Auditoria de Reclamaciones PJ

Socialización lineamientos de auditoria
Respuesta a glosa
01/02/2024

Por: Yohanna Cardona
Líder proceso de auditoría de reclamaciones

Contenido

2. Socialización lineamientos de auditoría segmento soporte y consistencia RG

ADRES

2

Socialización lineamientos de auditoria segmento soporte y consistencia

2 Aspectos mínimos de verificación para reclamaciones por servicios de salud:

Soporte y consistencia

3. Que la Subcuenta ADRES sea competente para reconocer y pagar la reclamación presentada.

4. Que la reclamación se presente dentro del término establecido en el Artículo 73 de la Ley 1753 de 2015 o la norma que le resulte aplicable.

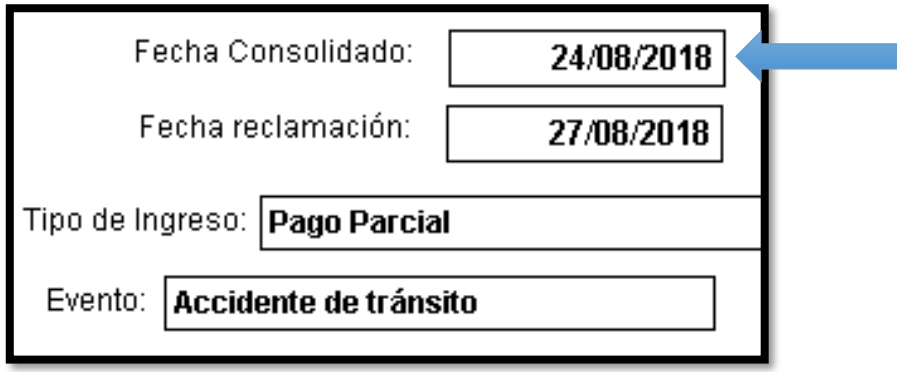
6. Que la víctima existía al momento de la prestación del servicio de salud



2 Términos de presentación: normatividad

NORMA	VIGENCIA	TERMINO PARA SU PRESTACION	TIPO DE RADICACION	GLOSA
Decreto 056/2015 Y Resolución 1645/2016 (1/06/2016)	Desde el 15/01/2015 hasta la fecha (Decreto 780/2016 compilo el decreto 056/2015)	2 meses Las IPS tendrán 2 meses por única vez para dar respuesta a las glosas bien sea subsanando u objetando las mismas A partir de la fecha de recibido de la comunicación de resultados de la auditoría	RG	2008
ARTICULO 6 RESOLUCION 1915 DE 2008	Anterior a 15/01/2015	1 mes Las IPS tendrán 1 mes por única vez para dar respuesta a las glosas bien sea subsanando u objetando las mismas A partir de la fecha de recibido de la comunicación de resultados de la auditoría	RG	2007

2 Extemporaneidad



A	B	C	D	E	F	G
reclamacion ID	Numero_Radicacion		items	Fecha de comunicación de resultados de uditoria	paquete	observacion
14848194	11214825	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	7	2018-06-02 00:00:00.000	23007	

- ✓ Periodo radicación respuesta a glosa de 16 al 30 de cada mes
- ✓ Reclamaciones comunicados en periodo no hábil de RG, la entidad tiene hasta el 30 del mes para radicar reclamación.
- ✓ Ej. Reclamación devuelta el 10/04/2022, entidad tiene hasta el día 30 del mes de junio de 2022, debido a q se devolvió en periodo no hábil de radicación de RG.

Las reclamaciones que apliquen glosa por extemporaneidad, se deberá aplicar 2007-2008 y se deberán ratificar glosas y estado de entrada anterior. No procede realizar tramite toda vez que dio respuesta por fuera de los términos establecidos.

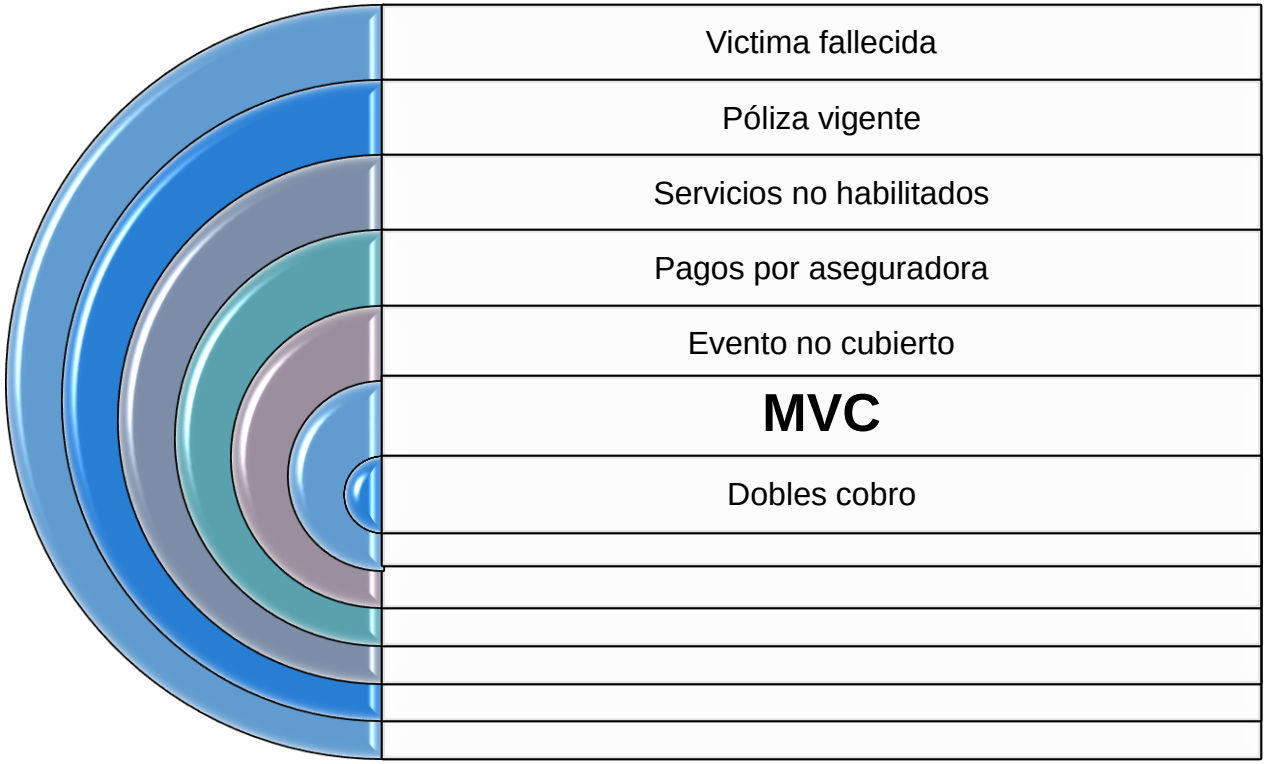
Así mismo, las reclamaciones que apliquen glosa por extemporaneidad, podrá aplicarse glosa nueva derivada de las “alertas de validación” y 4106 en caso que aplique.

