
	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 1/56</b>

## Tabla de Contenido

1. Propósito.....	4
2. Contenido.....	4
2.1 CONDICIONES GENERALES.....	4
2.1.1 Estados de afiliación .....	4
2.1.2 Vías de solicitud de autorizaciones de servicios.....	5
2.1.2.1 Canales presenciales .....	5
2.2 ESTADOS DE AUTORIZACIONES.....	7
2.2.1 Radicación de solicitudes.....	8
2.2.2 Radicación de Solicitud – Orden Médica.....	8
2.2.3 Pre-autorización .....	8
2.2.4 Posfechadas.....	9
2.2.5 Autorización.....	10
2.3 MECANISMOS PARA LA GENERACIÓN DE AUTORIZACIONES.....	11
2.3.1 Autorizaciones masivas.....	11
2.3.2 Autorización Individual .....	12
2.3.3 Autorizaciones de estancias y egresos parciales .....	12
2.3.4 Autorizaciones del Plan de beneficios en salud con cargo a la UPC egreso definitivo .....	12
2.4 TIEMPO DE RESPUESTA .....	12
2.4.1 Solicitudes de Autorizaciones .....	12
2.4.2 Solicitudes de información adicional.....	13
2.4.3 Acuerdos de Servicios con las IPS .....	13
2.5 VIGENCIAS DE LAS AUTORIZACIONES .....	13
2.6 MANEJO DE COPAGOS / CUOTAS MODERADORAS /CUOTAS DE RECUPERACIÓN.....	13
2.7 VERIFICACIÓN DE DERECHOS.....	14
2.8 REPORTE DE INCONSISTENCIAS .....	15
2.9 SERVICIOS DE URGENCIAS.....	15
2.9.1 Atención inicial de urgencias.....	15
2.9.2 Alcance.....	15
2.9.3 Lineamientos generales .....	15
2.10 AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS POSTERIORES A LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS.....	16
2.10.1 Alcance.....	16
2.10.2 Lineamientos generales .....	16
2.11 AUTORIZACIONES HOSPITALARIAS .....	17


<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 2/56</b>

2.11.1	Alcance .....	17
2.11.2	Lineamientos generales .....	17
2.11.3	Adiciones o Prórrogas en Hospitalización .....	18
2.11.4	Egreso Hospitalario .....	19
2.11.5	Procedimientos Quirúrgicos .....	19
2.12	AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS ELECTIVOS.....	19
2.12.1	Alcance.....	19
2.12.2	Lineamientos Generales .....	19
2.12.3	Grupos de riesgo.....	20
2.12.4	Tiempos de respuesta a servicios electivos .....	21
2.13	ATENCIONES ORIGINADAS EN FALLO DE TUTELA Y MEDIDAS PROVISIONALES.....	21
2.13.1	Lineamientos Generales .....	21
2.14	SERVICIOS CICLICOS .....	22
2.14.1	Lineamientos Generales .....	22
2.15	CONDICIONES ESPECIALES EN LA SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS .....	23
2.15.1	Alcance.....	23
2.15.2	Lineamientos Generales .....	23
2.16	ACCIDENTE DE TRANSITO.....	24
2.16.1	Lineamientos Generales .....	24
2.17	ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDAD LABORAL .....	25
2.17.1	Lineamientos Generales .....	25
2.18	SERVICIOS NO INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC (NO PBSUPC).....	26
2.19	GESTIÓN DE SERVICIOS DOMICILIARIOS.....	29
2.19.1	Lineamientos generales.....	29
GESTIÓN DE SERVICIOS DOMICILIARIOS PARA EL EGRESO HOSPITALARIO O DESDE EL DOMICILIO.....		30
2.19.3	Lineamientos Generales .....	30
2.19.4	GESTION DE SERVICIOS DOMICILIARIOS PARA EL PACIENTE CRÓNICO .....	33
2.19.5	TRASLADO EN AMBULANCIA DE DOMICILIO A IPS .....	35
GESTION DE SERVICIOS TRANSITORIOS EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE .....		36
2.20	REFERENCIA DE USUARIOS.....	37
2.21	AUTORIZACION Y ENTREGA DE MEDICAMENTOS .....	41
2.23	AUTORIZACION Y SUMINISTRO DE OXIGENO.....	46
ANEXOS.....		50
ANEXO 1. PUNTOS DE ATENCIÓN, PAI .....		50
ANEXO 1.1. CENTRO DE ATENCIÓN TELEFONICA Y/O ELECTRÓNICA .....		53
ANEXO 1.2. BACK OFFICE del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC Y PAC.....		53

	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 3/56</b>

ANEXO 1.3. GESTIÓN DE SERVICIOS NO PBS .....	53
ANEXO 1.4. PORTAL WEB.....	53
ANEXO 7. Correos electrónicos de grupos de riesgo.....	54
3. Bibliografía. ....	56
4. Historial de Cambios.....	56

Copia no controlada

	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 4/56</b>

## 1. Propósito.

Establecer las condiciones para la generación de autorización de servicios incluidos en el Plan de Beneficios en Salud, con el fin de articular la gestión con la red de prestadores de servicios para garantizar el acceso oportuno e integral requerido por los afiliados.

## 2. Contenido.

### 2.1 CONDICIONES GENERALES

#### 2.1.1 Estados de afiliación


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

#### REGIMEN CONTRIBUTIVO

- **ACTIVO:** Es aquel que está afiliado y le asegura el acceso de la totalidad del plan de beneficios en salud. Por política de la EPS poblaciones objeto de protección especial pese a que se encuentren suspendidos por mora, se marcan como activos en el sistema de información para garantizar el acceso sin barreras (por ejemplo, activo en tratamiento, activo gestante, activo menor de edad).
- **SUSPENDIDO:** no tiene acceso a los servicios del plan de beneficios en salud. Podrá acceder a los mismos una vez el empleador o trabajador independiente realice los pagos en mora.
- **SUSPENDIDO PROTECCIÓN LABORAL 1 MES/SUSPENDIDO PROTECCIÓN LABORAL 3 MESES:** tiene acceso únicamente a servicios de urgencias y tratamiento en curso.
- **RETIRADO:** no tiene acceso a los servicios del plan de beneficios en salud. Podrá acceder a los mismos realizando una nueva afiliación como trabajador dependiente o independiente. En el caso de cumplir las condiciones para Régimen Subsidiado y no tener capacidad de pago debe aplicar proceso de movilidad entre regímenes.
- **TRASLADO:** el acceso a los servicios del plan de beneficios en salud está a cargo de la anterior Entidad Promotora de Salud EPS.
- **CANCELADO:** no tiene acceso a los servicios del plan de beneficios en salud.

#### REGIMEN SUBSIDIADO

- **ACTIVO RÉGIMEN SUBSIDIADO:** Aplica para cotizantes y beneficiarios que componen el núcleo familiar siempre y cuando cumplan las condiciones legales establecidas para aplicar el proceso de movilidad desde el régimen contributivo de EPS Famisanar.
- **CANCELADO:** Aplica para los afiliados que pierden las condiciones para continuar inscrito en el régimen subsidiado de EPS Famisanar. Por no cumplir las condiciones para pertenecer al grupo familiar Artículo 2.1.3.6 del Decreto 780 de 2016: No cobertura en el grupo familiar o por traslado a otra EPS.

	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 5/56</b>

## 2.1.2 Vías de solicitud de autorizaciones de servicios

EPS Famisanar tiene establecido canales virtuales y presenciales para acceder a la solicitud de autorizaciones. Para los servicios que se encuentran contratados por monto fijo (CIS, Cápita y PGP) no se requiere autorización.

En EPS Famisanar las poblaciones definidas en la Resolución 521 de 2020, tales como hipertensos, diabéticos, respiratorios crónicos, gestantes y mayores de 70 años, entre otros, no requieren autorizaciones en la Red Primaria. En el escenario de requerirlas en la Red Complementaria, EPS Famisanar tiene establecidos canales no presenciales para su generación, con el propósito de reducir los trámites administrativos para el usuario.

