CONTENIDO

1. PROPÓSITO 3
2. TÉRMINOS Y DEFINICIONES 3
3. MARCO LEGAL 5
4. CONTENIDO 7
4.1. Políticas de Radicación de Cuentas Médicas 7
4.2. modalidades de Radicación 8
4.2.1. Validación en línea con Cargue Archivo Plano (RIPS) en el Portal Web (pre-radicación) 9
4.2.2. Facturación web 9
4.2.3. Radicación Manual 9
4.3. RECEPCIÓN DE FACTURAS 10
4.4. PRESENTACION GENERAL DE LA FACTURA 12
4.4.1. Agrupación de servicios 12
4.4.2. Soportes 13
4.4.2.2. Servicios odontológicos ambulatorios 14
4.4.2.3. Exámenes de laboratorio, imágenes y otras ayudas diagnósticas ambulatorias 14
4.4.2.4. Procedimientos terapéuticos ambulatorios 14
4.4.2.5. Medicamentos de uso ambulatorio 14
4.4.2.6. Insumos, oxígeno y arrendamiento de equipos de uso ambulatorio 15
4.4.2.7. Lentes 15
4.4.2.8. Atención inicial de urgencias 15
4.4.2.9. Atención de urgencias 15
4.4.2.10. Servicios de internación y/o cirugía (hospitalaria o ambulatoria) 16
4.4.2.11. Ambulancia 16
4.4.2.12. Honorarios profesionales 16
4.4.2.13. Conjuntos Integrales de Atención, paquete o grupo relacionado por diagnostico 17
4.4.2.14. Soportes de las facturas para el mecanismo Pago por Capitación 17
4.4.2.15. Soportes para Tecnologías no Incluidas en el Plan de Beneficios (No PB) 17
4.4.3. Manejo de facturación eventos SOAT y ATEL 19
4.4.3.1. Manejo de cuentas por eventos SOAT 19
4.4.3.2. Manejo de cuentas de ATEL 20
4.5. Copagos y cuotas moderadoras 23
4.5.1. Información general Acuerdo 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. 25
- Cuotas Moderadoras 25
- Copagos 25
- Ingreso base para la aplicación de cuotas moderadoras y copagos 25

Copia No Controlada

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS. Este documento es propiedad de EPS Famisanar, está prohibido el uso de esta información para propósitos ajenos a los de la empresa, así como divulgar esta información a personas externas y reproducir total o parcialmente este documento.

- Servicios sujetos al cobro de cuotas moderadoras 25
- Servicios sujetos a cobro de copagos 25
- Tope máximo de copagos por afiliados por afiliados beneficiarios 26
- Categorías de afiliados a FAMISANAR 26
- Procedimiento del Recaudo 26
  - Cuotas moderadoras 26
  - Copagos 26

4.6. AUTORIZACION DE SERVICIOS 26
4.7. DEVOLUCIÓN DE FACTURAS 27
4.8. CONCILIACIÓN CARTERA Y GLOSAS 27
5. BIBLIOGRAFIA 27
6. HISTORIAL DE CAMBIOS 28

Copia No Controlada

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS. Este documento es propiedad de EPS Famisanar, está prohibido el uso de esta información para propósitos ajenos a los de la empresa, así como divulgar esta información a personas externas y reproducir total o parcialmente este documento.

1. PROPÓSITO

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

El presente Manual será aplicable a todas las Regionales donde EPS Famisanar SAS tiene participación en los departamentos Bogotá Distrito Capital, Cundinamarca, Valle, Nariño, Caldas, Quindío, Risaralda, Huila, Bolívar, Magdalena, Caldas y Boyacá; tanto para el PAC y para el PBS de los regímenes Contributivo y Subsidiado.

2. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

- **ALISTAMIENTO:** Separación de documentos de la sujeción original, inserción de patchcode de separación por factura, colocación de etiquetas autoadhesivas de tipos de documentales en paquetes para cargue al escáner.

- **CÓDIGO DE BARRAS**: Estándar de codificación de información que puede ser leído y descifrado por un lector óptico físico o virtual (OCR). En los procesos operativos de cuentas médicas y recobros, se utiliza para realizar una interpretación rápida del código único de identificación de documentos junto con su información previamente cargada.

- **COPAGO:** el objetivo es ayudar a financiar el Sistema; por eso corresponden a una parte del valor del servicio cubierto por el Plan de Beneficios y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema en el Régimen Contributivo y en el Régimen Subsidiado. El Copago es un pago porcentual, que deben realizar los Beneficiarios del Cotizante del régimen Contributivo y

- los Beneficiarios en el Régimen Subsidiado, al recibir cualquiera de los servicios en cirugía, hospitalización, apoyos terapéuticos y diagnósticos de nivel 2 y 3.

- **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** es un aporte en dinero definido por la ley que corresponde a una parte del valor del servicio y tiene como finalidad ayudar financiar parte del servicio de salud cuando este es suministrado por fuera de la red de servicios de las EPS o es un servicio no cubierto por el Plan de Beneficios, aplicable en el régimen Subsidiado

- **CUOTA MODERADORA:** tiene por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, en el Régimen Contributivo. El aporte lo deben realizar los Cotizantes y Beneficiarios afiliados en el Régimen Contributivo, al utilizar cualquiera de los siguientes servicios: Consulta Médica general y especializada, Medicamentos formulados en consulta, Consultas Paramédicas (nutrición, Terapias, Psicología, Trabajo Social, Optometría), Consulta odontológica, Exámenes de Laboratorio Clínico y Rayos X de primer nivel ambulatorios, Urgencias NO Vitales.

- **CUPS:** Clasificación Única de Procedimientos en Salud. Ordenamiento lógico y detallado de los procedimientos y servicios en salud que se realizan en el país, en cumplimiento de los principios de

Copia No Controlada

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS. Este documento es propiedad de EPS Famisanar, está prohibido el uso de esta información para propósitos ajenos a los de la empresa, así como divulgar esta información a personas externas y reproducir total o parcialmente este documento.

interoperabilidad y estandarización de datos, utilizando para tal efecto, la identificación por un código y una descripción validada por los expertos del país

- **DIGITALIZACIÓN:** Obtención de la imagen digital de un documento físico mediante un dispositivo diseñado para tal fin, de modo que la información pueda ser almacenada y accedida de manera más eficiente.

- **ENGANCHE:** Agrupación de documentos mediante un elemento de sujeción tipo gancho.

- **Indexación:** Criterio de ordenación de datos y/o imágenes para su posterior consulta. Dicho criterio permite la creación de un índice para el almacenamiento, extracción y análisis de la información ordenada.

- **MIPRES NO PBS:** aplicativo Reporte de Prescripción de Servicios y Tecnologías en Salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC

- **NOTA CRÉDITO:** Es el comprobante que una empresa envía a su cliente a su cliente, con el objeto de informar la acreditación en su cuenta un valor determinado, por el concepto que se indica en la misma nota. La nota crédito disminuye la deuda o el saldo de la respectiva cuenta.

- **NOTA DÉBITO:** Es un comprobante que una empresa envía a su cliente, en la que se le notifica haber cargado o debitado en su cuenta una determinada suma o valor, por el concepto que se indica en la misma nota. Este documento incrementa el valor de la deuda o saldo de la cuenta.

- **NÚMERO RADICACIÓN:** número único consecutivo asignado por la EPS Famisanar Ltda. a las facturas presentadas por los Prestadores de Servicios de Salud.

- **PAGO MODERADO:** suma de dinero que debe Sufragar el usuario del Plan Complementario, en forma adicional al valor del contrato, para el uso de algunos de los servicios o actos médicos recibidos, solo aplica para los Planes Preferenciales no para Planes Elite.

- **PBS:** Plan de Beneficios en Salud Son los beneficios a los cuales tienen derecho todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.

- **RIPS:** El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud es el conjunto de datos que contiene la información relacionada con la prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud al (los) usuario(s). El RIPS se utilizará para los procesos de prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud y su facturación, así como para los procesos de dirección, regulación y control. El RIPS será generado, validado y enviado como soporte de la factura de venta por parte de los facturadores electrónicos del sector salud, esto es, prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías en salud y otras entidades que en el marco de sus funciones legales deban entregarlos.

