

	<p style="text-align: center;">Departamento de Risaralda Secretaría de Salud</p> <p style="text-align: center;">Resolución</p>
<p>Versión : 3</p>	<p>Fecha : 02/2014</p>

Resolución No. 1261 28 AGO 2015

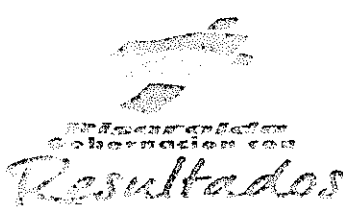
POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO PARA EL COBRO Y PAGO DE SERVICIOS Y TECNOLOGIAS SIN COBERTURA EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD, SUMINISTRADAS A LOS AFILIADOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD, A CARGO DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA

La Secretaría de Salud del Departamento de Risaralda, en uso de sus atribuciones legales, en especial la Resolución 1479 de 2015 y,

CONSIDERANDO:

1. Que las entidades territoriales de conformidad con la Ley 715 de 2001, tienen la obligación de gestionar los servicios de salud de manera oportuna, eficiente y con calidad.
2. Que las Entidades Promotoras de Salud son responsables de los contenidos y coberturas del Plan Obligatorio de Salud para la población afiliada al Régimen Subsidiado, así como de la integralidad en la prestación de los servicios de salud.
3. Que el Decreto No. 196 de 2013, señala que el componente de prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, involucra la población pobre no asegurada y los servicios de salud no incluidos en el plan obligatorio de salud requeridos por la población afiliada al Régimen Subsidiado;
4. Que en los términos del numeral 2.2 del artículo 2. del precitado decreto y en virtud de la unificación de los planes obligatorios de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, se entiende como servicios de salud no incluidos en los planes obligatorios de salud, *"aquellos que sean requeridos con necesidad, conforme al criterio del médico tratante de la Entidad Promotora de Salud o por orden judicial y que en todo caso no estén considerados en el artículo 154 de la Ley 1450 de 2011 como prestaciones no financiadas por el sistema por la población afiliada al Régimen Subsidiado"*;
5. Que mediante Auto número 263 de 2012, la Honorable Corte Constitucional declaró el incumplimiento de las Órdenes 24 y 27 de la Sentencia T-760 de 2008, y entre otras ordenó el rediseño del sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro, para lo cual solicitó al Ministerio de Salud, entre otros, evaluar la posibilidad de unificar en el régimen contributivo y subsidiado, el sistema de recobro;
6. Que en fecha 6 de mayo por parte del Ministerio de Salud y Protección Social fue expedida la Resolución 1479 de 2015 por la cual se establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministradas a los afiliados del Régimen subsidiado, derogando la Resolución 5073 de 2013.
7. Que el artículo 4 de la precitada Resolución establece que el Departamento o Distrito adoptara uno de los modelos establecidos en el Capítulo I y II del Título II para la garantía de la prestación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados al Régimen subsidiado.
8. Que el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 05395 de 2013 por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA y se dictan otras disposiciones, la cual deroga la Resolución 3099 de 2008.

1

	<p style="text-align: center;">Departamento de Risaralda Secretaría de Salud</p> <p style="text-align: right;">Resolución 1261</p>
Versión : 3	Fecha : 02/2014 28 AGO 2015

9. Que se hace necesario mejorar los procedimientos de cobro, verificación y control y pago de los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud – POS que se suministran a los afiliados del Régimen Subsidiado de Salud, de tal forma que se agilice el flujo de recursos de las entidades territoriales a los Prestadores de Servicios de Salud públicos, privados o mixtos que brindan estos servicios y tecnologías.
10. Que por recomendación de la Dirección de Financiamiento Territorial del Ministerio de Salud y Protección en Salud, mediante oficio No. 201532001071211, se requiere realizar ajustes para mayor claridad y precisión en las reglas del procedimiento de la Resolución 901 del 18 de junio de 2015.

