de la naturaleza, estructura y funcionamiento de los vehículos.

No podrá oponerse para excepcionar la aplicación del Convenio que la ocupación del vehículo en el que viajaban los lesionados excedía del número de plazas legalmente permitidas.

La no comunicación fehaciente del rechazo, sin motivo justificado, conlleva la asunción de los gastos sanitarios. No obstante, cuando la Entidad Aseguradora o el Consorcio de Compensación de Seguros manifieste fehacientemente al Centro Hospitalario fuera del plazo de rechazo no corresponderle el pago conforme a criterios del Convenio, deberá atender los gastos de las prestaciones sanitarias realizadas hasta la comunicación de dicha notificación a la Subcomisión correspondiente. En este caso, la Entidad Aseguradora que sí esté obligada al pago no podrá alegar motivos de prescripción para no hacerse cargo de los gastos asistenciales.

4.- Cumplimiento del pago

Las Entidades Aseguradoras y el Consorcio de Compensación de Seguros, en su caso, deberán proceder al abono de los gastos sanitarios en el plazo de aceptación citado en el apartado anterior, salvo que hayan comunicado fehacientemente su rechazo.

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

Cuarta.- Comisión de seguimiento y vigilancia

1.- Comisión de Seguimiento y Vigilancia

Las partes suscriptoras del presente Convenio, más los representantes de la Sanidad Pública de las distintas Comunidades Autónomas que suscriban un Convenio de contenido idéntico al presente, constituirán una Comisión de Seguimiento y Vigilancia de carácter nacional (en adelante la Comisión), como órgano para resolver cuantas situaciones puedan suscitarse en el seguimiento o interpretación de este Convenio, otorgando a dicha Comisión plena competencia

sobre toda cuestión que se someta a su conocimiento por cualquiera de las partes adheridas al Convenio.

La Comisión estará integrada por un máximo de tres representantes designados por cada una de las partes firmantes del convenio, entendiendo como tales cada uno de los Servicios de Salud, UNESPA y el Consorcio de Compensación de Seguros. En su caso, las partes podrán contar con la asesoría de profesionales facultativos.

Se constituirán asimismo Subcomisiones del ámbito territorial correspondiente a cada servicio de salud firmante integrada por un máximo de cuatro representantes por cada una de las partes firmantes del convenio. Igualmente, en caso necesario las partes podrán contar con la asesoría de profesionales facultativos.

Las resoluciones de la Comisión y Subcomisiones serán de obligado cumplimiento para las partes

La Comisión se reunirá al menos una vez al semestre y, en todo caso, a petición de cualquiera de las partes con un preaviso de quince días.

La Comisión estará presidida alternativamente por una de las partes, debiendo actuar, al mismo tiempo, como Secretaría de dicho órgano.

2.- Funciones de la Comisión y Subcomisión

Serán funciones de la Comisión las siguientes:

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

2. Dirimir los desacuerdos existentes entre las partes firmantes y sus representadas, solamente los surgidos entre las entidades aseguradoras y los centros sanitarios.

3. Unificar criterios y dirimir las diferencias entre las resoluciones que se acuerden en las distintas Subcomisiones Territoriales.

4. Emitir certificaciones que acrediten cualquier incumplimiento del Convenio.

Serán funciones de la Subcomisión Territorial la segunda y cuarta de las anteriores por delegación de la Comisión. La Subcomisión creada a tal efecto se reunirá ordinariamente al menos una vez al semestre y extraordinariamente a instancia de una de las partes.

3.- Resoluciones de la Comisión y Subcomisión

Las partes firmantes de este Convenio y sus respectivas representadas se obligan a someter las diferencias que en el ámbito del mismo puedan surgir, la falta de acuerdo sobre el contenido e importe de las facturas, así como la negativa o demoras en el pago de las mismas, a la Subcomisión Territorial, la cual resolverá o dará traslado del asunto a la Comisión Nacional para que resuelva. Dichos órganos actuarán a tenor de lo establecido en las cláusulas del presente Convenio, y de acuerdo con la documentación que obre en poder de las partes en conflicto y sobre la que hagan valer su derecho en dicho caso.

No se podrá acudir a procedimientos administrativos o judiciales de ejecución hasta que no exista un pronunciamiento expreso de la Comisión o Subcomisión correspondiente; las cuales adoptarán los acuerdos pertinentes en un plazo máximo de seis meses desde la fecha en que fueron recepcionados los asuntos que se les someta. Transcurrido este plazo sin el citado pronunciamiento expreso, las partes representadas quedarán liberadas de la prohibición expresada al

principio de este párrafo, al objeto de que se inicien cuantas acciones consideren oportunas en defensa de sus derechos.

