

RESOLUCION NÚMERO

Por medio de la cual se implementa la herramienta de prescripción MIPRES, según lo definido en las resoluciones 2438 y 5871 de 2018 y se modifica la el procedimiento para la verificación, el reconocimiento y pago de la prestación de tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios con cargo a la UPC del régimen subsidiado, contemplados el a la resolución 352 del 2016 y circular externa 713 del 2017, expedida por la Secretaría de salud del Cesar.

EL SECRETARIO DE SALUD DEL DEPARTAMENTAL DEL CESAR

En ejercicio de sus atribuciones constitucionales y legales, y

CONSIDERANDO:

1. Que el artículo 43.2.1 de la Ley 715 de 2001 establece que es competencia de las Direcciones de Salud Departamentales, gestionar la prestación de los servicios de salud de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre, en lo no cubierto con subsidios a la demanda que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas;
2. Que mediante la sentencia T-760 de 2008 la Honorable Corte Constitucional advierte que *“los reembolsos al Fosyga únicamente operan frente a los servicios médicos ordenados por jueces de tutela o autorizados por el CTC en el régimen contributivo. En estos mismos casos, cuando el usuario pertenece al régimen subsidiado, la Ley 715 de 2001 prevé que los entes territoriales asuman su costo por tratarse de servicios médicos no cubiertos con los subsidios a la demanda”*;
3. Que el Ministerio de Salud y Protección Social, expidió la Resolución 1479 de 2015 *“Por la cual se establece el procedimiento para cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministrados a los afiliados del régimen subsidiado”*, la cual debe ser adoptada conforme las necesidades de la población.
4. Que la ley estatutaria 1751 del 2015, tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.
5. Que, según las normas vigentes y los pronunciamientos de la Corte Constitucional, definen a la Ente Territorial Departamental para garantizar el goce y el acceso efectivo a la prestación de los servicios de salud de la población, en particular la población pobre a su cargo.
6. Que las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios del Régimen Subsidiado son responsables de los contenidos y cobertura del plan de beneficios y de la integralidad en la prestación de los servicios de salud de su población afiliada.

7. Que según la Sentencia T-020/13, "son obligaciones exigibles a las EPS del Régimen Subsidiado en la prestación de servicios POS-S y No POS-S y entes territoriales responsables, en la prestación del servicio de salud en el régimen subsidiado en lo no cubierto por el plan de beneficios, las entidades territoriales tienen el deber de garantizar el goce efectivo del derecho a la salud a través de entidades o instituciones prestadoras de salud de naturaleza pública o privada y en todo caso asumir los costos de los servicios y, por su parte las EPSS tienen la obligación de acompañar y verificar la efectiva y oportuna atención médica de quien continua siendo su afiliado, aun cuando, por ser un evento No POS, no tenga a cargo la atención médica".
8. Que la Secretaría de Salud del Cesar, a través de la resolución 352 del 16 de marzo del 2016, adoptó el modelo no centralizado establecido en el capítulo II, artículo 9 y 10 en la resolución 1479 de 2015, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, y en particular el Artículo cuarto (4) que indica sobre la adopción de los modelos establecidos en dicha resolución.
9. Que el Ministerio de Salud y protección Social expidió la resolución 2438 del 2018, por la cual se establece el procedimiento y los requisitos para el acceso, reporte de prescripción y suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos e la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios.
10. Que el Artículo 287 de la constitución política de Colombia, establece que las entidades territoriales gozan de autonomía para la gestión de sus intereses, y dentro de los límites de la Constitución y la ley
11. Que el artículo 5 de la resolución 2438 del 2018 expedida por el Ministerio de Salud y protección Social, define que a partir del 1 e enero del 2019, las prescripciones de las tecnologías en salud no financiadas con recurso de l al UPC o de servicios complementarios, será realizada por el profesional de la salud tratante, el cual debe hacer parte de la red definido por las EPS, a través del aplicativo de reporte de prescripción -MIPRES-, con diligenciamiento en línea y por lo tanto se elimina el COMITÉ TECNICO CIENTIFICO y
12. Que, en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

**TITULO I
ASPECTOS GENERALES**

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto modificar el procedimiento para la verificación, reconocimiento y pago por parte de la Secretaria de Salud Departamental del Cesar a las Administradoras de Planes de Beneficios , a los Prestadores de Servicios de Salud Públicos, privados o mixtos y proveedores de las tecnologías en salud no financiados por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, provistas a los afiliados al Régimen Subsidiado, con

27 MAR 2019

000983

cargo a la UPC, prescritas a través del aplicativo de reporte de prescripción MIPRES dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 2. Ámbito de Aplicación. La presente resolución aplica para los Prestadores de Servicios de Salud, proveedores y a las Administraciones de Planes de Beneficios que presten o suministren servicios y tecnologías no financiadas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC-S a los usuarios del Departamento del Cesar.

Artículo 3. Modelo de gestión: el departamento: El Departamento del Cesar, adopta el modelo no centralizado, establecido en capítulo II, artículos 9 y 10 de la Resolución 1479 del 2015.

Artículo 4. RESPONSABILIDADES DE LOS ACTORES

4.1 De las EAPB: son responsabilidades de las ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD las siguientes:

- Garantizar la prestación y suministro de los servicios o tecnologías a los afiliados no cubiertos por el Plan de beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado prescritos a través de la plataforma MIPRES a través de la red prestadora de servicios de salud contratada.
- Radicar ante el ente territorial las facturas generadas por la red prestadora de las tecnologías o servicios prescritos a través de la plataforma MIPRES, dentro los plazos y términos definidos para tal.
- Dar respuesta a las objeciones y devoluciones realizadas a las facturas radicadas por concepto de cobro o recobro.
- Notificar a la red prestadora de servicios de salud el resultado de la auditoría realizada por el ente territorial
- Recepcionar, validar y auditar las cuentas radicadas por la red prestadora de servicios de salud por concepto de atenciones de tecnologías y servicios no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado, suministrada a los afiliados a cargo del departamento del Cesar.
- Dar instrucciones a la red prestadora de servicios de salud sobre el recaudo de la cuota de recuperación a los afiliados del régimen subsidiado de tecnologías en salud no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios.
- Capacitar a la red prestadora de servicios de salud sobre el proceso de facturación de cobros y recobros.

