



RESOLUCION _____ DE 2015

Por la cual se reglamentan el Procedimiento de cobro ante la **SECRETARIA DE SALUD DEL META**, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS, autorizados por CTC y por fallos de tutela.

EL SECRETARIO DE SALUD DEL META

En uso de sus facultades legales y reglamentarias en especial el Decreto 0496 de 2012 artículo primero, nombrado mediante Decreto N° 0168 del 01 de abril de 2013

CONSIDERANDO

Que la Constitución Política de Colombia en su Artículo 49 establece "La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado". En consecuencia corresponde a un servicio que asume directa o indirectamente el Estado.

La Ley 715 de 2001 artículo 43.2 establece que corresponde al Departamento asumir la gestión para 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. Así mismo financiar, si es necesario, tales servicios.

Los servicios no incluidos en el POS no serán asumidos por las EPS, sino por el Estado, de conformidad con Ley 100/93, Ley 1122/2007, Ley 1438/2011; pues no están incluidos en la UPC que transfiere el Estado a los administradores del régimen subsidiado principalmente. Tales servicios son recobrados por las EPS al FOSYGA o a las entidades territoriales, dependiendo la decisión judicial que lo especifique.

Las EAPB que tiene afiliados al Régimen Subsidiado, deberá garantizar el suministro del servicio de salud aun en lo NO POS cuando esté autorizado por el Comité Técnico Científico (CTC), en tal caso podrá recobrar al FOSYGA o a la entidad territorial; tal como lo establece el artículo 11 de la Resolución 5395 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud.

Que la entidad territorial tiene la potestad o facultad para reglamentar el procedimiento de recobro que le aplica, de conformidad con la Resolución 1479 de 2015 en su Artículo 4 que reza lo siguiente:

"Evaluación de la situación en salud. El Departamento o distrito analizará la situación en salud de cada territorio, las capacidades técnicas, operativas y financieras y con base en éstas adoptará uno de los dos modelos establecidos en los capítulos I y II establecidos en el título I para la garantía de la prestación de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados al régimen subsidiado, o de acuerdo con sus necesidades, creará mediante acto administrativo, un modelo integrado siguiendo las reglas establecidas para cada uno de los modelos definidos garantizando el flujo de recursos oportuno para los prestadores de servicios de salud"

Tal facultad reglamentaria se encuentra establecida desde la Constitución Política de Colombia artículo 298, así como el régimen departamental (Decreto 1222 de 1986) al establecer que los departamentos son autónomos administrativamente, por lo cual podrán reglamentar lo que no esté en la ley, así mismo la Ley 10 de 1990 artículo 11 establece que corresponde a la Secretaría departamental de Salud dirigir y coordinar el sector salud en su jurisdicción.

Así mismo el artículo 16 del Decreto – Ley 1281 de 2002, establece que corresponde a la entidad territorial asegurar el flujo de recursos para el pago de los servicios de salud prestados a la PPNA.

En adelante se ha de interpretar que lo no reglamentado por el Departamento del Meta en la



RESOLUCION _____ DE 2015

Por la cual se reglamentan el Procedimiento de cobro ante la **SECRETARIA DE SALUD DEL META**, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS, autorizados por CTC y por fallos de tutela.

presente resolución o actos administrativos que a futuro lo modifiquen, complementen o sustituyan, se aplicará por analogía la normatividad establecida por el Gobierno Nacional para los recobros: Resolución 5395 2013, Decreto 2496/2006, y demás normas vigentes, en especial respecto de los CTC, formatos, y demás.

Que la Secretaría de Salud del Meta ha venido aplicando la Resolución 1027 emitida por ésta Secretaría con fecha del 13 de Junio de 2014.

Se tiene certeza que todas las EPS que cobran al departamento cuentan con oficinas, principalmente en Villavicencio, aunque tengan afiliados en cualquiera de sus 29 municipios, por lo cual las reclamaciones se tramitan directamente en la capital del departamento; así mismo las IPS públicas y privadas con servicios médicos o de salud de media y alta complejidad, que son los eventos NO POS, se ubican en Villavicencio y Granada, en ocasiones se remite fuera del departamento tan solo a Bogotá; estos sitios de prestación de servicios se encuentran cerca a la capital del departamento del Meta; todo lo cual indica que los tiempos de radicación pueden ser expeditos.

Qué entrada en vigencia la resolución 1479 de 2015, se hace necesario expedir un acto administrativo que especifique el procedimiento para cobro y pago de servicios y tecnologías no cubiertas en el POS a los afiliados al régimen subsidiado.

Por lo anterior,

RESUELVE

Artículo 1°. Elección Del Modelo. El modelo adoptado por la Secretaría de salud del Meta es: "Garantía de la prestación de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a través de las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado".

Las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen subsidiado deben garantizarles el acceso efectivo a los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, autorizados por CTC u ordenados por autoridad judicial, para lo cual dentro de los dos (2) días siguientes al recibo de la autorización emitida por el CTC, definirán el prestador de servicios de salud que brindará dichos servicios, de acuerdo con su red contratada.

Parágrafo: El modelo elegido podrá ser ajustado conforme a las necesidades para la garantía de la prestación de los servicios NO POS autorizados por CTC o fallos de tutela.

Artículo 2°. Autoridad ante quien se cobra: Las solicitudes de cobro deberán radicarse en las instalaciones de la Secretaría de Salud del Meta ubicadas en Villavicencio; las cuales radicarán en la Ventanilla Única de la Secretaria de Salud del Meta, se tramitarán inmediatamente a la Oficina de Cuentas Médicas; personal que será responsable por la adecuada recepción, trámite, auditoria, comunicación, y tramite de pago cuando hubiere lugar.

Parágrafo: La Oficina de Cuentas Médicas asignará un nuevo número de radicación, consecutiva, radicación que será comunicado o precisado al auditor y al recobrante en su oportunidad

Artículo 3. Presentación de las Solicitudes de Cobro. Las EPS que tengan afiliados al Régimen subsidiado presentaran ante la entidad territorial los documentos que soportan los requisitos exigidos para el cobro junto con la factura de servicios o documento equivalente emitido por la IPS sin haber sido pagada. Los servicios o tecnologías sin cobertura en el POS que superen la etapa



RESOLUCION DE 2015

Por la cual se reglamentan el Procedimiento de cobro ante la **SECRETARIA DE SALUD DEL META**, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS, autorizados por CTC y por fallos de tutela.

de verificación y control serán pagados directamente por la entidad territorial al prestador de salud que los haya suministrado.