Tener en cuenta que para los accidentes de tránsito ocurridos anterior a 12/07/2012 con vehículo asegurado, los téminos de presentación de la reclamación se contabilizan a partir de la fecha de emisión de la certificación de agotamiento de cobertura por parte de la aseguradora.

2 Extemporaneidad

- ✓ **Resolución 12758 de 2023**- Aplica para las reclamaciones **radicadas a partir de 01 de septiembre de 2023**.
- ✓ Ej. Fecha comunicación 10 julio 2023- plazo máximo para presentar RG 10 SEP (Se cuenta 2 meses exactos porque en el mes de sep. se eliminaron las ventanas de radicación y la entidad puede radicar cualquier día del mes.

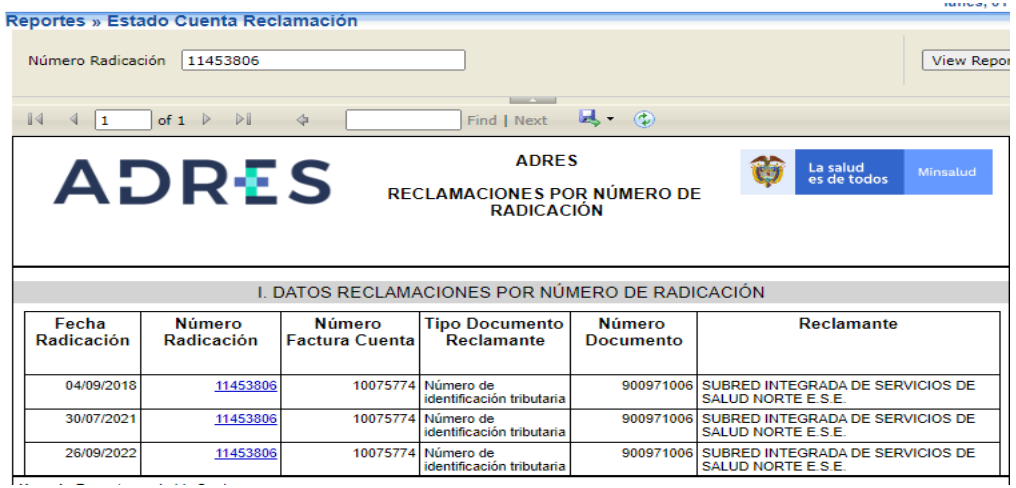
2 Glosas a imponer como nuevas en RG "alertas de validación"



Las reclamaciones que apliquen glosa por extemporaneidad, se deberá aplicar 2008 y **se deberán ratificar glosas y estado de entrada anterior.** No procede realizar tramite toda vez que dio respuesta por fuera de los términos establecidos.

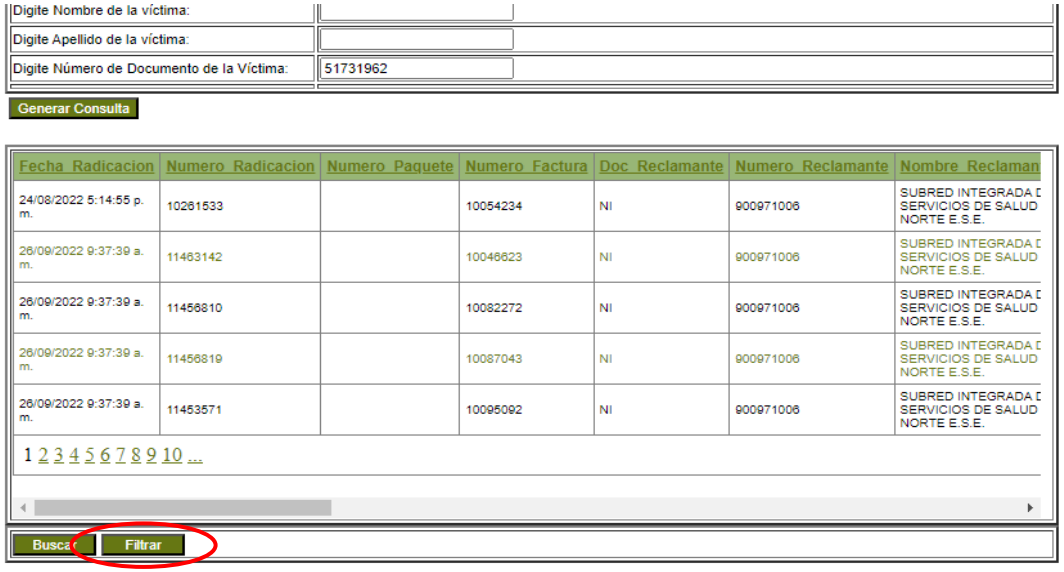
Así mismo, las reclamaciones que apliquen glosa por extemporaneidad, podrá aplicarse glosa nueva derivada de las "alertas de validación" y 4106 en caso que aplique.

2 No valido





Fecha_Radicacion	Numero_Radicacion	Numero_Paquete	Numero_Factura
15/04/2016 3:07:21 p. m.	10261572	21039	10075774
04/09/2018 11:50:15 a. m.	11453806	25069	10075774
30/07/2021 6:24:26 p. m.	11453806	26092	10075774
31/01/2022 7:39:39 p. m.	10261572	27026	10075774



2106 Reingreso radicado como nuevo, deben radicar las próximas reclamaciones con el número de radicado asignado en la primera reclamación. Se debe subsanar las glosas de la radicación inicial. (10261572).

