

MANUAL DE CRITERIOS PARA LA APLICACIÓN DEL CONVENIO DE ASISTENCIA A LESIONADOS DE ACCIDENTES DE CIRCULACIÓN EN CENTROS HOSPITALARIOS PRIVADOS (VERSIÓN 16.09.21) .

ÍNDICE

Alcance y oportunidad del manual de criterios	2
Criterios en materia de atropellos	4
Criterios sobre la consideración de conductor, ocupante o peatón	5
Criterios en materia de tipología de accidentes	7
Criterios en materia de nexo causal: criterio de intensidad en la lesión ambulatoria	8
Criterio sobre comunicación de continuidad de tratamiento.	12
Criterios en materia de facturación	12
Criterios en materia de información médica.	12
Criterios sobre la tipología de vehículo.	13
Cláusula final	13

Alcance y oportunidad del manual de criterios

1.- El Convenio de Asistencia Sanitaria Privada tiene por objeto establecer los mecanismos necesarios para prestar y para abonar la asistencia sanitaria integral, tanto hospitalaria como ambulatoria, a los lesionados por hechos de la circulación hasta su total sanación o hasta la estabilización de las secuelas.

A través de estos mecanismos se pretende, por una parte, la simplificación y agilización de los trámites y gestiones administrativas que, en aplicación de las obligaciones derivadas de las asistencias sanitarias prestadas al amparo del Convenio, surjan entre los centros asistenciales y las entidades aseguradoras que se adhieran al mismo; por otra parte, se consigue tutelar los derechos de los lesionados, quienes pueden recibir la asistencia prevista en el Convenio sin necesidad de tener que anticipar los gastos derivados de la asistencia recibida y, en definitiva, sin tener como preocupación el coste final de la asistencia que reciben.

A estos efectos, establece mecanismos dirigidos a procurar:

- Que los centros asistenciales que se adhieren al Convenio reúnan una serie de requisitos previos, recogidos en éste, en cuanto a profesionalidad, capacidad y calidad asistencial.
- Un adecuado seguimiento sobre la corrección y adecuación de los procesos asistenciales prestados a los lesionados.
- La fiabilidad y transparencia en la actuación tanto de los centros asistenciales como de las entidades aseguradoras que se adhieran al mismo.
- La seguridad y agilidad de los pagos inherentes a las prestaciones asistenciales derivadas de la aplicación de este Convenio.
- Estabilidad y certidumbre al precio de los distintos tipos de asistencias prestadas y, en consecuencia, a una parte relevante de la prima del seguro.

En el Convenio se recoge y regula tanto la creación de una Comisión Nacional y la de posibles Subcomisiones territoriales como las competencias y normas de funcionamiento de éstas. La Comisión y las Subcomisiones se constituyen para interpretar el contenido del Convenio, resolver eventuales discrepancias y realizar el seguimiento de la aplicación de sus cláusulas.

2.- En la práctica, la aplicación diaria del Convenio da lugar, como es lógico, a dudas interpretativas sobre algunas de sus cláusulas, y a incidencias y divergencias que es preciso abordar con la finalidad de que, resolviéndolas, la gestión de las asistencias y su facturación y pago se pueda llevar a cabo con agilidad y sin generar problemas a los lesionados accidentados de tráfico. Al mismo tiempo, se hace preciso que la resolución de estas dudas, incidencias y discrepancias sea homogénea. La homogeneidad y coherencia en la resolución de las discrepancias se materializa en la formación de criterios sobre determinadas materias que se plantean de modo recurrente; al mismo tiempo, la formación de los criterios permite que las dudas y las incidencias recurrentes se resuelvan con la homogeneidad y la consistencia pretendidas.

De ahí que las partes que han celebrado el Convenio consideren idóneo incorporar los criterios acordados entre ellas en un Manual que, sin ser parte del Convenio, sea un instrumento que lo complemente para facilitar la resolución práctica de las incidencias.

3.- Al emanar necesariamente del propio Convenio, estos criterios interpretativos de carácter operativo pretenden facilitar el cumplimiento rápido y riguroso de las obligaciones de pago indemnizatorio de las entidades aseguradoras y del Consorcio de Compensación de Seguros y de las obligaciones asistenciales de los centros sanitarios; por tanto, los criterios tienen como referencia la protección de las víctimas de los accidentes de circulación.