Las resoluciones serán de obligado cumplimiento en el plazo de 30 días naturales desde su comunicación. En caso de incumplimiento de los acuerdos o decisiones tomadas en el seno de la Comisión Nacional, así como las resoluciones de las Subcomisiones cuando por el transcurso del mencionado plazo hayan devenido firmes, los Servicios de Salud estarán facultados para anular las facturas emitidas hasta la fecha según el Convenio e iniciar el procedimiento de facturación siguiendo las tarifas por servicios y actividades de naturaleza sanitaria que cada Comunidad Autónoma tenga aprobadas en base al artículo 83 de la Ley General de Sanidad, que faculta a los Servicios de Salud a reclamar al tercero responsable el coste de la asistencia sanitaria prestada.

Las decisiones adoptadas por la Comisión, lo serán en todo caso por unanimidad.

Tanto la Comisión como las distintas Subcomisiones garantizarán el derecho de las partes a aportar las consideraciones y documentos que, en defensa de sus intereses, estimen oportuno.

Las Subcomisiones territoriales serán las facultadas para acordar la facturación de intereses. Cuando se trate de expedientes en los que no consta ninguna alegación por parte de la Entidad Aseguradora o el Consorcio de Compensación de Seguros que justifique el impago, el interés se aplicará desde el momento de la última asistencia incluida en la factura. En caso de que en el expediente se aporte justificación que acredite la existencia de algún motivo de rechazo, los intereses se aplicarán, en su caso, desde la comunicación del acuerdo. El tipo de interés a aplicar será un interés simple, el legal anual publicado incrementado en el cincuenta por ciento (50%).

Si los acuerdos de la Comisión adoptan la forma de criterio general a aplicar en lo sucesivo en el marco del Convenio, la citada Comisión queda obligada a la difusión de los mismos mediante circular que será comunicada a las partes, quedando éstas obligadas a dar traslado de la misma a todos los Centros Sanitarios y Entidades Aseguradoras representadas por cada una de ellas. Estos acuerdos de carácter general deberán expresar la fecha a partir de la cual producen sus efectos.

4.- Interlocutores

Con la finalidad de analizar discrepancias, dar solución a las mismas y hacer más ágil el procedimiento, se nombrarán por cada una de las partes sendos interlocutores, con indicación de sus respectivas plazas de residencia, domicilio, teléfono y fax. Cualquiera de las partes podrá solicitar la mediación del interlocutor de las otras partes con este fin. En este caso, la falta de acuerdo o respuesta del interlocutor requerido en el plazo de veinte días hábiles permitirán a la parte afectada someter la controversia a la Subcomisión.

Quinta.- Publicidad y comunicaciones

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.

2.- Comunicaciones

Todas las comunicaciones y notificaciones tanto de los Centros Sanitarios como de las Entidades Aseguradoras y el Consorcio de Compensación de Seguros, que sean consecuencia de las actuaciones previstas en el presente convenio, se realizarán a través del sistema CAS. En el caso de que se dieran circunstancias excepcionales ajenas a la voluntad de las partes que imposibilitaran la utilización del mencionado sistema CAS, las comunicaciones a que se hace referencia en este punto podrán realizarse mediante cualquier otro medio aceptado en derecho para esta finalidad.

El sistema CAS es un procedimiento de gestión informatizado de comunicación, tramitación y pago de las prestaciones sanitarias realizadas en el marco del Convenio.

3.- Información clínica.

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales normativa española y la normativa de desarrollo aplicable, así como en la Estipulación Cuarta del presente convenio, 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 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 – información que en todo caso estará sujeta a las restricciones de ser adecuada, pertinente y no excesiva a la finalidad de la comunicación - 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 pseudonimización de los datos personales destinadas a garantizar que los datos personales no puedan atribuirse a una persona física identificada o identificable.

Sexta.- Comisión paritaria

Las discrepancias que pudieran surgir entre el Consorcio de Compensación de Seguros y cualquiera de las entidades aseguradoras representadas en el Convenio, o entre estas últimas, acerca de si existe o no existe contrato de seguro, como asimismo si está o no está vigente el mismo y, consecuentemente, acerca de cuál es la entidad obligada al pago de los gastos asistenciales, se resolverán por una Comisión integrada por un representante de UNESPA

y otro del Consorcio de Compensación de Seguros en un plazo máximo de 3 meses desde el acuerdo de su remisión, comunicando el acuerdo adoptado a la aseguradora obligada al pago y al centro hospitalario en el plazo de 10 días.

