

I. Disposiciones generales

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES

16931 *RESOLUCIÓN de 19 de septiembre de 2006, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, por la que se aprueba el diseño de registros y el formato técnico de los ficheros informáticos para la remisión de los datos por los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas a efectos del pago del coste de la asistencia sanitaria derivada de contingencias profesionales.*

La Orden TAS/131/2006, de 26 de enero, en relación con la transferencia a las Comunidades Autónomas del importe correspondiente a la prestación de asistencia sanitaria al amparo de la normativa internacional y el pago a los Servicios Públicos de Salud del coste de la asistencia sanitaria derivada de contingencias profesionales, regula en su capítulo II el procedimiento para el pago a las Comunidades Autónomas del coste de las prestaciones sanitarias, farmacéuticas y recuperadoras dispensadas por los correspondientes Servicios Públicos de Salud como consecuencia de contingencias profesionales, cuando la protección de los beneficiarios, respecto de dichas contingencias, se hubiera formalizado con las Entidades Gestoras de la Seguridad Social.

El artículo 8 de la citada orden establece que el diseño de registro y el formato técnico de remisión de los datos que avalarán las certificaciones emitidas por los Servicios Públicos de Salud se determinará, a propuesta del Instituto Nacional de la Seguridad Social y del Instituto Social de la Marina, mediante resolución del Secretario de Estado de la Seguridad Social, que será comunicada a las Comunidades Autónomas.

En consecuencia, a fin de homogeneizar y facilitar el intercambio de información entre los respectivos Servicios Públicos de Salud y las Entidades Gestoras de la Seguridad Social, se aprueban la estructura, contenido y formato de los ficheros informáticos de remisión de datos relativos a los centros de asistencia de los Servicios Públicos de Salud, a las tarifas oficiales aplicables en cada Comunidad Autónoma y a la emisión de facturas por las prestaciones dispensadas.

El sistema de envío y recepción de ficheros se efectuará a través de la herramienta IFI, que es un sistema universal de intercambio de ficheros institucionales, vía Internet, que deberá cumplir los requisitos establecidos en el apartado tercero de esta disposición.

Esta resolución establece, asimismo, que el procedimiento de remisión de datos relativos a los gastos facturados por los Servicios Públicos de Salud se efectuará, de forma centralizada, a través del Centro Informático del Instituto Nacional de la Seguridad Social, el cual desglor-

sará la información recibida y la remitirá, para su gestión y verificación, a las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social y a la Dirección General del Instituto Social de la Marina, según proceda, a efectos de su conformidad y emisión de la oportuna certificación del coste de las prestaciones dispensadas, de acuerdo con lo previsto en el artículo 5 de la orden citada.

El mencionado procedimiento será de aplicación con carácter inmediato, previéndose que en una fase posterior los Servicios Públicos de Salud dispongan de un servicio Web que permitirá que los mismos puedan introducir directamente en la aplicación los datos correspondientes a los centros de asistencia, las tarifas aplicables y los gastos facturados, que se validarán automáticamente. De esta forma se suprimiría la validación manual de los ficheros por las Entidades Gestoras de la Seguridad Social.

En consecuencia, de acuerdo con las previsiones contenidas en el artículo 8 de la Orden TAS/131/2006, de 26 de enero, y de conformidad con las facultades conferidas por el artículo 2 del Real Decreto 1600/2004, de 2 de julio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, a propuesta del Instituto Nacional de la Seguridad Social y del Instituto Social de la Marina, dispongo:

Primero. Aprobación de la estructura, contenido y formato de los ficheros informáticos de remisión de datos.

1. Se aprueban, conforme figuran, respectivamente, en los anexos I, II y III de esta resolución, la estructura, contenido y formato de los ficheros informáticos relativos a los centros de asistencia de los Servicios Públicos de Salud, a las tarifas oficiales aprobadas y publicadas por cada Comunidad Autónoma y a la emisión, por los respectivos Servicios Públicos de Salud, de las facturas correspondientes a las prestaciones médicas, farmacéuticas y recuperadoras dispensadas a los trabajadores cuya protección, respecto a las contingencias profesionales, se hubiera formalizado con el Instituto Nacional de la Seguridad Social o con el Instituto Social de la Marina.

2. La remisión de datos por los Servicios Públicos de Salud a efectos de la certificación del coste de la atención sanitaria dispensada en los supuestos mencionados en el apartado anterior, deberá efectuarse, en todo caso, conforme al diseño de registros y al formato técnico de los ficheros informáticos que se aprueban en los citados anexos.

3. Los Servicios Públicos de Salud deberán realizar la gestión de los ficheros de centros y tarifas, según se establece en los anexos I y II, manteniendo la permanente actualización de sus datos, ya sea de forma on-line o a partir de los formatos de registros establecidos en los mencionados anexos.

La falta de actualización por parte de los Servicios Públicos de Salud de los datos de los ficheros de centros y tarifas determinará la inadmisión de cualquier envío informático que no se adecue a la información facilitada al respecto por la respectiva Comunidad Autónoma. Los

envíos inadmitidos por esta causa no surtirán efecto alguno en tanto no sean regularizados conforme al procedimiento previsto en esta resolución.

Segundo. *Procedimiento de remisión de datos de los gastos facturados.*

1. Los Servicios Públicos de Salud de las Comunidades Autónomas remitirán en un único envío mensual, salvo que no exista facturación por estos conceptos en el mes, al Centro Informático del Instituto Nacional de la Seguridad Social los datos correspondientes a los gastos facturados por las prestaciones sanitarias dispensadas a los trabajadores cuya protección respecto de las contingencias profesionales se hubiera formalizado con las Entidades Gestoras de la Seguridad Social, a efectos de su validación y consiguiente emisión de la certificación establecida por la Orden TAS/131/2006, de 26 de enero.

