

Presentació Conveni UNESPA

10 de gener de 2019

- 1. Presentació**
- 2. Aspectes rellevants del nou conveni**
- 3. Acreditació pel nou conveni**
- 4. Període de transició fins el 14 de gener**
- 5. Torn obert de preguntes**

ASPECTES RELLEVANTS DEL NOU CONVENI

Nou sistema d'avaluació dels centres

“Que asimismo para garantizar el estricto cumplimiento de los requisitos exigidos a los centros sanitarios, se contempla un sistema de evaluación del cumplimiento de los requisitos mínimos de calidad exigidos a través de un sistema de inspección o auditoría. Esta evaluación se realizará conforme a un modelo de evaluación común para todos los centros”

Lliure elecció del pacient del centre sanitari en el que vulgui ser assistit

“Que con la puesta en marcha del Convenio se pretende crear una red de centros sanitarios los que puedan acudir los lesionados en accidentes de tráfico haciendo uso del derecho de los pacientes a la libre elección de centro sanitario”

PRIMERA. - OBJETO, APLICACIÓN, VIGENCIA Y TARIFAS

1. OBJETO

“La asistencia sanitaria integral, en el ámbito de la sanidad privada, tanto hospitalaria como ambulatoria, prestada por lesiones derivadas de hechos de la circulación hasta su sanación o estabilización de secuelas en centros sanitarios privados adheridos al presente convenio.”

A estos efectos se establecen mecanismos dirigidos a procurar:

- A) **Que los Centros sanitarios que se adhieren reúnan una serie de requisitos técnicos mínimos de calidad en cuanto a dotaciones de medios asistenciales, profesionalidad, capacidad y calidad asistencial, los cuales quedan establecidos en el Anexo II y que han sido establecidos con la ayuda y asesoramiento de expertos médicos.**
- B) Un seguimiento de los procesos sanitarios prestados a los lesionados por hechos de la circulación sobre su idoneidad y adecuación.
- C) La fiabilidad y transparencia en la actuación tanto de los centros sanitarios como de las Entidades Aseguradoras que se adhieran al mismo.
- D) Garantizar la seguridad y agilidad de los pagos inherentes a las prestaciones sanitarios derivadas de la aplicación de este Convenio.
- E) **Garantizar la libertad de elección del paciente del centro sanitario.**
- F) **Velar por el buen funcionamiento del Convenio y, a tal efecto, establecer un régimen de penalizaciones.**

1.3. DERIVACIONES

En el supuesto de que un lesionado que haya iniciado un tratamiento asistencial en el marco del presente Convenio sea derivado a otro centro sanitario por iniciativa de una Entidad Aseguradora, el Consorcio de Compensación de Seguros, un Centro sanitario, o una empresa prestadora de servicios que actúe en nombre de alguno de ellos, **será de aplicación la penalización prevista en este caso en Anexo I. Esta penalización no será de aplicación en caso de que la derivación se haya producido a elección del paciente y se aporte la correspondiente acreditación por el centro sanitario receptor del lesionado mediante el modelo del Anexo VI correspondiente.**

1.4. VIGENCIA

El Convenio será de aplicación para las asistencias sanitarias derivadas de siniestros ocurridos **a partir del 1 de Enero de 2019, finalizando su vigencia, el 31 de diciembre de 2022.**

Con un preaviso mínimo de 3 meses al vencimiento de cada anualidad, comunicado fehacientemente, cualquiera de las partes y organizaciones firmantes podrán separarse del presente Convenio. No obstante, los Centros sanitarios las Entidades Aseguradoras a los que representan podrán permanecer en el mismo hasta la fecha de finalización de la vigencia de este Convenio, salvo que manifiesten lo contrario.

SEGUNDA. - HECHOS SUJETOS Y DETERMINACIÓN DEL OBLIGADO AL PAGO

2.1. HECHOS SUJETOS

“En el supuesto de que un centro adherido a este convenio hubiese facturado las prestaciones sanitarias a una mutua patronal y posteriormente se hubiese visto obligado a reembolsar a la entidad aseguradora del responsable el importe de dichos servicios, podrá reclamar a la entidad aseguradora a la que le corresponda el pago según las estipulaciones y tarifas de este convenio. Será causa de rechazo el incumplimiento de los plazos establecidos, en cuanto al envío de los partes de asistencia, cuando quede acreditado que conocía que se trataba de un accidente de circulación.”