27 MAR 2019

000983

- Conformar y garantizar el funcionamiento de las juntas de profesionales de la salud, tal como lo define el capítulo II de la resolución 2438 del 2018.
- Registro, autenticación, definición de roles, activación, consulta de usuarios del aplicativo web, de la red prestadora de servicios de salud, con la que garantiza la atención de sus afiliados.
- registro de Usuarios con fallos de tutela, en el Módulo de Tutelas del aplicativo Web Reporte de Prescripción de Tecnologías en Salud No Financiadas con Recursos de la UPC o Servicios Complementarios – MIPRES No PBSUPC. – ROL RECOBRANTE.

4.3 Proveedor de servicios:

- Realiza la Administración de Usuarios dentro del aplicativo de reporte de prescripción -MIPRES-. No PBS UPC.
- Entregar la tecnología prescrita en el aplicativo de reporte de prescripción -MIPRES-. teniendo en cuenta los plazos definidos en la normatividad , las cantidades, y frecuencia prescrita.
- Recaudar la cuota de recuperación a los afiliados del régimen subsidiado a que haya lugar, sobre las tecnologías y servicios sin coberturas en el plan obligatorio de salud y descontar de la facturación a radicar ante la EAPB.
- Soportar la entrega efectiva de la tecnología prescrita, de acuerdo con los formatos y condiciones aquí definidas.
- Llevar registro y control de las entregas, especificando si se trata de entregas únicas o sucesivas.
- Gestionar el reconocimiento y pago del comparador administrativo, homologo o similar a que hubiese lugar, ante al EAPB responsable del usuario a quien se le suministró la tecnología NO PBS.
- Verificar que las EAPB los haya activado dentro de su red de prestadores

4.4 De la Entidad territorial: son responsabilidades del Departamento del Cesar las siguientes:

- Recibir y validar las facturas presentadas por las EAPB, por concepto de cobro o recobro. Así como también las respuestas de las objeciones.
- Auditar integralmente las facturación de cobros y recobros radicada por al EAPB, dentro los términos y plazos definidos.

000983

- Notificar el resultado de la auditoria a las EAPB que radicó el cobro o recobro.
- Impartir instrucciones y lineamientos para el proceso de reconocimiento y pago de las solicitudes de cobro o recobro presentadas por las EAPB.
- Pagar a las EAPB, proveedores o IPS las facturas que, por concepto de cobro o recobro, superaron la etapa de la auditoria, según corresponda.
- Dar respuesta a las contestaciones radicadas por las EAPB a las objeciones realizadas en la etapa de auditoría integral.
- Conciliar a través de los diferentes mecanismos e instancias en los casos de divergencias recurrentes.
- Registro, autenticación, definición de roles, activación, consulta de usuarios del aplicativo web, del ente territorial y de las EAPB, que tienen afilados en el departamento del Cesar.
- Análisis y revisión de las prescripciones realizadas por la red de servicios de salud en la plataforma MIPRES.
- Apoyo y asistencia técnica a las EAPB y proveedores sobre el proceso de reconocimiento y pago de las tecnologías NO PBS.

Artículo 5. TIPOS DE FACTURACION DE LAS TECNOLOGIAS NO FINANCIADAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC DEL RÉGIMEN SUBSIDIDADO.

Las EAPB, podrán radicar la facturación por concepto de prestación de servicios de tecnologías no cubiertas por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado, a través de dos (2) modalidades:

5.1 COBRO: Solicitud presentada por una EAPB ante el departamento del Cesar, a fin de obtener el pago de cuentas directamente al proveedor o prestador de servicios y tecnologías en salud no financiadas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cuyo suministro fue garantizado a sus afiliados y prescrito por el profesional de la salud u ordenados por fallos de tutela, caso en el cual la factura de venta o documento equivalente se presentará sin constancia de cancelación.

5.2 RECOBRO: Solicitud excepcional presentada por una entidad recobrante (EAPB) ante el departamento del Cesar, a fin de obtener el pago de cuentas por concepto de tecnologías en salud no financiadas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cuyo suministro fue garantizado a sus afiliados y prescrito a través de la herramienta MIPRES u ordenadas por fallos de tutela y que ya fue debidamente cancelado al proveedor o prestador de servicio y deberá

000983

presentarse con la respectiva evidencia de cancelación. Este mecanismo aplica en los siguientes casos:

1. Pacientes amparados por orden de autoridad judicial cuyo fallo incluya tratamiento integral o servicios y tecnologías no financiadas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado.
2. En aquellos casos en que el prestador del servicio de salud de la red de la EAPB sea exclusivo y /o monopólico.
3. Pacientes amparados por orden de autoridad judicial cuyo fallo incluya servicios de salud no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado y no se ordene el recobro a ninguna otra entidad.
4. En cumplimiento del estatuto anticorrupción, en casos de vitales no disponibles por el pago de anticipos o pagos anticipado para importar el medicamento.
5. Atención integral que incluya tecnologías no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado que NO puedan fragmentarse al momento de la facturación, ya descrito en la Circular 00017 de 2015.
6. Tecnologías en salud o complementarios requeridos de manera urgente o por autoridad judicial deban ser prestados por instituciones que se encuentren por fuera de la red de prestadores de la EPS y soliciten pago anticipados de los servicios.

En todo caso, el recobro estará sujeto a análisis, verificación y autorización previa de la secretaría de salud Departamental.

Artículo 6. PRESENTACION DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGIAS NO FINANCIADAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC DEL RÉGIMEN SUBSIDIDADO.

6.1 Requisitos generales para el proceso de verificación y control de los cobros y recobros prestados por los prestadores o proveedores de servicios y tecnologías en salud de la red de las EAPB:

Las EAPB que adelantan procesos de cobro o recobro deberán anexar a cada solicitud de cobro o recobro según sea el caso los siguiente documentos:

1. Formato resumen de radicación de solicitudes por IPS o proveedor para el cobro o recobro establecido por el La secretaría de salud Departamental (anexo 1), en medio físico y magnético (archivos planos) FRR-RC-P y FRR-RC-T (TUTELAS)
2. Las EAPB, radicarán las facturas de cobro por IPS o proveedor, de manera separada y organizada, cada paquete de facturas por proveedor deberá llevar un formato resumen y no deberá superar las 150 (ciento cincuenta) facturas por paquete.

