



Guía de pruebas. Perfil Centro Sanitario.

Autor:	<i>Desarrollo de Negocio y Gestión de Servicios</i>
Título del documento:	<i>Guía de pruebas. Perfil Centro Sanitario.</i>
Número de páginas:	<i>19 (portada incluida)</i>
Código:	<i>212_CAS_ESP_DOC</i>
Versión:	<i>04</i>
Fecha de última modificación:	<i>01 de octubre de 2013</i>
Distribución:	<i>Externa</i>
	<i>Compruebe que esta es la última versión del documento</i>
Contactar en :	<i>www.tirea.es / E-mail: sau@tirea.es / Tel: 902 132 142</i>

Este documento es propiedad de Tecnologías de Información y Redes para las Entidades Aseguradoras, queda terminante prohibida la manipulación total o parcial de su contenido por cualquier medio salvo autorización escrita por parte de TIREA. © TIREA, 2013

1. Historia de Versiones

Primera versión del documento.

Versión	Fecha	Modificaciones sobre versión anterior
V01	15-02-2012	
V02	30-11-2012	Actualización de la guía en función de los últimos cambios realizados en el aplicativo.
V03	13-05-2013	Corrección de errores en la Guía de pruebas.
V04	01-10-2013	Cambio en supuestos de las pruebas de Nivel 1.

2. Documentos relacionados

Este documento se basa en las especificaciones detalladas en el documento 219_ECS_ESP_DOC_Manual_de_usuario_Centro_Sanitario, que apliquen al convenio sobre el que se ejecutan las pruebas detalladas en este documento.

3. Índice

1. HISTORIA DE VERSIONES	2
2. DOCUMENTOS RELACIONADOS	3
3. ÍNDICE	4
4. OBJETO.	5
5. REQUISITOS TÉCNICOS.	6
6. DATOS DE ACCESO AL ENTORNO Y SOPORTE.	7
7. GUIA RAPIDA DE LA APLICACIÓN.	8
<input type="checkbox"/> CENTRO SANITARIO GUÍA RÁPIDA DE LA APLICACIÓN WEB.	9
8. IDENTIFICACIÓN DE LOS CASOS DE PRUEBA.	12
9. CASOS DE PRUEBA.	13
9.1 PRUEBAS DE NIVEL 1	14
9.2 PRUEBAS DE NIVEL 2	17

4. Objeto.

A lo largo del documento se define la guía de pruebas que servirá de base a los centros sanitarios para la realización de las pruebas del servicio PCS.

Para ello, se definen una serie de casos preestablecidos que deberán seguir los participantes a modo de guía.

Los objetivos que se pretenden conseguir con la realización de estas pruebas son:

- Verificar que los centros sanitarios adheridos al servicio conocen el interfaz del servicio en sus distintas opciones:
 - Agenda.
 - Consultas.
- Comprobar que las aplicaciones informáticas de los centros sanitarios adheridos interpretan correctamente los pasos a seguir para llevar a cabo cada acción:
 - Verificar que las comunicaciones entre Entidades Aseguradoras y Centros Sanitarios, se adecúan a las especificaciones del servicio.
 - Detectar y resolver las incidencias que las Entidades Aseguradoras y Centros Sanitarios puedan tener en relación al servicio.

5. REQUISITOS TÉCNICOS.

TIREA pondrá a disposición de los entes participantes un entorno de pruebas con la interfaz web del servicio, a través de la cual se efectuarán las pruebas definidas en este documento.

Los requisitos de los que deberán disponer las Entidades Aseguradoras y Centros Sanitarios para realizar las pruebas del servicio son:

- **Tramitación Web.** Para el caso de tramitación WEB será necesario acceder a la página en pruebas del servicio, por tanto disponer de acceso a internet. Asimismo, será necesario el usuario de acceso que será facilitado por TIREA.
- **Módulo de digitalización:** *La aplicación web del servicio PCS utiliza un módulo de digitalización para el envío de imágenes relacionadas con el siniestro que requiere la instalación previa de un componente Java. Para mayor información sobre la instalación y funcionamiento de este módulo, puede consultarse el 'Manual de Usuario' de la aplicación PCS.*
- **Tramitación Batch.** *Aquellas entidades o Centros Sanitarios que deseen realizar pruebas mediante ficheros xml o ficheros de texto, enviarán la información de partes de asistencia y facturas a través de los estándares definidos en el servicio.*
 - *Debido a la gestión especial de este tipo de pruebas, será necesario establecer una interlocución previa con el Departamento de Gestión de Servicios de TIREA (contactos indicados en el documento 'Descripción y planificación puesta en marcha' facilitados a los participantes) al objeto de la coordinación de las mismas.*

6. DATOS DE ACCESO AL ENTORNO Y SOPORTE.

- **Dirección de acceso:** Durante la fase de pruebas, deberán acceder a la dirección de internet <http://prepcs.tirea.es:8098/>

- **Usuario de acceso:** En la ventana de autenticación de usuarios se introducirá tanto en el identificador de usuario como en la contraseña, el código facilitado en el correo de inicio de pruebas.

