	MACROPROCESO: GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD			
	PROCESO: CUENTAS MEDICAS			
	ANEXO: MANUAL CUENTAS MEDICAS			
CÓDIGO P-NE-A03	VERSIÓN 0	FECHA ACTUALIZACIÓN 01/2014	TIPO DE DOCUMENTO NO CONTROLADO	PÁGINA 1/22

MANUAL DE CUENTAS MEDICAS, COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS

La Dirección de Cuentas Médicas de E.P.S. Famisanar describe a continuación las pautas a tener en cuenta por los diferentes prestadores y proveedores de servicios de salud, para la presentación y trámite de sus facturas.

Cualquier aclaración, sugerencia o comentario con gusto será atendida en nuestras oficinas.

1. MARCO LEGAL

Todas las facturas presentadas por servicios hospitalarios o ambulatorios deben cumplir con los requisitos establecidos en los artículos 40 y 258 de la Ley 223 de diciembre de 1995, los cuales modificaron los artículos 617 y 618 del Estatuto Tributario, y las normas reglamentarias expedidas por el gobierno nacional (Decretos 1094 y 1165 de 1996 y la resolución 3878 / 96 de la DIAN) así:

Artículo 617 del Estatuto Tributario:


- A. Denominación expresa de FACTURA DE VENTA**
- B. Apellidos y nombres o razón social completa y C.C. o NIT de quien presto el servicio**
- C. Dirigida a nombre de E.P.S. FAMISANAR LTDA NIT 830.003.564-7**
- D. Llevar un número que corresponda a un sistema de numeración consecutiva de factura de ventas**
- E. Fecha de expedición de la factura**
- F. Descripción específica o genérica servicios prestados**
- G. Valor total de la operación**
- H. El nombre o razón social del impresor de la factura**
- I. Indicar la calidad de retenedor del impuesto sobre las ventas.**
- J. Debe ir firmada y sellada por el responsable de la entidad que la emite**

Nota: los numerales resaltados deben estar debidamente pre impresos.

Artículo 618 del Estatuto Tributario:

Los responsables pertenecientes al régimen Común de impuestos a las ventas deberán discriminar el impuesto en todos los casos.

APROBÓ	
DIRECTOR DE OPERACIÓN SALUD	DIRECTOR DE CALIDAD Y PROCESOS

	MACROPROCESO: GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD			
	PROCESO: CUENTAS MEDICAS			
	ANEXO: MANUAL DE CUENTAS MEDICAS			
CÓDIGO P-NE-A03	VERSIÓN 0	FECHA ACTUALIZACIÓN 01/2014	TIPO DE DOCUMENTO NO CONTROLADO	PÁGINA 2/22

2. NORMAS GENERALES

2.1 Presentación General de la Factura

Se deben consignar en el formato de factura o en el resumen de atención la información general del paciente:

- A. Nombre completo y condición del Usuario: si es cotizante o beneficiario
- B. Número del documento de Identificación del usuario quien recibe la atención
- C. Tipo de plan en el que se realiza la atención
- D. Fecha de ingreso y fecha de egreso del servicio
- E. Número de autorización o verificación de derechos según el caso.
- F. Servicio prestado
- G. Se deben reflejar los copagos y cuotas moderadoras cuando la I.P.S realice recaudos por dichos conceptos.
- H. Cuando el usuario tenga que realizar un pago por % de cobertura este se debe reflejar como descuento de la factura.
- I. Adjuntar relación de usuarios que contenga:


No. Identificación Usuario	Nombre Usuario	No. Autorización	Código del procedimiento	Cantidad	Nombre del procedimiento	Costo del procedimiento	Recaudo cuota moderadora/copago	Monto a COBRAR
----------------------------	----------------	------------------	--------------------------	----------	--------------------------	-------------------------	---------------------------------	----------------

Nota: todas las facturas con sus respectivos soportes deben llegar a E.P.S. Famisanar FOLIADAS.

La fecha de la factura no debe superar un mes desde su generación hasta la fecha de radicación en nuestras instalaciones dentro de las fechas estipuladas para la radicación.

2.2 Agrupación de servicios

Las I.P.S. pueden presentar una factura por los siguientes servicios siempre que se adjunte el detalle de los servicios facturados de manera ordenada, y cuando los servicios correspondan a:

	MACROPROCESO: GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD			
	PROCESO: CUENTAS MEDICAS			
	ANEXO: MANUAL DE CUENTAS MEDICAS			
CÓDIGO P-NE-A03	VERSIÓN 0	FECHA ACTUALIZACIÓN 01/2014	TIPO DE DOCUMENTO NO CONTROLADO	PÁGINA 3/22

- A- Paciente Hospitalizado
- B- Paciente atendido en el servicio de urgencias que haya quedado en observación
- C- Paciente atendido con urgencia simple.
- D- La única excepción de presentación de más de 20 servicios en una sola factura se da cuando se presentan las masivas de urgencias, con las I.P.S que exista dicho convenio y cuando las autorizaciones se han emitido en forma masiva.

Todas las I.P.S. pueden agrupar hasta **20 servicios / atenciones** por factura listados con número del documento de identidad, nombre y valor del servicio.

Las atenciones que se pueden agrupar son:

- A- Atenciones de consulta externa.
- B- Exámenes ambulatorios con autorización,
- C- Procedimientos quirúrgicos ambulatorios con autorización.
- D- Apoyos terapéuticos ambulatorios con autorización.
- E- Atenciones en urgencias en las cuales solo se prestó el servicio de consulta únicamente.
- F- Farmacia.

Las I.P.S. podrán realizar estas agrupaciones por **cada mes de atención**.