Parágrafo: La EPS deberá comunicar al ente territorial el monto a cancelar por cada evento cubierto por servicios o tecnologías no cubiertas en el POS; y conforme a lo establecido en el artículo 21 de ésta resolución, cuando haya lugar.

Artículo 4º. Requisitos generales para la presentación de las solicitudes de cobro. Las solicitudes de cobro ante la Secretaria de Salud del Meta (SSM) por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el POS y autorizados por el Comité Técnico-Científico o por fallos de tutela, deberán diligenciarse en el formato "FORMULARIO RADICACION DE SOLICITUDES DE RECOBROS" y su anexo "RELACION DE SOLICITUDES DE RECOBRO" que se adopten por el Gobierno Nacional.

Siempre que se mantengan actualizados o vigentes de acuerdo con los términos que a continuación se señalan, no requerirán acompañar a cada solicitud, los siguientes documentos:

- a) Certificado de existencia y representación legal de la EPS-S, con fecha de expedición no mayor a treinta (30) días. Este documento deberá remitirse a la Oficina de Cuentas Médicas de la SSM cada seis (6) meses o cada vez que se modifique la representación legal.
- b) Poder debidamente otorgado si actúa por intermedio de apoderado. Este poder deberá actualizarse cada vez que se modifique con ocasión de la renuncia o sustitución.
- c) Lista de precios vigente de medicamentos, insumos y/o dispositivos del Plan Obligatorio de Salud - POS de los proveedores de la entidad. Este documento deberá actualizarse cada vez que se presente alguna novedad, evento en el cual, deberán ser remitidos dentro de los quince (15) días siguientes a la ocurrencia de la misma.
- d) Certificación de los integrantes del CTC registrado ante la Superintendencia Nacional de Salud. Esta certificación deberá actualizarse cada vez que se modifique uno o varios de los integrantes del Comité, previo registro ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- e) El Plan General de cuotas moderadoras y copagos aplicables a sus afiliados, el cual deberá actualizarse dentro de los quince (15) días siguientes a su fijación o modificación anual.
- f) La certificación de cumplimiento del reporte trimestral al Sistema de Información de Precios de Medicamentos, SISMED, de los precios de compra medicamentos, expedida por el SISMED en la que se indique que el archivo fue procesado exitosamente

Artículo 5º. Requisitos especiales de la solicitud de cobros por medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el POS y autorizados por el Comité Técnico-Científico. La solicitud de cobro ante la Secretaria de Salud del Meta por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud, no incluidos en el POS y autorizados por el Comité Técnico-Científico, debe presentarse a través de la Ventanilla Única de la SSM, en el horario y conforme a la disponibilidad de esa oficina.

A la solicitud diligenciada en el formato "FORMULARIO RADICACIÓN DE SOLICITUDES DE RECOBROS" y su anexo, deberán acompañarse los siguientes documentos en forma clara y legible, de lo contrario será causal de devolución o rechazo:



RESOLUCION _____ DE 2015

Por la cual se reglamentan el Procedimiento de cobro ante la **SECRETARIA DE SALUD DEL META**, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS, autorizados por CTC y por fallos de tutela.

a) Formato de "SOLICITUD DE RECOBRO POR CONCEPTO DE MEDICAMENTOS, SERVICIOS MÉDICOS O PRESTACIONES DE SALUD NO POS-CTC", numerada consecutivamente por cada paciente, el cual se adopta en la presente resolución y que deberá diligenciarse en su totalidad;

b) Una copia del acta del CTC donde se determine y concluya la autorización respectiva del medicamento, servicio médico o prestación de salud no incluido en el Manual Vigente de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud o en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del SGSSS. El acta deberá contener:

(i) La fecha de elaboración y número del acta.

(ii) Los datos de identificación del afiliado o paciente.

(iii) El diagnóstico, descripción y código, según la clasificación internacional de enfermedades vigente y análisis del caso objeto de estudio; o CUPS, o CUM, cuando sea el caso.

(iv) Un resumen de las prescripciones u órdenes médicas y justificación o justificaciones efectuadas por el médico tratante, identificando el nombre del médico, la fecha de las prescripciones u órdenes médicas y demás datos consignados en la misma, así como Justificación del medicamento, servicio médico o prestación de salud No POS.

(v) Del medicamento, servicio médico o prestación de salud no POS:

- a) Del o los medicamentos: el nombre del medicamento en su denominación común internacional, identificar su grupo terapéutico, principio(s) activo(s) individuales o combinados, concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/ día y cantidad autorizada, identificando el código CUM completo de conformidad con la Resolución 255 de 2007 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.
- b) Del o los servicios médicos y prestaciones de salud únicos: identificar el objetivo (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación).
- c) Del o los servicios médicos y prestaciones de salud únicos, pero que deben ser repetidos: el objetivo (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación), motivo (por qué se requiere nueva evaluación, por complicación, recurrencia de la afección o presunta mala praxis).
- d) Del o los servicios médicos y prestaciones de salud sucesivos, objetivo, frecuencia de uso, cantidad autorizada y tiempo total autorizado.
- e) De las actividades, procedimientos e intervenciones deberá indicarse el código CUPS, si estos no están incluidos en el código CUPS, deberá indicarse el código interno del proveedor.
- f) De los insumos, dispositivos biomédicos y productos biológicos deberá indicarse el código interno del proveedor.

(vi) La identificación del medicamento o de los medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del mismo grupo terapéutico que se reemplazan o sustituyen, con la descripción de su principio(s) activo(s), concentración y forma farmacéutica, y el número de días/tratamiento y dosis/día equivalentes al medicamento autorizado o negado.

(vii) La identificación del o los servicios médicos y prestaciones de salud incluidas en el Plan Obligatorio de Salud, objetivo, frecuencia de uso, cantidad y tiempo total, que se reemplazan o sustituyen en el Plan Obligatorio de Salud equivalentes al o los servicios Médicos y prestaciones de salud autorizados o negados.



RESOLUCION 1124 DE 2015

05 JUN 2015

Por la cual se reglamentan el Procedimiento de cobro ante la **SECRETARIA DE SALUD DEL META**, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS, autorizados por CTC y por fallos de tutela.

(viii) En el caso de que no existan en el Manual de actividades, intervenciones y procedimientos del POS, servicios médicos o prestaciones de salud que se puedan considerar reemplazados o sustituidos por el servicio médico o prestación de salud No POS autorizados por el CTC debe quedar manifiesta esta situación en el Acta, soportada en la evidencia científica y condiciones establecidas por el médico tratante.

(ix) La verificación del cumplimiento de los criterios de evaluación y autorización contenidos en la presente resolución, certificando que éstos han sido constatados en resumen de atención o epicrisis, historia clínica del afiliado o paciente.

