



versión digital
ISSN: 1578-7516



Hospital Virgen de la Concha
Hospital Provincial
Hospital Comarcal de Benavente

COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA

Unidad de Calidad
www.calidadzamora.com

NuevoHospital



HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA

Vol. IV - Nº 27 - Año 2004 - Nº edición: 85

Publicado el 9 de diciembre de 2004

PROTOCOLO DE GESTIÓN, FACTURACIÓN Y COBRO A TERCEROS

Versión 2.0 . Septiembre 2004

Dolores Barba Esteban

Complejo Asistencial de Zamora

NuevoHospital
Unidad de Calidad
Hospital Virgen de la Concha
Avda. Requejo 35
49022 Zamora
Tfno. 980 548 200
www.calidadzamora.com

Periodicidad: irregular
Editor: Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad
Coordinación Editorial: Rafael López Iglesias (Director Gerente)
Dirección: Jose Luis Pardal Refoyo (Coordinador de Calidad)
Comité de Redacción:
Isabel Carrascal Gutiérrez (Supervisora de Calidad)
Teresa Garrote Sastre (Unidad de Documentación)
Carlos Ochoa Sangrador (Unidad de Investigación)
Margarita Rodríguez Pajares (Grupo de Gestión)
ISSN: 1578-7516

©Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida sin la autorización por escrito de los propietarios.

PROTOCOLO DE GESTIÓN, FACTURACIÓN Y COBRO A TERCEROS

Complejo Asistencial de Zamora
Versión 2.0 . Zamora Septiembre 2004
Autor:Dolores Barba Esteban

LÍNEA ESTRATÉGICA III .GESTIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS

PROCESO 6. GESTIÓN ECONÓMICA

OBJETIVO 6.6 El Hospital efectúa una correcta gestión de las prestaciones que son responsabilidad de terceros.

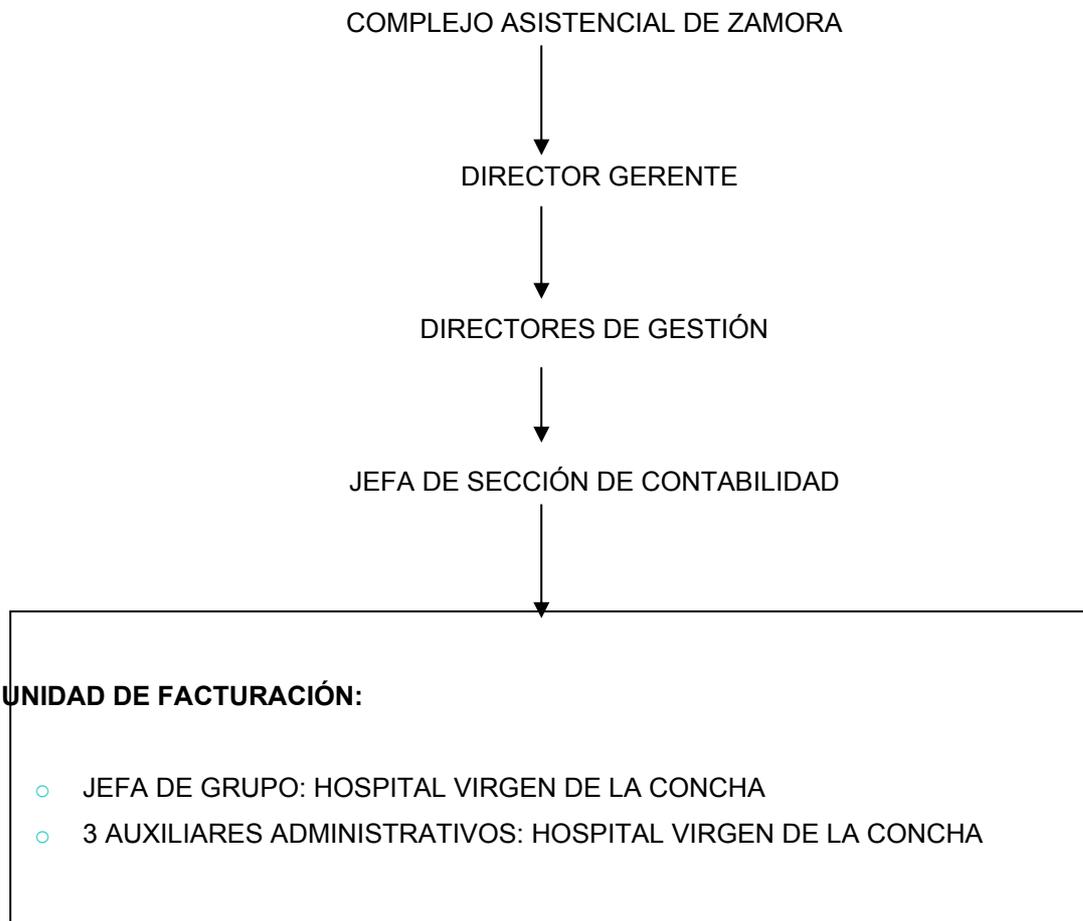
INDICE	
I. Introducción	Pág. 3
II. Organigrama Unidad de Facturación y Cobros	Pág. 4
III. Jornada de trabajo	Pág. 4
IV. Organización Funcional	Pág. 5
IV.1 Facturación	Pág.5
IV.2 Cobros	Pág.7
IV. 3 Otras funciones	Pág.7
IV.4 Evaluación e Informes	Pág.8
V. Anexo	Pág.8

I. INTRODUCCIÓN

Con fecha 13 de Marzo, mediante el Decreto 24/2003 de 6 de Marzo, se integran los hospitales del área de salud de Zamora: Hospital Virgen de la Concha, Hospital Provincial y Hospital Comarcal de Benavente, en el Complejo Asistencial de Zamora. Como consecuencia y de acuerdo al plan orgánico y funcional para la constitución del Complejo la Unidad de facturación y cobros será única para el complejo y estará ubicada en el Hospital Virgen de la Concha,

El objetivo de esta unidad es facturar a todos los terceros obligados al pago conforme la normativa vigente, realizar el cobro cumpliendo los objetivos de eficacia y eficiencia pactados y evaluar la evolución de la gestión de estas prestaciones para tomar decisiones de mejora en la gestión de los mismos.

II. ORGANIGRAMA UNIDAD DE FACTURACIÓN



III. JORNADA DE TRABAJO

La jornada de trabajo anual de todos los integrantes es de 6.338 horas.

El número de personas integradas en el servicio es de 4 personas a tiempo completo: 3 auxiliares administrativos y 1 administrativo.

La jornada anual total del servicio de personal autorizada es de cuatro puestos de trabajo por la jornada anual $3 \times 1.617 = 4.851$ horas. Más las del administrativo 1.487 horas.

La jornada semanal es de 35 horas en horarios fijos de 8,00 h. a 15,00 h. de lunes a viernes.

Resto horario:

De 8,00h a 15,00h. en un sábado de cada tres.

Una tarde a la semana 2,5 horas.

El Administrativo no hace sábados.

IV. ORGANIZACIÓN FUNCIONAL

En el departamento se deben distinguir tres funciones principales:

- Facturación
- Cobros
- Evaluación de gestión.