La relación del consolidado por servicios que aparece en la factura es el valor total por rubro y este corresponde a la sumatoria de los soportes adjuntos, de acuerdo con tarifas vigentes y autorización del servicio.

2.3 Soportes


Cada uno de los soportes y las autorizaciones de Famisanar deben ir firmados por el paciente con documento de identidad o en su defecto, por la persona responsable ante la I.P.S. del mismo.

Si no hay firma o huella de cada soporte la firma y cédula en la factura avala la cuenta.

2.4 Registros Individuales de Prestación de Servicios

De acuerdo con lo dispuesto en la Resolución 3374 de 2000 y demás normas relacionadas que lo modifiquen o adicionen, los prestadores de servicios deben entregar a las E.P.S. los registros individuales de atención RIPS.

Se debe tener en cuenta la calidad de la información la cual debe ser consistente con la facturación presentada, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011 Art. 116.

	MACROPROCESO: GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD			
	PROCESO: CUENTAS MEDICAS			
	ANEXO: MANUAL DE CUENTAS MEDICAS			
CÓDIGO P-NE-A03	VERSIÓN 0	FECHA ACTUALIZACIÓN 01/2014	TIPO DE DOCUMENTO NO CONTROLADO	PÁGINA 4/22

2.5 Recepción de las facturas

Las facturas deben presentarse en original y dos copias (no fotocopias), en las fechas convenidas entre el representante de la I.P.S. y la Dirección de Cuentas médicas.

2.6 Horario

El horario de recepción de facturas será de 7:30 a.m. a 4:30 p.m. de Lunes a Viernes.

Con las I.P.S. o profesionales con los que se establezca un horario y día específico, será en el definido entre las partes.

2.7. Lugar

En el área de recepción de cuentas médicas de la sede Unidad Operativa de EPS FAMISANAR ubicada en la Carrera 22 No. 168-84 Toberin Bogotá D.C.

Las facturas de IPS de la regional atlántico en Barranquilla serán recibidas en la sede de E.P.S. Famisanar en Carrera 50 # 84-110

No se recibirán facturas con tachaduras ni enmendaduras ni con más de **ciento ochenta (180) días posteriores a la prestación del servicio, no obstante la fecha de la factura no debe superar un mes desde su generación hasta la fecha de radicación en nuestras instalaciones.**

Las facturas de I.P.S. fuera de Bogotá se recibirán en la Carrera 22 No. 168-84 Toberin Bogotá D.C. por correo certificado dirigidas a la **Dirección de Cuentas Médicas E.P.S FAMISANAR LTDA (primer piso), manteniendo las fechas de radicación establecidas, para lo cual todas las facturas que se reciban por correo certificado posterior a la fecha de cierre de radicación, quedarán radicadas con la fecha del primer día hábil de la siguiente radicación.**


2.8. Devolución de las Facturas

Habrá lugar a devoluciones en los casos en exista una no conformidad que impida el procesamiento de la factura y se hará según codificación de glosas y devoluciones definidos en el anexo técnico 6 de la Resolución 3047 de 2008 así:

816 Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable

817 Usuario retirado o moroso

821 Autorización principal no existe no corresponde al prestador de servicios de salud

	MACROPROCESO: GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD			
	PROCESO: CUENTAS MEDICAS			
	ANEXO: MANUAL DE CUENTAS MEDICAS			
CÓDIGO P-NE-A03	VERSIÓN 0	FECHA ACTUALIZACIÓN 01/2014	TIPO DE DOCUMENTO NO CONTROLADO	PÁGINA 5/22

834 Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma

844 Médico que ordena no adscrito

847 Faltan soportes de justificación para recobros (CTC, TUTELAS, ARL)

848 Informe de atención inicial de urgencias

849 Factura no cumple requisitos legales

850 Factura ya cancelada

Procedimiento para la devolución

La devolución se hará de acuerdo a los términos contractuales y normatividad vigente y estará a cargo de la Dirección de Cuentas Médicas de EPS FAMISANAR.

2.9. Copagos y Cuotas Moderadoras

La I.P.S. debe anexar el soporte del recaudo efectuado por concepto de Cuotas moderadoras o copagos. El soporte es el recibo de caja o la tirilla de la máquina registradora firmadas por el usuario o acudiente y éste valor debe estar reflejado en la factura como un menor valor de esa factura. Este recaudo se realizará acorde a lo definido en el Acuerdo 260 de 2004 y en la Resolución 3384 de 2.000.

A. FORMA DE PAGO


E.P.S. Famisanar cancelará las cuentas según los términos acordados en el contrato, una vez recibidas, conforme a lo estipulado en el presente manual.

Los pagos a las I.P.S. CONTRATADAS fuera de Bogotá se podrán consignar en las entidades bancarias que correspondan según números de cuenta suministrados oportunamente por cada I.P.S.

3. MANEJO DE CUENTAS DE SOAT y ATEL

MANEJO DE CUENTAS SOAT

Las Facturas que correspondan a atenciones de pacientes derivadas de **accidentes de tránsito**, deben anexar copia de las facturas con el discriminado, emitidas a la Compañía Aseguradora y al FOSYGA. CUANDO EXCEDAN LOS 800 SMSLV.