(En el entorno real, se asignará un usuario individualizado para cada una de las personas comunicadas en el impreso de solicitud de usuarios).

- **Guía de pruebas:** Los casos de pruebas se realizarán conforme al presente documento "Guía de pruebas" en el que se plantean una serie de supuestos de diálogo a seguir.

- **Entidad Aseguradora:** Durante esta fase de pruebas, TIREA actuará en el papel de Entidad Aseguradora, contestando a los centros sanitarios, en base a la guía de pruebas mencionada.

SOPORTE FASE DE PRUEBAS

Para cualquier duda que pueda surgir durante el período de pruebas, pueden contactar con nuestro Servicio de Atención a Usuarios (SAU) en el teléfono 902 132 142, sau@tirea.es.

También tienen a su disposición al equipo de gestión del servicio a través del Telf. de centralita 914516800, gestion.pcs@tirea.es.

7. GUIA RAPIDA DE LA APLICACIÓN.

Para facilitar el desarrollo de las pruebas se detalla a continuación una guía rápida de gestión de los expedientes a través del interfaz web de la aplicación del servicio.

El "Manual de Usuario de la aplicación PCS" ofrece información ampliada sobre los aspectos comentados en esta guía rápida.

Símbolos de la aplicación:

- 
 Botón con acceso a las opciones "Agenda diaria" y "Alta solicitud de asistencia".
- 
 Botón con acceso a las opciones de consultas por datos de "Autorizaciones" o de "Facturas".
- 
 La barra de navegación, resaltada en color gris, nos indica la pantalla en la que nos encontramos.
- 
 Nos da acceso al apartado "Ayuda" de la aplicación.
- 
 Nos lleva en un solo click a la pantalla inicial ("Agenda diaria") de la aplicación.
- 
 Nos permite cerrar la sesión abierta de la aplicación.
- 
 Desde la pantalla de "Agenda diaria" nos permite dar de alta una nueva solicitud
- 
 Desde la pantalla de "Agenda diaria" nos permite filtrar la autorizaciones por distintos parámetros (NIF, N° de autorización, Teléfono lesionado, etc...)
- 
 Sirve para extraer la información que aparece en pantalla a un fichero Excel.
- La información de las autorizaciones en todos los apartados de la "Agenda diaria" aparecen siempre con el mismo formato, accediendo a la información de cada una de ellas haciendo click sobre el nombre de la entidad aseguradora correspondiente.

Fecha de acción	Estado	Delegación	Código de tramitador	Entidad Aseguradora	Referencia EA	Fecha siniestro	Fecha del encargo	Centro Médico	Nombre lesionado	Condición lesionado	Provincia domicilio lesionado
31-07-2012	01	C0467	4	C0467		01-07-2012	31-07-2012	GEROSALUD SL	PRIM, NOM	AS	4
08-10-2012	01	C0467	4	C0467		01-10-2012	05-10-2012	INSTITUTO CANARIO DE ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA SLU	PRIM, NOM	AS	35
07-11-2012	06	C0467	4	C0467	78952202	05-11-2012	07-11-2012	GEROSALUD SL	PEREZ, JOSE LUIS	CA	15

- ❑ Será obligatorio la introducción de datos en aquellos campos con un asterisco marcado en rojo.

Teléfono principal: (*)	<input type="text"/>	Documento:	<input type="text"/>
Nombre del lesionado: (*)	<input type="text"/>	Primer apellido: (*)	<input type="text"/>

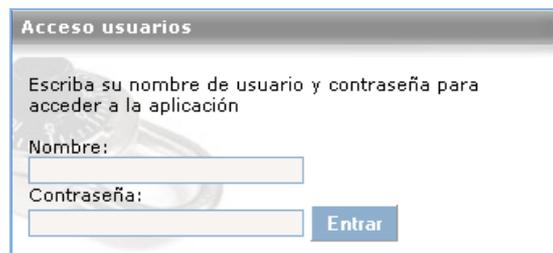
- ❑  Oculta la información del apartado al que pertenece.