(x) La decisión adoptada frente al suministro del medicamento, servicio médico o Prestación de salud, la cual, en caso de definir su no autorización, deberá indicar la justificación técnica y normativa que la soporta.

(xi) Nombre y firma de los integrantes del CTC. Para el o los médico(s) integrante(s) se requiere el número del registro médico.

c) Copia simple de la factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor, la cual debe ceñirse a lo establecido en el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario. Constancia de pago, salvo cuando al momento de radicación de la solicitud, el proveedor de tecnologías en salud NO POS se encuentre incluido dentro del listado de proveedores que resulte de la aplicación de la metodología que para el efecto defina la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, o que se encuentren habilitados en el REPS ante la SSM. La factura o documento equivalente, debe identificar:

- (i) La entidad responsable del pago (EPS-S).
- (ii) La identificación del afiliado al cual se suministró el medicamento, servicio médico o prestación de salud.
- (iii) Código, descripción, valor unitario y total
- (iv) Cantidad del medicamento, servicio médico o prestación de salud
- (v) Valor unitario
- (vi) Valor Total

Cuando en la factura no esté detallada la atención, se debe anexar el detalle de cargos.

Cuando la factura incluya el tratamiento de más de un afiliado, deberá señalar en forma desagregada la relación que enuncie: el medicamento, servicio médico o prestación de salud, la cantidad y el valor facturado para cada afiliado certificado por el proveedor.

En el evento que se realicen compras al por mayor y al proveedor le sea imposible identificar al paciente a quien le fue suministrado, el representante legal de la EPS-S deberá certificar bajo la gravedad de juramento tal circunstancia, indicando a qué factura imputa el respectivo medicamento, servicio médico o prestación de salud;

d) Copia de la orden y/o fórmula médica, elaborada por el médico tratante con firma y registro médico. La fórmula médica deberá ajustarse a lo estipulado en el capítulo cuarto del Decreto 2200 de 2005 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o deroguen.

e) Documento que evidencie la entrega del medicamento, servicio médico o prestación de salud:

(i) De tipo ambulatorio: Podrá ser la factura, la fórmula médica, la orden médica, o formato



RESOLUCIÓN 1124 DE 2015

05 JUN 2015

Por la cual se reglamentan el Procedimiento de cobro ante la **SECRETARIA DE SALUD DEL META**, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS, autorizados por CTC y por fallos de tutela.

diseñado para tal efecto por la EPS-S que deberá ser firmado por el paciente, su representante, responsable o acudiente con número de identificación como constancia de recibido.

(ii) En atención inicial de urgencias: Copia del informe de atención inicial de urgencias

(iii) En atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía (hospitalaria o ambulatoria): Resumen de atención o epícrisis.

f) En el evento de que el medicamento no contenido en el listado vigente no sea prescrito en la denominación común internacional, tal como lo prescribe el artículo 16 del Decreto 2200 de 2005 y los artículos 38 y 42 del Acuerdo 08 de 2009 de la CRES y demás normas que los modifiquen, deberá acompañarse de la justificación de la necesidad médica del medicamento en su denominación de marca cuando la autorización cumpla con las condiciones de calidad, seguridad y comodidad para el paciente, y que tal decisión se funda en la opinión científica de expertos en la respectiva especialidad y los efectos que concretamente tendría el tratamiento o el medicamento en el paciente. Copia de esta justificación deberá remitirse al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, INVIMA, salvo cuando el medicamento de marca prescrito corresponda al único principio activo disponible, a la SSM allegará constancia de radicación de esa copia.

Parágrafo 1. Los documentos de que trata este artículo para cada solicitud de cobro deberán estar debidamente legajados y foliados con sujeción estricta al orden señalado, en el presente artículo.

Parágrafo 2. La entidad reclamante deberá garantizar el adecuado embalaje y envío de los cobros, la calidad y nitidez de los documentos de soporte.

Parágrafo 3. Para determinar y acreditar ante la SSM si la prestación del servicio suministrada al afiliado se encuentra o no incluido en el Plan de Beneficios, los Comités Técnicos Científicos de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado deberán:

Observar los acuerdos y demás actos administrativos de las autoridades nacionales en salud que precisen los contenidos del plan de beneficios, aplicar los criterios por el Comité de Definición de Criterios y Lineamientos Técnicos para el Reconocimiento de Tecnologías en Salud NO POS del Ministerio de Salud, creado por el artículo 44 de la Resolución 5395 de 2013, aplicar los criterios de la Dirección de Regulación de Beneficios Costos y Tarifas de Aseguramiento en salud. Si la tecnología en salud frente a la cual se requiera la definición, no se encuentra dentro de las analizadas por el Comité de Definición de Criterios y Lineamientos Técnicos para el Reconocimiento de Tecnologías en Salud NO POS ni dentro de los conceptos emitidos por la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas, las EPS-S deberán solicitar a la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas ya mencionada, la emisión de un concepto sobre el particular.

Artículo 6º. Requisitos especiales de la solicitud de cobros originados en fallos De tutela. Toda solicitud de cobro que deba ser reconocida y pagada por la SSM, por concepto de fallos de tutela, deberá presentarse a través de la Ventanilla Única de la SSM, en el horario y conforme a la disponibilidad de esa oficina.

A la solicitud diligenciada en el formato "FORMULARIO RADICACION DE SOLICITUDES DE RECOBROS" y su anexo, deberán acompañarse los siguientes documentos en forma clara y legible, de lo contrario será causal de devolución o rechazo:

a) Formato de "SOLICITUD DE RECOBRO POR CONCEPTO DE PRESTACIONES ORDENADAS POR FALLOS DE TUTELA" numerada consecutivamente por cada paciente, el cual se adopta en la presente resolución y que deberá diligenciarse en su totalidad, indicando para medicamentos el



RESOLUCION _____ DE 2015

Por la cual se reglamentan el Procedimiento de cobro ante la SECRETARIA DE SALUD DEL META, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS, autorizados por CTC y por fallos de tutela.

código CUM completo de conformidad con la Resolución 255 de 2007 o la norma que lo modifique adicione o sustituya, para actividades, procedimientos e intervenciones el código CUPS, si estos no están incluidos en el código CUPS, deberá indicarse el código interno del Proveedor. Para los insumos, dispositivos biomédicos, y productos biológicos deberá indicarse el código interno del proveedor.

b) Copia del fallo de tutela. Para cuentas consecutivas originadas en el mismo fallo, se relacionará el número de radicado de la primera cuenta presentada en la cual se anexó la primera copia del fallo.

c) Copia del formato "negación de servicios de salud y/o medicamentos" expedido por la Superintendencia Nacional de Salud o el Acta del CTC que negó el suministro del medicamento, servicio médico o prestación de salud No POS, en forma previa a la acción de tutela.

d) Documento que evidencie la entrega del medicamento, servicio médico o prestación de salud:

(i) De tipo ambulatorio: Podrá ser la factura, la fórmula médica, la orden médica, o formato diseñado para tal efecto por la EPS-S que deberá ser firmado por el paciente, su representante, responsable o acudiente con número de identificación como constancia de recibido.