EPS Famisanar ha establecido las condiciones para la generación de autorización de servicios incluidos en el Plan de Beneficios en Salud y NO PBS, (Medicamentos, procedimientos, apoyo diagnósticos y terapéuticos etc) con el fin de articular la gestión con la red de prestadores de servicios para garantizar el acceso oportuno e integral requerido por los afiliados.

Los acuerdos de servicios con las IPS donde la red radica directamente la solicitud de autorizaciones a la EPS (cuando no existe la opción de autogestión y/o integración), evitando en el usuario el trámite administrativo.

EPS Famisanar cuenta también con modelos de contratación por montos fijos, donde no media la generación de una autorización para la prestación y con acuerdos de autorización retrospectiva para servicios efectivamente prestados para algunas IPS. Entre ellos exámenes diagnósticos, laboratorio y consulta especializada; todo lo anterior encaminado a mejorar las condiciones de acceso para los usuarios.

Finalmente, para la atención domiciliaria de esta población únicamente media en las autorizaciones la relación entre EPS e IPS, excluyéndose de todo trámite al usuario.

### 2.1.2.1 Canales presenciales


- **Oficinas de Atención Personalizada:** La EPS Famisanar cuenta con oficinas para atención personalizada a usuarios, en las que pueden efectuar el trámite de autorización de servicios.

#### Ventaja de este canal:

- Los usuarios que desean tramitar por si mismos las autorizaciones de servicio, encuentran en las oficinas de atención personalizada, un servicio oportuno y eficiente con la opción de realizar otros trámites de carácter administrativos.

### 2.1.2.2 Canales no presenciales: Portal web, APP, Call Center, correo electrónico, integración tecnológica, autogestión.

- **Portal Web:** Mediante la página pública de Famisanar [www.Famisanar.com.co](http://www.Famisanar.com.co) las IPS adscritas pueden acceder a nuestro Portal Transaccional Famisanar en Línea

	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 6/56</b>

<https://enlinea.Famisanar.com.co/Portal/home.jspx>, donde podrán ingresar con un usuario y clave entre otros a 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
- Radicación de servicios a back Office.
- Reportes e impresión de autorizaciones emitidas por Afiliado.
- Servicio al Cliente: Descarga de manuales como el autorizador web y visualización de tutoriales sobre autorizaciones y otros temas de interés para la IPS.

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.

Los códigos de servicios que cada IPS puede Autorizar serán **definidos por la EPS acorde a los 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.

#### **Ventajas que presenta este canal:**

- 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.
  - Le permite a la IPS conocer, descargar e imprimir las Autorizaciones emitidas por afiliado, que fueron solicitadas ya sea por vía Back Office, Familinea, Puntos de Autorización, Correo electrónico, Fax, IVR, Portal Web o cualquier otra vía.
  - Le permite a la IPS conocer el estado de sus Autorizaciones y Pre/autorizaciones: Activo, Descargado por cuentas médicas, Anulado entre otros.
  - Excluye al usuario del trámite de autorizaciones.
  - Disminuye costos de operación por no uso de líneas telefónicas, automatización y desmaterialización de procesos, facilitando el acceso del afiliado a los servicios
- **Call Center Familinea:** 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).

	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 7/56</b>

- 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 otros servicios diagnósticos y terapéuticos de baja complejidad, estancias hospitalarias, procedimientos quirúrgicos, egresos hospitalarios y trámites de referencia y contrarreferencia.

La principal ventaja es la posibilidad de 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.

- **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.

#### **Ventajas de este canal:**

La transmisión de datos, archivos, documentos e imágenes es rápida y segura; es una herramienta amable con el medio ambiente pues evita el gasto injustificado de papel, evita desplazamientos de los usuarios a los puntos de atención.

Para conocer las direcciones de correo y los teléfonos de contacto, puede ingresar a la página de internet [www.Famisanar.com.co](http://www.Famisanar.com.co) o ver Anexo 1.

- **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 sale con la respectiva autorización desde el consultorio médico.

Para la implementación de este medio, previamente deberá 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.


#### **Ventaja de este canal**

Permite al usuario obtener su autorización de servicio desde el momento de la atención, permitiendo excluir al usuario del trámite.

## **2.2 ESTADOS DE AUTORIZACIONES**

**Son estados definidos por la EPS en el proceso de autorización de servicios, para el manejo en los sistemas de información de la compañía, los cuales no van en contra vía de la normatividad vigente.**



	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>		<b>Página 8/56</b>

### 2.2.1 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: 27/09/2017 14:11:17  
 Autorizada el: Radiada el: 13/10/2017 14:13:04  
 Impresa el: 13/10/2017 14:13:06  
 Afiliado: CC.19354993 LOPEZ ZAMUDIO MARIO

No. Solicitud: NO REPORTADO  
 No. Autorización: (POS) 222-43057849  
 Código EPS: EPS017

Edad: 60.4.10 Fecha Nacimiento: 03/08/1957 Tipo afiliado: BENEFICIARIO (SISBEN-2)  
 Dirección Afiliado: TV 5 B BIS 52 72 SUR Departamento: DISTRITO CAPITAL (11) Municipio BOGOTA (001)  
 Teléfono afiliado: 1 - 3103201844 Teléfono celular afiliado:  
 Correo electrónico:

Solicitado por: UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SANTA CLARA  
 Nit: 900959051 - 7 Código: 110013028901  
 Dirección: CARRERA 14 B NUMERO 1-45 SUR Departamento: DISTRITO CAPITAL (11) Municipio BOGOTA (001)  
 Teléfono: 1 -

Ordenado por: VERGARA RAFAEL  
 Remitido a : \*\*\*\*\*

Nit: - Código:  
 Dirección: Departamento: Municipio  
 Teléfono: -

Ubicación del paciente: CONSULTA EXTERNA  
 Origen: ENFERMEDAD GENERAL Manejo integral segun guia:

CODIGO	CANT	DESCRIPCION
135-2001382038	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

### 2.2.2 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 con aquellas IPS con las que se tiene establecido Integración Tecnológica. No es válida como autorización de servicios.

### 2.2.3 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 o IVR. 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**



	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>		<b>Página 9/56</b>

PRE-AUTORIZACION DE SERVICIOS Página 1 de 1

Solicitada en: 14/02/2017 08:38:13  
 Preautorizado en: 16/10/2017 08:42:00  
 Impresa en: 16/10/2017 08:42:03

No. Solicitud: 01081339  
 No. Pre-Autorización: (POS) 222-48116760  
 Código EPS: EPSD17

Afiliado: TL 1000184488 **PEREZ GUEVARA MARIA FERNANDA**

Edad: 14.3.0 Fecha Nacimiento: 09072003 Tipo afiliado: BENEFICIARIO (A)  
 Dirección Afiliado: CLL 106 92 54811 4 AP 502 Departamento: DISTRITO CAPITAL (11) Municipio: BOGOTA (001)  
 Teléfono afiliado: 1 - 8957270 Teléfono celular afiliado:  
 Correo electrónico:

Solicitado por: FUNDACION CARDIO INFANTIL INSTITUTO DE CARDIOLOGIA  
 NE: 860029602 - 2 Código: 110010911101  
 Dirección: CL 163 A 13 B 60 BR SAN CRISTOBAL NORTE Departamento: DISTRITO CAPITAL (11) Municipio: BOGOTA (001)  
 Teléfono: 1 - 3078012

Ordenado por: CHAHN FERREYRA, SILVIA CRISTINA  
 Remitido a: FUNDACION CARDIO INFANTIL INSTITUTO DE CARDIOLOGIA  
 NE: 860029602 - 2 Código: 110010911101  
 Dirección: CL 163 A 13 B 60 BR SAN CRISTOBAL NORTE Departamento: DISTRITO CAPITAL (11) Municipio: BOGOTA (001)  
 Teléfono: 1 - 3078012

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

CODIGO	CANT	DESCRIPCION
100-2001-86002	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA

Afiliado: Cecilia de C. Modaradova - \$2.900

OM 14002017\*\*\*\*\*AYR 4309603\*\*\*\*\* [ AUTORIZACION EN FORMATO PDF, VALIDA SIN SELLO NI FIRMA ]

Firma Afiliado o Acudiente

E.P.S. FAMISANAR LTDA.  
 Autorizador: CLAUDIA ALEXANDRA AYALA FERNANDEZ  
 Cargo o Actividad: ENFERMERA SERVICIOS DOMICILIARIOS

Esta es una Pre-Autorización. La EPS debe ingresar al nuevo Portal Web [www.famisanar.com.co](http://www.famisanar.com.co) o al número 112 para validar o obtener el número de autorización respectivo o en caso de que su EPS no tenga clave de acceso comunicarse al teléfono 3078000 en Bogotá o al 01 8000 113 264 a nivel nacional, antes de realizar el procedimiento.  
 VALIDO POR 90 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE PREAUTORIZACION.