- ❑  Muestra la información del apartado al que pertenece.

- ❑  Una vez cumplimentados los campos del "Alta de solicitud" haremos click en este botón para enviarla.

- ❑ **Centro Sanitario Guía rápida de la aplicación web.**

1. **Acceso a la aplicación:** Introducir el usuario y contraseña facilitado por TIREA.



Acceso usuarios

Escriba su nombre de usuario y contraseña para acceder a la aplicación

Nombre:

Contraseña:

2. La aplicación siempre nos lleva al apartado inicial "Agenda diaria", pudiendo también acceder desde aquí al apartado "Consultas"



Agenda | Consultas

Está usted en: Agenda > Agenda Diaria

3. Desde "Agenda" podremos o bien acceder a la "Agenda diaria" o dar un "Alta de solicitud de asistencia".



Agenda diaria

Alta solicitud de asistencia

4. Desde "Agenda diaria" tendremos acceso a los apartados "Autorizaciones pendientes", "Autorizaciones pendientes (entidad)", "Facturas pendientes", "Facturas pendientes (Entidad)" y "Actividades".



Autorizaciones pendientes | Autorizaciones (pendientes Entidad) | Facturas pendientes | Facturas (pendientes Entidad) | Actividades

5. Para conocer las novedades que se hayan producido en la tramitación de las autorizaciones o facturas enviadas iremos a las pestaña "Autorizaciones pendientes", "Facturas pendientes" y "Actividades".

Fecha de acción	Estado	Centro Médico	Referencia EA	Fecha siniestro	Fecha del encargo	Entidad Aseguradora	Nombre lesionado	Condición lesionado	Provincia domicilio lesionado	Nº Factura
20-09-2012	00	38P001	09201328	01-07-2012	20-09-2012	LIBERTY	PRIM, NOM	AS	35	
20-09-2012	00	38P001	REF20092012	20-09-2012	20-09-2012	LIBERTY	PEREZ, PEPE	CI	28	
28-09-2012	00	38P001	09281421	01-07-2012	28-09-2012	LIBERTY	PRIM, NOM	AS	4	
28-09-2012	00	38P001	09281434	01-07-2012	28-09-2012	LIBERTY	PRIM, NOM	AS	4	

6. Para consultar la información de las autorizaciones o facturas de los apartados anteriormente indicados lo haremos desde la "fecha de acción".



7. Una vez dentro los nuevos movimientos realizados en el expediente aparecen en color rojo.

Diálogo asociado al plan de asistencia [-]

Fecha	Emisor	Actividad	Tipo
27-11-2012	Centro Médico	CP Envía informe de valoración (primera visita)	Informe
27-11-2012	Centro Médico	CP envía plan ampliado	Solicitud de asistencia
27-11-2012	Centro Médico	CP Envía calendario	Solicitud de asistencia
27-11-2012	Centro Médico	CP Envía informe de valoración (primera visita)	Solicitud de asistencia
27-11-2012	Entidad Aseguradora	EA Autoriza plan	Solicitud de asistencia
27-11-2012	Centro Médico	CP Envía plan de asistencia	Solicitud de asistencia
27-11-2012	Entidad Aseguradora	EA Solicita encargo para gestión centro (inicio de tramite)	Solicitud de asistencia

Nuevo aviso o petición

8. Desde "Alta de solicitud de asistencia" introduciremos los datos de la autorización de asistencia y planes de asistencia (cuando corresponda) que se van a remitir a las Entidades Aseguradoras.

9. Tras la cumplimentación de los datos, se genera la **orden de envío** pulsando el botón



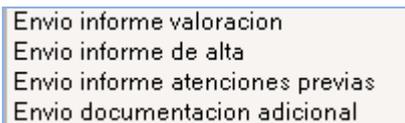
10. Para buscar o consultar autorizaciones, facturas y pagos, ya enviadas utilizaremos el apartado "Consulta".



11. Dentro de los distintos tipos de búsqueda introduciremos los datos de búsqueda o filtrado para visualizar todas las solicitudes o facturas correspondientes a los criterios elegidos.



12. En cualquier momento del diálogo se podrá enviar documentación seleccionando el tipo de documento a enviar



Acto seguido se abrirá una ventana, para meter observaciones sobre el documento a adjuntar y se abrirá el "Módulo de digitalización". Para más información sobre este módulo remitirse al "Manual de Usuario" de la aplicación.