(ii) En atención inicial de urgencias: Copia del Informe de atención inicial de urgencias.

(iii) En atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía (hospitalaria o ambulatoria): Resumen de atención o epícrisis.

e) Copia simple de la factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor, la cual debe ceñirse a lo establecido en el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario. La factura o documento equivalente, debe identificar:

(i) La entidad responsable del pago (EPS-S).

(ii) La identificación del afiliado al cual se suministró el medicamento, servicio médico o prestación de salud.

(iii) Código, descripción, valor unitario y total

(iv) Cantidad del medicamento, servicio médico o prestación de salud

(v) Valor unitario

(vi) Valor Total

Cuando en la factura no esté detallada la atención, se debe anexar el detalle de cargos. Cuando la factura incluya el tratamiento de más de un afiliado, deberá señalar en forma desagregada la relación que enuncie: El medicamento, servicio médico o prestación de salud, la cantidad y el valor facturado para cada afiliado certificado por el proveedor;

Parágrafo 1º. Los documentos de que trata este artículo para cada solicitud de cobro deberán estar debidamente legajados y foliados con sujeción estricta al orden señalado en el presente artículo.

Parágrafo 2º. La entidad reclamante deberá garantizar el adecuado embalaje y envío de los cobros, la calidad y nitidez de los documentos de soporte.

Artículo 7º. Término para presentar las solicitudes de cobro. Las Entidades Promotoras de Salud deberán tramitar y presentar en debida forma las solicitudes de cobro ante la SSM por concepto de Medicamentos, servicio médico o prestación de salud, autorizados por CTC y fallos de tutela, dentro de los seis (6) meses siguientes a la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento, según corresponda; y sin perjuicio que vencido éste término las



RESOLUCION 1124 DE 2015

05 JUN 2015

Por la cual se reglamentan el Procedimiento de cobro ante la **SECRETARIA DE SALUD DEL META**, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS, autorizados por CTC y por fallos de tutela.

EPS-S pueda acudir a otros entes pagadores de servicios.

Para efectos de los cobros por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el POS autorizados por el CTC y fallos de tutela, se tendrá en cuenta la fecha del suministro efectivo del medicamento, servicio médico o prestación de salud o la fecha de radicación de la factura ante las EPS-S por parte del proveedor o la fecha del fallo de tutela para el caso de cobros ordenados por decisiones judiciales.

En aquellos eventos que autoricen u ordenen prestaciones sucesivas, el plazo previsto para radicación de cobro se contará a partir del momento en que se suministre el medicamento, servicio médico o prestación de salud, según sea el caso, o la fecha de radicación de la factura ante las EPS-S por parte del proveedor.

Se tomará para este efecto, la última fecha de cualquiera de los anteriores hechos.

Artículo 8º. Término para estudiar la procedencia y el pago de las solicitudes de cobro. La SSM adelantará el estudio de la solicitud de cobro e informará a la entidad reclamante el resultado del mismo, dentro de los dos (2) meses siguientes a su radicación, plazo dentro del cual se iniciará el trámite de pago de las solicitudes de cobro presentadas oportunamente y en debida forma.

Como resultado del estudio, las solicitudes de cobro podrán ser objeto de rechazo, devolución, aprobación condicionada, inconsistencia o aprobación para pago.

Artículo 9º. Término para radicar las solicitudes de cobro. Las EPS-S deberán presentar las solicitudes de cobro dentro de los veinte (20) primeros días calendario de cada mes; documentos físicos debidamente organizados, legajados y foliados.

Parágrafo 1: Cuando se pretenda radicar por fuera del término mencionado, la Oficina de Ventanilla Única no recibirá la solicitud; si a pesar de lo anterior, la solicitud llegare a la Oficina de Cuentas Médicas, ésta deberá devolver la solicitud a las EPS-S sin revisión de fondo alguna.

Parágrafo 2: Aquellos cobros que, transcurrido el término de los quince (15) días calendario de radicación ante la SSM se les venza el término de los seis (6) meses señalados en la presente resolución, se entenderán presentados oportunamente, siempre y cuando, su radicación se efectúe dentro de los primeros quince (15) días calendario del mes siguiente.

Artículo 10º. Causales de rechazo de las solicitudes de cobro. Las solicitudes de cobro ante la SSM por concepto de medicamentos, servicio médico o prestación de salud No POS autorizados por CTC o por fallos de tutela serán rechazadas en forma definitiva, por las causales y códigos que se señalan a continuación:

- a) Cuando fueren presentadas en forma extemporánea de conformidad con la presente resolución y de acuerdo con las fechas establecidas en éste procedimiento.(Código 1-01).
- b) Cuando el fallo de tutela no otorgue posibilidad de cobro ante Secretaría de Salud del Meta (Código 1-02).
- c) Cuando el medicamento, servicio médico o prestación de salud objeto de la solicitud de cobro no corresponda a lo ordenado por el fallo de tutela o al autorizado por el CTC, según el caso (Código 1-03).
- d) Cuando los valores objeto de cobro ya hayan sido pagados por la SSM (Código1-04).
- e) Cuando no se anexe al cobro la factura del proveedor o prestador del servicio. (Código 1-05).
- f) Cuando al cobro no se adjunta copia del fallo o fallos de tutela (Código 1-06).



RESOLUCION 1124 DE 2015

Por la cual se reglamentan el Procedimiento de cobro ante la **SECRETARIA DE SALUD DEL META**, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS, autorizados por CTC y por fallos de tutela.

g) Cuando al cobro no se aporta el Acta del CTC (Código 1-07).

Parágrafo. Las causales previstas en los literales f) y g), no serán aplicables cuando se trate de cobros por prestaciones sucesivas y dichos documentos fueron aportados en la primera solicitud.