4.- La aprobación en estos momentos de este Manual se considera muy oportuna por las partes: tiene la ventaja de que recoge de una forma sistematizada una variedad de aspectos que han suscitado en el pasado o suscitan en la actualidad controversia entre las partes y les da la solución que éstas han decidido libremente y con un enfoque conciliador. De ahí que la formalización y aprobación de este Manual no deba esperar a la renovación de la vigencia del Convenio ni a la alternativa aprobación de un nuevo Convenio que sustituya al vigente a la expiración de éste. Se trata de poder resolver las incidencias que están pendientes de tramitación y decisión en estos momentos y de aquellas otras que pudieran surgir en el transcurso del tiempo que resta hasta la fecha de vencimiento del Convenio.

Además, nada impide, por la propia naturaleza del Manual, que su contenido pueda ir variando sin necesidad de que se modifique el marco del Convenio, con un espíritu de continuidad y de adaptación al tiempo.

5.- Sobre la base de lo señalado en el número 4 anterior, este Manual se sustenta en los siguientes principios:

- La determinación de la imputabilidad del pago del gasto sanitario se deriva del conjunto de la documentación intercambiada en cada caso concreto, sin atender criterios de responsabilidad civil.
- Corresponde a la Comisión Nacional la interpretación del articulado del Convenio.
- Los criterios publicados en este Manual son una referencia general para facilitar la resolución rápida de las cuestiones que en la práctica de la gestión de la facturación suscitan dudas habituales entre las partes que suscriben el Convenio. Sin embargo, esto no implica que en alguna ocasión no se puedan presentar casos particulares y singulares en los que, por razón de la singularidad y la existencia de documentación específica o de la legislación aplicable al asunto, se considere conveniente que prevalezcan las singularidades del caso sobre las reglas generales del Manual y se pueda adoptar una decisión o forma de actuación distinta o, al menos, no idéntica a la que contempla este Manual. Por tanto, ni el Manual lleva a un automatismo extremo que impida en un caso singular apartarse en todo o en parte de un criterio previamente acordado e incorporado a su texto, ni la apreciación de estos casos singulares significa en modo alguno que las partes hayan decidido derogar o modificar el criterio previsto para la gran generalidad de los casos no excepcionales.
- Prevalece el fondo del asunto que viene determinado por el conjunto de la documentación aportada en el diálogo.

- Los criterios tienen por objeto facilitar la determinación indicada en el primer punto, al objeto de evitar la reclamación entre las partes firmantes del Convenio por otras vías, incluida la judicial.
- Los criterios contenidos en el presente Manual se aplican exclusivamente en el marco de la interpretación y de la gestión del Convenio de Asistencia Sanitaria Privada, sin que en ningún caso quepa atribuirles la naturaleza de criterio ni de precedente para la imputación de responsabilidad civil ni para la gestión de indemnizaciones por conceptos distintos a los gastos hospitalarios y asistenciales.
- Al estar circunscrita la validez de los criterios de este Manual a este Convenio y no surtir efecto alguno fuera de dicho ámbito, los criterios no se aplicarán en las relaciones entre el lesionado y la entidad responsable de los daños, en las que regirán los criterios generales de responsabilidad civil. En consecuencia, si el lesionado viera rehusada su reclamación sobre la base de los criterios establecidos en el Convenio y en este Manual, nada impedirá que se dirija a la entidad aseguradora del vehículo responsable de los daños para reclamar sobre la base de los principios y criterios de responsabilidad civil del Código Civil y de la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor (en adelante LRCSCVM). El rehusé producido en el marco del Convenio y con arreglo a los criterios del Manual de ninguna forma constituyen un precedente que deba seguirse en las relaciones ajenas al Convenio.

6.- En el acuerdo por el que se establezca un criterio se concretará la fecha de entrada en vigor del criterio y se precisará si tiene o no carácter retroactivo para su aplicación a asistencias y casos que se encuentren pendientes de resolución en el momento de la aprobación del criterio. En el acta de la sesión de la Comisión Nacional que corresponda constará el tenor literal del criterio que se acuerde.