Séptima.- Altas y bajas

Las altas y bajas de Centros Sanitarios y Entidades Aseguradoras posteriores a la entrada en vigor del presente Convenio se tramitarán a través de la Comisión Nacional de Seguimiento y Vigilancia, debiendo ser notificadas por ésta al resto de las partes, siendo efectivas desde el primer día del mes siguiente a la notificación de la misma.

Las Entidades Aseguradoras se comprometen a comunicar a las Subcomisiones las fusiones, absorciones, cambios de domicilio social y demás variaciones en su situación jurídica que afecten al funcionamiento del Convenio. La fecha de estas comunicaciones determinará las correspondientes variaciones en la determinación del obligado al pago así como en la tramitación de los expedientes de acuerdo con las normas de procedimiento previstas en el Convenio.

Estipulación adicional

Las partes firmantes se comprometen a analizar la mejora del modelo de contraprestación económica establecido en este convenio avanzando hacia la implantación de un sistema de pago por proceso de hospitalización. El trabajo a desarrollar ha de consistir en la evaluación, en entorno de datos reales, de los resultados obtenidos en los estudios preliminares ya realizados. De resultar satisfactorias las conclusiones del análisis, se elaboraría una propuesta de plan de implantación del nuevo modelo

Para llevar a cabo el proyecto se constituirá un grupo de trabajo con representación de todas las partes, siendo sus informes sometidos a la aprobación de la Comisión de Seguimiento de este 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 electrónicamente en Murcia el presente convenio a 17 de febrero de 2022.

Por el Servicio Murciano de Salud, el Director Gerente, Francisco José Ponce Lorenzo.

Por el Consorcio de Compensación de Seguros, CCS, su representante, Alejandro Izuzquiza Ibáñez de Aldecoa.

Por la Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (UNESPA), su Presidenta, Pilar González de Frutos.

ÍNDICE DE LAS ESTIPULACIONES DEL CONVENIO

PRIMERA. OBJETO

1. Objeto

2. Vigencia

SEGUNDA. HECHOS SUJETOS Y RESPONSABILIDAD

1. Hechos sujetos

2. Determinación del Obligado al pago

2.1. Criterios Generales

2.2. Participación de Entidades no adheridas

2.3. Concurrencia de seguros

2.4. No repetición

2.5. Siniestros en los que participen vehículos asegurados en Entidades declaradas en quiebra, suspensión de pagos o que, siendo insolventes, su liquidación sea intervenida o encomendada al Consorcio de Compensación de Seguros

TERCERA. NORMAS DE PROCEDIMIENTO

1. Tramitación de Partes de Asistencia y Facturas

2. Declaración Responsable

3. Aceptación o rechazo de los gastos sanitarios

4. Cumplimiento del pago

CUARTA. COMISIÓN DE SEGUIMIENTO Y VIGILANCIA

1. Comisión de Seguimiento y Vigilancia

2. Funciones de la Comisión y Subcomisión

3. Resoluciones de la Comisión y Subcomisión

4. Interlocutores

QUINTA. PUBLICIDAD Y COMUNICACIONES

1. Publicidad

2. Notificaciones

3. Información clínica

SEXTA. COMISIÓN PARITARIA

SÉPTIMA. ALTAS Y BAJAS

ESTIPULACIÓN ADICIONAL

ESTIPULACIÓN FINAL

ANEXOS AL TEXTO DEL CONVENIO

Anexo I.- Condiciones económicas

Anexo II.- Modelo de parte de asistencia

Anexo III - Modelo de declaración responsable

Anexo IV - Relación de Centros adheridos

Anexo V – Relación de Entidades adheridas

ANEXO I

CONDICIONES ECONÓMICAS 2022

1.- Tarifas. Las tarifas de la asistencia sanitaria a lesionados en accidente de tráfico con cobertura de responsabilidad civil derivada de uso y circulación de vehículos de motor de suscripción obligatoria, aplicables en las instituciones propias o en las ajenas concertadas en régimen de administración y financiación directa, serán las siguientes:

Hospitalización

Hospitalización en planta: precio por estancia y día de hospitalización: 695 euros

Hospitalización en UCI: precio por estancia y día: 1.390 euros

Estos importes comprenden todos los gastos asistenciales, con excepción del transporte sanitario y rehabilitación, que en su caso se facturarán aparte.