\* \* Referencia - Cuenta Medica: 222-43116760  
 Registro Impreso por: CLAUDIA ALEXANDRA AYALA FERNANDEZ

## 2.2.4 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 las fechas señaladas. 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 3. Direccionamiento de servicios

Imagen 3. Direccionamiento de servicios





<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 11/56</b>

**AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS** Página 1 de 1

Solicitada el: 21/02/2017 17:09:30  
Autorizada el: 15/03/2017 17:15:40  
Impresa el: 15/03/2017 17:15:41

No. Solicitud: NO REPORTADO  
No. Autorización: (POB) 222 - 80883798  
Código EPS: EP9017

Afiliado: CC.10883741087 **PARDO ZAMUDIO BRAYAN ARNULFO**

Edad: 25.31 Fecha Nacimiento: 14/12/1991 Tipo afiliado: COTIZANTE (A)  
Dirección Afiliado: CALLE 59 190 11 SUR Departamento: DISTRITO CAPITAL (11) Municipio: BOGOTÁ (001)  
Teléfono afiliado: 1 - 7609307 Teléfono celular afiliado:  
Correo electrónico: bpardo7@msama.edu.co

Solicitado por: UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MEISSEN  
NIT: 900568564 - 9 Código: 110013029402  
Dirección: KR 18 B NO. 60 G - 38 SUR Departamento: DISTRITO CAPITAL (11) Municipio: BOGOTÁ (001)  
Teléfono: 1 -

Ordenado por: PEREIRA RAFAEL F  
Remitido a: UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MEISSEN  
NIT: 900568564 - 9 Código: 110013029402  
Dirección: KR 18 B NO. 60 G - 38 SUR Departamento: DISTRITO CAPITAL (11) Municipio: BOGOTÁ (001)  
Teléfono: 1 -

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

CODIGO	CANT	DESCRIPCION
RS-001-460320	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OBSTRA GENERAL

Afiliado cancela de C. Moderadora \$2,900

CM 21/02/2017\*\*\*C\*\*\*\*, [ AUTORIZACION EN FORMATO PDF, VALIDA SIN SELLO NI FIRMA ]

CAPITACION IPS PRIMARIA SOCIA 549502

Firma Afiliado o Asediante

**E.P.S. FAMSANAR LTDA.**  
Autorizador: CLAUDIA ALEXANDRA AYALA FERNANDEZ  
Cargo o Actividad: ENFERMERIA SERVICIOS DOMICILIARIOS

Esta autorización es netamente administrativa y garantiza que el usuario tiene derecho al servicio solicitado. La pertinencia estará sujeta a la revisión de Auditoría Médica.


Válido por 60 días a partir de la fecha de Autorización.

\*\* Referencia - Cuenta Médica: 222-80880159

## 2.3 MECANISMOS PARA LA GENERACIÓN DE AUTORIZACIONES

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

### 2.3.1 Autorizaciones masivas

	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 12/56</b>

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 planillas.

Para la recepción y gestión de dichas solicitudes de servicios ambulatorios se cuenta con el correo [autorizacionesprestador@famisanar.com.co](mailto:autorizacionesprestador@famisanar.com.co) y la EPS dará respuesta en cinco (5) días hábiles.

### 2.3.2 Autorización Individual

Son las autorizaciones que se realizan desde el aplicativo de salud 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 y procedimiento solicitado y el direccionamiento marcado en el sistema.

### 2.3.3 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 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 éstas autorizaciones a través de la página web, a través de los correos electrónicos [autorizacioneshospitalarias@famisanar.com.co](mailto:autorizacioneshospitalarias@famisanar.com.co), [autorizacionesauditoria@famisanar.com.co](mailto:autorizacionesauditoria@famisanar.com.co), o al Call Center de Familínea al teléfono 3078089.

### 2.3.4 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 deberá coincidir con los días entre el ingreso y su salida. Esta información deberá corroborarse con la IPS y con el aplicativo de salud. Para esta solicitud, la IPS deberá enviar vía mail su solicitud [autorizacioneshospitalarias@famisanar.com.co](mailto:autorizacioneshospitalarias@famisanar.com.co), [autorizacionesauditoria@famisanar.com.co](mailto:autorizacionesauditoria@famisanar.com.co), o al Call Center de Familínea. Familínea e informar los días y tipos de estancia definitivos.


## 2.4 TIEMPO DE RESPUESTA

### 2.4.1 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 días
- Servicios electivos no prioritarios: cinco días

Los tiempos de respuesta de servicios subsiguientes a la atención inicial de urgencias tendrán un tiempo de respuesta de dos (2) horas a partir del recibo de la solicitud, acorde con lo definido en el Decreto 4747 de 2007. 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

	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 13/56</b>

de la solicitud. 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.

#### 2.4.2 Solicitudes de información adicional

Los tiempos para solicitar información adicional requerida para autorizar servicios electivos prioritarios, sin afectar los anteriores son:

- Por parte de la EPS: Un día hábil a partir de la recepción de la solicitud del servicio por parte de la IPS.
- Por parte de la IPS: Un día hábil siguiente a la solicitud de la información adicional por parte de la EPS.

Los tiempos de solicitud de información adicional para servicios electivos no prioritarios, sin afectar los anteriores son:

- Por parte de la EPS: Tres días hábiles a partir de la recepción de la solicitud del servicio, por parte de la IPS.
- Por parte de las IPS: Tres días hábiles siguientes a la solicitud de la información adicional por parte de la EPS

#### 2.4.3 Acuerdos de Servicios con las IPS

Un usuario activo con derechos plenos no debe ser devuelto por causas administrativas de autorizaciones, a razón de los acuerdos realizados con las IPS y la jefatura de autorizaciones para realizar los cambios a través de las planillas establecidas, las cuales deben ser enviadas dentro del mes de la prestación del servicio.

### 2.5 VIGENCIAS 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 y tres días después de la fecha definida.
- 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.

### 2.6 MANEJO DE COPAGOS / CUOTAS MODERADORAS /CUOTAS DE RECUPERACIÓN

Las cuotas moderadoras tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Según lo definido en el Acuerdo 260 de 2004.

	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 14/56</b>

Los copagos son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema<sup>2</sup>.

Los copagos,<sup>3</sup> y las cuotas moderadoras son pagos definidos de acuerdo con la categoría de los usuarios. Deberán ser cancelados por los usuarios con el fin de acceder a los servicios solicitados; así como las excepciones a estos serán las establecidas por la normatividad vigente o por la EPS los cuales están descritos en el procedimiento P-RGBC-100, respetando los principios básicos de aplicación, como son los de equidad, información al usuario, aplicación general, accesibilidad y no simultaneidad; previa comprobación en la verificación de derechos de cada uno de los usuarios o en la autorización del servicio.

Para el caso de usuarios de EPS Famisanar, estos valores podrán ser recaudados por el prestador, previo acuerdo entre las partes<sup>4,3</sup>

EPS Famisanar cuenta con el mecanismo para garantizar el acceso a los servicios, el no pago de copago y cuota moderadora no puede ser restrictivo para el acceso<sup>5</sup> puntualmente para los menores de 18 años en ese caso la EPS aplicará el proceso de evaluación económica exoneración de cuotas moderadoras y copagos establecido P-RGBC-100.

Los usuarios con exoneración de copagos y/o cuotas moderadoras, se identifican con una carta informativa con la vigencia y servicio de la exoneración o con una autorización de servicios que informe servicio exento.

