

Cuestionario de Facturación de Asistencia Sanitaria

Datos de la Persona Atendida (o etiqueta identificativa)				Traslado en Ambulancia	
Nombre y Apellidos:				SI	NO
D.N.I.:		Edad:		Desde:	
Dirección postal:				Hasta:	
Teléfono/s:				Activado Emergencias 112	
				SI	NO

Estimado Sr. /Sra.:

En relación con la asistencia sanitaria que se le ha prestado en el Centro Sanitario correspondiente a la Gerencia del Área de Salud de Coria, 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 la **Sección de Facturación y Cargos a Terceros EXCLUSIVAMENTE** la documentación que se señala con una "X":

Cumplimentar y Marcar la Situación Facturable	
	<p>COMPañIA PRIVADA (INCLUIDOS MUTUALISTAS): Documento emitido por la Entidad con la que el enfermo o lesionado haya declarado tener concertada la asistencia sanitaria, en el que conste "autorización económica" o "conformidad de pago". Se aseguren que el documento es recepcionado por esta Sección. En el caso de pacientes con Seguridad Social DERIVADOS DE CLÍNICAS PRIVADAS por haber optado por compañía privada: Fotocopia del documento que acredite el nombre de la Entidad con la que tiene contratada la asistencia sanitaria (tarjeta sanitaria, póliza o recibo). En su caso, si lo estiman conveniente, pueden aportar la autorización económica de la compañía de salud.</p>
	<p>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. En los accidentes laborales SIN BAJA, al no poderse emitir hasta los cinco primeros días del mes siguiente al hecho causante, el plazo de 10 días hábiles de entrega del parte empezará a computar a partir del sexto día del mes siguiente al accidente. SI NECESITA ASISTENCIAS POSTERIORES ACUDA AL MÉDICO DE SU MUTUA.</p>
	<p>ACCIDENTE DE TRÁFICO: Hoja informativa del accidente de tráfico facilitada por el Centro sanitario debidamente cumplimentada.</p>
	<p>ACCIDENTE DEPORTIVO: Copia del Parte de Accidente con el nº 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, además, la licencia (ficha) y el parte de accidente debidamente cumplimentado correspondiente al presente año.</p>
	<p>ACCIDENTE ESCOLAR EN CENTROS PRIVADOS O CONCERTADOS: Copia del Parte de Accidente Escolar que su centro ha debido tramitar a su Aseguradora Privada, en dicho parte se hará constar el Nº de Póliza y Nº de Expediente o siniestro.</p>
	<p>ACCIDENTE DE CAZA, ACCIDENTE EVENTO PÚBLICO, FESTEJO TAURINO, MORDEDURA ANIMAL, CAIDA DE CABALLO, SEGURO DE VIAJE (EXCURSIONES) O TRANSPORTE DE PERSONAS, CURSOS.: Copia del recibo del Seguro, con su número de póliza e IMPRESCINDIBLEMENTE Nº de Expediente o siniestro, o datos de contacto del tercero responsable.</p>
	<p>ACCIDENTE CASUAL (Vía Pública, Establecimientos...): No se presentará documentación alguna. Se recibirá una carta directa del Departamento de Cargos a Terceros.</p>
	<p>USUARIOS PAISES MIEMBROS DEL ESPACIO ECONÓMICO EUROPEO: Copia de la Tarjeta Sanitaria Europea (TSE) a su nombre (no del progenitor) y con periodo de validez NO CADUCADO.</p>
	<p>PACIENTE EXTRANJERO O COMUNITARIO SIN TSE (VER DORSO)/FOREIGNER PATIENT (ON THE REVERSE):</p>

Otros datos			
Compañía o Mutua Aseguradora Privada:			
Número de Póliza:			
Autorización de la Compañía (adjuntar):	SI	NO	Fecha:

FECHA:

Sello Institución:

FIRMA de la persona asistida o acompañante:
(Acompañante: incluir Nombre completo y NIF)

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

**PACIENTE EXTRANJERO O COMUNITARIO SIN TARJETA SANITARIA EUROPEA
(FOREIGN PATIENT OR PATIENT COMMUNITY WITHAOUT A EUROPEAN
HEALTH INSURANCE CARD)**

Dear sir /madam:

Regarding with the sanitary assistance that was given to you in the Medical Center corresponding to the Area of Health of CÁCERES, you are urged in a **period not superior to 10 working days** from he following one to the delivery of the present document, to sent to the SECCIÓN DE CARGOS A TERCEROS one of the following documents:

- Document issued by your Health Insurance Company or any other company giving the conformity to the sanitary caused expense, with his Tax Information and delivery address for invoice.
- Certifying documentation that verifies the right to the sanitary assistance issued by the National Health Service in Spain recounted to the period of the medical assistance.
- Any document that accredits the right to the sanitary assistance in Spain or CC.AA. Extremadura: ASISTENCIA SANITARIA DE SEGUIMIENTO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA (PASCAEX)”.

Documentation can be sent by e-mail:
cargos.hccr@salud-juntaex.es

Of not receiving answer in that regard during the established period, this management area will issue the invoice in your name with the medical generated expenses.

LEGISLACIÓN APLICABLE:

- Real Decreto 1030/2006, de 15 de Septiembre (BOE N° 222, de 16/09/06) que regula la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (ANEXO IX de “Asistencia sanitaria cuyo importe ha de reclamarse a los terceros obligados al pago”).
- Ley 18/2001, de 14 de Diciembre (DOE 27/12/01), sobre tasas y precios públicos de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- Decreto 272/2005, de 27 de Diciembre (D.O.E. n° 150, de 31/12/05) por el que se establecen y regulan los precios públicos correspondientes a los servicios sanitarios del Servicio Extremeño de Salud.
En su art. 2.2 se establece: “En los supuestos de terceros obligados al pago, por tratarse de gastos no financiados con ingresos de la Seguridad Social, si el paciente no facilita los datos del tercero obligado para su correcta facturación, el gasto asistencial será a su cargo”.
- Ley 30/1992, de 26 de Noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (boe núm. 285, de 27 de Noviembre de 1992), modificada por la Ley 4/1999.