El Centro Informático del Instituto Nacional de la Seguridad Social efectuará una validación inicial que permitirá diferenciar si los trabajadores están protegidos, en relación con las contingencias profesionales, por el Instituto Nacional de la Seguridad Social o por el Instituto Social de la Marina, de acuerdo con los datos obrantes en el Fichero General de Afiliación.

Asimismo, dicho Centro Informático verificará la correcta identificación de los centros de asistencia y comprobará si los importes consignados por las prestaciones dispensadas por los Servicios Públicos de Salud coinciden con las cuantías de las tarifas oficiales aprobadas y publicadas por cada Comunidad Autónoma.

Una vez realizadas las validaciones automáticas indicadas, se dará al Servicio Público de Salud competente la conformidad del registro enviado o bien se comunicará la incidencia oportuna de acuerdo con el contenido de los anexos que se incluyen en esta resolución.

2. El Centro Informático del Instituto Nacional de la Seguridad Social procederá a desglosar los datos recibidos de los Servicios Públicos de Salud, diferenciando, por provincias, los correspondientes a los trabajadores protegidos por el Instituto Nacional de la Seguridad Social y, globalmente, los relativos a los trabajadores acogidos al Instituto Social de la Marina. A continuación, el referido Centro procederá a enviar, mediante fichero informático, a las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social o a la Dirección General del Instituto Social de la Marina los gastos correspondientes a las prestaciones dispensadas dentro de su respectivo ámbito de competencias.

Las facturas sin incidencias determinarán la expedición, por parte de las respectivas Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social o del Instituto Social de la Marina, de una certificación que se comunicará al Centro Informático del Instituto Nacional de la Seguridad Social, mediante el procedimiento informático establecido, y al Servicio Público de Salud correspondiente, mediante comunicación en soporte papel, a efectos de que la Dirección Provincial competente inicie la fase de fiscalización y pago al Servicio Público de Salud del coste de las prestaciones sanitarias dispensadas.

3. Cuando, a pesar de las validaciones automáticas iniciales efectuadas por el Centro Informático del Instituto Nacional de la Seguridad Social, las Direcciones Provinciales de las Entidades Gestoras respectivas comprueben que existen divergencias en la identidad de los trabajadores, errores en los importes detallados u otras discrepancias con los datos remitidos por los Servicios Públicos de Salud, consignarán en el aplicativo su disconformidad con los datos que sean incorrectos, devolviendo el correspondiente fichero, a través del Centro Informático –mediante transacción habilitada al efecto o envío de fichero en el caso del Instituto Social de la Marina–, para que se remitan al Servicio Público de Salud, a efectos de su rectificación, aquellas facturas con incidencias.

Una vez que el respectivo Servicio Público de Salud haya subsanado las incidencias detectadas, enviará nuevamente las facturas rectificadas, a través del Centro Informático, que remitirá de nuevo la información recibida a la entidad que corresponda para que ésta emita, si procede, la oportuna certificación parcial, que será complementaria de la certificación originaria.

Tercero. *Sistema de envío de los ficheros al Centro Informático del Instituto Nacional de la Seguridad Social.*

1. Los Servicios Públicos de Salud enviarán los ficheros al Centro Informático del Instituto Nacional de la Seguridad Social a través de la herramienta IFI. Este sistema se utilizará igualmente para el envío y recepción física de los ficheros de facturas.

2. Los ficheros que se envíen por este sistema deberán cumplir los siguientes requisitos:

a) Los ficheros a enviar/recibir serán de texto (ASCII) donde las líneas deben delimitarse únicamente por el carácter «LF» (0A hexadecimal), considerándose un error de formato cualquier otra delimitación.

b) Todas las líneas serán de longitud fija de 800 posiciones, es decir, no deben eliminarse los caracteres blancos de cola.

3. El Sistema IFI es un software de Intercambio de Ficheros Institucionales, universal, vía Internet, que permite a las instituciones enviar y recibir ficheros a/desde la Administración de la Seguridad Social, cumpliendo los siguientes requisitos:

Identificación con certificados digitales.

Autorizaciones de transferencia otorgadas por parte de la Administración de la Seguridad Social.

Transferencias en modo batch atendido (necesario operador) y desatendido (automático).

Unidades de intercambio individuales o por lotes firmadas y cifradas.

El software está formado por una aplicación Cliente/Servidor. El servidor está ubicado en la Administración de la Seguridad Social y el cliente se distribuye a cada institución autorizada a transmitir ficheros con la referida Administración.

Cuando un usuario (Servicio Público de Salud) desee transmitir ficheros a la Administración de la Seguridad Social ejecutará la aplicación cliente de Intercambio de Ficheros Institucionales.

La aplicación cliente se encarga de realizar la identificación correspondiente contra los servidores de la Administración de la Seguridad Social, proporcionándose un mecanismo seguro para realizar el intercambio de ficheros.

La transmisión de los ficheros se realiza de forma segura. La primera garantía de seguridad consiste en cifrar el canal de comunicación. Todas las comunicaciones entre el cliente y el servidor se realizan mediante protocolo de seguridad SSL. De esta forma no sólo se protegen los ficheros, sino también cualquier otro parámetro transmitido entre cliente y servidor.

Otra medida de seguridad consiste en que los ficheros se firman en origen antes de ser enviados, con lo que se garantiza el emisor del fichero. Además, para mayor seguridad, los ficheros se pueden cifrar opcionalmente antes de ser transmitidos.