## 2.7 VERIFICACIÓN DE DERECHOS

- La verificación de derechos es el procedimiento por medio del cual la IPS identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demanda el usuario y reconoce el derecho de este a ser cubierto por dicha entidad.
- Todos los usuarios afiliados a EPS Famisanar SAS., tienen derecho a acceder al servicio de urgencias desde el momento de su afiliación.
- No se condicionará la atención inicial de urgencias a la presentación de documento alguno. Por tanto, la atención inicial de urgencias no está condicionada por el procedimiento previo de verificación de derechos, acorde a lo definido en el parágrafo 1 del artículo 11 del Decreto 4747 de 2007 o la norma que lo modifique, sustituya o adicione.
- No podrán exigirse al usuario copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento.
- En el caso de afiliados al régimen contributivo a los que se les haya realizado el descuento de la cotización, y el empleador no haya efectuado el pago a la entidad promotora de salud del régimen contributivo, el afiliado acreditará su derecho mediante la presentación del comprobante del descuento por parte del empleador, o la planilla de pago y en caso de ser necesario adjuntar fotocopia de estos documentos.


<sup>2</sup> Según lo definido en el Acuerdo 260 de 2004.

<sup>3</sup> Al mencionar Copago se abarca el copago definido por el Acuerdo 260 de 2004 para los usuarios beneficiarios de EPS.

<sup>4</sup> Según lo definido en el Acuerdo 260 de 2004.

<sup>5</sup> Según lo establecido en el Acuerdo 260 de 2004, Decreto 4747 de 2007, Circular 051 de 2008 y Circular 010 de 2013



	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 15/56</b>

## 2.8 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, se deberá diligenciar el Anexo técnico 1 de la Resolución 3047 de 2008 y reportarlo a la EPS a través de los medios dispuestos para ello.

## 2.9 SERVICIOS DE URGENCIAS

### 2.9.1 Atención inicial de urgencias

### 2.9.2 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 la EPS 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.**

### 2.9.3 Lineamientos generales

Todos los usuarios afiliados a EPS Famisanar tienen derecho a acceder al servicio de urgencias desde el momento de su afiliación.


No se condicionará la atención inicial de urgencias al pago previo de cuota moderadora, ni 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.

EPS Famisanar en aras de promover el uso racional de los servicios de urgencias realiza acuerdos con la red de prestadores para que los usuarios clasificados como triage 4 cuenten con la opción de asignación de cita prioritaria el mismo día que consulta a través de la línea inteligente en Bogotá 3078298 o a nivel nacional Familínea 018000916662 opción "0" o direccionamiento presencial. Si es clasificado como triage 5 se direcciona a consulta de medicina general cuya oportunidad no debe superar los 3 días.

Se debe prestar atención preferencial permanente a las poblaciones especiales, población víctima de violencia intrafamiliar o abuso sexual, de acuerdo con la normatividad vigente.



	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 16/56</b>

Las consultas clasificadas como triage 1, 2 y 3 están exentas de cobro de cuota moderadora, las consultas triage 4 y 5 están sujetas a cobro de cuota moderadora.

En el servicio de urgencias, el médico deberá 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 deberá solicitar el código de verificación de servicios a través de la herramienta elegida (portal web, telefónicamente, 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 deberá solicitar autorización. Para IPS con contratación de paquetes de urgencias con contenidos específicos, se deberá tener en cuenta esta situación para la solicitud de autorizaciones.

## 2.10 AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS POSTERIORES A LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS

### 2.10.1 Alcance


Inicia desde la definición 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

### 2.10.2 Lineamientos generales

Si el paciente requiere servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, la IPS deberá solicitar a través del correo electrónico [autorizacioneshospitalarias@famisanar.com.co](mailto:autorizacioneshospitalarias@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) 3078089 en Bogotá o en el 018000113264 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 deberá enviar resumen de historia clínica que soporte el

	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 17/56</b>

servicio solicitado. Una vez analizado el caso se procederá 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 2 horas siguientes a la recepción de la solicitud y el prestador deberá 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 2 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. Ver numeral 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, o 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.

Si después de la atención inicial de urgencias un paciente puede ser objeto de hospitalización en casa, se deberá tramitar la atención según lo definido en el numeral de atención domiciliaria del presente manual.

Si durante la atención inicial de urgencias o posterior se utilizan medicamentos, insumos, y procedimientos NOPBS-UPC, la IPS deberá solicitar a la EPS los servicios cumpliendo con los requisitos definidos en la normatividad vigente para este fin.

En ninguna circunstancia se generan autorizaciones retroactivas o extemporáneas, teniendo en cuenta el deber del prestador de realizar la oportuna solicitud de las autorizaciones.

## **2.11 AUTORIZACIONES HOSPITALARIAS**


### **2.11.1 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.

### **2.11.2 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 previamente a la internación del paciente, y la EPS Famisanar autoriza los servicios con la estancia. 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](mailto:hemofilia@famisanar.com.co) para verificación de soportes y aval al back office de la cantidad de factor a utilizar.

	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 18/56</b>

En ninguna circunstancia, se generan autorizaciones retroactivas o extemporáneas, teniendo en cuenta el deber del prestador de realizar la oportuna solicitud de las autorizaciones, excepto en casos de contingencia definidos por la EPS.

Antes del cierre del detalle de hospitalización, el paciente deberá 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.

No se emitirá autorización a ningún usuario si su estado de afiliación es suspendido por mora mayor a tres meses, retirado o en estado de traslado entrante, por tanto, se verificará su situación administrativa antes de proceder.

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, 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.

### 2.11.3 Adiciones o Prórrogas en Hospitalización

La IPS que requiera continuidad de la hospitalización de un usuario de la EPS deberá 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

	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 19/56</b>

#### 2.11.4 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 deberá corroborarse con la IPS y con el aplicativo de salud.

El egreso hospitalario podrá estar condicionado por eventos como salida con oxígeno domiciliario, con servicios NO PBS -UPC con extensión hospitalaria domiciliaria, 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.

#### 2.11.5 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 [autorizacioneshospitalarias@Famisanar.com.co](mailto:autorizacioneshospitalarias@Famisanar.com.co)

En el evento de no remitir el anexo 3, deberá 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 procederá a generar las autorizaciones respectivas para los casos pertinentes.

Para los servicios hospitalarios autorizados por paquete que incluyan estancia hospitalaria, si se llega a superar la estancia previamente definida, se debe solicitar autorización enviando la historia clínica con la justificación de la prórroga de esta.

Los hallazgos quirúrgicos serán 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 generarán autorizaciones retroactivas. Los hallazgos serán objeto de evaluación por parte del área de Auditoría Médica.

### 2.12 AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS ELECTIVOS

#### 2.12.1 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.

#### 2.12.2 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 deberá:

- Ser generada por un profesional de la salud adscrito o no a la EPS Famisanar.

	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 20/56</b>

- 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.

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 podrá radicar la solicitud por las herramientas no presenciales como correos electrónicos [autorizacionesambulatorias@famisanar.com.co](mailto:autorizacionesambulatorias@famisanar.com.co) y para servicios PAC [autorizacionespac@famisanar.com.co](mailto:autorizacionespac@famisanar.com.co), APP o 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 servicios PAC [autorizacionespac@famisanar.com.co](mailto:autorizacionespac@famisanar.com.co), servicios del Plan de beneficios en salud con cargo a la UPC Plan de beneficios en salud con cargo a la UPC - Subsidiado [autorizacionesprestador@famisanar.com.co](mailto:autorizacionesprestador@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 deberá especificarlo en la solicitud.


### 2.12.3 Grupos de riesgo

Para los grupos de riesgo intermedio y avanzado y cohortes de alto costo (Oncología adulto y pediátrica, Trasplantes, Enfermedades huérfanas (Enfermedades huérfanas en general y las cohortes específicas de fibrosis quística, esclerosis múltiple, y hemofilia), VIH, Diálisis, Reemplazos articulares, Cirugía Bariátrica, Cirugía Cardiovascular (Hemodinamia, electrofisiología y cirugía cardiovascular), Neurocirugía (procedimientos), SAHOS, Dolor, Hipertensión pulmonar, Hepatitis C, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Nefroprotección, Reumatología y enfermedades del Colágeno) 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.

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.