8. IDENTIFICACIÓN DE LOS CASOS DE PRUEBA.

Los datos de los expedientes que se transmitan a través del sistema durante la fase de pruebas, se identificarán de manera que tanto Centro Sanitario como Entidad Aseguradora conozcan qué supuesto será utilizado en el diálogo de pruebas de dicho expediente.

Para conseguir este fin, utilizaremos los apartados "Nombre del Lesionado" y "Primer Apellido", de forma que como nombre siempre indicaremos la palabra "Supuesto" y en apellido indicaremos el número correspondiente, ya sea en letra o en número.

Nombre del lesionado:(*)	SUPUESTO	Primer apellido:(*)	1
--------------------------	----------	---------------------	---

Nombre del lesionado:(*)	SUPUESTO	Primer apellido:(*)	UNO
--------------------------	----------	---------------------	-----

En el apartado "Agenda diaria", en cualquiera de las pestañas que aparezca la autorización o factura, aparecerá de la siguiente forma:

Leída	Entidad Aseguradora	Fecha Recepción	Actividad	Paciente
N	LIBERTY	27-01-2012	Solicitud	UNO, SUPUESTO

9. CASOS DE PRUEBA.

Se proponen una serie de casos que contienen los flujos de información a intercambiar entre los Centros Sanitarios y Entidades Aseguradoras.

Servirá de guía para que los Centros Sanitarios y Entidades Aseguradoras puedan intercambiar unos casos básicos de prueba. En estos supuestos se describen unas situaciones que intentan simular la tramitación de una situación real, aportando los diálogos que deberían seguirse para la tramitación del mismo.

Básicamente, el objetivo a conseguir con la ejecución de estas pruebas será que el usuario se familiarice con la aplicación y conozca sus distintas posibilidades, tanto en el envío de autorizaciones, planes de asistencia, documentación y facturas.

Vamos a dividir las pruebas en dos niveles en función de origen del tramite:

- **Nivel 1. Trámites iniciados desde el Centro Sanitario a la Entidad Aseguradora.** Se proponen una serie de casos que contienen los flujos de información cuyo trámite se inicia desde el centro sanitario para su tramitación en los centros sanitarios.
- **Nivel 2. Trámites iniciados desde la Entidad Aseguradora al Centro Sanitario.** Se proponen una serie de casos que contienen los flujos de información cuyo trámite se inicia desde la entidad aseguradora para su tramitación en las entidades aseguradoras.

En ambos caso el objetivo a conseguir, será que el usuario conozca las distintas posibilidades de diálogo y esté preparado para la tramitación de las autorizaciones en el entorno real.

En el proceso de pruebas el papel de Entidad Aseguradora será asumido por TIREA. Cualquier incidencia o sugerencia relacionada con las pruebas y/o funcionamiento del servicio se puede utilizar la dirección de correo (gestion.pcs@tirea.es).

Para entender la utilización de la guía de pruebas pasamos a describir cada uno de los campos en los que están divididos cada supuesto:

- Nº supuesto:** Indica el nº de supuesto.
- Descripción y objetivos del supuesto:** En este apartado se describe en qué consiste el supuesto que se va a probar y los objetivos que se persiguen en el caso de prueba.
- Nº:** Indica el nº de secuencia del diálogo.
- Emisor:** Participante que debe emitir el mensaje descrito. Serán dos:
 - CP: Centro prestador que realiza la atención al lesionado
 - EA: Entidad Aseguradora del lesionado que gestiona la autorización
- Acción a realizar:** Indica el tipo de mensaje que debe marcar el emisor indicado.

9.1 Pruebas de Nivel 1

Las pruebas de nivel 1 se componen de 4 supuestos en las que la autorización parte de la entidad aseguradora hacia el centro sanitario correspondiente, reproduciendo distintas casuísticas que pueden darse en el trabajo diario.