2

Glosa 4106:

Aplicar siempre y cuando en ingreso previo no se hayan invocado nuevas glosas, excepto glosa por vencimiento de términos

Recordar que si, en ingreso previo se evidencia glosas injustificadas estas deben ser ajustadas en el ingreso actual, siempre y cuando este sea presentado dentro de términos.

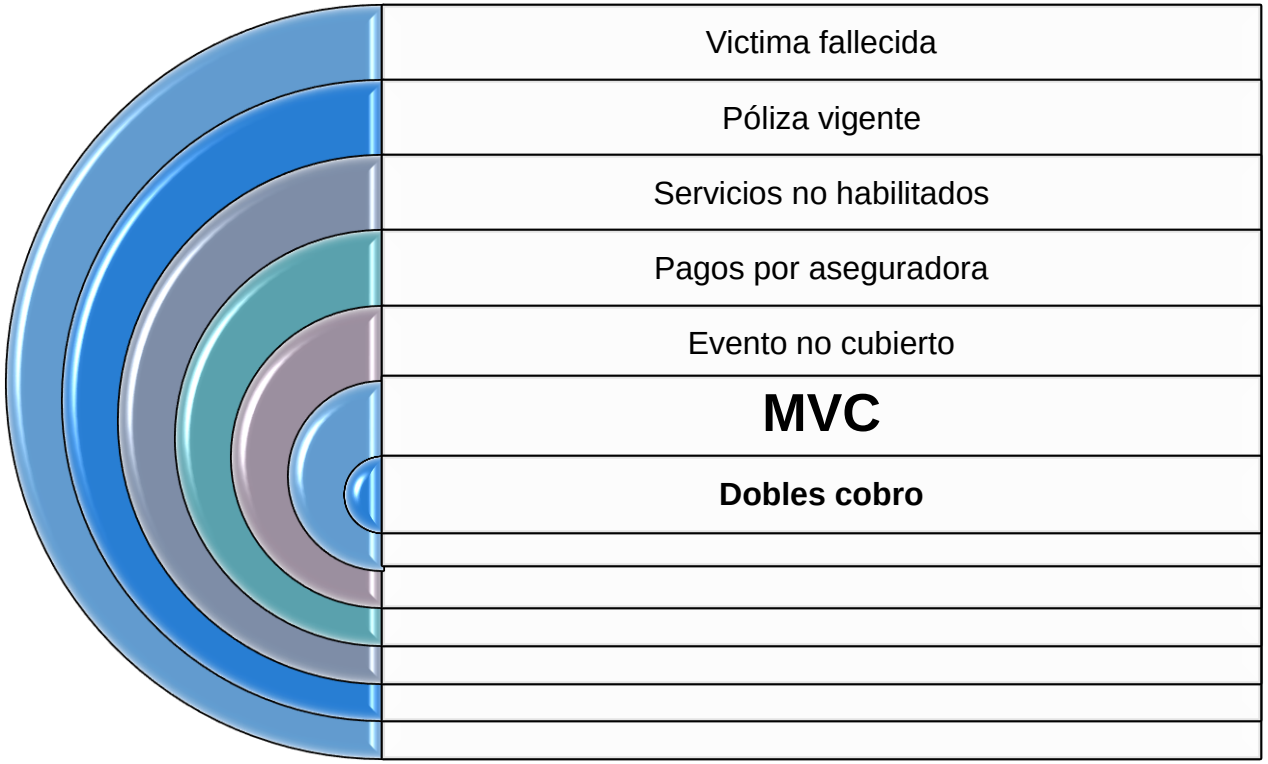
1. *Entrada:* 2102-2103-3209
2. Entrada: reitera 2102-2103
3. Entrada: glosa transversal: **aprobada-900**
4. Entrada: 2008-reiterar 2102-2103-doble cobro
5. Entrada: 2008- reiterar 2102-2103-4106 relaciono paquete de la 2 entrada

1 Aspectos mínimos de verificación para reclamaciones por servicios de salud:

Componente Financiero		
Elemento esencial	**Fuente de validación**	**Glosas a aplicar**
5. Que los ítems reclamados no hayan sido reconocidos o pagados por la ADRES o por otra entidad, en los términos definidos por la normatividad vigente.	FACTURA-MANUAL TARIFARIO SOAT	4010-4011-4012-4013
11. Que en la factura de venta o documento equivalente generado por el reclamante, se identifique la víctima y los procedimientos o tecnologías en salud reclamadas.	FACTURA FISICA-FURIPS 2	4201 a la 4406-2108-2109
12. Que el valor de los ítems facturados y reclamados se encuentre liquidado conforme a las tarifas, precios y valores señalados en la normativa vigente.	FACTURA-MANUAL TARIFARIO SOAT	4301 a la 4309- 4201 a la 4204



1 Glosas a imponer como nuevas en RG
“alertas de validación”



Las reclamaciones que apliquen glosa por extemporaneidad, se deberá aplicar 2008 y se deberán ratificar glosas y estado de entrada anterior. No procede realizar tramite toda vez que dio respuesta por fuera de los términos establecidos.

Así mismo, las reclamaciones que apliquen glosa por extemporaneidad, podrá aplicarse glosa nueva derivada de las “alertas de validación” y 4106 en caso que aplique.

Consistencia: formulario de reclamación Furips 2



- Verificar la consistencia físico / magnética en factura de venta
- En caso de glosa 2108 se debe discriminar en la nota con respecto a que servicio se evidencia la inconsistencia
- Recordar que en respuesta a glosa no procede aplicar como glosa nueva 2109 (por medicamento registrado como insumo) salvo que deba reiterarse por aplicación en ingreso previo.