Copia No Controlada

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS. Este documento es propiedad de EPS Famisanar, está prohibido el uso de esta información para propósitos ajenos a los de la empresa, así como divulgar esta información a personas externas y reproducir total o parcialmente este documento.

- **TECNOLOGÍA EN SALUD:** actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud.

- **UPC:** Unidad de Pago por Capitación. La UPC es el valor que el sistema reconoce por cada afiliado (sea cotizante o beneficiario), por la organización y garantía de la prestación de los servicios y tecnologías en salud contenidos en el Plan de beneficios en salud, sin distinción o segmentación por niveles de complejidad de atenciones, tecnologías especificas o EPS, tipos de prestadores de servicios, ni por las diferentes modalidades de pago y contratación de servicios que existan.

- **Código Único de Documento Electrónico -CUDE**: Es un requisito de las notas débito, notas crédito y demás instrumentos electrónicos que se deriven de la factura electrónica de venta con validación previa a su expedición, cuando fuere el caso, constituido por un valor alfanumérico que permite identificar de manera inequívoca los citados documentos.

- **Expedición y entrega de la Factura de venta y/o del documento equivalente**: La expedición de la factura de venta y/o del documento equivalente, comprende su generación, así como la transmisión y validación para el caso de la factura electrónica de venta; la expedición se cumple con la entrega de la factura de venta y/o del documento equivalente al adquiriente, por todas y cada una de las operaciones en el momento de efectuarse la venta del bien y/o la prestación del servicio, cumpliendo con los requisitos establecidos para estos documentos, teniendo en cuenta las disposiciones contenidas para cada sistema de facturación y las demás condiciones, términos y mecanismos técnicos y tecnológicos que para el efecto establezca la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales -DIAN, conforme con lo previsto en el parágrafo 2 del artículo 616-1 del Estatuto Tributario

- **Factura de venta Electrónica de venta con validación previa a su expedición**: La factura electrónica de venta con validación previa a su expedición, en lo sucesivo factura electrónica de venta, hace parte de los sistemas de facturación que soporta operaciones de venta de bienes y/o prestación de servicios de conformidad con lo previsto en artículo 616-1 del Estatuto Tributario, que operativamente se genera a través de sistemas computacionales y/o soluciones informáticas que permiten el cumplimiento de los requisitos, características, condiciones, términos y mecanismos técnicos y tecnológicos que para el efecto establezca la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales -DIAN y que ha sido validada por la citada entidad previamente a su expedición al adquiriente.

Copia No Controlada

3. MARCO LEGAL

- **Resolución 2808 del 30 de diciembre de 2022**. Por la cual se establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). rige a partir del 1 de enero de 2023 y deroga la Resolución 2292 de 2021.
- **Resolución 2809 del 30 de diciembre de 2022.** Por la cual se fija el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación - UPC que financiará los servicios y tecnologías de salud de los Regímenes Contributivo

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS. Este documento es propiedad de EPS Famisanar, está prohibido el uso de esta información para propósitos ajenos a los de la empresa, así como divulgar esta información a personas externas y reproducir total o parcialmente este documento.

y Subsidiado para la vigencia 2023 y se dictan otras disposiciones. Rige a partir de la fecha de su publicación, y surte efectos a partir del 1 de enero de 2023

- **Resolución 2775 del 27 de diciembre de 2022.** Por la cual se establece la Clasificación Única de Procedimientos en Salud — CUPS para la vigencia 2023. Rige a partir del 1 de enero de 2023
- **Resolución 1036 de 15 Junio de 2022.** Por la cual se reglamenta el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud y deroga a partir del 30 de junio de 2023, las Resoluciones 4144 de 1999, 1077 y 3374 de 2000, 951 de 2002, 1531 y4449 de 2014.
- **Resolución 2806 de 29 diciembre de 2022.** Por la cual se modifica la Resolución 1036 de 2022 en relación con el plazo para la implementación del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud, como soporte de la factura electrónica de venta en salud, y se sustituye su anexo técnico. Plazo implementación a partir 1 enero de 2024. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación 29 de diciembre de 2022.
- **Decreto 441 del 28 de marzo de 2022** Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud. Rige a partir de la publicación y Las entidades responsables de pago, los prestadores y los proveedores deberán implementar las disposiciones del decreto 441 de 2022 a partir del 1 de mayo de 2022 y para los acuerdos de voluntades que se encuentren en curso continuarán sujetos a las condiciones establecidas en estos y tendrán hasta el 1 de julio de 2022 para ajustarse a lo dispuesto en el presente decreto.
- **Resolución 000085 del 8 de abril de 2022. Por la cual se desarrolla el registro de la factura electrónica de venta como título valor, se expide el anexo técnico correspondiente y se dictan otras disposiciones**. Rige a partir de la fecha de su publicación en el diario oficial y deroga la Resolución 000015 del 11 de febrero de 2021.
- **Resolución 042 del 05 de mayo de 2020**, por la cual se desarrollan los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos, el registro de la factura electrónica de venta como título valor, se expide el anexo técnico de factura electrónica de venta y se dictan otras s disposiciones en materia de sistemas de facturación. Rige a partir de la fecha de su publicación y deroga la Resolución 000055 de 14 de julio de 2016 y todas las que le sean contrarias.
- **Resolución 510 del 31 marzo de 2022**. Por la cual se adoptan los campos de datos adicionales para la generación de la factura electrónica de venta en el sector salud y se establecen disposiciones en cuanto al procedimiento para su generación y radicación. Rige a partir de su publicación y deroga la Resolución 506 de 2021, modificada por las Resoluciones 1136 y 1526 de 2021.
- **Resolución 2805 de 29 diciembre de 2022**. Por la cual se modifica la Resolución 510 de 2022 en el sentido de sustituir su anexo técnico y ampliar el plazo de implementación de este a partir del 1 enero de 2024. Rige a partir publicación 29 de diciembre de 2022.
- **Acuerdo 260 de 2004**, por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Rige a partir de la fecha de su publicación 4 de febrero de 2004.
- **Resolución 4331 de 2012**, por el cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009. Rige a partir de la fecha de su publicación 19 de diciembre de 2012 y modifica los artículos 7,10 y 12 de la Resolución 3047 de 2008, así como los Anexos Técnicos 4, 6,7 y 8 de la mencionada Resolución.
- **Resolución 416 de 2009**, por medio de la cual se realizan unas modificaciones a la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones. Rige a partir de la fecha de su publicación. Rige a partir de la fecha de su publicación 18 de febrero de 2009.
- **Resolución 3047 de 2008**, Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de

Copia No Vá

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS. Este documento es propiedad de EPS Famisanar, está prohibido el uso de esta información para propósitos ajenos a los de la empresa, así como divulgar esta información a personas externas y reproducir total o parcialmente este documento.

salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007. Rige a partir de la fecha de su publicación 14 de agosto de 2008.

- **Ley Estatutaria 1581 de 2012**, por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales y Decreto 1377 de 2013. Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1581 de 2012.

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:**

- Denominación expresa de FACTURA DE VENTA
- Apellidos y nombres o razón social completa y C.C. o NIT de quien presto el servicio.
- Dirigida a nombre de E.P.S. FAMISANAR SAS NIT 830.003.564-7
- Llevar un número que corresponda a un sistema de numeración consecutiva de factura de ventas
- Fecha de expedición de la factura
- Descripción específica o genérica servicios prestados
- Valor total de la operación
- El nombre o razón social del impresor de la factura
- Indicar la calidad de retenedor del impuesto sobre las ventas.
- Debe ir firmada y sellada por el responsable de la entidad que la emite Nota: los numerales resaltados deben estar debidamente preimpreso.