2.2.1.2. Siniestros en que participe más de un vehículo a motor. Víctimas ocupantes de los vehículos y su conductor

Las Entidades Aseguradoras y el Consorcio de Compensación de Seguros, se obligan al pago de las prestaciones sanitarias que precisen las víctimas del accidente ocupantes del vehículo que aseguren, incluso las de su conductor.

Las prestaciones sanitarias del conductor de ciclomotores, motocicletas y asimilados que colisione contra un vehículo que se encuentre correctamente estacionado quedan excluidos del presente convenio, pero si se incluyen las de los ocupantes y peatones.

TERCERA. - PRESTACIONES DE LAS ASISTENCIAS

Las asistencias sanitarias prestadas en centros de los grupos A y B en el marco del presente convenio, serán realizadas en la unidad o unidades sanitarias que consten en la autorización sanitaria aportada por los centros en su solicitud de adhesión. En caso de que un centro de los anteriores cuente con una nueva unidad, estará obligado a comunicarlo a la Comisión Nacional y aportar la documentación que lo acredite.

Los centros sanitarios pertenecientes al grupo C podrán realizar pruebas complementarias en lugares distintos, siempre que carezcan de recursos diagnósticos o de una tecnología determinada a los efectos de este convenio.

En todo caso, el tratamiento prestado deberá respetar el criterio de continuidad sintomática y asistencial y aplicar el principio de optimización temporal de tratamientos, sin demoras injustificadas.

CUARTA. - NORMAS DE PROCEDIMIENTO

“Siempre que el lesionado continúe el tratamiento en el mismo centro, tras haberse llevado a cabo la visita de urgencia, y así se indique expresamente mediante el automatismo correspondiente, no será necesario el envío del parte de primera asistencia. Esta comunicación surtirá los mismos efectos que los establecidos para el parte de primera asistencia ambulatoria.

El envío del parte de urgencia en plazo superior al señalado en el párrafo anterior no será una causa de rechazo del mismo por parte de la Entidad Aseguradora o Consorcio de Compensación de Seguros, si bien se aplicará en su caso, la penalización con la graduación establecida en el Anexo I.”

4.1.2. Causas de rechazo del Parte de Asistencia de URGENCIA

“Las Entidades Aseguradoras y el Consorcio de Compensación de Seguros, en su caso, que pudieran resultar obligadas al pago de acuerdo con lo establecido en la estipulación 2.2 deberán **en el plazo máximo de diez días naturales** desde la recepción de la notificación de un parte de asistencia de urgencia, contestar al Centro sanitario remitente, comunicando la aceptación o el rechazo de los gastos sanitarios a que se refiere el parte. De no contestar en el referido plazo se entenderán aceptados. En el caso de partes no cumplimentados correctamente no se aplicará el plazo señalado anteriormente hasta que por el prestador de servicio no se haya procedido a su total cumplimentación.”

Como causas de rechazo, exclusivamente se establecen las siguientes:

- a) No quedar la asistencia prestada o el accidente dentro de los hechos sujetos al Convenio
- b) No quedar determinada la obligación al pago según los supuestos de la estipulación segunda.
- c) La falta de aseguramiento del vehículo al cual se le imputa el pago
- d) No tratarse de un hecho de la circulación.
- e) La falta de nexo cronológico que, salvo causa justificada, se produce en aquellos casos en los que hayan transcurrido más de 72 horas desde la fecha del accidente hasta la asistencia en urgencias.

En los supuestos contemplados en los apartados b) y c), el centro sanitario dispondrá de un plazo adicional de ocho días naturales para cursar el parte de asistencia a la Entidad finalmente obligada al pago, sin que pueda ser penalizado por la falta de envío del parte de asistencia en el plazo señalado en la estipulación 4.1.1.