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) se ratifica en RG**

Si no cumple con estos requisitos legales aplicar glosa (**4403) se puede aplicar como nueva en RG. De acuerdo con lo siguiente:**

1 Factura de venta

Datos **modificables** en factura de venta

- Alguno de los datos de identificación de la victima (tipo o nro. de documento o nombres y apellidos)relacionados con errores de transcripción o dicción
- Códigos SOAT
- Datos de pagador
- Resolución de facturación

Datos **NO** modificables en factura de venta

- Servicios o ítem
- Cantidades
- Valores unitarios y totales
- Fecha de expedición de factura
- Numero de factura
- 4403

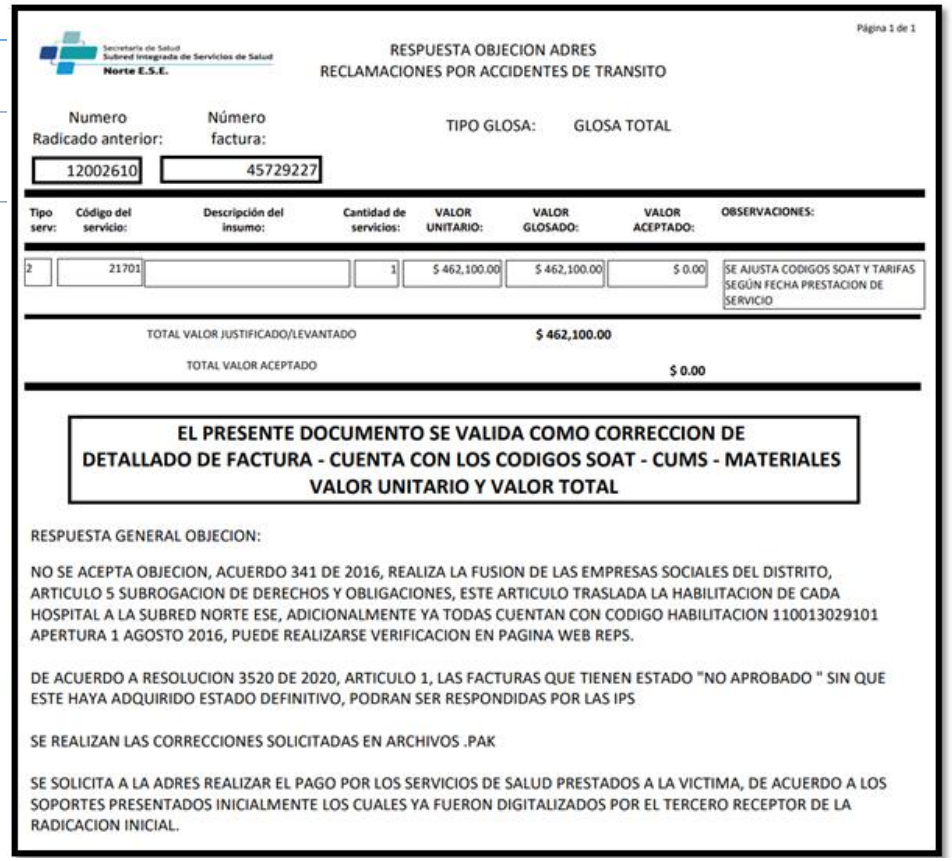
1 Detalle de cargos de factura

Debe contener como mínimo:

Nro. de factura de venta o nro. de ingreso o admisión que permita asociar con la factura de venta

Códigos, descripción de la tecnología en salud, cantidad y valor unitario y valor total

Sera valido como detalle de cargos, el documento aportado por la IPS cuando este precise que corresponde a un detalle de factura", ahora bien, si este ultimo contiene el campo vacío en "descripción de la tecnología" procederá glosa 2108.



Página 1 de 1

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

RESPUESTA OBJECION ADRES
RECLAMACIONES POR ACCIDENTES DE TRANSITO

Numero Radicado anterior: 12002610

Número factura: 45729227

TIPO GLOSA: GLOSA TOTAL

Tipo serv:	Código del servicio:	Descripción del insumo:	Cantidad de servicios:	VALOR UNITARIO:	VALOR GLOSADO:	VALOR ACEPTADO:	OBSERVACIONES:
2	21701		1	$ 462,100.00	$ 462,100.00	$ 0.00	SE AJUSTA CODIGOS SOAT Y TARIFAS SEGÚN FECHA PRESTACION DE SERVICIO

TOTAL VALOR JUSTIFICADO/LEVANTADO $ 462,100.00

TOTAL VALOR ACEPTADO $ 0.00

EL PRESENTE DOCUMENTO SE VALIDA COMO CORRECCION DE DETALLADO DE FACTURA - CUENTA CON LOS CODIGOS SOAT - CUMS - MATERIALES VALOR UNITARIO Y VALOR TOTAL

RESPUESTA GENERAL OBJECION:

NO SE ACEPTA OBJECION, ACUERDO 341 DE 2016, REALIZA LA FUSION DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL DISTRITO, ARTICULO 5 SUBROGACION DE DERECHOS Y OBLIGACIONES, ESTE ARTICULO TRASLADA LA HABILITACION DE CADA HOSPITAL A LA SUBRED NORTE ESE, ADICIONALMENTE YA TODAS CUENTAN CON CODIGO HABILITACION 110013029101 APERTURA 1 AGOSTO 2016, PUEDE REALIZARSE VERIFICACION EN PAGINA WEB REPS.

DE ACUERDO A RESOLUCION 3520 DE 2020, ARTICULO 1, LAS FACTURAS QUE TIENEN ESTADO "NO APROBADO " SIN QUE ESTE HAYA ADQUIRIDO ESTADO DEFINITIVO, PODRAN SER RESPONDIDAS POR LAS IPS

SE REALIZAN LAS CORRECCIONES SOLICITADAS EN ARCHIVOS .PAK

SE SOLICITA A LA ADRES REALIZAR EL PAGO POR LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS A LA VICTIMA, DE ACUERDO A LOS SOPORTES PRESENTADOS INICIALMENTE LOS CUALES YA FUERON DIGITALIZADOS POR EL TERCERO RECEPTOR DE LA RADICACION INICIAL.

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.*

Con respecto a las reclamaciones objeto de glosa 4403 por ausencia de Resolución de facturación Dian en factura de venta expedida anterior al 05 de mayo de 2020, y la entidad manifieste no estar obligada a llevar Resolución de facturación, la misma, deberá aportar una constancia emitida por el revisor fiscal y/o contador, certificando que la IPS en efecto no está obligada a llevar resolución de facturación Dian para el momento de la emisión de la factura.

