COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES

Auditoria de Reclamaciones PJ

Socialización de lineamientos de auditoría
Reclamaciones Nuevas
28/12/2023

Por: Yohanna Cardona
Líder proceso de auditoría de reclamaciones

Contenido

1. Socialización lineamientos de auditoría

1

Socialización lineamientos de auditoría

2 Marco Normativo

Decreto 780 de 2016 – MSPS- «Establece condiciones y coberturas para el reconocimiento y pago de reclamaciones»



Decreto 2497 de 2022 «Establece rangos diferenciales por riesgo del SOAT»

Decreto 2644 de 2022 «Por el cual se modifica el Decreto 780 de 2016»

Resolución 326 de 2023 «Procedimiento de cobro y pago D.2497 »

Resolución 1236 de 2023 -Derogó la R.1645 de 2016 – MSPS

- **«** Establece el procedimiento para el reconocimiento y pago de Reclamaciones»

Resolución 12758 de 2023 -Derogó la R. 4338 de 2018 - ADRES «Implementa la radicación electrónica de Reclamaciones»

*__Circular 022 de 2023 Derogó la Circular 008 de 2023,__ actualiza los formularios de presentación de reclamaciones

Manual Operativo de Auditoría de Reclamaciones (Versión 7) – ADRES

- «Define la manera en la que adelanta la verificación de los requisitos esenciales en el proceso de auditoría»

2 Marco Normativo

Decreto 2497/2022

Establece rangos diferenciales del SOAT para vehículos asegurados

Siniestros ocurridos a partir del 18 dic/22

Aseguradora 300 SMDLV	ADRES 500 SMDLV

Imagen No. 5

Tarifas SOAT para las categorías de vehículos que hacen parte del rango diferencial

CATEGORIA				TARIFA MÁXIMA ANUAL EN SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
CICLOMOTOR			100	1,95
MOTOS	Menos de 100 c.c.		110	4,06
MOTOS	Entre 100 y 200 c.c.		120	5,45
MOTO CARRO, TRICIMOTO Y CUADRICICLO			140	6,15
MOTOCARRO	5 pasajeros		150	6,15
AUTOS NEGOCIO	Menos de 1.500 c.c.	Menos de 10 años	711	4,47
AUTOS NEGOCIO	Menos de 1.500 c.c.	10 o más años	712	5,59
AUTOS NEGOCIO	Entre 1.500 y 2.500 c.c.	Menos de 10 años	721	5,56
AUTOS NEGOCIO	Entre 1.500 y 2.500 c.c.	10 o más años	722	6,88
AUTOS NEGOCIO	Más de 2.500 c.c.	Menos de 10 años	731	7,18
AUTOS NEGOCIO	Más de 2.500 c.c.	10 o más años	732	8,43
BUSES Y BUSETAS URBANOS			810	10,72
SERVICIO PUBLICO INTERMUNIPAL	Menos de 10 pasajeros		910	10,61
SERVICIO PUBLICO INTERMUNIPAL	10 o más pasajeros		920	15,40

Fuente: Circular Externa 028 - SFC

Decreto 2644/2022

Modifica el Decreto 780 de 2016, las tarifas en salud serán calculadas en UVT

A partir de 30 diciembre de 2022			
Valor UVT	30 y 31 dic/22 $38.004	01/01/23	$42.412

263,13 UVT

Aseguradora

2 Marco Normativo

Resolución 326 de 2023

Por la cual se determina el procedimiento de cobro y pago que aplicará la ADRES, en relación con los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito amparados por el SOAT con rango diferencial por riesgo

Los servicios de salud prestados serán reconocidos por la ADRES en los términos y condiciones establecidos en la Resolución 1645 de 2016 o aquella que la modifique o sustituya

Los prestadores de servicios de salud deberán **anexar** a la radicación de las reclamación el **certificado de reconocimiento de los servicios de salud prestados hasta 263,13 (UVT) emitido por la respectiva aseguradora** autorizada para operar el ramo SOAT, documento que deberá incluir el detalle de los servicios de salud reconocidos por la aseguradora y el valor en pesos y en (UVT).

- Si la entidad no aporta certificado de reconocimiento de los servicios de salud prestados hasta 263,13 (UVT) emitido por la respectiva aseguradora aplicar 3120
- Si la entidad no aporta el detalle de los servicios de salud reconocidos por la aseguradora y el valor en pesos y en (UVT). aplicar 3121

1 Aspectos mínimos de verificación para reclamaciones por servicios de salud R. 1236 de 2023:

- Que el formulario que adopte para el efecto la ADRES, se encuentre diligenciado en su totalidad, conforme con el instructivo correspondiente.
- Que el médico o profesional tratante registrado en el formulario de reclamación se encuentre inscrito en el Registro Nacional de Talento Humano en Salud —RETHUS o prestando el servicio social obligatorio.
- Que la víctima y/o beneficiario de la indemnización exista a la fecha del evento o prestación del servicio, según corresponda y que se acredite la condición de la víctima y/o beneficiario.
- Que la ADRES sea la competente para reconocer y pagar la reclamación presentada
- Que la reclamación no haya sido reconocida previamente por la ADRES o por otra entidad en los términos del Decreto 780 de 2016, o la norma que lo modifique o sustituya.



Aspectos mínimos de verificación para reclamaciones por servicios de salud:

6. Que la reclamación se presente dentro del término establecido en el literal a) del artículo 73 de la Ley 1753 de 2015 modificado por el artículo 152 de la Ley 2294 de 2023 o la norma que lo modifique o sustituya.

7. Que el prestador de servicios de salud y el servicio objeto de la reclamación se encuentren habilitados para la fecha de prestación del servicio.



8. Que los servicios, tecnologías en salud e indemnizaciones reclamadas guarden relación con el evento que originó la atención y la información contenida en los soportes.

9. Que se evidencie que los servicios en salud reclamados fueron prestados a la víctima y se encuentren debidamente facturados.

10. Que el valor de los ítems facturados y reclamados se encuentre liquidado conforme a las tarifas y precios señalados en la normativa vigente y que el total del valor reclamado por evento no supere las coberturas establecidas.

11. Que el prestador de servicios de salud aporte el certificado de reconocimiento de los servicios de salud prestados hasta 263,13 Unidades de Valor Tributario (UVT) emitido por la respectiva aseguradora autorizada para operar el ramo SOAT, documento el cual debe incluir el detalle de los servicios de salud reconocidos por la aseguradora y el valor en pesos y en Unidades de Valor Tributario (UVT). Lo anterior aplica para los casos establecidos en la Resolución 326 del 2023 del Ministerio de Salud y Protección Social

1 Términos de presentación de la reclamación por primera vez

NORMA	VIGENCIA	TERMINO PARA SU PRESTACION	TIPO DE RADICACION	Si no cumple
Ley 1753/2015	Aplica desde el 09/06/2015 hasta 18/05/2023	3 años Si no se hace en dicho periodo se prescribe el derecho a la reclamación	Primera vez	Aplicar glosa 2003
Ley 2294 de 2023 Artículo 152	Aplica desde el 19/05/2023	18 Meses Si no se hace en dicho periodo se prescribe el derecho a la reclamación	Primera vez	Aplicar glosa 2010

- Fecha egreso urgencias-hospitalización
- Fecha consulta ambulatoria

1 Antes de empezar….

Nota externa
20173320011042 3 de 2017 (hasta 31/05/2023)

Circular 008 de 2023
(desde 01/06/2023 hasta 30/09/2023)

Circular 0022 de 2023
(desde 01/10/2023)

Mayo

Junio Julio Agosto Septiembre

Octubre …

Resolución 1645 de 2016

Resolución 1236 de 2023

Consistencia: formulario de reclamación Furips 1



1 Consistencia: formulario de reclamación: Furips



2102 **2103**

Campo de FURIPS a revisar	Diligenciamiento de acuerdo con la nota externa	Consistencia y coherencia en el diligenciamiento	Consistencia entre el formulario y los soportes de la reclamación
1. Datos de la reclamación.	Obligatorio	Verificar la completitud de: *Número de radicado anterior (en caso de diligenciarse (Respuesta a glosa u objeción, debe registrarse el número de radicado asignado a la primera entrada de la reclamación. *Número de factura de venta correspondiente al sistema de numeración o consecutivo de cada entidad según las disposiciones de la DIAN	✓ Verificar que el nro. de factura de venta registrada en el formulario de la reclamación corresponda con la factura de venta aportada por la entidad reclamante teniendo en cuenta el prefijo para los casos que aplique.
2. Datos de la Institución Prestadora de Servicios de salud	Obligatorio	Verificar la completitud de: • Razón social • Código de habilitación • NIT	✓ Verificar que la IPS que diligenció el formulario corresponda con la entidad que facturó y prestó el servicio. ✓ En caso de que la razón social tenga una descripción diferente en el formulario, se deberá validar la coincidencia entre el NIT y código de habilitación, si cumple, no procederá glosa.

