

Tabla de contenido

1. Propósito.....	3
2. Condiciones generales.....	3
2.1. Estados de afiliación.....	3
2.2. Canales para solicitud de autorización de servicios.....	4
2.2.1. Canales presenciales.....	4
2.2.2. Canales no presenciales.....	4
2.3. Estados de autorizaciones.....	6
2.3.1. Radicación de solicitudes.....	6
2.3.2. Radicación de solicitud - Orden médica.....	7
2.3.3. Pre autorización.....	7
2.3.4. Posfechadas.....	8
2.3.5. Autorización.....	9
3. Términos y definiciones.....	10
4. Marco legal.....	11
5. Contenido.....	11
5.1. Mecanismos para la generación de autorizaciones.....	11
5.1.1. Autorizaciones masivas.....	12
5.1.2. Autorización Individual.....	12
5.1.3. Autorización por Portal Web - IPS.....	12
5.1.4. Autorizaciones de estancias y egresos parciales.....	13
5.1.5. Autorizaciones del Plan de beneficios en salud con cargo a la UPC egreso definitivo.....	14
5.2. Tiempo de respuesta.....	14
5.2.1. Solicitudes de Autorizaciones.....	14
5.3. Vigencia de las autorizaciones.....	14
5.4. Vigencia de las órdenes médicas.....	14
5.5. Vigencias de las fórmulas médicas.....	15
5.6. Manejo de pagos moderadores / Copagos / Cuotas moderadoras.....	15
5.7. Verificación de derechos.....	15
5.8. Reporte de inconsistencias.....	15
5.9. Servicios de urgencias.....	15
5.9.1. Atención inicial de urgencias.....	15
5.9.1.1. Alcance.....	15
5.9.1.2. Lineamientos generales.....	16

5.10.	Autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias.....	17
5.10.1.	Alcance.....	17
5.10.2.	Lineamientos generales.....	17
5.11.	Autorizaciones hospitalarias.....	18
5.11.1.	Alcance.....	18
5.11.2.	Lineamientos generales.....	18
5.11.3.	Adiciones o Prórrogas en Hospitalización.....	19
5.11.4.	Egreso Hospitalario.....	19
5.11.5.	Procedimientos Quirúrgicos.....	19
5.12.	Autorización de servicios electivos.....	20
5.12.1.	Alcance.....	20
5.12.2.	Lineamientos Generales.....	20
5.12.3.	Grupos de riesgo.....	20
5.12.4.	Tiempos de respuesta a servicios electivos.....	22
5.13.	Atenciones originadas en fallo de tutela y medidas provisionales.....	22
5.13.1.	Lineamientos Generales.....	22
5.14.	Servicios cíclicos.....	23
5.14.1.	Lineamientos Generales.....	23
5.15.	Condiciones especiales en la solicitud y autorización de servicios.....	24
5.15.1.	Alcance.....	24
5.15.2.	Lineamientos Generales.....	24
5.16.	Accidente de tránsito y enfermedad laboral.....	24
5.17.	Servicios NO PBSUPC.....	25
5.18.	Autorización y entrega de medicamentos (Ámbito ambulatorio).....	25
5.19.	Autorización y suministro de oxígeno.....	25
5.20.	Gestion de servicios domiciliarios para el paciente crónico.....	26
5.21.	Gestion de servicios transitorios en el domicilio del paciente.....	26
5.22.	Gestión de servicios domiciliarios.....	26
6.	Bibliografía.....	26
7.	Historial de Cambios.....	26

1. Propósito.

Establecer las condiciones para la generación de autorización a los afiliados del Plan de Atención Complementario con el fin de articular la gestión con la red de prestadores de servicios y garantizar el acceso oportuno e integral para su atención.


2. Condiciones generales.

- El detalle de actividades aplicables a la radicación, generación y trámite de las autorizaciones ambulatorias y hospitalarias, se encuentra en el Procedimiento Gestión del acceso a los servicios ambulatorios PAC y Gestión del acceso a los servicios hospitalarios PAC, respectivamente.
- Un usuario activo con derechos plenos no debe ser devuelto por causas administrativas relacionadas con la autorización, a razón de los acuerdos realizados entre las IPS y Famisanar EPS para realizar los cambios a través de las planillas establecidas, las cuales deben ser enviadas dentro del mes de la prestación del servicio.

2.1. Estados de afiliación.

Los siguientes son los estados de afiliación que pueden tener los usuarios, en el momento de requerir un servicio:

- **Inscrito:** Usuario sin activación de servicios. Debe esperar al inicio de la vigencia del contrato para acceder a los servicios por PAC, porque el acceso a los servicios es por PBS a través de su IPS primaria.
- **Activo:** Usuario que está afiliado en PAC y que tiene derecho al acceso a los servicios del plan de beneficios en salud de acuerdo a su plan Complementario.
- **Suspendido por mora:** Usuario sin acceso a los servicios del plan de beneficios en salud porque no ha efectuado los pagos correspondientes. Si el usuario está activo en plan PBS FAMISANAR, se le dará la opción de generar la autorización de servicios por este plan. Podrá acceder a los servicios una vez realice los pagos en mora.
- **Suspendido por pago posterior:** Usuario que realice el pago después de la fecha límite y se encuentra dentro de los tres días hábiles de espera para que se activen nuevamente los servicios. FAMISANAR Plan complementario no asumirá ningún costo originado por la atención que requieran los usuarios como consecuencia de una enfermedad o accidente que se produzca durante el tiempo de mora ni por las secuelas ni recidivas derivadas de la misma. Si el usuario está activo en plan PBS FAMISANAR, se le dará la opción de generar la autorización de servicios por este plan por evento.
- **Cancelado:** Usuario cuyo contrato se encuentra cancelado, es decir, sin plan complementario. Sus servicios los debe solicitar por PBS a través de su IPS primaria sin intermediar ninguna autorización de servicios por parte del PAC.
- **No renovado:** Usuario cuyo contrato no se renovó por no tener una afiliación activa o vigente al PBS.

	Proceso: Gestión de Servicios de Salud.	
	Subproceso: Gestión del Acceso a los Servicios.	
	Manual de Autorizaciones PAC.	
	Fecha Actualización: 08/06/2021	Página 4/28

2.2. Canales para solicitud de autorización de servicios.

EPS Famisanar tiene establecido canales virtuales y presenciales para acceder a la solicitud de autorizaciones.

2.2.1. Canales presenciales.

Oficinas de Atención al Usuario: La EPS Famisanar cuenta con oficinas para atención personalizada a usuarios, en las que pueden efectuar el trámite de autorización de servicios. Los usuarios que desean tramitar por si mismos la autorización de servicios, encuentran en las oficinas de atención personalizada, un servicio oportuno y eficiente con la opción de realizar otros trámites de carácter administrativos. La red de oficinas disponible para PAC se menciona en la página web de Famisanar (<https://www.famisanar.com.co/oficinas-plan-complementario/>).

2.2.2. Canales no presenciales.

EPS Famisanar cuenta con los siguientes canales virtuales para tramitar la autorización de servicios: Portal web, APP, Call Center, correo electrónico, integración tecnológica.

- **Portal Web (Oficina virtual):** Mediante la página web de Famisanar (www.famisanar.com.co), las IPS adscritas y usuarios pueden acceder a nuestro Portal Transaccional Famisanar en Línea (<https://enlinea.famisanar.com.co/Portal/home.aspx>), donde pueden ingresar con un usuario y clave para tramitar los siguientes servicios:
 - Consultas de estado de afiliación del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y PAC.
 - Autorización de Urgencias Médicas y Odontológicas.
 - Autorización de servicios ambulatorios del PBS y PAC.
 - Legalización de Pre autorizaciones.
 - Reportes e impresión de autorizaciones emitidas por Afiliado.
 - Radicación de servicios a back Office PAC.



Famisanar asigna una clave de Administrador Delegado por IPS, quien creará a su interior los usuarios requeridos y les asignará los perfiles autorizadores según

el cargo que desempeñen, para el caso de los profesionales adscritos se genera un Perfil General PAC el cual le permite generar autorizaciones de los servicios que tenga contratados.

La IPS tendrá acceso a la página las 24 horas del día, todos los días del año. Tienen la posibilidad de conexión simultánea desde varios puntos en cada una de las sedes sin límite de usuarios conectados. El Portal Web está en línea con la base de datos de EPS Famisanar ofreciendo información confiable, completa y ágil.

- **Famimovil (APP):** Mediante la APP de Famisanar los usuarios podrán ingresar con un usuario y contraseña para validar los siguientes servicios:
 - Directorio médico.
 - Radicación para autorización de servicios ambulatorios del PBS y PAC.
 - Información del afiliado.
 - Certificados: afiliación, de utilización de servicios, valor pagado, Pagos UPC Adicional, Incapacidades.