IV.1 FACTURACIÓN:

Normativa básica:

Real Decreto 63/1995 de 20 de Enero sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Instituto Nacional de la Salud.

Convenio de accidentes de tráfico para los años 2.002 y 2003 y 2004 entre el Consorcio de Compensación de Seguros UNESPA e SACYL, en vigor de acuerdo a las instrucciones emitidas por la Gerencia Regional de Salud

Normativa sobre precios: Resolución de 26 de diciembre de 2004 de la GERENCIA REGIONAL DE SALUD.

Funcionamiento:

Se factura a todos los pacientes de los cuales haya un tercer responsable del pago.

La facturación se realiza durante todos los días laborables del año y por todo el personal del grupo de Facturación y Cobros. La información para la facturación se extrae del programa HP HIS, sistema conectado al Servicio de Admisión del que se recogen los datos que este servicio introduce como facturables. A continuación se recurre a la comunicación telefónica hasta completar la información requerida para la correcta facturación.

Se remite escrito junto con la solicitud de datos necesarios para: Los accidentes de tráfico, laborales, deportivos, festejos, escolares, caza, mordedura de perro e incluso extranjeros que no han justificado la asistencia sanitaria en el Servicio de Urgencias.

Se realizan llamadas telefónicas a las Mutuas de Asistencia para abreviar y para conseguir la remisión de la conformidad de gastos o la aceptación de la factura. En algunas ocasiones se hace necesario enviar la factura a los propios usuarios.

Solo cuando se ha conseguido toda la documentación solicitada y comprobado que esta es correcta se procede a facturar.

Hay terminales conectados al aplicativo HP-His en cada uno de los hospitales:

- 3 en el Hospital Virgen de la Concha.
- 1 en el Hospital Provincial.
- 1 en el Hospital Comarcal de Benavente.

Se facturan a los siguientes responsables de pago:

- **Tráficos:** Convenio 2002-2003 Y 2004
- **Estado:** Resolución del 26/12/2001
 - E.V.I . Acuerdo Marco de la Subdirección General de Inspección Sanitaria de Insalud,
- **Laborales:** Resolución del 26/12/2001
- **Particulares:** Resolución del 26/12/2001. Toda asistencia no cubierta por terceros obligados al pago, ni por la Seguridad Social se facturará por particulares.
- **Mutuas asistencia :** Resolución del 26/12/2001
- **Deportivos-escolares :** Resolución del 26/12/2001
- **Seguro escolar:** Resolución del 26/12/2001
- **Agresiones:** Resolución del 26/12/2001
- **Alcoholemias:** Resolución del 26/12/2001
- **Accidentes de caza:** Resolución del 26/12/2001
- **Cooperadoras:** Resolución del 26/12/2001
- **Festejos:** Resolución del 26/12/2001
- **Mordedura de perro:** Resolución del 26/12/2001
- **Asistencia Sanitaria a extranjeros:** Circular 8/89 de 2 de junio de 1.989. La recogida de los modelos E-111, la realización de los modelos H-1 y el envío de esta documentación al INSS se realiza por la unidad de Admisión.
- **Otras causas:** Resolución del 26/12/2001

IV.2 COBROS:

Los cobros se pueden realizar de las siguientes formas: Caja, Transferencia, Talón, Mandamiento Judicial.

Caja: Se recibe al responsable de pago en la unidad de facturación y cobros ubicada en el Hospital Virgen de la Concha. Se confecciona el recibo de abono, se paga en Caja, ubicada en la Secretaría del área de gerencia, el importe .

Transferencia: El pago por transferencia se debe efectuar en la Cuenta restringida de Ingresos abierta para la Gerencia de Atención Especializada del Complejo Asistencial de Zamora en el BBVA con número 0182 6834 94 0208504655. La información de los ingresos efectuados se recibe diariamente.

Talón: Llegan a través del Registro Central, recibido en la unidad de facturación y cobros se realiza el recibo y se envía recibo y talón al departamento de contabilidad financiera para proponga la compensación en la cuenta de ingresos.

Mandamientos Judiciales: Se recibe el mandamiento judicial en la unidad central de facturación y cobros, se comprueba si corresponde con usuarios atendidos en el complejo asistencial de Zamora y se efectúa el mismo trámite que se realiza con los talones. No obstante, se cobran por la Entidad Bancaria BANESTO y éste efectúa la transferencia a la cuenta restringida arriba señalada.

IV.3 OTRAS FUNCIONES:

REITERACIÓN DE FACTURAS

Tráfico: Pasado el plazo de 40 días hábiles estipulado en el Convenio vigente, se reitera la factura al responsable de pago. Pasado un mes se envían a los interlocutores de las compañías responsables. Pasado un plazo de otro mes se remite a la Comisión de Vigilancia y Arbitraje.

Vía Judicial: Las agresiones, tráficos fuera de convenio (extranjeros, vehículos sin seguro, etc.), se envían a los procuradores nombrados por la Gerencia de Salud de Área. El pago se recibe por el tipo de Mandamiento Judicial o por el archivo de la causa.

Resto de facturación: Se reiteran pasado un plazo de dos meses, en muchos casos se realiza una segunda reiteración y a falta de abono en otros dos meses se remiten a la Asesoría Jurídica de la Gerencia Provincial de Salud de Área.

Anulaciones: Las causas de anulación son: acreditación de derecho de seguridad social, archivo judicial, insolvencia, errores de tramitación, etc.

Expedientes de baja en contabilidad: Sólo se tramitan por este proceso aquellas facturas realizadas con anterioridad al 1 de Enero de 1.993. La normativa aplicable es del 26 de febrero de 1990. Se está a la espera de recibir instrucciones actualizadas del Sacyl.

IV.4 EVALUACIÓN E INFORMES:

Mensualmente se cuadra la facturación, cobros tanto del año como de años anteriores y cómputo de enfermos, estancias, consultas, etc.

El Complejo Asistencial evalúa mensualmente la evolución de la gestión de estas prestaciones, y obtiene conclusiones y oportunidades de mejora. Se emplean los siguientes modelos de seguimiento: Ficha Anexo X F.G.E. 2 E de Recursos Sanitarios Prestados a Terceros, Ficha Anexo X F.G.E.1 correspondiente al detalle de los abonos de las cuentas bancarias de ingresos, Hoja de seguimiento mensual de la facturación e ingresos e informe del objetivo del Plan Anual de Gestión del año 2.003.

