

CUESTIONARIO PARA LA FACTURACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA CUANDO HAY UN TERCERO RESPONSABLE (* DATOS IMPRESCINDIBLES)

Se ruega rellenar todos los datos en mayúsculas y señalar con una X la situación facturable.
(Si hay varias asistencias, rellenar sólo un cuestionario indicando las fechas de las mismas)

(*) CENTRO ASISTENCIAL:		(*) FECHA(S) ASISTENCIA(S):		Hora:
DATOS DE LA PERSONA ASISTIDA (en su caso sustituir por etiqueta):				
(*) Nombre y Apellidos:		Tlfnos.:	Edad.:	(*) ¿Hay traslado en Ambulancia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Desde: Hasta:
(*) NIF:		E-mail:		
(*) Domicilio completo			C.P.:	(*) ¿ACTIVADO I I 2? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

TIPO DE ASISTENCIA PRESTADA (*)		DIAGNOSTICO:			PRESTACIONES:	
URGENCIAS <input type="checkbox"/>	CONSULTA MÉDICA <input type="checkbox"/> CON ENFERMERÍA <input type="checkbox"/> SIN ENFERMERÍA	CONSULTA A DOMICILIO <input type="checkbox"/> CON ENFERMERÍA <input type="checkbox"/> SIN ENFERMERÍA	CITA: <input type="checkbox"/> ENFERMERÍA <input type="checkbox"/> MATRONA	TIPO DE RX: ANALÍTICAS: OTRAS (SINTROM, ECG, ECO...):		

Estimado Sr./a:

En relación con la asistencia sanitaria que se le ha prestado en el Centro Sanitario correspondiente al Área de Salud de Cáceres, se le insta para que **en un plazo no superior a 10 DÍAS HÁBILES** a partir del siguiente a la entrega del presente documento, se remita a la **Sección de Cargos a Terceros EXCLUSIVAMENTE** la documentación **QUE SE SEÑALA CON UNA "X"**:

COMPañÍA PRIVADA: **MUTUALIDAD:** **SEÑALAR DESPLAZADO/A:** SI NO
AUTORIZACIÓN ECONÓMICA O CONFORMIDAD DE PAGO con la que el usuario/a tenga concertada la asistencia sanitaria (se recomienda asegurarse que el citado documento es recepcionado por este Departamento).

ACCIDENTE LABORAL (YA SEA CONCERTADO CON MUTUA O SEGURIDAD SOCIAL):
Copia del Parte de Accidente de Trabajo (o de la relación de Accidentes SIN baja laboral) que su empresa ha remitido a la Mutua o INSS con el número de **referencia Delt@** correspondiente.

ACCIDENTE DE TRÁFICO (Datos del accidente): Lugar del accidente: _____ Fecha: _____
 CONDUCTOR Nombre y apellidos del asegurador del vehículo: _____
 OCUPANTE (*)MATRÍCULA: _____ MARCA DEL VEHICULO: _____ ¿Intervino en el accidente más de un vehículo?
 CIA ASEGURADORA: _____ N° PÓLIZA: _____ SI NO

ACCIDENTE DEPORTIVO:
Copia Parte de Accidente con el n° de póliza, así como n° de expediente dado en su caso por la aseguradora, cumplimentado por el Club o Federación que corresponda.
 En el caso de JUDEX-JEDES, deberá presentar la licencia (ficha) y el parte de accidente oficial cumplimentado correspondiente al presente año. **ASISTENCIAS POSTERIORES ACUDA AL MÉDICO DEL SEGURO.**

OTROS MOTIVOS (señalar el que proceda):
 ACCIDENTE ESCOLAR EN CENTROS PRIVADOS **ACCIDENTE DE CAZA** **ACCIDENTE FESTEJO TAURINO** **MORDEDURA ANIMAL**
 SEGURO DE VIAJE **CURSOS (SEXPE)** **ACCIDENTE CASUAL (vía pública, establecimientos)** **OTROS:**

En estos casos NO se presentará documentación alguna. Se recibirá una carta directa del Departamento de Cargos a Terceros.

USUARIOS PAISES MIEMBROS DE LA UNIÓN EUROPEA: Copia de la TSE (tarjeta sanitaria europea) por ambas caras, con periodo de validez NO CADUCADO.

TRANSCURRIDO EL PLAZO ESTABLECIDO SIN RECIBIR CONTESTACIÓN ALGUNA, SE ENTENDERÁ QUE ACEPTA EL PAGO DE LA FACTURA QUE SE EMITIRÁ A SU NOMBRE.