7.- Este Manual será puesto a disposición de las entidades aseguradoras y del Consorcio de Compensación de Seguros (CCS en adelante), así como de los centros sanitarios adheridos al Convenio a través de la plataforma TIREA-CAS, y será remitido a los interlocutores que hubieran designado, y a los miembros de la Comisión Nacional y de las Subcomisiones

Criterios en materia de atropellos

- Peatón impactado por el cuerpo de un ocupante de una motocicleta.

Corresponderá el pago a la aseguradora de la motocicleta o al CCS en su caso, tanto si quien golpea al peatón está subido a ella, como si hubiera caído y le golpeará con su cuerpo.
- Peatón que tropieza y se golpea con un vehículo que circula a su lado.

Se considera atropello y, por lo tanto, deberá hacer frente a los gastos sanitarios la aseguradora, o el CCS en su caso, del vehículo que le ha golpeado.

- Atropello por varios vehículos, sin que se pueda determinar las lesiones que derivan de cada uno de los atropellos producidos.

Se hará cargo del pago de la totalidad de las lesiones producidas la aseguradora, o el CCS en su caso, del vehículo que primero hubiera golpeado o atropellado.

- Apertura de puerta, y colisión, causando lesiones, con peatón o ciclista.

Se considerará atropello y, por lo tanto, deberá hacer frente a los gastos sanitarios la aseguradora del vehículo, o en su caso el CCS.

- Peatón o ciclista lesionado como consecuencia de un golpe producido contra un vehículo correctamente estacionado.

No se considerará como vehículo interviniente al que se encuentra correctamente estacionado y, por lo tanto, no será de aplicación el Convenio. Excepcionalmente, se le considerará interviniente cuando quede acreditada mediante atestado o prueba similar que la causa del accidente procede del vehículo estacionado, (ej. incendio espontáneo, fallos mecánicos y circunstancias análogas).

- Peatón que cae a la calzada sin existir contacto directo con el vehículo que circula próximo a él.

No se considerará al vehículo que circula como vehículo interviniente y, por lo tanto, no será de aplicación el Convenio, excepto en el supuesto de que la caída a la calzada hubiese sido provocada por el vehículo y ello quedara acreditado mediante atestado u otra prueba objetiva.

Criterios sobre la consideración de conductor, ocupante o peatón

- Conductor/ocupante que sale despedido de un vehículo y es atropellado por otro.

Mantendrá la consideración de conductor/ocupante que ocupaba en el vehículo en el que viajaba y, por lo tanto, le corresponderá el pago a la aseguradora del vehículo en el que viajaba.

- Conductor/ocupante de vehículo en circulación lesionado como consecuencia de un fallo mecánico, de un aparato de climatización, intoxicación por humo, etc.

El lesionado tendrá la misma consideración de ocupante/conductor que ocupaba en el vehículo y, por lo tanto, le corresponderá el pago a la entidad aseguradora del vehículo en el que viajaba.

- Conductor de un vehículo que sufre un ictus, desmayo, ataque corazón y, como consecuencia de este, sufre un accidente.

El Convenio solamente será de aplicación para el tratamiento de aquellas lesiones traumáticas que tengan su origen en el accidente, pero no para los gastos sanitarios derivados específicamente de tales procesos generadores del accidente pero no derivados de éste (ictus, desmayos, ataques del corazón o situaciones similares).

- Ocupantes de vehículo de transporte público, cuando éste se encuentra parado o estacionado en lugares destinados para subida o bajada de viajeros.

No será de aplicación el Convenio cuando los viajeros resulten lesionados en la acción de subida o bajada del vehículo, así como en los casos de atrapamiento por las puertas, siempre que el vehículo esté detenido. En estos supuestos, la determinación del seguro que, en su caso, debería cubrir dichos gastos (SOA o SOVI) se realizará al margen de las reglas de imputación de pago contempladas en este Convenio.

- Conductor/ocupante de un vehículo que sufre un accidente fuera de España.

Serán de aplicación las normas del Convenio a las atenciones sanitarias que se produzcan con posterioridad en un centro adherido al Convenio.

- Alumno/profesor de vehículo de autoescuela que sufren lesiones como consecuencia de un accidente en el que interviene un único vehículo.