27 MAR 2019

000983

3. Factura de venta o documento equivalente de la entidad que pretende el pago por parte del Departamento del Cesar. La factura de venta de la entidad cobrante o recobrante deberá cumplir con los siguiente requisitos:

a.Nombre o identificación del afiliado al cual se suministró la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementano.

b.Descripción, valor unitario, valor total y cantidad de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario.

c.Original y Copia de la factura de venta o documento equivalente a nombre de la Secretaría de Salud del Departamento del Cesar, en donde se detalle la teconología o servicio complementario no incluido en el plan de beneficios del regimen subsidiado, prestado por la IPS o proveedor, debidamente radicada por la EAPB responsable, con constancia de la fecha en que fue recibida y firma de la persona responsable. Cada factura deberá contar con la constancia de radicación por parte de la EAPB, no se aceptaran listados con relación de facturas.En la factura se deberá describir, código, ítems, cantidad, valor unitario y valor total y además se deberá evidenciar el descuento de la cuota de recuperación aplicada al usuario según lo definido en la normatividad vigente.

d.la factura debe evidenciar que se descuenta el valor correspondiente a el comparador administrativo, similar u homologo, del cual se debe describir, código, cantidad, valor unitario y valor total.

e.Las facturas de la entidad cobrante o recobrante deberá cumplir con los requisitos definidos por la DIAN, estatuto tributario y todas las demas definidas en el código de comercio vigente.

f. la factura deberá contener minimo con los siguientes datos:Código de la tecnología, CUPS si es procedimiento y CUM si es un medicamento. Código INVIMA si es un suministro,detalle de ítems a cobrar/recobrar, cantidad, valor unitario y valor total de la tecnología o servicio en salud no financiadas con recursos de la UPC subsidiada.

4. En caso de ser un recobro se debe adjuntar además de lo definido en el numeral 6.1 del presente resolución, la factura del proveedor o prestador que garantizó el suministro o entrega de la tecnología. Esta factura podrá ser por mayor valor que la de la EAPB y podrán estar incluidos ítems que no vayan con cargo al Departamento del Cesar.

5. En casos de recobro, además se deberá adjuntar la constancia de pago por parte de la entidad recobrante que evidencie el pago de la obligación al proveedor

000983

27 MAR 2019

o IPS que suministrò el servicio o tecnologia no PBS, es decir el documento que soporta la transacion bancaria y el egreso donde se describa el numero de factura que se está reconociendo, no seran validos solamente sellos de cancelado.

6. Archivos planos de los registros individuales –RIPS-de prestacion de servicio o tecnologias de salud no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado. Estos archivos planos solo corresponden a los servicios o tecnologias no financiados en el plan obligatorio de salud, por ningun motivo deberá incluirse en los RIPS, los servicios financiados por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado con cargo a las EAPB

7. Evidencia de entrega, la secretaria de salud Departamental del Cesar, se permite aclarar que como soporte de evidencia de entrega se tendrá en cuenta lo dispuesto así:

La Evidencia de entrega a satisfacción al usuario beneficiario de la tecnologia o servicio no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado deberá venir únicamente en el formato diseñado por la secretaria de salud departamental (ver anexo 2). Firmado en original, por quien recibe la tecnologia y completamente diligenciado, a excepciòn de resultados de apoyo diagnostico , administracion de medicamentos intramural y procedimientos, así:

- a. cuando la prestación o el suministro del servicio o tecnologia no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado prescrita sea de tipo ambulatorio deberá contener : nombres y apellidos del usuario, numero de identificación, dirección de residencia habitual, telefono de contacto del paciente ; cuando esta sea recibida por un acudiente, representante, responsable u otra persona que recibe la tecnologia: parentesco , además deberá adicionar los datos mencionados de quien recibe, como constancia de recibido de la tecnologia o servicio no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado , numero de prescripción, si la tecnologia es prescrita por mas de un (1) mes, las entregas o suministros deberan fraccionarse y entregarse de manera mensual, con la oportunidad definida en la normarivdad vigente, dejando siempre constancia a que numero de entrega del total prescrita y numero de la prescripcion a que corresponde.
- b. cuando la prestación o el suministro del servicio o tecnologia no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado prescrita se ha proporcionado en atención inicial de urgencias: copia de atención inicial de urgencias.

000983

27 MAR 2019

- c. cuando la prestación o el suministro del servicio o tecnología no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado prescrita se haya proporcionado en atención inicial de urgencias con observación : copia de atención inicial de urgencias con observación, copia del resumen de la atención, epicirisis, reporte de ayuda diagnóstica según corresponda.
- d. cuando la prestación o el suministro del servicio o tecnología no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado prescrito se haya proporcionado en cirugía ambulatoria u hospitalaria epicirisis e informe quirúrgico .
- e. cuando la prestación o el suministro del servicio o tecnología no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado ordenada se haya proporcionado en ayuda diagnóstica: informe y/o lectura del estudio o apoyo diagnóstico , firmada por el profesional correspondiente, en donde se identifique; fecha de la prestación, el nombre nombre de la institución que lo realizó y documento del usuario. .
- f. Cuando la prestación o el suministro del servicio o tecnología no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado ordenada y autorizada se haya proporcionado en internación: epicirisis, hoja de administración de medicamentos, hoja de insumos.
- g. Cuando la prestación del servicio corresponda a internación en la unidad de salud mental: Epicirisis que precise las fechas de hospitalización que sumen los días del tiempo correspondiente con cargo a al UPC subsidiada según el plna de beneficios, así mismo la factura o las facturas radicadas ante la EAPB que garantizó la prestación de la internación en la unidad de salud mental, epicirisis y hoja de administración de medicamentos de la estancia facturada a la EAPB a la que pertenece el afiliado .
- h. Cuando la prestación del servicio o la tecnología se trate de un medicamento de uso o manejo intramural o aplicación en domicilio por personal de la salud : hoja de administración del medicamento.
- i. Cuando se trate de medicamentos para el manejo de patologías de alto costo o enfermedades huérfanas, o que su monto ascienda a un valor mayor o igual a la suma de \$950.000 la unidad. Además, se debe registrar el número de lote del medicamento y soportar con el adhesivo o rotulo que lo identifica, en el que se evidencia el nombre, presentación, lote y fecha de vencimiento. No serán válidos adhesivos o rótulos en mal estado, ni fotocopias del mismo.
- j. En caso de pacientes con diagnóstico de hemofilia u otras coagulopatías que estén debidamente instruidos sobre auto infusión y conservación del

000983

27 MAR 2019

medicamento, de manera extramural, de igual manera se deberá cumplir con lo dispuesto en el literal anterior.