Cuarto. *Diseño de los ficheros informáticos.*—El diseño de los ficheros informáticos remitidos por las Comunidades Autónomas se estructurará en los siguientes apartados:

- a) Centros.
- b) Técnicas médico-clínicas aplicadas y
- c) Facturas.

Las especificaciones técnicas de cada uno de los ficheros y diseños de registros son las que se establecen, respectivamente, en los anexos I, II y III de esta resolución.

Quinto. *Fases de implantación del procedimiento de remisión de datos.*—El procedimiento para gestionar la información relativa a los centros, tarifas y gastos facturados por los Servicios Públicos de Salud de las Comunidades Autónomas y para emitir las oportunas certificaciones sobre el coste de las prestaciones médicas, farmacéuticas y recuperadoras dispensadas a los trabajadores se implantará en dos fases:

1. Con carácter inmediato y hasta que esté operativo el sistema que se establece en el punto 2 de este apartado, la remisión de datos de los Servicios Públicos de Salud de las Comunidades Autónomas al Centro Informático del Instituto Nacional de la Seguridad Social se efectuará a través de los ficheros informáticos aprobados en esta resolución y de acuerdo con el procedimiento establecido en el apartado segundo de la misma.

Este envío al Centro Informático del Instituto Nacional de la Seguridad Social vendrá firmado electrónicamente por el Servicio Público de Salud y constituirá la base para efectuar el desglose por entidades establecido en el apartado segundo. La firma electrónica evitará que el Servicio Público de Salud tenga que volver a firmar cada certificación que se emita con carácter provincial, sin perjuicio de las validaciones y formalizaciones a realizar por las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social o del Instituto Social de la Marina.

2. En una fase posterior se implantará un servicio Web, que permitirá que los Servicios Públicos de Salud puedan introducir directamente en la aplicación informá-

tica las facturas correspondientes a las prestaciones sanitarias dispensadas.

Con este sistema se eliminará la validación manual de las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social y del Instituto Social de la Marina y permitirá a los Servicios Públicos de Salud conocer, de forma inmediata, si la factura es correcta o requiere cualquier tipo de rectificación, sin perjuicio de las actuaciones posteriores de fiscalización, documentación contable y pago que deberán realizarse para proceder a su abono.

Cuando este sistema esté operativo se comunicará oportunamente su puesta en marcha a las Comunidades Autónomas, así como a las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social y a la Dirección General del Instituto Social de la Marina.

Sexto. *Procedimiento aplicable a prestaciones anteriores.*—De conformidad con lo dispuesto en el artículo 6 de la Orden TAS/131/2006, de 26 de enero, los gastos correspondientes a las prestaciones dispensadas desde el 1 de enero de 2006 podrán acumularse por trimestres naturales a efectos de su remisión. Los gastos debidamente facturados desde el 1 de enero hasta el 30 de octubre podrán ser remitidos antes del 10 de noviembre de 2006, en un único envío, mediante el procedimiento establecido en esta resolución, al Centro Informático del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Séptimo. *Fecha de efectos.*—Lo dispuesto en la presente resolución será de aplicación a partir del día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Madrid, 19 de septiembre de 2006.—El Secretario de Estado de la Seguridad Social, Octavio Granado Martínez.

ANEXO I**Fichero informático de centros de un Servicio Público de Salud****1. Gestión del fichero de centros.**

Los centros son aquellas unidades donde ha tenido lugar la atención médica o desde donde se emiten las facturas generadas. Por ello, es necesario asociar a cada factura grabada el centro de grabación y/o el centro de asistencia, siendo:

Centro de grabación: las unidades previstas por cada Servicio Público de Salud que gestiona las facturas por asistencia sanitaria a partir de la documentación recopilada (datos asistenciales y documento acreditativo del derecho).

Centro de asistencia: el lugar donde se presta la asistencia al trabajador, remitiendo los gastos originados a su centro de grabación.

Es necesario tener registrados todos los centros de cada Servicio Público de Salud para poder realizar los controles necesarios en la recepción de facturas.

Para ello se facilitará un proceso de actualización de centros a partir de un fichero con el formato establecido.

Los Servicios Públicos de Salud enviarán los ficheros al Centro Informático del Instituto Nacional de la Seguridad Social a través de la herramienta IFI, de forma que para cada petición de actualización recibirán una repuesta del resultado del procesamiento.

Para aquellos Servicios Públicos de Salud que disponen de la aplicación FISS, puesto que los centros son

comunes con esta aplicación, no será necesaria la carga inicial ni los procesos de actualización, pudiéndose realizar a través de FISS.

2. Estructura del fichero de centros.

El fichero con los datos del centro, que deberá remitir el Servicio Público de Salud de cada Comunidad Autónoma al Centro Informático del Instituto Nacional de la Seguridad Social, se compondrá de los siguientes tipos de registro:

a) **Cabecera:** identificación del fichero a recibir. El primer registro del fichero.

Tipo de fichero.

Comunidad Autónoma.

Fecha de generación del fichero.

Descripción del proceso.

Resultado del proceso del fichero.

b) **Detalle:** información de los centros a tratar. Tantos registros por fichero como centros se comuniquen.

Identificación del tipo de centro.

Identificación del centro de grabación.

Identificación del centro de asistencia.

Respuesta.

c) **Totales:** el último registro del fichero.

Número de registros grabados (incluidos el de cabecera y el propio de totales).