Artículo 11º. Causales de devolución de las solicitudes de cobro. Las solicitudes de cobro ante la SSM por concepto de medicamentos, servicio médico o prestación de salud No POS autorizados por CTC o por fallos de tutela, quedarán en estado devuelto, por las causales y códigos que se señalan a continuación:

i) Las causales generales de devolución aplicables a todas las solicitudes de cobro serán las siguientes:

- a) Cuando el cobro no corresponde con lo facturado por el proveedor (Código 2-01);
- b) Cuando la factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario (Código 2-02);
- c) Cuando en el cobro no se indique correctamente el código del medicamento, servicio médico o prestación de salud No POS autorizado por CTC o por fallo de tutela y entregado al afiliado (Código 2-19), así:
- d) Medicamentos: Código CUM
- e) Actividades, procedimientos e intervenciones: Código CUPS.
- f) Actividades, procedimientos e intervenciones no incluidos en el código CUPS: código interno del proveedor.
- g) Insumos, dispositivos biomédicos, productos biológicos: código interno del proveedor.
- h) Cuando la entidad que cobra no acredite el cumplimiento del último reporte al Sismed (Código 2-20)

ii) Las causales de devolución aplicables a los cobros por medicamentos, servicio médico o prestación de salud No incluidos en el POS autorizados por el CTC serán:

- a) Cuando no hay evidencia de la entrega del medicamento, servicio médico o prestación salud No Pos al paciente. (Código 2-03);
- b) Cuando el contenido del Acta del Comité Técnico-Científico, no registre la fecha de realización del Comité (Código 2-04);
- c) Cuando el contenido del Acta no registre la fecha de solicitud (Código 2-05);
- d) Cuando el contenido del Acta del CTC no contiene la justificación médica (Código 2-06);
- e) Cuando el contenido del Acta del CTC no registre el nombre del afiliado (Código 2-07);
- f) Cuando el nombre del afiliado contenido en el Acta del Comité Técnico-Científico no corresponde al consignado en la solicitud del médico tratante (Código 2-08);
- g) Cuando el contenido del Acta del Comité Técnico-Científico no identifica el medicamento autorizado (grupo terapéutico, principio(s) activo(s) individuales o combinados, concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad autorizada) (Código 2-09);
- h) Cuando el contenido del Acta del Comité Técnico-Científico no identifica el o los medicamentos del Plan Obligatorio de Salud que se reemplazan o sustituyen por el autorizado (grupo terapéutico, principio(s) activo(s) individuales o combinados, concentración, forma farmacéutica, y número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad equivalentes a la autorizada) (Código 2-10);
- i) Cuando en el contenido del Acta del Comité Técnico-Científico se registra que el suministro del medicamento, servicio médico o la prestación de salud es anterior a la fecha de realización del Comité (Código 2-11);
- j) Cuando la fecha de solicitud del médico tratante es posterior al suministro del medicamento, servicio médico o prestación de salud. (Código 2-12);

Por la cual se reglamentan el Procedimiento de cobro ante la **SECRETARIA DE SALUD DEL META**, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS, autorizados por CTC y por fallos de tutela.

- k) Cuando en el contenido del Acta del Comité Técnico-Científico, no se identifica, servicio médico o prestación de salud No Pos autorizado (objetivo, motivo en caso de ser un evento único que se debe repetir, frecuencia de uso, cantidad autorizada y tiempo total autorizado). (Código 2-13);
 - l) Cuando en el contenido del Acta del Comité Técnico-Científico no se identifica, el servicio médico o prestación de salud Pos que se reemplazan o sustituyen por el autorizado (objetivo, frecuencia de uso, cantidad y tiempo total) (Código 2-14);
 - m) Cuando no adjunta certificado de semanas de cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud, para autorizaciones por el Comité Técnico-Científico por períodos mínimos de cotización (Código 2-15);
 - n) Cuando el cobro no se acompaña de la justificación del médico tratante de la prescripción del medicamento No POS en su denominación de marca o de la remisión de esta justificación al Invima (Código 2-19).
- iii) Las causales de devolución aplicables a los cobros originados en fallos de tutela serán:
- a) Cuando el medicamento, servicio médico o prestación en salud ordenado por el fallo de tutela no corresponde con lo facturado por el proveedor (Código 2-16);
 - b) Cuando el nombre del afiliado contenido en el fallo de tutela no corresponde con el consignado en las solicitud de cobro. (Código 2-17);
 - c) Cuando no adjunta certificado de semanas de cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud, para fallos ordenados por periodos mínimos de cotización (Código 2-18).

Cuando se presente una o varias de las causales previstas en el presente artículo, se devolverá la totalidad de la documentación y se informará al representante legal o al apoderado de la entidad reclamante, por una (1) sola vez, el código de la causal y/o causales y las inconsistencias que deben subsanarse.

Cuando se devuelva la solicitud de cobro, deberá presentarse dentro de los dos (2) meses siguientes una nueva solicitud con la totalidad de los documentos objeto del cobro.

La nueva solicitud, para efectos de lo previsto en el presente procedimiento, se entenderá presentada oportunamente, siempre y cuando su radicación se efectúe dentro del plazo señalado en el inciso anterior.

Parágrafo. Para medicamentos, servicio médico y prestaciones de salud no incluidos en el POS y autorizados por el CTC no habrá lugar a la aplicación de las causales previstas en los literales i) y j) del presente artículo, cuando se trate del suministro de medicamentos y/o prestación de servicios en las excepciones consagradas en las situaciones de urgencia manifiesta establecidas en las normas nacionales vigentes aplicables.

Artículo 12°. Causales de aprobación condicionada de las solicitudes de cobro. Las solicitudes de cobro ante la Secretaría de Salud del Meta por concepto de medicamentos, servicios médicos o prestaciones en salud autorizados por CTC y/o fallos de tutela tendrán aprobación condicionada, por las causales y códigos que se señalan a continuación:

- a) Cuando falte el certificado de existencia y representación legal de la EPS-S, conforme a lo dispuesto en el artículo 2° de la presente. (Código 3-01).
- b) Cuando falte el poder debidamente otorgado si actúa por intermedio de apoderado. (Código 3-02).
- c) Cuando falte la lista de precios vigente de medicamentos del POS, de los proveedores de la



RESOLUCION 1124 DE 2015

05 JUN 2015

Por la cual se reglamentan el Procedimiento de cobro ante la **SECRETARIA DE SALUD DEL META**, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS, autorizados por CTC y por fallos de tutela.

entidad. (Código 3-03).

d) Cuando falte la certificación de los integrantes del CTC registrado ante la Superintendencia Nacional de Salud. (Código 3-04).

e) Cuando falte el plan general de cuotas moderadoras y copagos aplicables a sus afiliados. (Código 3-05).

f) Cuando los nombres de quienes suscriben el Acta del CTC no coinciden con las reportadas a la Superintendencia Nacional de Salud (Código 3-06).

g) Cuando en el Acta falte una o más firmas de los miembros del CTC (Código 3-07)

h) Cuando la factura del proveedor o prestador del servicio no identifica la entidad responsable del pago (Código 3-08).

i) Cuando la factura del proveedor o prestador del servicio no identifica el afiliado atendido (Código 3-09).

j) Cuando al cobro no se adjunte la certificación del representante legal de la EPS-S, en la cual indica a que factura imputa el respectivo suministro y/o prestación de servicio cobrado, únicamente para lo previsto en el inciso segundo del literal e) del artículo 4, de la presente resolución (Código 3-10).

k) Cuando el usuario reportado en el cobro no aparezca compensado por la entidad cobrante para el periodo de la prestación del servicio (Código 3-11)

Parágrafo. No habrá lugar a la aplicación del literal k) cuando el fallo de tutela ordene la prestación de servicios a un usuario no afiliado a la entidad cobrante.