La EPS cuenta con un back office exclusivo para manejo de los grupos de riesgo Intermedio y avanzado, en donde se gestionan las solicitudes derivadas de los programas de atención para esta población, dando cumplimiento a los tiempos de norma. Se aclara que para solicitudes que requieran mayor prioridad a la definida normativamente, se tienen acuerdos con la IPS para marcación especial de estos casos, permitiendo su identificación, gestión y respuesta el mismo día.

	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 21/56</b>

Para cuidados paliativos domiciliarios además de las opciones descritas, se puede realizar radicación directa por parte de usuario cuyos casos son direccionados al back office de atención domiciliaria, medio a través del cual se gestiona la solicitud internamente con la IPS domiciliaria según orden médica.

### 2.12.4 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 días
- Servicios electivos no prioritarios: cinco días

La EPS generará una autorización de servicios enviada por vía electrónica o por medio físico; 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 generarán 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 diligenciará el formato de "Negación de Servicios" de acuerdo con lo definido en la Circular Externa 008 de 2018 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud y seguir el procedimiento por ella definido.

En cuanto a las solicitudes de cotizaciones de servicios, en ningún caso se podrá trasladar al paciente o a 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.

## 2.13 ATENCIONES ORIGINADAS EN FALLO DE TUTELA Y MEDIDAS PROVISIONALES

### 2.13.1 Lineamientos Generales


Para la prestación del servicio se debe verificar que haya sido previamente notificada EPS Famisanar 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.



	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 22/56</b>

La IPS debe verificar el tipo de documento que presenta el usuario (acción de tutela, l, 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 termino 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.

En el caso de medida provisional en horario no hábil, la IPS lo notificará a EPS Famisanar a través de Familia.nea.

La EPS debe definir en la autorización el cobro o no, de cuotas moderadoras o copagos del servicio, de acuerdo con el alcance de fallo de tutela o de la medida provisional.

La EPS informará al usuario sobre el cubrimiento de los servicios médicos asistenciales, suministros o medicamentos ordenados en el fallo judicial y solicitará su presentación en la oficina de la EPS para la entrega de las autorizaciones correspondientes.

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.

## **2.14 SERVICIOS CICLICOS**

### **2.14.1 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 según lo definido en el Resolución 3047 de 2008.


No habrá lugar a solicitud de servicios cíclicos desde atenciones de urgencias.

La IPS deberá 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 generarán autorizaciones retroactivas o extemporáneas, porque queda claramente establecida la oportuna solicitud de las autorizaciones durante el mes vigente.

Se generarán 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 deberá utilizar la herramienta elegida portal web, Familia.nea o IVR para activar las autorizaciones pre aprobadas.



	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 23/56</b>

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<sup>6</sup>. Estas autorizaciones deberán ser activadas por la IPS a través de la web, Familinea o el IVR.

## 2.15 CONDICIONES ESPECIALES EN LA SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

### 2.15.1 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.

### 2.15.2 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 enero 2012.

EPS Famisanar establece un canal de comunicación para el usuario, (línea amable número 3078069 o en el 018000113264 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, Usuarios dependientes suspendidos con mora mayor a dos meses, Servicios No Cubiertos por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, Usuarios inexistentes en base de datos Famisanar, Usuario en traslado de EPS, Condición de enfermedad catastrófica y/o huérfana en tratamiento activo.

- **Usuarios con incapacidad de pago de cuotas moderadoras y/o copagos:**<sup>7,8</sup> El usuario está en desacuerdo y/o refiere no tener capacidad económica para el pago parcial que deben asumir los cotizantes o beneficiarios, según el caso, por concepto de la prestación de servicios y de acuerdo con lo definido en el Acuerdo 260 de 2004 y aplicar el procedimiento "Análisis socioeconómico" para no generar barreras de acceso en los servicios ambulatorios, en caso de ser servicios hospitalarios la IPS deberá iniciar estudio con trabajo social para determinar la capacidad económica. Si el usuario solicita opciones de pago o pago parcial, de acuerdo con el mecanismo de recaudo pactado con el prestador o directo por la EPS, se puede ofrecer al usuario alternativas para el pago parcial como es el uso de tarjetas débito y crédito, cheques, pagarés, entre otros.

<sup>6</sup>Decreto 2200 de 2005 Capítulo 4 -Compilado en el Decreto 780 de 2016

<sup>7</sup>Artículo 187, Ley 100 de 1993,

<sup>8</sup>Acuerdo 260 de 2004. Artículo 2

	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 24/56</b>

- **Usuarios dependientes suspendidos con mora mayor a dos meses:** Corresponde al usuario cuyo empleador no ha hecho el pago de la cotización, pero el usuario acredita mediante desprendible de nómina, descuento del porcentaje que le corresponde asumir<sup>9</sup>.

Estos usuarios podrán ser atendidos siempre y cuando demuestren y anexas copia del desprendible de nómina en el cual certifican que su empleador hizo el descuento. Si el ingreso se da por urgencias, el caso debe ser reportado a la EPS dentro del tiempo establecido en la Resolución 3047 de 2008, para que a su vez la EPS pueda hacer la gestión correspondiente con el empleador de solicitud de pago y recobro de los servicios.

- **Usuarios inexistentes en base de datos Famisanar:** Se presenta en los siguientes casos:
  - Usuarios Recién Nacidos con madre afiliada a EPS Famisanar, que requiere atención de urgencias o internación y aún no aparece en base de datos para emisión de autorización. La IPS deberá solicitar los servicios por los canales establecidos, informando el nombre completo y número de identificación de la madre, fecha de nacimiento y sexo del recién nacido, y deberá enviar estos datos al correo electrónico [creacionreciennacidospos@famisanar.com.co](mailto:creacionreciennacidospos@famisanar.com.co) junto con el certificado de nacido vivo, para proceder con la creación del usuario.

En ninguna circunstancia la IPS negará la prestación de los servicios a un recién nacido sin importar si aparece registrado o no en la base de datos de la EPS y se realizará la gestión requerida directamente con la entidad responsable de pago identificada tras la verificación de derechos

  - Usuarios Dependientes con afiliación reciente que no aparecen en base de datos para emisión de autorización y donde es necesario una atención de Urgencias. La IPS deberá enviar a Familínea el formulario de afiliación que tendrá que cumplir con los siguientes requisitos: fecha de radicación menor a 30 días, número de radicación suministrado por EPS Famisanar, firma y sello de funcionario de Famisanar que recibió el documento.

- **Usuario en Traslado de EPS:** Los servicios requeridos por estos usuarios serán cubiertos por la EPS anterior hasta que el traslado se haga efectivo con su nueva EPS.
- **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.


## 2.16 ACCIDENTE DE TRANSITO

### 2.16.1 Lineamientos Generales

Toda víctima de accidente de tránsito que ingrese al servicio de urgencias debe ser notificado a la EPS, dentro de las 24 horas siguientes a la atención inicial de urgencias de acuerdo con el artículo 3 de la Resolución 3047 del 2008<sup>10</sup>.

<sup>9</sup>Artículo 11, Decreto 4747 del 2007. Compilado en el decreto 780

<sup>10</sup>Decreto 056 de 2015

	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 25/56</b>

Las pólizas de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) darán cobertura hasta 800 SMLDV.

ADRES será responsable del cubrimiento de 300 SMLMV adicionales a los cubiertos por las pólizas SOAT.

Para accidentes de tránsito ocasionados por vehículos no asegurados por el SOAT o no identificados, las EPS asumirán el riesgo derivado de la prestación de los servicios de salud y transporte al centro asistencial. La prestación de servicios se realizará en la red definida por la EPS. El Ministerio de Salud y Protección Social con apoyo del ADRES definirán el valor de prima y forma de pago a la EPS.

Las coberturas tanto de la póliza SOAT como de ADRES no están limitadas al Plan de Beneficios en Salud y cubre servicios hospitalarios y ambulatorios. Una vez agotados los toques de cobertura de las pólizas SOAT y ADRES, el usuario tendrá derecho a los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC para los casos de usuarios de la EPS Famisanar o a través del Plan Complementario según la cobertura.