Que en mérito de lo expuesto, este despacho,

RESUELVE:

TITULO I

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto establecer el procedimiento para el cobro y pago por parte del Departamento de Risaralda – Secretaria de Salud a los Prestadores de Servicios de Salud públicos, privados o mixtos, por los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud – POS, provistas a los afiliados al Régimen Subsidiado, autorizados por los Comités Técnicos Científicos – CTC u ordenados mediante providencia de autoridad judicial.

Artículo 2. *Ámbito de aplicación.* El presente acto administrativo aplica a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y a los Prestadores de Servicios de Salud, que garanticen a sus usuarios la prestación de servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado y cobren los mismos al Departamento de Risaralda – Secretaria de Salud y aquellas entidades diferentes a las mencionadas que amparadas en un fallo judicial deban cobrar al Departamento de Risaralda – Secretaria de Salud tales servicios. Por el tema de movilidad aquí también se incluyen las EPS del contributivo que tengan a su cargo usuarios del Régimen Subsidiado.

TITULO II

GARANTIA DE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y TECNOLOGIAS NO CUBIERTAS POR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

Artículo 3. *Garantía del suministro de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS.* Mediante el presente acto administrativo se adopta el modelo establecido en el Título II Capítulo II artículos 9 y 10 de la Resolución 1479 de 2015, los cuales determinan:

“Artículo 9: Garantía del suministro de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS. Las administradoras de planes de beneficios que tiene afiliados al Régimen Subsidiado de Salud deberán garantizarles el acceso efectivo a los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud, autorizados por los comités Técnico Científicos (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.

Artículo 10. Presentación de las solicitudes de cobro. Las administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud presentarán ante la entidad territorial los documentos que soportan los requisitos para el cobro señalados en la presente Resolución, así como aquellos requeridos por la entidad territorial en el título III del presente acto administrativo en el que se establece el procedimiento de verificación y control.



	<p align="center">Departamento de Risaralda Secretaría de Salud</p> <p align="right">Resolución 1261</p>
<p>Versión : 3</p>	<p>Fecha : 02/2014 28 AGO 2015</p>

La factura de servicios o documento equivalente se presentará a la entidad territorial sin haber sido pagada previamente por la EAPB que tenga afiliados al Régimen Subsidiado, al Prestador de Servicios de Salud y deberá cumplir con los requisitos establecidos en el artículo 16 de la Resolución 5395 de 2013, con excepción del previsto en el numeral 6.

Los servicios o tecnologías sin cobertura en el POS que superen la etapa de verificación y control de que trata el título III de la presente Resolución, serán pagados directamente por la entidad territorial al Prestador de Servicios de Salud que los haya suministrado."

Artículo 4. Comités Técnico Científicos. Los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS suministrados a los afiliados al Régimen Subsidiado, serán autorizados por el CTC de las Entidades Promotoras de Salud – EPS, conformado de acuerdo al Título II de la Resolución 5395 de 2013.

TITULO III
PROCESO DE PRESENTACION, RADICACION, VERIFICACIÓN Y CONTROL DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO

Artículo 5. Requisitos generales para el proceso de verificación y control de los cobros. Las entidades administradoras de planes de beneficios presentaran ante la Secretaria Departamental de Salud de Risaralda por cada solicitud de cobro los siguientes documentos, una vez se garantice la verificación de los requisitos mínimos establecidos en el artículo 11 de la Resolución 1479 de 2015:

1. Formato de solicitud de cada cobro, para lo cual será el establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces. (Formato MYT)
2. Copia del Acta del Comité Técnico Científico - CTC o copia del fallo de Tutela.
3. Copia de la factura de venta o documento equivalente.
4. Anexos técnicos MYT-01, MYT-02 con las especificaciones estipuladas en el numeral 4 Anexos Técnicos – Archivos txt de la nota externa No. 201433200014303 de fecha 21/01/2014 en medio magnético

Artículo 6. Documentos e información específica exigida para la presentación de solicitudes de cobro originadas en actas de Comité Técnico Científico -CTC. Cuando se trate de cobros originados en actas de Comité Técnico Científico - CTC donde se autorice el suministro de tecnologías en salud NO POS, además de los requisitos de que tratan los artículos 12 y 13 de la resolución 5395 de 2013, las entidades administradoras de planes de beneficios, deberán allegar los siguientes documentos e información:

1. Copia del acta del Comité Técnico Científico -CTC, el cual deberá contener la siguiente información:
 - 1.1 Fecha de elaboración y número de acta.
 - 1.2 Nombre o tipo y número de identificación del usuario.
 - 1.3 Diagnóstico con la codificación internacional de enfermedades -CIE 10 y análisis del caso objeto de estudio.