	MACROPROCESO: GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD			
	PROCESO: CUENTAS MEDICAS			
	ANEXO: MANUAL DE CUENTAS MEDICAS			
CÓDIGO P-NE-A03	VERSIÓN 0	FECHA ACTUALIZACIÓN 01/2014	TIPO DE DOCUMENTO NO CONTROLADO	PÁGINA 6/22

MANEJO DE CUENTAS DE ATEL

Las cuentas que corresponden a atenciones derivadas de **Accidentes de trabajo y/o Enfermedad Profesional** deben adjuntar los siguientes documentos:

- A. Copia del informe patronal del ATEL presentado por el empleador. Cuando no exista el informe del evento diligenciado por el empleador o su representante, se deberá anexar el reporte del mismo, presentado por el trabajador o por quien lo represente, de acuerdo con lo dispuesto en el literal b, del Artículo 25 de Decreto 2463 de 2001.
- B. Factura ó Cuenta de cobro presentada por la I.P.S. en la que se especifiquen los procedimientos médico quirúrgicos y servicios prestados a los afiliados. (Decreto 1771 de 1,994 artículo 3 y 4 inciso segundo numerales 1 y 2).
- C. Adicionales en caso de demostración de origen:
Indicio o conjunto de indicios sobre el nexo de causalidad necesario
Igualmente la cuenta deberá estar acompañada de la verificación de derechos del trabajador a los servicios de la A.R.L.

4. AUTORIZACION DE SERVICIOS

Se debe tener en cuenta las políticas consignadas en el “Manual de Autorizaciones” de E.P.S. Famisanar, así:

Los canales de acceso a autorizaciones son:

Para las IPS: Familínea, Back office, Portal Web Famisanar


Para Usuarios: Back Office y Oficinas de atención al usuario

4.1. Autorizaciones emitidas por Familínea

Para autorizaciones Hospitalarias y de Urgencias se puede por este canal realizar solicitud de:

- Autorizaciones automáticas IVR
- Autorizaciones personalizadas CONSULTORES
- Seguimiento de autorizaciones Hospitalarias
- Proceso de referencia y contra referencia
- Seguimiento de Urgencias triage III y IV

Cuando la autorización se da en forma verbal, se debe registrar en la hoja de urgencias o en la factura correspondiente donde deben estar consignados:

	MACROPROCESO: GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD			
	PROCESO: CUENTAS MEDICAS			
	ANEXO: MANUAL DE CUENTAS MEDICAS			
CÓDIGO P-NE-A03	VERSIÓN 0	FECHA ACTUALIZACIÓN 01/2014	TIPO DE DOCUMENTO NO CONTROLADO	PÁGINA 7/22

- A- Nombre del Médico que da la autorización
- B- Número de la Autorización
- C- Tiempo autorizado
- D- Descripción del servicio autorizado

4.2 Autorizaciones emitidas por Back Office

El Back Office es un equipo interdisciplinario para gestión de autorizaciones sin atención personalizada, para autorizaciones de servicios electivos y gestiona solicitudes de Usuarios y de IPS

- Back Office Ambulatorio POS: Emite Autorizaciones y Preautorizaciones impresas y en formato PDF
- Back Office Ambulatorio PAC :Emite Autorizaciones impresas y en formato PDF

4.3. Autorizaciones gestionadas por portal WEB FAMISANAR

Es un canal para autogestión de autorizaciones por parte de IPS adscritas, sin atención personalizada y gestiona solicitudes de IPS POS Y PAC

En la opción del IVR se puede realizar:


- Verificación de estado de afiliación
- Autorización de Urgencias POS PAC
- Legalización de pre autorizaciones

Se puede también gestionar Autorización de otros servicios (según convenio y permisos IPS)

4.4. Autorizaciones emitidas por Oficinas de atención al usuario

Es la autorización emitida en formato de E.P.S. Famisanar en original por sistema o en forma manual. Debe verificar:

- A. Número de autorización
- B. Prestador Remitido: Nombre de la IPS en la cual se autoriza la prestación del servicio autorizado.

	MACROPROCESO: GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD			
	PROCESO: CUENTAS MEDICAS			
	ANEXO: MANUAL DE CUENTAS MEDICAS			
CÓDIGO P-NE-A03	VERSIÓN 0	FECHA ACTUALIZACIÓN 01/2014	TIPO DE DOCUMENTO NO CONTROLADO	PÁGINA 8/22

C. Procedimiento (s):

- ✓ Codificación única de procedimientos en salud CUPS
- ✓ Códigos propios FAMISANAR
- ✓ Servicio solicitado
- ✓ Descripción del servicio autorizado
- ✓ Cantidad del servicio autorizado
- ✓ No se acepta autorización de servicios en observaciones, genéricos de suministro, medicamentos o suministro de uso domiciliario.

D- Firma y sello autorizados

E- Firma del usuario o acudiente con número de identificación.

F- Anexar autorización original (no se acepta fotocopia, ni duplicados).

G- Cuando se emiten autorizaciones masivas, se deben facturar todos los servicios en una sola factura.

H- Las atenciones autorizadas por correo electrónico deben venir impresas como soporte de la factura.

I- Las facturas correspondientes a estancias, deben traer el listado anexo de los usuarios con la respectiva identificación.


5. SOPORTES

Los soportes de las atenciones prestadas deberán como mínimo estar acorde con los requeridos relacionados en el anexo técnico No. 5 de la Resolución 3047 de 2008 con las correspondientes firmas y documentos de identidad del usuario que recibe el servicio,

5.1. Soportes de Facturas Atenciones Integrales por Conjunto

Los soportes de los cobros deben corresponder a cada uno de los servicios causados con fecha, nombre del paciente y número de historia clínica, número de procedimientos realizados durante la permanencia en la I.P.S. codificados y valorizados de acuerdo a las tarifas pactadas, el paciente o la persona responsable debe firmarlos con documento de identidad en constancia de la atención recibida

Los soportes discriminados son:

	MACROPROCESO: GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD			
	PROCESO: CUENTAS MEDICAS			
	ANEXO: MANUAL DE CUENTAS MEDICAS			
CÓDIGO P-NE-A03	VERSIÓN 0	FECHA ACTUALIZACIÓN 01/2014	TIPO DE DOCUMENTO NO CONTROLADO	PÁGINA 9/22

A- Epicrisis.