1 Consistencia: formulario de reclamación: Furips



2102 **2103**

Campo de FURIPS a revisar	Diligenciamiento de acuerdo con la nota externa	Consistencia y coherencia en el diligenciamiento	Consistencia entre el formulario y los soportes de la reclamación
3. Datos de la víctima del evento catastrófico o accidente de tránsito.	Obligatorio	Verificar la completitud de: • Primer nombre • Primer apellido • Tipo de documento • Número. de documento • Fecha de fallecimiento si el paciente fallece en la atención durante la atención • Condición de la víctima o accidentado (Conductor, Peatón, Ocupante, Ciclista) Verificar que el tipo, número de documento, nombres y apellidos de la víctima diligenciado en el formulario, corresponda con el registrado en la RNEC.	• Verificar que los datos de la víctima (primer nombre, primer apellido, tipo y nro. de documento) aportados en el formulario correspondan con lo registrado en la factura e historia clínica[17].

1 Consistencia: formulario de reclamación

Para tener en cuenta:

- De conformidad con lo definido en la **nota externa 201733200110423 de 2017**, "*En los casos en que no se tenga identificación y no sea posible obtener la misma por parte de la institución prestadora de servicios de salud, su identificación corresponderá al tipo AS (adulto sin identificar) o MS (menor sin identificar) según sea el caso"* y su número se señalará de conformidad con lo estipulado en la citada nota externa.
- De conformidad con lo definido en la **Circular ADRES 0000022 de 2023** en los casos en los cuales el conductor no tenga identificación y no sea posible obtener la misma, su identificación corresponderá al tipo AS (Adulto sin identificar) o MS (Menor sin identificar), según sea el caso y su número de conformidad con la […] tabla de la Resolución 762 de 2023 de la ADRES, o aquella que la modifique o sustituya…»
- **Circular 29 de 2017**: ciudadano extranjero (venezolano) es válido:

  VEN1236456 CIUDADANO EXTRANJERO IDENTIFICADO

  VEN0000001 CIUDADANO EXTRANJERO NO IDENTIFICADO
- **Resolución 3015 de 2017**: permiso especial (PE), puede presentar en campo tipo de doc.: PE
- **Circular 24 de 2019**: Documento extranjero (DE), puede presentar en campo tipo de doc.: DE-MS-AS

  Ej BRA123
- Artículo 1 de la Resolución 1178 de 2021 (Derogada por Resolución 572 de 2022); 0bjeto. La presente resolución tiene por objeto incluir el Permiso por Protección Temporal - PPT como documento válido de identificación de los migrantes venezolanos en los sistemas que integran el Sistema de Protección Social".

Nombre del campo	Longitud del campo	Valores permitidos
Tipo de documento	2	PT Permiso por Protección Temporal
Numero de documento	1 a 8 caracteres	Numérico"

1 Consistencia: formulario de reclamación: Furips



	2102	2103

Campo de FURIPS a revisar	Diligenciamiento de acuerdo con la nota externa	Consistencia y coherencia en el diligenciamiento	Consistencia entre el formulario y los soportes de la reclamación
4. Datos del sitio donde ocurrió el evento catastrófico o el accidente de tránsito.	Obligatorio	Verificar la completitud de: • Naturaleza del evento • Dirección de ocurrencia del evento • Fecha de ocurrencia del evento Respecto a la dirección de ocurrencia se validará únicamente que el campo se presente diligenciado.	• Verificar que el tipo de evento y fecha corresponda con la información registrada en la historia clínica para la atención inicial. En caso de atenciones posteriores a la atención inicial se verificará que dicha atención sea derivada de un evento cubierto y guarde relación con la atención inicial.
5. Datos del Vehículo Involucrado en el Accidente de Tránsito.	Obligatorio	Verificar la completitud de: • Estado de aseguramiento[19] 1 = Asegurado 2 = No asegurado 3 = Vehículo fantasma 4 = Póliza falsa 6= Asegurado D.2497 7 = No Asegurado – Propietario indeterminado o sin información 8 = No Asegurado – Sin Placa • Número de placa no aplica para el estado de aseguramiento vehículo fantasma o No Asegurado – Sin Placa) • Código de la aseguradora • número de la póliza y vigencia (vehículo asegurado, asegurado D. 2497 y póliza falsa). • Número de radicado SIRAS (id_atencion) • Cobro por agotamiento tope Aseguradora * Realizar la verificación de las alertas identificadas en las bases de datos de pólizas y siniestros.	• No aplica

Consistencia: formulario de reclamación: Furips

2102 **2103**

Campo de FURIPS a revisar	Diligenciamiento de acuerdo con la nota externa	Consistencia y coherencia en el diligenciamiento	Consistencia entre el formulario y los soportes de la reclamación

6. Datos Relacionados con la Atención de La Víctima		Verificar la completitud de:
		• Código CUPS de servicio principal de hospitalización
		  ○ (Cuando se reclame estancia)
		• Complejidad del procedimiento quirúrgico
		  ○ (cuando se facturen procedimientos quirúrgicos)
		• Código CUPS del procedimiento quirúrgico principal
		• Se prestó servicio UCI (si – no)
		• Días de UCI reclamados
			• No aplica



1 Consistencia: formulario de reclamación: Furips

		2102	2103
Campo de FURIPS a revisar	**Diligenciamiento de acuerdo con la nota externa**	**Consistencia y coherencia en el diligenciamiento**	**Consistencia entre el formulario y los soportes de la reclamación**
7. Datos del propietario del vehículo	Obligatorio	Aplica para los estados de aseguramiento: • Asegurado • Asegurado D. 2497 • No asegurado • *No asegurado sin placa • Póliza falsa En estos casos verificar la completitud de: • Primer nombre • Primer apellido • Tipo de documento • Número de documento • Dirección de residencia • Departamento • Municipio En caso de que la víctima sea el mismo propietario del vehículo, se verificará que en esta sección la información sea consistente con la registrada en el campo «datos de la víctima» del formulario. • Primer nombre • Primer apellido • Tipo de documento • Número de documento	• No aplica



Consistencia: formulario de reclamación: Furips

2102 **2103**

Campo de FURIPS a revisar	Diligenciamiento de acuerdo con la nota externa	Consistencia y coherencia en el diligenciamiento	Consistencia entre el formulario y los soportes de la reclamación
8. Datos del conductor del vehículo involucrado en el accidente de tránsito	Obligatorio	Aplica para los estados de aseguramiento: • Asegurado • Asegurado D.2497 • No asegurado • No asegurado propietario indeterminado o sin información • No asegurado sin placa • Póliza falsa En estos casos verificar la completitud de: • Primer nombre • Primer apellido • Tipo de documento • Nro. de documento • Dirección de residencia • Departamento • Municipio En caso de que la víctima sea el mismo conductor del vehículo, se verificará que la información registrada en esta sección sea consistente con la registrada en el campo «datos de la víctima» del formulario, • Primer nombre • Primer apellido • Tipo de documento • Número de documento Así mismo, en caso de que él propietario sea el mismo conductor del vehículo, se verificará que la información se consistente en relación con: • Primer nombre • Primer apellido • Tipo de documento • Nro. de documento • Dirección de residencia • Departamento • Municipio	No aplica