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 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:
p4Vbn0KhITaZ1aJT6SIdBHkOlFUvhQFBdFnMBsdKrFeYH2gNPD8O27/CycwwTYBmSGnBZuFHEfqGaFwbqW8xKPcF/3Z2kDLRRLsm3
68UnQiLvE3n1OF4GXU+ERUNm78C7T8ccK6U70BED77xl3v/3do2maxooE+dxlh6wUKUMVzYs6gxErLtuXGCZd5eFgm7 tqy+QCI65yfB6Byg
Tp7U1zBmwK/S/URSAwpgZTAhcFlwlSDqDdyGfY6mLhaE6j9pkOIMCCF/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 NO APLICA EN RG salvo que se deba reiterar**

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

1 Productos diferentes a medicamentos

NOVATRIX CREMA TUBO X 50G DROG- Producto cosmético

PURILON HIDROGEL FRASCO X 25 G REF 3903- Dispositivo médico

JERINGA PRELLENADA CON SOLUCION SALINA - Insumo medico quirúrgico

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 Gastos de transporte **primario**

FURTRAN: Si en factura de venta la entidad ajusta la tarifa a la centena mas próxima y en medio magnético se reclama el valor tope del amparo, favor tener en cuenta lo siguiente:

Se deberá aplicar la nota aclaratoria "*Se reconoce el valor de 10 smdlv para gastos de transporte primario, correspondiente a $ xxx*" y se deberá reconocer el valor tope del amparo reclamado en medio magnético, sobre estos casos en particular no procederá aplicar glosa 4201 por superación de topes siempre y cuando el valor no supere $1 (uno) peso de diferencia.

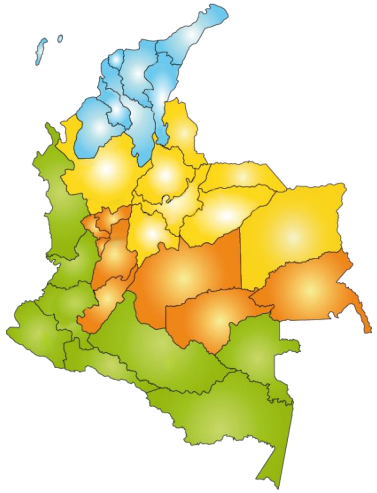
Si, la factura de venta registra un valor inferior al valor tope del amparo y en medio magnético se reclama el valor tope del amparo, se deberá aplicar la 4309 *"La reclamación presenta mayor valor en procedimiento o actividad (transporte primario), se reconoce el valor de $xxx reclamado en la factura de venta nro. xxx anexa a esta reclamación"* .



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 Dobles cobros

PARA EVITAR DOBLES PAGOS

Verificar siempre el histórico de reclamaciones por víctima (número de identificación de la víctima)

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 Aspectos a tener en cuenta:

Las reclamaciones que le aplique glosa por MVC se debe reliquidar y aprobar parcial el ítem excepto si la misma tiene una glosa total que impide su aprobación**.**

Recordar que las zonas especiales tiene derecho a reclamar un 25% adicional en consultas y 15% en exámenes y procedimientos, no aplicar glosa por MVC. (la Sutura 39146, no aplica dicho incremento)

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 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 Aspectos a tener en cuenta:

Verificación estricta de las alertas, levantar o ratificar cada una de las referidas en la matriz con el código de glosa que le corresponda

Aplicar estrictamente en manual único de glosas (las notas aclaran a las IPS en forma corta y concreta la no conformidad)

Recordar que el Decreto 056/15 introdujo topes de 800 SMDLV para gasto medico quirúrgico- y 10 SMDLV para gastos de transporte al momento de la ocurrencia del accidente o del evento cubierto por la Adres.

El Decreto 2644 de 2022, introdujo tope de 701,68 UVT para gastos medico quirúrgicos y 8,77 UVT para gastos de transporte primario.

1 Aspectos a tener en cuenta:

La respuesta a la glosa corresponde al mecanismo ordinario, por lo que la auditoria de respuesta a glosa deberá versar sobre glosas aplicadas en este mismo mecanismo, no reiterar glosas aplicadas en el mecanismo excepcional de glosa transversal, este ultima deberá tenerse en cuenta para no realizar pagos dobles.

Aplicar 2104 "***Existen inconsistencias en la información registrada en formulario de medio magnético, en relación con (ej. Fechas de atención-fecha de evento respecto de la relacionada en el ingreso anterior o histórico, fecha xxx)"*** lo anterior siempre y cuando corresponda a una modificación errada de la información del formulario y/o no sea derivada de una glosa previa, y sobre la cual la entidad no aporte soportes en la respuesta a glosa de la reclamación.

1, Furips 1: FE 20/01/2022_ Soporte clínico: 20/01/2022
2, Furips 1: FE 20/02/2022_Soporte clínico: 20/01/2022–aplicar 2103
2, Furips 1: FE 20/02/2022_Sin Soporte clínico–aplicar 2104

1 Glosa 4013

Ingreso	Valor reclamado	Valor facturado (Factura de venta)	Observación
1.	$900	$1000	No aplica 2103 porque el valor reclamado es igual o menor al facturado
2. RG	$950	$1000	**Aplica 4013**, durante la auditoria se deberá tener en cuenta el valor inicialmente reclamado, es decir, la IPS no podrá reclamar mas de lo inicial

Salvo…

Ingreso	Valor reclamado	Valor facturado (Factura de venta)	Observación
1.	$900	$1000	Se haya aplicado 2103 porque el valor reclamado difiere del facturado
2. RG	$1000	$1000	**No procede 4013**

1 Aspectos a tener en cuenta:

Recordar que las zonas especiales tiene derecho a reclamar un 25% adicional en consultas y 15% en exámenes y procedimientos, no aplicar glosa por MVC. (la Sutura 39146, no aplica dicho incremento)

IPS que producen su propio oxigeno y aire medicinal, verificar en los soportes anexos el certificado de buenas practicas de manufactura expedido por el Invima donde les autorice producir el oxigeno y aire medicinal antes citado.

Las reclamaciones que le aplique glosa por MVC se **debe reliquidar y aprobar parcial el ítem** excepto si la misma tiene una glosa total que impide su aprobación.

1 Aspectos a tener en cuenta en la auditoria de PJ

- Las reclamaciones con alerta de medicamento con precio regulado por favor antes de aplicar la glosa verificar y confirmar el valor en la tabla de precio regulado, así mismo tener en cuenta que la Columna “unidad farmacéutica + margen IPS “ ya tiene el incremento del 7% permitido para las Ips.
- Así mismo, tener en cuenta que, si en la tabla registra un valor $0 para el medicamento según fecha de atención, quiere decir que para ese momento NO corresponde a un medicamento con precio regulado y por lo tanto se debe reconocer a la tarifa que la entidad reclame previa verificación del cumplimiento de los demás elementos esenciales.
- El medicamento con inconsistencia físico/magnético en factura deberá aplicarse la glosa 2108 y si adicionalmente tiene precio regulado deberá aplicase 4307 si la entidad reclama un valor superior al establecido.
- Si en medio magnético se reclama un valor menor al facturado en factura de venta no procede 2108.