B- Copia de la hoja de descripción quirúrgica con nombre, firma y Número del registro médico del profesional que presto el servicio.


C- Soportes de los apoyos diagnósticos / estancia o cualquier otro procedimiento o atención por fuera del conjunto, codificado de acuerdo al manual tarifario con el que se liquidó la cuenta.

D- Aclaraciones adicionales

- Los servicios quirúrgicos que son contratados por Atención Integral, deben estar codificado de acuerdo a la clasificación única de procedimientos CUPS, como se estipula en el art. 19 del Decreto 4747 de 2007.
- Cuando los honorarios médicos se autorizan en forma independiente del conjunto de atención integral, se deben descontar del total de la factura incluido el valor de la consulta pre quirúrgica.
- Cuando los exámenes pre quirúrgicos o los medicamentos ambulatorios no están incluidos en los servicios contratados con la I.P.S. se deben descontar del total de la factura.
- Cuando se requiere la colocación de material de osteosíntesis o suministros especiales **adjunto a la factura de la I.P.S. debe venir copia de la factura de adquisición de los materiales descritos.**
- Para servicios adicionales al paquete se debe anexar siempre la autorización.
- Cuando se rompe el paquete los soportes que se deben presentar son los mismos descritos en el ítem 5.2.

5.2. Soportes de Facturas para Atenciones Hospitalarias o Eventos Quirúrgicos por Servicio

Los soportes de los cobros deben corresponder a cada uno de los servicios causados con fecha, nombre del paciente y número de historia clínica, número de procedimientos realizados durante la permanencia en la I.P.S. y valorizados y codificados de acuerdo a las tarifas pactadas. El paciente o la persona responsable debe firmarlos con documento de identidad en constancia de la atención recibida o en su defecto la firma en la factura que avala toda la atención.

	MACROPROCESO: GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD			
	PROCESO: CUENTAS MEDICAS			
	ANEXO: MANUAL DE CUENTAS MEDICAS			
CÓDIGO P-NE-A03	VERSIÓN 0	FECHA ACTUALIZACIÓN 01/2014	TIPO DE DOCUMENTO NO CONTROLADO	PÁGINA 10/22

Los soportes discriminados son:

1- Estancia:

Fecha, nombre del paciente, número de la historia clínica, número de habitación / cama, número de días, valor unitario y total.

2- Servicios quirúrgicos:

Debe estar consignado el código correspondiente al procedimiento(s) realizado(s) del Manual del I.S.S., Manual del SOAT (de acuerdo con las tarifas convenidas con la I.P.S.) con el cual fue liquidada la cirugía(s) y si la contratación es por servicios deben venir discriminados los cobros por:

- A- Derechos de sala
- B- Suministros y materiales de cirugía
- C- Honorarios de Anestesia
- D- Honorarios de Cirujano(s)
- E- Honorarios de Ayudantía
- F- **Copia de la hoja de descripción quirúrgica.**
- G- Copia del récord de anestesia


Los numerales F y G deberán estar firmados por los respectivos profesionales con registro médico, nombre y firma cuando sean generados de manera manual, si los registros son digitales debe tener la IPS el proceso de custodia, calidad y seguridad de la información la cual puede ser objeto de verificación en cualquier momento por parte de nuestro equipo de Auditoria de Calidad.

3- Los honorarios médicos:

Cuando la hospitalización no es quirúrgica se debe discriminar por atención diaria y las hojas de solicitud de interconsulta con las respuestas dadas por los especialistas. Todos con nombre del paciente, numero de historia clínica y fecha, además el nombre, Número del registro médico y firma del profesional que presto el servicio.

4- Apoyos diagnósticos y terapéuticos:

Deben ser discriminados por fecha en que se realizó, código y nombre del servicio, nombre del paciente, número de historia clínica, número de habitación, cama, valor unitario y valor total.

	MACROPROCESO: GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD			
	PROCESO: CUENTAS MEDICAS			
	ANEXO: MANUAL DE CUENTAS MEDICAS			
CÓDIGO P-NE-A03	VERSIÓN 0	FECHA ACTUALIZACIÓN 01/2014	TIPO DE DOCUMENTO NO CONTROLADO	PÁGINA 11/22

5- Medicamentos:

Deben ser discriminados por fecha, nombre del medicamento, cantidad, presentación, nombre del paciente, número de historia clínica, número de habitación, cama, valor unitario y valor total.

6- Insumos:

Deben ser discriminados por nombre del paciente, numero de historia clínica, fecha, cantidad, valor unitario y valor total.

7- Materiales o suministros especiales:

Deben ser discriminados por nombre del paciente, número de historia clínica, fecha, cantidad, valor unitario y valor total.

Anexo a la factura de la I.P.S. debe venir la factura de adquisición de los materiales o suministros especiales, por valor superior a \$1.000.000.00 (un millón de pesos)


8- Resumen de historia clínica o Epicrisis.