	<p style="text-align: center;">Departamento de Risaralda Secretaría de Salud</p> <p style="text-align: right;">Resolución 7261</p>
<p>Versión : 3</p>	<p style="text-align: right;">Fecha : 02/2014 28 AGO 2015</p>

1.4 Resumen de las prescripciones u órdenes médicas, cantidad autorizada y justificación o justificaciones efectuadas por el médico tratante, identificando el nombre del médico tratante, el número del registro médico y su especialidad si la tuviere. Se debe indicar de forma expresa si el suministro de la tecnología en salud NO POS se efectuó en una urgencia manifiesta.

1.5 Cuando la tecnología en salud NO POS autorizada se trate de un medicamento:

1.5.1 Nombre del medicamento en su denominación común internacional o principio(s) activo(s) individual(es) o combinado(s), código de clasificación anatómico terapéutico químico -ATC, concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad autorizada.

1.5.2 Identificación del medicamento o de los medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud -POS del mismo grupo terapéutico que se reemplazan o sustituyen, con la descripción en su denominación común internacional o principio(s) activo(s), código de clasificación anatómico terapéutico químico -ATC, farmacéutica, número de días/tratamiento, equivalente al medicamento, concentración, forma, dosis/día y cantidad

1.5.3 Si el medicamento cobrado tiene un comparador administrativo. Éste debe identificarse en el acta de acuerdo con el listado de comparadores administrativos que adopte el Ministerio de Salud y protección Social, indicando el nombre en su denominación común internacional o principio(s) activo(s) individual(es) o combinado(s), código de clasificación anatómico terapéutico químico - ATC, concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad de manera coherente y equivalente con la tecnología en salud recobrada.

1.6 Cuando la tecnología en salud NO POS autorizada se trate de un Procedimiento:

1.6.1 El código de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS correspondiente al procedimiento cobrado, frecuencia de uso, cantidad autorizada y tiempo total autorizado.

1.6.1.1 Si se trata de un procedimiento único o sucesivo. Adicionalmente se debe identificar el objetivo, esto es: prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.

1.6.1.2 Tratándose de un procedimiento único pero que debe ser repetido, adicionalmente se debe identificar el objetivo, esto es: prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación, así como el motivo, es decir, las razones por las cuales se requiere nueva evaluación (complicación, recurrencia de la afección o presunta mala praxis).

1.6.2 Identificación del o los procedimientos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud -POS que se reemplazan o sustituyen equivalentes a los autorizados o negados, con el Código Único de Procedimiento en Salud -CUPS, indicando objetivo, frecuencia de uso, cantidad y tiempo total. Cuando no existan en el Plan de Beneficios procedimientos que se puedan considerar reemplazados o sustituidos, el Comité Técnico Científico -CTC, deberá manifestar esta situación en el acta, soportada con la evidencia científica y condiciones establecidas por el médico tratante.

9

	<p style="text-align: center;">Departamento de Risaralda Secretaría de Salud</p> <p style="text-align: right; font-size: 1.2em;">Resolución 1 2 6 1</p>
<p>Versión . 3</p>	<p style="text-align: center;">Fecha : 02/2014</p> <p style="text-align: right; font-size: 1.2em;">28 AGO 2015</p>

1.6.3 Si la tecnología en salud tiene comparador administrativo, deberá identificarse con el Código Único de Procedimiento en Salud –CUPS correspondiente en cualquier caso.

1.7 Cuando la tecnología en salud NO POS autorizada se trate de un dispositivo médico, se deberá informar el procedimiento en el cual fue utilizado con la Clasificación Única de Procedimientos - CUPS.

1.8 Certificación del cumplimiento de los criterios de evaluación y autorización.

1.9 Manifestación de la decisión adoptada por el Comité Técnico Científico - CTC frente a la autorización de la tecnología en salud NO POS, indicando la justificación técnica y normativa que la soporta.