V. ANEXO

Indice de Anexos:

Modelo de información de objetivo 6.6	Pág.10
Detalle de abonos bancarios Anexo FGE 1	Pág.14
Servicios sanitarios prestados a terceros FGE 2	Pág.15
Seguimiento mensual de facturación y cobros	Pág.16
Escrito 1ª reiteración de facturas	Pág.17
Escrito 2ª reiteración de facturas	Pág.18
Acuse de recibos enviados	Pág.19
Solicitud fotocopia del atestado	Pág.20
Reiteración de accidentes de tráfico	Pág.21
Envío facturas a la Gerencia de Salud de Zamora, Asesoría Jurídica.	Pág.22
Escrito solicitud Sangre.	Pág.23
Escrito solicitud Osteosíntesis	Pág.24
Escrito solicitud Diálisis	Pág.25
Relación partes judiciales que falten.	Pág.26
Petición de tarjeta sanitaria Sanitaria.	Pág.27
Escritos reclamación interlocutor.	Pág.28
Escritos reclamación de actas a compañías.	Pág.29
Solicitud datos judiciales.	Pág.30

Petición de datos a asistidos por accidentes de trabajo.	Pág.31
Petición de datos a asistidos por accidentes de tráfico.	Pág.32
Modelo petición de cuestionarios en los accidentes de circulación.	Pág.33
Modelo remisión partes de accidentes de trabajo.	Pág.34
Remisión a particulares del modelo de Declaración Responsable.	Pág.35
Remisión parte asistencia accidentes de tráfico	Pág.36
Remisión facturas por asistencia	Pág.37
Emisión de factura por accidentes de tráfico	Pág.38
Certificado de formalización de ingresos.	Pág.39
Modelo de abono.	Pág.40
Modelo de relación de cobros, facturas o deudas por terceros.	Pág.41
Listados facturas cobradas.	Pág.43
Listados facturas emitidas.	Pág.45
Listados de facturas anuladas.	Pág.47
Listados de facturas borrador.	Pág.49
Listado de deuda pendiente por tipo de financiación.	Pág.51
Modelo factura de asistencia.	Pág.53
Modelo parte de asistencia.	Pág.55
Modelo mensual cobros.	Pág.56
Modelo mensual cobros por años.	Pág.57
Modelo mensual enfermos, estancias y anulaciones por meses.	Pág.58
Listado de firma diario.	Pág.59
Facturación mensual.	Pág.60
Modelo recogida de datos en los accidentes deportivos.	Pág.61
Modelo recogida de datos en los lesionados en festejos.	Pág.62
Modelo recogida de datos en los accidentes tráfico.	Pág.63
Modelo recogida de datos en los accidentes de trabajo.	Pág.64
Modelo declaración responsable para el comercio de compensación de seguros.	Pág.65

MODELO PARA LA INFORMACIÓN DEL OBJETIVO:

PLAN DE GESTIÓN 2004

LÍNEA ESTRATÉGICA III. GESTIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS

PROCESO 6. GESTIÓN ECONÓMICA.

OBJETIVO 6.6 El hospital efectúa una correcta gestión de las prestaciones que son responsabilidad de terceros.

INFORME (fecha)

SERVICIO: Contabilidad. Unidad de Facturación y Cobros

Nivel 1 – PROCESOS

PROCESOS IDENTIFICADOS	FECHA REALIZACIÓN
1) El Hospital tiene establecido un protocolo de gestión, facturación, cobros de las prestaciones que son responsabilidad de terceros	Abril 2003

Nivel 2 – DIFUSIÓN DEL PROTOCOLO.

PROCESOS	FECHA REALIZACIÓN	RESPONSABLE
1) El Hospital pone en marcha y difunde el protocolo de gestión de facturación y cobros.	Junio 2003	Ernesto Ruiz Dulce Barrio Dolores Barba

Nivel 3 – EVALUACIÓN

PROCESOS NORMALIZADOS	EVALUACIÓN	
	SI	NO
1) El Hospital evalúa mensualmente la evolución de la gestión de la facturación y cobros realizados, obteniendo oportunidades de mejora.	X	

Nivel 4 - PROBLEMAS DETECTADOS Y ACCIONES DE MEJORA

Problemas detectados: Recepción de datos completos desde Admisión: direcciones y números de Seguridad Social, falta de identificación de actividad facturable: consultas, reingresos, estancias 0, osteosíntesis. Retraso en la información de las transferencias bancarias. Falta de coordinación con el Servicio de Admisión. Adaptar el HP-His a las necesidades de facturación y cobros. Normativizar la facturación por Seguro Escolar, Accidente Laboral cuya Mutua sea INSS. Normativizar las partidas fallidas. Falta de formación en el aplicativo informático del personal de los hospitales integrados en la

Gerencia A.E. Falta de conexión vía informática Rehabilitación-Facturación y Cobros: remisión diaria desde Rehabilitación de todos los ingresos y altas de los que se hace necesario comprobar y seleccionar los facturables.

OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCIONES PRECISAS	PLAZOS	RESPONSABLES
Formar al personal de la Unidad de HP y HCB	Jornada de trabajo en el HVC.	30-6-2003	Dolores Barba.

Jefa de G. Factu. y Cobros

El Director de Gestión

El Director Gerente

Fdo.: Dolores Barba Esteban

Fdo.:Ernesto Ruiz Ureta

Fdo.:Rafael López Iglesias

**DETALLE DE LOS ABONOS DE LAS CUENTAS BANCARIAS DE
INGRESOS. Anexo FGE 1**

GERENCIA REGIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN E INFRAESTRUCTURAS
SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN ECONÓMICA

ANEXO X
F.G.E. I

DETALLE DE LOS ABONOS DE LAS CUENTAS BANCARIAS DE INGRESOS

INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE AL MES DE [REDACTED] DE 2003

DENOMINACIÓN:

Centro de Gestión:

Euros

	INGRESOS TESORERÍA G.R.S.
PRESTACIÓN DE SERVICIOS	[REDACTED]
VENTAS PRODUCTOS	[REDACTED]
OTROS INGRESOS	[REDACTED]
TOTAL	

SERVICIOS SANITARIOS PRESTADOS A TERCEROS. FGE 2**GERENCIA REGIONAL DE SALUD**DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN E INFRAESTRUCTURAS
SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN ECONÓMICA**ANEXO X****F.G.E. 2 E**RECURSOS POR SERVICIOS SANITARIOS PRESTADOS A TERCEROS**ATENCIÓN ESPECIALIZADA****SITUACIÓN DEL TRIMESTRE**

ACUMULADO DEL AÑO 2003

DENOMINACIÓN:

Centro de Gestión:

(En euros)

	ACCIDENTES DE TRAFICO	VARIOS Y PARTICULARES	MUTUAS ACCIDENTES DE TRABAJO	TOTAL
FACTURACIÓN EMITIDA POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS A TERCEROS				
COBROS POR FACTURACION POR PRESTACIÓN SERVICIOS A TERCEROS				

SEGUIMIENTO MENSUAL DE FACTURACIÓN Y COBROS

2.003 FACTURACIÓN Y COBROS A TERCEROS				HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA										
	ACC.TRÁF	V. y PARTIC.	MUT. PATR	TOTAL	INGRESOS					OTR. ING. TESORO	OTR. ING. SEG.SOC.	SUMA T. TESORO	FACTURACIÓN	
					ACC. TRÁFICO	V. y PARTIC	MUT. PATR	INGR. S.S.	TOT				Emitida	Cobrada
ENERO														
FEBRE														
MARZO														
ABRIL														
MAYO														
JUNIO														
JULIO														
AGOS														
SEP														
OCT														
NOV														
DIC														
TOTALES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0
Mutuas-97													media	media
Mº DEFEN.													0	0
RESTO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
INTERES.				0,00					0,00					
RESTO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		

OBJETIVOS:

Mutuas Patronales
Prestac. Sanitari.
Otros Ingresos

Total

0,00 0,00 0,00

FACTURACIÓN

Resolución Directora General de Presupuestos e Inversiones de fecha 28-1-98, sobre cobros a Mutuas de Actes. de Trabajo.