Consistencia: formulario de reclamación: Furips

2102 2103

Campo de FURIPS a revisar	Diligenciamiento de acuerdo con la nota externa	Consistencia y coherencia en el diligenciamiento	Consistencia entre el formulario y los soportes de la reclamación
9.Datos de remisión (La información se convierte en obligatoria siempre y cuando exista remisión de la víctima).	Obligatorio	Aplica cuando la entidad remita o reciba el paciente en remisión. Verificar la completitud de: • Fecha de traslado • Prestador que remite • Código de habilitación de la entidad que remite • Profesional que remite • Fecha de aceptación • Prestador que recibe • Profesional que recibe • Placa ambulancia que realiza el traslado interinstitucional (cuando se trate de traslados realizados dentro de una misma infraestructura física no es obligatorio el diligenciamiento de la placa de la móvil)	✓ Verificar la coincidencia de la fecha de traslado, prestador que remite, fecha de aceptación y prestador que recibe con la información registrada en la historia clínica y/o la hoja de referencia de paciente.
10.Transporte y movilización de la víctima (La información se convierte en obligatoria siempre y cuando exista movilización de víctima).	Obligatorio	Aplica cuando se reclame gastos de transporte y movilización de víctima. Verificar la completitud de: • Número de placa del vehículo que transporta la víctima • Dirección desde donde se recoge la victima • Dirección hasta donde se traslada la víctima. • Tipo de servicio de transporte (básico o medicalizado)	✓ Verificar la coincidencia de la dirección desde donde se recoge la víctima, dirección hasta donde se traslada la víctima, placa de la ambulancia que traslada la víctima contra la hoja de traslado y/o historia clínica anexa.
11.Certificación de la atención médica de la víctima como prueba del accidente o evento	Obligatorio	Verificar la completitud de: • Fecha de ingreso y egreso (en formato dd/mm/aaaa). • Código principal de diagnóstico CIE10 de ingreso y egreso	✓ Verificar la coincidencia de la fecha de ingreso y egreso contra lo registrado en la historia clínica.



1 Consistencia: formulario de reclamación: Furips

2102 2103

Campo de FURIPS a revisar	Diligenciamiento de acuerdo con la nota externa	Consistencia y coherencia en el diligenciamiento	Consistencia entre el formulario y los soportes de la reclamación
12.Datos del médico o profesional de la salud tratante		Verificar la completitud de: • Primer nombre • Primer apellido, • Tipo y número de identificación, • Registro médico de médico o profesional tratante Verificar que el número de documento del médico o profesional tratante diligenciado en el formulario corresponda con el registrado en el aplicativo "RETHUS". Cuando se trate de un profesional de la salud que presta servicio social obligatorio, se debe revisar contra la base de datos suministrada por el MSPS o en su defecto con el acto administrativo con el cual se asignó la plaza rural.	✓ No aplica
13.Amparos que reclama	Obligatorio	Verificar la completitud de: • Valor reclamado de gastos medico quirúrgicos • Valor reclamado de gastos de transporte y movilización de víctima. Lo anterior para los casos que aplique. Los gastos de atención prehospitalaria, remisión y/o traslado interinstitucional deberán reclamarse en el FURIPS 1 en el campo "gastos medico quirúrgicos".	• Verificar que el valor reclamado en el formulario no sea superior al valor de la factura de venta aportada.
14.Declaración de la institución prestadora de servicios de salud.	Obligatorio	Verificar la completitud de: • Manifestación de servicios habilitados (si – no) • Descripción breve del evento catastrófico o accidente de transito	Verificar la consistencia de la información aportada en la descripción del evento contra lo registrado en la historia clínica.



1 Consistencia: formulario de reclamación: Furips

Si, durante el proceso de auditoria se evidencia que la víctima es el conductor del vehículo involucrado en el accidente y el estado de aseguramiento es fantasma, la entidad deberá aportar certificación firmada por el representante legal en la cual se informe las causales por las cuales no se están relacionado datos de numero de placa, datos de conductor y propietario de vehículo, lo anterior exime a la entidad de la correspondiente glosa. También será válido si la entidad aporta declaración extra-juicio, documento emitido por la SIJIN, transito o fiscalía, en todo caso deberá aportar la mencionada certificación firmada por el representante legal.



Consistencia: formulario de reclamación Furtran



Consistencia: formulario de reclamación: Furtran

2102 **2103**

Campo de FURTRAN a revisar	Diligenciamiento de acuerdo con la nota externa	Consistencia y coherencia en el diligenciamiento	Consistencia entre el formulario y los soportes de la reclamación
Radicación	Obligatorio	Verificar la completitud del número de radicado anterior, cuando se trate de respuesta a glosa	No aplica
Número de factura o documento equivalente	Obligatorio	Verificar la completitud del número que corresponde al sistema de numeración o consecutivo de cada entidad según las disposiciones de la DIAN.	Verificar que el Número de factura de venta registrada en el formulario de la reclamación corresponda con la factura de venta aportada por la entidad reclamante teniendo en cuenta el prefijo para los casos que aplique.
Datos del transporta dor.	Obligatorio	Verificar la completitud de: • Razón social • Código de habilitación • Tipo y número de documento de la entidad reclamante • Tipo de servicio • Placa del vehículo que realizó el traslado • Dirección, departamento, teléfono y municipio del reclamante	• Verificar que la IPS que diligenció el formulario corresponda con la entidad que facturó y prestó el servicio. • En caso de que la razón social tenga una descripción diferente en el formulario, se deberá validar la coincidencia entre el NIT y código de habilitación si cumple, no procederá glosa.
Relación de víctimas trasladadas	Obligatorio	Verificar la completitud de: • Tipo y número de documento de la víctima trasladada[1]	Verificar que el número de documento de la víctima, primer nombre y apellido, dirección donde se recoge la víctima corresponda con la registrada en la factura y hoja de traslado.



1 Consistencia: formulario de reclamación: Furtran

2102 **2103**

Campo de FURTRAN a revisar	Diligenciamiento de acuerdo con la nota externa	Consistencia y coherencia en el diligenciamiento	Consistencia entre el formulario y los soportes de la reclamación
		• Primer nombre, primer apellido • Tipo de evento que suscita la movilización • Dirección, departamento, municipio y zona donde se recoge la víctima Verificar que el tipo, número de documento, nombres y apellidos de la víctima diligenciado en el formulario, corresponda con el registrado en la RNEC *	
Certificación de traslado de victimas	Obligatorio	Verificar la completitud de: • Fecha y hora de traslado • Código de habilitación de IPS que recibe a la victima • Departamento y municipio a donde se traslada la victima	Verificar que la información de fecha de traslado corresponda con la registrada en la hoja de traslado.
Datos obligatorios si el evento es un accidente de transito	Obligatorio	Verificar la completitud de: • Condición del accidentado • Estado de aseguramiento • Placa del Vehículo involucrado (aplica para vehículo asegurado, no asegurado, póliza falsa, No asegurado – Propietario Indeterminado o sin información) • Código de la aseguradora, numero de póliza y vigencia póliza aplica para (asegurado, póliza falsa)	• Verificar la coincidencia de la placa de la ambulancia que traslada la víctima contra la hoja de traslado y/o historia clínica anexa.
Amparo reclamado	Obligatorio	Verificar la completitud de: Amparo reclamado por amparo de gastos de transporte primario	• Verificar que el valor reclamado y facturado en factura de venta no supere el valor tope del amparo para la vigencia según corresponda.



1 Cobertura amparos



Verificación de amparo del evento reclamado (accidentes de tránsito, eventos catastróficos naturales o eventos terroristas); en todo caso, las lesiones presentadas por la víctima, deben ser consecuencia directa de uno de esos eventos amparados; si evidencia que no se trata de un evento cubierto por la Adres, aplicar glosa **4104**

1 Doble cobro

Para evitar dobles pagos

Verificar siempre el histórico de reclamaciones por víctima, haciendo seguimiento por número de identificación, para verificar entre otros que el número de radicado si corresponde a reclamación presentada por primera vez y que no se ha pagado previamente.

Adicionalmente, verificar en histórico por entidad a fin de descartar que la misma factura haya sido asignada a 2 victimas diferentes.

Aun cuando aparezca una sola entrada para un radicado, puede tratarse de un radicado no válido.