Se considera día de estancia la permanencia en la hora censal (00,00 horas) de un lesionado ingresado en el hospital para atención de un proceso patológico.

Se considerarán Unidades de cuidados intensivos las unidades específicas de cuidados intensivos, las unidades coronarias, las unidades de cuidados intensivos neonatales y pediátricos así como las unidades de reanimación posquirúrgica que cuentan con una dotación fija de camas y en las que se realizan ingresos administrativos (RD 69/2015; Anexo I, 21)

Permisos fin de semana de lesionados ingresados. Se podrá facturar cada día en el que el lesionado se encuentre en esta situación como ½ estancia. En cualquier caso, para que se pueda producir esta facturación se deberán dar las condiciones siguientes:

a) solicitud del paciente para ausentarse

b) informe médico que lo autorice

c) que se produzca una reserva de cama.

d) que se facilite la medicación adecuada si es necesaria.

Asistencia de urgencia sin ingreso o primera asistencia

Precio por lesionado atendido: 294 euros

No procede la facturación de las urgencias posteriores a hospitalizaciones.

No pueden facturarse dos urgencias por el mismo Servicio de salud en un mismo siniestro, ni tampoco podrá facturarse la urgencia en el mismo día en que se produce el ingreso, debiéndose facturar la estancia hospitalaria.

Rehabilitación

Precio por día de rehabilitación: 28 euros

La facturación se hará por día de rehabilitación, independientemente del número de sesiones que se practiquen en el día que se factura.

Unidades de lesionados medulares

Hospitalización en planta, precio por estancia y día: 825 euros

Estos precios sólo serán de aplicación por aquellos hospitales que dispongan de unidad de lesionados medulares.

Unidades de grandes quemados

Hospitalización: precio por estancia y día: 1.390 euros

Estos precios sólo serán de aplicación por aquellos hospitales acreditados.

Límite conductor vehículo único

El importe de la facturación de las prestaciones sanitarias en el caso del conductor de un siniestro en el que interviene un solo vehículo no podrá ser superior a 10.568 euros

En el supuesto de motocicletas, ciclomotores o vehículos asimilables, en siniestros en los que interviene un solo vehículo, el importe de la facturación de las prestaciones efectuadas al conductor no podrá ser superior a 2.780 euros

Cómputo del transporte en el límite del conductor: El traslado en ambulancia del lesionado debe computarse a efectos del límite de facturación del conductor lesionado en accidentes con intervención de un único vehículo.

El límite del conductor se deberá abonar independientemente de que se haya abonado ya hasta el límite en un Hospital perteneciente a otro Servicio de Salud. La aplicación del límite se realizaría como si se tratase de Convenios distintos.

Transporte sanitario

El traslado del paciente lesionado se facturará de conformidad con los siguientes precios:

1.- Servicios Programados	**Fijo**	**Km**
1.1 Individual	46.- euros	0,72.- euros
1.2 Colectivo (rehabilitación, pruebas, consultas, etc.)	35.- euros	0,55.- euros
1.3 Traslado de críticos en U.V.I. móvil	366.- euros	1,25.- euros
2.- Servicios No programado		
2.1 Individual Convencional (altas hospitalarias)	52.- euros	0,72.- euros

En los casos en que se utilice transporte distinto al propio de la entidad gestora o concertado por ésta, será la entidad aseguradora la que se hará cargo del pago directo de los gastos de dicho transporte, previa conformidad de la aseguradora.

Regularización sobrecoste COVID-19 AÑO 2022

El importe de la facturación del sobrecoste motivado por las medidas especiales relacionadas con la COVID-19 será de 102.- euros por cada paciente hospitalizado más 7,70.- euros por estancia y día.

La posibilidad de facturar estos conceptos estará sujeta a la incidencia acumulada en 14 días de casos de COVID-19 que publica semanalmente por el Ministerio de Sanidad. Se considerará que el sobrecoste COVID dejará de ser facturable si dicho valor de incidencia es inferior al umbral de 50 casos por 100.000 habitantes en 14 días para el conjunto del territorio español durante 3 semanas consecutivas. Igualmente, en el caso de que la prestación estuviera deshabilitada y dicho valor de incidencia superase durante 3 semanas consecutivas el umbral establecido de 50 casos por 100.000 habitantes, la prestación volvería a ser vigente. Estos criterios se mantendrán hasta que se declare el fin de la pandemia por parte de la autoridad sanitaria pertinente.