Año 2001 Año2000

Pte. Inst. Penitenciarias Ingresos 98

años 91-92

año 93

año 94

año 95

año 96

año 97

año 98

TOTAL 0 0

CONSEGUIDO 2002

Firma Jefe Grupo Facturaciones

Firma Jefe Grupo Contabilidad

Firma Jefe de Sección Contabilidad

ESCRITO 1ª REITERACIÓN DE FACTURAS



VIRGEN DE LA
CONCHA
HOSPITAL

Apartado de Correos, 62
49022 ZAMORA



Fecha: **15 de diciembre de aaaa**

Destinatario:

De.:

N/Ref.:

S/Ref.:

Asunto:

El 15/05/02 le enviamos factura, por la asistencia prestada en el Servicio de URGENCIAS el 04/01/02 , AL CAÉRSELE UNA ESTANTERIA EN ZARA, en el escrito se le decía que la pasara a la citada tienda.

El importe de la factura que asciende a €, nos lo debe hacer efectivo en el nº de cuenta del .

Dado el tiempo transcurrido sin habernos hecho efectivo el abono, se lo recordamos , rogándoles nos liquiden la deuda a la mayor brevedad posible para poder cerrar el expediente en este Departamento.

Atentamente.

ESCRITO 2ª REITERACIÓN DE FACTURAS**FACTURACION Y COBROS****DIRECCION****N/ REF: DBT/LB****S/ ref. :**

ASUNTO: Reiteración factura

EL 14/03/02 se le reiteró la factura que se le había enviado el 14/01/2002 por la asistencia prestada en el Servicio de URGENCIAS EL 15/03/2001 , AL NO HACERSE CARGO LA CIA. DEL VEHICULO, la cual importa €.

Dado el tiempo transcurrido sin habernos hecho efectivo el citado importe, le informamos que sí en el plazo de 20 días no procede al oportuno abono, pasaremos el expediente a nuestra Asesoría Jurídica para que realice los trámites oportunos por el procedimiento jurídico pertinente.

Atentamente.

Zamora, a 5 DE MAYO del 2003

ACUSE DE RECIBOS ENVIADOS

TFNO: 980548230
FAX: 980512838

SR. JEFE DE LA POLICIA MUNICIPAL

Fecha: 30 de abril de 2003

Pza. Mayor, S/N

De: FACTURACION Y COBROS
N/Ref.: RLI/NR

(Zamora)

Asunto: Solicitud fotocopia de atestado

Solicitamos de vd. nos facilite a la mayor brevedad posible, fotocopia del atestado si existiere, instruido por la peatón lesionada de tráfico en la C/ , asistida el día 31-03-03 a las 17:45 horas, para poder tramitar la correspondiente factura este Hospital.

Atentamente.

EL DIRECTOR GERENTE

REITERACIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁFICO

Fecha: 15 de diciembre de aaaa

Destinatario:

De.:

N/Ref.:

Protocolo Servicio de Facturación y Cobros

S/Ref.:

Asunto:

El día 07/03/03, le enviamos factura de gastos ocasionados en este Hospital, por el lesionado en accidente de tráfico, por sesiones de REHABILITACION, por un importe de 189.56 €.

El vehículo implicado en el accidente con la matricula con el nº de expediente que figura al margen

Dado el tiempo transcurrido y según el convenio para el año 2.003 el importe de las facturas debe hacerse efectivo en los 40 días siguientes al envío de las mismas. Dado que ese periodo ya ha sido superado, le rogamos nos liquiden la deuda a la mayor brevedad posible o nos veremos en la obligación de ponerlo en conocimiento de la SUBCOMISION DE VIGILANCIA Y ARBITRAJE

Atentamente

ENVÍO FACTURAS A LA GERENCIA DE SALUD DE ZAMORA. ASESORÍA JURÍDICA

Fecha: **15 de diciembre de aaaa**

De.:

A:

N/Ref.:

S/Ref.:

Asunto:

Le remitimos facturas de gastos ocasionados en este Hospital por el enfermo :

DÑA _____, factura nº _____, por un importe de 131.32~.

La citada factura fue enviada _____ el cual la rechaza según el escrito que se adjunta.

Se adjuntan fotocopias de la documentación obrante en el expediente.

Fdo.:

ESCRITO SOLICITUD SANGRE

Nota Interior

Fecha: **15 de diciembre de aaaa**

De: **HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA**

A:

N/Ref.:

S/Ref.:

Asunto:

Rogamos nos informe de la sangre que ha sido suministrada a los
pacientes, DÑA.

Nº de bolsas de C.H. cruzados y puestos,

Nº de bolsas de C.H. cruzados y sin transfundir,

Nº de C.H. sin cruzar y transfundidos

Nº de bolsas de plasma

Nº de plaquetas, etc.

Un saludo.

La jefa de Grupo.

ESCRITO SOLICITUD OSTEOSÍNTESIS

Nota Interior

Fecha: **15 de diciembre de aaaa**

De: **HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA**

A:

N/Ref.:

S/Ref.:

Asunto:

PACIENTE LE ROGAMOS NOS INFORME DE LA OSTEOSISTENSIS IMPLANTADA AL
el día 07/05/2002, N° DE HISTORIA

PLACAS (de que clase y cuantas)

TORNILLOS (de que clase y cuantos)

OTROS

Un saludo.

LA JEFE DE GRUPO

ESCRITO SOLICITUD DIÁLISIS

Nota Interior

Fecha: **15 de diciembre de aaaa**

De: **HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA**

A:

N/Ref.:

S/Ref.:

Asunto:

Le rogamos nos facilite los días que ha acudido a dializarse en el mes de
ENERO DEL 2001, D.

POR FACTURACION Y COBROS.

RELACIÓN PARTES JUDICIALES QUE FALTEN

PARTES JUDICIALES QUE FALTAN EN EL DIA DE LA FECHA,

DIA

DIA

LOS DEL DIA NO ESTAN METIDOS

PETICIÓN DE TARJETA SANITARIA

DOMICILIO

Tel: 980548230 FAX 980512838
ADMN. FACTURACION Y COBROS
N. Ref. : DBT/LB

-

Habiendo sido asistida en el Servicio de OBSTETRICIA de este Hospital desde el al, deberá justificarnos el derecho a la asistencia Sanitaria con la tarjeta respectiva.

De no hacerlo así no veremos en la obligación de pasarle la factura.

Atentamente.

Zamora, .. de de

RECLAMACIÓN INTERLOCUTOR

Fecha: **15 de diciembre de aaaa**

De.:

Protocolo Servicio de Facturación y Cobros

N/Ref.:

S/Ref.:

Asunto:**RECLAMACIÓN FACTURA Nº**

Según el convenio de Asistencia Sanitaria derivada de accidentes de tráfico para el año 2002 y como Interlocutor de la Compañía citada, le adjuntamos facturas, partes de asistencia y escritos relativos a los lesionados:

D. , por un importe cada una de €.

Dicha facturas, fueron remitidas y reiteradas en la fechas que figuran en los escritos, sin recibir contestación, se adjuntan fotocopias.