- k. Solo se aceptarán hojas de administración de medicamento en copia como evidencia de entrega, en los casos de administración de medicamento intramural, ya que el original hará parte de la historia clínica del paciente, en cambio los adhesivos y rótulos si deberán ser originales en todos los casos en que aplique este requisito.
- l. Cuando la prestación o el suministro del servicio o tecnología no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado ordenada y autoriza se trate de un medicamento debe contener: nombre del medicamento en su denominación común internacional o principio(s) activo (s) o combinado (s), concentración, forma farmacéutica, número de días de tratamiento, número de dosis al día y cantidad total.
- m. Cuando el servicio solicitado por el profesional de la salud corresponda a un servicio complementario o producto de soporte nutricional de tipo ambulatorio deberá adjuntar el acta de la Junta de Profesionales de la Salud debidamente diligenciada. Para el caso de medicamentos de la lista temporal de medicamentos con uso no incluido en registro sanitario además de la mencionada acta se deberá adjuntar el consentimiento informado firmado por el profesional de la salud que prescribió y el paciente o su representante.
- n. 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 en 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.
- o. En servicio de transporte (ambulancia o especial) es válida la hoja de traslado debidamente diligenciada y firmada por el personal que efectúa el traslado y de la entidad que recibe el usuario
Demás Soportes médico-asistenciales que justifiquen la pertinencia y la prestación del servicio o tecnología NO cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado prestada.

8. Para los recobros/cobros originados en fallos de tutela, además de los documentos y requisitos definidos en la presente resolución las entidades recobrantes deberán allegar: 1. El número de prescripción generado por la

000983

27 MAR 2019

herramienta tecnológica de reporte que soporta la presentación de la solicitud de recobro/cobro 2. Copia completa y legible del fallo de tutela, Con el nombre de la autoridad judicial, numero del radicado, el nombre e identificación del afiliado.

9. Agrupación de recobros/cobros. Las entidades recobrantes deberán realizar la agrupación del recobro/cobro, así: por proveedor o prestador de acuerdo con el origen del recobro/cobro. es decir, los prescritos por el profesional de la salud en la herramienta tecnológica para prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios. En un mismo formato de resumen de radicación por prestador deberá existir un número máximo de 150 facturas.

10. Acta debidamente diligenciada de la Junta de profesionales de la salud, en los casos requeridos por la normatividad vigente.

Artículo 7. VERIFICACIÓN, CONTROL, RECONOCIMIENTO Y PAGO DE LOS SERVICIOS O TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC

7.1 Etapas del proceso de verificación y control. Las solicitudes de recobro/cobro para pago surtirán un proceso de verificación y control a través de las siguientes etapas:

- 7.1.1. Pre-radicación
- 7.1.2. Radicación
- 7.1.3 Pre-auditoría
- 7.1.4. Auditoría Integral
- 7.1.5. Pago

7.1.1 Etapa De Pre-Radicación

El objeto de esta etapa es validar la información registrada por la EAPB que cobra o recobra contra la registrada en bases de datos, en aras de establecer la existencia del usuario, la consistencia de los códigos, la procedencia o no del reconocimiento del recobro/cobro.

Esta etapa inicia con la entrega de los formatos FRR-CR-P o FRR-CR-T (tutelas) medio magnético y las facturas en formato PDF, por parte de la EAPB que cobra o recobra, según las especificaciones establecidas en el manual de auditoría (anexo numero 4).

El registro de la información por parte de las EAPB que cobran o recobra se realizará durante el periodo comprendido entre el 1° (primero) a los 10° (decimo) días calendarios de cada mes.

000983

27 MAR 2019

Validación de la información registrada: el contenido de la validación de la información registrada por la entidad EAPB que recobra o cobra, se realizará teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

1. Estado de la afiliación del usuario al momento de la prestación del servicio (activo, retirado, fallecido).
2. Nivel del SISBEN
3. Prescripción de servicios y tecnologías en salud no financiados por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, verificado en la herramienta tecnológica dispuesta por el Ministerio de Salud y protección social.
4. Código Único de Medicamentos (CUM).
5. Código único de procedimientos (CUPS)

Resultados de la validación. Una vez superada la etapa de validación dispuestas en el sistema de información definido por la entidad territorial esta generará, un reporte detallando el resultado que podrá ser:

***Satisfactorio:** se genera un consecutivo para la radicación, el cual deberá anexarse al presentar formalmente la radicación de las cuentas de los servicios y tecnologías no incluidas en el Plan de beneficio del Régimen subsidiado.

***Rechazado:** se genera un reporte con las inconsistencias detectadas en el proceso de validación, tanto en estructura como en contenido. La EAPB deberá subsanar las inconsistencias generadas por el sistema de información y realizar nuevamente el proceso, hasta que el resultado sea nuevamente satisfactorio.

7.1.2 Etapa De Radicación

El objeto de esta etapa es presentar ante la Secretaría de Salud del Cesar, los Formatos solicitud de recobro/cobro que correspondan, junto con los Soportes en medio impreso, debidamente firmados por el representante legal. Los formatos solicitud de recobro/cobro deberán ser presentados en medio físico y en medio magnético, en la estructura definida por la secretaría de salud Departamental.

Cuando la entidad que cobra o recobra no aporte los formatos de solicitud de cobro o recobros y, no estén diligenciados todos los campos en su totalidad, los datos sean inconsistentes, no contenga la firma del representante legal o los formatos se presenten fuera del período de radicación establecido, la entidad territorial no radicará la solicitud presentada por la EAPB.