1.10 Nombre y firma de los integrantes del Comité Técnico Científico -CTC, indicando el número del registro médico de cada uno de ellos.

2. Copia de la orden y/o fórmula médica, elaborada por el médico tratante con su firma y el número del registro médico. La fórmula médica deberá ajustarse a lo dispuesto en los artículos 16 y 17 del Decreto 2200 de 2005 y las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

3. Evidencia de la entrega de la tecnología No POS, así:

3.1 Cuando la tecnología NO POS autorizada sea de tipo ambulatorio: documento original con la firma o número de identificación del paciente, su representante, responsable, acudiente o de quien recibe la tecnología, como constancia de recibido en la factura de venta o documento equivalente, fórmula médica, orden médica, certificación del prestador o formato diseñado para tal efecto por las entidades recobrantas.

3.2 Cuando la tecnología NO POS autorizada se haya proporcionado en atención inicial de urgencias: Copia del informe de atención inicial de urgencias.

3.3 Cuando la tecnología NO POS autorizada se haya proporcionado en atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía hospitalaria o ambulatoria. Copia del resumen de atención, de la epicrisis o de la historia clínica.

Parágrafo 1. En caso de prestaciones sucesivas, la copia del acta del Comité Técnico Científico -CTC se presentará tanto la primer vez como en las posteriores solicitudes.

Parágrafo 2. Las actas que se generen de las reuniones del Comité Técnico Científico -CTC junto con sus soportes deberán estar a disposición del Ministerio de Salud y Protección Social, de la Superintendencia Nacional de Salud y de las demás entidades de control, en el momento en que éstas las requieran.

Parágrafo 3. Las actas del Comité Técnico Científico -CTC, deberán estar debidamente firmadas por sus integrantes. Cuando la copia del acta que se remita como soporte de la solicitud del cobro no cuente con la totalidad de las firmas, se deberá adjuntar certificación del representante legal de la entidad administradora de planes de beneficio donde indique bajo la gravedad del juramento que la sesión se realizó en la fecha indicada y las razones por las cuales no está suscrita por alguno de los integrantes autorizados, de lo contrario carecerá de validez.

	<p style="text-align: center;">Departamento de Risaralda Secretaría de Salud</p> <p style="text-align: right;">Resolución 51261</p>
<p>Versión : 3</p>	<p style="text-align: center;">Fecha : 02/2014</p> <p style="text-align: right;">28 AGO 2015</p>

Parágrafo 4. La copia del acta del Comité Técnico Científico -CTC se diligenciará en el mismo formato que adoptó el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social.

Artículo 7. *Documentos específicos exigidos para la presentación de solicitudes de cobro originadas en fallos de tutela.* Cuando se trate de cobros originados en fallos de tutela, además de los requisitos de que trata el artículo 6 de la presente resolución, las entidades administradoras de planes de beneficios, deberán allegar:

1. Copia completa y legible del fallo de tutela, con el nombre de la autoridad judicial y el nombre o identificación del afiliado.

2. Evidencia de la entrega de la tecnología No POS, así:

2.1 Cuando la tecnología NO POS ordenada sea de tipo ambulatorio: documento original con la firma o número de identificación del paciente, su representante, responsable, acudiente o de quien recibe la tecnología, como constancia de recibido en la factura de venta o documento equivalente, fórmula médica, orden médica, certificación del prestador o formato diseñado para tal efecto por las entidades recobrantes.


2.2 Cuando la tecnología NO POS ordenada se haya proporcionado en atención inicial de urgencias: Copia del informe de atención inicial de urgencias

2.3 Cuando la tecnología NO POS ordenada se haya proporcionado en atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía hospitalaria o ambulatoria: Copia del resumen de atención, de la epícrisis o de la historia clínica.