Nº Supuesto: 1		
Descripción y objetivos del supuesto:		
Entidad aseguradora manda autorización sin plan de asistencia. Centro prestador envía plan de asistencia, calendario y factura.		
Secuencia de diálogos del supuesto de pruebas:		
Nº	Emisor	Acción a realizar
1º	EA	La entidad aseguradora manda autorización con "encargo integral" al centro prestador para que atendía a uno de sus lesionados.
2º	CP	El centro sanitario recibe mensaje "EA Solicita encargo para gestión centro (inicio de tramite)". En respuesta el centro, contacta con el lesionado, le cita y tras realizarle una exploración manda plan de asistencia con el tratamiento que ellos estiman necesario.
3º	EA	La Entidad Aseguradora, tras revisar el plan de asistencia remitido por el centro prestador, procede a su autorización.
4º	CP	El centro prestador, envía informe de valoración y calendario indicando las fechas en las que se atenderá al lesionado para cada una de las prestaciones del plan de asistencia.
5º	CP	Tras terminar de atender al paciente y finalizar el tratamiento autorizado en el plan de asistencia, el centro prestador envía factura.
6º	EA	<i>Entidad aseguradora acepta factura. (*)</i>

(*) Este paso no será necesario si la entidad cuenta con proceso de pago automatizado.

Nº Supuesto: 2

Descripción y objetivos del supuesto:

Entidad aseguradora manda autorización con plan de asistencia. Centro sanitario envía calendario y factura, la cual es aceptada por la entidad.

Secuencia de diálogos del supuesto de pruebas:

Nº	Emisor	Acción a realizar
1º	EA	La entidad aseguradora manda autorización, con "encargo específico" indicando el plan de asistencia a seguir por el centro sanitario.
2º	CP	El centro tras ver al paciente envía informe de valoración y calendario.
3º	CP	CP tras atender al paciente según las prestaciones del plan envía la factura.
4º	EA	<i>Entidad aseguradora acepta factura. (*)</i>

() Este paso no será necesario si la entidad cuenta con proceso de pago automatizado.*

Nº Supuesto: 3

Descripción y objetivos del supuesto:

Entidad aseguradora manda autorización sin plan de asistencia. El centro prestador envía plan y factura. La entidad en primer momento rechaza y tras revisar documentación remitida por el centro, finalmente, la acepta.

Nº	Emisor	Acción a realizar
1º	EA	La entidad aseguradora manda autorización con "encargo integral" a centro gestor sin plan de asistencia.
2º	CP	Centro sanitario envía plan de asistencia.
3º	CP	Centro sanitario modifica plan de asistencia.
4º	EA	Entidad aseguradora acepta plan de asistencia.
5º	CP	Centro envía calendario e informe de valoración.
6º	CP	Tras finalizar tratamiento centro envía factura.
7º	EA	<i>Tras revisar la nueva factura la entidad aseguradora acepta factura. (*)</i>

() Este paso no será necesario si la entidad cuenta con proceso de pago automatizado.*

Nº Supuesto: 4

Descripción y objetivos del supuesto:

Entidad aseguradora manda autorización sin plan de asistencia. Centro sanitario manda un plan inicial que es ampliado posteriormente.

1º	EA	La entidad aseguradora manda autorización con "encargo integral" a centro gestor sin plan de asistencia.
2º	CP	El centro sanitario recibe mensaje "EA Envía autorización sin plan (inicio de tramite)".
3º	CP	CP mandan plan de asistencia (con más de una prestación) a entidad aseguradora.
4º	EA	Entidad autoriza plan.
5º	CP	Centro envía calendario e informe de valoración.
6º	CP	CP envía factura de una parte de las prestaciones autorizadas.
7º	EA	<i>Acepta factura. (*)</i>
8º	CP	Envía factura por el resto de prestaciones sin facturar.
9º	EA	EA rechaza la 2ª factura y solicita informe de alta.
10º	CP	CP envía documentación solicitada.
11º	EA	EA tras estudiar documentación recibida acepta 2ª factura. (*)

() Este paso no será necesario si la entidad cuenta con proceso de pago automatizado.*

9.2 Pruebas de Nivel 2

Las pruebas de nivel 2 se componen de 4 supuestos en las que la autorización parte del centro sanitario a la entidad aseguradora hacia los centros sanitarios, reproduciendo distintas casuísticas que pueden darse en el trabajo diario.

El supuesto 5 es obligatorio en las pruebas, el resto son opcionales.