Que contenga:

- A- Nombre del paciente
- B- Edad del paciente
- C- Fechas de ingreso y egreso
- D- Admitido por: remisión (I.P.S. de origen), urgencias, por admisiones para procedimientos / hospitalizaciones programados
- E- No de días de estancia en habitación compartida / unipersonal
- F- No de días de estancia en UCI / unidades especiales, aclarando fecha de ingreso y egreso de las mismas.
- G- Diagnósticos de ingreso y egreso codificados de acuerdo al C.I.E.10^a edición revisada.
- H- Justificación de los medicamentos no incluidos en el acuerdo 029 de 2011.
- I- Evolución y complicaciones durante la hospitalización.
- J- Resultado de los medios diagnósticos especializados
- K- Otros procedimientos Ej. : transfusiones, colocación de yesos, etc.
- L- Destino del paciente.
- M- Si el paciente fallece, se necesita un informe detallado de las circunstancias y causas del deceso.

9. Formato NO POS

Formato que debe ajustarse a la Resolución 548 /2010.

	MACROPROCESO: GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD			
	PROCESO: CUENTAS MEDICAS			
	ANEXO: MANUAL DE CUENTAS MEDICAS			
CÓDIGO P-NE-A03	VERSIÓN 0	FECHA ACTUALIZACIÓN 01/2014	TIPO DE DOCUMENTO NO CONTROLADO	PÁGINA 12/22

5.3. Soportes de las Facturas de Contratación por Capitación

La factura correspondiente a servicios capitados debe presentarse con los registros de estadística de los servicios prestados totalmente diligenciados según el instructivo:

- A- Registro diario de consulta externa.
- B- Registro de tratamientos odontológicos

Adicional a lo anterior, debe discriminarse en la factura el mes, número de usuarios por mes y el recaudo por cuotas moderadoras correspondientes.

5.4. Soportes de las Facturas de los Programas de Promoción Educación y Prevención


La Dirección de Planeación de Atención en Salud describe a continuación las pautas a tener en cuenta por los diferentes proveedores de este tipo de servicios de salud, para la presentación de las respectivas cuentas de cobro.

OBJETIVOS:

- Definir las pautas de revisión de soportes y facturación (Presentación de facturas y soportes) para los programas de Promoción, Educación y Prevención en salud P.E.P. con el fin de garantizar y asegurar información confiable y exacta de los costos y utilización de los servicios P.E.P.
- Contar con una herramienta de consulta que permita la fácil y adecuada revisión de los soportes de cuentas P.E.P.
- Asegurar el pago oportuno y confiable a las I.P.S. que ejecutan este tipo de programas dentro del marco legal vigente para la ejecución de estos rubros.

MARCO LEGAL:

Las I.P.S. contratadas para la ejecución de los programas de Promoción, Educación y Prevención en salud P.E.P. deben tener en cuenta para la presentación de las facturas y soportes por este concepto los parámetros legales los cuales se encuentran definidos en:

	MACROPROCESO: GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD			
	PROCESO: CUENTAS MEDICAS			
	ANEXO: MANUAL DE CUENTAS MEDICAS			
CÓDIGO P-NE-A03	VERSIÓN 0	FECHA ACTUALIZACIÓN 01/2014	TIPO DE DOCUMENTO NO CONTROLADO	PÁGINA 13/22


- Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud: Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública, así como los reportes y su periodicidad.
- Resolución 3384 de 2.000 del Ministerio de la Protección Social en Salud por la cual se Modifican Parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se deroga la Resolución 1078 de 2000.
- Resolución 412 de Febrero 25 de 2.000: Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés es salud pública.
- Adicionar la nueva normatividad sobre reportes que expidió el Ministerio.

SOPORTES:

Las actividades deberán ser soportadas por las planillas respectivas de acuerdo a la actividad, las cuales deben cumplir con los siguientes lineamientos:

PARAMETROS GENERALES:

- Se cancelará sobre el número de usuarios asistentes a cada actividad teniendo en cuenta que asistente es aquel cuyos datos generales (Edad, tipo de documento de identificación, numero del documento de identificación, sexo, nombre completo del usuario, frecuencia riesgo / diagnóstico) se encuentren totalmente diligenciados, se registre como ejecutado y tenga la firma del usuario con documento de identidad o su asistente para el caso de los menores.
- Los encabezados de cada planilla deben estar completamente diligenciados de tal forma que se identifique fácil y claramente el programa P.E.P. que se está registrando.
- Se deben tener en cuenta los grupos atareos y edades definidas para cada programa.
- Para el caso de los **programas de crecimiento y desarrollo** únicamente se debe relacionar al menor beneficiado del programa y no al adulto asistente, los programas definidos para adultos no deben relacionar menores.

	MACROPROCESO: GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD			
	PROCESO: CUENTAS MEDICAS			
	ANEXO: MANUAL DE CUENTAS MEDICAS			
CÓDIGO P-NE-A03	VERSIÓN 0	FECHA ACTUALIZACIÓN 01/2014	TIPO DE DOCUMENTO NO CONTROLADO	PÁGINA 14/22

- Los talleres de Enfermedad Diarreica Aguda e Infección Respiratoria Aguda se desarrollan solamente a menores de 5 años.
- Los talleres tienen una duración mínima de 1 hora.
- Con respecto al DIU únicamente se cubre la inserción no el retiro, lo cual se debe relacionar en las observaciones de la planilla.
- Las planillas deben presentarse totalizadas completamente para su aceptación.
- En la planilla de soporte debe figurar exactamente las horas de duración de la actividad.
- Para los programas de prevención de enfermedades crónicas (Hiperlipidemias, Diabetes, Cardio -vascular) se deberá relacionar el valor encontrado en la prueba respectiva en la casilla Riego / Diagnóstico.
- Se debe presentar por separado cada municipio o departamento.

NOTA: Las Actividades de Promoción, Educación y Prevención están exentas a cobro alguno para el usuario.

Con una periodicidad trimestral se evaluará el cumplimiento de las metas definidas para la población afiliada a la I.P.S., así como el monto de ejecución.