CONDICIONES ECONÓMICAS 2023

1.- Tarifas. Las tarifas de la asistencia sanitaria a lesionados en accidente de tráfico con cobertura de responsabilidad civil derivada de uso y circulación de vehículos de motor de suscripción obligatoria, aplicables en las instituciones propias o en las ajenas concertadas en régimen de administración y financiación directa, serán las siguientes:

Hospitalización

Hospitalización en planta: precio por estancia y día de hospitalización: 709 euros

Hospitalización en UCI: precio por estancia y día: 1.418 euros

Estos importes comprenden todos los gastos asistenciales, con excepción del transporte sanitario y rehabilitación, que en su caso se facturarán aparte.

Se considera día de estancia la permanencia en la hora censal (00,00 horas) de un lesionado ingresado en el hospital para atención de un proceso patológico.

Se considerarán Unidades de cuidados intensivos las unidades específicas de cuidados intensivos, las unidades coronarias, las unidades de cuidados intensivos neonatales y pediátricos así como las unidades de reanimación posquirúrgica que cuentan con una dotación fija de camas y en las que se realizan ingresos administrativos (RD 69/2015; Anexo I, 21)

Permisos fin de semana de lesionados ingresados. Se podrá facturar cada día en el que el lesionado se encuentre en esta situación como ½ estancia. En cualquier caso, para que se pueda producir esta facturación se deberán dar las condiciones siguientes:

a) solicitud del paciente para ausentarse

b) informe médico que lo autorice

c) que se produzca una reserva de cama.

d) que se facilite la medicación adecuada si es necesaria.

Asistencia de urgencia sin ingreso o primera asistencia

Precio por lesionado atendido: 300 euros

No procede la facturación de las urgencias posteriores a hospitalizaciones.

No pueden facturarse dos urgencias por el mismo Servicio de salud en un mismo siniestro, ni tampoco podrá facturarse la urgencia en el mismo día en que se produce el ingreso, debiéndose facturar la estancia hospitalaria.

Rehabilitación

Precio por día de rehabilitación: 29 euros

La facturación se hará por día de rehabilitación, independientemente del número de sesiones que se practiquen en el día que se factura.

Unidades de lesionados medulares

Hospitalización en planta, precio por estancia y día: 842 euros

Estos precios sólo serán de aplicación por aquellos hospitales que dispongan de unidad de lesionados medulares.

Unidades de grandes quemados

Hospitalización: precio por estancia y día: 1.418 euros

Estos precios sólo serán de aplicación por aquellos hospitales acreditados.

Límite conductor vehículo único

El importe de la facturación de las prestaciones sanitarias en el caso del conductor de un siniestro en el que interviene un solo vehículo no podrá ser superior a 10.779 euros

En el supuesto de motocicletas, ciclomotores o vehículos asimilables en siniestros en los que interviene un solo vehículo, el importe de la facturación de las prestaciones efectuadas al conductor no podrá ser superior a 2.836 euros

Cómputo del transporte en el límite del conductor: El traslado en ambulancia del lesionado debe computarse a efectos del límite de facturación del conductor lesionado en accidentes con intervención de un único vehículo.

El límite del conductor se deberá abonar independientemente de que se haya abonado ya hasta el límite en un Hospital perteneciente a otro Servicio de Salud. La aplicación del límite se realizaría como si se tratase de Convenios distintos.

Transporte sanitario

El traslado del paciente lesionado se facturará de conformidad con los siguientes precios:

1.- Servicios Programados	Fijo	Km
1.1 Individual	47.- euros	0,73.- euros
1.2 Colectivo (rehabilitación, pruebas, consultas, etc.)	36.- euros	0,56.- euros
1.3 Traslado de críticos en U.V.I. móvil	373.- euros	1,28.- euros
2.- Servicios No programado		
2.1 Individual Convencional (altas hospitalarias)	53.- euros	0,73.- euros

En los casos en que se utilice transporte distinto al propio de la entidad gestora o concertado por ésta, será la entidad aseguradora la que se hará cargo del pago directo de los gastos de dicho transporte, previa conformidad de la aseguradora.

Regularización sobrecoste COVID-19 AÑO 2023

El importe de la facturación del sobrecoste motivado por las medidas especiales relacionadas con la COVID-19 será de 104 euros por cada paciente hospitalizado más 7,90 euros por estancia y día.