El usuario tendrá acceso a la página las 24 horas del día, todos los días del año. La APP Famimovil está en línea con la base de datos de EPS FAMISANAR ofreciendo información confiable, completa y ágil.

- **Call Center - Familínea:** La EPS Famisanar cuenta con una central de llamadas telefónicas que opera las 24 horas del día, a través de la cual las IPS pueden hacer las siguientes validaciones, mediante IVR:
 - Validación del estado del contrato (nuevo, activo, suspendido o cancelado).
 - Condición del usuario (cotizante o beneficiario).
 - Validación de la categoría o plan del usuario.
 - Validación de semanas de cotización y/o antigüedad del usuario.
 - Validación de casos especiales.

Este canal de comunicación es utilizado principalmente para la atención de los servicios de urgencias, los cuales son de acceso directo sin que se requiera una autorización previa. Genera un número de verificación que garantiza el reconocimiento de la atención inicial de urgencias. La vía telefónica también es utilizada para la autorización de estancias hospitalarias, procedimientos quirúrgicos, egresos hospitalarios y trámites de referencia y Contrareferencia. Permite una comunicación personalizada entre los funcionarios de las IPS y las EPS con el fin de aclarar inquietudes y entregar información adicional requerida para el trámite, mediante los siguientes teléfonos de contacto:

- **Familínea.**

- o Teléfono Bogotá: (031) 307 8089.
- o Línea Gratuita Nacional: 01 8000 11 32 64

- **Línea amable PAC:** Línea para trámite de autorizaciones hospitalarias, solicitud de consulta médica domiciliaria, orientación de autorizaciones ambulatorias.

- o Teléfono Bogotá: (031) 3078085
- o Línea Gratuita Nacional: 01 8000 12 73 63

- **Correo electrónico:** Es otra alternativa que las IPS y usuarios tienen para solicitud de autorizaciones. Se realiza mediante el manejo de imágenes adjuntas o el envío de los anexos a las diferentes áreas para su respectivo análisis y solución.

Esta es una herramienta amable con el medio ambiente pues evita el gasto injustificado de papel y desplazamientos de los usuarios a los puntos de atención. A continuación se mencionan las direcciones de correo electrónico de contacto:

- **Back hospitalario:** hospitalariopac@famisanar.com.co
- **Back ambulatorio.**
 - o Usuarios: autorizacionespac@famisanar.com.co
 - o IPS: gautorizacionespac@famisanar.com.co

- **Integración tecnológica:** Se trata de una herramienta tecnológica que permite a la IPS trabajar en línea con la EPS reduciendo los trámites administrativos para los usuarios y la afluencia de público en los Puntos de Atención, ya que el usuario recibe la autorización respectiva por correo electrónico. Para la implementación de este medio, previamente debe existir un acercamiento entre EPS - IPS para definición de códigos y servicios a integrar, así como articulación de las áreas de tecnología de los actores.

2.3. Estados de autorizaciones.

Son estados definidos por la EPS Famisanar en el proceso de autorización de servicios, para el manejo en los sistemas de información de la compañía y se encuentran alineados con la normatividad vigente.

2.3.1. Radicación de solicitudes.

Estado en el cual se genera un número de radicado como constancia de la solicitud de un servicio a través de canales presenciales o no presenciales y no es válida como autorización de servicios. Ver imagen 1. Radicación de servicios.

Imagen 1. Radicación de servicios

RADICACION DE SOLICITUD DE SERVICIOS		Página 1 de 1	
Solicitada el: 08/02/2021 12:38:32		No. Solicitud: NO REPORTADO	
Autorizada el: Radicada el: 08/02/2021 12:41:05		No. Autorización: (PAC) 6975-79289310	
Impresa el: 08/02/2021 12:41:05		Código EPS: EPS017	
Afiliado: TL1025531474 PIRABAN CASTELLANO S ANA SOFIA			
Edad: 14 4 2 Fecha Nacimiento: 08/10/2008		Tipo afiliado: BENEFICIARIO	
Dirección Afiliado: KR 51F B10		Departamento: DISTRITO CAPITAL (11) Municipio BOGOTA (001)	
Teléfono afiliado: 1 - 3142189796		Teléfono celular afiliado:	
Correo electrónico:		Carné: C-00004-0419-02	
Solicitado por: BECERRA TAFUR JAIME GABRIEL			
Nit: 19373129 -		Código: 110010041801	
Dirección: CL 60 11 44 BR CHICO ED SANTORINI CN 210		Departamento: DISTRITO CAPITAL (11) Municipio BOGOTA (001)	
Teléfono: 1 - 6102059-6110513-6110851			
Ordenado por: BECERRA TAFUR JAIME GABRIEL			
Remitido a: *****			
Nit: -		Código:	
Dirección:		Departamento:	
Teléfono:		Municipio:	
Ubicación del paciente: CONSULTA EXTERNA			
Origen: ENFERMEDAD GENERAL			
CODIGO	CANT	DESCRIPCION	Lateralidad
82-200-212001		REFTOPLASTIA PEARLINA TRANSNASAL	DERIVADA

Proceso: Gestión de Servicios de Salud.	
Subproceso: Gestión del Acceso a los Servicios.	
Manual de Autorizaciones PAC.	
Fecha Actualización: 08/06/2021	Página 7/28

2.3.2. Radicación de solicitud - Orden médica.

Es el documento impreso en papelería de EPS Famisanar que se entrega al usuario como constancia de la radicación de la documentación en el consultorio médico de aquellas IPS con las que se tiene establecido Integración Tecnológica (Cafam - Colsubsidio). No es válida como autorización de servicios.

2.3.3. Pre autorización.

Es el documento impreso en papelería de EPS Famisanar o en formato PDF con el cual el usuario puede acercarse a la IPS referida para programar el procedimiento; no es válida sino solamente al momento en que la IPS tramita ante EPS Famisanar la activación de esta a través de la página web. Este documento tiene una vigencia de 90 días calendario para ser activado. Este estado es para manejo en el sistema de información de la EPS, ya que para el usuario representa la autorización del servicio (Ver imagen 2. Preautorización de servicios).

Imagen 2. Pre autorización de servicios.

PRE-AUTORIZACION DE SERVICIOS Página 1 de 1

Solicitada el: 08/02/2021 12:38:32 No. Solicitud: NO REPORTADO
 Impresa el: 08/02/2021 12:57:32 No. Pre-Autorización: (PAC) 9876-70689010
 Afiliado: TL1025531474 Código EPS: EPS017

PIRABAN CASTELLANO S ANA SOFIA

Edad: 14.4.2 Fecha Nacimiento: 05/10/2006
 Dirección Afiliado: RR 51F 805 Tipo afiliado: BENEFICIARIO
 Teléfono afiliado: 1 - 3142189766 Departamento: DISTRITO CAPITAL (11) Municipio: BOGOTA (001)
 Correo electrónico: jca98@famisanar.com.co teléfono celular afiliado:

Solicitado por: BECERRA TAFUR JAIMÉ GABRIEL Cargo: C-00004-0419-02

Ni: 18073429 - Código: 11003041801
 Dirección: CL 90 11 44 RR CHICO ED SANTORINI CN 210 Departamento: DISTRITO CAPITAL (11) Municipio: BOGOTA (001)
 Teléfono: 1 - 610205948110513-6110651

Ordenado por: BECERRA TAFUR JAIMÉ GABRIEL
 Itemizado a: CLINICA LA SABANA S.A.

Ni: 80017388 - 1 Código: 110030778601
 Dirección: AV 12 102 23 P11 Y 7 Departamento: DISTRITO CAPITAL (11) Municipio: BOGOTA (001)
 Teléfono: 1 - 7952111 ext 125

Ubicación del paciente: CONSULTA EXTERNA
 Origen: ENFERMEDAD GENERAL

ESQUEMA	CANT	DESCRIPCIÓN	Lateralidad
ES-2001-21950	1	DEPTOPLASTIA PRIMARIA TRANSNASAL	NO APlica

Afiliado no cancela niupon realizar concepto de Pago Medicoador
 (AUTORIZACION EN FORMATO PDF, VALIDA SIN SELLO NI FIRMA)
 INTERVENCIÓN COLECTIVA-ACTIVO

Firma Afiliado e Agudiente

E.P.S. FAMILANAR S.A.S.
 Autorizador: JENNY ANDREA CASTELLANOS RODRIGUEZ

2.3.4. Posfechadas.

Es equivalente a una preautorización en el sistema de información de la EPS con varias entregas programadas para fechas posteriores con la cual el usuario solicita la prestación del servicio, dentro del rango de fechas definido al momento de su generación; es decir, esta solo puede ser activada a través de la página web o IVR por la IPS dentro de las fechas señaladas. Este estado es para manejo en el sistema

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS. Este documento es propiedad de EPS Famisanar, está prohibido el uso de esta información para propósitos ajenos a los de la empresa, así como divulgar esta información a personas externas y reproducir total o parcialmente este documento.