En caso de presentarse accidente de tránsito y accidente de trabajo simultáneamente, primero entrará a cubrir la póliza SOAT y al agotar el tope entrará a cubrir la ARL<sup>11</sup>. Los prestadores podrán comenzar a facturar los servicios a la EPS una vez agotados los toques cubiertos por las pólizas SOAT y FISCALUD, previa autorización y bajo las tarifas pactadas si así está definido dentro del acuerdo de voluntades.

Una vez agotados los toques de cobertura por las pólizas SOAT y FISCALUD la IPS deberá solicitar a la EPS, la autorización de los servicios requeridos para la atención, adjuntando el detalle de los servicios prestados al usuario donde se demuestra el agotamiento de los toques de cobertura de las pólizas SOAT y ADRES

## 2.17 ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDAD LABORAL

### 2.17.1 Lineamientos Generales

Para los usuarios que acudan a la prestación del servicio y se defina que es un evento originado por un accidente de trabajo o enfermedad laboral la IPS debe prestar la atención y describir en la historia clínica o epicrisis el origen del evento.


Ingresos por ECAT (Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito): Para el caso de SOAT no se requiere reporte a la Aseguradora. Se procede con la verificación de los toques del SOAT junto con los documentos requisito de ingreso. Se cuenta con tres días para el reporte a la EPS u otra entidad a la cual se encuentra afiliado el usuario con el fin de garantizar la cobertura de los servicios en caso de superar los toques<sup>12</sup> del SOAT. Si se trata de un accidente de tránsito que haya sido ocasionado por actividades laborales, igualmente, se debe realizar la verificación y reporte a la ARL con que cuenta el usuario. Para el caso de eventos catastróficos se requiere reporte a la Alcaldía de la localidad en la que ocurrió el evento con el fin de obtener la certificación de víctima de dicho evento<sup>13</sup>.

<sup>11</sup>Decreto 056 de 2015

<sup>11</sup> Ley 1562 de 2012

<sup>12</sup>De acuerdo con lo definido en el Decreto Nacional 56 de 2015

<sup>13</sup>De acuerdo con lo definido en el Decreto Nacional 56 de 2015

	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 26/56</b>

Ingresos por ARL: Verificación y reporte a la ARL a la cual está afiliado el usuario y así mismo a la EPS o entidad adaptada a la cual también está afiliada.

El trabajador que sufra un accidente de trabajo deberá presentar informe de accidente de trabajo diligenciado por el empleador.

Para los casos de urgencia por ATEL la IPS tratante deberá registrar en la historia clínica claramente el origen.

Para servicios posteriores a la urgencia, el usuario debe dirigirse a su aseguradora ARL para continuidad del tratamiento; en el evento que la aseguradora no cuente con la prestación de servicios de salud, EPS Famisanar procederá a autorizar los servicios con posterior recobro a la ARL correspondiente.

El prestador debe identificar la prestación de servicio como un suceso ocasionado por ATEL.

## **2.18 SERVICIOS NO INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC (NO PBSUPC)**

### **2.18.1 Lineamientos generales definidos por la Ley 1751 o Ley Estatutaria de Salud de 2015 relacionado con los servicios NO PBSUPC**

EPS Famisanar no podrá hacer entrega de servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:


- a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;
- b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;
- c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;
- d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;
- e) Que se encuentren en fase de experimentación;
- f) Que tengan que ser prestados en el exterior.

### **2.18.2 Trámite de las solicitudes NO PBSUPC**

El proceso para el trámite de las solicitudes de servicios y/o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC (NO PBSUPC), en el ámbito de urgencias, hospitalario con internación, hospitalario domiciliario, ambulatorio o para los egresos de los usuarios, se encuentra definido por las resoluciones 1885 de 2018 y 2438 de 2018.

Se describe a continuación las características descritas en la normatividad para el trámite de estos servicios:

Una vez el profesional de la salud tratante requiera de un servicio y/o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC (NO PBSUPC) deberá realizar la prescripción a través del aplicativo MIPRES que se encuentra dispuesto por Minsalud, el cual opera mediante la plataforma tecnológica del Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO, este trámite es de carácter obligatorio.

	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 27/56</b>


Una vez finalice la prescripción vía MIPRES, el sistema le genera un formato de solicitud con número de prescripción. Para todos los efectos, la prescripción efectuada en el aplicativo será equivalente a la orden y/o fórmula médica para reclamar los servicios.

En casos donde corresponda a una urgencia vital; o que esté en riesgo inminente para la vida o salud del paciente; o cuando se trate de las víctimas de la violencia definidos en el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011, el profesional de la salud tendrá la posibilidad de decidir sobre el servicio o la tecnología a utilizar, previa verificación del cumplimiento de los requisitos establecidos en la normatividad legal vigente. En todo caso, el profesional de la salud deberá reportar la prescripción en dicho aplicativo MIPRES.

Los requisitos que deben cumplir los profesionales para la prescripción se encuentran normados igualmente bajo los siguientes preceptos:

1. Que la(s) tecnología(s) en salud no se encuentre(n) financiadas con recursos de la UPC.
2. Que el uso, ejecución, utilización o realización de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC haya sido autorizado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, en el caso de medicamentos, alimentos para propósitos médicos especiales o dispositivos; o las demás entidades u órganos competentes en el país según sea el caso.
3. Que el uso, ejecución, utilización o realización en caso de procedimientos en salud no financiados con recursos de la UPC se encuentre codificado y denominado en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS).
4. Que se hayan agotado o descartado las posibilidades tecnológicas, científicas y técnicas, para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, de las tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC y no se haya obtenido resultado clínico o paraclínico satisfactorio en el término previsto de sus indicaciones, o se hayan previsto u observado reacciones adversas o intolerancia por el paciente, o existan indicaciones o contraindicaciones expresas, de todo lo cual, deberá dejarse constancia en la historia clínica y en la herramienta tecnológica.
5. Que la decisión de prescribir una tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC sea consecuente con la evidencia científica disponible, el diagnóstico y lo autorizado en el registro sanitario o la autoridad competente, según sea el caso.
6. Que se consigne de forma expresa en la historia clínica del paciente y en la herramienta tecnológica, sin que ello implique realizar registros dobles de la información, el cumplimiento de los criterios a que se refiere el artículo siguiente de esta resolución, para la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC.
7. Que el estado de salud del paciente sea coherente con la solicitud de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios a prescribir y que la misma cumpla un fin de prevención, recuperación, tratamiento, rehabilitación de la enfermedad o el mantenimiento de la salud o la capacidad vital o funcional de las personas.
8. En el evento de prescribir medicamentos vitales no disponibles que no se encuentran incluidos en el listado definido por Invima según el Decreto 481 de 2004 o la norma que lo modifique, adicione o



	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 28/56</b>

sustituya, se deberá realizar la prescripción en el formato de fórmula médica de la institución o personal, teniendo en cuenta lo definido por el Decreto Único 780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya, el cual servirá para realizar el trámite de importación ante el Invima. Una vez dicho Instituto autorice su importación, la EPS ingresará la información a la herramienta tecnológica dispuesta. En todo caso, el ingreso de la información a la plataforma web no es condicionamiento para efectuar el suministro al usuario.

9. Para los casos de servicios y tecnologías excluidas de la financiación de recursos públicos asignados a la salud o de medicamentos que no cumplan con la indicación INVIMA o las indicaciones UNIRS; la IPS prescriptora o el profesional a cargo del paciente, deberá evaluar los mecanismos o alternativas disponibles para brindar el tratamiento en salud que el paciente requiera.

### **2.18.3 Envío de respuestas de los servicios NO PBSUPC**

EPS Famisanar tiene diseñado un modelo para que una vez se realice el direccionamiento se notifique al usuario mediante mensaje de texto al celular o por correo electrónico del lugar o proveedor que prestará el servicio, esto dentro de, los tiempos definidos así:


- a. Solicitudes de tipo ambulatorio; dentro de los cinco (5) días calendario siguientes a partir de la fecha de la prescripción del profesional de la salud. Si se trata de una solicitud ambulatoria priorizada, se notificará dentro de las 24 horas siguientes a su prescripción.
- b. Solicitudes de atención con internación y atención de urgencias; Una vez el proveedor dispense de acuerdo con los criterios técnicos - normativos y una vez confirme el ID de reporte efectivo de prestación o dispensación, la EPS dentro de las 24 horas siguientes entrará a validar y reportar el direccionamiento a la IPS para el proceso de legalización de cuentas
- c. Para los casos de medicamentos, procedimientos o insumos que requieran trámites específicos, como importación, preparaciones especiales o programación de procedimientos se realizará de acuerdo con la oportunidad de las IPS y proveedores de los servicios.