Recibida la comunicación de rechazo de la entidad, en caso de disconformidad, el centro sanitario enviará el expediente a subcomisión en un plazo no superior a 15 días a contar desde la comunicación del rechazo, aportando toda la documentación para la defensa de sus intereses.

En caso de que una entidad rechace un parte de urgencia por una causa no establecida, conllevará la penalización contemplada en el Anexo I.

4.1.3. Parte de primera Asistencia ambulatoria u hospitalaria

Una vez realizada la primera asistencia, en caso de continuidad de los tratamientos superiores a treinta días, en los supuestos de facturación por módulo raquis o módulo ambulatorio, se remitirá informe médico de evolución siempre tras petición de la entidad aseguradora o el Consorcio de Compensación de Seguros, excepto en las asistencias facturables cada 30 días, de acuerdo con lo previsto en la Estipulación 4.4, en cuyo caso la remisión del informe será obligatoria. La remisión de este informe deberá hacerse en el plazo de 15 días naturales desde la solicitud. Este modelo de informe médico no tendrá la consideración de informe de valoración.

Tras haberse llevado a cabo la visita de urgencia, no será necesario el envío del parte de primera asistencia, debiendo indicarse que el lesionado ha seguido el tratamiento en el mismo centro a través de la opción habilitada en CAS.

4.1.4. Causas de rechazo del Parte de primera Asistencia ambulatoria u hospitalaria

Las Entidades Aseguradoras y el Consorcio de Compensación de Seguros, en su caso, **deberán en el plazo máximo de dieciocho días naturales desde la recepción del parte de asistencia o desde la notificación de aquellos centros que presten la asistencia ambulatoria tras la urgencia**, mediante el automatismo correspondiente, de que el lesionado ha seguido tratamiento en el mismo centro que llevo a cabo la visita de urgencia, contestar al centro sanitario comunicando el rechazo de los gastos sanitarios a que se refiere el parte, justificando documentalmente y argumentando los motivos del rechazo.

De no contestar en el referido plazo o no aportarse la documentación acreditativa se entenderán aceptados. En el caso de partes no cumplimentados correctamente, no se aplicará el plazo señalado anteriormente, hasta que por el prestador del servicio no se haya procedido a su total cumplimentación.

Como causas de rechazo, exclusivamente, se establecen las siguientes:

- a) No quedar la asistencia prestada o el accidente dentro de los hechos sujetos al Convenio.
- b) No quedar determinada la obligación al pago según los supuestos de la estipulación segunda.
- c) La falta de aseguramiento del vehículo al cual se le imputa el pago.
- d) No tratarse de un hecho de la circulación.
- e) Que el accidente sea un fraude acreditado.
- f) Falta de relación causal entre las lesiones sufridas en el accidente y los daños que originan la asistencia facturada.

En los supuestos contemplados en los apartados b) y c), la Entidad Aseguradora o Consorcio de Compensación de Seguros finalmente obligada al pago de acuerdo con las Estipulaciones del Convenio, no podrá rechazar por haber transcurrido el plazo señalado en la estipulación 4.1.3. En todo caso el Centro sanitario dispondrá de un plazo adicional de siete días naturales para cursar el parte de asistencia a la Entidad finalmente obligada al pago.

Recibida la comunicación de rechazo de la entidad, en caso de disconformidad, el centro sanitario enviará el expediente a subcomisión en un plazo no superior a 60 días a contar desde la comunicación del rechazo, aportando toda la documentación para la defensa de sus intereses.

La falta de relación causal, a los efectos de este Convenio, se determina si concurre alguno de los siguientes criterios:

- Cronológico: Si no existe continuidad entre el hecho lesivo traumático y el momento en que aprecie el daño, debido al tiempo transcurrido desde el accidente o desde la última asistencia.
- “topográfico”: si la zona afectada por el hecho lesivo traumático no se corresponde con la zona en la que aparece el daño, salvo que una explicación patogénica justifique lo contrario
- “de exclusión”: la existencia de otra causa que justifique el origen del daño producido.
- “de intensidad”: la falta de adecuación entre la naturaleza del hecho lesivo y el mecanismo de su producción.