Proceso: Gestión de Servicios de Salud.	
Subproceso: Gestión del Acceso a los Servicios.	
Manual de Autorizaciones PAC.	
Fecha Actualización: 08/06/2021	Página 8/28

de información de la EPS, ya que para el usuario representa la autorización del servicio. Es importante resaltar que en los últimos meses del año se deben generar posfechadas hasta el mes de diciembre ya que el 01 de enero de cada año se realiza modificación de cuotas moderadoras (Ver imagen 3. Pre autorización de servicios).

Imagen 3. Preautorización de servicios.

PRE-AUTORIZACION DE SERVICIOS Página 1 de 3

Solicitada el: 06/01/2021 13:24:54 No. Solicitud: NO REPORTADO
 Impresa el: 08/02/2021 13:30:19 No. Pre-Autorización: (PO 3) 0876-70518817
 Afiliado: TL1016444262 **GARZON ALVAREZ JORGE ANDRES** Código EPS: EPS017

Edad: 11.8.17 Fecha Nacimiento: 21/05/2009 Tipo afiliado: BENEFICIARIO (A)
 Dirección Afiliado: AVENIDA CARRERA 68 5 17 APTO 1809 T2 Departamento: DISTRITO CAPITAL (11) Municipio: BOGOTA (001)
 Teléfono afiliado: 1 - 311232447 teléfono celular afiliado:
 Correo electrónico: joly_alf@hotmail.com

Solicitado por: COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO CALLE 26
 Nit: 80007336 - 1 Código:
 Dirección: CL 26 25 52 Departamento: DISTRITO CAPITAL (11) Municipio: BOGOTA (001)
 Teléfono: 1 -

Ordenado por: BIANCHINI, VALERIA
 Remitido a: COLSUBSIDIO SA MEDICOS
 Nit: 80007336 - 1 Código: 0000000000
 Dirección: AU NOR 1b 77 32 LC 72 - 76 - 76 Departamento: DISTRITO CAPITAL (11) Municipio: BOGOTA (001)
 Teléfono: 1 - 7447323

Ubicación del paciente: CONSULTA EXTERNA Manejo integral según guía:
 Origen: ENFERMEDAD GENERAL

CODIGO	CANT	DESCRIPCION
832001-1000-1000-1000-1000	2	CAJETERA CIL. 180 (BOT) 1000 PAGO PARA SOLU-CON GEN. BOTTLEA POR 1800

Afiliado Cancele de C.Moderadora \$3.300
ENTREGA NUMERO: UNO VALIDA PARA RECLAMAR SERVICIOS DESDE EL 08/02/2021 Y HASTA EL 08/03/2021**
 [AUTORIZACION EN FORMATO PDF, VALIDA SIN SELLO NI FIRMA]

2.3.5. Autorización

Es el documento impreso en papelería numerada de EPS Famisanar o en formato PDF que garantiza que el usuario tiene derecho al servicio allí especificado. Es válida para que la IPS cobre la cuenta a la EPS. Para la prestación del servicio, este documento tiene una vigencia de 60 días calendario. El número de autorización que se encuentra en este formato tiene la misma validez del número que se encuentra en el módulo de facturación de la EPS (Ver imagen 4. Autorización de servicios)

Imagen 4. Autorización.

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS Página 1 de 1

Solicitud el: 08/02/2021 12:38:32 No. Solicitud: NO REPORTADO
 Autorizada el: 08/02/2021 14:47:00 No. Autorización: (PAC) 0875 - 64789728
 Impresa el: 08/02/2021 14:47:01 Código EPS: EPS017

Afiliado: TI.1025531474 PIRABAN CASTELLANO S ANA SOFIA

Edad: 54.42 Fecha Nacimiento: 06/10/2006 Tipo afiliado: BENEFICIARIO
 Dirección Afiliado: KR 5 1F 805 Departamento: DISTRITO CAPITAL (11) Municipio: BOGOTÁ (001)
 Teléfono afiliado: 1 - 3142189706 Teléfono celular afiliado:
 Correo electrónico: jcastellano@famisanar.com.co Carné: C-00004-0419-02

Solicitado por: BECERRA TAFUR JAIME GABRIEL

Nit: 10070308 - Código: 110010041601
 Dirección: CL 90 11 44 BR CHICO ED SANTORINI CN 210 Departamento: DISTRITO CAPITAL (11) Municipio: BOGOTÁ (001)
 Teléfono: 1 - 6102059-6110513-6110651

Ordenado por: BECERRA TAFUR JAIME GABRIEL

Remitido a: CLINICA LA SABANA S.A.

Nit: 800017308 - 1 Código: 110010778801
 Dirección: AV 12 102 53 P 1 1 Y 7 Departamento: DISTRITO CAPITAL (11) Municipio: BOGOTÁ (001)
 Teléfono: 1 - 7952111 ext 125

Ubicación del paciente: CONSULTA EXTERNA
 Origen: ENFERMEDAD GENERAL

CODIGO	CANI	DESCRIPCION	Lateralidad
03-201-21251	1	SEPTOPLASTIA PRIMARIA TRANSNASAL	NO APPLCA

Advertencia: no cancelar ningún valor por concepto de Pago No Autorizado
 [AUTORIZACION EN FORMATO PDF, VALIDA SIN SELLO NI FIRMA]

INTERVENCIÓN COLECTIVA AC 11002

Firma Afiliado o Acudiente E.P.S. FAMILANAR S.A.S.
Autorización: JENNY ANDREA CASTELLANO RODRIGUEZ

ada

Nota: Los códigos de servicios que cada IPS puede autorizar serán definidos por la EPS acorde a la normatividad vigente, convenios y los diferentes modelos de contratación y marcas de direccionamiento de la respectiva regional. Las autorizaciones que genera la IPS son las aprobadas en la EPS para autogestión.

3. Términos y definiciones.

Recidivas: Repetición de una enfermedad poco después de terminada la convalecencia.

PAC: Plan de Atención Complementaria.

PBS: Plan de Beneficios en Salud.

Autorización de servicios: Es el documento numerado de EPS FAMILANAR que garantiza que el usuario tiene derecho al servicio allí especificado. Es válida para que la IPS cobre la cuenta a la EPS FAMILANAR. Este documento tiene una vigencia de 30 días calendario para ser prestado el servicio.

Pre autorización: Es el documento numerado de EPS FAMILANAR con el cual el usuario puede acercarse a la IPS referida para programar el procedimiento; para su validez requiere que la IPS tramite la activación de la misma a través de la página

Web o IVR el día de la prestación del servicio. Este documento tiene una vigencia de 90 días calendario para ser activado.

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud.

IPS Primaria: Institución Prestadora de Servicios de Salud asignada al usuario.

Enfermedad General: Toda alteración física o mental en el individuo, provocada por una lesión orgánica o funcional, permanente o transitoria, causada por trastornos metabólicos, agentes físicos, químicos, biológicos o psicosociales, que puede o no imposibilitarle para el desempeño. Alteración de la salud que no tenga la condición de accidente no laboral, accidente de trabajo o enfermedad profesional.

Maternidad: Es la experiencia de vida que tiene una mujer al momento en que se convierte en madre.

Accidente de Trabajo: Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.

Enfermedad Profesional: la causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte.

Accidente de Tránsito: Evento generalmente involuntario, generado al menos por un vehículo en movimiento, que causa daños a personas y bienes involucrados en el e igualmente afecta la normal circulación de los vehículos que se movilizan por la vía o las vías comprendidas en el lugar o dentro de la zona de influencia del hecho.

Servicios NO PBSUPC: tecnologías y servicios en salud no financiadas con recursos de la UPC.

Servicios cíclicos: servicios que principalmente se usan durante un cierto periodo de tiempo durante el año.

Servicios electivos prioritarios: Es aquella atención de salud que se realiza en la fecha y hora que el profesional o entidad acuerde con el beneficiario, y que no puede ser postergada ya que afecta la evolución o estado de un paciente.