5.5. Soportes de las Facturas de Servicios Ambulatorios

Los soportes de los cobros deben corresponder a cada uno de los servicios causados con fecha, nombre del paciente y número de historia clínica, código de los procedimientos realizados durante la permanencia en la I.P.S. según la CUPS y valorizados de acuerdo a las tarifas pactadas, el paciente o la persona responsable debe firmarlos con documento de identidad en constancia de la atención recibida.

Los soportes discriminados son:

1- Servicios quirúrgicos ambulatorios:

Debe venir el código correspondiente al procedimiento(s) realizado(s) del Manual del I.S.S. o Manual del SOAT (de acuerdo con las tarifas convenidas con la I.P.S.) con el cual fue liquidada la cirugía(s) y si la contratación es por servicios deben venir discriminados los cobros por:

	MACROPROCESO: GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD			
	PROCESO: CUENTAS MEDICAS			
	ANEXO: MANUAL DE CUENTAS MEDICAS			
CÓDIGO P-NE-A03	VERSIÓN 0	FECHA ACTUALIZACIÓN 01/2014	TIPO DE DOCUMENTO NO CONTROLADO	PÁGINA 15/22

- A- Derechos de sala
- B- Suministros y materiales de cirugía
- C- Honorarios de Anestesia
- D- Honorarios de Cirujano(s)
- E- Honorarios de Ayudantía
- F- **Copia de la hoja de descripción quirúrgica** con nombre, firma y número del registro médico del médico tratante.

2- Urgencia

Anexar:

- A. Anexos técnicos de la Resolución 3047 de 2008 con la correspondiente evidencia de notificación a la EPS.
- B. Copia de la historia clínica de urgencias completa, con nombre firma y número del registro médico del médico tratante.
- C. Resultado de los exámenes diagnósticos, los cuales deberán estar interpretados en la historia clínica o epicrisis.
- D. Cuando la atención es de urgencias y en ella se realizaron procedimientos o se requirió de apoyos diagnósticos de segundo nivel, en la hoja de urgencias o en la factura debe venir el número de autorización respectivo con el nombre de la persona que da la autorización y servicio autorizado.

3- Servicios de consulta externa médica o paramédica, exámenes diagnósticos


- A- Autorización de Famisanar firmada con documento de identidad por el usuario y soporte de realizado el servicio por la I.P.S. Eje: si es consulta paramédica (terapias) firma y cédula del paciente por cada sesión.
- B- Anexar copia de los reportes de exámenes especiales como TAC, resonancia, Dopler, entre otro.

5.6 Soportes de las Facturas de Profesionales Adscritos

Para los servicios de consulta médica o paramédica se debe presentar la autorización de servicios junto con la relación de servicios y usuarios atendidos (ver ítem 2.1 literal J).

Para procedimientos de consultorio debe anexar autorización de servicios, suministros o elementos médico-quirúrgicos discriminados y adjuntar relación de pacientes atendidos, descripciones quirúrgicas de los procedimientos realizados.

Para servicios profesionales quirúrgicos se debe presentar autorización de servicios, descripción quirúrgica del procedimiento con nombre, firma y número de registro médico del profesional que brindo la atención.

	MACROPROCESO: GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD			
	PROCESO: CUENTAS MEDICAS			
	ANEXO: MANUAL DE CUENTAS MEDICAS			
CÓDIGO P-NE-A03	VERSIÓN 0	FECHA ACTUALIZACIÓN 01/2014	TIPO DE DOCUMENTO NO CONTROLADO	PÁGINA 16/22

5.7 Soportes de las Facturas para I.P.S de Primer Nivel

Los soportes de los cobros deben corresponder a cada uno de los servicios prestados a los usuarios asignados a la entidad

NOTA: De acuerdo a los términos establecidos en la Resolución 3374 de 2000, se deben remitir los registros individuales de prestación de servicios.


5.8 Soportes de las Facturas de Medicamentos

Los medicamentos ambulatorios formulados y despachados deben estar soportados con:

- A- Factura
- B- Formula que contenga medicamentos formulados en la presentación autorizada por el Manual de Terapéutica del Plan Obligatorio de Salud, debidamente firmada y sellada por el médico con identificación o registro médico.
- C- Recaudo por concepto de cuota moderadora.
- D- Firma de recibido con número del documento de identidad.

5.9 Soportes de las Facturas para Medicamentos No POS.

1. Factura que cumpla con los requisitos establecidos por la DIAN.
2. Detallado de usuarios atendidos que contenga:
 - Número de factura al cual corresponde el detallado.
 - Medicamento dispensado
 - Presentación del medicamento
 - Costo unitario del medicamento
 - Cantidad dispensada.
 - Costo total por usuario.
 - Costo total por factura.
 - Descuento por cuotas moderadoras.
 - Valor neto a cancelar.
3. Formula médica que contenga:
 - Firma del médico tratante con el número de registro.
 - Firma de la persona que recibe a satisfacción con su respectivo número del documento de identidad.
4. Por formula médica anexo de factura o tirilla que contenga el recaudo por concepto de la cuota moderadora, y saldo neto a cancelar.

	MACROPROCESO: GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD			
	PROCESO: CUENTAS MEDICAS			
	ANEXO: MANUAL DE CUENTAS MEDICAS			
CÓDIGO P-NE-A03	VERSIÓN 0	FECHA ACTUALIZACIÓN 01/2014	TIPO DE DOCUMENTO NO CONTROLADO	PÁGINA 17/22

5.10 Soportes de las Facturas para Suministros.

1. Factura que cumpla con los requisitos establecidos por la DIAN.
2. AUTORIZACION DE SERVICIOS
3. Firma de la persona que recibe a satisfacción con su respectivo número del documento de identidad.