En el ámbito de los traumatismos menores de la columna vertebral definidos en el artículo 135 de la LRCSCM, la mencionada falta de relación causal, a los efectos de este Convenio, además de los anteriores se determina si concurre el siguiente criterio:

- “cronológico”: Haber transcurrido el límite temporal de 72 horas desde la fecha del siniestro hasta la asistencia en urgencias o aquellos supuestos en los que hayan transcurrido más de 15 días entre la prestación de la urgencia, en la sanidad pública o en la privada, sin haber acudido a un centro sanitario, ni haber recibido ningún tipo de asistencia posterior.
- “de intensidad”: La falta de adecuación entre la naturaleza del hecho lesivo y el mecanismo de su producción, teniendo en cuenta la intensidad del accidente y las demás variables que afectan a la probabilidad de su existencia.

- El rehúse del parte de asistencia por la aplicación de alguno de los criterios anteriormente indicados deberá acreditarse mediante **Informe médico elaborado y firmado por especialista en valoración del daño corporal** que determine la falta de relación de causalidad entre la mecánica del accidente y las lesiones que dan lugar a la asistencia.
- La mecánica del accidente se determinará mediante **informe biomecánico elaborado y firmado por especialista titulado que establezca sus conclusiones** indicando las fuentes del informe, la metodología utilizada indicando el vector de dirección, la cuantificación del delta V o la aceleración media, las fotografías de los vehículos, los datos técnicos y características de los vehículos implicados con el tipo de asientos y reposacabezas y el informe del alcance de los daños.

En el supuesto contemplado en el apartado f) relativo a los rechazos en aplicación de los criterios de falta de intensidad y de exclusión, hasta el momento del rehúse acreditado en los términos y plazos establecidos anteriormente, la entidad aseguradora deberá hacerse cargo de las asistencias prestadas de acuerdo con los siguientes términos:

- En los grupos A y B, en cuanto al módulo de raquis vertebral se abonará el importe de una primera asistencia, salvo que se haya abonado una urgencia en el mismo centro. En los demás tratamientos no raquis se abonará las asistencias prestadas hasta la comunicación del rechazo.
- En el grupo C, en cuanto al módulo ambulatorio y en relación con la asistencia ambulatoria compleja, se abonará un 20% del módulo.

La entidad aseguradora deberá aportar la documentación que acredite la causa de rechazo en el momento del mismo. El centro en el momento de envío del caso a subcomisión aportará toda la documentación para la defensa de sus intereses.

No podrá ser causa de rechazo de los Partes de Asistencia o bien las facturas, el hecho de que un accidentado esté realizando el seguimiento y/o tratamiento de su lesión por una Mutua Laboral. En estos casos, para evitar duplicidades, antes de iniciar el tratamiento o durante el mismo, los centros sanitarios, informarán cuando tengan conocimiento de esta circunstancia, a las entidades aseguradoras o al Consorcio de compensación.

4.1.5. Comunicación de cambio de diagnóstico y autorización del mismo

En el caso de producirse un cambio de diagnóstico o agregación de otro, durante el proceso asistencial, deberá comunicarse en el plazo de quince días naturales desde dicho cambio, debidamente acreditado con envío de informe médico y prueba diagnóstica, a la Entidad Aseguradora o Consorcio de Compensación de Seguros. Transcurrido dicho plazo sin que se haya producido la debida comunicación, será de aplicación la penalización con la graduación establecida en el Anexo I.

La entidad aseguradora o el Consorcio de Compensación de Seguros podrán oponerse o solicitar aclaraciones, en un plazo máximo de 15 días naturales, al cambio o agregación de diagnóstico con la debida justificación médica. Transcurrido dicho plazo sin solicitar aclaraciones se entenderá tácitamente aceptado el cambio o agregación de diagnóstico. Transcurridos 15 días sin recibir respuesta del centro sanitario no procederá la facturación derivada de dicho cambio de diagnóstico.