Presentación de los soportes. Los soportes de las solicitudes de recobro/cobro se presentarán en medio impreso, y de manera personal y presencial conforme a las especificaciones técnicas y plazos aquí definidos. No se aceptan radicaciones vía correo. Las únicas entidades autorizadas para la presentación de los soportes son las EAPB. En ningún caso se recibirán soportes presentados directamente por las IPS o proveedores.

000983

27 MAR 2013

Las EAPB que cobran o cobran deberán garantizar el envío, adecuado embalaje, foliado, calidad y nitidez de los documentos soportes de los cobros/cobros impresos físicos. Estos documentos deben allegarse organizados, foliados, en cajas debidamente rotuladas y en buen estado

En caso de cobro los soportes de las facturas deberán presentarse en el siguiente orden lógico:

- Formato de solicitud de radicación
- Factura original
- Factura copia
- Soporte de prescripción/tutela
- Fallo de tutela cuando el recobro sea generado por este
- Acta de Junta de profesionales (en los casos en los que aplique)
- Registros clínicos
- Evidencia de entrega

En caso de recobro los soportes de las facturas deberán presentarse en el siguiente orden lógico:

- Formato resumen de radicación
- Factura original EAPB
- Factura copia EAPB Factura copia de la IPS o proveedor de servicio o tecnología
- Constancia de pago al proveedor (transacción bancaria y egreso que detalle el o los números de facturas canceladas y el monto)
- Soporte de prescripción/tutela
- Acta de Junta de profesionales (en los casos en los que aplique)
- Registros clínicos (epicrisis, evolución medica y orden medica)
- Evidencia de entrega

7.1.3 Etapa De Preauditoría

El objeto de esta etapa es verificar que el recobro/cobro contenga los soportes exigidos para adelantar la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales aquí definidos y cotejar la información contenida en los soportes presentados.

Verificación de la efectiva prestación del servicio: La Secretaría de Salud Departamental se reserva el derecho de verificar la efectiva prestación del servicio a través de mecanismo y herramientas diseñadas para tal fin, como la teleauditoria (verificación telefónica) y visitas de campo a usuarios, familiares y/o cuidadores, auditoria a los proveedores, IPS Y EAPB, entre otras. Para lo cual dejará constancia de los hallazgos en medio físico y adjunto a la factura.

Cotejo de información y su resultado. Dentro de los cuarenta y cinco (45) días calendario siguientes a la radicación de las solicitudes de recobro/cobro que superaron las etapas de pre-radicación y radicación, La Secretaría de salud del

000983

27 MAR 2019

Cesar, cotejará el soporte documental con la información suministrada por la EPAB que cobra o recobra.

Se tendrán por no presentadas las solicitudes de recobro/cobro que presenten una o varias de las inconsistencias que a continuación se señalan:

1. Existencia de sobrantes o faltantes de solicitudes de cada recobro/cobro.
2. Inconsistencias en la identificación del usuario en los documentos que constituyen los requisitos generales para el proceso de verificación del recobro/cobro.
1. 3 Ausencia del número de prescripción asignado en el reporte de prescripciones de prestaciones no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC-S.
3. Ausencia de la factura o copia de la factura de venta o documento equivalente.
4. Ilegibilidad de los soportes del recobro/cobro.
5. Incumplimiento de requisitos generales o específicos de la EAPB que cobra o recobra.
6. Cuando se evidencie la falta de consistencia entre lo reportado en el medio magnético y los soportes documentales allegados en el cobro o recobro. Para tal efecto, la Secretaría de Salud Departamental, definirá los campos del anexo sobre los cuales se realizará esta validación.
7. Factura no cumple con requisitos legales
8. Inconsistencias en los documentos soportes presentados
9. El prestador de servicios de salud, o el servicio prestado no se encuentra habilitado, para lo cual verificará en el REPS, o proveedor de medicamentos no se encuentra autorizado por la Secretaría de Salud Departamental para la fecha de la prestación del servicio o tecnología no incluida en PNS del régimen subsidiado.
10. Inconsistencia en los valores registrados en la factura y el formato de radicación
11. No se evidencia descuento del homologado, comparador administrativo o de la cuota de recuperación según normatividad vigente.
12. La factura se encuentra extemporánea según los términos aquí definidos.
13. 14. los valores Registrados en la factura y el formato de radicación son inconsistentes.

En estos casos, el ente territorial, procederá a: I) Anular el número de radicación asignado a cada solicitud de recobro/cobro II) Informar a la entidad que cobra o recobra, a más tardar el día siguiente hábil a la finalización de la etapa de preauditoría, el resultado del cotejo y la fecha de citación para la entrega de la documentación, cuando a ello hubiere lugar.

7.1.4 Etapa De Auditoría Integral

Objeto de la etapa de auditoría integral. El objeto de la etapa de auditoría integral es la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de los recobros/cobros.

Los recobros/cobros que ingresen al proceso de auditoría integral se auditarán conforme al manual de auditoría que hace parte integral de la presente resolución. (Anexo 4).

La secretaría de salud departamental en desarrollo de la auditoría integral en determinados casos se reservará el derecho de solicitar documentos adicionales, que le permitan tener más claridad de la solicitud presentada.

Análisis de información y su resultado. Dentro de los cuarenta y cinco (45) días calendario siguientes a la finalización de la etapa de pre-auditoría de las solicitudes de recobro/cobro que superaron esta etapa, La Secretaría de salud del Cesar, auditará de manera integral la información contenida en facturas, documentos soportes y herramienta de prescripción MIPRES.

Requisitos esenciales para la etapa de auditoría integral. Para demostrar la existencia de la respectiva obligación y que por lo tanto, procede el reconocimiento y pago de la solicitud del recobro/cobro por parte de la Secretaría de Salud de Cesar, la entidad recobrante deberá acreditar el cumplimiento de los siguientes requisitos esenciales:

1. El usuario a quien se suministró la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC existía y le asiste el derecho.
2. La tecnología en salud prescrita no estaba cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC para la fecha de su prestación.
3. El servicio o la tecnología en salud sin cobertura en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC fue prescrita por un profesional de la salud u ordenada mediante un fallo de tutela
4. El servicio o la tecnología en salud sin cobertura en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC fue efectivamente suministrada al usuario.
5. El reconocimiento y pago del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC corresponde al Departamento del Cesar y se presenta por una única vez.
6. La solicitud del reconocimiento y pago del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se realiza al Departamento del Cesar en el término establecido.
7. Los datos registrados en los documentos que soportan el recobro/cobro son consistentes y se desarrollan de manera coherente respecto al usuario, la tecnología y las fechas, tanto en los soportes como en los medios magnéticos
8. El valor cobrado o recobrado se encuentra debidamente liquidado, soportado y conforme a la regulación vigente.

