

**Actuacions sanitàries urgents
en centres, serveis
i establiments sanitaris
del sistema sanitari integral
d'utilització pública
de Catalunya (SISCAT):
assistència i facturació**

Maig de 2017



Servei Català
de la Salut



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Aquest document s'ha aprovat mitjançant la Resolució del director del Servei Català de la Salut (CatSalut) de data 30 de setembre de 2016 i estableix els requeriments i les actuacions que han de portar a terme les entitats proveïdores de serveis sanitaris en els centres, serveis i establiments sanitaris del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT) per tal que el CatSalut es faci càrrec de l'atenció sanitària urgent. (Resolució de correcció d'errades del document de data 3 de maig de 2017.)

S'ha de diferenciar entre l'àmbit assistencial i el de facturació de l'actuació assistencial:

- I. **Pel que fa a l'àmbit assistencial**, tots els centres del SISCAT tenen l'obligació d'atendre una urgència.
- II. **Pel que fa a l'ens responsable que s'ha de fer càrrec de l'atenció sanitària urgent prestada**, el centre del SISCAT té l'obligació d'identificar el responsable obligat a fer-se càrrec del pagament de l'atenció i ha de facturar a l'entitat responsable del pagament o al tercer responsable seguint els criteris d'actuació següents:

A) Facturació al Servei Català de la Salut (CatSalut)

S'ha de facturar al CatSalut en els casos següents:

1. Si el pacient està acreditat amb els nivells de cobertura següents, corresponents al Registre central de persones assegurades (RCA):
 - Codi nivell de cobertura 1 i 3: COBERTURA SANITÀRIA GENERAL i COBERTURA SANITÀRIA GENERAL FARM. GRAT.
 - Té la condició d'assegurat o beneficiari d'una persona assegurada de l'SNS.
 - Té dret a la prestació d'assistència sanitària per a sol·licitants de protecció internacional.
 - Té dret a la prestació d'assistència sanitària per a víctimes de tràfic d'éssers humans en període de restabliment i reflexió.
 - Té dret a la prestació d'assistència sanitària per ser menor d'edat estranger no registrat ni autoritzat com a resident.
 - Té dret a la prestació d'assistència sanitària per ser dona estrangera embarassada no registrada ni autoritzada com a resident.
 - Codi nivell de cobertura 214: COBERTURA SANITÀRIA CATSALUT 2
 - Té dret a l'accés a l'assistència sanitària amb càrrec al CatSalut en virtut de la Instrucció 08/2015 del CatSalut.
 - Codi nivell de cobertura 215: COB. CONVENI ESPECIAL RD 576/2013
 - Té dret a l'assistència sanitària per conveni especial de prestació d'assistència sanitària.
 - Codi nivell de cobertura 4: COB. SANIT. GRAL. EXCEPTE FARMÀCIA
 - Té la condició d'assegurat o beneficiari d'una persona assegurada de l'SNS de la mutualitat MUFACE, MUGEJU o ISFAS.
 - Codi nivell de cobertura 216: COBERTURA SANITÀRIA PMO
 - Té dret a l'accés a l'assistència sanitària amb càrrec al CatSalut en virtut del conveni establert entre el PMO i el CatSalut.
2. Si el pacient està acreditat pel Sistema Nacional de Salut (altres comunitats autònomes) i en situació NORMAL a la base de dades de la targeta de l'SNS.
3. Si el pacient és portador de la targeta sanitària europea o certificat substitutori d'aquesta i té dret a l'assistència sanitària en aplicació de reglaments comunitaris i convenis internacionals, sempre que no hi hagi un tercer responsable obligat al pagament de l'assistència sanitària.

B) Facturació a un tercer responsable

Es factura a un tercer responsable obligat al pagament de l'assistència sanitària si el pacient pertany a un dels col·lectius següents o es troba en una de les situacions següents:

1. Assegurats o beneficiaris del sistema de Seguretat Social pertanyents a la Mutualitat General de Funcionaris Civils de l'Estat (MUFACE), Mutualitat General Judicial (MUGEJU) o a l'Institut Social de les Forces Armades (ISFAS), que no hagin estat adscrits, mitjançant el procediment establert, a rebre assistència sanitària del Sistema Nacional de Salut.
2. Accidents de treball o malalties professionals a càrrec de les mútues d'accidents de treball, de l'Institut Nacional de la Seguretat Social o de l'Institut Social de la Marina.
3. Assegurances obligatòries:
 - 3.1. Assegurança obligatòria dels esportistes federats i professionals.
 - 3.2. Assegurança obligatòria de vehicles de motor.
 - 3.3. Assegurança obligatòria de viatgers.
 - 3.4. Assegurança obligatòria de caça.
 - 3.5. Qualsevol altra assegurança obligatòria.
4. Convenis o concerts amb altres organismes o entitats (PAMEM). Cal reclamar l'import de l'assistència prestada, d'acord amb els termes del conveni o concert corresponent.
5. Altres obligats al pagament.
 - 5.1. Accidents succeïts amb ocasió d'esdeveniments festius, activitats recreatives i espectacles públics en el cas que s'hagi subscrit contracte d'assegurança d'accidents o de responsabilitat civil que cobreixi les contingències derivades d'aquestes activitats.
 - 5.2. Assegurança escolar.
 - 5.3. Qualsevol altre supòsit en què, en virtut de normes legals o reglamentàries, l'import de les atencions o prestacions sanitàries hagi de ser a càrrec de les entitats o tercers corresponents.

C) Presentació de la declaració responsable

En el cas que la persona o el seu representant no disposi de recursos econòmics suficients per poder pagar l'import de l'assistència sanitària urgent, se'ls ha d'informar sobre la necessitat de presentar la declaració responsable que consta a l'annex II. Aquesta declaració facilita l'atenció sanitària a càrrec del CatSalut i la facturació corresponent.

Aquests documents han de ser custodiats pels proveïdors assistencials i han de restar a disposició del CatSalut.

D) Situacions especials

En el cas de persones menors de divuit anys o de dones embarassades, poden accedir a l'atenció sanitària d'acord amb la disposició addicional vuitena del Reial decret 1192/2012, de 3 d'agost. En aquest cas, cal presentar la declaració responsable que consta a l'annex I.

E) Facturació a persones o representants legals

En el cas que l'atenció no estigui coberta per cap dels supòsits anteriors o no es presenti cap declaració de les que consten als apartats anteriors, l'assistència prestada s'ha de facturar a la persona o al seu representant legal.

Annex I



CatSalut

Servei Català de la Salut



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Declaració responsable en cas d'atenció sanitària urgent a persones menors de divuit anys i dones embarassades¹

Dades de l'actuació assistencial realitzada²

Nom del centre, servei o establiment sanitari Codi UP Núm. de referència

Descripció del procediment o actuació assistencial rebuda Data

Dades de la persona que rep l'assistència (menor de 18 anys dona embarassada)

1r cognom 2n cognom Nom Sexe

home dona

Tipus de document identificatiu³ Núm. del document identificatiu³ Data de naixement Nacionalitat

Adreça de referència⁴

Tipus de via⁵ Nom Núm.

Bloc Portal Escala Pis Porta Telèfon

Adreça electrònica Codi postal Localitat

Dades del/de la representant legal o persona acompanyant (només en cas que la persona que rep l'assistència sigui menor o incapacitada)

1r cognom 2n cognom Nom DNI/NIE/Passaport

Declaro:

Primer. Que no tinc dret a l'accés a l'assistència sanitària de cobertura pública a càrrec d'una altra entitat diferent; que no tinc contractada cap pòlissa sanitària privada que em cobreixi aquesta assistència sanitària, i que no existeix cap tercer responsable obligat al pagament de l'assistència sanitària.

Segon. Que he estat informat del meu dret a l'assistència sanitària pública del CatSalut, atesa la meua condició de persona menor de divuit anys o dona embarassada.

Signatura de la persona que rep l'assistència o de la persona que la representa legalment (en cas que sigui menor o incapacitada)

Data

LLIBREU AQUESTA SOL·LICITUD PER DUPLICAT, UN EXEMPLAR PER AL CENTRE SANITARI I UN PER A LA PERSONA QUE REP L'ASSISTÈNCIA

¹ De conformitat amb el que estableix la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, les dades personals que consten en aquesta Declaració responsable seran tractades pel Servei Català de la Salut (CatSalut) en l'àmbit de l'acreditació i la facturació dels serveis sanitaris. L'òrgan responsable és la Subdirecció del CatSalut, davant la qual podeu exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició d'aquestes dades.

² Aquest apartat l'ha d'emplenar el centre, servei o establiment del SISCAT.

³ Tipus de document identificatiu:

- 1: DN/NIF
- 2: Passaport
- 3: Targeta residència comunitària
- 4: Permis residència de treball
- 6: NIE

⁴ Cal disposar d'una adreça de referència.