Le rogamos nos comunique la resolución tomada para en esta Administración actuar en consecuencia.

Fdo.:

RECLAMACIONES DE ACTAS A COMPAÑÍAS

Avda. Requejo, 35
49035 ZAMORA

Fax :980 512 838
Tfno: 980 548 200

Fecha: 15 de diciembre de aaaa

Destinatario:

De: HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA

N/Ref.: DBT/LB

S/Ref.:

Asunto:

Como en anteriores escritos, se le había comunicado, si no abonaban la factura pendiente, relativa al lesionado en accidente de tráfico, , lo pondríamos en conocimiento de la SUBCOMISION DE VIGILANCIA Y ARBITRAJE, según el Convenio suscrito entre el Consorcio Compensación de Seguros, Unespa e Insalud en diferentes años.

Al no haber atendido nuestras reiteraciones, este Hospital ha actuado según las normas establecidas y se remitieron las facturas a la citada Subcomisión, la cual ha tratado y resuelto el expediente como pueden comprobar en las fotocopias adjuntas del **ACTA 7/2001**. (Se adjuntan copias de las facturas y de los partes de asistencia).

Le rogamos nos liquiden las citadas facturas a la mayor brevedad posible para poder suspender los tramites posteriores a la citada resolución.

Atentamente.

SOLICITUD DATOS JUDICIALES

Avda. Requejo, 35
49035 ZAMORA

Fax :980 512 838
Tfno: 980 548 200

Fecha: 15 de diciembre de aaaa

Destinatario:

De: HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA

N/Ref.: DBT/LB

S/Ref.:

Asunto:

Le rogamos nos informen de la **situación judicial** del lesionado en accidente de tráfico el 28/01/2001, el cual carecía de Seguro el vehículo, D. , la cual les fue enviada el 04/05/2001.

PETICIÓN DE DATOS DE ASISTIDOS POR ACCIDENTES DE TRABAJO

Facturación y Cobros
Tlfno: 980 54 82 30
Fax: 980 51 28 38

N.H.C:

Dirección:

Habiendo sido asistido/a en este Hospital de la Seg. Social de Zamora como consecuencia de las lesiones sufridas por un accidente de trabajo el día _____, le rogamos nos remita lo más rápidamente posible el impreso adjunto debidamente cumplimentado.

En caso de ser Vd. Beneficiario de la Seguridad Social, deberá también indicarnos su número de cartilla.

Le saluda atentamente.

Zamora,

PETICIÓN DE DATOS A ASISTIDOS POR ACCIDENTES DE TRÁFICO
--

Facturación y Cobros
Tlfno: 980 54 82 30
Fax: 980 51 28 38

N.H.C:

Dirección:

Habiendo sido asistido/a en este Hospital de la Seg. Social de Zamora como consecuencia de las lesiones sufridas por un accidente de tráfico el día _____, le rogamos nos remita lo más rápidamente posible el impreso adjunto debidamente cumplimentado.

En caso de ser Vd. Beneficiario de la Seguridad Social, deberá también indicarnos su número de cartilla.

Le saluda atentamente.

Zamora,

MODELO DE PETICIÓN DE CUESTIONARIO EN LOS ACCIDENTES DE CIRCULACIÓN

Facturación y Cobros
Tlfno: 980 54 82 30
Fax: 980 51 28 38

N.H.C:

Familiares de:

En relación con el accidente de circulación por el que en fecha _____ se le prestó atención en este Centro Sanitario, comunicamos que están pendientes de notificar los datos de las compañías de seguros implicadas en dicho accidente.

A fin de pasar al cobro los gastos asistenciales a las compañías aseguradoras correspondientes, rogamos que a la mayor brevedad posible se nos remita el cuestionario adjunto.

Atentamente

Zamora,

MODELO DE REMISIÓN PARTES DE ACCIDENTES DE TRABAJO A LAS MUTUAS

Facturación y Cobros
Tlfno: 980 54 82 30
Fax: 980 51 28 38

Dirección:

Adjunto les remitimos PARTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO, correspondiente a esa MUTUA, al objeto de que una vez sellado por Ustedes, nos sea devuelto, con la mayor urgencia posible, al Servicio de Facturación y Cobros de este Hospital.

Agradeciendo su colaboración, le saluda atentamente

Zamora

REMISIÓN A PARTICULARES DEL MODELO DE DECLARACIÓN RESPONSABLE

Facturación y Cobros
Tlfno: 980 54 82 30
Fax: 980 51 28 38

Dirección:

N.H.C:

Adjunto le remito modelo de DECLARACIÓN RESPONSABLE sobre las circunstancias del Accidente de Tráfico que tuvo Usted y que le obligaron a venir al Hospital, al objeto de que nos lo remita cumplimentado y firmado lo antes posibles adjuntando fotocopia del DNI, o bien pase por el Servicio de Facturación y Cobros.

Zamora

REMISIÓN PARTE DE ASISTENCIA ACCIDENTE DE TRÁFICO

Facturación y Cobros
Tlfno: 980 54 82 30
Fax: 980 51 28 38

Dirección:

N.H.C:

Adjunto se les remite Parte de Asistencia del lesionado en accidente de tráfico:

Nombre:

Según el convenio MARCO DE ASISTENCIA SANITARIA (Sector Público), en vigor, deberán contestarnos por escrito la aceptación de los gastos asistenciales en un plazo máximo de 30 días. De no producirse manifestación alguna, se entenderá que admiten el cargo y le enviaremos la respectiva factura.

Atentamente.

Zamora

REMISIÓN DE FACTURAS POR ASISTENCIA

Facturación y Cobros
Tlfno: 980 54 82 30
Fax: 980 51 28 38

Factura N.

Adjunto se les remite factura por los gastos ocasionados en este Hospital de la Seguridad Social, por la asistencia que se le prestó al paciente D./Dña.....

El importe de la factura, que asciende a euros les rogamos nos lo hagan efectivo en nuestra c/c Hospital "Virgen de la Concha" númeroenmediante talón o en nuestras oficinas.

Le saluda atentamente

Zamora

REMISIÓN DE FACTURA POR ACCIDENTE DE TRÁFICO

Facturación y Cobros
Tlfno: 980 54 82 30
Fax: 980 51 28 38

Factura N.

Adjunto se les remite factura por gastos ocasionados en este Hospital, del lesionado de tráfico:

Nombre:.....

El importe asciende a euros:

Dichas facturas se ajustan al convenio MARCO DE ASISTENCIA SANITARIA (Sector Público)

Le rogamos su abono en el plazo de 40 días hábiles, en nuestra c/c "Hospital Virgen de la Concha" número: 0182 – 6834 – 94 – 0208504655 B.B.V.A. mediante talón o en nuestras propias oficinas.

Atentamente.