Servicios electivos no prioritarios: Es aquella atención de salud que se realiza en la fecha y hora que el profesional o entidad acuerde con el beneficiario, y que puede ser postergada sin afectar la evolución o estado de un paciente

4. Marco legal.

- Decreto 1283 de 1996, Artículo 34
- Ley 1562 de 2012
- Resolución 532 de 2017
- Resolución 2238 de 2020

5. Contenido.

5.1. Mecanismos para la generación de autorizaciones.

La EPS genera autorizaciones haciendo uso de los diferentes métodos, para lo cual la información requerida es la siguiente:

5.1.1. Autorizaciones masivas.

Mecanismo que permite emitir para múltiples usuarios la pre autorización o autorización de servicios, para una o más IPS, según los acuerdos de servicio entre la red de prestadores y la EPS, solicitada por medio de planillas. Para la recepción y gestión de dichas solicitudes de servicios ambulatorios se cuenta con el correo gautorizacionespac@famisanar.com.co y la EPS dará respuesta en cinco (5) días hábiles.

5.1.2. Autorización Individual.

Son las autorizaciones que se realizan desde el aplicativo Salud de Famisanar (Herramienta Back Office), a un usuario específico para un servicio de salud solicitado, requiere el cargue de imágenes de la solicitud y verificación de frecuencia, cantidad, correlación diagnóstica, procedimiento solicitado y el direccionamiento marcado en el sistema.

5.1.3. Autorización por Portal Web - IPS.

Son las autorizaciones que realizan desde Famisanar en línea directamente las IPS o médicos adscritos para los servicios catalogados como acceso directo, a un usuario específico para un servicio de salud, es decir, esta autorización es generada directamente por la IPS. Requiere verificación de frecuencia, cantidad, correlación diagnóstica y CUPS del servicio solicitado (Ver imagen 5. Servicios de acceso directo).

Imagen 5. Servicios de acceso directo.

TIPO DE SERVICIO	
ESPECIALIDADES	
CONDUCTA NO REQUIERE AUTORIZACIÓN	
ALERGOLOGÍA	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
CARDIOLOGÍA	ODONTOLOGÍA ADULTOS
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA
CIRUGÍA DE MAMA	OFTALMOLOGÍA CORNEA
CIRUGÍA DE TORAX	OFTALMOLOGÍA GENERAL
CIRUGÍA GENERAL	OFTALMOLOGÍA GLAUCOMA
CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DE MAMA	OFTALMOLOGÍA OCULOPLASTIA
CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA GENERAL	OFTALMOLOGÍA RETINA
CIRUGÍA VASCULAR PERIFERICA	ONCOLOGÍA CLÍNICA
COLPROCTOLOGÍA	ONCOLOGÍA DERMATOLÓGICA
DERMATOLOGÍA	ONCOLOGÍA GINECOLÓGICA
ELECTROFISIOLOGÍA	ONCOLOGÍA ORTOPÉDICA
ENDOCRINOLOGÍA	ONCOLOGÍA UROLÓGICA
FERTILIDAD	OPTOMETRÍA
GASTROENTEROLOGÍA	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA - CADERA
GERIATRÍA	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA - GENERAL
GINECOLOGÍA	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA - HOMBRO
GINECOOBSTETRICIA	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA - MANO
GINECOOBSTETRICIA ALTO RIESGO	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA - PIE-TOBILLO
INFECTOLOGÍA	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA RODILLA
MEDICINA ADOLESCENTES	ORTOPTICA
MEDICINA ALTERNATIVA	OTOLOGÍA
MEDICINA DEL DEPORTE	OTORRINOLARINGOLOGÍA
MEDICINA DEL DOLOR- NO ONCOLÓGICO	PEDIATRÍA
MEDICINA FAMILIAR	PSICOLOGÍA
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	PSIQUIATRÍA ADULTO MAYOR
MEDICINA GENERAL	PSIQUIATRÍA DE ADOLESCENTES (A partir de los 14 años)
MEDICINA INTERNA	PSIQUIATRÍA GENERAL
NEFROLOGÍA	RADIOTERAPIA
NEUMOLOGÍA	REUMATOLOGÍA
NEUROLOGÍA	UROLOGÍA

Copia no

REQUIERE REMISIÓN DE OTRAS ESPECIALIDADES

CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO
CIRUGÍA MAXILO FACIAL
HEMATOLOGÍA
NEUROCIRUGÍA DE COLUMNA
NEUROCIRUGÍA GENERAL
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA - COLUMNA

REQUIERE AUTORIZACIÓN

GENÉTICA
NEUROPSICOLOGÍA
NEURO-OFTALMOLOGÍA

SUBESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS

CONDUCTA NO REQUIERE AUTORIZACIÓN / REQUIERE REMISIÓN DE PEDIATRÍA

ALERGOLOGÍA PEDIÁTRICA
CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA
DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA
GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA
INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA
NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA
NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA
NEUROCIRUGÍA PEDIÁTRICA

NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA
OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA
OFTALMOLOGÍA RETINA PEDIÁTRICA
ONCOLOGÍA CLÍNICA PEDIÁTRICA
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
OTORRINOLARINGOLOGÍA PEDIÁTRICA
PSICOLOGÍA INFANTIL PEDIÁTRICA
PSIQUIATRÍA INFANTIL
REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
UROLOGÍA PEDIÁTRICA

APOYO DIAGNÓSTICO

CONDUCTA NO REQUIERE AUTORIZACIÓN

DOPPLER ARTERIAL - VENOSO
DOPPLER GINECOOBSTÉTRICO
ECOGRAFÍA GENERAL
ECOGRAFÍA MAMARIA
ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA
ECOGRAFÍA PELVICA GINECOLÓGICA
ECOGRAFÍA PELVICA TRANSVAGINAL
ELECTROCARDIOGRAMA
ELECTROENCEFALOGRAMA
ELECTROMIOGRAFÍA (E. M. G) NEUROCONDUCCIÓN (V.C.N)
ENDOSCOPIAS - COLONOSCOPIAS ADULTOS
ENDOSCOPIAS PEDIÁTRICAS
LABORATORIO CLÍNICO
MAMOGRAFÍA
ESPIROMETRÍA
CAMPO VISUAL
AUDIOMETRÍA
LOGDAUDIOMETRÍA
IMPEDANCIOMETRÍA
PATOLOGÍA Y CITOLOGÍA CENTRO DIAGNÓSTICO
RADIOLOGÍA BÁSICA
RESONANCIA MAGNÉTICA
TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA TAC

CONDUCTA REQUIERE AUTORIZACIÓN

BIOPSIAS
CARDIOVASCULAR CENTRO DIAGNOSTICO
CARDIOVASCULAR CENTRO DIAGNOSTICO PEDIÁTRICO
DENSITOMETRÍA
ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA DE DETALLE
LABORATORIO CLÍNICO A DOMICILIO
MEDICINA NUCLEAR
MONITORIA FETAL
OTROS APOYOS DIAGNÓSTICOS DE NEUMOLOGÍA
OTROS APOYOS DIAGNÓSTICOS OFTALMOLOGÍA
OTROS APOYOS DIAGNÓSTICOS DE OTORRINOLARINGOLOGÍA
APOYO DIAGNÓSTICO DE UROLOGÍA

APOYO TERAPÉUTICO

CONDUCTA NO REQUIERE AUTORIZACIÓN

CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD
TERAPIA DEL LENGUAJE
TERAPIA FÍSICA
TERAPIA ORTOPTICA
TERAPIA OCUPACIONAL
TERAPIA RESPIRATORIA

CONSULTA MÉDICA DOMICILIARIA

CONDUCTA REQUIERE AUTORIZACIÓN

CONSULTA MÉDICA DOMICILIARIA

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

CONDUCTA REQUIERE AUTORIZACIÓN

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

RED DE URGENCIAS

CONDUCTA NO REQUIERE AUTORIZACIÓN

URGENCIAS GENERALES
URGENCIAS GINECOBISTÉTRICAS
URGENCIAS ORTOPÉDICAS
URGENCIAS PEDIÁTRICAS

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS
URGENCIAS OFTALMOLÓGICAS
URGENCIAS ODONTOLÓGICAS

5.1.4. Autorizaciones de estancias y egresos parciales.

Corresponden a autorizaciones que deben ser solicitadas por las IPS para las estancias hospitalarias prolongadas, es decir al cierre de cada mes o según lo

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS. Este documento es propiedad de EPS Famisanar, está prohibido el uso de esta información para propósitos ajenos a los de la empresa, así como divulgar esta información a personas externas y reproducir total o parcialmente este documento.

definido con el prestador. El egreso parcial es el procedimiento que se realiza cada 8 días (viernes) o mensualmente (último día de cada mes) concertado entre la IPS y la EPS para actualizar las autorizaciones en el paciente que va a continuar hospitalizado y poder tener la provisión del costo correspondiente. La IPS podrá gestionar estas autorizaciones a través del correo electrónico hospitalariopac@famisanar.com.co o al Call Center - Familínea al teléfono 307 8085.