3. Diseño del formato de registros de centros.

Nº Campo	Nombre campo	Formato	Descripción	Obl.
	Registro de Cabecera		• Identificación del fichero a generar.	
1	Tipo de Registro	A1	• Siempre 'C' (Cabecera)	S
2	Tipo de Fichero	A8	• Siempre "Centros".	S
3	CC.AA.	A2	• Comunidad Autónoma a la que pertenece el Centro a dar de alta.	S
4	Fecha Generación Fichero	N8	• Fecha de generación del fichero de centros. Formato AAAAMMDD.	S
5	Datos del Proceso		•	
5.1	Descripción proceso	A80	• Descripción del proceso de descarga.	S
5.2	Código de resultado del proceso.	A4	• Código de resultado después de procesar el fichero.	N
5.3	Descripción de resultado del proceso	A50	• Descripción del resultado después de procesar el fichero.	N
	Registro de Detalle de Centros		• Detalle de los centros	
6	Tipo de Registro	A1	• Siempre 'D' (Detalle)	S
7	Código de acción	A1	• Indica la acción a realizar. • Los valores posibles son: ✓ 'A' Alta ✓ 'B' Baja ✓ 'M' Modificación	S
8	Fecha de la acción	N8	• Fecha que se debe aplicar al código de acción.	S
9	Tipo de Centro	A2	• Tipo de Centro. • Valores permitidos: ✓ AE -> Atención Especializada ✓ AP -> Área de Atención Primaria ✓ CA -> Centro de Asistencia	S

Nº Campo	Nombre campo	Formato	Descripción	Obl.
10	Centro de Grabación			
10.1	Código	A5	<ul style="list-style-type: none"> • Código de Centro de Grabación • Dato obligatorio si el valor indicado en el nº campo 9 es 'AE' o 'AP' • Debe ser único. 	S/N
10.2	Nombre	A70	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre del Centro de Grabación • Dato obligatorio si el nº campo 9 es 'AE' o 'AP'. 	S/N
10.3	Dirección	A70	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección del Centro de Grabación • Dato obligatorio si el nº campo 9 es 'AE' o 'AP'. 	S/N
10.4	Localidad	A35	<ul style="list-style-type: none"> • Localidad del Centro de Grabación • Dato obligatorio si el nº campo 9 es 'AE' o 'AP'. 	S/N
10.5	Código Postal	A10	<ul style="list-style-type: none"> • Código Postal del Centro de Grabación. • Debe pertenecer a la Comunidad Autónoma. 	S/N
11	Centro de Asistencia			
11.1	Código	A5	<ul style="list-style-type: none"> • Código de Centro de Asistencia. • Dato obligatorio si el valor indicado en el nº campo 9 es 'AP' o 'CA' • Debe ser único. 	S/N
11.2	Nombre	A70	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre del Centro de Asistencia. • Dato obligatorio si el valor indicado en el nº campo 9 es 'AP' o 'CA'. 	S/N
11.3	Dirección	A70	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección del Centro de Asistencia • Dato obligatorio si el valor indicado en el nº campo 9 es 'AP' o 'CA' 	S/N
11.4	Localidad	A35	<ul style="list-style-type: none"> • Localidad del Centro de Asistencia • Dato obligatorio si el valor indicado en el nº campo 9 es 'AP' o 'CA' 	S/N
11.5	Código Postal	A10	<ul style="list-style-type: none"> • Código Postal del Centro de Asistencia • Dato obligatorio si el valor indicado en el nº campo 9 es 'AP' o 'CA' 	S/N
11.6	Ind. Grabación Facturas	A1	<ul style="list-style-type: none"> • Indicador que especifica si el Centro de Asistencia graba o no facturas. • Dato obligatorio si el valor indicado en el nº campo 9 es 'AP' o 'CA' 	S/N
11.7	Teléfono	A9	<ul style="list-style-type: none"> • Teléfono de contacto. 	N
12	Tabla de tipos de tarifa		<ul style="list-style-type: none"> • Relaciona el centro con las tarifas que puede aplicar. • Según los tipos de tarifa asignados, se podrán aplicar en este centro las tarifas de esos tipos definidas en el fichero de tarifas. 	
12.1	Tipo tarifa asociada 1	A25	<ul style="list-style-type: none"> • Primer tipo de tarifa asociada al centro. 	N
12.2	Tipo tarifa asociada 2	A25	<ul style="list-style-type: none"> • Segundo tipo de tarifa asociada al centro. 	N
12.3	Tipo tarifa asociada 3	A25	<ul style="list-style-type: none"> • Tercer tipo de tarifa asociada al centro. 	N
12.4	Tipo tarifa asociada 4	A25	<ul style="list-style-type: none"> • Cuarto tipo de tarifa asociada al centro. 	N
12.5	Tipo tarifa asociada 5	A25	<ul style="list-style-type: none"> • Quinto tipo de tarifa asociada al centro. 	N
13	Código de respuesta	A4	<ul style="list-style-type: none"> • Código de respuesta después de procesarlo. 	N
14	Descripción de la respuesta	A50	<ul style="list-style-type: none"> • Descripción de la respuesta después del proceso. 	N
15	Libre	A219	<ul style="list-style-type: none"> • Campo libre 	N
	Registro de Totales		<ul style="list-style-type: none"> • Registro de Totales 	
16	Tipo de Registro	A1	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre 'T' (Totales) 	S
17	Total Reg. Grabados	N7	<ul style="list-style-type: none"> • Número de registros enviados al INSS. 	S

4. Proceso de carga de datos de los centros.

Este proceso realiza la actualización de los centros de un Servicio Público de Salud a partir de la lista de centros enviada por éste en el formato de fichero establecido y el código de acción especificado.

Inicialmente se comprobará que la estructura del fichero es correcta.