Para efectos de completar o actualizar la documentación, la entidad reclamante dispondrá de un plazo no mayor a dos (2) meses, contados a partir de la información al representante legal o al apoderado de la entidad reclamante de tales causales.

Si no se completan o actualizan los documentos dentro de los términos previstos en el presente artículo, se entenderá desistida la solicitud. Lo anterior sin perjuicio de que la entidad reclamante presente una nueva solicitud, por una sola vez, siempre y cuando se encuentre dentro del término previsto en el presente procedimiento.

Artículo 13º. Pagos de solicitudes de cobro por un valor diferente al solicitado.

La Secretaria de Salud del Meta autorizará pagar a cobrantes por concepto de medicamentos, servicios médicos o prestaciones de salud No POS autorizados por el CTC o por fallos de tutela, por un valor diferente al solicitado, una vez realizada la auditoria integral por las causales y códigos que se señalan a continuación:

a) Cuando exista error en los cálculos del cobro (Código 4-01)

b) Cuando como consecuencia del Acta del CTC o fallo de tutelase incluyan prestaciones contenidas en los planes de beneficios (Código 4-03)

c) Cuando el valor de la factura en letras sea diferente al valor consignado en números, caso en el cual se atenderá el valor en letras (Código 4-04)

d) Cuando uno o varios ítems incluidos en el cobro presente alguna causal rechazo o devolución (Código 4-05)

e) Cuando uno o varios de los datos contenidos en el medio magnético no corresponde a lo diligenciado en el formato físico, se atenderá a lo contenido en el físico (Código 4-06)

En estos eventos, previa realización de la auditoria y elaboración del documento "Liquidación Oficial de Conceptos", según la documentación anexa a la solicitud, ésta será aprobada y pagada por un valor diferente al cobrado. Si dentro del mes siguiente a la comunicación del Informe de Auditoria, las EPS-S demuestran que sus datos están debidamente soportados, se ajustarán, aprobarán y pagarán las diferencias a que hubiere lugar.



RESOLUCION _____ DE 2015

Por la cual se reglamentan el Procedimiento de cobro ante la **SECRETARIA DE SALUD DEL META**, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS, autorizados por CTC y por fallos de tutela.

Parágrafo. Para efectos del cobro, la SSM de acuerdo con las normas vigentes sobre contenidos del POS, deberá considerar que el POS incluye los medicamentos contenidos en el listado vigente, independientemente de la forma de comercialización que se utilice (genérico o de marca).

Artículo 14º. Causales de inconsistencia de las solicitudes de cobro. Las solicitudes de cobro presentadas ante la Secretaría de Salud del Meta por concepto de medicamentos, servicios médicos o prestaciones de salud NO POS autorizados por CTC o por fallos de tutela en estado de inconsistencia, se entenderán como no presentadas, no sujetas a la auditoría integral, y serán devueltas a la entidad cobrante.

En este evento, la devolución deberá efectuarse a más tardar dentro del mes siguiente a su presentación, por las causales y códigos que se señalan a continuación:

- a) Cuando el cobro no se presente con el completo diligenciamiento de los formatos adoptados a nivel nacional, así: (Código 5-01)
 - (i) Del Formato radicación de solicitudes de recobros (Formato MYT-R): Cualquiera de los datos en él contenidos.
 - (ii) Del formato radicación de solicitudes de recobros (Formato anexo 1): Cualquiera de los datos en él contenidos.
 - (iii) Formato solicitud de recobro por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud No Pos-CTC (Formato MYT-01): Cualquiera de los datos correspondientes a: 1. Datos del recobro 2. Datos de la entidad, 3. Datos del afiliado 4. Detalle del Recobro, 4a. Datos medicamentos, servicios médicos y prestación de salud No POS y 5. Declaración de la entidad.
 - (iv) Del Formato solicitud de recobro por concepto de fallos de tutela (Formato MYT-02): Cualquiera de los datos correspondientes a: 1. Datos del recobro 2. Datos de la entidad, 3. Datos del afiliado 4. Detalle del Recobro, 4a. Datos medicamentos, servicios médicos y prestación de salud No POS y 5. Declaración de la entidad.
 - (v) Del Formato remisión documentación recobros de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud No Pos y fallos de tutela con estado de APROBACIÓN CONDICIONADA (Formato MYT-03): Cualquiera de los datos en él contenidos.
 - (vi) Del Formato objeción a la auditoría realizada (Formato MYT-04): Cualquiera de los datos en él contenidos.
- b) Cuando el medio físico no se ajusta a la información consignada en el medio magnético (Código 5-02)

Artículo 15º. Comunicación a las entidades cobrantes. El resultado de la auditoría integral aplicada a las solicitudes de recobro por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no POS autorizados por el CTC u ordenados por fallos de tutela debe comunicarse por la SSM al representante legal de las EPS-Ss indicando el estado que presenta el cobro, las causales aplicadas, así como, aquellas por las cuales consideró pertinente reliquidar el valor cobrado. La comunicación deberá contener los siguientes requisitos formales y de fondo:

- a) Fecha de expedición de la comunicación
- b) Número de cobro y número de radicación del cobro.
- c) Código de la causal aplicada conforme al estado que se informa de acuerdo con lo previsto en la presente resolución.
- d) El término con el que cuenta la EPS-S para dar respuesta a lo que hubiere lugar.

Parágrafo 1º. Para el cumplimiento del literal c) del presente artículo, la información deberá suministrarse, en forma individual por cada ítem del cobro presentado.

Parágrafo 2º. Lo contenido en ningún caso podrá desconocer que un cobro y cada uno de sus ítems únicamente podrán encontrarse aprobado para pago, rechazado, devuelto, aprobado



05 JUN 2015

RESOLUCION 1124 DE 2015

Por la cual se reglamentan el Procedimiento de cobro ante la **SECRETARIA DE SALUD DEL META**, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS, autorizados por CTC y por fallos de tutela.

condicionado e inconsistente.