5.1.5. Autorizaciones del Plan de beneficios en salud con cargo a la UPC egreso definitivo.

El egreso definitivo se da al momento del alta hospitalaria y se determina cuantificando el total de la estancia hospitalaria que debe coincidir con los días entre el ingreso y su salida. Esta información deberá corroborarse con la IPS y con el aplicativo Salud. Para esta solicitud, la IPS debe enviar su solicitud al correo electrónico hospitalariopac@famisanar.com.co o al Call Center - Familínea 307 8085 e informar los días y tipos de estancia definitivos.

5.2. Tiempo de respuesta.

5.2.1. Solicitudes de Autorizaciones.

- Los tiempos de respuesta a las solicitudes de autorización de los servicios ambulatorios por parte de la EPS son los siguientes:
 - Servicios electivos prioritarios: Dos (2) días hábiles.
 - Servicios electivos no prioritarios: Tres (3) días hábiles.
- Para las solicitudes de autorización de los servicios adicionales posteriores a la atención inicial de urgencias y servicios hospitalarios, se dará respuesta dentro de las seis (6) horas siguientes al recibo de la solicitud.

En caso de no enviar respuesta en los términos establecidos, se entenderá como autorizado el servicio según lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 4331 de 2012.

5.3. Vigencia de las autorizaciones.

Las autorizaciones tienen validez de acuerdo con el evento autorizado así:

- Las pre autorizaciones, tienen una validez de 90 días para ser activadas por la IPS.
- Las autorizaciones impresas tienen una validez de 60 días.
- Las posfechadas tienen una validez de 2 días antes de la fecha definida. La autorización indica la fecha de vigencia.
- Código de verificación de Urgencias: Evaluación inicial del usuario hasta definición de la conducta del médico. Tiene una validez de 24 horas. Para IPS Colsubsidio e IPS Cafam el código tiene vigencia de 72 horas.

5.4. Vigencia de las órdenes médicas.

Las ordenes médicas para apoyo diagnóstico, apoyo terapéutico, cirugía ambulatoria y hospitalaria y procedimientos en consultorio manejan una vigencia de 90 días calendario cuando son remitidas por los médicos e IPS adscritas al Plan Complementario, excepto para Cafam y Colsubsidio quienes manejan las siguientes vigencias:

- Colsubsidio: Doce (12) meses.
- Cafam: Seis (6) meses.

5.5. Vigencias de las fórmulas médicas.

La vigencia de las fórmulas médicas (órdenes para medicamentos) es 30 días calendario. Cuando el especialista o IPS solicitan varias entregas la vigencia de cada entrega es de 30 días calendario.

5.6. Manejo de pagos moderadores / Copagos / Cuotas moderadoras.

Los **pagos moderadores** son la suma de dinero que debe sufragar el usuario, en forma adicional al valor del contrato, para el uso de algunos de los servicios o actos médicos recibidos. Solo aplica para los Planes Preferenciales, Famimas y Corporativo. El Plan Élite no cuenta con cobros moderadores.

El manejo de **cuotas moderadoras y copagos** se realiza como se indica en el manual de autorizaciones (PBS), teniendo en cuenta lo siguiente:

- Cuando el servicio tiene cobertura PAC se encuentra exento de copagos.
- Para los usuarios activos en plan Elite se da cobertura al valor de los pagos de la utilización de los servicios del PBS Famisanar.
- Para los usuarios activos en plan Famimas Plus se da cobertura al valor de los copagos de las atenciones hospitalarias de los beneficiarios.

5.7. Verificación de derechos.

La verificación de derechos es el procedimiento por medio del cual:

- Los cargos que generan autorizaciones deben validar que el usuario se encuentre activo en el Plan Complementario, en el PBS y que cumpla con los requisitos para acceder al servicio mencionados en los Procedimientos Gestión del acceso a los servicios ambulatorios PAC y Gestión del acceso a los servicios hospitalarios PAC.
- Los cargos que generan autorizaciones deben validar cual es la cobertura de la solicitud realizada de acuerdo al Plan del usuario.
- No podrán exigirse al usuario copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento.

5.8. Reporte de inconsistencias.

En caso de detectar alguna inconsistencia en la información de las bases de datos consultada en el Portal web, relacionada con el documento que presenta el usuario, la IPS debe diligenciar el Anexo técnico 1 de la Resolución 3047 de 2008 y reportarlo a la EPS a través de los medios dispuestos para ello.

Si la inconsistencia es detectada directamente por uno de los consultores o autorizadores de Famisanar, debe ser reportada a Operaciones Comerciales mediante punto de apoyo para su respectiva verificación.

5.9. Servicios de urgencias.

5.9.1. Atención inicial de urgencias.

5.9.1.1. Alcance.

Inicia desde la admisión al servicio de urgencias del usuario y finaliza con la solicitud de servicios adicionales posteriores a la atención inicial de urgencias. Los eventos verificados por PAC Famisanar son:

- Urgencias derivadas de Enfermedad General y Maternidad.
- Urgencias derivadas de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional; siempre y cuando la IPS no tenga convenio con la ARL y esta no haya emitido autorización de atención en su red adscrita (negación del asegurador).
- Urgencias derivadas de Accidentes de Tránsito, una vez se haya alcanzado el tope de cobertura por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) o el causante sea un vehículo no asegurado o no identificado.

5.9.1.2. Lineamientos generales.

- Todos los usuarios afiliados a EPS Famisanar tienen derecho a acceder al servicio de urgencias desde el momento de su afiliación, de acuerdo a la cobertura del Plan Complementario:
 - **Elite:** Cobertura a la atención inicial de urgencias generales, ambulatorias, ortopédicas y quirúrgicas en las IPS establecidas dentro del Directorio médico. No requiere periodo de carencia y está exento del pago moderador.
 - **Preferencial Familiar, Colectivo y Corporativo:** Cobertura a la atención inicial de urgencias generales, ambulatorias, ortopédicas y quirúrgicas en las IPS establecidas dentro del Directorio médico. No requiere periodo de carencia y debe realizar pago moderador.
 - **Hospitalización & Cirugía:** Cobertura a la atención inicial de urgencias ortopédicas y que deriven en hospitalización y/o cirugía, en las IPS establecidas dentro del Directorio médico. No requiere periodo de carencia y debe realizar pago moderador.
 - **Famimas Plus:** no tiene cobertura, el direccionamiento corresponde al establecido por el PBS.
- No se condicionará la atención inicial de urgencias al pago previo de pago moderador, cuota moderadora o presentación de documento alguno.
- El usuario que ingresa a un servicio de urgencias debe ser evaluado por el personal asignado al triage. Se clasifica de 1 a 5 de acuerdo con lo definido en la Resolución 5596 de 2015 o norma que la modifique, sustituya o adicione.
- Se debe prestar atención preferencial permanente a las poblaciones especiales, población víctima de violencia intrafamiliar o abuso sexual, de acuerdo con la normatividad vigente.
- En el servicio de urgencias, el médico debe identificar el origen de la atención: Enfermedad General, Maternidad, Accidente de Trabajo, Enfermedad Profesional o Accidente de Tránsito.
- En caso de posible Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional, se deberá describir en la anamnesis de la historia clínica, el lugar del accidente, fecha, hora

y circunstancias, consignando el nombre de la empresa, Administradora de Riesgos Laborales (ARL) y cargo del paciente.

- El personal administrativo de los servicios de urgencias de la IPS debe solicitar el código de verificación de servicios a través de la herramienta elegida (portal web, teléfono, correo), para la presentación de la cuenta médica de acuerdo con el Anexo 2 de la Resolución 3047 de 2008 "Informe de la Atención Inicial de Urgencias".
- Asociado a la atención inicial de urgencias, la IPS podrá prestar los siguientes servicios sin que medie una solicitud previa de autorización:
 - Observación en urgencias durante las primeras 24 horas.
 - Laboratorios y ayudas diagnósticas de baja complejidad.
 - Consulta con el médico de urgencias.
 - Interconsultas con los especialistas que requiera.
- Para servicios de alta complejidad posteriores a la atención inicial de urgencias, se debe solicitar autorización.

5.10. Autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias.

5.10.1. Alcance.

Inicia desde las definiciones por parte del médico tratante de la necesidad de servicios de atención médica subsiguientes y/o adicionales a la atención inicial de urgencia y finaliza con la orden médica de egreso u hospitalización.

Se consideran servicios posteriores a la atención inicial de urgencias los siguientes:

- Internación.
- Procedimientos no quirúrgicos de alta complejidad.
- Procedimientos quirúrgicos.
- Referencia y contrarreferencia.