Registro de cabecera.

Registro de detalle.

Registro de totales.

El número de registro del fichero de totales coincide con los del fichero.

Si se encuentra alguna incoherencia se rechazará el fichero entero.

Según el resultado obtenido en el proceso de validación de la integridad del fichero, se informará el código y descripción del resultado del proceso. Este campo se completará independientemente de que el resultado del proceso haya sido correcto o no.

A continuación, se procederá a procesar cada uno de los registros. Según el código de acción se realizarán las acciones necesarias:

Si es "A" Alta.

Comprobación de la no existencia de ese centro.
Validación de campos obligatorios.
Alta en la base de datos.

Si es "M" Modificación.

Comprobación de la existencia de ese centro.
Validación de campos obligatorios.
Actualización en la base de datos con la fecha de acción.

Si es "B" Baja.

Comprobación de la existencia de ese centro.
Actualización con la fecha de acción como de baja.

Cada una de las acciones producirá la información del código y descripción de la respuesta en la que se informará el resultado del proceso del registro, sea este correcto o se haya producido alguna incidencia.

El envío del fichero con la herramienta IFI producirá que automáticamente se inicie el proceso de carga del fichero y se devuelva la respuesta sin ninguna intervención manual.

ANEXO II

Fichero informático de las tarifas oficiales, aprobadas y publicadas por cada Comunidad Autónoma, correspondientes a las prestaciones médicas, farmacéuticas y recuperadoras dispensadas por los Servicios Públicos de Salud

1. Gestión del fichero de tarifas.

Con el objetivo de validar que los importes de las prestaciones dispensadas coincidan con las cuantías de las tarifas oficiales aprobadas y publicadas por cada Comunidad Autónoma es necesario mantener permanentemente actualizados los distintos precios que pueden imputarse a cada técnica médico-clínica aplicada.

Para ello, es necesario tener registradas todas las técnicas médico-clínicas a aplicar, con sus precios respectivos.

Para la incorporación de las tarifas se deberá disponer de un proceso de carga a partir de un fichero con la estructura establecida. Este proceso se deberá repetir cada año con las nuevas tarifas aprobadas.

El fichero se enviará desde los Servicios Públicos de Salud al Centro Informático del Instituto Nacional de la Seguridad Social a través de la herramienta IFI, de forma que para cada petición de actualización recibirán una respuesta del resultado del procesamiento.

2. Estructura del fichero de tarifas.

El fichero a recibir con los datos de las tarifas tendrá los siguientes tipos de registro:

a) Cabecera: identificación del fichero a recibir. El primer registro del fichero.

Tipo de fichero.
Comunidad Autónoma.
Fecha de generación del fichero.
Descripción del proceso.
Resultado del proceso del fichero.

b) Detalle: información de las técnicas médico-clínicas a aplicar con sus precios. Tantos registros por fichero como tarifas se comuniquen.

Identificación del concepto de cargo.
Identificación del tipo de tarifa.
Vigencia del precio asignado al concepto de cargo.
Asignación de precio.
Respuesta.

c) Totales: El último registro del fichero.

Número de registros grabados (incluidos el de cabecera y el propio de totales).

3. Diseño del formato de registro de tarifas.

Nº. Campo	Nombre campo	Formato	Descripción	Obl.
	Registro de Cabecera		Identificación del fichero a generar	.
1	Tipo de Registro	A1	• Siempre 'C' (Cabecera)	S
2	Tipo de fichero	A8	• Siempre "Tarifas".	S
3	CCAA	A2	• Código de Comunidad Autónoma. • Este campo sólo será informado por la CCAA.	S
4	Fecha Generación Fichero	N8	• Fecha de generación del fichero de tarifas en el Servicio Público de Salud. Formato AAAAMMDD.	S
5	Datos del Proceso		•	
5.1	Descripción proceso	A80	• Descripción del proceso de descarga.	S
5.2	Código de resultado del proceso.	A4	• Código de resultado después de procesar el fichero.	N
5.3	Descripción de resultado del proceso	A50	• Descripción del resultado después de procesar el fichero.	N
	Registro de Detalle		Detalle de los conceptos/precios	
6	Tipo de Registro	A1	• Siempre 'D' (Detalle)	S

Nº. Campo	Nombre campo	Formato	Descripción	Obl.
7	Código de acción	A1	<ul style="list-style-type: none"> Indica la acción a realizar. Los valores posibles son: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 'A' Alta ✓ 'B' Baja ✓ 'M' Modificación 	S
8	Fecha de la acción	N8	<ul style="list-style-type: none"> Fecha que se debe aplicar al código de acción. 	S
9	Código de técnica médico-aplicada	A25	<ul style="list-style-type: none"> Código del concepto de cargo que se asociará a la factura 	S
10	Descripción	A150	<ul style="list-style-type: none"> Descripción del concepto de cargo. 	S
11	Tipo de tarifa	A25	<ul style="list-style-type: none"> Código del tipo de tarifa asociado a un concepto. Es de obligada cumplimentación, si un concepto puede tener distintos precios dependiendo del centro donde se preste la asistencia. 	N
12	Descripción	A150	<ul style="list-style-type: none"> Descripción del tipo de tarifa. Es de obligada cumplimentación si está informado el Tipo de tarifa 	S/N
13	Periodicidad	A1	<ul style="list-style-type: none"> Valores permitidos: 'S' ó 'N' Si tiene periodicidad, es obligatorio controlar la exigencia de intervalo entre dos fechas cuando la prestación tiene esta característica. 	S/N
14	Fec. Ent. Vigor	N8	<ul style="list-style-type: none"> Fecha de entrada en vigor del precio. Por defecto, se contabilizará desde el día 1 de enero. Formato AAAAMMDD. 	N
15	Precio	N10,2	<ul style="list-style-type: none"> Precio asociado al concepto de cargo. 	S
16	Fecha de publicación en el BOCA	N8	<ul style="list-style-type: none"> Fecha de publicación en el Boletín Oficial de la Comunidad Autónoma. Formato AAAAMMDD. 	S
17	Código de respuesta	A4	<ul style="list-style-type: none"> Código de respuesta después de procesarlo. 	N
18	Descripción de la respuesta	A50	<ul style="list-style-type: none"> Descripción de la respuesta después del proceso. 	N
19	Libre	A357	<ul style="list-style-type: none"> Campo libre 	N
	Registro de Totales		Registro de Totales	
20	Tipo de Registro	A1	<ul style="list-style-type: none"> Siempre 'T' (Totales) 	S
21	Total Reg. Grabados	N7	<ul style="list-style-type: none"> Número de registros enviados al INSS. 	S