La posibilidad de facturar estos conceptos estará sujeta a la incidencia acumulada en 14 días de casos de COVID-19 que publica semanalmente por el Ministerio de Sanidad. Se considerará que el sobrecoste COVID dejará de ser facturable si dicho valor de incidencia es inferior al umbral de 50 casos por 100.000 habitantes en 14 días para el conjunto del territorio español durante 3 semanas consecutivas. Igualmente, en el caso de que la prestación estuviera deshabilitada y dicho valor de incidencia superase durante 3 semanas consecutivas el umbral establecido de 50 casos por 100.000 habitantes, la prestación volvería a ser vigente. Estos criterios se mantendrán hasta que se declare el fin de la pandemia por parte de la autoridad sanitaria pertinente.

CONDICIONES ECONÓMICAS 2024

1.- Tarifas. Las tarifas de la asistencia sanitaria a lesionados en accidente de tráfico con cobertura de responsabilidad civil derivada de uso y circulación de vehículos de motor de suscripción obligatoria, aplicables en las instituciones propias o en las ajenas concertadas en régimen de administración y financiación directa, serán las siguientes:

Hospitalización

Hospitalización en planta: precio por estancia y día de hospitalización: 723 euros

Hospitalización en UCI: precio por estancia y día: 1.446 euros

Estos importes comprenden todos los gastos asistenciales, con excepción del transporte sanitario y rehabilitación, que en su caso se facturarán aparte.

Se considera día de estancia la permanencia en la hora censal (00,00 horas) de un lesionado ingresado en el hospital para atención de un proceso patológico.

Se considerarán Unidades de cuidados intensivos las unidades específicas de cuidados intensivos, las unidades coronarias, las unidades de cuidados intensivos neonatales y pediátricos así como las unidades de reanimación posquirúrgica que cuentan con una dotación fija de camas y en las que se realizan ingresos administrativos (RD 69/2015; Anexo I, 21)

Permisos fin de semana de lesionados ingresados. Se podrá facturar cada día en el que el lesionado se encuentre en esta situación como ½ estancia. En cualquier caso, para que se pueda producir esta facturación se deberán dar las condiciones siguientes:

a) solicitud del paciente para ausentarse

b) informe médico que lo autorice

c) que se produzca una reserva de cama.

d) que se facilite la medicación adecuada si es necesaria.

Asistencia de urgencia sin ingreso o primera asistencia

Precio por lesionado atendido: 306 euros

No procede la facturación de las urgencias posteriores a hospitalizaciones.

No pueden facturarse dos urgencias por el mismo Servicio de salud en un mismo siniestro, ni tampoco podrá facturarse la urgencia en el mismo día en que se produce el ingreso, debiéndose facturar la estancia hospitalaria.

Rehabilitación

Precio por día de rehabilitación 30 euros

La facturación se hará por día de rehabilitación, independientemente del número de sesiones que se practiquen en el día que se factura.

Unidades de Lesionados medulares

Hospitalización en planta, precio por estancia y día 859 euros

Estos precios sólo serán de aplicación por aquellos hospitales que dispongan de unidad de lesionados medulares.

Unidades de grandes quemados

Hospitalización: precio por estancia y día 1.446 euros

Estos precios sólo serán de aplicación por aquellos hospitales acreditados.

Límite conductor vehículo único

El importe de la facturación de las prestaciones sanitarias en el caso del conductor de un siniestro en el que interviene un solo vehículo no podrá ser superior a 10.995 euros.

En el supuesto de motocicletas, ciclomotores o vehículos asimilables en siniestros en los que interviene un solo vehículo, el importe de la facturación de las prestaciones efectuadas al conductor no podrá ser superior a 3.261 euros.

Cómputo del transporte en el límite del conductor: El traslado en ambulancia del lesionado debe computarse a efectos del límite de facturación del conductor lesionado en accidentes con intervención de un único vehículo.

El límite del conductor se deberá abonar independientemente de que se haya abonado ya hasta el límite en un Hospital perteneciente a otro Servicio de Salud. La aplicación del límite se realizaría como si se tratase de Convenios distintos.

Transporte sanitario

El traslado del paciente lesionado se facturará de conformidad con los siguientes precios:

1.- Servicios Programados	**Fijo**	**Km**
1.1 Individual	48.- euros	0,74.- euros
1.2 Colectivo (rehabilitación, pruebas, consultas, etc.)	37.- euros	0,57.- euros
1.3 Traslado de críticos en U.V.I. móvil	380.- euros	1,31.- euros
2.- Servicios No programado		
2.1 Individual Convencional (altas hospitalarias)	54.- euros	0,74.- euros

En los casos en que se utilice transporte distinto al propio de la entidad gestora o concertado por ésta, será la entidad aseguradora la que se hará cargo del pago directo de los gastos de dicho transporte, previa conformidad de la aseguradora.