Artículo 16º. Envío de la comunicación. La comunicación será enviada por la Oficina de

Cuentas Médicas de la SSM, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de presentación del Informe de Auditoría del cobro. De lo anterior se conservará copia de la constancia de envío.

A dicha comunicación se anexará el medio físico del cobro que se rechaza o devuelve. Los cobros que registren los estados aprobado y aprobada condicionada permanecerán a cargo de la SSM.

Artículo 17º. Objeción de la entidad cobrante. La comunicación del resultado de la auditoría, efectuada por la SSM, en la cual se informa en qué estado se encuentra el cobro y cada uno de los datos en él contenidos podrá ser objeto de cuestionamiento por la entidad cobrante, acudiendo ante quien emitió dicha comunicación, para que confirme o modifique su decisión inicial, acogiéndose siempre a los términos y formalidades establecidos para tal efecto por la presente resolución.

Parágrafo. El documento mediante el cual la entidad cobrante expone su desacuerdo, no puede versar sobre nuevos hechos, ni debatir asuntos diferentes a los estimados en la comunicación previamente enviada.

En caso de existir causales que se soporten en carencias documentales o de insuficiencia de información contenidas en el cobro, deberá indicarse el folio en el cual, la entidad reclamante considera se encuentra el documento o la información que soporta la objeción en el cobro originalmente entregado.

Artículo 18º. Oportunidad para sustentar la objeción. Una vez efectuada la comunicación al representante legal de la entidad recobrante, contará con un término de dos (2) meses para suministrar por escrito y en medio magnético, junto con el diligenciamiento del formato "OBJECIÓN A LA AUDITORIA REALIZADA" que se adopta con la presente Resolución, los motivos que justifican su desacuerdo con la comunicación emitida.

Las solicitudes de "Objeción a la Auditoría Realizada" deberán presentarse dentro del día 1 al día 20 calendario de cada mes. Aquellas solicitudes que, transcurrido el término de radicación aquí previsto, se les venza el término de los dos (2) meses, se entenderán presentadas oportunamente, siempre y cuando, su radicación se efectúe dentro del día 1 al día 20 calendario del mes siguiente.

Los cobros objeto de la solicitud de "Objeción a la Auditoría Realizada" deben ingresar con el mismo número de radicado y el mismo número del cobro suministrado a la entidad cobrante.

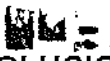
Parágrafo. La solicitud de "Objeción a la Auditoría Realizada" en caso de versar sobre cobros rechazados o devueltos, deberá acompañarse del medio físico devuelto por la SSM. Las solicitudes de cobro rechazadas en forma definitiva por las causales a), b) y c) del artículo 10 de la presente resolución no podrán ser radicadas nuevamente.

La SSM dará traslado a la Superintendencia Nacional de Salud de aquellas entidades que incumplan lo previsto en el inciso anterior para las investigaciones a que hubiere lugar.

Artículo 19º. Respuesta a la objeción presentada por la entidad cobrante. La SSM contará con un (1) mes para informarle a la entidad cobrante la respuesta a la objeción presentada. El pronunciamiento que allí se efectúe se considerará definitivo.

Artículo 20º. Pago de fallos de tutela en los cuales se autoriza el cobro al Departamento del Meta o su Secretaría de Salud. Las solicitudes por concepto de fallos de tutela en los cuales se autorice el cobro a la SSM o al Departamento del Meta deberán presentarse a la SSM. Para tal



 **RESOLUCION 1124 DE 2015**

Por la cual se reglamentan el Procedimiento de cobro ante la **SECRETARIA DE SALUD DEL META**, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS, autorizados por CTC y por fallos de tutela.

efecto, deberán cumplir los requisitos, condiciones y trámite previsto en la presente resolución.

Artículo 21 °. MONTO A RECONOCER Y PAGAR POR COBRO DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO POS.

El monto a reconocer y pagar por cobros de tecnologías en salud NO POS, se determinará sobre el precio de compra al proveedor, soportado en la factura de venta o documento equivalente, de la siguiente forma:

1. Medicamentos No POS autorizados por CTC, u ordenados por fallos de tutela. El valor a reconocer y pagar por concepto de medicamentos no incluidos en el POS, autorizados por el CTC, u ordenados por fallos de tutela, será la diferencia entre el valor facturado del medicamento suministrado y el valor calculado para el o los medicamentos incluidos en dicho Plan del mismo grupo terapéutico que se reemplaza(n) o sustituye(n).

Cuando para el medicamento NO POS recobrado se haya establecido un comparador administrativo, 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.

Para el cálculo del monto del comparador se empleará la siguiente fórmula:

Valor Calculado = P * Q, en donde:

P: Monto base del comparador administrativo (por unidad mínima de concentración:

g/ mg/mcg/U.I., según corresponda).

Q: Cantidad total del principio activo del comparador administrativo (En unidad mínima de concentración: g/ mg/mcg/U.I., según corresponda) equivalente a la cantidad total de principio activo en el medicamento objeto de cobro en la indicación empleada.

Al valor resultante se le deducirá el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades recobrantes hayan cobrado al afiliado de acuerdo con su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto.

No se reconocerán variaciones posteriores del precio del medicamento, ni ajustes por inflación, cambio de anualidad y cantidad del comparador administrativo.



NL = 1124
RESOLUCIÓN DE 2015

Por la cual se reglamentan el Procedimiento de cobro ante la **SECRETARÍA DE SALUD DEL META**, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS, autorizados por CTC y por fallos de tutela.

Ejemplo:

Medicamento objeto de recobro	FACTOR VII
Indicación	Hemofilia congénita o inhibidores de los factores de coagulación VIII y IX
Cantidad Suministrada	3 viales
Valor de medicamento NO POS facturado	\$ 21.359.529,00
Comparador Administrativo	Factor de Coagulación VIII
Cantidad Administrada ²	100 UI cada 6 horas x 10 días Total = (Q) 4000 UI
Monto por UMC	1 UI = (P) \$ 1513,93 Total tratamiento= (P) \$ 1513,93 x (Q) 4000 UI = \$ 6.055.720
Valor a reconocer:	(Valor recobrado) - (Valor del comparador) (\$ 21.359.529,00) - (\$ 6.055.720) = \$ 15.303.809

2. Procedimientos de salud NO POS, autorizados por CTC, u ordenados por fallos de tutela. El valor a reconocer y pagar por concepto de procedimientos de salud no incluidos en el POS, autorizados por CTC, u ordenados por fallos de tutela, será el valor facturado por el proveedor del servicio médico y/o prestación de salud.