4. Proceso de carga de tarifas.

Este proceso incorporará al sistema las tarifas oficiales publicadas por cada Comunidad Autónoma y aplicables por cada Servicio Público de Salud.

El proceso, inicialmente, comprobará que la estructura del fichero es correcta.

Registro de cabecera.

Registro de detalle.

Registro de totales.

El número de registro del fichero de totales coincide con los del fichero.

Si se encuentra alguna incoherencia se rechazará el fichero entero.

Según el resultado obtenido en el proceso de validación de la integridad del fichero se informará el código y descripción del resultado del proceso. Este campo se completará independientemente de que el resultado del proceso haya sido correcto o no.

A continuación, se procederá a procesar cada uno de los registros. Según el código de acción se realizarán las acciones necesarias:

Si es "A" Alta.

Comprobación de la no existencia de esa tarifa.

Validación de campos obligatorios.

Alta en la base de datos.

Si es "M" Modificación.

Comprobación de la existencia de esa tarifa.

Validación de campos obligatorios.

Actualización en la base de datos con la fecha de acción.

Si es "B" Baja.

Comprobación de la existencia de esa tarifa.

Actualización con la fecha de acción como de baja.

Cada una de las acciones producirá la información del código y descripción de la respuesta en la que se informará el resultado del proceso del registro, sea este correcto o se haya producido alguna incidencia.

El envío del fichero de tarifas con la herramienta IFI desencadena automáticamente el proceso de carga y su correspondiente respuesta sin ninguna intervención manual.

ANEXO III

Fichero informático de facturas emitidas por los Servicios Públicos de Salud

1. Proceso de recepción de facturas.

Este proceso se encargará de recibir y tratar las facturas que hayan sido enviadas desde otros organismos:

Desde los Servicios Públicos de Salud en envíos ordinarios mensuales.

Desde los Servicios Públicos de Salud en envíos complementarios.

Desde el Instituto Social de la Marina en envíos de sus facturas confirmadas o rechazadas.

El envío de ficheros desde los Servicios Públicos de Salud se realizará con la herramienta IFI, lo que ocasiona la ejecución del proceso automático de recepción de facturas.

Para ello el proceso realizará tanto validaciones globales como individuales.

2. Estructura del fichero de facturas.

En todos los intercambios de ficheros, tanto con los Servicios Públicos de Salud como con el Instituto Social de la Marina, éstos se compondrán de los siguientes tipos de registro:

a) Cabecera: identificación del fichero a recibir. El primer registro del fichero.

Tipo de fichero.

Comunidad Autónoma.

Fecha de generación del fichero.

Descripción del proceso.

Resultado del proceso del fichero.

b) Certificación: datos de la certificación enviada junto con las facturas. Único registro por fichero.

Número de certificado.

Datos del Servicio Público de Salud.
 Fechas de la liquidación desde y hasta.
 Número de liquidación desde y hasta.
 Total de liquidaciones del mes.
 Importe total.
 Observaciones.

c) Detalle: información de las facturas a tratar. Tantos registros por fichero como facturas se comuniquen.

Datos identificativos de la factura remitida por el Servicio Público de Salud.

Datos identificativos del titular de la prestación.

Identificación de los gastos remitidos.

d) Desglose de gastos por factura. Tantos registros por cada detalle como conceptos tenga la factura a detallar.

Desglose de técnicas médico-clínicas aplicadas.

e) Totales: el último registro del fichero.

Número de registros grabados (incluidos el de cabecera y el propio de totales).

3. Diseño del formato de registro de facturas.

La estructura que se ha definido para este fichero de facturas es la que se detalla a continuación:

Nº Campo	Nombre campo	Formato	Descripción	Obl.
	Registro de Cabecera		Identificación del fichero a generar	
1	Tipo de Registro	A1	• Siempre 'C' (Cabecera)	S
2	Tipo de fichero	A8	• Siempre "Facturas".	S
3	CCAA	A2	• Código de Comunidad Autónoma. • Este campo sólo será informado por la CCAA.	S
4	Fecha Generación Fichero	N8	• Fecha de generación del fichero de facturas en el Servicio Público de Salud. . Formato AAAAMMDD	S
5	Datos del Proceso		•	
5.1	Descripción proceso	A80	• Descripción del proceso de descarga.	S
5.2	Código de resultado del proceso.	A4	• Código de resultado después de procesar el fichero.	N
5.3	Descripción de resultado del proceso	A50	• Descripción del resultado después de procesar el fichero.	N
	Registro de la Certificación		Datos genéricos de la Certificación	
6	Tipo de Registro	A1	• Siempre 'R' (Certificado)	
7	Nº Certificación	A6	• Número de Certificación • Deberá tener el siguiente formato CCMMNN, donde: • CC Código de Comunidad Autónoma que realiza el envío. • MM Mes del envío. Debe estar comprendido entre '01' y '12'. • NN Número de envío. Valores permitidos: • '00' – Se corresponde con un envío Ordinario (primer envío que se realiza en el mes) • >= '01' – Se corresponde con una Complementaria (reenvío de facturas rechazadas en un envío ordinario).	S
8	Servicio Publico de Salud		•	
8.1	Nombre del SPS	A70	• Nombre del Servicio Público de Salud que envía la Certificación.	S