Zamora

CERTIFICADO DE FORMALIZACIÓN DE INGRESOS

D. ERNESTO RUIZ URETA, Director de Gestión y Servicios Generales de Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, de la que es Director Gerente el Dr. D. RAFAEL LOPEZ IGLESIAS.

CERTIFICA: Que al n. Del Registro se formaliza la cantidad deEuros.

Con cargo a INGRESOS A TRASPASAR A TESORERÍA
Y abono a DIVERSOS DEUDORES

Por el concepto de anular la factura.....con tipo de financiación: ACCIDENTES DE TRABAJO, correspondiente al paciente.....DNI....., por: PRESENTAR LA BAJA POR CONTINGENCIAS COMUNES.

Y para que conste firma la presente en Zamora

Zamora

Vº Bº
EL DIRECTOR GERENTE

EL DIRECTOR DE GESTIÓN Y S. G.

Fdo.: Rafael López Iglesias

Fdo.: Ernesto Ruiz Ureta

MODELO DE ABONO



Apartado de Correos, 62
49022 ZAMORA



FACTURACIÓN Y COBROS

GASTOS OCASIONADOS EN ESTE HOSPITAL "VIRGEN DE LA CONCHA"

POR EL PACIENTE:

TIPO DE FINANCIACIÓN:

FACTURA Nº:

POR UN IMPORTE DE:

MEDIANTE

(T: Talón, C: Cheque, A: Caja, R: Transferencia)

EL ABONO LO EFECTUA:

N.I.F.:

ZAMORA



MODELO RELACIÓN DE COBROS, FACTURAS O DEUDAS POR TERCEROS

COMPLEJO HOSPITALARIO ZAMORA Relación de cobros por terceros	15/05/2003 fcrell	14:19 Pág:
---	----------------------	---------------

Listado desde 15/05/2003 hasta 15/05/2003

Tercero : 509

Num.Fact.	Fec.Fact.	Est.Fact.	Fec.Esta	IVA	Importe	Observaciones	Paciente
				0,00			

Importe parcial :

Tercero : 516

Num.Fact.	Fec.Fact.	Est.Fact.	Fec.Esta	IVA	Importe	Observaciones	Paciente
				0,00			

Importe parcial :

Importe total :

LISTADO DE FACTURAS COBRADAS

COMPLEJO HOSPITALARIO ZAMORA
LISTADO DE FACTURAS COBRADAS

15/05/2003 14:26
fc120a Pág: 1

DATA SELECCION: Fecha desde: 15/05/2003 hasta: 15/05/2003 Tipo de Financiacion: TODOS Garante: TODOS

Financiacion: MUTUAS DE ASISTENCIA SANITARIAS

FECHA FACT.N.	FACTURA	GARANTE	PACIENTE	IMP. FACTURA	FEC. COBRO	IMP. COBRO	OBSERVACIONES
---------------	---------	---------	----------	--------------	------------	------------	---------------

Total MUTUAS DE ASISTENCIA SANITARIAS

FACTURAS: IMPORTE:

Financiacion: ACCIDENTES DE TRABAJO

FECHA FACT.N.	FACTURA	GARANTE	PACIENTE	IMP. FACTURA	FEC. COBRO	IMP. COBRO	OBSERVACIONES
---------------	---------	---------	----------	--------------	------------	------------	---------------

Total ACCIDENTES DE TRABAJO

FACTURAS: IMPORTE:

Financiacion: ACCIDENTES DE TRAFICO

FECHA FACT.N.	FACTURA	GARANTE	PACIENTE	IMP. FACTURA	FEC. COBRO	IMP. COBRO	OBSERVACIONES
---------------	---------	---------	----------	--------------	------------	------------	---------------

Total ACCIDENTES DE TRAFICO

FACTURAS: IMPORTE:

TOTAL SELECCION:

FACTURAS: IMPORTE:

LISTADOS DE FACTURAS EMITIDAS

COMPLEJO HOSPITALARIO ZAMORA	15/05/2003	14:27
LISTADO DE FACTURAS EMITIDAS	fc120a	Pág: 1

ATOS SELECCION: Fecha desde: 15/05/2003 hasta: 15/05/2003 Tipo de Financiacion: TODOS Garante: TODOS

Financiacion: ACCIDENTES DE TRAFICO

FECHA_FACT.	N. FACTURA	GARANTE	PACIENTE	IMPORTE	OBSERVACIONES
15/05/2003	20031222	171	PLUS ULTRA SEGUROS		
15/05/2003	20031219	189	WINTERTHUR SEGUROS		
15/05/2003	20031220	189	WINTERTHUR SEGUROS		
15/05/2003	20031224	242	AGRUPACION MUTUAL ASEGURADORA - A.M.A.		
15/05/2003	20031225	242	AGRUPACION MUTUAL ASEGURADORA - A.M.A.		
15/05/2003	20031221	513	GROUPAMA IBERICA SEGUROS		

Total ACCIDENTES DE TRAFICO FACTURAS: IMPORTE:

Financiacion: AGRESION

FECHA_FACT.	N. FACTURA	GARANTE	PACIENTE	IMPORTE	OBSERVACIONES
15/05/2003	20031226	0	EL LESIONADO		FACTURA CONTINUACION A LAS ANT

Total AGRESION FACTURAS: IMPORTE:

Financiacion: ACCIDENTE ESCOLAR

FECHA_FACT.	N. FACTURA	GARANTE	PACIENTE	IMPORTE	OBSERVACIONES
15/05/2003	20031223	1805	PREVISION ESPAÑOLA		

Total ACCIDENTE ESCOLAR FACTURAS: IMPORTE:

TOTAL SELECCION: FACTURAS: IMPORTE:

LISTADOS DE FACTURAS ANULADAS

COMPLEJO HOSPITALARIO ZAMORA	15/05/2003	14:28
LISTADO DE FACTURAS ANULADAS	fcl120a	Pág: 1

DATOS SELECCION: Fecha desde: 15/05/2003 hasta: 15/05/2003 Tipo de Financiacion: TODOS Garante: TODOS

Financiacion: AGRESION

FECHA FACT.	N. FACTURA	GARANTE	PACIENTE	IMPORTE	PEC. ANULA	OBSERVACIONES
29/04/2003	20031008 A 0	EL LESIONADO				15/05/2003 PRESENTAR DECLARACION JUDICIAL EN LA QUE CONSTA QUE NO ES AG

Total AGRESION FACTURAS: IMPORTE:

TOTAL SELECCION: FACTURAS: IMPORTE:

LISTADOS DE FACTURAS BORRADOR

COMPLEJO HOSPITALARIO ZAMORA 15/05/2003 14:29
LISTADO DE FACTURAS BORRADOR fe120a Pág: 1

DATOS SELECCIÓN: Fecha desde: 14/05/2003 hasta: 15/05/2003 Tipo de Financiación: TODOS Garante: TODOS