Validar siempre, que los Ítems reclamados no hayan sido pagados previamente por la ADRES; si ya fueron reclamados algunos ítems aplicar glosa **4010;**
-Si se evidencia que los servicios reclamados en factura fueron cancelados en su totalidad, aplicar glosa **4011.**

1 Contenido y requisitos de la factura de venta

Criterio D: La factura o documento equivalente generado por el reclamante cumple con los requisitos definidos en la norma, identifica a la víctima y los procedimientos o tecnologías en salud realizados

En relación con la factura de venta o documento equivalente, el Decreto 780 de 2016, señala en su artículo 2.6.1.4.3.7 que dicho soporte debe cumplir con los requisitos establecidos en las normas legales y reglamentarias vigentes, en este sentido, se evaluará que la factura cuente con:

1. Denominación expresa como factura de venta
2. Número que corresponda a un sistema de numeración consecutiva de facturas de venta.
3. Fecha de expedición de la factura.
4. Número de identificación y razón social de la IPS reclamante.
5. Número de identificación y razón social del pagador (ADRES).
   No será causal de glosa; i) La ausencia del digito de verificación en la factura de venta y ii) Las facturas previamente expedidas que se hayan dirigido a FIDUFOSYGA, CONSORCIO SAYP, UT FOSYGA 2014, FOSYGA.
6. Nombre y número de identificación de la víctima a la que se le prestó el servicio.
7. Detalle de factura con código SOAT, valor unitario[16], valor total, descripción y cantidad de la tecnología en salud prestada
8. Que la factura cuente con la Resolución de autorización de numeración de la DIAN vigente[17]; caso en el cual, se deberá evaluar que el número de la factura de venta se encuentre dentro del rango autorizado por la Resolución DIAN teniendo en cuenta el prefijo y la vigencia de la mencionada Resolución de facturación.



La IPS no anexa factura o documento equivalente **(4401)**

Si no cumple con estos requisitos legales aplicar glosa (**4403)**

Si la factura no trae código soat- aplicar glosa **(4404)**

1 Factura de venta

Todas *las entidades reclamantes incluyendo Fundaciones, Empresas Sociales del Estado y ONG, que expidan facturas con posterioridad al 05 de mayo de 2020, están obligadas, a presentar la autorización de facturación Dian en sus facturas de ventas y las mismas serán objeto de glosa en caso de evidenciarse inconsistencia o ausencia de esta.*

Si la entidad aporta la representación gráfica de la factura de venta electrónica y la misma no registra la Resolución de facturación Dian, se deberá verificar que tenga CUFE (Código Único de Facturación Electrónica), de ser así, no aplicará glosa por ausencia de dicha Resolución, toda vez que la esta información reposa en la Dian.

En caso de que la representación gráfica de la factura de venta registre además del CUFE, la información relacionada con numero de autorización DIAN, rango autorizado y vigencia, durante el proceso de auditoria se deberá evaluar lo indicado en el numeral 8.

1 Factura de venta

Detalle de cargo de factura, el cual corresponde a un documento que forma parte integral de la factura de venta, deberá contener como mínimo el *número. de factura de venta o número de admisión o ingreso que permita asociar con la factura de venta inicialmente aportada, código de la tecnología en salud, descripción, cantidad, valor unitario y valor total.*

Por lo anterior y teniendo en cuenta que el detalle de cargos hace parte integral de la factura de venta, este deberá tenerse en cuenta para efectuar la comparación entre detalle de factura y FURIPS 2, en tal caso, de evidenciarse inconsistencia entre otros, en valor facturado, se deberá aplicar la glosa 2108, siempre que el valor facturado en FURIPS 2 sea superior al relacionado en mencionado detalle.

Así mismo, será válido la identificación de la víctima en este último, en caso de que la factura de venta no lo relacione

1 Consistencia físico/magnético

ADRES

Furips 2

ADRES

ADRES

DETALLE FACTURA

La salud es de todos | Minsalud

Fecha de Radicación: **14/01/2023** Número Radicado: **13042844** Factura: **V851**

I. MEDICAMENTOS FACTURADOS

Código	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Total Reclamado	Total Facturado
19969624-1	METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML SOLUCION INYECTABLE CAJA POR 5 AMPOLLAS POR 2 ML	1.00	$700	$700	$700
20006845-6	DIPIRONA MAGNESICA 2G/5 ML SOLUCION INYECTABLE SOLUCIÓN INYECTABLE. AMPOLLA DE VIDRIO ÁMBAR TIPO I POR 5ML. CAJA POR 10 AMPOLLAS.	1.00	$3,750	$3,750	$3,750
20021498-6	CLORURO DE SODIO AL 0.9% EN AGUA INYECTABLE BOLSA PLASTICA DE PVC (PLASTICO GRADO MEDICO) POR 500ML CON SOBRE BOLSA DE POLIETILENO DE ALTA DENSIDAD.	4.00	$4,550	$18,200	$18,200
Total: 3				**$22,650**	**$22,650**

II. PROCEDIMIENTOS FACTURADOS

Código	Descripción	Cantidad	Valor unitario	Total Reclamado	Total Facturado
39145	Consulta de urgencias	1.00	$65,700	$65,700	$65,700
Total: 1				**$65,700**	**$65,700**

III. INSUMOS FACTURADOS

Código	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Total Reclamado	Total Facturado
	EQUIPO INFUSION P/BOMBA	1.00	$25,900	$25,900	$25,900
	EQUIPO EXTENCION DE ANESTESIA	1.00	$3,250	$3,250	$3,250
	CATETER INTRAVENOSO NO. 18	1.00	$3,000	$3,000	$3,000
Total: 3				**$32,150**	**$32,150**

Factura de venta física

Empresa Social del Estado Salud Yopal

FECHA: 14 de diciembre de 2022 1:11 p.m. **VENCE:**14 de enero de 2023

Factura Electrónica de Venta: **V-851**

LA COMPAÑIA ASEGURADORA: ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD **NIT: 901037916-1**

POLIZA SOAT NUMERO:

DEBE A:
E.S.E. SALUD YOPAL
Nit: 844.003.225-6
CARRERA 15 33 40 YOPAL-CASANAR

LA SUMA DE: CIENTO VEINTE MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE **$120,500.00**

Por concepto de servicios de salud co rresponditentesal Seguro Obligatorio de Accidente de Transito prestados a: IVAN DAVID MONTEJO COLINA Ident: 1192758457
Historia Clínica Nro: 1192758457 **Fecha de Ingreso:** 2022-12-14 03:21:00
Estancia: **Fecha de Retiro:** 2022-12-14 13:11:00
Observaciones:

Comprobante	Cod artículo	CONCEPTO	Cod Serv	Cant.	Vlr Unit	Valor T
0.00	00032	CATETER INTRAVENOSO NO. 18		1.00	$3,000.00	$3,000.00
0.00	20006845-6	DIPIRONA MAGNESICA 2G/5	2000684	1.00	$3,750.00	$3,750.00
0.00	00060	EQUIPO EXTENCION DE ANESTESIA		1.00	$3,250.00	$3,250.00
0.00	20099332	EQUIPO INFUSION P/BOMBA	2009933	1.00	$25,900.00	$25,900.00
0.00	19969624-1	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO) 1	1996962	1.00	$700.00	$700.00
0.00	20021498-6	SODIO CLORURO AL 0.9% 500ML	2002149	4.00	$4,550.00	$18,200.00
555877	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MED	39145	1.00	$65,700.00	$65,700.00

Saldo neto factura **$120,500.00**

Firma Digital Electrónica:
p4Vbn0KhITaZ1aJT6SIdBHkOtFUvhQFBdFnMBsdKrFeYH2gNPD8O27/CycwwTYBmSGnBZuFHEfqGaFwbqW8xKPcF/3Z2kDLRRLsm3
68UnQILvE3n1OF4GXU+ERUNm78C7T8ccK6UT08ED77xBv/3do2maxooE+tsNHwUKUMVzYoSgxEtJuXGCZd5eFgm7 tqy+QCI85yfB6Byg
Tp7U1zBmwK/S/URSAwpgZTAhcFYefGDqDdyGfY6mLhaE6j9pkOIMCCF/6uod9X7o+X3yHTdYDGwarNd2B2Mu4k+PEvLtsI3wAWoVJaBrwS
a780xzoVI60YzEhJOMWA==

CUFE: 6452895dca28bdb3dc35f6b19d29bcc075991c761b8b895fa7e1cd14b2e9b31b400ca5cd428fea834c72d7a48808b9978

E.S.E. SALUD YOPAL — Firma de recibido por la prestación de los servicios y acepto para el pago.