- **Artículo 618 del Estatuto Tributario:**

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

Copia No Controlada

4. CONTENIDO

4.1. Políticas de Radicación de Cuentas Médicas

- De acuerdo con el Decreto 441 de 2022 en relación con los soportes de cobro, los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud deberán presentar a las entidades responsables de pago las facturas de venta con los soportes definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, sin que haya lugar a exigir soportes adicionales. El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud es soporte obligatorio para la presentación y pago de la factura de venta, el cual será validado de conformidad con lo establecido por dicho Ministerio. En vigencia a fecha de publicación del presente manual son los definidos en el anexo técnico 5 de la resolución 3047 de 2008 y para los RIPS los lineamientos definidos en la resolución 1036 de 2022.
- Las facturas de servicios presentadas ante EPS Famisanar deben ajustarse a los requisitos exigidos en el estatuto tributario y demás normas complementarias aplicables.
- Toda cuenta que corresponda a servicios de salud deberá presentar previamente validación de la estructura RIPS en la página WEB de EPS Famisanar SAS o en su defecto las IPS deberán presentar junto con la radicación de las facturas los archivos RIPS, de acuerdo con lo dispuesto en
- "Artículo 240. Eficiencia del gasto asociado a la prestación del servicio y tecnologías no financiados con cargo a los recursos de la UPC. Los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS. Este documento es propiedad de EPS Famisanar, está prohibido el uso de esta información para propósitos ajenos a los de la empresa, así como divulgar esta información a personas externas y reproducir total o parcialmente este documento.

a los recursos de la UPC serán gestionados por las EPS quienes los financiarán con cargo al techo o presupuesto máximo que les transfiera para tal efecto la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). El techo o presupuesto máximo anual por EPS se establecerá de acuerdo con la metodología que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual considerará incentivos al uso eficiente de los recursos. En ningún caso, el cumplimiento del techo por parte de las EPS deberá afectar la prestación del servicio. Lo anterior, sin perjuicio del mecanismo de negociación centralizada contemplado en el artículo 71 de la Ley 1753 de 2015

- La Institución prestadora de salud IPS que está obligado a la expedición de factura de venta, notas débito y crédito en la modalidad de factura electrónica deberá realizar presentación en formatos XML de acuerdo con las condiciones, términos y mecanismos tecnológicos que establece la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales –DIAN y la representación gráfica de la factura, nota crédito y/o nota débito. La IPS deberá presentan la factura de venta, notas débito y crédito en la modalidad de factura electrónica, de acuerdo con los requisitos normativos establecidos para facturación electrónica, a el proveedor Autorizado habilitado por la DIAN y/o por proveedor tecnológico autorizado por la DIAN
- De acuerdo con el decreto 441 de 2002, en los acuerdos de voluntades se podrá escoger y pactar libremente una o varias modalidades de pago, dentro de las cuales se podrá acordar entre otras:
    - Pago individual por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o canasta
    - Pago global prospectivo
    - Pago por capitación
    - Pago por evento.
- De acuerdo con el Decreto 647 de 2022, el Prestador de servicios de Salud deberá presentar de manera separada la facturación por servicios de salud por las atenciones a la población menor de edad con presunción o diagnóstico de cáncer. En atención a la normativa esta facturación será monousuaria.
- De acuerdo con el decreto 647 de 2022 en su Artículo 1 " Adiciónese el Capítulo 6 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario en Salud y Protección Social; de los Artículos 2.5.2.6.9 Responsabilidades de las instituciones prestadoras de servicios de salud" se manifiesta: Las instituciones prestadoras de servicios de salud que realicen las atenciones en salud a la población menor de edad con presunción o diagnóstico de cáncer tendrán las responsabilidad de facturar los servicios, procedimientos o medicamentos de manera independiente a otros servicios en salud y radicar ante las entidades promotoras de salud y las entidades adaptadas, especificando la población destinataria de los servicios facturados. Por lo tanto; estos servicios no se pueden agrupar para el cobro de distintos afiliados en una misma factura es decir no aplica para facturación multiusuarios, la facturación de estos servicios de salud deberán ser independiente por afiliado factura monousuario.

Copia No Controlada

4.2. modalidades de Radicación

4.2.1. Validación en línea con Cargue Archivo Plano (RIPS) en el Portal Web (pre-radicación)

La Radicación en Línea por RIPS, tiene como Objetivo brindar a las diferentes IPS herramientas tecnológicas para la validación cargue y optimización de la información de la facturación contenida en los RIPS en cumplimiento de la normatividad vigente evitando el riesgo de sanciones por los entes de control en aplicabilidad de la Ley 1438/2011 y permite automatizar el proceso de radicación de cuentas

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS. Este documento es propiedad de EPS Famisanar, está prohibido el uso de esta información para propósitos ajenos a los de la empresa, así como divulgar esta información a personas externas y reproducir total o parcialmente este documento.

médicas, implementándolo vía WEB. Este proceso consiste en subir y validar en línea la información de los archivos RIPS obteniendo una Pre-Radicación, para luego realizar una entrega física en la EPS según los resultados obtenidos culminando en la correcta Radicación de las facturas con los datos de procedimientos realizados.

Requiere archivos con estructura RIPS. El nombre y tamaño de los campos de los archivos de RIPS deben cumplir con los definidos en la Res. 1036 de 2022

En forma opcional se pueden reportar las notas crédito, relación de imágenes, IVA y autorizaciones en estructuras adicionales y archivo de pagos de usuario.

Se realiza a través del portal web en la página servicios de Famisanar EPS en la dirección https://enlinea.famisanar.com.co

Si el resultado de la validación de los RIPS es satisfactoria la IPS a través del portal web, la IPS podrá exportar archivo pdf y si se prefiere imprimir los sticker que contiene el número de radicación asignado a la Factura, identifica el número de factura, NIT y nombre de la IPS y valor bruto de la factura, el cual la IPS podrá pegar en la respectiva factura para la presentación formal o radicación física de la factura en los puntos de atención de radicación de Cuentas Médicas de EPS Famisanar SAS

“anexo 1 Manual Radicación RIPS”

4.2.2. Facturación web

Esta herramienta en la página WEB de EPS Famisanar S.A.S., permite a la IPS el ingreso de la información del servicio prestado, realizando verificación de derechos, validación de tarifas para la generación de la factura, realización de los RIPS y pre-radicación de la factura.

Se realiza a través del portal web portal web en la página servicios de Famisanar EPS en la dirección https://enlinea.famisanar.com.co. (opción radicación digital)

El sistema permitirá a la IPS Ingresar los datos necesarios y editar la información correspondiente para la generación de la factura, el procedimiento detallado se encuentra establecido en el manual de facturación WEB de EPS Famisanar SAS

Permite cargue de las imágenes de la factura y soportes (Únicamente imágenes con extensión PDF)

“anexo 2 Manual Facturación WEB”

4.2.3. Radicación Manual

Corresponde a la presentación física y radicación de la factura con los soportes y archivos RIPS directamente en la sede de EPS Famisanar SAS en la Carrera 68 D # 13-67 piso 1 zona industrial Montevideo Bogotá

Copia No Controlada

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS. Este documento es propiedad de EPS Famisanar, está prohibido el uso de esta información para propósitos ajenos a los de la empresa, así como divulgar esta información a personas externas y reproducir total o parcialmente este documento.

4.3. RECEPCIÓN DE FACTURAS

4.3.1. Transmisión de XML y representación gráfica a la ARP.

Para la Facturación Electrónica se deberá remitir los XML al correo que Famisanar tiene dispuesto facturacioncuentas@famisanar.com.co, a donde deberá allegar el XML el cual deberá contener el resultado de la validación realizada por la DIAN contenido en el tag cac:ResultOfVerification en el campo validationResultCode y el PDF de representación gráfica cumpliendo con los estándares establecidos por la DIAN de las facturas de servicios de salud sin que éstos estén comprimidos o en enlaces teniendo en cuenta que éste será un proceso automatizado y solo reconocerá archivos adjuntos cuya extensión sea .xlm y .pdf. Por lo anterior se aclara que dentro de las validaciones que actualmente se están haciendo incluye que si pasados 8 días después de recibir la información de las facturas vía RIPS no se encuentra los XML se hará devolución o rechazo de las facturas

La transmisión de la factura electrónica, nota debito notas crédito será realizad por el proveedor autorizado a la DIAN previa validación en cumplimiento de los requisitos, condiciones y términos establecidos.

La IPS cuenta con 48 horas para la presentación de la factura y de las notas débito o crédito a partir de la fecha de generación de la factura.