Regularización sobrecoste COVID-19 AÑO 2024

El importe de la facturación del sobrecoste motivado por las medidas especiales relacionadas con la COVID-19 será de 106.- euros por cada paciente hospitalizado más 8,10.- euros por estancia y día.

La posibilidad de facturar estos conceptos estará sujeta a la incidencia acumulada en 14 días de casos de COVID-19 que publica semanalmente por el Ministerio de Sanidad. Se considerará que el sobrecoste COVID dejará de ser facturable si dicho valor de incidencia es inferior al umbral de 50 casos por 100.000 habitantes en 14 días para el conjunto del territorio español durante 3 semanas consecutivas. Igualmente, en el caso de que la prestación estuviera deshabilitada y dicho valor de incidencia superase durante 3 semanas consecutivas el umbral establecido de 50 casos por 100.000 habitantes, la prestación volvería a ser vigente. Estos criterios se mantendrían hasta que se declare el fin de la pandemia por parte de la autoridad sanitaria pertinente.

CONDICIONES ECONÓMICAS 2025

1.- Tarifas. Las tarifas de la asistencia sanitaria a lesionados en accidente de tráfico con cobertura de responsabilidad civil derivada de uso y circulación de vehículos de motor de suscripción obligatoria, aplicables en las instituciones propias o en las ajenas concertadas en régimen de administración y financiación directa, serán las siguientes:

Hospitalización

Hospitalización en planta: precio por estancia y día de hospitalización: 737 euros

Hospitalización en UCI: precio por estancia y día: 1.475 euros

Estos importes comprenden todos los gastos asistenciales, con excepción del transporte sanitario y rehabilitación, que en su caso se facturarán aparte.

Se considera día de estancia la permanencia en la hora censal (00,00 horas) de un lesionado ingresado en el hospital para atención de un proceso patológico.

Se considerarán Unidades de cuidados intensivos las unidades específicas de cuidados intensivos, las unidades coronarias, las unidades de cuidados intensivos neonatales y pediátricos así como las unidades de reanimación posquirúrgica que cuentan con una dotación fija de camas y en las que se realizan ingresos administrativos (RD 69/2015; Anexo I, 21)

Permisos fin de semana de lesionados ingresados. Se podrá facturar cada día en el que el lesionado se encuentre en esta situación como ½ estancia. En cualquier caso, para que se pueda producir esta facturación se deberán dar las condiciones siguientes:

a) solicitud del paciente para ausentarse

b) informe médico que lo autorice

c) que se produzca una reserva de cama.

d) que se facilite la medicación adecuada si es necesaria.

Asistencia de urgencia sin ingreso o primera asistencia

Precio por lesionado atendido 312 euros

No procede la facturación de las urgencias posteriores a hospitalizaciones.

No pueden facturarse dos urgencias por el mismo Servicio de salud en un mismo siniestro, ni tampoco podrá facturarse la urgencia en el mismo día en que se produce el ingreso, debiéndose facturar la estancia hospitalaria.

Rehabilitación

Precio por día de rehabilitación 31 euros

La facturación se hará por día de rehabilitación, independientemente del número de sesiones que se practiquen en el día que se factura.

Unidades de lesionados medulares

Hospitalización en planta, precio por estancia y día 876 euros

Estos precios sólo serán de aplicación por aquellos hospitales que dispongan de unidad de lesionados medulares.

Unidades de grandes quemados

Hospitalización: precio por estancia y día 1.475 euros

Estos precios sólo serán de aplicación por aquellos hospitales acreditados.

Límite conductor vehículo único

El importe de la facturación de las prestaciones sanitarias en el caso del conductor de un siniestro en el que interviene un solo vehículo no podrá ser superior a 11.215 euros.

En el supuesto de motocicletas, ciclomotores o vehículos asimilables en siniestros en los que interviene un solo vehículo, el importe de la facturación de las prestaciones efectuadas al conductor no podrá ser superior a 3.750 euros.

Cómputo del transporte en el límite del conductor: El traslado en ambulancia del lesionado debe computarse a efectos del límite de facturación del conductor lesionado en accidentes con intervención de un único vehículo.

El límite del conductor se deberá abonar independientemente de que se haya abonado ya hasta el límite en un Hospital perteneciente a otro Servicio de Salud. La aplicación del límite se realizaría como si se tratase de Convenios distintos.