1 Aspectos mínimos de verificación para reclamaciones por servicios de salud:



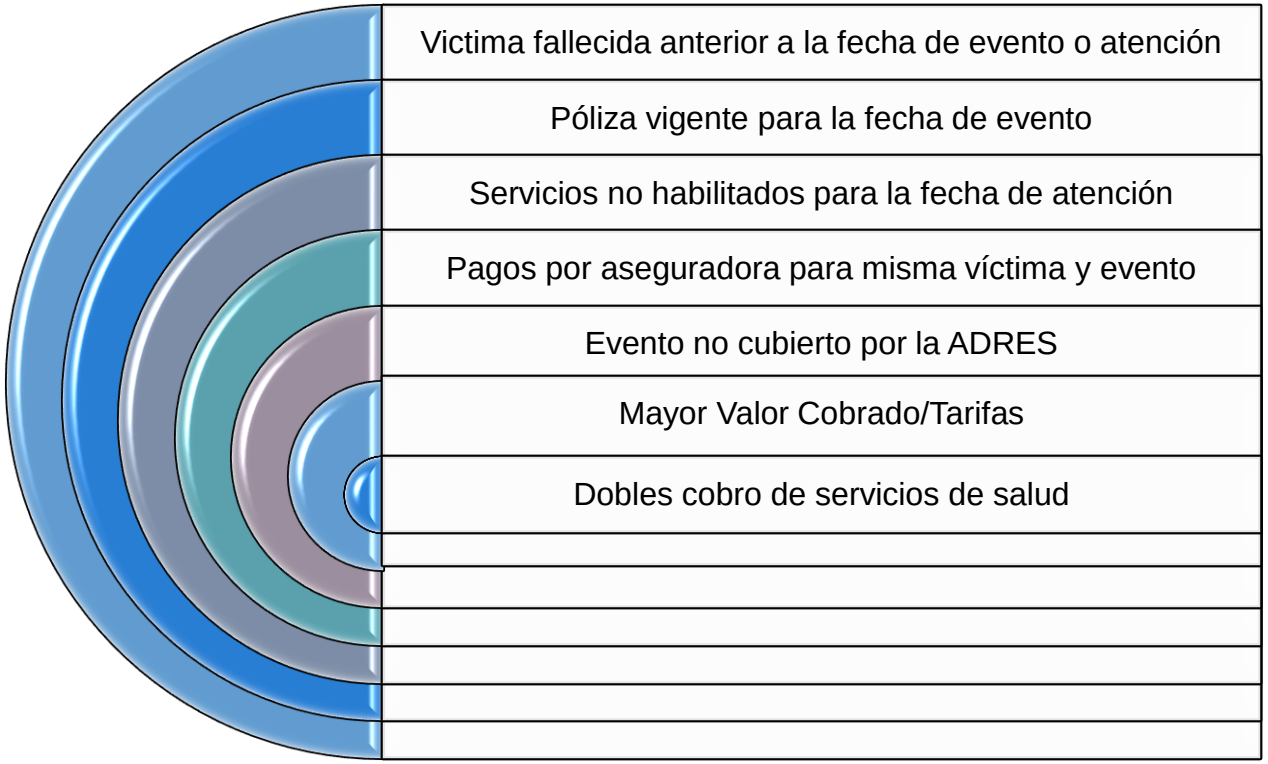
Componente médico		
Elemento esencial	**Fuente de validación**	**Glosas a aplicar**
5. Que la condición de víctima se encuentre acreditada según lo establecido en la normatividad vigente.	EPICRISIS-HISTORIA CLINICA-CERTIFICADO EMITIDO POR CMGR	3001-3002-3003
7. Que exista relación de los servicios y tecnologías en salud reclamados con el evento que origina la reclamación y se reclame a la tarifa según corresponda en caso de liquidación de cirugías y servicios de imagenología.	EPICRISIS-HISTORIA CLINICA-HISTORICO DE RECLAMACIÓN	3201 a la 3212-4301 a la 4309-4501 a la 4509
8. Que los servicios y tecnologías en salud reclamados se encuentren soportados en los documentos de epicrisis o resumen de atención, según corresponda.	FACTURA-EPICRISIS-HISTORIA CLINICA-	3101 a la 3119- 4001 a la 4009-4106
10. Que los servicios de salud reclamados se prestaron a la víctima por la cual se reclama.	EPICRISIS-HISTORIA CLINICA-	3201 a la 3212
13. Que los servicios de salud cobrados se encontraban habilitados por el reclamante para la fecha de prestación de los mismos.	FURIPS-FURTRAN	3301-3302

***Artículo 17 Resolución 1645 de 2016*

1 Requisitos RG

Presentar reclamación dentro de términos	• Resolución 1645 de 2016 (2 meses) contados a partir de la fecha de comunicación de resultado de auditoría
Furips- Furtran (Siempre será documento nuevo)	• Formulario (Furips 1 y 2- Furtran)- debidamente diligenciado
Soportes	• Se deberá verificar las glosas aplicadas en anterior entrada y determinar si se ratifica o se levanta la glosa. En los casos en los que en anterior entrada se haya glosado por ausencia de algún soporte (ej. Formula médica) y en RG la anexen, este deberá ser sometido a auditoria, por tratarse de documento nuevo y procederá aplicar nueva glosa en caso que aplique.
HABILITACIÓN	• Sólo se reconocerá a las entidades habilitadas para prestar estos servicios, procede su aplicación por tratarse de requisito esencial. Tener en cuenta histórico reps y pagina web de REPS

1 Glosas a imponer como nuevas en RG “alertas de validación”



Las reclamaciones que apliquen glosa por extemporaneidad, se deberá aplicar 2008 y **se deberán ratificar glosas y estado de entrada anterior.** No procede realizar tramite toda vez que dio respuesta por fuera de los términos establecidos.