A los efectos de aplicación del Convenio, se considerará conductor al profesor y el alumno tendrá la consideración de ocupante. En el caso de vehículos de 3ª categoría, en los que no viaje el profesor, se considerará como conductor al alumno que es quien realmente maneja dicho vehículo.

- Ocupantes de vehículos que viajan fuera de los espacios de éstos destinados para el transporte de personas.

No será de aplicación el Convenio, salvo que ocuparan estos espacios por motivo de cabalgatas, desfiles y fiestas tradicionales organizadas por entidades locales, o que se tratara de vehículos con autorización administrativa para transportar personas en lugares destinados habitualmente para carga y el accidente se hubiera producido en el trayecto correspondiente al desplazamiento al lugar de trabajo o regreso del mismo o en los trayectos intermedios por motivo de cambio del lugar de trabajo.

- Ocupantes de vehículos que superan el número de plazas legalmente permitidas.

Se abonarán las asistencias de todos los ocupantes, salvo que concurran otras circunstancias previstas en el Convenio o en este Manual de Criterios que excepcionen este pago.

No será motivo de rechazo del pago la circunstancia de que la ocupación del vehículo en el que viajaban los lesionados excedía del número de plazas legalmente permitidas, aunque ello fuera causa del accidente.

- Condición de peatón.

A efectos de este Convenio, tendrán la consideración de peatón las personas que conducen u ocupan patinetes, bicicletas, u otros aparatos similares que, aunque fueran propulsados o ayudados por mecanismos /motores eléctricos facilitan el transporte, pero están exentos de obligación de suscribir el SOA.

- Condición de conductor, ocupante o peatón.

El conductor no pierde su condición en los supuestos de atropello por el propio vehículo sin haber otro vehículo implicado. No obstante, la entidad aseguradora o el CCS estarán obligados a abonar la asistencia necesaria para cubrir la urgencia vital del lesionado, estableciéndose un límite máximo de prestación de 8 días de estancia hospitalaria u o en UVI.

Se considera urgencia vital la condición clínica que implica riesgo de muerte o secuela funcional grave para el paciente en caso de no recibir atención médica inmediata. La urgencia vital no equivale en modo alguno a la asistencia médica de urgencia, radicando la diferencia en el riesgo vital que implica la falta de intervención inmediata.

Criterios en materia de tipología de accidentes

- Frenazo sin colisión directa con otro vehículo.

Serán objeto del Convenio las asistencias sanitarias que se produzcan como consecuencia de traumatismos a ocupantes producidos por el frenazo o maniobras del vehículo, excepto los supuestos de traumatismo menor de columna vertebral.

- Accidente con un vehículo que se da a la fuga.

Para considerar que un vehículo interviene, deberá probarse mediante atestado o resolución judicial que acredite la intervención activa en el siniestro de un vehículo que se ha dado a la fuga, no siendo válidas las meras denuncias que se presenten por los afectados.

Criterios en materia de nexos causales: criterio de intensidad en la lesión ambulatoria

1.- Consideraciones previas sobre la necesidad y el enfoque del criterio a las que se atienen las partes que lo acuerdan:

El criterio que se ha acordado aplicar por las partes que suscriben el Convenio se refiere a una materia de muy difícil diagnóstico y generadora de muchas incertidumbres, ya que su objeto es la gestión de las atenciones por lesiones que no son objetivables a través de pruebas médicas complementarias y que se fundamentan esencialmente en la propia declaración del lesionado sobre sus dolencias. Las partes que han acordado el criterio reconocen, por una parte, que las colisiones de muy baja intensidad pueden excepcionalmente, con una muy baja probabilidad, generar lesiones temporales y, más difícilmente, en ocasiones alguna secuela; pero, al mismo tiempo, son conscientes de que, en otras ocasiones, pueden generar simulaciones e intentos de fraude que, además, son difíciles de detectar.

Las incertidumbres inherentes a estas situaciones constituyen un frecuente obstáculo para gestionar con rapidez y con automatismo las asistencias y su facturación, generando discrepancias que, desde hace ya mucho tiempo, llegan con cierta frecuencia a colapsar la vida del Convenio, poniéndola en peligro.

Las partes han acordado este criterio con la intención de conservar intactos los mecanismos del Convenio y, a la vista de lo delicado e incierto de la materia, lo hacen con suma prudencia y estableciendo algunas salvedades que se consideran imprescindibles.