La EPS dispone de proveedor tecnológico autorizado, al cual se puede remitir adicional de la factura de venta, notas débito y crédito en la modalidad de factura electrónica en formato XML y su representación gráfica, también la representación gráfica de los respectivos soportes

Las IPS que presenten únicamente formato XML y representación gráfica de la factura de venta, nota débito y nota crédito, deberá dentro presentar en la EPS los respectivos soportes definidos en el anexo técnico 5 de la resolución 3047 de 2008 dentro de las 72 horas Hábiles (lunes a sábado) a partir de la fecha de presentación de la factura electrónica

La IPS deberá realizar el cargue y validación de los RIPS dentro de las 48 horas contadas a partir de la presentación de la factura electrónica.

Los resultados de validación de la información de los RIPS respecto a la información de la factura electrónica deben ser coincidentes en caso de no coincidencia la EPS emitirá al correo definido de la IPS, las respectiva causal de glosa. La misma condición aplica para las IPS que contractualmente presentan convenio desmaterialización y que deben enviar las imágenes de los soportes (representación gráfica de los soportes de la atención)

Las IPS no desmaterializadas, deberán presentar físicamente a la EPS los soportes con el CUFE y detalle de cargos referenciando el número de la factura, dentro de las 72 horas contadas a partir de 72 horas Hábiles (lunes a sábado) a partir de la fecha de presentación de la factura electrónica. Transcurrido el tiempo y la IPS no han presentado los soportes respectivos de la atención en la EPS, se emitirá la respectiva glosa y reportará la causal al correo definido de la IPS.

Las IPS que realicen cargue y validación de RIPS para radicación de facturas, previa a la presentación de la factura; contará con 48 horas a partir de la validación de los RIPS, para la presentación de la factura electrónica; transcurrido este tiempo si la IPS no ha presentado la factura electrónica, se anulará el radicado. Teniendo en cuenta que la IPS cuenta únicamente con 48 horas a partir de la fecha de

Copia No Controlada

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS. Este documento es propiedad de EPS Famisanar, está prohibido el uso de esta información para propósitos ajenos a los de la empresa, así como divulgar esta información a personas externas y reproducir total o parcialmente este documento.

generación de la factura, para la presentación de la factura de venta y de las notas débito o crédito en la modalidad de facturación electrónica.

La EPS notificará a la IPS al correo oficial de la institución establecido, el resultado de las factura Aprobadas y Rechazadas, así como las causales de glosa para las facturas aprobadas que no superan el proceso de validación de coincidencia de información respecto a los RIPS y/o la presentación de los soportes de la factura dentro del tiempo establecido de las 72 horas contadas a partir de la fecha de presentación de la factura electrónica.

Las notas crédito y débito que afecten la factura electrónica deberán ser reportadas en el mismo evento de la presentación de la factura electrónica

Con la entrada en vigor del reporte de facturación, que comenzó a regir a partir del 15 de agosto de 2019, es importante que se tenga en cuenta que las IPS y proveedores deben realizar la facturación por separado; es decir, que los servicios que se encuentran incluidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC (PBSUPC) vengan en una factura y los servicios NO PBSUPC en otra la cual debe estar reportada por la herramienta MIPRES, adicionalmente se recuerda que es de obligatorio cumplimiento que el reporte de entrega efectiva del suministro (T7) y reporte de facturación (T10) lo realicen los proveedores directamente en la herramienta MIPRES, definido en los diferentes anexos técnicos de la resolución 1885/18 y que vienen siendo publicados en la página del Ministerio de Salud y Protección Social “TODO SOBRE MIPRES”, garantizando la existencia, consistencia, completitud, calidad y coincidencia de la información reportada, porque es la única fuente de validación para que se permita realizar la radicación de la cuenta, se valide el recobro o se legalicen los presupuestos máximos.

Copia No Controlada

4.3.2. Registros Individuales de Prestación de Servicios

De acuerdo con el Decreto 441 de 2022 El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud es soporte obligatorio para la presentación y pago de la factura de venta, el cual será validado de conformidad con lo establecido por dicho Ministerio.

A la publicación del presente manual se encuentra vigente lo dispuesto en la Resolución 1036 de 2022 y demás normas relacionadas que lo modifiquen o adicionen.

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.

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

4.3.3. Presentación de los soportes

Los soportes mínimos para la presentación de las facturas de servicios entregadas ante EPS Famisanar serán los relacionados en el Anexo 5 de la Resolución 3047/2008 y/o los pactados

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS. Este documento es propiedad de EPS Famisanar, está prohibido el uso de esta información para propósitos ajenos a los de la empresa, así como divulgar esta información a personas externas y reproducir total o parcialmente este documento.

contractualmente y los. La documentación soporte podrá ser presentada a través de documentos físicos o los medios electrónicos habilitados por EPS Famisanar.
Para la modalidad presentación soportes físico, los PSS deben presentar las facturas con sus soportes los días hábiles de cada mes, de lunes a viernes, en el horario de **7:30 a.m. a 4:30** en Bogotá D.C. en la Carrera 68 D # 13-67 piso 1 zona industrial Montevideo

No se recibirán facturas con tachaduras ni enmendaduras de la factura y no debe superar dos meses desde su generación hasta la fecha de radicación en nuestras instalaciones.

4.4. PRESENTACION GENERAL DE LA FACTURA

La presentación de la facturación de servicios y tecnologías deberá realizarse con la codificación respectiva: Códigos de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud, CUPS. Código del Identificador Único de Medicamento – IUM y para los medicamentos que no cuentan con IUM se deberá registrar el Código Único de Medicamento – CUM

La IPS deberá garantizar que los servicios facturados y dispensados con CUM correspondan con los contratados para la DCI direccionada y autorizada,

4.4.1. 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 el servicio no corresponda a:

- Paciente Hospitalizado
- Paciente atendido en el servicio de urgencias que haya quedado en observación
- Paciente atendido con urgencia simple.

Tecnologías no incluidas en el plan de beneficio con cargo a la UPC: se deberá presentar por separado las facturas correspondientes a **tecnologías** en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC (tecnologías No PB) independiente de la factura correspondiente a los servicios incluidos en el plan de beneficios con cargo a UPC. (PB). En caso de identificarse facturación de servicios que incluya servicios PB y No PB, serán devueltos al Prestador para la respectiva separación de la facturación

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:

Atenciones de consulta externa.
Exámenes ambulatorios con autorización,
Procedimientos quirúrgicos ambulatorios con autorización.
Apoyos terapéuticos ambulatorios con autorización.
Atenciones en urgencias en las cuales solo se prestó el servicio de consulta únicamente.
Farmacia.

Copia No Controlada

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS. Este documento es propiedad de EPS Famisanar, está prohibido el uso de esta información para propósitos ajenos a los de la empresa, así como divulgar esta información a personas externas y reproducir total o parcialmente este documento.

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.

Se deben consignar en el formato de factura o detalle de cargos la información general del paciente:

Adjuntar relación de usuarios que contenga:

- Nombre completo y condición del Usuario: si es cotizante o beneficiario.
- Número del documento de Identificación del usuario quien recibe la atención.
- Régimen del afiliado.
- Tipo de plan en el que se realiza la atención.
- Fecha de ingreso y fecha de egreso del servicio.
- Número de autorización o verificación de derechos según el caso.
- Servicio prestado.

En el detalle o discriminado se debe referenciar el número de la factura.
Si el servicio correspondiente a Tecnologías no incluidas en el plan de beneficios con cago a la UPC, el detalle deberá indicar cada uno de los materiales, insumos, procedimientos y medicamentos utilizados en la atención del usuario con la codificación legal vigente. Si existe contrato por paquete este debe discriminar su contenido incluyendo descripción, código, cantidad y valor.
Se deben reflejar los copagos, pagos y cuotas moderadoras cuando la I.P.S realice recaudo por dicho concepto.

Copia No Controlada

4.4.2. Soportes

De acuerdo con el Decreto 441 de 2022 en relación con los soportes de cobro, los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud deberán presentar a las entidades responsables de pago las facturas de venta con los soportes definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, sin que haya lugar a exigir soportes adicionales. El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud es soporte obligatorio para la presentación y pago de la factura de venta, el cual será validado de conformidad con lo establecido por dicho Ministerio.

A la fecha de publicación del presente manual se encuentra vigente los soportes definidos en el anexo técnico No. 5 de la Resolución 3047 de 2008 así:

4.4.2.1. Consultas ambulatorias

- Factura o documento equivalente.
- Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- Autorización. Si aplica
- Comprobante de recibido del usuario.
- Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades
- Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS. Este documento es propiedad de EPS Famisanar, está prohibido el uso de esta información para propósitos ajenos a los de la empresa, así como divulgar esta información a personas externas y reproducir total o parcialmente este documento.