⁵ Tipus de via

Avinguda	Can	Disseminat	Jardi	Pas	Placeta	Raval	Urbanització
Baixada	Carrer	Dreccera	Lloc	Passadis	Polígon	Riera	Via
Barri	Carreró	Glorieta	Mas	Passatge	Pont	Ronda	
Blocs	Carretera	Gran Via	Parc	Passatge	Pujada	Travessera	
Camí	Costa	Grups	Partida	Plaça	Rambra	Travessia	

240 2270DRM

Annex II



Servei Català
de la Salut



Declaració responsable de no disposar de recursos econòmics per fer front a l'atenció sanitària urgent en centres, serveis i establiments sanitaris del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT)¹

Mitjançant aquesta declaració, la persona sotasignada declara que no es pot fer càrrec de la factura que li presenta el centre del SISCAT especificat per l'actuació assistencial realitzada

Dades de l'actuació assistencial realitzada²

Nom del centre, servei o establiment sanitari	Codi UP	Núm. de referència
Descripció del procediment o actuació assistencial rebuda		Data

Dades de la persona que rep l'assistència

1r cognom	2n cognom	Nom	Sexe		
			<input type="checkbox"/> home <input type="checkbox"/> dona		
Tipus de document identificatiu ³	Núm. del document identificatiu ³	Data de naixement	Nacionalitat		
Adreça de referència*					
Tipus de via ⁴	Nom	Núm.			
Bloc	Portal	Escala	Pis	Porta	Telèfon
Adreça electrònica			Codi postal	Localitat	

Dades del/de la representant legal (només en cas que la persona que rep l'assistència sigui incapacitada)

1r cognom	2n cognom	Nom	DNI/NIE/Passaport
-----------	-----------	-----	-------------------

Declaro, sota la meua responsabilitat:

Primer. Que no reuneixo les condicions per accedir al Sistema Nacional de Salut; que no tinc dret a l'accés a l'assistència sanitària de cobertura pública a càrrec d'una altra entitat diferent; que no tinc contractada cap pòlissa sanitària privada que em cobreixi aquesta assistència sanitària, i que no existeix cap tercer responsable obligat al pagament de l'assistència sanitària.

Segon. Que no dispo de recursos econòmics suficients per poder pagar l'import de l'assistència sanitària urgent.

Tercer. Que no dispo de béns ni drets suficients dipositats a l'Estat espanyol o a qualsevol país estranger per fer front al cost de l'assistència sanitària urgent.

Autoritzo:

Que el Servei Català de la Salut o ens en què delegui verifiqui la informació i les dades que declaro i que accedeixi als registres públics corresponents.

Reconec:

Primer. L'obligació de pagament de l'import de l'assistència sanitària rebuda en el cas que la informació i les dades declarades no siguin vertaderes o en cas que es verifiqui que dispo de recursos econòmics.

Segon. Que aquesta declaració té el caràcter de document executiu suficient per a la reclamació de l'atenció sanitària rebuda, sense que sigui necessari cap altre document de reconeixement del deute.

Signatura de la persona que rep l'assistència o de la persona que la representa legalment (en cas que sigui incapacitada)

Data

Notes: vegeu el revers d'aquest full.

LLUIREU AQUESTA SOL·LICITUD PER DUPLICAT, UN EXEMPLAR PER AL CENTRE SANITARI I UN PER A LA PERSONA QUE REP L'ASSISTÈNCIA

240 Z2700RN

Instruccions per emplenar aquesta Declaració responsable

¹ De conformitat amb el que estableix la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, Les dades personals que consten en aquesta Declaració responsable seran tractades pel Servei Català de la Salut (CatSalut) en l'àmbit de l'acreditació i la facturació dels serveis sanitaris. L'òrgan responsable és la Subdirecció del CatSalut, davant la qual podeu exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició d'aquestes dades.

² Aquest apartat l'ha d'emplenar el centre, servei o establiment del SISCAT.

³ Tipus de document identificatiu:

- 1: DNI/NIF
- 2: Passaport
- 3: Targeta residència comunitària
- 4: Permis residència de treball
- 6: NIE

⁴ Cal disposar d'una adreça de referència.

⁵ Tipus de via:

Avinguda	Can	Disseminat	Jardí	Pas	Placeta	Raval	Urbanització
Baixada	Carrer	Drecera	Lloc	Passadís	Polígon	Riera	Via
Barri	Carreró	Glorieta	Mas	Passatge	Pont	Ronda	
Blocs	Carretera	Gran Via	Parc	Passeig	Pujada	Travessera	
Camí	Costa	Grups	Partida	Plaça	Rambla	Travessia	