Así mismo, las reclamaciones que apliquen glosa por extemporaneidad, podrá aplicarse glosa nueva derivada de las “alertas de validación” y 4106 en caso que aplique.

1 Glosa 4106:

Aplicar siempre y cuando en ingreso previo no se hayan invocado nuevas glosas, excepto glosa por vencimiento de términos

Recordar que si, en ingreso previo se evidencia glosas injustificadas estas deben ser ajustadas en el ingreso actual, siempre y cuando este sea presentado dentro de términos.

1 entrada: 3209-2108
2 entrada: reiterado 3209-**2008**
3 entrada: reiterar 3209-2008-4106

1 entrada: 3209-3108
2 entrada: subsanó la 3209 y 3108- aplique nueva 3302 por habilitación
3 entrada: Aun no procede la glosa 4106-reiterar 3302

1 entrada: 3209-2108 actm
2 entrada: reitera 3209-**2108** derecho de sala curación
3 entrada: no procede 4106 porque se aplicó nueva la 2108 al 39202

1 entrada: 3209-2108 actm
2 entrada: reitera 3209-**2108** derecho de sala curación -**2008**
3 entrada: se reitera todas las glosas y estado de la reclamación, no procede 4106 porque se aplicó nueva la 2108 al 39202

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.

- *Aún cuando aparezca una sola entrada para un radicado, puede tratarse de un radicado no válido.*

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.



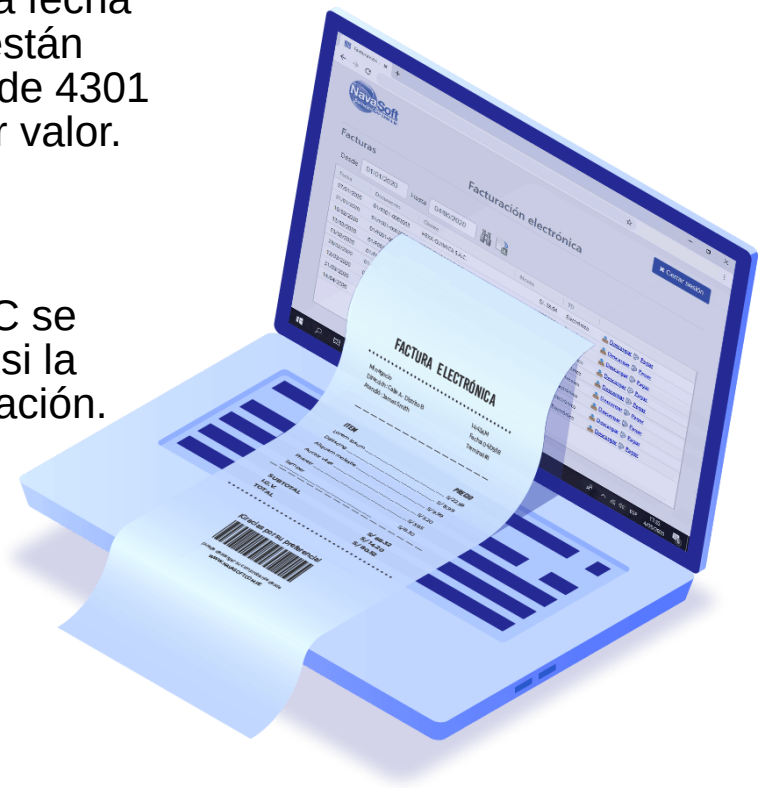
1 Verificar Mayor valor cobrado-MVC.

Verificar que valor de los Ítems facturados y reclamados se encuentran liquidados conforme a las tarifas, precios y valores señalados en la normativa vigente para la fecha de prestación del servicio; si evidenciamos que están cobrando mayores valores aplicamos las glosas de 4301 a 4309**,** según corresponda al servicio con mayor valor.

*Liquidación de cirugías

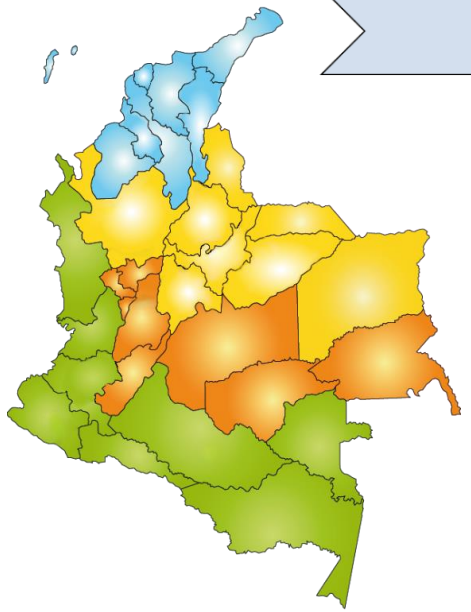
*Servicios de imagenología

*Las reclamaciones que le aplique glosa por MVC se debe reliquidar y aprobar parcial el ítem excepto si la misma tiene una glosa total que impide su aprobación.



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 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 esta presentando la reclamación por atención medico quirúrgico. Si la IPS no esta 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**

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

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 conte decreto 2423 de 1996 compilado el anexo técnico 1 na lo siguiente;

"PARÁGRAFO 1: Las tarifas co econocen por la práctica de los estudios con sus proyec eve el respectivo informe escrito del médico especialista r orrespondiente lectura al valor estipulado para cada exam

Lo anterior aplica para **todo dos en el artículo 23** del precitado decreto, razón radiología y no se anexen la estudio, y aplicar glosa 3109

**No olvidar que dicho descu

Reliquidar y aprobar parcial el ítem, si aplica

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 s base del cráneo	
4073	21121	Senos paranasales, maxilar inferior, órbitas, articulaci temporomandibulares, agujeros ópticos	
4074	21122	Cráneo simple	
4075	21123	Cráneo simple más base de cráneo (Panorámica de ma	
4076	21124	Mastoides comparativas, penascos, conductos auditivo	
4077	21125	Tomografía lineal de las regiones anteriores; agregar:	
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 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** que no cuenten con 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)**

Se validará que la lectura oficial de radiólogo *contenga como mínimo los hallazgos correspondientes y/o conclusiones del estudio y los datos del médico o medico radiólogo que realiza la lectura.*

Reliquidar y aprobar parcial el ítem, si aplica

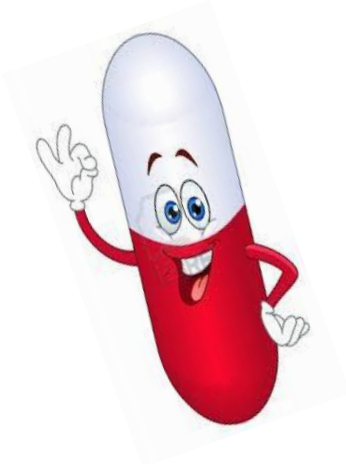
1 Medicamentos de uso intrahospitalario:

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 valido, 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 esta 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 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 y apellido o nro de documento de quien recibe el tratamiento.