3. Copia de la orden y/o fórmula médica, elaborada por el médico tratante con su firma y el número del registro médico. La fórmula médica deberá ajustarse a lo dispuesto en los artículos 16 y 17 del Decreto 2200 de 2005 y las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

4. Cuando la tecnología en salud NO POS a cobrar se trate de un medicamento que tenga un comparador administrativo, éste debe identificarse en el formato que para tal efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, de acuerdo con el listado de comparadores administrativos que adopte la misma Dirección, indicando el nombre en su denominación común internacional o principio(s) activo(s) individual(es) o combinado(s), código de clasificación anatómico terapéutico químico -ATC, concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/día, cantidad equivalente y diagnóstico con la Codificación Internacional de Enfermedades - CIE 10, de manera coherente y equivalente con la tecnología en salud recobrada.

5. Cuando la orden del fallo de tutela no sea expresa para identificar la tecnología en salud NO POS autorizada, la EAPB deberá presentar la justificación de la necesidad médica de la tecnología en salud no incluida en el Plan de Beneficios -POS, que corresponderá, siempre y en cualquier caso a la condición clínico patológica del paciente e incluirá el objetivo, esto es: prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación. En caso de prestación sucesiva indicar la frecuencia de uso, cantidad autorizada y tiempo total autorizado. La justificación médica deberá presentarse debidamente firmada por un médico de la entidad EAPB, con su respectivo número de registro médico, en el mismo formato que para tal fin

	<p style="text-align: center;">Departamento de Risaralda Secretaría de Salud</p> <p style="text-align: right;">Resolución 1261</p>
<p>Versión: 3</p>	<p>Fecha: 02/2014 28 AGO 2015</p>

establezca el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces.

Parágrafo 1. En caso de prestaciones sucesivas, la copia del fallo de tutela se presentará tanto la primer vez como en las posteriores solicitudes.

Parágrafo 2. Las solicitudes de cobros que se presenten al Departamento de Risaralda – Secretaria de Salud y que tengan como origen fallos de tutela que no sean expresos en cuanto a la tecnología en salud ordenada, deberán presentar el formato de la justificación de la necesidad médica, que para el efecto adopte el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social.

Parágrafo 3. Las solicitudes de cobro que se presenten al Departamento de Risaralda – Secretaria de Salud relacionados con traslados terrestres, aéreos, entre otros, gastos de alojamiento, viáticos, manutención, se debe aportar evidencia de la asistencia al servicio solicitado para que aplique el correspondiente cobro.

Artículo 8. Requisitos específicos para la factura de venta o documento equivalente. La factura de venta o documento equivalente, expedida por el prestador de la tecnología en salud NO POS, deberá especificar, como mínimo:

1. Nombre o identificación del afiliado al cual se suministró la tecnología en salud NO POS.
2. Descripción, valor unitario, valor total y cantidad de la tecnología en salud NO POS.
3. Demás requisitos exigidos en las normas tributarias vigentes.

Parágrafo 1. Cuando se trate de cobros por medicamentos importados deberá allegarse copia de: la declaración de importación, declaración andina de valor y de la factura del agente aduanero que la entidad utilizó para la nacionalización del producto.

En todo caso, el representante legal de la entidad que realiza el cobro deberá indicar mediante una certificación, el número de la declaración de importación respecto de la solicitud del cobro, el afiliado para el cual se realizó la importación del medicamento y la cantidad recobrada.

Cuando la entidad cobre los costos asociados a los trámites de importación, éstos deberán incluirse en una única solicitud de cobro.

Parágrafo 2. Cuando se generen disponibilidades de medicamentos importados por la entidad prestadora, éstos podrán ser suministrados a otros usuarios, previa verificación de la prescripción médica y de las causas que originaron tales disponibilidades; situación que será certificada bajo la gravedad de juramento del representante legal de la entidad que realiza el cobro, indicando el número de la declaración de importación, el afiliado para el cual se realizó la importación del medicamento y la cantidad recobrada.