27 MAR 2019

000983

Resultado del proceso de auditoría integral. El resultado de la auditoría integral de las solicitudes de recobro/cobro será:

1. **Aprobado:** El resultado de auditoría aprobado tendrá las siguientes variables:

a. **Aprobado total:** Cuando todos los ítems del recobro/cobro cumplan con los requisitos señalados en la presente Resolución y en el manual de auditoría.

b. **Aprobado con reliquidación:** Cuando habiendo aprobado todos los ítems del recobro/cobro, el valor a pagar es menor al valor recobrado/cobrado, debido a que existieron errores en los cálculos del valor presentado por la EAPB.

2. **No aprobado:** Cuando la totalidad de ítems del recobro/cobro no cumplan con los requisitos señalados en la presente Resolución y en el manual de auditoría que se adopte para el efecto.

Comunicación de los resultados de auditoría a las EAPB que cobran o recobran: El resultado de la auditoría integral efectuada a las solicitudes de recobro/cobro se comunicará por el Ente territorial Cesar, al representante legal de la EAPB que radicó el cobro o recobro, así:

1. Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al cierre efectivo del proceso de verificación, mediante correo enviado a la dirección electrónica registrada por la EAPB, con copia a la IPS o proveedor en caso de cobros.
2. En documento físico que se enviará al domicilio informado por la misma, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes. Se conservará copia de la constancia de envío.

Contenido de la comunicación. La comunicación de los resultados de auditoría a las EAPB que cobra o recobra deberá contener la siguiente información:

1. Fecha de expedición de la comunicación.
2. Número que identifica el mes y el año
3. Resumen de la información de cantidad y valores de recobros/cobros por estado, número de factura, prestador y fecha de radicación.
4. Medio magnético con el consolidado de las facturas auditadas y los valores objetado y aprobados, causales de objeción de cada factura presentada por recobro/cobro, este se reportará a la dirección electrónica reportada en el formato de solicitud de radicación.

Objeción a la aplicación de glosas como resultado de la auditoría. La EAPB que cobra o recobra podrá objetar el resultado de la auditoría integral realizada a los recobros/cobros, únicamente dentro de los dos (2) meses siguientes al recibo

27 MAR 2019

000983

de la comunicación del resultado de dicha auditoría, precisando las razones de la objeción por cada uno de los ítems de cada uno de los recobros/cobros. En caso de que se presenten varias glosas a un mismo recobro/cobro, se deberán radicar y sustentar por una única vez la totalidad de las objeciones en el formato definido por el ente territorial.

La objeción incluirá el número de radicación y no podrá versar sobre nuevos hechos ni debatir asuntos diferentes a los contenidos en la comunicación enviada inicialmente. La respuesta de la objeción deberá ser radicada únicamente por la EAPB que radicó el cobro o recobro.

Subsanación a la aplicación de glosas como resultado de la auditoría.

Cuando la entidad que cobra o recobra acepte las glosas aplicadas como resultado del incumplimiento de alguno de los requisitos previstos en la auditoría integral realizada a los recobros/cobros, podrá enmendarlas únicamente dentro de los dos (2) meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado y sólo para el grupo de glosas definido en el manual de auditoría, precisando las razones por las cuales va a realizar la rectificación para cada uno de los ítems de cada uno de los recobros/cobros. En caso de que se presenten varias glosas a un mismo recobro/cobro y las mismas se acepten por la entidad recobrante y sean subsanables, se deberá radicar y sustentar por una única vez la totalidad de las correcciones.

La corrección deberá incluir el número de radicación asignado inicialmente, el número del acta con a que se generó la objeción y no podrá versar sobre nuevos hechos ni debatir asuntos diferentes a los contenidos en la comunicación enviada. Para el evento en que los documentos que subsanen las glosas no se encuentren dentro de los soportes del recobro/cobro, la entidad podrá anexar soportes adicionales a fin de subsanar dichas glosas, siempre que ello sea procedente conforme con el manual de auditoría. No serán válidas como respuesta "no acepto glosa u objeción", ya que en todos los casos se deberán argumentar o sustentar el motivo de la no conformidad.

Si la entidad que cobra o recobra considera que alguna(s) glosa(s) aplicada(s) se puede(n) desvirtuar con la información contenida en los soportes del cobro o recobro, deberá indicar el folio en el cual se encuentra el documento o la información; si por el contrario, los documentos que subsanan las glosas no están dentro de los soportes del cobro o recobro, la entidad podrá anexar soportes adicionales a fin de subsanar dichas glosas.

Las objeciones incluirán el número de identificación de la solicitud de recobro asignado inicialmente.

Las objeciones deberán ser respondidas y radicadas únicamente por la entidad que inicialmente radicó el cobro o recobro y deberá adjuntar el formato de respuesta a objeciones -RO-(ver anexo numero 3) adaptado por la secretaria de salud Departamental del Cesar, copia de la comunicación donde se notifica la

27 MAR 2019

000983

objección debidamente recibida (firmada y con fecha) por la entidad receptora y soportes que subsane o acepten la objeción.

Imposibilidad de realizar nuevas radicaciones como mecanismo de objeción o subsanación. Tanto la objeción a las glosas como la subsanación de las mismas, deberán efectuarse solamente mediante los mecanismos aquí definidos y deberá incluir el número único de radicación del recobro/cobro asignado inicialmente, sin que resulte posible realizar una nueva radicación.

Las glosas no objetadas y no subsanadas dentro de los dos (2) meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado de auditoría se entenderán en firme y por lo tanto no procederá reclamación alguna.