4.4.2.2. Servicios odontológicos ambulatorios

- Factura o documento equivalente.
- Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- Autorización. Si aplica.
- Comprobante de recibido del usuario.
- Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- Odontograma.
- Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

4.4.2.3. Exámenes de laboratorio, imágenes y otras ayudas diagnósticas ambulatorias

- Factura o documento equivalente.
- Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- Autorización. Si aplica.
- Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico. Excepto en aquellos exámenes contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.
- Comprobante de recibido del usuario.
- Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

4.4.2.4. Procedimientos terapéuticos ambulatorios

- Factura o documento equivalente.
- Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle • Autorización. Si aplica.
- Comprobante de recibido del usuario.
- Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

4.4.2.5. Medicamentos de uso ambulatorio

- Factura o documento equivalente.
- Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- Autorización. Si aplica
- Comprobante de recibido del usuario.
- Fotocopia de la fórmula médica.
- Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

Copia No Controlada

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS. Este documento es propiedad de EPS Famisanar, está prohibido el uso de esta información para propósitos ajenos a los de la empresa, así como divulgar esta información a personas externas y reproducir total o parcialmente este documento.

4.4.2.6. Insumos, oxígeno y arrendamiento de equipos de uso ambulatorio

- Factura o documento equivalente.
- Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- Autorización. Si aplica
- Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- Comprobante de recibido del usuario.
- Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

4.4.2.7. Lentes

- Factura o documento equivalente.
- Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- Autorización. Si aplica
- Comprobante de recibido del usuario.
- Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

4.4.2.8. Atención inicial de urgencias

- Factura o documento equivalente.
- Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
- Informe de atención inicial de urgencias.
- Copia de la hoja de atención de urgencias o epicrisis en caso de haber estado en observación.
- Copia de la hoja de administración de medicamentos.
- Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico, excepto los contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Deberán estar comentados en la historia clínica o epicrisis.
- Comprobante de recibido del usuario. h. Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT) o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente.

4.4.2.9. Atención de urgencias

- Factura o documento equivalente.
- Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- Autorización. Si aplica.
- Copia de la hoja de atención de urgencias o epicrisis en caso de haber estado en observación.
- Copia de la hoja de administración de medicamentos.
- Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico, excepto los contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Deberán estar comentados en la historia clínica o epicrisis.
- Comprobante de recibido del usuario.
- Lista de precios si se trata insumos no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades.
- Copia de la factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA, en caso de accidente de tránsito.

Copia No Controlada

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS. Este documento es propiedad de EPS Famisanar, está prohibido el uso de esta información para propósitos ajenos a los de la empresa, así como divulgar esta información a personas externas y reproducir total o parcialmente este documento.

- Copia del informe patronal de accidente de trabajo (IPAT) o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente. En caso de accidente de trabajo.
- Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

4.4.2.10. **Servicios de internación y/o cirugía (hospitalaria o ambulatoria)**

- Factura o documento equivalente.
- Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
- Autorización. Si aplica.
- Resumen de atención o epicrisis.
- Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos.
- Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico, excepto los contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Deberán estar comentados en la historia clínica o epicrisis.
- Descripción quirúrgica.
- Registro de anestesia.
- Comprobante de recibido del usuario.
- Lista de precios si se trata de insumos no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades.
- Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.
- Fotocopia del informe patronal de accidente de trabajo (IPAT), o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente.
- Fotocopia de la factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA, en caso de accidente de tránsito

4.4.2.11. **Ambulancia**

- Factura o documento equivalente.
- Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos. Si aplica • Autorización. Si aplica
- Hoja de traslado.
- Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

4.4.2.12. **Honorarios profesionales**

- Factura o documento equivalente.
- Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- Autorización. Si aplica
- Comprobante de recibido del usuario.
- Descripción quirúrgica. Si aplica.
- Registro de anestesia. Si aplica.
- Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

4.4.2.13. **Conjuntos Integrales de Atención, paquete o grupo relacionado por diagnostico**

- Factura o documento equivalente.

Copia No Controlada

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS. Este documento es propiedad de EPS Famisanar, está prohibido el uso de esta información para propósitos ajenos a los de la empresa, así como divulgar esta información a personas externas y reproducir total o parcialmente este documento.

- Autorización. Si aplica.
- Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- Resumen de atención o epicrisis.
- Descripción quirúrgica. Si aplica.
- Registro de anestesia. Si aplica.
- Comprobante de recibido del usuario.
- Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.
- Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT), o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente.

4.4.2.14. Soportes de las facturas para el mecanismo Pago por Capitación

- Factura o documento equivalente.
- RIPS Registros Individuales de Prestación de Servicios. De acuerdo con lo dispuesto en la Resolución 1036 de 2022 y demás normas relacionadas que lo modifiquen o adicionen.
- Soportes adicionales definidos en el contrato y de acuerdo con las políticas de Pago por Capitación definido por la EPS Famisanar SAS

4.4.2.15. Soportes para Tecnologías no Incluidas en el Plan de Beneficios (No PB)

- **Cumplir lineamentos de acuerdo con estatuto tributario, articulo 617:**

- Estar denominada expresamente como factura de venta.
- Apellidos y nombre o razón y NIT del vendedor o de quien presta el servicio.
- Apellidos y nombre o razón social y NIT del adquirente de los bienes o servicios, junto con la discriminación del IVA pagado.
- Llevar un número que corresponda a un sistema de numeración consecutiva de facturas de venta. (en las IPS que aplique Resolución DIAN se debe garantizar que esté vigente y en el rango correspondiente determinado en la Resolución) - Fecha de su expedición.
- Descripción específica o genérica de los artículos vendidos o servicios prestados.
- Valor total de la operación.
- El nombre o razón social y el NIT del impresor de la factura.
- Indicar la calidad de retenedor del impuesto sobre las ventas.
- Nombre o identificación del afiliado al cual se le suministro la Tecnología no cubierta por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC.
- Cuando la factura no describa de forma específica, los datos del afiliado y la tecnología; debe anexar el detalle de cargos que referencie número de factura y deberá indicar cada uno de los materiales, insumos, procedimientos y medicamentos utilizados en la atención del usuario con la codificación legal vigente. Si existe contrato por paquete este debe discriminar su contenido incluyendo descripción, código, cantidad y valor.

- **Evidencia de entrega Resolución 1885 del 2018, Artículo 38 Numeral 3:**

Cuando la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios sea de tipo ambulatorio: firma y número de identificación del paciente, de su representante responsable, del acudiente o de quien recibe la tecnología en salud o servicio

Copia No Controlada

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS. Este documento es propiedad de EPS Famisanar, está prohibido el uso de esta información para propósitos ajenos a los de la empresa, así como divulgar esta información a personas externas y reproducir total o parcialmente este documento.

complementario, como constancia de recibido en la factura de venta o documento equivalente. en la fórmula u orden médica que podrá ser la impresión del reporte de la prescripción, en la certificación del prestador o en el formato diseñado para tal efecto por las entidades recobrantes.

- **Reporte de suministro por entrega y dispensación de servicios no incluidos en el plan de beneficio PBS Resolución 1885/18 de 2018**

En cumplimiento al proceso definido en la Resolución 1885 de 2018 "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, de servicios complementarios y se dictan otras disposiciones" y de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, y de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), EPS Famisanar S.A.S., continúa socializando los cambios que se vienen presentando para garantizar tanto la oportunidad en la prestación de los servicios a los usuarios, así como en el reconocimiento y flujo de los recursos de la ADRES para los prestadores y proveedores, por lo anterior Es de obligatorio cumplimiento que el reporte de entrega efectiva del suministro lo realicen los proveedores directamente en la herramienta MIPRES, garantizando la existencia, consistencia, completitud, calidad y coincidencia de la información reportada, porque es la única fuente de validación para que se permita realizar la validación y presentación del recobro ante adres, según la resolución 1885/18 y que vienen siendo publicados en la página del Ministerio de Salud y Protección Social "TODO SOBRE MIPRES"

- **Cuando la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios se haya proporcionado en atención de urgencias**: Copia del informe de atención de urgencias.