Artículo 9. Proceso de presentación y radicación de cuentas. El proceso de presentación y radicación de cuentas será realizado por la Entidad Administradora de Planes de Beneficio a nombre del proveedor y/o Institución Prestadora de Servicios de Salud que haya suministrado el servicio y/o tecnología sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud – POS, provistas a los afiliados al Régimen Subsidiado, para lo cual la EPS verificará que la solicitud cumpla con los requisitos establecidos en la presente Resolución y

	<p style="text-align: center;">Departamento de Risaralda Secretaría de Salud</p> <p style="text-align: right;">Resolución 261</p>
Versión : 3	Fecha : 02/2014 28 AGO 2015

teniendo en cuenta que la factura emitida por el proveedor o prestador de servicios de salud, se realice a nombre del Departamento de Risaralda – Secretaría de Salud, teniendo en cuenta los conceptos que sobre la materia emita el Ministerio de Salud y Protección Social y/o Superintendencia Nacional de Salud.

PARAGRAFO 1: En aquellos casos donde se emita un fallo judicial a nombre de la EPS subsidiada para el cubrimiento de un servicio y/o tecnología sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud – POS, provistas a los afiliados al Régimen Subsidiado, la EAPB cancelará dicho servicio a la IPS correspondiente y recobrará el valor correspondiente al Departamento de Risaralda, teniendo en cuenta los requisitos establecidos en el presente artículo.

PARAGRAFO 2: En aquellos casos en que la EPS del régimen subsidiado incurra en costos por anticipos para la adquisición de servicios y/o tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud – POS de difícil consecución, la EPS cancelará dicho servicio a la IPS correspondiente y recobrará el valor correspondiente al Departamento de Risaralda, teniendo en cuenta los requisitos establecidos en la presente Resolución.

TITULO IV ETAPA DE AUDITORIA INTEGRAL

Artículo 10. *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 las solicitudes de cobro.

Parágrafo.- Las solicitudes de cobro que ingresen al proceso de auditoría integral se auditarán conforme al manual de auditoría integral de recobros por tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficios, expedido por el Ministerio de Salud para el régimen contributivo.

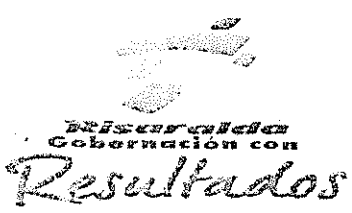
Artículo 11. *Resultado del proceso de auditoría integral.* El resultado de la auditoría integral de las solicitudes de recobro será:

1. **Aprobado:** Cuando todos los ítems del cobro cumplen con los requisitos señalados en la presente resolución y en el manual de auditoría adoptado.
2. **No aprobado:** Cuando todos los ítems s del recobro no cumplen con los requisitos señalados en la presente resolución y en el manual de auditoría adoptado.

Artículo 12. *Comunicación de los resultados de auditoría a las entidades recobrantes.* El resultado de la auditoría integral *efectuada* a las solicitudes de recobro se comunicará por el Departamento de Risaralda – Secretaría de Salud o la entidad que se defina para el efecto, al representante legal de la entidad solicitante, a la dirección electrónica registrada por la entidad recobrante y al domicilio informado por la misma, dentro de los tres (3) días calendario siguientes al cierre efectivo del proceso de verificación, en todos los casos, excepto cuando la aprobación sea total. Se conservará copia de la constancia de envío.

Artículo 13. *Contenido de la comunicación.* La comunicación deberá contener la siguiente información:

1. Fecha de expedición de la comunicación.
2. Número de radicación de cada cobro.
3. Resultado de la auditoría integral por recobro.
4. Causales de no aprobación, cuando fuere el caso, en forma individual por cada ítem del recobro presentado, conforme al manual de auditoría.

	<p style="text-align: center;">Departamento de Risaralda Secretaría de Salud</p> <p style="text-align: right;">Resolución 1261</p>
<p>Versión : 3</p>	<p style="text-align: center;">Fecha : 02/2014</p> <p style="text-align: right;">28 AGO 2015</p>

Artículo 14. Objeción a los resultados de auditoría. La entidad recobrante podrá objetar el resultado de la auditoría integral realizada a las solicitudes de cobro, dentro de los dos (2) meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado, precisando las razones de la objeción por cada uno de los ítems de cada uno de los cobros. En caso de que se presenten varias glosas a un mismo cobro se deberán radicar y sustentar por una única vez la totalidad de las objeciones.