Financiación: ACCIDENTES DE TRAFICO

FECHA FACT.	N. FACTURA	GARANTE	PACIENTE	IMPORTE	OBSERVACIONES
14/05/2003	-10124 B	124		131,32	GES SEGUROS
14/05/2003	-10123 B	124		131,32	GES SEGUROS
14/05/2003	-10134 B	150		131,32	MAPFRE MUTUALIDAD DE SEGUROS
14/05/2003	-10133 B	150		131,32	MAPFRE MUTUALIDAD DE SEGUROS
14/05/2003	-10132 B	150		131,32	MAPFRE MUTUALIDAD DE SEGUROS
14/05/2003	-10131 B	150		131,32	MAPFRE MUTUALIDAD DE SEGUROS
14/05/2003	-10129 B	150		131,32	MAPFRE MUTUALIDAD DE SEGUROS
14/05/2003	-10141 B	159		131,32	MURAT SEGUROS
14/05/2003	-10140 B	163		131,32	MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVIL
14/05/2003	-10139 B	163		131,32	MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVIL
14/05/2003	-10138 B	163		131,32	MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVIL
14/05/2003	-10130 B	169		131,32	PELAYO MUTUA DE SEGUROS
14/05/2003	-10137 B	526		131,32	MERCURIO SEGUROS
14/05/2003	-10136 B	526		131,32	MERCURIO SEGUROS
14/05/2003	-10135 B	526		131,32	MERCURIO SEGUROS

Total ACCIDENTES DE TRAFICO

FACTURAS:

IMPORTE:

Financiación: EXTRANJEROS

FECHA FACT.	N. FACTURA	GARANTE	PACIENTE	IMPORTE	OBSERVACIONES
14/05/2003	-10115 B	0		3.338,06	SIN CODIFICAR

Total EXTRANJEROS

FACTURAS:

IMPORTE:

TOTAL SELECCION:

FACTURAS:

IMPORTE:

LISTADO DE DEUDA PENDIENTE POR TIPO DE FINANCIACIÓN

COMPLEJO HOSPITALARIO ZAMORA
LISTADO DE DEUDA PENDIENTE
Por Tipo de Financiación

15/05/2003
fc_mh007

14:31
Pág: 1

TIPO DE FINANCIACION: 5 - ACCIDENTES DE TRAFICO

NUM. FACTURA	APELLIDOS Y NOMBRE	NIF o CIF	T. FINAN.	GARANTE	FEC. FACTURA	TOTAL FACTURA	PAGO PARCIAL	PAGO PENDIENTE	EST. FACTURA
20031225		G-28177657	5	242	15/05/2003	131,32	0,00	131,32	
20031224		G-28177657	5	242	15/05/2003	131,32	0,00	131,32	
20031220		A-0361008F	5	189	15/05/2003	131,32	0,00	131,32	
20031221		A-30014831	5	513	15/05/2003	131,32	0,00	131,32	
20031219		A-0361008F	5	189	15/05/2003	131,32	0,00	131,32	
20031222		A-28008571	5	171	15/05/2003	131,32	0,00	131,32	
TOTALES:						787,92	0,00	787,92	

MODELO FACTURA DE ASISTENCIA

COMPLEJO HOSPITALARIO ZAMORA
AV. REQUEJO, 35
ZAMORA (ZAMORA)
O-4919003F

FECHA : 15/05/2003
Num. Fac : 20031223
S/REF:

Destinatario:
Cta Ctble:

Exp. Num.:

NIF:

Observaciones: poliza n°

FACTURA DE ASISTENCIA

Tipo de Asistencia:

CONCEPTO	DIAS	CANT.	PRECIO	IMPORTE
1033014549 URGENCIAS	05/05/2003-05/05/2003	1	79,400000	79,400000
1035031379 TC DE CEREBRO	05/05/2003-05/05/2003	1	89,760000	89,760000
				169,16
TOTAL PENDIENTE PAGO,				169,16 EUROS

EL DIRECTOR DE GESTION Y SS.GG.

Este importe deberá ingresarse en:

Banco : BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARI
Cta. : 0182-6834-94-0208504655
Direc. : AV. CARDENAL CISNEROS, 34
ZAMORA - ZAMORA

EL GERENTE
P.D. (R. 28-7-95)
LA JEFE SC. CONTABILIDAD

Edo.: Dulce M.ª Barrio Torales
Fdo:



MODELO PARTE DE ASISTENCIA

**SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DEL USO Y CIRCULACIÓN DE
VEHÍCULOS DE MOTOR DE SUSCRIPCIÓN OBLIGATORIA
PARTE DE ASISTENCIA**

Centro Asistencial: COMPLEJO HOSPITALARIO ZAMORA

Domicilio: AV. REQUEJO, 35

Población: ZAMORA (ZAMORA)

Servicio y Facultativo responsable de la asistencia:

Lesionado: Nombre: _____ DNI: _____

Edad: _____ Domicilio: _____

Población: _____

Fecha de Ingreso: _____

Fecha siniestro: _____

Lugar siniestro: _____

Condición del lesionado: _____

Vehículo respecto al cual ostenta esta condición

Nombre del Asegurado: _____

Matrícula: _____ Marca: _____

Póliza de Seguro núm.: _____

Entidad Aseguradora: _____

Nombre del Asegurado: _____

Matrícula: _____ Marca: _____

Póliza de Seguro núm.: _____

Entidad Aseguradora: _____

Nombre del Asegurado: _____

Matrícula: _____ Marca: _____

Póliza de Seguro núm.: _____

Entidad Aseguradora: _____

Descripción detallada de las lesiones que padece el lesionado

Declaración responsable sobre las circunstancias del accidente:

SI NO

--	--

MODELO MENSUAL COBROS

MES DE:

COBROS

	AGRESI O.	ALCOH	CAZA	COOPER .	DEP-ESC	ESTAD	FESTEJ .	MOR. P	MT. ASIS.	MT. TRAB.	OTRAS	PARTI	TRAFIC	TOTALES
1														
2														
3														
4														
5														
8														
9														
10														
11														
12														
15														
16														
17														
18														
19														
22														
23														
24														
25														
26														
27														
29														
30														
31														
total.														
inter														

MODELO MENSUAL COBROS POR AÑOS**COBROS EFECTUADOS EN EL AÑO Y MES:**

CAUSA	años. Ant.	AÑO 93/00	año 01-02-03		TOTALES
AGRESIÓN					
ALCOHOL					
CAZA					
COOPERAD.					
DEPORTIV.					
ESTADO					
FESTEJOS					
MOR. PER.					
MT. ASIST.					
MT. TRAB.					
OTRAS					
PARTICUL.					
TRÁFICOS					
TOTALES					

LISTADO DE FIRMA DIARIO

Nº DE ORDEN	HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA		FACTURACION Y COBROS
	RELACION DE DOCUMENTOS REGISTRADOS CON FECHA:	15/05/05	
Nº DE ORDEN	DESTINATARIO	ASUNTO	LOCALIDAD
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
ETC...			