Autorización según Resolución de Facturación 18764036843410 desde2022-09-27 hasta 2023-09-27 Prefijo V desde / hasta 738;2000. por Facturación Electrónica
No responsable de IVA
LA PRESENTE FACTURA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART 779 CODIGO DE COMERCIO

FORMA DE PAGO: Crédito
MEDIO DE PAGO: Instrumento no definido

ApplicationResponse
Identificador Evento: 34944581 **Fecha Evento:** 14/12/2022 01:11:00p. m. **Codigo Evento:** 02 -Uso Autorizado por la DIAN
Evento: 9eae2f2739c7495ab28fce0eaa479cb6f01d0040a419d745470617c9d0905ade491e3a1391ade96fefa4196d2a4f951b

Si, la entidad presenta cobro de material de osteosíntesis, verificar en los anexos de la reclamación la factura de proveedor de dicho material.

Si no aporta factura de proveedor de MAOS aplicar glosa **4405**.

Si el MAOS presenta mayor valor cobrado respecto de lo registrado en factura de proveedor, aplicar glosa **4306**.

Si presenta inconsistencia físico/magnético aplicar glosa **2108**

Si el medicamento se encuentra registrado como insumo, aplicar glosa **2109**

Si el servicio o procedimiento presenta mayor valor cobrado aplicar **4301 a la 4309** según corresponda

1 Productos diferentes a medicamentos

ADRES

NOVATRIX CREMA TUBO X 50G DROG- Producto cosmético

PURILON HIDROGEL FRASCO X 25 G REF 3903- Dispositivo médico

JERINGA PRELLENADA CON SOLUCION SALINA - Insumo médico quirúrgico

Productos Nutriciones enterales, Fito-terapéuticos

Favor **no aplicar glosa 2109** a estos productos, dado que los mismos al no corresponder a medicamentos de acuerdo con la clasificación Invima, deben venir relacionados como insumo en Furips 2.



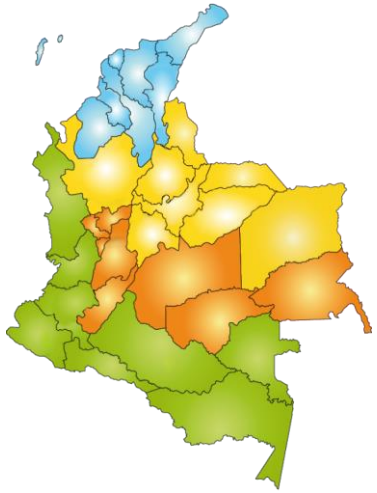




1 Zonas especiales

Recordar que las IPS ubicadas en ZONAS ESPECIALES, registradas en Manual Tarifario, tienen derecho a un incremento del 25% en honorarios y un 15% en procedimientos.

Articulo 86 Manual tarifario soat (Ver herramienta ECAT



1 Aspectos a tener en cuenta:

Las entidades que producen su propio oxígeno y aire medicinal deberán aportar el certificado de buenas prácticas de manufactura expedido por el Invima donde les autorice su producción, el cual deberá contener como mínimo lo siguiente:

-NIT y razón de la entidad, domicilio y dirección
-Debe especificar tipo de producto autorizado con concepto favorable
-Vigencia, la cual estará determinada por la fecha que expresamente declare el documento. Cuando dicho certificado no declare una fecha de vigencia expresa, se entenderá como un año contado a partir de la fecha de expedición de este.
-Firma de responsable en Invima quien emite el concepto

En caso de que dicho documento no cumpla con el mínimo exigido, se deberá aplicar glosa 2109 al oxigeno u aire medicinal y en la nota aclaratoria precisar la inconsistencia evidenciada en el certificado.

1 Acreditación de la condición de victima



Aplicar **3001** si el médico no acredita condición de víctima en **accidente de tránsito** en **registros clínicos anexos.**



Verificar soporte de acreditación de víctima emitido por el **Consejo Municipal de Gestión de Riesgo o alcalde (como miembro principal del concejo)**; debe contener o relacionar nombre e identificación de la víctima, fecha del evento y las circunstancias de modo, tiempo y lugar del evento a que se refiere, si no cumple:



Aplicar **3002** si no se evidencia la acreditación de la condición de víctima, de evento natural.



Aplicar **3003** si no se evidencia la acreditación de la condición de víctima, de evento terrorista.



1 Soporte de Materia de Osteosíntesis- MAOS

ADRES



Para reclamaciones con generación de derecho a reclamar a partir de vigencia de Decreto 056/15, en caso de cobro de material de osteosíntesis, la IPS debe anexar la factura de compra al proveedor; si no trae la factura aplicar glosa 4405**.**



El material de osteosíntesis debe estar soportado en el informe quirúrgico de lo contrario aplicar glosa 3106



PIN GUIA se reconoce siempre y cuando este soportado en el informe quirúrgico.

1 Servicios de salud prestados por un tercero:



En relación a la certificación de pago de servicios tercerizados, se tomarán como soportes de pago:

a) Factura de cobro del tercero con sello de cancelado y/o
b) Constancia emitida por la entidad que factura a la Adres y/o
c) Constancia emitida por el tercero

Si no cumple aplicar: **3113**

La IPS reclamante debe tener el servicio habilitado para poder tercerizarlo; si no está habilitada aplicar glosa **3302** y no pagar los servicios del tercero (aunque estén soportados y estén justificados).

1 Habilitación de servicios de salud:

Verificación de servicios habilitados para la fecha de prestación del servicio de la IPS que está presentando la reclamación por atención médico quirúrgico. Si la IPS no está habilitada se debe aplicar glosa **3301**, de lo contrario glosar solo el servicio no habilitado a la fecha de prestación del mismo y registrar en notas aclaratorias cual es el servicio no habilitado. Con glosa **3302**

Se habilita de acuerdo con la sede que presta el servicio, evidenciada en soporte clínico y/o factura de venta (aplica hasta radiación dic 2023)

RX Simple	Radiología baja complejidad
TOMOGRAFÍAS (TAC)	RADIOLOGÍA DE MEDIANA COMPLEJIDAD
RESONANCIAS MAGNÉTICAS (RMN)	RADIOLOGÍA DE MEDIANA COMPLEJIDAD
RADIOLOGÍA CON PORTÁTILES Y FLUOROSCOPIAS	RADIOLOGÍA DE MEDIANA COMPLEJIDAD
Estancia	Baja-media alta complejidad

Las reclamaciones radicadas a partir de 01/01/2024 se deberá adelantar el proceso de verificación de la habilitación del servicio o tecnología en salud de acuerdo con la información aportada en el formulario de reclamación, esto es, código de habilitación y sede registrada.

Ahora bien, si dentro de los soportes anexos o soportes de la reclamación, se evidencia que la sede en la cual se prestó la atención en salud es diferente a la registrada en el formulario de reclamación se impondrá la glosa 2103 por inconsistencia en la información aportada.

1 Justificación estancia hospitalaria y Consulta de trabajo social

Dentro del proceso de auditoría de reclamaciones de persona jurídica se deberá tener en cuenta los ***aspectos mínimos de verificación para reclamaciones por servicios de salud***, de la citada Resolución, quiere decir que, no se avaluara la pertinencia en la asignación de camas por parte de la IPS, por el contrario, se deberá evaluar que la víctima cumpla con criterios de hospitalización, independientemente de la cama donde sea hospitalizado el usuario.

Con respecto al reconocimiento y pago de servicios de **consulta de trabajo social**, estos hacen parte de la atención integral en salud y su justificación estará dada, entre otros, por ejemplo:

•Paciente victima de un evento cubierto en condición de habitante de calle - abandono social - vulnerabilidad (ej. menores de edad dependientes de padres)

En todo caso, se deberá avaluar de manera individual cada reclamación y establecer la justificación acorde a la necesidad descrita para cada situación en particular.

