

## CUESTIONARIO PARA LA FACTURACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA CUANDO HAY UN TERCERO RESPONSABLE

(Se ruega rellenar en mayúsculas)

Centro Asistencial:

Código:

Profesional responsable de la asistencia:

Nº de Colegiado/a:

Fecha de la Asistencia:

Hora:

**Datos de la Persona Asistida (en su caso sustituir por etiqueta):**

Apellidos y nombre:

Edad:

NIF.:

Tífnos.:

E-mail:

Domicilio, Localidad, Provincia:

¿Hay traslado en Ambulancia?

Desde:

Hasta:

¿ **ACTIVADO 112?**:

SITUACIÓN FACTURABLE (SEÑALAR LO QUE PROCEDA)

**COMPAÑÍAS PRIVADAS**

**MUTUALISTA** (Táchese lo que proceda):

**SÍ**

**NO**

Nombre de la Compañía Aseguradora:

Nº póliza:

**Asistencia Sanitaria dispensada por ACCIDENTE LABORAL:**

Lugar del accidente:

Fecha:

Nombre de la Empresa:

Tífnos.:

**Asistencia Sanitaria dispensada por ACCIDENTE DE TRÁFICO:**

Lugar del accidente:

Fecha:

Nombre y apellidos del propietario del vehículo:

Matrícula:

Aseguradora:

Nº póliza:

¿Intervino en el accidente más de un vehículo? :

Datos:

**Asistencia Sanitaria dispensada a personas con derecho de la COMUNIDAD EUROPEA:**

Adjuntar fotocopia de la TSE (tarjeta sanitaria europea) a su nombre (no del progenitor) y con periodo de validez actualizado.

Con más de una asistencia - Mes:

Días:

**POR OTROS MOTIVOS (accidentes caza, deportivos, escolares...) Especificar:**

### TIPO DE ASISTENCIA PRESTADA

URGENCIAS  <input type="checkbox"/>	<b>CONSULTA MÉDICA</b>	<b>CONSULTA A DOMICILIO</b>	<b>CITA ENFERMERÍA</b> <input type="checkbox"/>
	CON ENFERMERÍA <input type="checkbox"/> SIN ENFERMERÍA <input type="checkbox"/>	CON ENFERMERÍA <input type="checkbox"/> SIN ENFERMERÍA <input type="checkbox"/>	OTRAS PRESTACIONES: RX ANÁLISIS OTRAS PRUEBAS

### COMPROMISO

**Me comprometo** al pago derivado, según tarifa vigente, de la asistencia sanitaria que se me ha prestado en este Centro Sanitario, al encontrarme en una de las siguientes situaciones:

- Tener concertada la Asistencia Sanitaria con una Aseguradora Privada y no aportar la "Autorización" o "conformidad" de ésta, haciéndose cargo de los gastos ocasionados.
- No entregar copia del Parte Accidente de Trabajo remitido por la Empresa a su Mutua Patronal.
- No entregar el cuestionario de Accidente de Tráfico, debidamente cumplimentado con los datos de los vehículos implicados y las circunstancias del accidente.
- No entregar copia del Seguro del Cazador.
- No entregar copia Parte Accidente Deportivo emitido por la Entidad o Federación correspondiente.
- No presentar la TSE o tenerla caducada.
- Otros (especificar) :

En caso de presentar la documentación solicitada quedará sin efecto este compromiso.

Lugar y fecha:

Sello Institución.

Firma de la persona asistida o su tutor/a:

Firma del profesional:

Fdo.: \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

## CONVENIO RURAL MUFACE, ISFAS Y MUGEJU CON LA SEGURIDAD SOCIAL

El Convenio de colaboración entre la Comunidad Autónoma de Extremadura y dichas Mutualidades viene siendo prorrogado anualmente. Los/as mutualistas pertenecientes a MUFACE, ISFAS y MUGEJU pueden optar por recibir la Asistencia Sanitaria directamente de la Seguridad Social o de las Compañías Privadas (Adeslas, Asisa, Caser, Mapfre, Sanitas, etc). En caso de optar por la Aseguradora Privada, en el ámbito rural, pueden acudir a la Seguridad Social en función de este Convenio, teniendo derecho a:

### DERECHOS:

Los/as beneficiarios/as de MUFACE, ISFAS y MUGEJU, en el ámbito rural tienen derecho:

- En Municipios del **ANEXO II (Casar de Cáceres, Miajadas y Trujillo)** a:
  - **Urgencias, exclusivamente (pero NO en horario de 8 a 15 de Lunes a Viernes LABORABLES)**
- En Municipios del **ANEXO I** (Todos los del Área de Salud, excepto los relacionados en el Anexo II) a:
  - **Urgencias.**
  - **Medicina General y Pediatría.**
  - **A.T.S / Enfermer@ y Matrón/a.**
  - **NO** tienen derecho: analíticas, pruebas diagnósticas, medicamentos, CONTROL DE SINTRÓN...

### ASPECTOS CLAVE:

Cualquier otro servicio prestado (al margen de los expresados) es susceptible de ser facturado a los/as pacientes o a sus aseguradoras:

- **Pago.** Las aseguradoras tienen obligación de abonar la factura siempre que la persona beneficiaria aporte el documento "autorización" o "conformidad" emitido por aquellas. Por ello, es imprescindible que el Cuestionario venga firmado por el /la paciente o por su tutor/a.
- **Urgencias.** En todos los casos se atenderán las urgencias sin necesidad de comunicación siempre y cuando el /la paciente pertenezca a MUFACE, ISFAS o MUGEJU, en municipios del Anexo I. En los del Anexo II cuando la atención en urgencia sea en horario laboral de 8 a 15, de Lunes a Viernes, también deberán firmar el Cuestionario o presentar dicha autorización o conformidad.
- **Requisitos mínimos a cumplimentar del Cuestionario.** Serán requisitos mínimos a cumplimentar el NOMBRE COMPLETO, NIF Y TELÉFONO de la persona asistida, al igual que las firmas tanto del personal facultativo como del/de la paciente, así como la fecha y tipo de asistencia dispensada.
- **Remisión del documento.** El Cuestionario Anexo se remitirá por FAX, E-MAIL o por correo ordinario a Cargos a Terceros. Los originales firmados, podrán o remitirse a Cargos a Terceros o archivarlos en el Centro de Salud (por si fuera necesario a acudir al Juzgado).

**CARGOS A TERCEROS.-** Gerencia del Área de Salud de Cáceres.

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

E-mail: [faccar.hvmt@ses.juntaextremadura.net](mailto:faccar.hvmt@ses.juntaextremadura.net)

- **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 Hipermercados, 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

**OBSERVACIÓN:** Un/a accidentado/a de tráfico puede ser al mismo tiempo de trabajo y puede estar adscrito/a a una Aseguradora. Cuando los datos que tomemos pertenezcan a una persona extranjera, deben ser lo más claros y completos posibles (mayúsculas), incluido el código postal, con fotocopias de cualquier documento acreditativo, DNI, pasaporte, carnet de conducir. Cualquier omisión de una letra, en otro idioma, puede implicar la imposibilidad de contactar y facturar.

Sección de Cargos a Terceros - Gerencia del Área de Salud de Cáceres - San Pedro de Alcántara, 3  
10001-CÁCERES Tlfno.: 927256171 Fax.: 927256189

<http://www.areasaludcaceres.es/index.php?id=289&zona=gestion&color=gestion>

EJEMPLAR PARA EL SES / USUARIO