Nº Supuesto: 5		
Descripción y objetivos del supuesto:		
El centro sanitario envía una autorización sin plan de asistencia a la entidad aseguradora. Esta acepta autorización y solicita plan. El centro manda plan y la factura una vez finalizado el tratamiento. La entidad acepta la factura.		
Secuencia de diálogos del supuesto de pruebas:		
Nº	Emisor	Acción a realizar
1º	CP	El centro sanitario envía autorización para el tratamiento de un lesionado Cumplimenta todos los campos de la misma excepto el apartado "Configurar plan de asistencia asociado a la autorización".
2º	EA	La entidad recibe el mensaje "CP Envío solicitud tratamiento lesionado". Tras revisar los datos de la petición, manda el mensaje "EA Autoriza lesionado" y en observaciones indica "Enviar Plan de asistencia".
3º	CP	El centro sanitario recibe el mensaje "EA Autoriza lesionado" y envía plan de asistencia a la entidad aseguradora.
4º	EA	Entidad tras revisar el plan de asistencia emite el mensaje "EA autoriza plan de asistencia".
5º	CP	CP envía "Informe de valoración" y envía también el "Calendario del plan de asistencia".
6º	CP	CP una vez realizado el tratamiento emite el mensaje "Envía factura" incluyendo las prestaciones del plan de asistencia autorizado.
7º	EA	<i>Entidad tras revisar el informe de valoración y la factura ve que todo es correcto y emite el mensaje "EA Acepta factura" (*)</i>

(*) Este paso no será necesario si la entidad cuenta con proceso de pago automatizado.

Nº Supuesto: 6

Descripción y objetivos del supuesto:

El centro gestor envía una autorización sin plan de asistencia a la entidad aseguradora. Esta solicita documentación sobre la autorización, denegándola finalmente.

Secuencia de diálogos del supuesto de pruebas:

Nº	Emisor	Acción a realizar
1º	CP	El centro sanitario envía autorización para el tratamiento de un lesionado. Cumplimenta todos los campos de la misma excepto el apartado "Configurar plan de asistencia asociado a la autorización".
2º	EA	La entidad recibe el mensaje "CP Envío solicitud tratamiento lesionado". Está solicita informes de seguimiento del lesionado para evaluar la autorización recibida.
3º	CP	El centro recibe el mensaje "EA solicita informe de seguimiento". Manda la información solicitada con el mensaje "Envío informe de seguimiento".
4º	EA	La entidad recibe el mensaje "CP Envía informe de seguimiento". Tras evaluar la documentación envía el mensaje "EA no autoriza lesionado".
5º	CP	Centro sanitario recibe mensaje "EA no autoriza lesionado".

Nº Supuesto: 7

Descripción y objetivos del supuesto:

La entidad aseguradora rechaza en primera estancia la autorización solicitada. Tras aportar documentación aclaratoria, finalmente, la autoriza.

Nº	Emisor	Acción a realizar
1º	CP	Centro gestor envía autorización para el tratamiento de un lesionado sin plan de asistencia .
2º	EA	La entidad rechaza autorización y solicita informe de seguimiento.
3º	CP	El centro envía informe de seguimiento.
4º	EA	Tras revisar la información recibida la entidad acepta finalmente la autorización.
5º	CP	El centro sanitario recibe el mensaje "EA Autoriza lesionado".
6º	CP	El centro gestor configura y envía plan de asistencia a la entidad aseguradora.

7º	EA	Entidad autoriza plan de asistencia.
8º	CP	CP envía informe de valoración. Tras realizar las prestaciones autorizadas envía factura.
9º	EA	<i>Entidad aseguradora acepta factura. (*)</i>

(*) Este paso no será necesario si la entidad cuenta con proceso de pago automatizado.

Nº Supuesto: 8		
Descripción y objetivos del supuesto:		
Para la atención a un mismo lesionado se precisa el envío de dos planes de asistencia produciéndose distintas casuísticas.		
Nº	Emisor	Acción a realizar
1º	CP	Centro sanitario envía autorización para el tratamiento de un lesionado con plan de asistencia.
2º	EA	Entidad autoriza lesionado y plan de asistencia.
3º	CP	Centro envía informe de valoración y lesionado.
4º	CP	Tras finalizar el tratamiento el centro ve necesario continuar con el mismo y solicitan una ampliación del plan de asistencia a la entidad aseguradora.
5º	EA	Acepta la ampliación del plan de asistencia.
6º	CP	Envía informe de valoración y calendario.
7º	CP	Envía factura por una parte de las prestaciones y/o actos autorizados.
8º	EA	<i>Entidad aseguradora acepta factura del centro. (*)</i>
9º	CP	Envía factura por las prestaciones pendientes de facturar.
10º	EA	<i>Entidad aseguradora acepta 2ª factura del centro. (*)</i>

(*) Este paso no será necesario si la entidad cuenta con proceso de pago automatizado.