Para los casos donde es necesario tener el concepto de la Junta de Profesionales, los tiempos definidos anteriormente comienzan a correr a partir del momento que se conozca la decisión emitida por la Junta de Profesionales de la IPS.

### **2.18.4 Facturación con servicios NO PBSUPC**

Para todas las cuentas donde facturen Servicios NO PBSUPC se debe anexar o registrar en la factura el respectivo número de direccionamiento otorgado por la EPS y/o el número de prescripción generado por el aplicativo MIPRES y consecutivo del servicio para cada uno de los servicios NO PBSUPC facturados (verificar que las cantidades facturadas sean iguales o menores a las cantidades solicitadas en la respectiva prescripción realizada por el profesional tratante, si son mayores será causal de glosa por el excedente).

En todo caso el prescriptor validará el tipo de servicio NO PBS y para aquellos definidos en la norma como complementarios o medicamentos de listados UNIRS que requieren junta de profesionales, la IPS anexará la respectiva acta de la junta de profesionales cumpliendo los requisitos de ley como condicionante para el procesamiento de la cuenta médica y en el caso particular de medicamentos de listados UNIRS adicionará igualmente el respectivo consentimiento informado que firma el paciente para la prestación de esos servicios .

	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 29/56</b>

Dada la normatividad vigente, es necesario que adicionalmente el prestador de los servicios asegure el respectivo reporte de prestación efectiva ante la plataforma MIPRES como lo establecen los anexos técnicos publicados por esa entidad <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Mipres.aspx> (Módulo Dispensador – Proveedor) obteniendo y reportando el respectivo ID según el ámbito de atención, para que la EPS pueda consumir la información electrónica del Ministerio, lo cual permite realizar la asociación para la activación del direccionamiento y lograr completar el proceso de cuentas medicas cuando la factura sea radicada en la EPS.

## 2.19 GESTIÓN DE SERVICIOS DOMICILIARIOS

### 2.19.1 Lineamientos generales

La prestación de servicios domiciliarios aplica únicamente para afiliados activos a la EPS Famisanar y no contempla la prestación de servicios a particulares.

La prestación de los servicios debe realizarse a través de las IPS domiciliarias contratadas por EPS Famisanar SAS.

En caso de que no se cuente con red contratada, se debe realizar el procedimiento definido para IPS no adscrita con el respectivo aval.

Los servicios domiciliarios se prestan dentro del área de cobertura establecido por las IPS domiciliarias de acuerdo con acceso y zona de alto impacto social por parámetros de seguridad del personal asistencial y sus equipos.

El usuario y/o familia son responsables de proveer un acompañante idóneo permanente, que pueda asumir las funciones de cuidador activo en el domicilio.

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 3078069 para respectiva gestión interna.

Las regionales son las encargadas de definir el direccionamiento para la entrega de medicamentos que se requieren, de acuerdo con la red (Farmacias o IPS hospitalarias) y/o convenios definidos directamente con las IPS domiciliarias de la red de EPS Famisanar.


Las autorizaciones de los servicios domiciliarios no tienen cobro de copago y/o cuota moderadora. Para pacientes crónicos que egresen y tengan servicios domiciliarios previos a la hospitalización, se hace el cobro respectivo de copago y/o cuota moderadora según corresponda.

La prestación de servicios en el domicilio para el paciente crónico se contempla únicamente en el lugar de domicilio permanente del paciente y no hace parte del acompañamiento personal en un ámbito diferente.

Toda atención domiciliaria debe ser registrada en la historia clínica acorde a la normatividad vigente.

Para la prestación de los servicios se debe diligenciar completamente y firmar el consentimiento informado acorde a la normatividad vigente.



	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 30/56</b>

Las IPS domiciliarias son las encargadas de realizar la verificación de criterios de ingreso y permanencia en el procedimiento.

Los servicios domiciliarios no se prestan para beneficiar al cliente interno o un familiar de este, si el paciente no cumple criterios de inclusión y los servicios solicitados no son pertinentes no se autorizan.

Si la familia o el paciente no siguen las indicaciones médicas y los requisitos informados (consentimiento informado), este hecho debe registrarse en la historia clínica y debe ser reportado en documento formal a la EPS.

La familia o responsable del paciente debe tramitar ante los puntos autorizadores las órdenes médicas generadas en la consulta domiciliaria que no corresponden a servicios domiciliarios. Ej: Medicamentos orales del Plan de beneficios en salud con cargo a la UPC y prescripciones no incluidas en plan de beneficios de salud con cargo a la UPC, consultas especializadas, etc.

## **GESTIÓN DE SERVICIOS DOMICILIARIOS PARA EL EGRESO HOSPITALARIO O DESDE EL DOMICILIO**

### **2.19.2 Alcance**

Inicia con la identificación de pacientes con criterios de inclusión, la solicitud de servicios domiciliario por parte del médico tratante y termina con la atención del paciente en su domicilio.

### **2.19.3 Lineamientos Generales**


Los servicios de extensión hospitalaria deben ser solicitados por los médicos asistenciales por el médico tratante (servicios de urgencias, hospitalización, consulta externa y/o en el domicilio) de acuerdo con su criterio y las necesidades en salud del paciente sin tener en cuenta fines sociales.

Los servicios de extensión hospitalaria no se prestan para beneficiar al cliente interno o un familiar de este, si el paciente no cumple criterios de inclusión y los servicios solicitados no son pertinentes, no se autoriza.

Con algunas IPS domiciliarias se tiene el modelo de búsqueda activa, que consiste en captar y egresar tempranamente pacientes que cumplen criterios clínicos y administrativos para continuar su manejo médico en el domicilio.

En caso de que el paciente hospitalizado en el domicilio requiera trasladarse para re-hospitalización, la IPS domiciliaria debe tramitar ante Familínea el servicio de ambulancia para traslado a la misma IPS hospitalaria donde se dio el egreso.

La familia o responsable del paciente debe tramitar ante los puntos autorizadores o a través de las rutas definidas para tal fin, las órdenes médicas generadas en la consulta domiciliaria que no corresponden a servicios domiciliarios. Ej.: Medicamentos orales del Plan de beneficios en salud con cargo a la UPC y prescripciones no incluidas en plan de beneficios de salud con cargo a la UPC, consultas especializadas, etc.

	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 31/56</b>

El plan de manejo para pacientes agudos tiene una duración limitada, es decir, debe tener una fecha definida de ingreso y de egreso, para el cual se genera una sola autorización por el tiempo definido del manejo.

El médico de la IPS domiciliaria definida para el manejo, es el responsable de las intervenciones y servicios brindados durante el manejo de un paciente en extensión hospitalaria.

El egreso hospitalario con atención domiciliaria siempre debe contar con el aval de pertinencia dado por el equipo administrativo de la sede principal, para la generación de las autorizaciones respectivas y gestión de los servicios adicionales que requiere el paciente, excepto los pacientes captados por búsqueda activa.

Los usuarios de consulta externa con ordenamientos de hospitalización domiciliaria, debe radicar orden médica y resumen de historia clínica por los canales establecidos por EPS Famisanar para solicitud de servicios.

La IPS domiciliaria prestadora debe contar con un sistema de disponibilidad telefónica 24 horas para que el paciente con servicios domiciliarios pueda comunicarse para recibir orientación sobre la presencia de signos y síntomas de alarma previamente definidos e informados.

Famisanar a través de las IPS domiciliarias contratadas, debe asegurar el traslado del paciente y la consecución de insumos, suministros, medicamentos y equipos médicos requeridos para la hospitalización.


El paciente y/o la familia deben diligenciar completamente y firmar el consentimiento informado.