5.10.2. Lineamientos generales.

- Si el paciente requiere servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, la IPS debe solicitar a través del correo electrónico hospitalariopac@famisanar.com.co diligenciando el anexo técnico 3 de la Resolución 3047 de 2008, o a través del Call center - Familínea en el número telefónico (031) 307 8085 en Bogotá o en el 01800127363 para el resto del país; previo a la realización del servicio que requiera el usuario. En el evento de no enviar el anexo 3, se debe enviar resumen de historia clínica que soporte el servicio solicitado. Una vez analizado el caso se procede a generar las autorizaciones respectivas, salvo casos donde se vea en riesgo la salud o la integridad del paciente y se deba realizar un procedimiento o intervención de urgencia. Una vez superado el evento, se debe reportar la novedad por los canales establecidos.
- Si la EPS requiere ampliación de la información, la solicitará dentro de las 3 horas siguientes a la recepción de la solicitud y el prestador debe dar respuesta dentro de las dos horas siguientes al recibo de la solicitud de información adicional. Una

vez recibida la información adicional, la EPS dará respuesta dentro de la siguiente hora.

- Para solicitud de servicios subsiguientes a la atención inicial de urgencias se dará respuesta dentro de las 4 horas posteriores al recibo del anexo 3. La solicitud de servicios adicionales será contestada dentro de las 6 horas siguientes. El número de autorización emitido por Familínea no requiere soporte por escrito.
- En caso de que el paciente requiera remisión a otra entidad, la IPS realizará la solicitud por los canales de referencia y contrarreferencia.
- Si el servicio posterior a la atención inicial de urgencias que requiere el usuario está contratado con la EPS, la IPS no podrá negarse a la prestación, salvo en los casos en que por requerimientos de la atención se justifique que debe prestarse en mejores condiciones por parte de otra IPS, cuando no exista disponibilidad para la prestación del servicio o exista solicitud expresa del usuario de escoger otra IPS dentro de la red de la EPS de acuerdo a su cobertura.
- Si después de la atención inicial de urgencias un paciente puede ser objeto de hospitalización en casa, se debe tramitar la atención según lo definido en el numeral de atención domiciliaria del presente documento.
- Si durante la atención inicial de urgencias o posterior se utilizan medicamentos, insumos, y procedimientos NO PBS-UPC, la IPS deberá solicitar a la EPS los servicios cumpliendo con los requisitos definidos en la normatividad vigente para este fin.
- No se generan autorizaciones retroactivas o extemporáneas, teniendo en cuenta el deber del prestador de realizar la oportuna solicitud de las autorizaciones. En caso de contar con solicitudes de este tipo, Famisanar realiza el escalamiento interno y define si es pertinente generar autorización retroactiva o extemporánea.

5.11. Autorizaciones hospitalarias.

5.11.1. Alcance.

Inicia desde la definición por parte del médico tratante de la necesidad de servicios hospitalarios y finaliza con la orden médica de egreso hospitalario.

5.11.2. Lineamientos generales.

- Una vez el médico tratante del servicio de urgencias ha determinado como conducta hospitalizar un paciente, la IPS debe proceder a la solicitud de la respectiva autorización de servicios previo a la internación del paciente. La EPS Famisanar autoriza los servicios con la estancia de acuerdo a la cobertura.
- Todo evento de hospitalización requiere de autorizaciones al ingreso, cambio de estancia y egreso.
- Todo paciente que requiera aplicación de factor de coagulación deberá ser reportado al grupo de riesgo a través del mail hemofilia@famisanar.com.co para verificación de soportes y aval al back office de la cantidad de factor a utilizar.
- No se generan autorizaciones retroactivas o extemporáneas, teniendo en cuenta el deber del prestador de realizar la oportuna solicitud de las autorizaciones. En

caso de contar con solicitudes de este tipo, Famisanar realiza el escalamiento interno y define si es pertinente generar autorización retroactiva o extemporánea.

- Antes del cierre del detalle de hospitalización, el paciente debe tener todos y cada uno de los procedimientos, estancias y demás servicios que se le hayan realizado completamente autorizados para facilitar el proceso de facturación y manejo por cuentas médicas.
- Cuando un servicio no está contemplado dentro de Plan de Beneficios en Salud, se debe realizar el trámite respectivo ante el aplicativo Mipres.
- La EPS maneja dentro del proceso de autorización de servicios hospitalarios el siguiente esquema:
 - Autorización inicial o de ingreso.
 - Autorización por cambio de estancia (de menor a mayor nivel de complejidad).
 - Autorización de procedimientos quirúrgicos.
 - Autorización para egreso parcial o definitivo del usuario.
- Las autorizaciones deben ser solicitadas por la IPS previo a la prestación del servicio.
- Una vez la IPS solicite egresos parciales, no se podrán emitir autorizaciones de servicios contenidos en el periodo en el que se realizó el egreso parcial.
- Para la generación de autorizaciones hospitalarias de ingreso, el paciente debe tener cualquiera de las siguientes condiciones pues sin ellas no se podrán emitir:
 - Que sean solicitudes posteriores a la atención inicial de urgencias.
 - Que haya sido trasladado de otra IPS para continuidad de tratamiento.
 - La IPS debe contar con una Pre autorización de servicio ambulatorio que requiera activación de hospitalización, contemplada en la autorización ambulatoria.
 - La autorización inicial de hospitalización es válida únicamente para la primera noche de internación.

5.11.3. Adiciones o Prórrogas en Hospitalización.

- La IPS que requiera continuidad de la hospitalización de un usuario de la EPS, debe tener presente para solicitar nuevas autorizaciones lo siguiente:
 - En el evento de cambio de estancia de menor a mayor complejidad a habitación unipersonal, a unidad de cuidado intermedio o a unidad de cuidado intensivo.
 - Corte semanal para egresos parciales.
 - El último día del mes para realizar el egreso parcial cuando el paciente va a continuar hospitalizado.

5.11.4. Egreso Hospitalario.

- El egreso definitivo se da al momento del alta hospitalaria, cuyas causas pueden ser: mejoría, muerte, extensión hospitalaria, traslado a otra entidad o alta voluntaria.

- La estancia total se determina cuantificando el total de días de hospitalización entre el ingreso y su salida. Esta información debe corroborarse con la IPS y con el Aplicativo Salud.
- El egreso hospitalario podrá estar condicionado por eventos como salida con oxígeno domiciliario, con servicios NO PBS -UPC, con extensión hospitalaria domiciliaria o egreso a unidad de crónicos.
- La IPS debe informar con antelación mínima de 24 horas, cuando prevea un egreso condicionado para poder realizar los trámites necesarios y dar cumplimiento a los requerimientos del egreso.

5.11.5. Procedimientos Quirúrgicos.

- Si durante la hospitalización se requiere un procedimiento quirúrgico, la IPS debe hacer la solicitud de autorización previa a la realización del mismo, remitiendo el anexo técnico 3 de la Resolución 3047 de 2008 al correo electrónico hospitalariopac@famisanar.com.co
- En el evento de no remitir el anexo 3, debe enviar resumen de historia clínica que soporte el servicio solicitado junto con el análisis de los apoyos diagnósticos y orden médica. Una vez analizado el caso, se procede a generar las autorizaciones de acuerdo a la cobertura respectiva para los casos pertinentes.
- Los hallazgos quirúrgicos deben ser soportados mediante la descripción quirúrgica y se debe solicitar la autorización requerida máximo el siguiente día hábil a la realización del procedimiento, dado que no se generan autorizaciones retroactivas. Los hallazgos son objeto de evaluación por parte del área correspondiente en Famisanar EPS.

5.12. Autorización de servicios electivos.

5.12.1. Alcance.

Inicia desde la solicitud de autorización de servicios electivos por parte del usuario o IPS, hasta la emisión de la autorización o definición de EPS Famisanar.

5.12.2. Lineamientos Generales.

- Las solicitudes de servicios electivos podrán ser generadas por médicos y odontólogos generales o especialistas, enfermeras y otros profesionales del área de la salud, según el nivel de complejidad de la atención.
- Toda solicitud de servicio electivo debe:
 - Ser generada por un profesional de la salud adscrito a Famisanar Plan Complementario.
 - Cumplir con los criterios de pertinencia establecidos en las guías de atención o protocolos avalados entre las partes o universalmente aceptados por medicina basada en la evidencia.
 - La solicitud de servicios médicos debe ser diligenciada por parte del prestador con todas las variables de información definidas y utilizando los formatos establecidos en la normatividad vigente.

