



Guía de pruebas. Perfil Entidad Aseguradora.

Autor:	<i>Desarrollo de Negocio y Gestión de Servicios</i>
Título del documento:	<i>Guía de pruebas. Perfil Entidad Aseguradora.</i>
Número de páginas:	<i>24 (portada incluida)</i>
Código:	<i>212_CAS_ESP_DOC</i>
Versión:	<i>02</i>
Fecha de última modificación:	<i>22 de noviembre 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	10-02-2012	
V02	20-11-2013	Actualización de la guía en función de los últimos cambios realizados en el aplicativo.

2. Documentos relacionados

Este documento se basa en las especificaciones detalladas en el documento 219_PCS_ESP_DOC_NORMAS DE PROCEDIMIENTO, donde se describen las acciones, respuestas y códigos de estado mediante los que se puede establecer el diálogo entre la entidad aseguradora y centro sanitario.

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 WEB.	7
7. GUIA RAPIDA DE LA APLICACIÓN.	8
<input type="checkbox"/> ENTIDAD ASEGURADORA. GUÍA RÁPIDA DE LA APLICACIÓN WEB.	9
8. IDENTIFICACIÓN DE LOS CASOS DE PRUEBA.	12
9. CASOS DE PRUEBA.	13
10. PRUEBAS DE NIVEL 1	14
11. PRUEBAS DE NIVEL 2	17
12. CASOS ADICIONALES DE PRUEBAS.	20

4. Objeto.

A lo largo del documento se define la guía de pruebas que servirá de base a las entidades aseguradora 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 las entidades aseguradoras adheridas al servicio conocen el interfaz del servicio en sus distintas opciones:
 - Agenda.
 - Consultas.
- Comprobar que las aplicaciones informáticas de las entidades aseguradoras adheridas 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 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 WEB.

- **Dirección de acceso:** Durante la fase de pruebas, en caso de realizarse vía web se deberá acceder a la dirección de internet <http://prepea.tirea.es>.

- **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 - TIREA:** 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










Equipo de gestión del servicio a través del Telf. de centralita 914516800, gestion.cas@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"/>

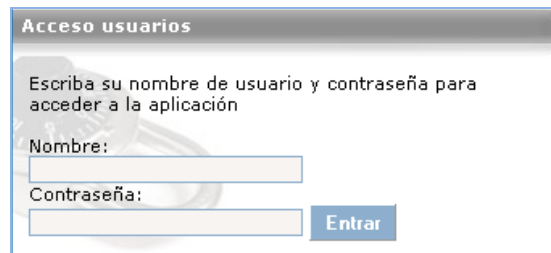
- ❑  Oculta la información del apartado al que pertenece.

- ❑  Muestra la información del apartado al que pertenece.

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

- ❑ **Entidad Aseguradora. Guía rápida de la aplicación web.**

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



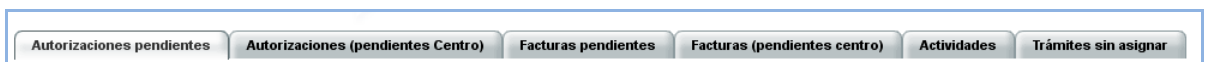
2. La aplicación siempre nos lleva al apartado inicial "Agenda diaria", pudiendo también acceder desde aquí al apartado "Consultas"



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



4. Desde "Agenda diaria" tendremos acceso a los apartados "Autorizaciones pendientes", "Autorizaciones (pendientes centro)", "Facturas pendientes", "Facturas (pendientes centro)", "Actividades" y "Trámites sin asignar".



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	Delegación	Código de tramitador	Entidad Aseguradora	Referencia EA	Fecha siniestro	Fecha del encargo	Centro Médico	Nombre lesionado	Condición lesionado	Provincia domicilio lesionado	Nº Factura
18-10-2011		C0467	Sin asignar	C0467	2011002		18-10-2011	Baasys Madrid	ALEGRE, ARMANDO	CIC		
19-10-2011	13	C0467	Sin asignar	C0467	2011004		19-10-2011	Baasys Barcelona	ESTEBAN, DAMIAN	CMC		F000004
19-10-2011	15	C0467	Sin asignar	C0467	2011003		19-10-2011	Baasys Barcelona	ALEGRE, BENEDICTO	CYA		

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

Fecha de acción

18-10-2011

19-10-2011

19-10-2011

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 los Centros Sanitarios.