Cuando la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios que se haya proporcionado en atención de urgencias con observación, atención con internación o cirugía hospitalaria o ambulatoria: Copia del resumen de atención, de la epicrisis o de la historia clínica.

Cuando se trate de recobros/cobros originados en la prescripción del profesional de la salud por concepto de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios prestados a pacientes que hayan sido diagnosticados con enfermedades huérfanas. la entidad recobrante además de cumplir los requisitos esenciales establecidos en el artículo 37 de la presente Resolución, deberá: i) aportar las pruebas diagnósticas con las cuales fue confirmada la patología. de conformidad con los procedimientos que para el efecto determine este ministerio ii) así como registrar al usuario a quien se le suministró la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC. en el sistema de información establecido por el Titulo 4 de la parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 201 6 o la norma que lo modifique o sustituya 5. La entidad recobrante podrá allegar copia de la historia clínica como parte de la información complementaria para tener en cuenta en el proceso de auditoría integral, señalando el número de folio en donde se encuentra la Información que considera relevante en dicho proceso.

En estos casos también es válida la presentación de los siguientes soportes como evidencia de suministro del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC:

Copia No Controlada

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS. Este documento es propiedad de EPS Famisanar, está prohibido el uso de esta información para propósitos ajenos a los de la empresa, así como divulgar esta información a personas externas y reproducir total o parcialmente este documento.

Resultados de exámenes de laboratorio o imágenes diagnósticas: es válido siempre y cuando se identifique al paciente, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio.
Notas de enfermería: válidas cuando se requiera el suministro o aplicación de medicamentos e insumos para curación de heridas.

En caso de prestación de servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC, cuando el usuario se encuentra atención domiciliaria: son válidas las evoluciones del personal de enfermería o quien haga sus veces u hoja de aplicación de medicamentos.

En servicio de transporte (ambulancia o especial) es válida la hoja de traslado debidamente diligenciada y firmada por el personal que efectúa el traslado.

Cirugía ambulatoria: nota operatoria o descripción quirúrgica, siempre y cuando se identifique al paciente, el servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC suministrada, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio.

Todos los soportes definidos anteriormente, pueden ser entregados de manera física, transmitidos a la EPS, por medio de la Facturación WEB o transmisión por protocolos tecnológicos.

4.4.3. Manejo de facturación eventos SOAT y ATEL

4.4.3.1. Manejo de cuentas por eventos SOAT

De acuerdo con el decreto 780 de 2016, la cobertura de la póliza debe ser pagada integralmente por la compañía de seguros, por un valor máximo de 800 salarios mínimos legales diarios vigentes (SMLDV), a partir de la fecha en la que ocurrió el accidente. Los pagos por los servicios de salud que excedan los topes de cobertura previamente establecidos serán asumidos por la EPS del Régimen Contributivo o Subsidiado a la que se encuentra afiliada la víctima, por la entidad que administre el régimen exceptuado cuando la víctima pertenezca al mismo, o por la ARL, a la que se encuentra afiliada, cuando se trate de un accidente laboral.

Si la víctima cuenta con un plan voluntario, complementario o adicional de salud, podrá elegir ser atendido por la red de prestación de esos planes; en este caso, los primeros 800 salarios mínimos legales diarios vigentes (SMLDV) que se requieran para la atención, serán cubiertos por la compañía de seguros autorizada para expedir el SOAT o por el ADRES, según quien asuma la cobertura. Superada dicha cobertura, se asumirá la prestación con cargo al mencionado plan voluntario, complementario o adicional de salud. Aquellos servicios que se requieran y que no estén amparados o cubiertos por el plan voluntario, complementario o adicional de salud, serán asumidos con cargo al Plan de Beneficios en Salud (PBS)

El Anexo Técnico 1 del decreto 780 de 2016 MANUAL DE RÉGIMEN TARIFARIO, se refiere a tarifas aplicables a todas las actividades y procedimientos en genera y. será de obligatorio cumplimiento en los casos originados por accidente de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas y los demás eventos catastróficos definidos por el Ministerio de Salud y Protección (Decreto 2423 de 1996)

En caso de medicamentos suministrados por prestador de servicios de salud e incorporados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos al régimen de control directo de precios, se pagarán conforme precio indicado por dicha entidad o quien haga sus veces

Copia no Controlada

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS. Este documento es propiedad de EPS Famisanar, está prohibido el uso de esta información para propósitos ajenos a los de la empresa, así como divulgar esta información a personas externas y reproducir total o parcialmente este documento.

Los prestadores de servicios de salud que suministren los servicios salud, dentro de veinticuatro (24) horas siguientes a la atención, deberán informar ello a la Entidad Promotora Salud y a la Administradora Riesgos Laborales (ARL) a la cual se encuentre afiliada la víctima, y a la compañía aseguradora autorizada para operar el 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 que soporte el cumplimiento de tope de los 800 salarios mínimos legales diarios vigentes (SMLDV).

4.4.3.2. Manejo de cuentas de ATEL

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

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 de este, presentado por el trabajador o por quien lo represente, de acuerdo con lo dispuesto en el literal b, del Articulo 25 de Decreto 2463 de 2001.
Factura o 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 articulo 3 y 4 inciso segundo numerales 1 y 2).
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.
Toda factura que corresponda a atenciones derivadas de Accidentes de Laborales y/o Enfermedad Profesional, deberá presentar los soportes por la prestación de servicios de acuerdo con el anexo técnico 5 de la resolución 3047 de 2008 y demás normas que modifiquen o complementen

4.4.4. Manejo facturas Modalidad de pago: CIS., PGP y Cápita

De acuerdo con el decreto 441 de 2022. para todas las modalidades de pago acordadas con los prestadores de servicios de salud el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud es soporte obligatorio para la presentación y los soportes definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, sin que haya lugar a exigir soportes adicionales.

4.4.5. Manejo facturas CIS (conjuntos Integrales de Servicios)

La IPS contratada por la modalidad CIS (Conjuntos Integrales de Servicios) deberá presentar a la EPS los respectivos Registros Individual de Prestación de Servicios de Salud

El resultado de la validación de los archivos CIS serán notificados a la IPS indicando conteo de actividades, reporte de aprobados y rechazados. La IPS deberá validar la información y notificar la aceptación a la EPS, para la generación de la respectiva pre-factura, la información de la pre-factura será notificada por correo electrónico a la IPS para la generación y presentación de la factura.

Las facturas correspondientes a la contratación por la modalidad de Conjuntos Integrales de Servicios (CIS), deberán estar acorde con la pre-factura que emita EPS Famisanar, para cada Agrupador, la IPS

Copia No Controlada

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS. Este documento es propiedad de EPS Famisanar, está prohibido el uso de esta información para propósitos ajenos a los de la empresa, así como divulgar esta información a personas externas y reproducir total o parcialmente este documento.

deberá presentar factura independiente por cada agrupador, reflejando el periodo facturado, numero de pre factura y agrupador respectivos; los valores deberán coincidir con los reportados en la pre-factura y detallando los valores correspondientes por recaudos de copagos y cuotas moderadoras.

EPS Famisanar SAS, aplicara algoritmo para cálculo de copagos y cuotas moderadores en los servicios que aplique de los archivos CIS, de acuerdo con las políticas operacionales en relación con el recaudo y exoneración de pagos de usuarios PU (copagos, moderadores, compartidos y de recuperación) para los diferentes servicios de salud de acuerdo con los lineamientos de la normatividad vigente establecida por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). El resultado será reflejado en la liquidación de la cuenta medicas modalidad CIS y las glosas por este concepto que surjan serán notificadas al Prestador de Servicios de Salud

La IPS deberá disponer de la evidencia de la prestación de los servicios, ya que la EPS auditará y requerirá de los soportes en procesos de auditoría de segundo orden, los cuales deben suministrarse en un término no mayor a 24 horas.

El resultado de la validación de los archivos CIS serán notificados a la IPS indicando conteo de actividades, reporte de aprobados y rechazados. La IPS deberá validar la información y notificar la aceptación a la EPS, para la generación de la respectiva pre-factura, la información de la pre-factura será notificada por correo electrónico a la IPS para la generación y presentación de la factura.