4.1.5. Comunicación de cambio de diagnóstico y autorización del mismo

En el caso de producirse un cambio de diagnóstico o agregación de otro, durante el proceso asistencial, deberá comunicarse en el plazo de quince días naturales desde dicho cambio, debidamente acreditado con envío de informe médico y prueba diagnóstica, a la Entidad Aseguradora o Consorcio de Compensación de Seguros. Transcurrido dicho plazo sin que se haya producido la debida comunicación, será de aplicación la penalización con la graduación establecida en el Anexo I.

La entidad aseguradora o el Consorcio de Compensación de Seguros podrán oponerse o solicitar aclaraciones, en un plazo máximo de 15 días naturales, al cambio o agregación de diagnóstico con la debida justificación médica. Transcurrido dicho plazo sin solicitar aclaraciones se entenderá tácitamente aceptado el cambio o agregación de diagnóstico. Transcurridos 15 días sin recibir respuesta del centro sanitario no procederá la facturación derivada de dicho cambio de diagnóstico.

4.4. FACTURACIÓN DE LAS ASISTENCIAS

En el supuesto de que, tras la estabilización de secuelas, fuese necesaria la retirada del material de osteosíntesis implantado al accidentado y el lesionado no hubiese sido indemnizado por este concepto, los gastos que se devengasen deberían ser asimismo satisfechos, acorde con las tarifas del presente Convenio **(50% módulo quirúrgico)** con el límite de hasta dos años posteriores a su implantación.

4.5. RECHAZO DE FACTURAS

- Recibida la comunicación de la disconformidad de la factura por parte de la entidad, el centro sanitario, **en un plazo no superior a 15 días, comunicará si acepta la disconformidad.** De no aceptarse por el centro sanitario éste podrá enviar la factura a la Subcomisión en un plazo no superior a 120 días a contar desde la comunicación de rechazo de la entidad, aportando toda la documentación para la defensa de sus intereses. La falta de envío del centro sanitario en el mencionado plazo supondrá la aceptación del rechazo.
- En los casos de disconformidad parcial con el contenido de una factura, es obligado para la Entidad Aseguradora o el Consorcio de Compensación de Seguros el pago de la cantidad conforme y sólo es aplazable la cantidad del concepto o conceptos sobre los que no hay acuerdo.

SEXTA. - PUBLICIDAD Y COMUNICACIONES

6.2. COMUNICACIONES

Todas las comunicaciones y notificaciones tanto de los Centros sanitarios como de las Entidades Aseguradoras y del Consorcio de Compensación de Seguros serán realizadas mediante el sistema CAS. El sistema CAS es un procedimiento de gestión informatizado de comunicación, tramitación y pago de las prestaciones sanitarias en el marco del Convenio.

6.3. INFORMACIÓN CLÍNICA

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.

8.2. PERIODO TRANSITORIO PARA EL ALTA DE CENTROS ADHERIDOS AL ANTERIOR CONVENIO

Los centros sanitarios que a 31 de diciembre de 2017 se encontraran adheridos al anterior Convenio que finaliza su vigencia en la misma fecha, disponen de un plazo de doce meses, desde la firma del Convenio, para aportar la evaluación positiva del cumplimiento de los requisitos exigidos del Anexo II conforme al sistema de evaluación establecido en el punto anterior.

8.3. EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LOS CENTROS

La evaluación se realizará mediante el cuestionario de evaluación de requisitos de centros sanitarios del Anexo VIII que incluirá los criterios de evaluación, el nivel de cumplimiento durante la evaluación y las observaciones en caso de incumplimiento. En el caso de obtener una evaluación positiva, la misma tendrá efecto durante la vigencia del convenio. De obtenerse una evaluación negativa se establece un plazo de tres meses para que el centro sanitario subsane las deficiencias del informe de evaluación antes de proceder a su negativa de adhesión o a la baja del centro sanitario.

5. Módulo raquis vertebral (aplicable únicamente a centros A y B). Traumatismo cerrado sobre el raquis vertebral con afectación exclusiva de partes blandas sin patología orgánica asociada.