1 Descuento 25% por ausencia de lectura de radiólogo

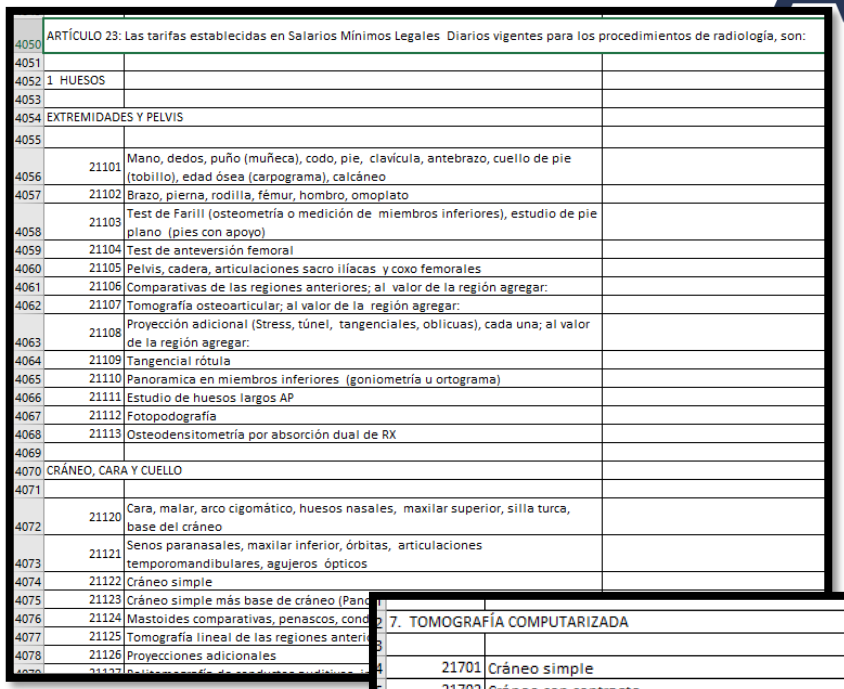
Teniendo en cuenta lo contemplado en el parágrafo 1 del artículo 23 del decreto 2423 de 1996 compilado el anexo técnico 1 del Decreto 780 de 2016, en el cual se menciona lo siguiente;

"PARÁGRAFO 1: Las tarifas contempladas en este Artículo son los valores que se reconocen por la práctica de los estudios con sus proyecciones convencionales y cuando el procedimiento lleve el respectivo informe escrito del médico especialista radiólogo. En caso de que el radiólogo no realice la correspondiente lectura al valor estipulado para cada examen, se le descontará el veinticinco por ciento (25%)".

Lo anterior aplica para **todos los procedimientos de radiología contenidos en el artículo 23** del precitado decreto, razón por la cual, aquellas reclamaciones en donde se facturen servicios de radiología y no se anexen la lectura oficial de radiólogo, deberá reconocerse el 75% del valor del estudio, y aplicar glosa 3109 al 25% restante por ausencia de mencionado soporte.

**No olvidar que dicho descuento debe ajustarse a centena más próxima. (Art 89, Decreto 2423)

<u>Reliquidar y aprobar parcial el ítem, si aplica</u>



4050	ARTÍCULO 23: Las tarifas establecidas en Salarios Mínimos Legales Diarios vigentes para los procedimientos de radiología, son:		
4051			
4052	1 HUESOS		
4053			
4054	EXTREMIDADES Y PELVIS		
4055			
4056	21101	Mano, dedos, puño (muñeca), codo, pie, clavícula, antebrazo, cuello de pie (tobillo), edad ósea (carpograma), calcáneo	
4057	21102	Brazo, pierna, rodilla, fémur, hombro, omoplato	
4058	21103	Test de Farill (osteometría o medición de miembros inferiores), estudio de pie plano (pies con apoyo)	
4059	21104	Test de anteversión femoral	
4060	21105	Pelvis, cadera, articulaciones sacro ilíacas y coxo femorales	
4061	21106	Comparativas de las regiones anteriores; al valor de la región agregar:	
4062	21107	Tomografía osteoarticular; al valor de la región agregar:	
4063	21108	Proyección adicional (Stress, túnel, tangenciales, oblicuas), cada una; al valor de la región agregar:	
4064	21109	Tangencial rótula	
4065	21110	Panoramica en miembros inferiores (goniometría u ortograma)	
4066	21111	Estudio de huesos largos AP	
4067	21112	Fotopodografía	
4068	21113	Osteodensitometría por absorción dual de RX	
4069			
4070	CRÁNEO, CARA Y CUELLO		
4071			
4072	21120	Cara, malar, arco cigomático, huesos nasales, maxilar superior, silla turca, base del cráneo	
4073	21121	Senos paranasales, maxilar inferior, órbitas, articulaciones temporomandibulares, agujeros ópticos	
4074	21122	Cráneo simple	
4075	21123	Cráneo simple más base de cráneo (Pan	
4076	21124	Mastoides comparativas, penascos, cond	
4077	21125	Tomografía lineal de las regiones anteri	
4078	21126	Proyecciones adicionales	

2	7. TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA		
3			
4	21701	Cráneo simple	
5	21702	Cráneo con contraste	
6	21703	Cráneo simple y con contraste	
7	21704	Cisternografía	
8	21705	Silla turca u oído (incluye cortes axiales y coronales)	
9	21706	Senos paranasales o rinofaringe (incluye cortes axiales y coronales)	
0	21707	Órbitas (incluye cortes axiales y coronales)	
1	21708	Columna cervical, dorsal o lumbar (hasta tres espacios)	
2	21709	Columna cervical, dorsal o lumbar (espacio adicional)	
3	21710	Laringe o cuello	
4	21711	Laringe y cuello	
5	21712	Tórax	
6	21713	Abdomen superior	
7	21714	Pelvis	
8	21715	Abdomen total	
9	21716	Extremidades y articulaciones	
0	21717	Articulación temporo mandibular (bilateral)	
1	21718	Osteodensitometría	
2	21719	Complemento a mielografía (cada segmento)	
3	21720	Anteversión femoral o tibial, axiales de rótula, medida de longitud de miembros inferiores	
4	21721	Guía escanográfica para procedimientos intervencionistas; a la zona agregar:	
5	21722	Reconstrucción tridimensional, agregar al costo del examen:	
6	21723	Peñasco, conductos auditivos internos	

1 Medicamentos de uso intrahospitalario:

La administración de los medicamentos que la víctima requiera hace parte del tratamiento integral, se deberá **evaluar que las cantidades prescritas sean consistentes con las suministradas y facturadas**. En caso de que se presenten excedentes en cuanto a las cantidades prescritas por el profesional de la salud, la evidencia de suministro se validara contra lo efectivamente suministrado y facturado.

El soporte de la admón. de los medicamentos hospitalarios será válido, la hoja de administración de medicamentos y/o notas de enfermería cuyo soporte deberá contar con nombre y apellido de responsable de administración.

El reconocimiento de los medicamentos se realizará de conformidad con lo establecido por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos para la fecha de la prestación del servicio.

En ningún caso, la muestra médica da lugar a cobro, toda vez que la comercialización de las mismas se encuentra prohibida de acuerdo con el Artículo 76 del Decreto 677 de 1995.



- Si el medicamento reclamado no está Soportado aplica **3107**

1 Medicamento ambulatorios

En el caso de medicamentos solo se reconocerán aquellos que correspondan al manejo de las lesiones directas causadas por eventos reconocidos por la ADRES.

En las órdenes de medicamentos ambulatorios debe verificarse la posología completa indicando: **Nombre, Presentación, Concentración, Dosificación, Cantidad total de unidades farmacéuticas y tiempo de uso.**

Excepto en caso de jarabes, suspensiones, cremas, geles, gotas o spray, en las que reclaman una sola unidad donde no es requisito que determine número de días de tratamiento.

*El soporte de los medicamentos ambulatorios se verifica con la formula medica ambulatoria y/o historia clínica el cual debe contar con nombre, apellido y nro. de documento de quien recibe el tratamiento.



Para los eventos ocurridos a partir de enero 01 de 2021, la IPS deberá aportar el nombre, apellido y número de identificación del paciente, su representante, responsable, acudiente o de quien recibe el o los medicamentos, lo anterior puede constar en la factura de venta o documento equivalente, en la fórmula u orden médica o en el certificado de atención medica expedido por el reclamante en el que conste la entrega del tratamiento ambulatorio al paciente.

- Si el medicamento reclamado no está Soportado aplica **3107**
- Si el medicamento reclamado no está justificado aplica **3207**

1 Laboratorio clínico

Cuadro Hemático: Anemia, signos de infección o inflamación

UREA: se glosa por justificación si la facturan junto con el NITROGENO y la CREATININA. Si la facturan solo con creatinina es facturable.