FACTURACIÓN MENSUAL

FACT. MES:		AÑO:												
	MT. TBJO	TRAFIC O	PAR TIC	COO PER.	AGRE SIO	MT. ASIST	ALCOH OL.	MORD. PE	FEST EJ	OTRAS	ESTA DO	Dep/E sc	CAZA	TOTAL ES
1														
2														
3														
4														
5														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
14														
15														
16														
19														
21														
22														
24														
25														
26														
28														
29														
30														
total														

MODELO RECOGIDA DE DATOS EN LOS ACCIDENTES DEPORTIVOS

DATOS A RECOGER EN LOS ACCIDENTES DEPORTIVOS

NOMBRE Y APELLIDOS DEL LESIONADO.....
Nº AFILIACIÓN DE LA SIGURIDAD SOCIAL, CON FOTOCOPIA DE LA TARJETA SANITARIA.....
LUGAR, DÍA Y HORA DEL ACCIDENTE.....
PARTIDO O ENTRENAMIENTO.....
CLUB DEPORTIVO.....
COMPAÑÍA ASEGURADORA.....
PARTE DE COMUNICACIÓN DEL ACCIDENTE A LA ENTIDAD ASEGURADORA.....
FOTOCOPIA DE LA FICHA DE FEDERADO.....

ESTE IMPRESO UNA VEZ CUMPLIMENTADO, DEBERÁ ENTREGARLO EN EL DEPARTAMENTO DE FACTURACIÓN Y COBROS (PLANTA PRIMERA)

MODELO RECOGIDA DE DATOS EN LOS LESIONADOS EN FESTEJOS

DATOS A RECOGER EN LOS LESIONADOS EN FESTEJOS

NOMBRE Y APELLIDOS DEL
LESIONADO:.....

.....

...

Nº DE AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL, con fotocopia de la tarjeta
sanitaria.....

....

LUGAR DEL
ACCIDENTE.....

DÍA Y
HORA.....

ENTIDAD ASEGURADORA DE LOS
FESTEJOS.....

Nº DE PÓLIZA Y FOTOCOPIA DE LA
MISMA.....

DIRECCIÓN DE DICHA
ENTIDAD.....

ENTREGAR EN EL DEPARTAMENTO DE FACTURACIÓN Y COBROS.

MODELO RECOGIDA DE DATOS EN LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO

ENTREGAR EN EL DEPARTAMENTO DE FACTURACIÓN Y COBROS, CON
FOTOCOPIA DE LA PÓLIZA. TELEF: 980548230.

DATOS A RECOGER EN LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO**DATOS DEL LESIONADO**

NOMBRE Y
 APELLIDOS.....
 Nº DE FILIACIÓN A LA SEG.
 SOCIAL.....
 TITULAR DE LA
 CARTILLA.....
 CONDICIÓN DEL LESIONADO(Conductor, ocupante, ciclista,
 peatón).....
 TELÉFONO.....

 LUGAR DEL
 ACCIDENTE.....
 DÍA Y
 HORA.....

DATOS DEL VEHÍCULO

MATRÍCULA.....MARCA.....

 ENTIDAD
 ASEGURADORA.....
 Nº DE
 PÓLIZA.....
 PROPIETARIO DEL
 VEHÍCULO.....
 NOMBRE DEL
 TOMADOR.....
 CONDUCTOR DEL
 VEHÍCULO.....
 DOMICILIO DEL
 CONDUCTOR.....
 NOMBRE DE LAS PERSONAS
 ASISTIDAS.....

DATOS DE OTROS VEHÍCULOS QUE HAYAN INTERVENIDO EN EL SINIESTRO

MATRÍCULA.....MARCA.....

 ENTIDAD ASEGURADORA.....Nº DE
 PÓLIZA.....

DIRECCIÓN DE LA
 COMPAÑÍA.....
 TOMADOR DEL
 SEGURO.....
 CONDUCTOR Y
 DIRECCIÓN.....
 NOMBRE DE LAS PERSONAS
 ASISTIDAS.....

MATRÍCULA.....MARCA.....

 ENTIDAD ASEGURADORA.....Nº DE
 PÓLIZA.....
 DIRECCIÓN DE LA
 COMPAÑÍA.....
 TOMADOR DEL
 SEGURO.....
 CONDUCTOR Y
 DIRECCIÓN.....
 PERSONAS ASISTIDAS EN EL 3º
 VEHÍCULO.....
 FECHA Y FIRMA

SI INTERVINIERON OTROS VEHÍCULOS CONSIGNAR LOS DATOS AL DORSO

MODELO RECOGIDA DE DATOS EN LOS ACCIDENTES DE TRABAJO

DATOS A RECOGER EN LOS ACCIDENTES DE TRABAJO

NOMBRE Y APELLIDOS DEL LESIONADO:
DÍA Y HORA DEL
ACCIDENTE:.....
NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL
NÚMERO DE D.N.I. O
N.I.F.....

DATOS DE LA EMPRESA:

NOMBRE:.....
....
DOMICILIO.....
....
TELÉFONO.....
....
NUMERO
PATRONAL.....

DATOS DE LA MUTUA:

NOMBRE:.....
....
NÚMERO:.....
....
NÚMERO DE
NIF:.....
DIRECCIÓN:.....
...
TELÉFONO:.....
....

**ES IMPRESCINDIBLE LA CONFORMIDAD DE GASTOS POR SU MUTUA DE
ACCIDENTE DE TRABAJO Y POSTERIORMENTE ENTREGA EN EL
DEPARTAMENTO DE FACTURACIÓN Y COBROS.**

CONFORMIDAD DE LA MUTUA
LESIONADO

FECHA Y FIRMA DEL

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Firma del declarante



NORMAS DE PUBLICACIÓN

- **Objetivo:** difundir conocimientos sobre calidad asistencial (metodología, objetivos de calidad, plan de calidad) que ayuden a mejorar la formación de todas aquellas personas implicadas en la mejora continua de la calidad.

- **Tema:** cualquier tema relacionado con calidad asistencial (objetivos de calidad, investigación, metodología, legislación, revisiones de temas concretos, revisiones bibliográficas, trabajos de investigación etc.).

- **Formato:** NuevoHospital se publicará en formato digital (disponible en la web) y en papel (trimestralmente). Todos los trabajos serán publicados en el formato digital.

- Estructura de los trabajos:

- Título

- Autor/es

- Área - servicio ó unidad

- Función o cargo que desempeña/n

- RESUMEN

- Introducción (motivación, justificación, objetivos)

- Texto: según el tema que se trate

- en trabajos de investigación: material y métodos, resultados, comentarios-discusión
- en artículos de revisión bibliográfica: desarrollo del tema, comentarios-discusión

- Conclusiones

- Bibliografía

- Formato de los trabajos:

- presentación **en MS-Word** (en disquette ó por correo electrónico)

- tipo y tamaño de letra: **Arial de 10 puntos**

- **tamaño de papel A4** (en el caso de ser enviados por correo ordinario, se ha de acompañar el disquette con una copia en papel)

- pueden incluirse tablas o dibujos (blanco y negro)

- en la versión digital podrán incluirse fotografías y gráficos en color

- **los trabajos han de tener el formato definitivo para ser publicados**

- Modo de envío de los trabajos:

- por **correo ordinario:** Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad. Avda. Requejo Nº 35. 49022 Zamora
- **depositándolos directamente** en la Unidad de Investigación ó en la Unidad de Calidad (indicar en el sobre que es para publicar en la revista del Hospital)
- por **correo electrónico:** ucalid@hvcn.sacyl.es (disponible en la web: www.calidadzamora.com)