Además, los centros sanitarios, las entidades aseguradoras y el CCS consideran necesario que sus representantes en la Comisión y en las Subcomisiones presten especial atención a eventuales malas prácticas que, no siendo ocasionales ni aisladas, puedan poner en riesgo, por su carácter reiterado y abusivo, la ponderación con la que se ha redactado el criterio aprobado.

El criterio tiene un marcado carácter práctico; se ha construido sobre la base de los **mecanismos** del Convenio y, por tanto, al margen del principio de la responsabilidad civil; se fundamenta documentalmente en la complementariedad entre un informe médico y uno de biomecánica; establece un umbral que se estima manifiestamente prudente por la doctrina técnica sobre la materia; y se inspira, por encima de todo, en la mutua confianza entre las partes que intervienen en la prestación de la asistencia sanitaria y en el pago de ésta.

Finalmente, se constituye un grupo ad hoc para el seguimiento de este criterio, cuya composición y funciones se establecen en el número 8 de este criterio.

2.- Criterio general para documentar el rechazo

El rechazo por parte de una entidad aseguradora o por el CCS del coste de una asistencia por considerar ausencia de relación causal por criterio de intensidad requerirá la aportación de un informe médico elaborado y firmado por especialista en valoración del daño corporal (en adelante VDC) y de un informe biomecánico elaborado y firmado por un ingeniero titulado técnico o superior.

En el informe médico se hará constar si quien lo suscribe tiene conocimiento del informe de biomecánica y si sus conclusiones se apoyan o son completamente independientes del citado informe de biomecánica.

3.- Acerca del informe médico VDC.

El informe médico deberá ser elaborado y firmado por un especialista en valoración de daño corporal.

Dicho informe deberá basarse en los informes médicos relativos a la asistencia sanitaria prestada a los lesionados; en los informes de las pruebas complementarias realizadas, si existieran y se hubieran facilitado a la entidad; y en el análisis de la congruencia entre el mecanismo de producción de lesiones, la sintomatología, y objetivaciones en la exploración física realizada por el centro asistencial e informada previamente. Para ello, los centros sanitarios se comprometen a aportar la información clínica de la que dispongan en ese momento y que guarde relación directa con la asistencia sanitaria reclamada. De conocerse, el informe señalará tanto la edad del lesionado como patologías previas al accidente.

Si el informe médico se hubiera emitido sin exploración física del lesionado, por el especialista en VDC se hará constar de modo expreso y con claridad en el informe.

El médico deberá relacionar en su informe todas las fuentes utilizadas para su elaboración, incluyendo en su caso el informe de biomecánica. Expresará también aquellas de esas fuentes que no hubiese tomado en consideración y el motivo de ello.

4.- Acerca del informe biomecánico.

4.1.- Las partes reconocen la necesidad de disponer de informes de calidad y rigor técnico. Las entidades aseguradoras se comprometen, por ello, a supervisar que la asignación de estos informes se realiza cuidadosamente en favor de profesionales expertos o de organizaciones especializadas.

4.2.- El informe biomecánico deberá contener de forma diferenciada todos los requisitos que se describen en la estipulación 4.1.4 del texto del Convenio.

Se validarán exclusivamente los informes biomecánicos que incluyan información de ambos vehículos implicados.

4.3.- Excepcionalmente, será suficiente con las fotografías de uno de los dos vehículos cuando no sea posible la obtención de las de ambos, en los siguientes supuestos:

- Vehículo que hubiera sido objeto de desguace, lo que parece improbable dados los plazos que estipula el Convenio.
- Vehículo desconocido.
- Vehículo sin seguro.
- Vehículo extranjero que no se encontrara ya en España en el momento de realizar el informe de biomecánica.
- No poder disponer de las correspondientes fotografías del vehículo contrario, por falta de colaboración del propietario del vehículo, o por negativa de éste a que el vehículo sea verificado por la entidad aseguradora o por el CCS. Esta negativa y la imposibilidad de poder aportar el dato se deberá justificar documentalmente, detallando las acciones desarrolladas, y al menos aportando dos correos

electrónicos enviados al propietario/ asegurado del vehículo solicitando la fotografía del vehículo.