Tras la primera visita ambulatoria, y en el plazo de tiempo óptimo desde el punto de vista asistencial de 5-7 días, se realizará una visita sucesiva que determinará si se confirma el diagnóstico de módulo de raquis, en cuyo caso y a partir del inicio del tratamiento (rehabilitación, visitas ambulatorias, control prescripción farmacológica, etc.) será considerado el proceso asistencial de forma integral.

Desde el momento de la confirmación diagnóstica del proceso modular, el tratamiento rehabilitador deberá ser iniciado en un plazo máximo de 5 días naturales, salvo mejor criterio médico que estará a disposición de ser consultado por la Entidad Aseguradora. Los informes médicos de alta deben ser de carácter asistencial y no deben contener una valoración medico pericial. (Conforme al Código Ético Deontológico).

El módulo solamente podrá ser facturado por el centro que haya diagnosticado y realizado el tratamiento completo a la finalización del mismo, y previa emisión del correspondiente informe de alta.

5. Módulo raquis vertebral (aplicable únicamente a centros A y B). Traumatismo cerrado sobre el raquis vertebral con afectación exclusiva de partes blandas sin patología orgánica asociada.

La Entidad Aseguradora podrá interrumpir el inicio del tratamiento de un lesionado diagnosticado de raquis vertebral, en base a las causas descritas en el ámbito del Convenio. Si el tratamiento ha sido iniciado, deberá hacer frente al pago de los conceptos facturables realizados hasta aquel momento. Asimismo, en el caso de que el lesionado, por causas ajenas al Centro sanitario, abandone el tratamiento y no sea posible completar el proceso asistencial que requiera, se deberán abonar por parte de la Entidad Aseguradora los conceptos facturables realizados hasta aquel momento, siempre con el límite económico correspondiente a un módulo de raquis íntegro.

Cuando exista una concurrencia de asistencias de un centro de los grupos A o B con otro centro del grupo C, se facturará a detalle por los centros sanitarios, con el límite de sus respectivos módulos. No obstante, será incompatible la facturación por duplicidad de conceptos.

6. Módulo ambulatorio (GRUPO C): Quedan incluidas todas las lesiones traumáticas derivadas exclusivamente del accidente de tráfico (incluidos los traumatismos menores de columna vertebral (TMC)).

El Módulo comprende las consultas e interconsultas médicas de traumatología y/o rehabilitación, el tratamiento rehabilitador, y las pruebas diagnósticas (RNM, ECO, TAC, EMG, BIOMECÁNICA CLINICA/ALGIÓGRAFÍA) excepto la gammagrafía. Las interconsultas del resto de especialidades requerirán solicitud motivada y autorización o rechazo motivado por la entidad, y se facturarán individualmente.

Se aportará informe de alta con la evolución completa, registrando datos de cada una de las visitas o informes de cada una de las consultas de seguimiento a lo largo de la evolución al igual que de las pruebas diagnósticas realizadas y, a solicitud de la entidad, con la hoja de firmas o soporte duradero, en los casos que requiera fisioterapia. Los informes médicos deberán realizarse conforme al contenido establecido en Anexo V se incluirá la evolución del lesionado hasta el alta. Los informes sanitarios no deben contener datos, ni términos propios de la medicina pericial (conforme al Código Ético Deontológico).

- En relación con el módulo ambulatorio de centros sanitarios del Grupo C en los casos en los que el lesionado abandone el tratamiento, y no sea posible completar el proceso asistencial que requiera, el centro sanitario facturará conforme a la siguiente escala:

Día de abandono	Porcentaje
Del 1 al 30	30%
Del 31 al 60	60%
A partir del 61	90%

- Se considerará que el paciente ha iniciado tratamiento cuando haya recibido al menos una sesión de rehabilitación.
- Por su parte, el centro que recepcione a un lesionado que cambie de centro antes de finalizar el tratamiento, se facturará la diferencia entre el 100 % del módulo y lo facturado por el primer centro.
- Cuando exista una concurrencia de asistencias de un centro del grupo C con otro centro del grupo C, cada centro facturará el 50% del módulo ambulatorio.
- Cuando exista una concurrencia de asistencias de un centro de los grupos A o B con otro centro del grupo C, se facturará a detalle por los centros sanitarios, con el límite de un módulo ambulatorio para el centro del grupo C. No obstante, será incompatible la facturación por duplicidad de conceptos.