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



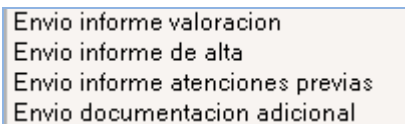
10. Para buscar o consultar autorizaciones, facturas y pagos, ya enviadas utilizaremos el apartado "Consulta".



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	Centro Médico	Fecha Recepción	Actividad	Paciente
N	CENTRO CASER 1	13-02-2012	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 trámite:

- **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.

10. Pruebas de Nivel 1

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

Nº Supuesto: 1		
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 lesionado".
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	CP	<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: 2

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: 3

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.
2º	EA	La entidad rechaza autorización y solicita informe de seguimiento.
3º	CP	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: 4

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.
2º	EA	Entidad autoriza lesionado y plan de asistencia.
3º	CP	Centro envía una ampliación del plan de asistencia.
4º	EA	Acepta la ampliación del plan de asistencia.
5º	CP	Envía informe de valoración y calendario.
6º	CP	Envía factura por una parte de las prestaciones y/o actos autorizados.
6º	EA	<i>Entidad aseguradora acepta factura del centro. (*)</i>
7º	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.

11. Pruebas de Nivel 2

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

Nº Supuesto: 5		
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 envía 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: 6		
Descripción y objetivos del supuesto:		
Entidad aseguradora manda autorización sin plan de asistencia. Centro prestador envía plan de asistencia, calendario y factura.		

1°	EA	La entidad aseguradora manda autorización con "encargo integral" a centro sin plan.
2°	CP	El centro sanitario recibe mensaje "EA Solicita encargo para gestión centro (inicio de tramite)". En respuesta el centro manda plan de asistencia.
3°	EA	Entidad autoriza plan de asistencia.
4°	CP	Centro envía calendario.
5°	CP	Tras atender al paciente el centro sanitario envía informe de valoración a la entidad aseguradora. Tras finalizar tratamiento envía factura.
6°	EA	<i>Entidad aseguradora acepta factura. (*)</i>

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

N° Supuesto: 7

Descripción y objetivos del supuesto:

Entidad aseguradora envía encargo integral. El centro prestador envía plan y factura. La entidad en primer momento rechaza y tras revisar documentación remitida por el centro, finalmente, la acepta.

Secuencia de diálogos del supuesto de pruebas:

N°	Emisor	Acción a realizar
1°	EA	La entidad aseguradora envía "encargo integral" a centro gestor.
2°	CP	Centro sanitario envía plan de asistencia.
3°	CP	Centro sanitario modifica plan de asistencia.
4°	EA	Entidad aseguradora acepta plan de asistencia.
5°	CP	Centro envía calendario e informe de valoración.
6°	CP	Tras finalizar tratamiento centro envía factura.
7°	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: 8

Descripción y objetivos del supuesto:

Entidad aseguradora envía encargo integral. Centro sanitario manda un plan inicial que es ampliado posteriormente.

1º	EA	La entidad aseguradora envía "encargo integral" a centro gestor sin plan.
2º	CP	El centro sanitario recibe encargo.
3º	CP	CP manda 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 anula parte del tratamiento autorizado y envía factura del resto de las prestaciones autorizadas.
7º	EA	<i>Acepta factura. (*)</i>
11º	EA	EA tras estudiar documentación recibida acepta factura (*).

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

12. Casos adicionales de pruebas.

Se incluyen algunos casos adicionales en fase de pruebas en caso de ser preciso ampliar las pruebas de los casos inicialmente propuestos.