4.4.6. Manejo facturas PGP (Pago Global Prospectivo)

De acuerdo con el decreto 441 de 2022 el Pago global prospectivo es una modalidad de pago por grupo de personas determinadas, mediante la cual se pacta por anticipado el pago de una suma fija global para la prestación de servicios o el suministro de tecnologías en salud a esa población durante un periodo de tiempo definido, cuya frecuencia de uso es ajustada por el nivel de riesgo en salud y el cambio de los volúmenes de la población estimados en el acuerdo de voluntades.

La IPS contratada bajo este modelo PGP Pago Global Prospectivo, deberá garantizar la prestación de los servicios en cumplimiento de los estándares de calidad definidos por EPS, estos serán monitoreados periódicamente.

La presentación de la primera factura deberá detallar periodo facturado, descripción y valores por agrupador, identificando la modalidad de contratación como PGP.

La IPS contratada bajo este modelo contractual presentará a la EPS los RIPS que soporten la prestación del mes inmediatamente anterior, la EPS realizará la validación de la estructura y calidad de RIPS, si estos cumplen con las validaciones se genera el aval para el segundo pago; en caso de no cumplir con la estructura definida por la norma, y las validaciones de calidad previamente establecidas, se realiza la devolución total de los archivos y de la factura, el ajuste a los hallazgos debe ser enviado a la EPS en un término máximo de 5 (cinco) días hábiles posteriores a la devolución, superados estos tiempos se considerará la información recibida como cierta.

El Gestor del Riesgo y el área de Costo e información en salud diseñaran en conjunto las validaciones y criterios técnicos que corresponda aplicar a los RIPS para garantizar la calidad en el dato reportado por la IPS. La validación de coherencia y calidad de los RIPS estará a cargo del área de Costo e información en salud. Los RIPS están contemplados como una fuente de información para la medición

Copia No Controlada

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS. Este documento es propiedad de EPS Famisanar, está prohibido el uso de esta información para propósitos ajenos a los de la empresa, así como divulgar esta información a personas externas y reproducir total o parcialmente este documento.

de indicadores del grupo de riesgo incluyendo los indicadores de incentivos, por lo cual debe garantizarse la calidad en los datos reportados desde la IPS.

Ante el incumplimiento de las metas mínimas definidas para cada indicador, la IPS contratada bajo este modelo contractual en conjunto con el Gestor del riesgo deberá establecer planes de mejoramiento tendientes al cumplimiento de las metas propuestas, los cuales serán objeto de seguimiento por parte de la EPS.

El seguimiento se realizará partiendo de las definiciones y políticas del modelo integral de salud, el desarrollo de la gestión clínica y la política de mejoramiento continuo institucional, asegurando la adecuada ejecución del contrato, de acuerdo con lo establecido en el Manual de contratación.

La medición y validación final de cada indicador de incentivos será realizada por el área que gestiona el riesgo de FAMISANAR EPS posterior a la entrega de soportes.

El envío del análisis de cumplimiento de los indicadores de incentivos al área de cuentas médicas se realizará previa reunión con el prestador, donde se realizará acta de cumplimiento de indicadores firmada por las partes. Acta que deberá ser presentada con la factura incentivos

El recaudo de los copagos y cuotas moderadoras será realizado por la IPS contratada bajo este modelo contractual y posteriormente serán descontados de los pagos fijos (segunda factura) de acuerdo con los valores establecidos en el contrato.

EPS Famisanar SAS, aplicara algoritmo sobre la información de los RIPS para cálculo de copagos y cuotas moderadores en los servicios que aplique a la factura RIPS de acuerdo con las políticas operacionales en relación con el recaudo y exoneración de pagos de usuarios PU (copagos, moderadores, compartidos y de recuperación) para los diferentes servicios de salud de acuerdo con los lineamientos de la normatividad vigente establecida por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). El resultado será reflejado en la liquidación de la cuenta medicas modalidad PGP y las glosas por este concepto que surjan serán notificadas al Prestador de Servicios de Salud

Todas las demás definidas en el Manual Operativo de Contratos por Pago Global Prospectivo PGP FAMISANAR.

El observatorio de PGP es el escenario establecido para revisión de indicadores de programa, análisis de causas de quejas, cumplimiento de pisos y techos y con base en eso realizar los ajustes a que haya lugar, los cuales serán concertados entre las partes. Se realizará de forma trimestral en conjunto con las áreas de la EPS implicadas en el proceso y la IPS contratada bajo este modelo contractual.

De acuerdo con el contenido de servicios contratados, la IPS contratada bajo este modelo contractual será sujeto de auditorías concurrentes.

4.4.7. Manejo facturas Capitación

Pago por capitación: Modalidad de pago prospectiva que aplica para la prestación o provisión de la demanda potencial de un conjunto de servicios y tecnologías en salud, que se prestan o proveen en los servicios de baja complejidad, mediante la cual las partes establecen el pago anticipado de una

Copia No Controlada

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS. Este documento es propiedad de EPS Famisanar, está prohibido el uso de esta información para propósitos ajenos a los de la empresa, así como divulgar esta información a personas externas y reproducir total o parcialmente este documento.

suma fija por usuario, dentro de una población asignada y previamente identificada, durante un período de tiempo determinado

La IPS contratada bajo el modelo Capitación, deberá garantizar la prestación de los servicios en cumplimiento de los estándares de calidad definidos por EPS, estos serán monitoreados periódicamente.

La IPS contratada bajo este modelo contractual presentará a la EPS los RIPS que soporten la prestación del mes inmediatamente anterior, la EPS realizará la validación de la estructura y calidad de RIPS

El Prestador de Servicio de Salud presentara la factura correspondiente la modalidad capitación referenciando periodo facturado, cantidad población y valor cápita, el cual es comparado con el reporte que EPS Famisanar SAS notifica al Prestador de Servicio de Salud de la provisión de la liquidación de convenios por capitación

La cantidad población y valores deberán coincidir con los reportados en la provisión notificada por la EPS a la IPS y detallando los valores correspondientes por recaudos de copagos y cuotas moderadoras

EPS Famisanar SAS, aplicara algoritmo sobre la información de los RIPS para cálculo de copagos y cuotas moderadores en los servicios de acuerdo con las políticas operacionales en relación con el recaudo y exoneración de pagos de usuarios PU (moderadores, compartidos y de recuperación) para los diferentes servicios de salud de acuerdo con los lineamientos de la normatividad vigente establecida por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). El resultado será reflejado en la liquidación de la cuenta medicas modalidad Cápita y las glosas por este concepto que surjan serán notificadas al Prestador de Servicios de Salud

Todas las demás definidas en el Manual Operativo de Contratos por Capitación

4.5. **Copagos y cuotas moderadoras**

La I.P.S. debe detallar en la factura el valor por anticipo de recaudo por copagos y/o cuotas moderadoras. Este recaudo se realizará acorde a lo definido en el Acuerdo 260 de 2004, en la Resolución 3384 de 2.000 y políticas de Copagos y Cuotas Moderadoras de la Dirección de Acceso.

Teniendo en cuenta el proceso de Facturación Electrónica que se adelanta actualmente en el país, queremos informarles que dando cumplimiento a lo contemplado en el **Decreto 2242 de 2015 del Ministerio de Hacienda, la Resolución 0020 de 2019 y la Resolución 000064 de 2019 de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales DIAN**, **circular externa 046 de 2018 Ministerio de Salud y Protección Social** y demás normas que lo complementan así como la **circular 030 de 2019 y su Anexo técnico del sistema de electrónico de factura electrónica de venta con validación previa Versión 1.8** damos a conocer aspectos importantes que deben tener en cuenta para el envío correcto de la información tanto en el XML como en la representación gráfica.

Tomando con punto de partida la experiencia adquirida en el proceso de facturación electrónica versión 1, hemos detectado oportunidades de mejora que contribuyen al correcto flujo de información entre los distintos actores del SGSSS siendo uno de ellos la información que debe estar contenida en los tags

Copia No controlada

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS. Este documento es propiedad de EPS Famisanar, está prohibido el uso de esta información para propósitos ajenos a los de la empresa, así como divulgar esta información a personas externas y reproducir total o parcialmente este documento.

del XML y su interpretación en un lenguaje formal, por lo cual a continuación enviamos un ejemplo para evitar contratiempos que afecten el proceso de facturación.

