

**MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTIA**

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO PARA RADICACIÓN DE SOLICITUDES DE RECOBROS POR MEDICAMENTOS, SERVICIOS MÉDICOS Y PRESTACIONES DE SALUD NO POS Y FALLOS DE TUTELA MYT-R

FORMATO RADICACIÓN DE SOLICITUDES DE RECOBROS CONSOLIDADO

1. No. CONSECUTIVO PARA RADICACIONES DE ENTIDAD RECLAMANTE: Registre el número interno asignado por cada Entidad Administradora de Planes de Beneficios al consolidado de solicitudes de recobro (para efectos de su control y seguimiento)

2. FECHA RADICACIÓN: Uso exclusivo del Administrador Fiduciario de los recursos del FOSYGA.

3. No. RADICADO: Uso exclusivo del Administrador Fiduciario de los recursos del FOSYGA.

I. DATOS DE LA ENTIDAD

4. TIPO DE ENTIDAD: Marque con una (X) a que tipo de entidad corresponde cada Entidad Administradora de Planes de Beneficios.

5. RAZON SOCIAL: Registre el nombre completo de la Entidad reclamante seguido de la sigla, conforme al certificado de existencia y representación legal.

6. CODIGO: Escriba el Código asignado por la Superintendencia Nacional de Salud.

7. NIT: Escriba el número de identificación de cada Entidad Administradora de Planes de Beneficios, asignado por la Cámara de Comercio (sin guión).

8. DIRECCIÓN: Escriba la dirección completa del domicilio de la sede principal de la entidad que recobra o de la oficina o sede a la cual se pueden dirigir comunicaciones sobre la solicitud de recobro.

9. DEPARTAMENTO: Escriba el departamento en el

cual se encuentra ubicada la sede principal de la entidad que recobra o de la oficina o sede a la cual se pueden referir comunicaciones sobre la solicitud de recobro.

10. COD: Escriba el código del departamento que corresponda conforme a los datos de los numerales 8 y 9 inmediatamente anteriores.

11. TELEFONO: Escriba el número telefónico de la sede principal de la entidad que recobra o de la oficina o sede a la cual se pueden referir comunicaciones sobre la solicitud de recobro.

12. MUNICIPIO: Escriba la ciudad en el cual se encuentra ubicada la sede principal de la entidad que recobra o de la oficina o sede a la cual se pueden referir comunicaciones sobre la solicitud de recobro.

13. COD: Escriba el código del municipio que corresponda conforme al dato del numeral 12 inmediatamente anterior.

II. CONSOLIDADO POR CAUSA

14. No. DE RECOBROS: Escriba el número de recobros que corresponda según la causa del mismo, conforme al resumen del Anexo No. 1 de este formato; se acepta un máximo de 600 recobros por causa por formato de radicación de solicitudes de recobros; las causas son:

- 01 Tutelas por períodos de carencia
- 02 Tutelas por Servicios No POS
- 03 Tutelas por Medicamentos NO POS
- 04 Tutelas por Servicios en el exterior
- 05 Tutelas por otras causas
- 06 Medicamentos, Servicios médicos y Prestaciones de Salud NO POS-CTC.
- 07 Tutelas por tratamiento integral

15. VALOR: Escriba el valor total recobrado por causa de recobro conforme al resumen del Anexo No. 1 de este formato.

16. No. TOTAL DE FOLIOS ANEXOS: Escriba el número total de folios que soportan los recobros incluidos en el formato radicación de solicitudes de recobros consolidado, incluyendo los formatos MYT-01 y MYT-02.

III. DECLARACIÓN DE LA ENTIDAD

17. El formato radicación de solicitudes de recobros consolidado, debe estar firmado por el representante legal de la entidad reclamante o por su apoderado, con poder debidamente otorgado.

NOTAS:

SI EL ANEXO No. 1 DE ESTE FORMATO Y/O LOS FORMATOS MYT-01 Y MYT-02 SE PRESENTAN EN MEDIO MAGNÉTICO, DEBERÁ TRAMITARSE LA INFORMACIÓN RELACIONADA EN EL NUMERAL 4) DE LA DECLARACIÓN DE LA ENTIDAD, ASÍ:

- a) **NOMBRE ARCHIVO: CODIGO ENTIDAD SNS MAS FECHA PRESENTACIÓN (DDMMAAAA)**
- b) **TAMAÑO DEL ARCHIVO EN MB**
- c) **SERIAL DEL MEDIO MAGNÉTICO, EL CUAL DEBERÁ CORRESPONDER AL NÚMERO IMPRESO POR EL FABRICANTE EN EL CD.**

LA CLASIFICACIÓN POR CAUSA DE LOS RECOBROS DEBE REALIZARSE POR EL ASUNTO QUE ORIGINÓ LA TUTELA, EL CUAL DEBERÁ PRIMAR INDEPENDIEMENTE DE LO ORDENADO EN EL FALLO. CUANDO NO SEA CLARO EL ASUNTO QUE ORIGINÓ LA TUTELA O CORRESPONDA A USUARIOS NO AFILADOS A LA ENTIDAD

Comentario [W1]: Preguntar si se puede cambiar la cantidad de 600 para el validaro

**MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTIA
INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO PARA RADICACIÓN DE SOLICITUDES DE RECOBROS POR MEDICAMENTOS, SERVICIOS MÉDICOS Y
PRESTACIONES DE SALUD NO POS Y FALLOS DE TUTELA
MYT-R**

**ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS
RECOBRANTE, SE DEBERÁ CLASIFICAR EN CAUSA
05, EXCEPTO CUANDO EL FALLO ORDENE
TRATAMIENTO INTEGRAL, EVENTO EN EL CUAL SE
CLASIFICARA EN CAUSA 07.**