La objeción no puede versar sobre nuevos hechos ni debatir asuntos diferentes a los contenidos en la comunicación enviada. Las glosas no objetadas se entenderán aceptadas.

Si la entidad considera que alguna(s) glosa(s) aplicada(s) se pueden desvirtuar con la información contenida en los soportes del cobro, 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, la entidad podrá anexar soportes adicionales a fin de subsanar dichas glosas.

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

Artículo 15. Respuesta a la objeción presentada por la entidad recobrante. El Departamento de Risaralda - Secretaría de Salud o la entidad que se autorice para tal efecto, dentro del mes siguiente a la radicación de la objeción dará respuesta a esta, así como a la información adicional presentada para subsanar otras glosas. El pronunciamiento que allí se efectúe se considerará definitivo.

TITULO V TERMINOS Y PLAZOS

Artículo 16. Término para la presentación de las solicitudes de cobro. Las EAPB deberán adelantar las etapas de radicación de las solicitudes de cobro ante el Departamento de Risaralda - Secretaría de Salud o la entidad que se autorice para tal efecto, dentro del año siguiente a la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento, según corresponda, de acuerdo a lo establecido en el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012.

Artículo 17. Días habilitados para la radicación de las solicitudes de recobro. Las EAPB deberán presentar las solicitudes de cobro dentro de los primeros quince (15) días calendario de cada mes.

Parágrafo 1. Si el último día habilitado para la radicación de los recobros es un día no hábil, esta se podrá radicar el día hábil siguiente al último día autorizado.

Parágrafo 2. Aquellos recobros que cumplan el año para su presentación, en días posteriores al día 15 del mes, se entenderán radicados en tiempo, siempre y cuando se presenten en el periodo de radicación inmediatamente siguiente.

Artículo 18. Plazo para adelantar las etapas del proceso de auditoría integral de las solicitudes de cobro y efectuar el pago cuando sea procedente. El Departamento de Risaralda - Secretaría de Salud o la entidad que se autorice para tal efecto, deberá llevar a cabo la etapa de auditoría integral e informar de su resultado a la entidad recobrante, dentro de los dos (2) meses siguientes al vencimiento del periodo de radicación en el que fue presentado el correspondiente cobro.

TITULO VI PAGO DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO

Artículo 19. Monto a reconocer y pagar por el cobro de tecnologías en salud NO POS. El monto a reconocer y pagar por cobros de tecnologías en salud NO POS, se determinará de la siguiente manera:

	<p align="center">Departamento de Risaralda Secretaría de Salud</p> <p align="right">Resolución 7 26 1</p>
<p>Versión : 3</p>	<p align="right">Fecha : 02/2014 28 AGO 2015</p>

- a) Si el precio del servicio o la tecnología sin cobertura en el POS a cobrar ha sido regulado por la autoridad competente, el valor a reconocer por dicho servicio o tecnología será como máximo la diferencia entre el precio regulado y el valor calculado para la o las tecnologías incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o 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 si lo hubiere y las cuotas de recuperación, estas últimas según lo dispuesto en los artículos 18 del Decreto 2357 de 1995 y 3 del decreto 4877 de 2007.

Quando el valor facturado sea inferior al precio máximo definido por la autoridad competente, también deberán aplicar los descuentos de que trata el presente literal.

- b) Si el precio del servicio o tecnología sin cobertura en el POS a cobrar no ha sido regulado por la autoridad competente, el valor a reconocer por dicho servicio o tecnología será la diferencia entre las tarifas de referencia que llegue a adoptar el Departamento de Risaralda – Secretaría de Salud o el valor facturado y el valor calculado para la o las tecnologías incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o 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 si lo hubiere y las cuotas de recuperación, estas ultimas, según lo dispuesto en el artículo 18 del Decreto 2357 de 1995 y el artículo 3 del Decreto 4877 de 2007.

Todas las tarifas se tomaran a la vigencia de la prestación del servicio


Parágrafo 1. Cuando el valor del servicio o tecnología sin cobertura en el POS, sea menor o igual a la alternativa cubierta en dicho plan, no procede el cobro ante el Departamento de Risaralda – Secretaría de Salud. La EPS reconocerá al Prestador de Servicios de Salud el valor del servicio o tecnología correspondiente, con cargo a la Unidad de Pago por Capitación.