Al valor resultante, se le deducirá el valor del copago que las entidades cobrantes hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, de acuerdo con el reglamento que expida ésta Secretaría.

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

3. Procedimientos de salud incluidos en el POS, realizados bajo diferente tecnología y/o vía quirúrgica, autorizados por CTC, o por fallos de tutela. El valor a reconocer y pagar por concepto de procedimientos de salud incluidos en el POS, pero realizados con diferente tecnología y/o vía quirúrgica, autorizados por el CTC u ordenados por fallos de tutela, será la diferencia entre el valor facturado del procedimiento de salud suministrado con esta tecnología y/o vía quirúrgica y el valor del procedimiento de salud con la tecnología y/o vía de acceso incluidos en el POS.

Para el cálculo de los valores diferenciales antes mencionados, se tendrán en cuenta las tarifas vigentes del manual único tarifario para la facturación de los servicios de salud. Hasta tanto se expida dicho manual, aplicarán las tarifas que reconoce la Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT) del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga).

Al valor resultante, se le deducirá el valor del copago que las entidades cobrantes hayan cobrado al afiliado de acuerdo con su Plan General de Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto.

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

PARÁGRAFO 1. Cuando la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o la entidad competente, establezca precios máximos de venta de medicamentos y dispositivos médicos en salud NO POS, la Secretaría de Salud del Meta reconocerá y pagará dicho valor y no el facturado, previas las deducciones correspondientes al valor calculado para la o las tecnologías en salud incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o



RESOLUCION _____ DE 2015

Por la cual se reglamentan el Procedimiento de cobro ante la **SECRETARIA DE SALUD DEL META**, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS, autorizados por CTC y por fallos de tutela.

sustituya(n) o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, el valor del copago que las entidades cobrantes hayan cobrado al afiliado de acuerdo con su Plan General de Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto.

PARÁGRAFO 2. Cuando el valor facturado sea inferior al precio máximo definido por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o la entidad competente, SSM reconocerá el valor facturado, previas las deducciones correspondientes al valor calculado para la o las tecnologías en salud incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que la reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo contenido en el listado de comparadores administrativos que adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, el valor del copago que las EPS-S hayan cobrado al afiliado de acuerdo con su Plan General de Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto.

PARÁGRAFO 3. Cuando el valor solicitado de la tecnología en salud no incluida en el POS, sea menor o igual al monto calculado para su respectivo comparador administrativo, se debe entender que dicha tecnología en salud es suministrada con cargo a la UPC y no procederá la radicación del cobro.

PARÁGRAFO 4. En el proceso de auditoría integral se verificará que los insumos y dispositivos médicos cobrados hagan parte de un procedimiento. No procederá el reconocimiento y pago de los insumos y dispositivos médicos que se cobren de manera independiente, salvo los definidos en el POS o en actos administrativos del Ministerio de Salud y Protección Social

Artículo 22º. Utilización de formatos de las solicitudes de cobro. Los formatos de presentación de las solicitudes de recobro que adopta el Gobierno Nacional para los procesos de recobro ante el FOSYGA, forman parte integral de la presente resolución y son obligatorios para las solicitudes de cobro que se radiquen ante la SSM.

Para la presentación de las solicitudes de cobro por concepto de medicamentos servicios o prestaciones de salud No Pos autorizados por el CTC y/o de fallos de tutela ante la SSM adóptense los formatos e instructivos correspondientes, así:

1. Formato radicación de solicitudes de recobros (Formato MYT-R)
2. Formato radicación de solicitudes de recobros (Formato anexo 1)
3. Formato solicitud de recobro por concepto de medicamentos, servicios o prestaciones de salud No Pos-CTC (Formato MYT-01)
4. Formato solicitud de recobro por concepto de fallos de tutela (Formato MYT-02).
5. Formato remisión documentación recobros de medicamentos, servicios médicos o prestaciones de salud No Pos y fallos de tutela con estado de aprobación condicionada (Formato MYT-03).
6. Formato objeción a la auditoría realizada (Formato MYT-04).

Parágrafo 1º. Los formatos adoptados en los numerales 1, 2, 3, 4, 5 y 6 del presente artículo deberán presentarse en medio magnético excepto el 1, y se presentara en físico o impreso conforme a las especificaciones técnicas establecidas por el Gobierno Nacional para el efecto.

Parágrafo 2º. El medio magnético de que trata el parágrafo anterior, deberá contener la firma digital del Representante Legal de la respectiva Entidad Promotora de Salud del régimen subsidiado.



DEPARTAMENTO DEL META
NIT. 892.000.148-8

05 JUN 2015

1124

RESOLUCION _____ DE 2015

Por la cual se reglamentan el Procedimiento de cobro ante la **SECRETARIA DE SALUD DEL META**, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS, autorizados por CTC y por fallos de tutela.

Parágrafo 3°. Los formatos de recobro a que se hacen mención en la presente resolución se aplicaran para el proceso de cobro.

Artículo 23°. Acompañamiento a los Comités Técnicos Científicos – CTC. La Secretaría de Salud del Meta designará un Representante que asistirá a las reuniones de los CTC de las EPS-S con voz y sin voto. Esta participación se ejercerá sin perjuicio de la responsabilidad que tienen las entidades territoriales en los procesos de verificación, control y pago de las solicitudes de cobro. Para lo cual las EPS deberán informar a la Secretaría de Salud del Meta las fechas en que se reúnen los diferentes CTC y notificar cualquier modificación con anterioridad no inferior a un (1) día hábil.

Artículo 24°. Capacitación para el trámite de cobros. La Secretaría de Salud Del Meta realizará una jornada de capacitación a las EPS- S sobre el procedimiento de cobro por tecnologías en salud no incluidas en el POS.

Artículo Transitorio. Hasta tanto entre en vigencia el presente acto administrativo se seguirán aplicando las disposiciones contenidas en la resolución 1027 de 13 de junio de 2013 emitida por ésta secretaría.

Artículo 25 °. Vigencia. La presente Resolución deroga la resolución 1027 de 2013 de la Secretaría de Salud del Meta, y rige a partir de su publicación en página web propia: <http://saludmeta.gov.co/>; la Gerencia de Prestación de Servicios adelantará las comunicaciones respectivas a las EPS-S en Villavicencio sobre la socialización de ésta norma.

Dada en Villavicencio, Meta el 05 JUN 2015 de 2015.

PULIQUESE, COMUNÍQUESE, Y CUMPLASE

EDUARDO GUILLERMO CADENA
Secretario de Salud del Meta

Revisó: Alexander Aragón Torrealba

Revisó: Floro Alberto Rodríguez
Gerente de Prestación de Servicios SSM.