Respuesta a la objeción o subsanación del resultado de la auditoría presentada. La Secretaría de salud departamental Cesar, dará respuesta a la objeción o subsanación al resultado de la auditoría presentada por la entidad que cobra o recobrante, dentro de los dos (2) meses siguientes a la radicación del correspondiente documento. El pronunciamiento que se efectúe, se considerará definitivo.

Si después de respondida la objeción por la entidad que cobra o recobra, la entidad territorial ratifica su respuesta inicial, la EAPB deberá solicitar una cita para conciliación mediante comunicación escrita con los soportes requeridos ; en ningún caso podrá radicar nuevamente una respuesta a la objeción. En casos de cobros para efectos de conciliación la EAPB deberá solicitar la presencia de la IPS o proveedor del servicio

En todos los casos las objeciones deberán ser respondidas, radicadas y conciliadas, únicamente por la EAPB que radicó inicialmente el cobro/recobro, cuando la objeción sea imputable a la IPS o proveedor que prestó el servicio, la EPAB, deberá adjuntar la evidencia de la respuesta de la IPS o proveedor del servicio.

Artículo 8. TÉRMINOS Y PLAZOS

8.1 Término para la presentación de las solicitudes de recobro/cobro. a) Las entidades EAPB que cobran o recobran deberán adelantar las etapas de pre-radicación y radicación de las solicitudes de recobro/cobro ante la Secretaría de salud departamental Cesar dentro de los de tres (3) años a partir de la fecha de la prestación del servicio, de la entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente. Finalizado dicho plazo, sin haberse presentado la solicitud de cobro o recobro, prescribirá el derecho a recibir el pago y se extingue la obligación para el Departamento del Cesar b) El término para la caducidad de la acción legal que corresponda, se contará a partir de la fecha de la última comunicación de glosa impuesta en los procesos ordinarios de radicación, por parte del Departamento del Cesar.

8.2 Días habilitados para la radicación de las solicitudes de recobro/cobro.

Las entidades que cobran o cobran deberán radicar las solicitudes de recobro/cobro, de acuerdo con el cronograma, condiciones y cupos que establezca la Secretaría de Salud Departamental Cesar, quien, podrá establecer los cupos mensuales de radicación de recobros/cobros para cada entidad recobrante. Dichos cupos de radicación, se podrán establecer en función de los históricos relacionados con cantidades y valores de cobro/recobro, número de usuarios, tipo de recobros, régimen y los demás parámetros que se consideren relevantes para fijarlos.

8.3 Plazo para adelantar las etapas del proceso de preauditoría y auditoría integral de las solicitudes de recobro/cobro y efectuar el pago cuando sea procedente.

La Secretaría de salud departamental Cesar, deberá llevar a cabo las etapas de preauditoría y auditoría integral e informar de su resultado a la entidad Recobrante dentro de los tres (3) meses siguientes al vencimiento del período de radicación en el que fue presentado el correspondiente recobro/cobro.

8.4 Días habilitados para la radicación de las objeciones y subsanaciones.

El período habilitado para la radicación de las objeciones y subsanaciones de los resultados de auditoría corresponderá a los días dieciséis (16), diecisiete (17), dieciocho (18), diecinueve (19) y veinte (20) de cada mes. Aquellas objeciones y subsanaciones que cumplan los dos (2) meses para su presentación en días posteriores al día 20 del mes, se entenderán radicadas en tiempo, siempre y cuando se presenten en el período de radicación de objeciones inmediatamente siguiente.

Si el último día habilitado para la radicación de las objeciones y subsanaciones es un día no hábil, se podrán presentar solicitudes de recobro el día hábil siguiente al último día autorizado.

Artículo 9. PAGO DE LAS SOLICITUDES DE COBRO Y RECOBROS

Después de surtido el proceso de auditoría integral que se le realiza a las facturas radicadas por cobro o recobro y emitido el respectivo resultado, este se notifica al área financiera de las Secretaría de Salud Departamental, que es la encargada de notificar las objeciones y tramitar el pago de los valores no objetados así:

- Inicialmente el área financiera realiza un cotejo de los soportes y las operaciones matemáticas consignadas en el acta de auditoría.
- Superada esta etapa el secretario (a) de salud Departamental del Cesar, realiza la solicitud de disponibilidad presupuestal y posterior a la firma es llevado al despacho del Secretario General, para su firma y autorización. Este las remite a la Secretaría de hacienda- oficina de presupuesto de la Gobernación, para que sea expedida la disponibilidad presupuestal.
- Expedida la respectiva disponibilidad presupuestal, esta es remitida a la secretaria de salud nuevamente, para expedir la resolución de pago y reconocimiento de la deuda. Este acto administrativo es firmado y

aprobado por la Secretaría de Salud Departamental, luego es remitido al despacho del Señor Secretario General, en calidad de ordenador del gasto (delegado debidamente por el Gobernador del Cesar). Posteriormente el señor Secretario General remite la Resolución de pago a la oficina de archivo, para que le asigne al número y fecha, luego es enviada por esta a la Secretaría de Hacienda, Oficina de Presupuesto, para que sea elaborado y firmado el registro presupuestal y la continuación del proceso de pago.

El proceso de pago está sujeto a la disponibilidad de recursos con que disponga el Departamento para pagar los valores no objetados. De todas maneras los valores que no sean cancelados dentro de la vigencia de radicación deberán ser priorizados para pago en la siguiente vigencia.

El Departamento del Cesar financiará el pago de las solicitudes por recobro/cobro de tecnologías no pos, tal como lo define el artículo 3 de la resolución 1479 del 2015, con los recursos disponibles para tal fin.

Artículo 9. Monto a reconocer y pagar por cobros y recobros de tecnologías o servicios en Salud No tecnologías incluidas en el Plan de beneficios con cargo a la UPC del régimen subsidiado.