Parágrafo 2. La diferencia no cubierta por la entidad territorial correspondiente al valor de las tecnologías incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n), o al monto del comparador administrativo, será asumido por la Entidad Promotora de Salud.

Parágrafo 3. El Ministerio de Salud y Protección Social, publicará en su página web el listado de comparadores administrativos adoptados y prestará, a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, la asistencia técnica para su aplicación

- c) La entidad territorial pagará directamente a los proveedores o prestadores de servicios de salud el valor de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS que hayan superado el procedimiento de verificación y control.

Artículo 20. *Financiación de la atención de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados al Régimen Subsidiado.* Los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados al Régimen Subsidiado, se financiarán por el Departamento de Risaralda – Secretaría de Salud, con cargo a los recursos del Sistema General de Participaciones – Sector Salud – Prestación de Servicios de Salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. los recursos de las rentas cedidas del sector salud previstos para la financiación del NO POS de los afiliados a dicho régimen y los demás recursos que se destinen al pago de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS.

	Departamento de Risaralda Secretaría de Salud	
	Resolución 7261	28 AGO 2015
Versión : 3	Fecha : 02/2014	

Parágrafo. Los pagos se realizarán de conformidad con el comportamiento del recaudo de los recursos y al plan anualizado de caja – PAC, de conformidad con los procedimientos presupuestales a que haya lugar.

TITULO VII DISPOSICIONES FINALES

Artículo 21. *Facultades para establecer periodos de radicación y cronogramas.* El Departamento de Risaralda – Secretaría de Salud, podrá fijar otros periodos de radicación o ampliar los establecidos en la presente resolución, en caso de ser necesario, y fijar los cronogramas que se requieran para tal fin.

Artículo 22. *Formatos para el proceso de verificación, control y pago de las solicitudes de cobro.* Se adoptaran los formatos y anexos técnicos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, los cuales las entidades solicitantes deberán diligenciar para el proceso de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro.

Artículo 23. Determinación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS. Para determinar si el servicio o la tecnología suministrada al afiliado se encuentra o no cubierto en el POS los Comités Técnico Científicos y el Departamento de Risaralda – Secretaría de Salud deberán:

- a. Aplicar los acuerdos, resoluciones y demás actos administrativos que establecen o precisan los contenidos del POS y las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.
- b. Aplicar los criterios establecidos por el Comité de Definición de Criterios y Lineamientos Técnicos para el Reconocimiento de Tecnologías en salud No POS del Ministerio de Salud y Protección Social.
- c. Aplicar los conceptos emitidos por la Dirección de Regulación de Beneficios Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social.
- d. Adopción de los anexos técnicos de comparadores administrativos para medicamentos no incluidos en el POS emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 24. *Vigencia.* Con el fin de que los proveedores y las instituciones prestadoras de servicios de salud se ajusten a lo preceptuado en la presente Resolución se establece un periodo de transición desde el 6 de mayo hasta el 30 de septiembre de 2015, para lo cual la EPS del régimen subsidiado continuará presentado las solicitudes de recobro al Departamento de Risaralda – Secretaría de Salud de acuerdo a lo establecido en la Resolución Departamental No. 796 de abril 30 de 2014, por tanto la presente Resolución rige a partir del 1 de octubre de 2015, dejando sin aplicación la Resolución 901 de junio 18 de 2015. La presente Resolución queda sujeta a cambios que sobre la materia expida el Ministerio de Salud y Protección Social, en especial la Resolución 5395 de 2013 y 1479 de 2015.

Comuníquese y Cúmplase

Dado en Pereira, a los


 LINA BEATRIZ RENDÓN TORRES
 Secretaria de Salud Departamental


 Revisó: ALVARO AUGUSTO AYALA GARZON
 Director Operativo Prestación de Servicios de Salud

Proyecto: Gustavo Muñoz Lozano, Profesional Universitario
 Revisó: David Ricardo Cardona Molina, Profesional Especializado Aseguramiento
 Revisó: Evila Rosa Gallego Palencia, Profesional Especializada, Área Jurídica