REGLAMENTO (UE) 2016/679: se les informa que firmando este documento aceptan el tratamiento de datos de carácter personal por parte de esta Gerencia como responsable del fichero y sus datos.

Firma de la persona asistida o su tutor/a:

FECHA:

Firma del profesional / Sello institución:

Fdo.: _____

PROFESIONAL SANITARIO/A.: _____ N° COLEGIADO/A:

Los/as mutualistas pertenecientes a MUFACE, ISFAS y MUGEJU pueden optar por concertar la Asistencia Sanitaria directamente con la Seguridad Social o con las Compañías Privadas (Adeslas, Asisa, DKV, Caser, Mapfre, Sanitas, etc). En el caso de haber optado por la **Aseguradora Privada**, en el ámbito rural, pueden acudir a la Seguridad Social teniendo en cuenta los siguientes aspectos para su facturación:

DEBERÁ REMITIRSE EL PRESENTE DOCUMENTO A LA GERENCIA DEL ÁREA DE SALUD PARA SU FACTURACIÓN EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

Cuando usuarios/as de MUFACE, ISFAS y MUGEJU **residentes en la localidad o alrededores**, se les preste alguna de las siguientes asistencias sanitarias:

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS CONTROL SINTROM ANALÍTICAS TRASLADOS EN AMBULANCIA EMERGENCIAS SANITARIAS

→ **MUTUALISTAS DESPLAZADOS CON COMPAÑÍA PRIVADA DE SALUD**, YA SEAN DE OTRA CC.AA. O DE MUNICIPIOS DE EXTREMADURA CON MÁS DE 20.000 HABITANTES (CÁ CERES, BADAJOZ, MÉRIDA, PLASENCIA.....): SE DEBERÁ REMITIR EL CUESTIONARIO POR CUALQUIER TIPO DE PRESTACIÓN SANITARIA, **INCLUIDAS LAS CONSULTAS (MÉDICA, ENFERMERÍA...)**.

OTROS ASPECTOS CLAVE:

- **MODELOS AUTOCOPIATIVOS.** OBLIGATORIAMENTE se entregará la copia FIRMADA al USUARIO/A y el original se remitirá a la SECCIÓN DE CARGOS A TERCEROS.
- **Requisitos mínimos a cumplimentar del Cuestionario.** Serán requisitos mínimos a cumplimentar el NOMBRE COMPLETO, NIF Y TELÉFONO de la persona asistida. EN EL CASO DE PACIENTES EXTRANJEROS SERÁ IMPRESCINDIBLE UN E-MAIL DE REFERENCIA. Además, deberá señalarse con claridad la situación facturable.
- **Remisión del documento.** Tanto el Cuestionario de facturación como los documentos a presentar por los/as usuarios/as se pueden remitir vía FAX, E-MAIL, por correo interno por medio de los Centros de Salud o a través de las unidades de registros de las correspondientes administraciones públicas a la siguiente dirección:

GERENCIA DEL ÁREA DE SALUD DE CÁ CERES - CARGOS A TERCEROS

C/ San Pedro de Alcántara, 3 – 10001 Cáceres Tlfno: 927 256 171 - Fax: 927 256 189

e-mail: faccar.hvmt@salud-juntaex.es

- **Otras situaciones facturables.** Asistencia sanitaria dispensada “por otros motivos”. Siempre que se prevea que existe un tercero/a responsable de esta asistencia se informará a Cargos a Terceros, recogiendo la mayor cantidad posible de datos en el Cuestionario. Son ejemplos de situaciones:
 - Cualquier agresión
 - Mordeduras de perro u otros animales
 - Caídas de caballerías o atropellos de éstas
 - Accidentes en festejos taurinos, fuegos artificiales, atracciones de ferias, eventos públicos...
 - Accidentes de Hipermarcados, piscinas, gimnasios, etc...
 - Accidentes en la vía pública por mala señalización de peligros, obras (...alcantarillas sin cerrar), etc...
 - Accidentes en medios públicos de locomoción (seguros de viajeros)
 - Accidentes o enfermedades de participantes en excursiones organizadas (llevan seguros privados)
 - Cualquier otra situación que entendamos pueda ser facturable.

REGLAMENTO (UE) 2016/679: Los datos de carácter personal se van a incorporar en ficheros automatizados que tiene por finalidad la gestión de expedientes con compañías aseguradoras, mutualidades y Dirección General de Tráfico. Si lo desea, puede ejercitar su derecho a presentar una reclamación ante una unidad de control, así como ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad y limitación del tratamiento previstos en el reglamento. Para ejercer estos derechos, puede dirigirse por escrito a la Gerencia del Área de Salud de Cáceres.