5.11 Soportes Digitales

Para las IPS con las cuales de común acuerdo se establezca el envío de soportes de manera electrónica, éstos deberán estar acorde con las estructuras definidas según corresponda para cada uno de los procesos (Radicación Automática, Radicación por estructuras Rips)

6. RECAUDO DE COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS

6.1 Información General Acuerdo No. 260 de 2004” Por el cual se define el régimen de pagos compartidos copagos y cuotas moderadoras dentro del sistema general de Seguridad Social en Salud.”

CUOTAS MODERADORAS

Tienen por objetivo regular la utilización de los servicios de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por la E.P.S.

Se aplicarán a los afiliados cotizantes y beneficiarios

COPAGOS


Son aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema.

Se aplicarán exclusivamente a los afiliados beneficiarios.

INGRESO BASE PARA LA APLICACIÓN DE CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS

Se tendrá en cuenta el ingreso base de cotización del afiliado cotizante si existe más de un afiliado cotizante por núcleo familiar, se considera como base para el cálculo de las cuotas moderadoras y copagos el MENOR ingreso declarado.

SERVICIOS SUJETOS AL COBRO DE CUOTAS MODERADORAS

	MACROPROCESO: GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD			
	PROCESO: CUENTAS MEDICAS			
	ANEXO: MANUAL DE CUENTAS MEDICAS			
CÓDIGO P-NE-A03	VERSIÓN 0	FECHA ACTUALIZACIÓN 01/2014	TIPO DE DOCUMENTO NO CONTROLADO	PÁGINA 18/22

Se cobrará a partir del segundo servicio prestado en el mismo año calendario.

Consulta externa de Medicina general, odontológica, paramédica y de medicina alternativa aceptada.

Consulta externa de medicina especializada.

Fórmulas de medicamentos para tratamientos ambulatorios.

Exámenes de laboratorio clínico de primer nivel.

Exámenes de diagnóstico por imagenología de primer nivel.

Atención en el servicio de urgencias cuando no obedezca a problemas que comprometan la vida o funcionalidad de la persona.

Terapias tanto físicas como respiratorias.

Los pensionados solamente cancelan el 50%.

Excepciones:

Pacientes inscritos en programas especiales de atención integral para patologías específicas, en los cuales los usuarios deben seguir planes rutinarios de actividades de control, no habrá lugar al pago de cuotas moderadoras. (Ej. Programas de hipertensión arterial)

SERVICIOS SUJETOS AL COBRO DE COPAGOS

Todos los servicios que no estén relacionados en el punto anterior.


Excepciones:

- 1- Servicios de promoción y prevención
- 2- Programas de atención materno infantil.
- 3- Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles
- 4- Enfermedades catastróficas o de alto costo.
- 5- Atención inicial de urgencias
- 6- Los servicios enunciados en cuotas moderadoras.

TOPE MAXIMO DE COPAGOS POR AFILIADOS BENEFICIARIOS

El máximo valor por año calendario permitido por concepto de copagos según la categoría es:

- 1- Categoría A: Hasta la mitad de un salario mínimo legal mensual vigente

	MACROPROCESO: GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD			
	PROCESO: CUENTAS MEDICAS			
	ANEXO: MANUAL DE CUENTAS MEDICAS			
CÓDIGO P-NE-A03	VERSIÓN 0	FECHA ACTUALIZACIÓN 01/2014	TIPO DE DOCUMENTO NO CONTROLADO	PÁGINA 19/22

- 2- Categoría B: Hasta dos salarios mínimos mensuales legales vigentes.
- 3- Categoría C: Hasta 4 salarios mínimos mensuales legales vigentes.

6.2 Categorías de Afiliados a Famisanar

La información se tomará del estado actual de usuario consultado al momento de la prestación del servicio por cualquiera de los canales de comunicación y verificación de derechos dispuestos por EPS Famisanar.

- 1- Afiliados con ingreso base de cotización menor a dos salarios mínimos: A
- 2- Afiliados con ingreso base de cotización entre dos y cinco salarios mínimos: B
- 3- Afiliados con ingreso base de cotización mayor de cinco salarios mínimos: C

6.3 Procedimiento del Recaudo

CUOTAS MODERADORAS

Las cuotas moderadoras serán canceladas directamente en la I.P.S. y se cobrarán de acuerdo al valor consignado en los formatos de E.P.S. Famisanar en el momento de la autorización del servicio, Para servicios que no necesiten autorización, el valor será el correspondiente al de la categoría que aparece registrada en el carnet del afiliado. Estos rubros serán descontados en la factura mensual presentada por la I.P.S.


Si el monto de los servicios prestados en apoyo diagnóstico y medicamentos es inferior al valor de la cuota moderadora, se cobrara al afiliado el valor del servicio.

COPAGOS

Las autorizaciones de servicios tendrán diligenciado el porcentaje correspondiente a cobrar y el tope máximo. El afiliado será informado de este pago en el momento de generar la autorización del servicio

La I.P.S. realizará el cobro correspondiente y el valor liquidado será descontado de la factura.

Para autorizaciones porcentuales, el valor del copago se calcula sobre el porcentaje que cubre Famisanar.