Los gases arteriales, tomados en urgencias, sala de reanimación y hospitalización son facturables, deben estar justificados y soportados.

Glucometrías:

-Son facturables en pacientes con antecedentes de diabetes y pacientes en UCI.

-Deben estar ordenadas y soportadas.

-No se reconoce lancetas por estar incluidas en la glucometría.

-Se reconocen tirillas en caso de que no facturen glucometría.

Prueba de embarazo cualitativa: Se reconoce en paciente inconsciente, y/o en mujeres en edad fértil (12 a 44 años).

1 Laboratorio clínico prequirúrgicos

ADRES

<50

- Cuadro hemático
- PT-PTT- Pruebas de coagulación
- BUN-Creatinina (sí, Antecedente Hipertensión y/o falla renal)
- EKG-Electrocardiograma (si, antecedentes coronarios)
- Glucosa (si, ant. Diabetes Mellitus)

>50 Años

- Cuadro hemático
- PT-PTT
- BUN-Creatinina
- EKG
- Glucosa
- Rx de tórax



- Si el laboratorio reclamado no está Soportado aplica **3108**
- Si el medicamento reclamado no está justificado aplica **3209**

1 Laboratorios en UCI

- Cuadro hemático
- PT-PTT Pruebas de coagulación
- GLUCOMETRIA/GLUCOSA
- CREATININA-NITROGENO UREICO
- ELECTROLITOS (SODIO, POTASIO, CLORO, CALCIO, MAGNESIO)
- **ACIDO LACTICO** (paciente ventilado)
- RX DE TORAX
- **FIBRINOGENO (UCI PLENA)**

GASES ARTERIALES:
- Están incluidos en la estancia en UCI independientemente si facturan o no la estancia en UCI.

- Si el laboratorio reclamado no está Soportado aplica **3108**
- Si el laboratorio reclamado no está justificado aplica **3209**

1 Enzimas cardiacas:

T-Troponina:

- Proteína que se secreta cuando el miocardio resulta dañado
- Se solicita cuando:
  - -Paro cardiaco
  - -Angina de pecho

CPK
Creatina fosfoquinasa

- Enzima que se encuentra > en el corazón, el cerebro y el músculo esquelético.
- -CPK-BB: Cerebro y pulmones
  - -CPK-MB: Corazón
  - -CPK-MM: Musculo-esqueletico
- S/s Dolor torácico
  - -IAM
  - -Lesión muscular cardiaca

- Si el laboratorio reclamado no está Soportado aplica **3108**
- Si el laboratorio reclamado no está justificado aplica **3209**

Función Hepática:

FOSFATASA ALCALINA: Proteína que se encuentra en todos los tejidos corporales. (hígado, las vías biliares y los huesos.)

Este examen se realiza Para: Dx enfermedad del hígado.-verificar si los tratamientos para dichas enfermedades están funcionando.-pruebas de la función hepática de rutina

TRANSAMINASAS

Aminotransferasa (AST o SGOT o TGO o GOT): Enzima que se encuentra en altas concentraciones en el hígado, el corazón y los músculos.	Este examen se hace junto con otras pruebas (como bilirrubina) para diagnosticar y vigilar la enfermedad hepática	**Alanina Transaminasa (ALT o SGPT o TGP o GPT):** Enzima que se encuentra en grandes cantidades en el hígado. Una lesión en el hígado provoca la liberación de esta enzima en la sangre.	Este examen se realiza para determinar daño hepático.

- Si el laboratorio reclamado no está Soportado aplica **3108**
- Si el laboratorio reclamado no está justificado aplica **3209**

1 Banco de sangre



30104 Unidad de glóbulos rojos: Indicado en pacientes con hemoglobina menor a 9 g/dl

30105 UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS POBRES EN LEUCOCITOS: indicado en paciente inmunosuprimido y/o poli transfundido.

19828 Prueba de compatibilidad, cruzada mayor incluye: hemoclasificación de donante receptor (POR CADA UNIDAD DE SANGRE) o 19829 Prueba de compatibilidad, cruzada menor; incluye: hemoclasificación de donante y receptor (POR CADA UNIDAD DE SANGRE).

SE RECONOCE SU APLICACIÓN + UN EQUIPO DE TRANSFUSION POR UNIDAD TRANSFUNDIA CON SOPORTE DEL MISMO; es decir, para cada unidad de hemoderivado reservada se debe utilizar un quipo y debe tener su registro de administración al paciente.

- Si la unidad de sangre reclamada no está soportada aplica **3107**
- Si la unidad de sangre reclamada no está justificada aplica **3207**

1 Solicitudes de radiología simple convencional

Se reconocerá, cuando en la zona anatómica afectada, describa: edema, dolor y **limitación funcional, crepitación o deformidad anatómica, herida considerable.**

***Dolor de gran intensidad que no permite la valoración médica**

Cuando la IPS facture exámenes radiológicos de huesos largos (húmero, cúbito, radio, fémur, tibia, peroné) adicionales a estudios practicados sobre articulaciones (hombro, codo, muñeca, cadera, rodilla, tobillo), solamente se reconocerá el pago por los exámenes efectuados en las zonas articulares. Excepto si se relaciona hallazgos no relacionados en articulación.

Rx Columna cervical: son criterios que avalan su solicitud: Espasmo muscular - Limitación para realizar los movimientos de cuello - Dolor a la palpación de apófisis espinosa - Dolor moderado a severo para los movimientos del cuello

Rx Articulaciones (Muñeca, codo, hombro, cadera, rodilla, tobillo): Dolor, Predomina la limitación funcional que incrementa con el edema.

Rx Cráneo: rx wáters o panorámica: Limitación funcional (apertura bucal), Dolor , edema, inflamación, Signo de mapache, Crepitación ósea

Rx Región costal: Dolor moderado a severo, Limitación para los movimientos respiratorios, Imposibilidad para la inspiración profunda

Rx Comparativas: Se reconocerán siempre y cuando la solicitud del estudio sea derivado de un evento cubierto.

Pelvis- cadera: Limitación funcional, Imposibilidad para la bipedestación, Dificultad para la marcha

Proyecciones adicionales se reconocerán siempre y cuando derivado del resultado de la radiografía se requiera para la precisión del diagnóstico la toma de una proyección adicional.
*Se reconocen en POP de zona articular (tobillo-muñeca-cadera etc.)

1 Tac de cráneo



En pacientes con trauma cráneo-encefálico, uno o varios de los siguientes criterios justificaran la solicitud:



Perdida del estado de conciencia



Alteración del estado neurológico (**amnesia del evento**, efectos de alcohol, somnolencia, estupor, disminución de la escala Glasgow, cefalea de moderada intensidad)



Trauma cráneo encefálico moderado-severo con **exposición ósea**

Cefalea de varios días de evolución que no mejora con analgésicos

- Si la ayuda diagnóstica reclamada no está soportada aplica **3109**
- Si la ayuda diagnóstica reclamada no está justificada aplica **3209**

1 Ecografía abdominal

Criterios que avalan la solicitud:

- Ruidos intestinales disminuidos o no audibles
- Dolor a la palpación generalizado con resistencia muscular o defensa abdominal involuntaria
- Abdomen rígido o en tabla
- Signos de irritación peritoneal
- Trauma de abdomen cerrado con signos de inestabilidad hemodinámica

- Si la ayuda dx reclamada no esta soportada aplica **3108**
- Si la ayuda dx reclamada no esta justificada aplica **3209**

1 Resonancia magnética:

Indicaciones

- Evaluar lesión neurológica sin explicación en la TAC, ni en rayos x
- Optima evaluación del conducto raquídeo, lesión medular, discos intervertebrales
- búsqueda de hematomas raquimedulares, ligamentos, compresión medular
- Debe evidenciarse en evolución medica signos de inestabilidad articular según el área anatómica a estudiar, para justificar cobro del estudio en zonas articulares (hombro, rodilla, tobillo, cadera etc.).

Debemos recordar que los criterios que avalan la solicitud de imagenología dependerán además del estado clínico del paciente, por tanto, cada reclamación se evalúa de manera individual.