4.4.- Siempre que sea posible se deberá incorporar la peritación o descripción de los daños del vehículo, o bien informar si el vehículo no ha sido reparado y/o el vehículo no ha sufrido daños. No obstante, en este supuesto, el centro sanitario podrá enviar el asunto junto con el correspondiente informe médico a la Subcomisión para que valore la información en su conjunto y emita dictamen respecto a la posibilidad de que se hayan causado lesiones, sin que prevalezca la regla general de la estipulación 4.3. del Convenio.

4.5.- El informe biomecánico siempre deberá contener las fotos y la valoración de daños del vehículo en el que viajan los lesionados.

Se detallarán, cuando sean conocidos, los siguientes datos: el número de ocupantes en ambos vehículos y la utilización o no del cinturón de seguridad por el lesionado en concreto; el peso de los vehículos (que cabe consultar en su ficha técnica) y el de la carga transportada.

4.6.- El informe biomecánico contendrá la descripción detallada de los daños del vehículo, salvo que no haya colaboración probada del propietario asegurado del vehículo. La prueba de la falta de colaboración requerirá acreditar el envío de dos correos electrónicos de solicitud al propietario/ asegurado. Se incluirán siempre que sea posible los daños materiales más allá de la mera cuantificación de la reparación del vehículo (posibles daños estructurales).

5.- Criterios para posibles rechazos por criterio de intensidad.

5.1.- Consideración previa:

Las partes reconocen el derecho a someter a la Subcomisión, para que puedan ser objeto de explicación, valoración y resolución individualizadas atendiendo a particularidades concretas del lesionado o del accidente, aquellos casos singulares que se estimara que no encajan en las reglas de este criterio.

De la misma forma, las partes reconocen que el uso abusivo y no ocasional de esta facultad puede dejar vacío de contenido en la práctica el criterio, que se ha acordado precisamente para ser aplicado de modo efectivo, por lo que se comprometen a restringir la utilización de esta facultad a circunstancias especiales, de las que se hará una explicación previa y clara de su singularidad en la sesión que corresponda de la Subcomisión.

5.2.- Regla General:

La entidad aseguradora o el CCS podrá rechazar el parte de asistencia ambulatoria o interrumpir la aplicación del Convenio cuando, además de aportar un informe médico VDC que concluya la inexistencia de nexo causal, el informe biomecánico, elaborado de acuerdo con los criterios establecidos en este Manual, establezca la existencia de un Delta V inferior o igual a 6 Km/h, y una aceleración igual o inferior a 2G. Para que surta los efectos pretendidos, el informe biomecánico deberá contener siempre el dato del delta V, sea éste inferior, igual o superior a 6, sin que baste incluir el dato de la aceleración.

5.3.- Excepciones a la Regla General:

En los supuestos de las personas que hayan cumplido 65 años o que aún no hayan cumplido 14 años debido a su especial vulnerabilidad no se aplicará el rehúse por nexo de intensidad.

La entidad aseguradora no podrá rechazar por criterio de falta de nexo de intensidad cuando el lesionado presente una de las siguientes patologías previas acreditadas con

informe médico de fecha anterior al accidente, y el Delta V sea superior a 4 Km/h: esclerosis, ELA, cirugías previas de columna, escoliosis grave, enfermedad de tejido conectivo (Ehlers-Danlos), y espondilitis anquilosante.

La entidad aseguradora no podrá rechazar por criterio de falta de nexo de intensidad cuando el vehículo en el que viajen los lesionados disponga de una bola remolque.

6.- Resolución en Subcomisión de rechazos por criterio de intensidad.

Independientemente de los criterios establecidos como normas de aplicación general en la resolución de los expedientes sometidos a las Subcomisiones siempre queda abierta, la posibilidad de que tanto los centros sanitarios como las entidades aseguradoras o el CCS, decidan someter a su arbitrio casos que se separen de dichos criterios y que se justifiquen en criterios médicos o de otra índole de cada caso concreto.

Además, desde el punto de vista del lesionado, estos criterios se aplican a efectos del Convenio, sin que nada impida que, en caso de rehúse en el marco de este Convenio, el lesionado ejerza su derecho a reclamar fuera de este ámbito, directamente a la entidad responsable de los daños, en cuyo caso serían de aplicación los criterios generales de responsabilidad civil del Código Civil y de la LRCSCVM, no necesariamente coincidentes con los de este Convenio.