	MACROPROCESO: GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD			
	PROCESO: CUENTAS MEDICAS			
	ANEXO: MANUAL DE CUENTAS MEDICAS			
CÓDIGO P-NE-A03	VERSIÓN 0	FECHA ACTUALIZACIÓN 01/2014	TIPO DE DOCUMENTO NO CONTROLADO	PÁGINA 20/22

7. ENTREGA ARCHIVOS RIPS A FAMISANAR

7.1 Entrega de Rips en la E.P.S. Famisanar

De acuerdo con la Resolución No. 3374 de 2000, todos los prestadores de servicios de salud deberán enviar a Famisanar para obligatoria revisión y validación, los registros individuales de prestación de servicios en medio magnético y/o electrónico, de acuerdo con la estructura definida junto con la factura en las fechas y horarios definidos por la E.P.S.

Es indispensable tener en cuenta la calidad de la información la cual debe ser consistente con la facturación presentada, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011 Art. 116.

7.2 Revisión y Validación de la Información

La E.P.S Famisanar revisará y validará la información contenida en los medios magnéticos y reportará al prestador de servicios las inconsistencias encontradas.


7.3 Correcciones a los Medios Magnéticos

Los prestadores de servicios realizarán las correcciones solicitadas por EPS Famisanar dentro de los cinco días hábiles siguientes a la recepción de la notificación la cual deberá ser consistente con la información de la facturación presentada.

8. FACTURAS TIPO CIS

Las atenciones correspondientes a la contratación por la modalidad de Conjuntos Integrales de Servicios, deberán estar acorde con la pre-factura que emita EPS Famisanar y enviarse la información detallada en medio magnético o electrónico de acuerdo con la estructura definida.

Los soportes de las atenciones prestadas a los usuarios de EPS Famisanar serán auditados por muestreo los cuales serán solicitados a la IPS y en un término no mayor a 24 horas deberán ser entregados en forma ordenada, legajados, para proceder a la verificación de los mismos y poder dar aval de la cuenta, no obstante este procedimiento no exime a la IPS de tener, custodiar y soportar en cualquier momento la demás atenciones que no fueron del muestreo y que serán requeridas por parte de nuestro equipo de Auditoría de Calidad o cualquier ente de control.

	MACROPROCESO: GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD			
	PROCESO: CUENTAS MEDICAS			
	ANEXO: MANUAL DE CUENTAS MEDICAS			
CÓDIGO P-NE-A03	VERSIÓN 0	FECHA ACTUALIZACIÓN 01/2014	TIPO DE DOCUMENTO NO CONTROLADO	PÁGINA 21/22

9. FACTURAS RADICACIÓN AUTOMÁTICA

Para las facturas que de común acuerdo con las IPS se defina que la radicación se realizará por esta modalidad, deberá remitirse previo a la radicación de facturas y soportes, la información en las estructuras definidas según los servicios prestados, bien sea ambulatorio u hospitalario dentro de las fechas de radicación para la validación de los datos, teniendo en cuenta las fechas de cierre de ventanillas; no obstante la validación de la información no constituye radicación de la facturas sino hasta la entrega formal de la factura con los correspondientes soportes dentro de las fechas y horarios establecidos.

RESUMEN SOPORTES MÍNIMOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS A USUARIOS DE EPS FAMISANAR LTDA

TIPO DE SOPORTE	URGENCIAS	HOSPITALIZACIÓN	CIRUGIA HOSPITALARIA	CIRUGIA AMBULATORIA	CONSULTA EXTERNA	QUIMIOTERAPIA	ODONTOLOGIA	MEDICAMENTOS NO POS AMBULATORIOS	MEDICAMENTOS POS AMBULATORIOS
FACTURA ORIGINAL Y DOS COPIAS	X	X	X	X	X	X	X	X	X
DETALLE DE CARGOS	X	X	X	X		X	X		
NUMERO DE AUTORIZACION	X	X	X	X	X	X	X		
AUTORIZACION FISICA CON FIRMA DE RECIBIDO POR EL PACIENTE O ACUDIENTE								X	X
ANEXO TECNICO No. 2 Y/O 3 (RESOLUCIÓN 3047) CON EVIDENCIA DE NOTIFICACIÓN A LA EPS	X	X							
EPICRISIS O RESUMEN DE HISTORIA CLINICA	X	X	X	X					
JUSTIFICACION DE MEDICAMENTOS NO POS	X	X	X	X		X			
FORMULA DEL MEDICAMENTO EN FISICO CON REGISTRO MEDICO LEGIBLE								X	X
HOJA DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS	X	X	X	X		X			

CÓDIGO P-NE-A03	VERSIÓN 0	FECHA ACTUALIZACIÓN 01/2014	TIPO DE DOCUMENTO NO CONTROLADO	PÁGINA 22/22
---------------------------	---------------------	---------------------------------------	--	------------------------

CONTROL DE TRANSFUSIONES	X	X	X	X					
FACTURA DE COMPRA DE SUMINISTROS QUE SUPEREN UN MILLON DE PESOS (CUANDO NO HAY LISTADO DE PRECIOS)		X	X	X					
HOJA DE ANESTESIA			X	X					
DESCRIPCION QUIRURGICA		X	X						
SOPORTE TERAPIAS	X	X	X	X	X				
SOPORTE DE ENFERMERIA	X	X	X	X		X			
REPORTE LABORATORIOS	X	X	X	X	X	X			
REPORTE RADIOLOGIA ALTO COSTO	X	X							
INTERPRETACION RADIOLOGIA	X	X	X	X	X				
REPORTE PATOLOGIA		X	X	X	X				
ODONTOGRAMA	X						X		
RELACION DE USUARIOS CON REFLEJO DE CUOTAS MODERADORAS O COPAGOS (MULTIUSUARIOS)	X	X	X	X	X	X	X	X	X
P.E.P				X	X				

HISTORIAL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS	ELABORÓ	RESPONSABLE
0	01/2014	Creación del documento.	Javier Niño	Pilar Méndez Serrano.