Transporte sanitario

El traslado del paciente lesionado se facturará de conformidad con los siguientes precios:

1.- Servicios Programados	**Fijo**	**Km**
1.1 Individual	49.- euros	0,75.- euros
1.2 Colectivo (rehabilitación, pruebas, consultas, etc.)	38.- euros	0,58.- euros
1.3 Traslado de críticos en U.V.I. móvil	388.- euros	1,34.- euros
2.- Servicios No programado		
2.1 Individual Convencional (altas hospitalarias)	55.- euros	0,75.- euros

En los casos en que se utilice transporte distinto al propio de la entidad gestora o concertado por ésta, será la entidad aseguradora la que se hará cargo del pago directo de los gastos de dicho transporte, previa conformidad de la aseguradora.

Regularización sobrecoste COVID-19 AÑO 2025

El importe de la facturación del sobrecoste motivado por las medidas especiales relacionadas con la COVID-19 será de 108 euros por cada paciente hospitalizado más 8,30 euros por estancia y día.

La posibilidad de facturar estos conceptos estará sujeta a la incidencia acumulada en 14 días de casos de COVID-19 que publica semanalmente por el Ministerio de Sanidad. Se considerará que el sobrecoste COVID dejará de ser facturable si dicho valor de incidencia es inferior al umbral de 50 casos por 100.000 habitantes en 14 días para el conjunto del territorio español durante 3 semanas consecutivas. Igualmente, en el caso de que la prestación estuviera deshabilitada y dicho valor de incidencia superase durante 3 semanas consecutivas el umbral establecido de 50 casos por 100.000 habitantes, la prestación volvería a ser vigente. Estos criterios se mantendrían hasta que se declare el fin de la pandemia por parte de la autoridad sanitaria pertinente.

ANEXO II

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DEL USO Y CIRCULACIÓN DE VEHÍCULOS A MOTOR, DE SUSCRIPCIÓN OBLIGATORIA

PARTE DE ASISTENCIA

1.- **Centro asistencial*:**_____

Domicilio*:_____

Teléfono_____Población*:_____

Servicio y facultativo responsable de la asistencia: _____

_____

2.- **Lesionado:**

Nombre y apellidos*:_____

DNI* (número, menor, extranjero, desconocido):_____Edad:_____

Domicilio: _____

Fecha de asistencia*:_____ Hora: _____ Fecha del siniestro*: _____

Lugar del siniestro_____ Condición del lesionado* (conductor, ocupante, peatón): _____

3.- **Vehículo respecto del cual ostenta esta condición:**

Matrícula*:_____ Marca: _____

Motocicleta - Ciclomotor SI ☐ NO ☐

Número de certificado de seguro: _____

Entidad Aseguradora*: _____

En el caso de intervención en el siniestro de más de un vehículo:

Nombre del asegurado: _____

Matrícula: _____ Marca: _____

Número de certificado de seguro: _____

Entidad Aseguradora: _____

Nombre del asegurado: _____

Matrícula: _____ Marca: _____

Número de certificado de seguro: _____

Entidad Aseguradora: _____

4.- **Descripción de las lesiones que padece el lesionado: ***

(Al menos uno de los apartados debe ser cumplimentado)

- TCE ☐
- LESIÓN MEDULAR ☐
- AMPUTACIONES ☐
- QUEMADURAS ☐
- FRACTURAS MIEMBROS SUPERIORES ☐
- FRACTURAS MIEMBROS INFERIORES ☐
- FRACTURAS COLUMNA VERTEBRAL Y PELVIS ☐
- FRACTURA TÓRAX / LESIÓN PULMONAR ☐
- ESGUINCES, CONTUSIONES ☐
- OTROS: _____

5.- Otras informaciones:

- INGRESO UCI: NO ☐ SI ☐
- INGRESO HOSPITALARIO*: NO ☐ SI ☐

Los datos contenidos en los apartados 4 y 5 corresponden a la mejor información disponible sobre la situación del lesionado en el momento de cumplimentar este parte. Por tanto, no es vinculante en relación al tratamiento y las prestaciones futuras a recibir por el lesionado como consecuencia del accidente de circulación.

Los epígrafes señalados con * serán de obligado cumplimiento.

Centro asistencial, fecha y firma

ANEXO III

DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

D./ña. _____. con DNI n.º _____. y

domicilio en _____ Teléfono _____

D/ña. _____. con DNI n.º _____. y

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: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Fecha: ……..

Firma: …….

D.L. MU-395/1985 - ISSN: 1989-1474