Reglas para determinar el valor a pagar por servicios o tecnologías. Las Entidades Territoriales deberán aplicar las siguientes reglas:

1. Si el precio del servicio o tecnología ha sido regulado por la entidad competente, el valor a reconocer será como máximo la diferencia entre el precio regulado y el valor calculado para la o las tecnologías incluidas en el Plan de beneficios con cargo a la UPC del régimen subsidiado del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo adoptado por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social u homólogos sugeridos por la Secretaría De Salud Del Cesar y las cuotas de recuperación acorde con lo dispuesto en el artículo 2.4.20 decreto 780 del 2016.
2. Si el valor facturado es inferior al precio máximo definido, igualmente se deberán aplicar los descuentos mencionados en el presente numeral.
3. Si el precio del servicio o tecnología no ha sido regulado por la autoridad competente, el valor a reconocer será la diferencia entre el valor facturado, las tarifas establecidas por la Secretaría de Salud Departamental y el valor calculado para las tecnologías incluidas en el Plan de beneficios con cargo a la UPC del régimen subsidiado del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo adoptado por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social u homólogos sugeridos por la Secretaría De Salud Del Cesar y las cuotas de recuperación acorde con lo dispuesto en el artículo 2.4.20 decreto 780 del 2016y el artículo 3 del Decreto 4877 de 2007 y del decreto 789 del 2016 o demás normas que lo modifiquen.

21 MAR 2019

000983

4. Cuando para el medicamento no incluido en el plan de beneficio del régimen subsidiado cobrado o recobrado se haya establecido un comparador administrativo u homólogos sugeridos por la Secretaría De Salud Del Cesar, el valor a reconocer y pagar por dicho concepto, será la diferencia entre el valor total facturado del medicamento suministrado y el monto calculado para el comparador administrativo.

5. Procedimientos de salud no incluidas en el Plan de beneficios con cargo a la UPC del régimen subsidiado, prescritos a través del aplicativo de reporte de prescripción -MIPRES-. El valor a reconocer y pagar por concepto de procedimientos de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (PBS), será el contemplado en el Manual Tarifario SOAT menos el 15% vigente a la fecha de prestación del servicio o a tarifas promedio del mercado, si no se encuentra descrito en este manual tarifario, si no existen referentes en el mercado factura de compra más el 12%; para este caso la factura del proveedor a quien se le compró la tecnología o suministro, debe cumplir con todos los requisitos definidos en el estatuto tributario y código de comercio vigente.

En todos los casos al valor resultante se le deducirá el valor de la cuota de recuperación que las entidades IPS hayan cobrado al afiliado de acuerdo con lo definido en la normatividad vigente y el valor del procedimiento homólogo incluida en el Plan de beneficios con cargo a la UPC del régimen subsidiado.

No se reconocerán variaciones posteriores del precio del servicio médico y prestación de salud, ni ajustes por inflación o cambio de anualidad.

En el proceso de auditoría integral se verificará que los insumos y dispositivos médicos cobrados o recobrados hagan parte de un procedimiento. No procederá el reconocimiento y pago de los insumos y dispositivos médicos que se recobren de manera independiente, salvo los definidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) o en actos administrativos del Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 9.1. Tarifas: Las tarifas a las que se obliga a facturar el proveedor de servicios y tecnologías No incluidas en el plan de beneficios del régimen subsidiado, como en las incluidas en el PBS con cargo a la UPC del régimen subsidiado (Homólogos y comparadores) son las siguientes:

1. Medicamentos No regulados por la autoridad competente: la Secretaría de salud Departamental publicará una lista de precios de los medicamentos de mayor frecuencia de uso; los medicamentos que son se encuentren en listado publicado, las EAPB, proveedores o prestadores deberán facturar a precio promedio franja naranja del listado vigente de precio publicado por el SISMED. Si el medicamento no está en ninguno de los listados anteriores, el proveedor o prestador de servicio deberá facturar a precio de

000983

27 MAR 2019

- factura de compra más un incremento del 12 (doce) por ciento, para lo cual deberá anexar como soporte, copia de la factura de compra expedida por el proveedor debidamente autorizado.
2. Si el servicio o tecnología, se trata de un dispositivo médico No regulados por la autoridad competente los proveedores o prestadores deberán facturar a precio de factura de compra más un incremento del 12 (doce) por ciento para lo cual deberá anexar como soporte, copia de la factura de compra expedida por el proveedor debidamente autorizado.
 3. Si el servicio o tecnología, se trata de un procedimiento contemplado en el Manual Tarifario SOAT, el valor a reconocer es la tarifa SOAT vigente a la fecha de prestación del servicio menos el 15%. Para los servicios o procedimientos que no se encuentren en el manual tarifario SOAT, se tendrá como referencia las tarifas del mercado. De todas maneras la factura deberá contener el valor individual del ítem cobrado, de ninguna manera la Secretaría de salud Departamental acepta montos globales de paquetes.

Artículo 10. TRANSITORIEDAD: en concordancia con el artículo 46 de la resolución 2438 del 2018, las entidades cobrantes y recobrantes, solo podrán radicar ante el Departamento del Cesar, facturación por concepto de tecnologías y servicios no financiados en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado, aprobadas a través de Comité Técnico Científico u ordenados a través de fallos de tutela, no realizados a través de la herramienta tecnológica Antes del 31 de marzo de 2019, a los usuarios del Departamento del Cesar, hasta el 1 de junio de 2019.

Las EPS garantizaran el suministro y entrega de las tecnologías y servicios no incluidos en el plan de beneficios con cargo a la UPC del régimen subsidiado, que fueron aprobados por vía COMITÉ TECNICO CIENTIFICO, u ordenados a través de fallos de tutela, no realizados a través de la herramienta tecnológica con anterioridad al 1 de marzo de 2019, teniendo en cuenta los plazos definidos para la entrega efectiva.

Dado en Valledupar, a los.

000983

27 MAR 20

JORGE JUAN OROZCO SANCHEZ
Secretario de Salud Departamento del Cesar

Proyectó: Dina Luz Gómez Mena

Revisó: Esmeralda Guardias

Revisión jurídica: Pedro Nel Martínez



EL GOBERNADOR DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR

CERTIFICA:

Que la auditoria para el reconocimiento y pago de las tecnologías en salud no financiadas por el plan de beneficios con cargo a la UPC del régimen subsidiado, radicados por las entidades cobrantes y recobrantes ante en el ente territorial, se realiza de manera interna.

Dado en Valledupar a los 27 días del mes de marzo, en cumplimiento a lo dispuesto en la resolución 2438 del 2018.



FRANCISCO FERNANDO OVALLE ANGARITA