- Si la ayuda dx reclamada no esta soportada aplica **3108**
- Si la ayuda dx reclamada no esta justificada aplica **3209**

1 Insumos



- **Abbocath, equipo de macrogoteo, Catéter Heparinizado y buretrol**: Se reconoce 1 cada 72 horas. En UCI se reconoce 1 adicional de ingreso al servicio.
- **Jeringas (3ml-5ml-10ml):** Se reconoce 1 por cada medicamento administrado (ejemplo: Diclofenaco 75mg = 1 jeringa).
- **SSN 0,9%:** Se reconoce 100ml por cada medicamento administrado
- **Equipos de bombas de infusión:** se reconoce 1 por medicamentos de infusión continua, sol 0,9% en pacientes que se encuentren ingresados en UCI, hospitalización y urgencias.
- **Jeringa de 20cc:** para admón. Medicamentos o medios de contraste una jeringa por procedimiento si no se factura kit de administración de medios de contraste o nutrición enteral., colocación de sonda nasogástrica, administración de mto por SNG.



1 Consultas, procedimientos, terapias físicas, imagenología, odontología, insumos.

ADRES

Ips debe aportar a la reclamación; → Orden medica → Justificación para el cobro del servicio reclamado

Soporte del servicios reclamado → En todos los casos verificar histórico por nro. documento de la victima (relación con el evento) → Si no cumple, aplicar glosa según corresponda el segmento a glosar.





1 Curaciones

CONCEPTO	URGENCIAS	HOSPITALIZACIÓN	CIRUGÍA	UCI	TIEMPO DE RECAMBIO	OBSERVACIONES
APOSITO TEGADERM	No Facturable	No Facturable	No Facturable	No Facturable		Facturable en 3 Condiciones: 1. Grupos especiales intraoperatoriamente. 2. En la Unidad de quemados. 3. Manejo Ambulatorio es Facturable siempre y cuando no cobre los derechos de sala de sutura (39201) o de curaciones (39202)
APOSITO DUODERM 20X30	No Facturable	No Facturable	No Facturable	No Facturable		Facturable en 3 Condiciones: 1. Grupos especiales intraoperatoriamente. 2. En la Unidad de quemados. 3. Manejo Ambulatorio es Facturable siempre y cuando no cobre los derechos de sala de sutura (39201) o de curaciones (39202)
APOSITO HIDROCOLOIDE 1515CM 66 DUOD	No Facturable	No Facturable	No Facturable	No Facturable		Facturable en 3 Condiciones: 1. Grupos especiales intraoperatoriamente. 2. En la Unidad de quemados. 3. Manejo Ambulatorio es Facturable siempre y cuando no cobre los derechos de sala de sutura (39201) o de curaciones (39202)
APOSITO VASELINADO CURITY TRES POR TRES	No Facturable	No Facturable	No Facturable	No Facturable		Facturable en 3 Condiciones: 1. Grupos especiales intraoperatoriamente. 2. En la Unidad de quemados. 3. Manejo Ambulatorio es Facturable siempre y cuando no cobre los derechos de sala de sutura (39201) o de curaciones (39202)
APOSITO VERSAFOAM	No Facturable	No Facturable	No Facturable	No Facturable		Facturable en 3 Condiciones: 1. Grupos especiales intraoperatoriamente. 2. En la Unidad de quemados. 3. Manejo Ambulatorio es Facturable siempre y cuando no cobre los derechos de sala de sutura (39201) o de curaciones (39202)
XEROFORM (APOSITOS CON IMPREGNACION DE PLATA Y CARBOXIMETILCELULOSA DE SODIO	NA	NA	No Facturable	No Facturable		Facturable en 3 Condiciones: 1. Grupos especiales intraoperatoriamente. 2. En la Unidad de quemados. 3. Manejo Ambulatorio es Facturable siempre y cuando no cobre los derechos de sala de sutura (39201) o de curaciones (39202)

1 Valoraciones

ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: Cuando la permanencia en la **sala de observación** de urgencias sea inferior a seis(6) horas se reconocerán los valores señalados en el numeral 9. del presente Artículo. Cuando supere las 6 horas se reconocerán los valores señalados en el presente Artículo, para habitación de 4 o mas camas, según el nivel de la Institución Prestadora del Servicio de Salud

JUNTA MÉDICO QUIRÚRGICA (CADA ESPECIALISTA POR REUNIÓN):

- Debe estar conformado mínimo por 3 especialistas.
- Se reconoce 1 código 39144 por cada especialista de la junta médica.

1 Transporte primario

Se reconocerá los gastos de transporte y movilización de víctimas desde el sitio de ocurrencia del evento catastrófico o terrorista o del accidente de tránsito, a la primera institución a donde sea llevada la víctima para efectos de su estabilización

Requisitos y documentos para la presentación de la reclamación

- El FURTRAN debidamente diligenciado con letra clara, legible, y firmado por la persona que demuestre haber realizado el transporte.
- Copia de la factura de la prestación del servicio, según lo previsto en el artículo 2.6.1.4.3.3 del Decreto 780 de 2016 y numeral 5.3.2.1.1.4, criterio D, de este manual, teniendo en cuenta lo contemplado en la Resolución 1645 de 2016, artículo 6, numeral 3, Hoja de traslado o bitácora y/o documento soporte que demuestre la prestación del servicio, el cual deberá contener como mínimo: fecha de traslado, nombres y apellidos de la víctima, número de documento de la víctima, tipo de evento (accidente tránsito-catastrófico-terrorista), breve descripción del evento ocurrido, lugar desde donde se recoge la víctima, lugar a donde se traslada la víctima (Primer centro asistencial), nombre, apellido y número de documento de persona que traslada la víctima y nombre, apellido y datos del personal (nombre, apellido y número de documento que recibe la victima) o datos de la IPS que recibe la victima(Nro. NIT y Razón social).



Respecto de la acreditación de condición de víctima en la hoja de traslado se precisa que esta debe venir descrita por el técnico o tecnólogo o profesional de la salud.

- Si el servicio reclamado no está soportado aplica **3110**
- Si el servicio reclamado no está justificado aplica **3210**

1 Transporte secundario

Es el transporte de la víctima entre distintas instituciones prestadoras de servicios de salud.

Entidad reclamante deberá aportar hoja de referencia de paciente o también será valido si dentro del registro clínico se evidencia soporte y justificación de traslado.

• Para las cuentas radicadas con posterioridad al 01 de agosto del 2020 donde se reclamen gastos por traslado interinstitucional, en atención a lo establecido en el Anexo técnico 1, Numeral 62 del Decreto 780 de 2016,"*Cuando se requiera la movilización de pacientes en ambulancia, para traslados interinstitucionales, se deben reconocer las tarifas oficiales de la Institución Prestadora del Servicio*" , la entidad reclamante deberá presentar documento con tarifas oficiales del servicio de traslado, la cual deberá contener: i) razón social y NIT de la IPS reclamante, ii) descripción del servicio o recorrido realizado y iii) valor vigente para el año de la prestación del servicio. De no aportarse dicho documento, el auditor aplicará la glosa correspondiente.

- Si el servicio reclamado no está soportado aplica **3110**
- Si el servicio reclamado no está justificado aplica **3210**

1 Aspectos a tener en cuenta:

Interconsultas Art. 76: El reconocimiento de interconsulta se causa únicamente en el caso de que con fines de aclarar un diagnóstico o establecer un tratamiento, se requiera del concepto de otro profesional, sea en los servicios de consulta, hospitalización o de urgencias, siempre y cuando sea de especialidad o subespecialización distinta a la del médico tratante. ***No habrá derecho a reconocimiento de interconsulta, cuando esta origine la práctica de intervención o procedimiento que deba realizar el especialista consultado.***

1 Aspectos a tener en cuenta en la auditoria de PJ

- No solicitar factura de proveedor de material de osteosíntesis cuando la entidad reclame injertos (óseo, tejido, tendón).
- Las PRUEBAS COVID pertenecen a un rubro diferente al de los 800 SMDLV, por lo tanto, se deberá reiterar la glosa por justificación, y NO RECONOCER
- **Derechos de sala de curación ambulatoria,** se debe habilitar con el servicio que lo presta. (Enfermería, Medicina, Medicina especializada).
- **Mentol:** La orden de Invima es que se utiliza para dolor muscular, inflamación y analgesia, el médico debe justificar

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES

Gracias

@ADRESCol | www.adres.gov.co