Proceso: Gestión de Servicios de Salud.	
Subproceso: Gestión del Acceso a los Servicios.	
Manual de Autorizaciones PAC.	
Fecha Actualización: 08/06/2021	Página 21/28

- En ninguna circunstancia se generan autorizaciones retroactivas o extemporáneas que no correspondan a acuerdos por proceso con las IPS; excepto en casos de contingencia definidos por la EPS.
- Se cuenta con los siguientes canales de solicitud para servicios electivos:
 - En caso de ser gestionada por el usuario, este puede radicar la solicitud adjuntando orden médica, histórica clínica y apoyos diagnósticos requeridos por las herramientas no presenciales como correo electrónico autorizacionespac@famisanar.com.co, APP, Portal web o dirigirse a cualquiera de los puntos de atención que disponga la EPS.
 - En caso de ser tramitado por la IPS por acuerdos de servicio definidos entre la IPS y la EPS, se hará a través del correo electrónico de servicios PAC gautorizacionespac@famisanar.com.co, adjuntando orden médica y soportes requeridos o mediante el proceso de Integración Tecnológica con las IPS que lo tengan dispuesto.
- Si el servicio electivo requerido es de carácter prioritario, el Profesional ordenador debe especificarlo en la solicitud.

5.12.3. Grupos de riesgo.

- Para los grupos de riesgo intermedio y avanzado de alto costo, se han establecido rutas administrativas con el fin de gestionar de forma directa IPS-EPS la autorización de servicios y facilitar el acceso a los mismos excluyendo al usuario del trámite administrativo. Esto aplica para el usuario PAC **con cobertura PBS**.
- Los grupos de riesgo establecidos y sus respectivos medios de contacto son:

GRUPO DE RIESGO	CORREO
NEUROCIRUGIA	cohorteneurocirugia@famisanar.com.co
CORRECCION ESCOLIOSIS	
CIRUGIA DE EPILEPSIA	
ESCLEROSIS MULTIPLE (PACIENTE EN TTO CON MOLECULA ALTO COSTO)	cohortesclerosis@famisanar.com.co
HEMOFILIA	hemofilia@famisanar.com.co
REEMPLAZOS ARTICULARES/ CLINICA DE ARTROSIS	reemplazosarticulares@famisanar.com.co
DIALISIS Y HEMODIALISIS	dialisis@famisanar.com.co
CIRUGIA BARIATRICA	cirurgiabariatrica@famisanar.com.co
TRASPLANTE DE MEDULA	trasplantes@famisanar.com.co
TRANSPLANTE CARDIACO	
TRASPLANTE DE PULMÓN	
TRASPLANTE RENAL	
TRASPLANTE HEPATICO	capediatico@famisanar.com.co
CANCER PEDIATRICO	
NEFROPROTECCIÓN	nefroproteccion@famisanar.com.co

HTA - DM II	hipertensionydiabetes@famisanar.com.co
CIRUGIA CARDIOVASCULAR	cirugiacardiovascular@famisanar.com.co
HEMODINAMIA	
ELECTROFISIOLOGIA	
REUMATOLOGIA Y ENFERMEDADES DEL COLAGENO SEGÚN ALGORITMO ESTABLECIDO (PACIENTE EN MANEJO CON MOLECULA ALTO COSTO)	cohortereumatologia@famisanar.com.co
ENFERMEDADES HUERFANAS	enfermedadeshuerfanas@famisanar.com.co
FIBROSIS QUISTICA	fibrosisquistica@famisanar.com.co
CANCER ADULTOS	caadultos@famisanar.com.co imogrovejo@famisanar.com.co
SAHOS	cpap@famisanar.com.co
EPOC SEVERO	epochtp@famisanar.com.co
HIPERTENSION PULMONAR SEVERA	
TBC	
VIH	programaespecial@famisanar.com.co
TBC	programatbc@famisanar.com.co
HEPATITIS C	programahvc@famisanar.com.co

- Las rutas administrativas pueden incluir:
 - Gestión directa IPS-EPS de solicitudes individuales, a través de correo electrónico de la cohorte correspondiente, y/o al back office de alto costo.
 - Solicitudes grupales a través de planillas a correo electrónico específico, enviadas por la IPS para validación y emisión de autorizaciones masivas.
 - Radicación directa de la solicitud desde la IPS por vía portal web, para aprobación por parte del Back de alto costo o para autogestión.
- Los usuarios con cobertura por su Plan complementario para el manejo solicitado pueden radicar la solicitud por las herramientas no presenciales como correo electrónico autorizacionespac@famisanar.com.co, APP, Portal web o dirigirse a cualquiera de los puntos de atención que disponga la EPS.
- Una vez se identifique un usuario con diagnóstico que clasifique en los grupos de riesgo establecidos, debe ser reportado a dicho grupo con copia a gestiondelriesgopac@famisanar.com.co para realizar la respectiva marcación en sistema e incluir en seguimiento.

5.12.4. Tiempos de respuesta a servicios electivos.

- Los tiempos para generación de autorización de servicios electivos por parte de las EPS son los siguientes:
 - Servicios electivos prioritarios: Dos (2) días.
 - Servicios electivos no prioritarios: Tres (3) días.
- La EPS genera una autorización de servicios enviada por vía electrónica. Para medio electrónico la autorización debe informar en observaciones "Valida en formato PDF".
- EPS Famisanar, generará autorizaciones de servicios según los códigos contratados. En caso de emisión de autorizaciones por paquete, no se generan autorizaciones adicionales para los servicios que ya se encuentren contenidos.
- Para los casos en que la solicitud se catalogue como un servicio No Cubierto por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, la IPS realizará el trámite de la solicitud mediante la página de Mipres dispuesta por el Ministerio de Salud.
- En caso de no ser procedente la autorización del servicio, la EPS diligencia el formato de "Negación de Servicios" de acuerdo con lo definido en el procedimiento mencionado por la Circular Externa 008 de 2018 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.
- En cuanto a las solicitudes de cotizaciones de servicios, en ningún caso se podrá trasladar al paciente o su acudiente el trámite de estas. Para obtener la autorización de servicios por parte de la EPS; la gestión, en caso de requerirse, será realizada directamente entre la entidad responsable de pago y el prestador de servicios de salud, sin afectar los términos establecidos para el trámite de respuestas de autorización definidos en la normatividad vigente y por medio de la herramienta dependencias.

5.13. Atenciones originadas en fallo de tutela y medidas provisionales.

5.13.1. Lineamientos Generales.

- Para la prestación del servicio, se debe verificar que EPS Famisanar haya sido previamente notificada por el juzgado y autorizado por la misma.
- Se debe tener presente el tiempo establecido para la acción de cumplimiento, para evitar incurrir en un desacato que pueda acarrear sanciones para una o ambas partes.
- La prestación de servicios derivados de acciones de tutela y medidas provisionales, se efectuarán bajo autorización de EPS Famisanar, si a ésta es a quien va dirigida. En caso de que la IPS junto con la EPS, esté involucrada como ejecutor de los servicios definidos en la acción de tutela o de la medida provisional, ésta notificará a la EPS de dicha condición y procederá a la prestación del servicio dentro de los plazos establecidos por la ley para evitar entrar en desacato.
- La IPS debe verificar el tipo de documento que presenta el usuario (acción de tutela, fallo de tutela o medida provisional). En caso de tratarse de acción de

tutela, la IPS debe informar al usuario que se debe esperar que el fallo de tutela sea notificado por el juzgado a la EPS.

- Para los casos de acción de tutela con medida provisional, se debe autorizar el servicio solicitado por el término definido por la Unidad de Tutelas de la EPS o documentar las razones de fuerza mayor por las cuales no se puede dar cumplimiento a dicha medida con el fin de informar al juzgado, teniendo en cuenta que las medidas provisionales son de obligatorio cumplimiento.
- Cuando se trate de un fallo de tutela o medida provisional en horario hábil, la IPS debe orientar al usuario, indicando que se debe dirigir a la oficina principal de EPS Famisanar para la notificación de este.
- La EPS debe definir en la autorización el cobro de cuotas moderadoras o copagos del servicio, de acuerdo con el alcance de fallo de tutela o de la medida provisional.
- La EPS informa al usuario sobre el cubrimiento de los servicios médicos asistenciales, suministros o medicamentos ordenados en el fallo judicial.
- La EPS entregará al usuario o su representante, el original de la autorización de servicios dejando constancia de su entrega en la copia correspondiente, con firma y número del documento de identificación, fecha y hora de recepción.
- Para todo servicio a autorizar, derivado de un fallo de tutela, medida provisional o desacato, debe mediar siempre una prescripción en la plataforma Mipres Tutela, de la cual se derive la correspondiente autorización.