CAMPO	XML	DESCRIPCION	VERSION ANEXO TENCNICO	VALOR
Valor a Pagar de Facura	(cbc: payableamount)	Valor a Pagar de Factura: Valor total de ítems (incluyendo cargos y descuentos a nivel de ítems)+valor tributos + valor cargos – valor descuentos – valor anticipos	1.8	$ 93,800
Total Valor Bruto antes de tributo	(cbc: Lineextensionamount	Total Valor Bruto antes de tributos: Total valor bruto, suma de los valores brutos de las líneas de la factura.	1.8	$ 125,000
Valor Base sin Impuestos	(cbc:Taxexclusiveamount)	Total Valor Base Imponible : Base imponible para el cálculo de los tributos	1.8	$ -
Anticipos Pagos de Usuarios	Prepaidamount	Anticipo Total: Suma de todos los pagos anticipados	1.8	$ 31,200
Total de Valor Bruto más tributos	Taxinclusiveamount	El Valor Bruto más tributos tiene que ser igual a Valor Bruto de la factura que contienen el valor comercial más la Suma de los tributos de todas las líneas de detalle.	1.8	$ 125,000

Nota: IPS que facturen Impuestos

De igual manera es importante tener en cuenta la interpretación que se está dando al recaudo de copagos y cuotas moderadoras, el cual corresponde a un **anticipo** sobre el valor de los servicios prestados y no a un descuento de la factura, donde estaría afectando la base impositiva y en tal sentido no sería viable la aceptación de la facturación, por lo tanto, en el siguiente ejemplo mostramos la forma correcta de relacionarlo en la representación gráfica.

CODIGO	DESCRIPCIÓN SERVICIO	VALOR
*********	ENSURE	$ 90,000
890202	CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA	$ 35,000

NOTA: el anticipo no afecta el valor bruto de la factura

Total Valor Bruto antes de tributo	$ 125,000
Valor Base sin Impuestos (Iva, ica)	$ -
Anticipos Pagos de Usuario (copagos, CM,Cuota de Recuperación)	$ 31,200
Valor a Pagar de Facura	$ 93,800

NOTA: No aplica para servicios en salud

Por lo anterior serán validaciones que realizaremos con la información que nos envíen al correo electrónico **facturacioncuentas@famisanar.com.co** donde deberá llegar el XML y el PDF y demás soportes relacionados en la resolución 030 de 2019 y su anexo técnico expedida por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales DIAN cumpliendo los estándares establecidos por la DIAN de las facturas de servicios de salud prestados a nuestros afiliados sin que éstos estén comprimidos o en con enlaces en razón a que éste será un proceso automatizado y solo reconocerá archivos adjuntos cuya extensión sea .xlm y .pdf.

Es importante tener en cuenta para la radicación de las cuentas médicas, es indispensable contar con los archivos .xlm y .pdf y demás soportes de los que trata la resolución 030 de 2019 y su anexo técnico expedido por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales DIAN y demás normas que la modifiquen adicionen o sustituyan, tener el mismo nombre para que puedan ser procesados y radicados, este procedimiento aplica de igual manera para las contingencias que presente la DIAN y que se relacionan en la resolución 030 de 2019.

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS. Este documento es propiedad de EPS Famisanar, está prohibido el uso de esta información para propósitos ajenos a los de la empresa, así como divulgar esta información a personas externas y reproducir total o parcialmente este documento.

4.5.1. Información general Acuerdo 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**

Se cobrará a partir del segundo servicio prestado en el mismo año calendario, para:
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

- **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 a cobro de copagos**

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

- **Excepciones:**

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

Copia no Controlada

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS. Este documento es propiedad de EPS Famisanar, está prohibido el uso de esta información para propósitos ajenos a los de la empresa, así como divulgar esta información a personas externas y reproducir total o parcialmente este documento.

- **Tope máximo de copagos por afiliados por afiliados beneficiarios**

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

A: hasta la mitad de un salario mínimo legal mensual vigente
B: hasta dos salarios mínimos mensuales legales vigentes.
C: hasta 4 salarios mínimos mensuales legales vigentes.

- **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.

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

- **Procedimiento del Recaudo**

- **Cuotas moderadoras**

Las cuotas moderadoras serán canceladas directamente en la I.P.S de acuerdo con la categoría del afiliado a la fecha de prestación del servicio. 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 cobrará 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. El valor de copago lo realizará la IPS al afiliado beneficiario por el servicio sujeto a copago a la fecha de prestación del servicio.

La I.P.S. realizará el cobro correspondiente y el valor liquidado será descontado de la factura.
"Anexo 4 Manual de copagos y cuotas moderadoras de EPS Famisanar SAS"

4.6. AUTORIZACION DE SERVICIOS

Se debe tener en cuenta las políticas consignadas en el "Manual de Acceso al servicio Famisanar "anexo 5"

4.7. DEVOLUCIÓN DE FACTURAS

Copia No Controlada

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS. Este documento es propiedad de EPS Famisanar, está prohibido el uso de esta información para propósitos ajenos a los de la empresa, así como divulgar esta información a personas externas y reproducir total o parcialmente este documento.

De acuerdo con el decreto 441 de 2022, la denominación y codificación de las causas de devolución y glosa de las facturas, se realizará conforme al Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual es de obligatoria adopción en los acuerdos de voluntades sujetos a lo establecido en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, así como en aquel/os en los que se haya pactado su aplicación. Única, que garanticen su gestión. A la publicación de este manual se encuentra en vigencia manual único de glosas y devoluciones definido en el anexo 6 de la resolución 3047 de 2008

EPS Famisanar SAS dispone los siguientes canales para notificación de glosas y devoluciones para oportuna gestión y solución de estas:

Reporte a través del correo electrónico registrado contractualmente en cual se realiza de acuerdo con la estructura definida en el anexo técnico 8 de la resolución 3047 de 2008.
Acceso a través de portal web, donde la IPS puede consultar en la opción cartera, el estado de cada una de las facturas en línea.
Las devoluciones se realizarán de acuerdo con las causales definidas por la normatividad vigente (anexo 6 de la resolución 3047 de 2008) y de las políticas definidas en el numerarl.2.2 define que: en caso de identificarse facturación de servicios que incluya servicios PBS y No PBS en una misma factura, serán devueltos al Prestador para la respectiva separación de la facturación.

4.8. CONCILIACIÓN CARTERA Y GLOSAS

Realizar solicitud al área de conciliaciones de EPS Famisanar SAS para el agendamiento de conciliación de cartera y glosas a los correos:

- conciliacionglosasips@famisanar.com.co con copia a nbaquero@famisanar.com.co y naponte@famisanar.com.co
- conciliacioncarteraips@famisanar.com.co con copia a nbaquero@famisanar.com.co y naponte@famisanar.com.co

5. BIBLIOGRAFIA

Ministerio de Salud y Protección Social. Plan de Beneficios en salud. Colombia. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-de-salud-pos.aspx

Ministerio de Salud Y Protección Social, Normograma. Colombia. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Paginas/normograma.aspx

Ministerio de Salud Y Protección Social, SISPRO. Colombia. Recuperado de https://www.sispro.gov.co/central-prestadores-de-servicios/Pages/MIPRES.aspx

Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales. Factura Electrónica DIAN. Colombia. Recuperado de https://www.dian.gov.co/impuestos/factura-electronica/Paginas/inicio.aspx

Copia No Controlada

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS. Este documento es propiedad de EPS Famisanar, está prohibido el uso de esta información para propósitos ajenos a los de la empresa, así como divulgar esta información a personas externas y reproducir total o parcialmente este documento.

6. HISTORIAL DE CAMBIOS

Fecha	Descripción de cambios
01/2014	Creación del documento
03/2018	Se actualiza el contenido del documento conforme a la normatividad vigente
11/2019	Se actualiza el contenido del documento conforme a la normatividad vigente
06/2021	Se actualiza el contenido del documento conforme a la normatividad vigente
06/2022	Se actualiza el contenido del documento conforme a la normatividad vigente
02/2023	Se actualiza el contenido del documento conforme a la normatividad vigente

Copia No Controlada

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS. Este documento es propiedad de EPS Famisanar, está prohibido el uso de esta información para propósitos ajenos a los de la empresa, así como divulgar esta información a personas externas y reproducir total o parcialmente este documento.