- Para los eventos ocurridos a partir de enero 01 de 2021, la IPS deberá aportar la nombre y apellido o 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 esta Soportado aplica **3107**
- Si el medicamento reclamado no esta 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 esta Soportado aplica **3108**
- Si el medicamento reclamado no esta 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 esta Soportado aplica **3108**
- Si el laboratorio reclamado no esta 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 esta Soportado aplica **3108**
- Si el laboratorio reclamado no esta justificado aplica **3209**

1 Función pancreática:

AMILASA: Enzima que ayuda a digerir los carbohidratos. Se produce en el páncreas y en las glándulas salivales.

se realiza para diagnosticar o vigilar una pancreatitis aguda.

LIPASA: Ayuda a que el cuerpo absorba la grasa descomponiéndola en ácidos grasos.

Se hace para evaluar alguna patología en el páncreas, con mayor frecuencia pancreatitis aguda.

- Si el laboratorio reclamado no esta Soportado aplica **3108**
- Si el laboratorio reclamado no esta 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 esta Soportado aplica **3108**
- Si el laboratorio reclamado no esta 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 esta soportada aplica **3107**
- Si la unidad de sangre reclamada no esta 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 buca
Crepitación ósea

Rx Región costal: Dolor moderado a severo, Limitación para los movimie
profunda

Rx Comparativas: Se reconocerán siempre y cuando la solicitud de

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**, 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 esta soportada aplica **3109**
- Si la ayuda diagnóstica reclamada no esta 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 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 como: fentanyl, midazolam, norepinefrina, fenitoína, sol 0,9% en pacientes que se encuentren ingresados en UCI, hospitalización y urgencias.
- **Jeringa de 20cc:** para 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.
- **Catéter Heparinizado:** para paciente hospitalizado y que no tenga líquidos con infusión continua, recambio cada 72 horas.
- **Llave de 3 Vías:** Para manejo de paciente con catéter subclavio en UCI, facturable en hospitalización debe estar justificado su uso, recambio cada 72 horas.



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

ADRES

Ips debe aportar a la reclamación; → Orden medica → Justificación para el cobro del servicios 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).



- Si el servicio reclamado no esta soportado aplica **3110**
- Si el servicio reclamado no esta 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 esta soportado aplica **3110**
- Si el servicio reclamado no esta 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.***

Radiografías Odontológicas vs habilitación: En manejo intrainstitucional la radiografía panorámica se podrá habilitar con el servicio 710 (Radiología e imágenes diagnosticas-744 imágenes diagnosticas- ionizantes) o 724 (Toma e interpretación de radiografías odontológicas).

Pero si se trata de un servicio ambulatorio prestado por unidad odontológica debe tener habilitado el servicio 724 (Toma e interpretación de radiografías odontológicas o 748 Radiología Odontológica).

1 Aspectos a tener en cuenta:

CREMAS:

Procicar Crema: Indicaciones:

- Facilita el proceso de cicatrización
- Evita la hiperpigmentación del tejido en vía de cicatrización
- Eficaz acción anti prurítica
- Estimula la granulación y epitelización

Su cobro esta justificado en pacientes con algún tipo de herida y/o lesión secundaria a un accidente de tránsito (abrasiones o escoriaciones, heridas posquirúrgicas). Usualmente su uso empieza después del día 10 una vez se instaura la lesión y antes de los 6 meses (la remodelación de una cicatriz llega máximo a 6 meses).

Fitostimoline crema:

- Estimulante de procesos re-epitelizantes y cicatrizantes.

Su cobro esta justificado en pacientes con lesiones de tejidos blandos tipo abrasiones o escoriaciones, quemaduras por fricción, heridas posquirúrgicas) su uso empieza en los primeros días posterior al trauma secundario a accidente de tránsito.

Sodermix Crema:

Indicado para el tratamiento de cicatrices hipertróficas y queloides, por lo tanto, en reclamaciones, al momento de la valoración del paciente, se debe describir en historia clínica, el tipo de cicatrización que presenta el paciente (mal proceso de cicatrización, cicatrización hipertrófica o queloide), lo anterior justifica el cobro de mencionado medicamento.

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 aun rubro diferente al de los 800 SMDLV, por lo tanto, se deberá reiterar la glosa por justificación, y NO RECONOCER
- *El procedimiento Osteotomía debe aplicarse glosa por incluido en osteosíntesis y NO reconocer, no obstante verificar cada caso de manera individual
- **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 no unido con AINES y actualmente lo autorizaron Post quirúrgico para prurito, el médico debe justificar

1 Aspectos a tener en cuenta:

37402 tratamiento médico queloide: incluye: Infiltraciones y otros
• Se entenderá por “incluye infiltraciones” el uso o la administración del medicamento (Kenacort), por tanto, se aplicara glosa 4507 y en nota aclaratoria se mencionara que este medicamento está incluido en procedimiento.

Las infiltraciones para manejo de queloides se reconocen siempre y cuando sea para manejo de cicatrices que se causaron por lesiones secundarias a eventos amparados por la Adres.

1 Aspectos a tener en cuenta:

Verificación estricta de las alertas, levantar o ratificar cada una de las referidas en la matriz con el código de glosa que le corresponda

Aplicar estrictamente en manual único de glosas (las notas aclaran a las IPS en forma corta y concreta la no conformidad)

Recordar que el Decreto 056/15 introdujo topes de 800 SMDLV para gasto medico quirúrgico- y 10 SMDLV para gastos de transporte al momento de la ocurrencia del accidente o del evento cubierto por la Adres.

El Decreto 2644 de 2022, introdujo tope de 701,68 UVT para gastos medico quirúrgicos y 8,77 UVT para gastos de transporte primario.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES

Gracias

@ADRESCol | www.adres.gov.co