7. Asistencia ambulatoria compleja (GRUPO C): A efectos de este Convenio se considera asistencia ambulatoria compleja, excluida del módulo ambulatorio, aquellas lesiones tratadas quirúrgicamente, cuya duración de tratamiento exceda en 90 días desde el inicio de tratamiento en el centro, y se cumpla el régimen asistencial aconsejable.

- También se considera como asistencia ambulatoria compleja los siguientes diagnósticos, cuya duración de tratamiento exceda en 90 días desde el inicio del mismo, aunque no hayan sido tratados quirúrgicamente, y previa notificación a la compañía:
 - Fracturas y luxaciones, excepto las siguientes: las de los dedos de manos y pies, clavícula, articulación acromioclavicular grados I y II, cara, fracturas costales y fracturas no desplazadas de huesos largos.
 - Lesiones óseas, ligamentosas, cartilaginosas y/o tendinosas agudas graves de rodilla y hombro acreditadas mediante pruebas de imagen, y con sintomatología en la asistencia inicial de urgencias o primera asistencia.
 - Lesiones de plexos, lesiones de troncos nerviosos y lesiones nerviosas periféricas (con estudio mediante EMG que los objetive como lesión aguda). Se excluyen las lesiones vinculadas al sistema nervioso central.
 - Polifracturados (dos o más fracturas), considerando las exclusiones de este apartado.
 - Faltas de consolidación o pseudoartrosis de fracturas.

- Todas estas lesiones tienen que haber sido objetivadas en la exploración física desde la asistencia inicial (urgencias y/o primera asistencia) y confirmada por pruebas diagnósticas cuando proceda.
- En estos supuestos, se requerirá solicitud motivada adjuntando informe médico, y autorización o rechazo motivado por la entidad mediante informe médico según plazos establecidos para cambios diagnósticos.
- En aquellos lesionados tratados bajo el concepto de modulo que presenten un nuevo diagnóstico que permita el tratamiento como patología compleja, se deberá proceder de acuerdo con lo establecido en el punto 4.1.5 de este convenio.
- Los informes médicos deberán incluir la evolución del lesionado hasta el alta. Los informes sanitarios no deben contener valoraciones propias de la medicina pericial.
- A petición de la entidad aseguradora, se deberán aportar informes mensuales de las consultas de seguimiento a lo largo de la evolución del lesionado, al igual que de las pruebas diagnósticas realizadas que previamente deben ser comunicadas a la entidad y con la hoja de firmas o soporte duradero, en los casos que requiera fisioterapia.

8. Pruebas diagnósticas.

- Las siguientes pruebas: Tomografía Axial Computerizada (TC); Resonancia Nuclear Magnética (RN); Electromiografía (EMG), Contraste y Ecografía, serán facturables a detalle, excepto en los supuestos de Módulo de raquis vertebral y de Módulo ambulatorio, al encontrarse, incluidas en los mismos.
- La gammagrafía, en todo caso, y la electromiografía en los supuestos de facturación a detalle, necesitarán autorización de la entidad aseguradora, quien dispondrá de un plazo de 7 días naturales desde la solicitud para autorizarla. En el supuesto de no contestar en el mencionado plazo se entenderán autorizadas dichas pruebas.

9. Gastos Ortoprotésicos.

- Se considerarán como tales, a efectos del vigente Convenio, exclusivamente, aquellos correspondientes a material ortoprotésico de implantación quirúrgica que pudiera precisar el lesionado durante su tratamiento, los cuales serán detallados de forma individualizada a precio de coste, según factura. Los fijadores externos se facturarán por el precio total de adquisición, debiéndose aportar copia de la factura correspondiente como justificante.
- También se considerarán gastos ortoprotésicos los dispositivos de tratamiento de heridas con terapia de presión negativa (VAC), que se facturarán por el precio de adquisición.