Nº Campo	Nombre campo	Formato	Descripción	Obl.
8.2	Dirección del SPS	A70	• Dirección del Servicio Público de Salud.	S
8.3	Localidad del SPS	A35	• Localidad del Servicio Público de Salud.	S
8.4	Código Postal del SPS	A10	• Código Postal del Servicio Público de Salud.	S
9	Fec. desde liquidación	N8	• Fecha de liquidación desde. Formato AAAAMMDD.	S
10	Fec. hasta liquidación	N8	• Fecha de liquidación hasta. Formato AAAAMMDD.	S
11	Nº liq. desde	A15	• Número de liquidación desde	S
12	Nº liq. hasta	A15	• Número de liquidación hasta	S
13	Total de liquidaciones mes	N7	• Total de liquidaciones presentadas en el mes.	S
14	Importe total	N13,2	• Importe total de la liquidación.	S
15	Observaciones	A400	• Observaciones realizadas en el envío	N
16	Libre	A140	• Libre	N
	Registro de Detalle		Detalle de los conceptos/precios	
17	Tipo de Registro	A1	• Siempre 'D' (Detalle)	S
18	Provincia Origen	A2	• Provincia donde se presta la asistencia. • Debe estar comprendida entre 01 y 52 y pertenecer a la CCAA que genera el fichero.	S
19	Cod. Centro de Grabación	A5	• Código del centro de grabación	S
20	Cod. Centro de Asistencia	A5	• Código del centro de asistencia. • Dato obligatorio si se trata de un centro de atención primaria.	S/N
21	Número de factura	A15	• Debe ser único por centro de grabación y año.	S
22	Provincia destino	A2	• Provincia destino de la factura. • Debe estar comprendida entre 01 y 52	S
23	Fecha de grabación	N8	• Fecha de grabación de la factura. • No puede ser superior a la fecha de generación del fichero. Formato AAAAMMDD.	S
24	Titular		•	
24.1	Nombre	A40	• Nombre del enfermo	S
24.2	Primer Apellido	A40	• Primer apellidos del enfermo	S
24.3	Segundo Apellido	A40	• Segundo apellidos del enfermo	S
24.4	NSS	A12	• Número de afiliación del titular de la asistencia sanitaria. • Debe existir en el Fichero de Afiliación y tener reconocido el derecho a la asistencia por contingencias profesionales, estando de alta en la fecha en que se produzca la contingencia.	S
24.5	IPF	A15	• Identificación de la persona física. • La primera posición indica el tipo de documento: • 1 - DNI • 3 - TARJETA DE RESIDENCIA COMUNITARIA • 4 - PERMISO DE RESIDENCIA Y TRABAJO • 6 - NUMEROS DE IDENTIFICACION EXTRANJERO. • El resto de posiciones son para el identificador.	S
25	Gastos		•	
25.1	Indicador de recaída	A1	• Indicador de si se trata de una recaída. S o N.	S
25.2	Fecha del Accidente	N8	• Fecha en la que se produjo el accidente. Formato AAAAMMDD.	S
25.3	Fecha Inicio As.	N8	• Fecha de inicio de la asistencia. Formato AAAAMMDD.	S
25.4	Fecha fin As.	N8	• Fecha fin de la asistencia. Formato AAAAMMDD.	N

Nº Campo	Nombre campo	Formato	Descripción	Obl.
25.5	Tipo de Contingencia	A2	<ul style="list-style-type: none"> • Valores permitidos: <ul style="list-style-type: none"> • 'EP' – Enfermedad Profesional • 'AT' – Accidente de Trabajo 	S
25.6	Código de causa de la Contingencia	A1	<ul style="list-style-type: none"> • Los posibles valores son: <ul style="list-style-type: none"> • 1 – Accidente de trafico • 2 - Agresiones • 3 – Otras 	S
25.7	Indicador de parte de Diligencias	A1	<ul style="list-style-type: none"> • Obligatorio para la causa de continencia por agresiones. • Los posibles valores son: <ul style="list-style-type: none"> • 'S' – Si • 'N' – No 	S/N
25.8	Número de Diligencia	A25	<ul style="list-style-type: none"> • Código de la Diligencia. • Opcional para la causa de contingencia por agresiones. 	N
25.9	Compañía de Seguros	A25	<ul style="list-style-type: none"> • Se debe rellenar en los casos de contingencia por accidente o agresiones 	N
25.10	Causa de devolución	A1	<ul style="list-style-type: none"> • A rellenar por la Entidad Gestora en el caso de no aprobar el importe propuesto • Valores permitidos: <ul style="list-style-type: none"> • '1' – Trabajador no protegido por la entidad gestora • '2' – Error material • '3' – Duplicidad • '4' – Trabajador no identificado • '5' – Otras causas 	N
25.11	Indicador de situación en SILTGA	A2	<ul style="list-style-type: none"> • A rellenar en el proceso de cruce con GISS. • Los valores posibles son : <ul style="list-style-type: none"> • 00 - No existe en SILTGA. • 01 - No está en situación de alta. • 02 – Esta de alta pero la Entidad Gestora de AS de Contingencias Profesionales no es ni INSS ni ISM • 10 – La Entidad Gestora de AS de Contingencias Profesionales es el INSS • 11 – La Entidad Gestora AS de Contingencias Profesionales es el ISM • 20 – Múltiples situaciones y en ninguna la Entidad Gestora de AS de Contingencias Profesionales es INSS o ISM. • 21 – Múltiples situaciones y en alguna la Entidad Gestora de AS de Contingencias Profesionales es el INSS. • 22 – Múltiples situaciones y en alguna la Entidad Gestora de AS de Contingencias Profesionales es el ISM. • 23 – Múltiples situaciones y entre esas situaciones la Entidad Gestora de AS de Contingencias Profesionales es el INSS y el ISM. 	N
25.12	Organismo competente que devuelve la factura	A2	<ul style="list-style-type: none"> • Valores permitidos: <ul style="list-style-type: none"> • 'IN': INSS • 'IS': ISM 	N
25.13	Observaciones de liquidaciones no abonadas	A80	<ul style="list-style-type: none"> • Campo de texto a rellenar por la Entidad Gestora en el caso de no aprobar el importe propuesto. 	N
	Registro de desglose de técnicas médico-clínica aplicadas		Registro de desglose de conceptos	
26	Tipo de registro	A1	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre 'T' (Técnicas médico-clínicas aplicadas). • Se generará un registro de tipo T por cada técnica aplicada. 	S