CASO ADICIONAL 1		
Fecha	Emisor	Actividad
1	Entidad Aseguradora	EA Solicita encargo para gestión centro (inicio de tramite)
2	Entidad Aseguradora	EA solicita informe primera visita
3	Centro Médico	Informe de primera visita
4	Centro Médico	CP Envía plan de asistencia
5	Centro Médico	CP Modifica plan de asistencia
6	Entidad Aseguradora	EA Autoriza plan
7	Centro Médico	CP envía plan ampliado
8	Centro Médico	Informe de primera visita
9	Entidad Aseguradora	EA Autoriza plan
10	Entidad Aseguradora	EA solicita informe de seguimiento
11	Centro Médico	CP Envía informe de alta
12	Centro Médico	Baja por alta de lesionado
13	Entidad Aseguradora	Reapertura de tramite
14	Entidad Aseguradora	EA Solicita aclaración plan / calendario
15	Centro Médico	CP envía plan ampliado
16	Entidad Aseguradora	EA Autoriza plan
17	Centro Médico	Envía factura



CASO ADICIONAL 2	
Repetir supuesto 1 variando datos del diálogo e incluir datos de citaciones y contactos con lesionado	

CASO ADICIONAL 3	
Reproducción de un caso de tramitación real gestionado en web producción	Bajas y reaperturas

CO_ESTADO	PCS_ECS_ESTADO.DE_ESTADO	CO_ACCION	DE_ACCION	CO_ESTADO_FIN	PCS_ECS_ESTADO_1.DE_ESTADO	CO_EMITOR
00	Estado inicial	09	EA Solicita encargo para gestión centro (inicio de tramite)	02	Pendiente envio plan	EA
02	Pendiente envio plan	04	CP Envía plan de asistencia	06	Pendiente autorizar plan	CP
06	Pendiente autorizar plan	07	EA Autoriza plan	12	Pendiente de envio de informes de valoración	EA
07	Plan aceptado	29	CP notifica la anulacion de parte del tratamiento autorizado	07	Plan aceptado	CP
11	Factura pendiente revision por la EA	14	EA Acepta factura	14	Factura aceptada	EA
07	Plan aceptado	64	Baja por alta de lesionado	21	Fin de tramite por alta de lesionado	CP
21	Fin de tramite por alta de lesionado	90	Reapertura de tramite	12	Pendiente de envio de informes de valoración	CP

12	Pendiente de envío de informes de valoración	18	Envío documentacion adicional	07	Plan aceptado	CP
07	Plan aceptado	64	Baja por alta de lesionado	21	Fin de tramite por alta de lesionado	CP
21	Fin de tramite por alta de lesionado	90	Reapertura de tramite	12	Pendiente de envío de informes de valoración	CP
11	Factura pendiente revision por la EA	14	EA Acepta factura	14	Factura aceptada	EA
12	Pendiente de envío de informes de valoración	64	Baja por alta de lesionado	21	Fin de tramite por alta de lesionado	CP
21	Fin de tramite por alta de lesionado	90	Reapertura de tramite	12	Pendiente de envío de informes de valoración	CP
12	Pendiente de envío de informes de valoración	12	Informe de primera visita	07	Plan aceptado	CP
07	Plan aceptado	29	CP notifica la anulacion de parte del tratamiento autorizado	07	Plan aceptado	CP
07	Plan aceptado	64	Baja por alta de lesionado	21	Fin de tramite por alta de lesionado	CP

CASO ADICIONAL 4	
Reproducción de un caso de tramitación real gestionado en web producción	Caso tipo

CO_ESTADO	PCS_ECS_ESTADO.DE_ESTADO	CO_ACCION	DE_ACCION	CO_ESTADO_FIN	PCS_ECS_ESTADO_1.DE_ESTADO	CO_EMITOR
00	Estado inicial	09	EA Solicita encargo para gestión centro (inicio de tramite)	02	Pendiente envio plan	EA
02	Pendiente envio plan	04	CP Envía plan de asistencia	06	Pendiente autorizar plan	CP
06	Pendiente autorizar plan	06	EA No autoriza plan	08	Plan rechazado	EA
08	Plan rechazado	20	CP Modifica plan de asistencia	06	Pendiente autorizar plan	CP
06	Pendiente autorizar plan	07	EA Autoriza plan	12	Pendiente de envio de informes de valoración	EA
07	Plan aceptado	07	EA Autoriza plan	07	Plan aceptado	EA
07	Plan aceptado	26	CP envía plan ampliado	06	Pendiente autorizar plan	CP
06	Pendiente autorizar plan	07	EA Autoriza plan	07	Plan aceptado	EA
07	Plan aceptado	26	CP envía plan ampliado	06	Pendiente autorizar plan	CP