7.- Comunicación del rechazo.

La entidad aseguradora o el CCS comunicarán al lesionado el rechazo, explicando con claridad las razones del acuerdo y relacionando los informes y demás documentos o datos que le hubieran dado soporte. Ante la eventualidad de que no dispusieran de datos para, la comunicación directa al lesionado, ésta se enviará al centro que hubiera estado prestando la asistencia, el cual la remitirá al lesionado.

En dicha comunicación también se le informará que podrá continuar con la reclamación de su asistencia sanitaria a la entidad aseguradora del vehículo responsable del accidente, y que a ésta se le aplicarán los principios de responsabilidad civil contemplados en la LRCSCVM.

Asimismo, en esta comunicación será informado el lesionado de que el tratamiento que pueda recibir por el mismo motivo y en el mismo centro sanitario quedará, a todos los efectos, fuera del ámbito del Convenio de Asistencia Sanitaria Privada.

8.- Grupo de seguimiento designado por la Comisión Nacional.

La Comisión Nacional designará a los miembros de un grupo para el seguimiento de este criterio.

Este grupo estará integrado por tres representantes de los centros sanitarios, dos de las entidades aseguradoras y uno del CCS.

Los citados representantes, por sus contrastadas profesionalidad y ecuanimidad en la gestión del Convenio, serán expresamente aceptados por las otras dos partes a las que no representan.

El grupo de trabajo velará por la aplicación ponderada de este criterio, por la identificación de malas prácticas que no tengan carácter ocasional o aislado y por la comunicación de las malas prácticas detectadas para conocimiento de la Comisión Nacional.

Criterio sobre comunicación de continuidad de tratamiento.

Esta comunicación tiene los mismos efectos que el parte de asistencia ambulatorio (PA), siendo el plazo máximo que tiene el centro para emitirlo de 15 días a contar desde que se realiza la primera visita ambulatoria, y el plazo para contestar la entidad, el contemplado en Convenio de 18 días.

Criterios en materia de facturación

Facturación módulo quirúrgico:

El módulo será facturado por intervención quirúrgica, en los términos establecidos en el Convenio, independientemente de que en ésta se intervengan una o más lesiones, y podrá ser facturado tantas veces como intervenciones se practiquen.

Si en una misma intervención quirúrgica interviniera más de un especialista, se facturará el 100% de un módulo para una especialidad y el 50% del módulo para otra especialidad.

Las intervenciones podrán ser facturadas, independientemente de que se produzca la posterior hospitalización del lesionado o que la misma se haya realizado en el régimen ambulatorio.

Asistencia de lesión ambulatoria compleja.

En la asistencia ambulatoria compleja (Grupo C), el plazo de 90 días se computará a partir del momento en que se inicie el tratamiento de las lesiones, sea cual sea el centro sanitario en que se produzca ese inicio, sin que a estos efectos proceda incluir en este cómputo el tiempo de prestación del servicio de urgencia.

Criterios en materia de información médica.

Entrega de documentación a los lesionados.

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, los centros sanitarios podrán trasladar a los lesionados la información médica a la que estos tienen derecho conforme a lo establecido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Contenido de los informes médicos.

- Todos los informes médicos a los que hace mención el Convenio incluirán, al menos, los siguientes apartados:
- Diagnóstico asistencial (posibilidad de indicarlo conforme a CIE-10).
- Antecedentes médicos necesarios para la información de la lesión.
- Anamnesis.
- Exploración física (o, en su caso, la realizada por el centro sanitario).
- Pruebas complementarias.
- Evolución asistencial.

Criterios sobre la tipología de vehículo.

Unidades mixtas.

A efectos del Convenio se considera una única unidad, debiéndose dirigir el hospital a la aseguradora de la cabeza tractora.

Vehículos de 3ª categoría:

A efectos del Convenio se considera vehículo de 3ª categoría: la motocicleta, ciclomotor o vehículo asimilable, según lo dispuesto 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.

Cláusula final

Las partes podrán acordar en cualquier momento la incorporación de nuevos criterios y la modificación y mejora o la supresión de los vigentes, y ello al margen de los calendarios que se fijen para la negociación del Convenio que sustituya al vigente.