Nº Campo	Nombre campo	Formato	Descripción	Obl.
27	Código de prestaciones farmacéuticas o similares	A1	<ul style="list-style-type: none"> • Código indicador de si las prestaciones servidas han sido farmacéuticas o similares. Los valores posibles son: <ul style="list-style-type: none"> • "0". No se trata de prestaciones farmacéuticas ni similares. • "1". Prestaciones farmacéuticas. • "2" Prestaciones similares. 	S
28	Cod. Concepto de cargo	A25	<ul style="list-style-type: none"> • Código de técnica médico-clínica aplicada • Debe ir informado si el código de prestaciones farmacéuticas o similares es "0" • No debe ir informado si el código de prestaciones farmacéuticas o similares es "1" o "2". 	N
29	Cod. Tipo de tarifa	A25	<ul style="list-style-type: none"> • Código del tipo de tarifa asociado al concepto de cargo. • No debe ir informado si el código de prestaciones farmacéuticas o similares es "1" o "2". 	N
30	Unidades	N3	<ul style="list-style-type: none"> • Número de unidades aplicadas. Por defecto, tomará el valor 1. 	N
31	Precio del concepto	N6,2	<ul style="list-style-type: none"> • Precio asociado al concepto de cargo en la fecha de la asistencia. • Debe coincidir con el publicado en el boletín oficial de la CCAA por la que se regula y fija el gasto. 	S
32	Importe total de la técnica médico-clínica	N11,2	<ul style="list-style-type: none"> • Importe total de la técnica médico-clínica aplicada (Unidades * Precio del concepto). 	S
33	Fecha de publicación en el BOCA	N8	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha de publicación en el Boletín Oficial de la Comunidad Autónoma. Formato AAAAMMDD. 	S
	Registro de Totales		Registro de Totales	
34	Tipo de Registro	A1	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre 'X' (Totales) 	S
35	Total Reg. Grabados	N7	<ul style="list-style-type: none"> • Número de registros enviados al INSS. 	S

4. Proceso de carga de las facturas recibidas de los Servicios Públicos de Salud.

Este proceso realizará la recepción y carga de facturas recibidas desde los Servicios Públicos de Salud en envíos ordinarios o complementarios.

Con el envío de los ficheros, que se realizará con la herramienta IFI, se iniciará el proceso de carga automáticamente.

El proceso de carga deberá realizar las siguientes validaciones y tareas:

Validaciones iniciales.

Comprobación de la coincidencia entre los datos del fichero y el registro de totales. Esta discordancia supondría un rechazo del fichero completo.

Comprobación de la coincidencia de los datos del fichero y el registro con los datos de la certificación enviada por los Servicios Públicos de Salud. Esta discordancia supondrá el rechazo del fichero completo.

Según el resultado obtenido en el proceso de validación de la integridad del fichero se informará el código y descripción del resultado del proceso. Este campo se completará independientemente de que el resultado del proceso haya sido correcto o no.

Validaciones por factura.

Comprobación de que la protección, por contingencias profesionales, del trabajador por el que se ha facturado

está formalizada con una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. Esta validación producirá un rechazo de la factura con códigos de error "4 Trabajador no identificado" o "1 Trabajador no protegido por esta Entidad Gestora" en el campo causa de devolución.

Validación de la existencia de los Centros de la factura en la lista enviada por el Servicio Público de Salud correspondiente. Esta validación producirá un rechazo con código "2 Error Material" en el campo causa de devolución.

Validación de la existencia de la tarifa de la factura en el catálogo de facturas y del importe calculado que ha enviado el Servicio Público de Salud correspondiente. Esta validación producirá un rechazo con código "2 Error Material" en el campo causa de devolución.

Comprobación de que todos los campos obligatorios están informados y con formato correcto (fechas, importes, etc.). Esta validación producirá un rechazo con código "2 Error Material" en el campo causa de devolución.

Si se trata de un envío complementario se deberá validar que ya se recibió esa misma factura en algún envío anterior. Esta validación producirá un rechazo con código "2 Error Material" en el campo causa de devolución.