5.14. Servicios cíclicos.

5.14.1. Lineamientos Generales.

- La autorización para servicios cíclicos se ajustará a lo definido en el acuerdo de voluntades entre las partes y a los tiempos de respuesta de la Resolución 3047 de 2008.
- No habrá lugar a solicitud de servicios cíclicos desde atenciones de urgencias.
- La IPS debe realizar el proceso de autorización definitiva de la orden por el medio pactado con EPS Famisanar al momento de la prestación efectiva del servicio.
- En ninguna circunstancia, se generan autorizaciones retroactivas o extemporáneas, porque queda claramente establecida la oportuna solicitud de las autorizaciones durante el mes vigente.
- Se generan pre autorizaciones con el fin de realizar agendamiento y programación de los servicios en las IPS remitidas. La IPS en el momento de prestar el servicio debe utilizar la herramienta elegida (portal web, Familia o IVR) para activar las autorizaciones pre aprobadas.
- Para solicitudes posfechadas, el médico tratante al momento de la prescripción debe realizar la formulación teniendo en cuenta la cobertura de los días restantes al próximo control médico. Esto con el fin de no producir discontinuidad del tratamiento en enfermedades sistémicas crónicas. Con esta formulación, el autorizador podrá validar las cantidades para generar las autorizaciones

posfechadas. Estas solicitudes deberán ceñirse a lo definido en la norma y deben ser activadas por la IPS a través de la web, Familínea o el IVR.

5.15. Condiciones especiales en la solicitud y autorización de servicios.

5.15.1. Alcance.

Aplica a situaciones particulares del usuario que orientan la prestación del servicio por condiciones de normatividad vigente o contractuales entre este y su asegurador.

5.15.2. Lineamientos Generales.

- En todos los casos las IPS deben realizar la verificación de derechos del usuario y clasificar el tipo de evento que generó el ingreso a la IPS (enfermedad general, SOAT, posible accidente de trabajo, entre otros), así como el reporte al pagador dentro de los tiempos establecidos por la norma según sea el caso.
- Toda solicitud y respuesta de servicios debe contener las variables de información definidas en los Anexos Técnicos y ajustarse a los tiempos definidos en la Resolución 4331 de 2012.
- EPS Famisanar establece un canal de comunicación para el usuario, (línea amable número 307 8085 o en el 01800127363 para el resto del país) bajo el cual puede hacer las aclaraciones directamente con la EPS.
- Se consideran casos especiales los siguientes:
 - **Usuarios con incapacidad de pago de cuotas moderadoras y/o copagos o usuarios inexistentes en base de datos Famisanar**, de acuerdo a lo mencionado por el manual de autorizaciones (PBS).
 - **Usuario con inconsistencia en afiliación al Plan Complementario:** Se presenta cuando un usuario presenta inconvenientes para la prestación del servicio por Plan Complementario por encontrarse suspendido. En este caso se dará la opción de cobertura por PBS.
 - **Condición de enfermedad de alto costo y/o huérfana en tratamiento y con estado de afiliación no activo:** Usuarios con tratamiento activo con estado de afiliación suspendido y/o cancelado y que la no prestación del servicio ponga en riesgo la vida del usuario deberá escalar a la dirección de Riesgo Intermedio y Avanzado para definir la decisión del servicio, cuando la cobertura es PBS. En caso presentar la inconsistencia en Plan Complementario se dará la cobertura por PBS.

5.16. Accidente de tránsito y enfermedad laboral.

- El manejo de accidentes de tránsito se debe consultar en el manual de autorizaciones (PBS).
- Por Plan complementario se da cobertura a los excedentes de SOAT en el ámbito hospitalario. Para solicitudes derivadas del SOAT en el ámbito ambulatorio la cobertura es PBS.

- La cobertura de accidente de tránsito y enfermedad laboral por PBS, se realiza de acuerdo a lo dispuesto por el manual de autorizaciones (PBS).

5.17. Servicios NO PBSUPC.

- Los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC (No PBSUPC) y su respectiva facturación se realiza de acuerdo a lo dispuesto por el manual de autorizaciones (PBS).

5.18. Autorización y entrega de medicamentos (Ámbito ambulatorio).

- Los Planes Complementarios no dan cobertura a los medicamentos ordenados en el ámbito ambulatorio, por lo tanto, su cobertura será por el PBS y bajo los lineamientos establecidos por ellos.
- Los medicamentos ambulatorios deben ser formulados en original y copia por la IPS o especialista adscritos al Plan Complementario y serán entregados teniendo en cuenta las siguientes indicaciones:
 - La autorización debe estar vigente.
 - Los servicios formulados deben coincidir con los autorizados.
 - La fórmula médica debe cumplir con los parámetros establecidos en el Decreto 2200 de 2005 - Compilado en el Decreto 780 de 2016.
- EPS Famisanar emite autorizaciones a través de oficinas de atención o Back Office PAC, en donde son autorizados todos los servicios que no hacen parte de la capitación. En ningún caso EPS Famisanar genera autorizaciones retroactivas.
- El médico o IPS debe prescribir la fórmula, entregársela al usuario y direccionarlo a la farmacia respectiva según contratación realizada por la EPS. Los usuarios de los planes Elite, Preferencial Familiar y Preferencial Colectivo pueden acceder tanto a la farmacia de Cafam como a la de Colsubsidio, los usuarios de los planes Preferencial Corporativo y Famimas Plus deben ingresar a la farmacia asignada por su IPS primaria.
- Es importante aclarar que el Plan Elite está exento del pago de cuotas moderadores para medicamentos con cobertura PBS; para los ordenados bajo Mipres si debe realizar el pago respectivo.
- La cobertura sobre autorización y entrega de medicamentos por PBS, se realiza de acuerdo a lo dispuesto por el manual de autorizaciones (PBS).

5.19. Autorización y suministro de oxígeno.

- El oxígeno es un medicamento incluido en el Plan de beneficios en salud con cargo a la UPC.
- De los Planes Complementarios el único que da cobertura al oxígeno es el Plan Elite, para los demás Planes su cobertura será por el PBS y bajo los lineamientos establecidos por ellos.
- El funcionario encargado de realizar la autorización verifica derechos administrativos, actualiza datos de contacto y genera la autorización para el **primer mes** de suministro registrando en observaciones externas: mes, formulación del oxígeno, datos de contacto teléfono, barrio y dirección e indica

al usuario comunicarse con proveedor de oxígeno, para programar el servicio informando datos de contacto y número de autorización.

- La cobertura sobre autorización y entrega de oxígeno por PBS, se realiza de acuerdo a lo dispuesto por el manual de autorizaciones (PBS).

5.20. Gestión de servicios domiciliarios para el paciente crónico.

- La cobertura sobre gestión de servicios domiciliarios para el paciente crónico por PBS, se realiza de acuerdo a lo dispuesto por el manual de autorizaciones (PBS).

5.21. Gestión de servicios transitorios en el domicilio del paciente.

- La cobertura sobre gestión de servicios transitorios en el domicilio del paciente por PBS, se realiza de acuerdo a lo dispuesto por el manual de autorizaciones (PBS).

5.22. Gestión de servicios domiciliarios.

- La gestión de servicios domiciliarios se maneja bajo lo estipulado en el manual de autorizaciones (PBS). Respecto al PAC, se debe tener en cuenta lo siguiente:
 - Cuando se presenta una defunción de un paciente en manejo domiciliario, el usuario se debe comunicar con la IPS domiciliaria tratante, quienes diligenciarán el respectivo certificado de defunción con un tiempo no superior a 6 horas y esta información debe ser notificada a la EPS. En caso de que no se logre comunicación efectiva con la IPS domiciliaria, el usuario se debe comunicar con la línea amable 307 8085 para respectiva gestión interna.
 - Los Planes Complementarios: Elite, Preferencial Familiar, Preferencial Colectivo, Preferencial Corporativo y H&C no tienen cobertura para servicios puntuales en domicilio. Por lo tanto, la cobertura y direccionamiento es el establecido en el PBS.
 - El plan Famimas Plus, brinda cobertura para los servicios de terapia física y terapia respiratoria, 30 sesiones año contrato, no acumulable, por usuario y por cada tipo de terapia. Aplica el cobro de 1 pago moderador por cada sesión.
 - Independientemente de la cobertura, cuando el usuario envía la solicitud por las herramientas no presenciales como correo electrónico autorizacionespac@famisanar.com.co, APP, Portal web o por cualquiera de los puntos de atención que disponga la EPS, el caso debe ser radicado y asignado al back de domiciliarios para su respectiva gestión.
- El plan Famimas Plus no brinda cobertura a la hospitalización domiciliaria, por tanto el direccionamiento y cobertura es de acuerdo al PBS (Ver manual de autorizaciones - PBS).

6. Bibliografía.

Se toma como referencia el Manual de Autorizaciones vigente para PBS.

7. Historial de Cambios.

Fecha	Descripción de Cambios
19/02/2021	Creación del documento
08/06/2021	<ul style="list-style-type: none">• Actualización del documento• Articulación con el manual de autorizaciones (PBS)

Copia no controlada