La IPS hospitalaria debe realizar solicitud de servicios de extensión hospitalaria mediante presentación de paciente con los siguientes datos en el formato establecido

- Nombre completo del paciente
- Numero de documento
- Edad
- Diagnostico
- IPS hospitalaria (servicio, habitación)
- Plan de manejo (tipo de servicio, frecuencia, cantidad, tiempo)
- Ciudad de residencia
- Dirección
- Barrio
- Teléfonos
- Nombre del cuidador

Se debe anexar la última evolución médica con el plan de manejo instaurado para el domicilio, junto con los soportes para los demás que apliquen (Mipres, Oxigenoterapia, ambulancias, etc.)

Las IPS domiciliarias deben realizar valoración intrahospitalaria por médico general o enfermera jefe antes del egreso en la IPS hospitalaria en donde se encuentre el paciente, con el objetivo de verificar estado de salud, cumplimiento de criterios de inclusión, firma de consentimiento informado y plan de manejo. Para la programación de dicha valoración el área de gestión de servicios domiciliarios remitirá vía email la solicitud a la IPS domiciliaria.

	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 32/56</b>

No es factible que se dé el egreso de un paciente sin valoración clínica presencial, esto con el fin de verificar estado del paciente. Como todo acto médico no se debe realizar valoración solo con historia por los riesgos y complicaciones que esto puede conllevar.

Una vez remitido el correo, la IPS domiciliaria deberá dar respuesta a la solicitud al correo [ehospitalaria2019@famisanar.com.co](mailto:ehospitalaria2019@famisanar.com.co) sobre la aceptación de la valoración del paciente en la IPS hospitalaria, antes de tres horas, informando fecha y hora aproximada de la realización de la valoración. Recibida la confirmación y si los tiempos de respuesta son oportuno se procede a dar aval de dicha valoración vía e mail. Así entonces, la IPS domiciliaria deberá coordinar la valoración antes de completar las 6 horas contadas a partir de la presentación inicial por parte de Famisanar y deberá remitir la respuesta de aceptación al correo de [ehospitalaria2019@famisanar.com.co](mailto:ehospitalaria2019@famisanar.com.co) para iniciar el proceso de egreso si cumple criterios.

Para la generación de las autorizaciones se realizará un corte con fecha del último día de cada mes. Para esto las IPS domiciliarias deben reportar los servicios efectivamente prestados en el mes con el plan de manejo finalizado; para los que no se logra culminación del plan de tratamiento en el mes del inicio de este será autorizado en el mes subsiguiente a la prestación

Para los pacientes con tratamientos superiores a 30 días, se deben realizar dos cortes: el último día del mes de prestación y al finalizar el plan.

La IPS domiciliaria prestadora debe asegurar la valoración médica prioritaria al paciente hospitalizado en el domicilio en el que se identifique evolución tórpida, impactando en la hospitalización, para lo cual debe solicitar la autorización adicional de este servicio. La oportunidad definida para esta valoración prioritaria es de máximo 12 horas.


En todos los casos en los que el médico de la IPS domiciliaria identifique la necesidad de prestación de servicios adicionales a los definidos por el médico tratante al ingreso de la hospitalización domiciliaria, la IPS domiciliaria, deberá remitir la descripción de los servicios adicionales con el reporte de la valoración médica en donde se justifique la solicitud, al correo [ehospitalaria@famisanar.com.co](mailto:ehospitalaria@famisanar.com.co), y así mismo se generará la autorización adicional.

En la valoración de egreso realizada por el médico de la IPS domiciliaria, se debe definir el egreso definitivo, continuidad del manejo domiciliario, direccionamiento y/o continuidad de la atención con servicios por consulta externa. La valoración médica debe tener la descripción técnico-clínica requerida por EPS Famisanar para definir el ámbito de atención pertinente. La historia clínica del egreso debe ser enviada al correo [ehospitalaria2019@famisanar.com.co](mailto:ehospitalaria2019@famisanar.com.co) para dar cierre al caso. En los casos donde se requiere continuidad de servicios, los jefes de egreso hospitalario se encargan de direccionar al procedimiento que corresponda para gestionar los servicios domiciliarios y así generar las autorizaciones respectivas.

### **2.19.3.1 Entrega de medicamentos intravenosos para el paciente con egreso hospitalario con atención domiciliaria.**

Toda vez que los enfermeros de gestión de egreso hospitalario coordinen el ingreso de un paciente, para administración de medicamentos y estos no sean entregados por la IPS domiciliaria, deberán realizar el trámite correspondiente para el aseguramiento oportuno de los mismos, con el proveedor definido de acuerdo con la red contratada por la EPS.

La IPS hospitalaria deberá remitir al correo [ehospitalaria2019@famisanar.com.co](mailto:ehospitalaria2019@famisanar.com.co) la orden del medicamento objeto de ingreso a hospitalización domiciliaria, indicando puntualmente las dosis restantes

	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 33/56</b>

del tratamiento, a partir de la fecha de egreso programada del paciente y deberá entregar la original al familiar o cuidador del paciente.

En los casos en los que el medicamento no esté incluido en el plan de beneficios de salud, la IPS hospitalaria deberá realizar el trámite respectivo de MIPRES, y enviar el soporte a los profesionales de gestión de egreso hospitalario quienes realizarán el seguimiento y verificación de la solicitud correspondiente. Cuando se requiera para su análisis aclaraciones específicas o documentos adicionales, es responsabilidad de los profesionales de gestión de egreso hospitalario gestionar la solicitud de la información con el auditor institucional o la IPS hospitalaria.

Una vez la IPS hospitalaria remita la orden del medicamento, los enfermeros de gestión de egreso hospitalario realizarán el pedido de los medicamentos y/o insumos objeto de la hospitalización domiciliaria, en todos los casos el correo debe contener la siguiente información:

- Nombre completo del paciente
- Número de documento
- Número de autorización
- Orden médica y/o MIPRES
- Datos de contacto, dirección, teléfono, barrio y nombre del cuidador primario.

Conforme a las dos políticas anteriores, se entiende entonces que solo deberá quedar en estado de autorización activa los servicios realmente prestados al paciente en tipo y cantidad.

En todos los casos en los que el médico de la IPS domiciliaria identifique la necesidad de prestación de servicios adicionales a los definidos por el médico tratante al ingreso de la hospitalización domiciliaria, la IPS domiciliaria, deberá remitir la descripción de los servicios adicionales con el reporte de la valoración médica en donde se justifique la solicitud, al email [ehospitalaria2019@famisanar.com.co](mailto:ehospitalaria2019@famisanar.com.co). El área de gestión de servicios domiciliarios no genera ningún servicio adicional sin previo análisis.


### **2.19.3.2 Entrega de Oxígeno domiciliario y clínica de heridas**

Cuando el usuario de extensión hospitalaria requiera manejo con oxígeno domiciliario, la solicitud debe ir incluida en el plan de manejo por la ruta anteriormente mencionada; los profesionales de egreso hospitalario remiten la orden de solicitud de oxigenoterapia de alto flujo o clínica de heridas a los correos [oxigenoterapia@famisanar.com.co](mailto:oxigenoterapia@famisanar.com.co) y [clinicadeheridas@famisanar.com.co](mailto:clinicadeheridas@famisanar.com.co) respectivamente, quienes realizarán el trámite correspondiente e informarán oportunamente la gestión a los profesionales de egreso hospitalario.

## **2.19.4 GESTIÓN DE SERVICIOS DOMICILIARIOS PARA EL PACIENTE CRÓNICO**

### **2.19.4.1 Alcance**

Inicia con la verificación de los criterios de inclusión del paciente, la solicitud del servicio domiciliario por parte del médico tratante y termina con la atención del paciente en su domicilio, y seguimiento al proceso de atención.

	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 34/56</b>

#### 2.19.4.2 Lineamientos Generales

Aplica para pacientes con patología crónica estable, con limitación física y funcional severa. Escala de Barthel menor de 35/100 (dependencia funcional severa), Cruz roja física igual o superior a 4 y Norton menor de 12. A diferencia de la hospitalización domiciliaria, la ausencia de este recurso no obliga a que el paciente permanezca internado en una IPS hospitalaria. Se trata de servicios ambulatorios que, de no ser prestados en el domicilio, el paciente deberá dirigirse a las IPS contratadas de la EPS Famisanar SAS para su prestación convencional.

Algunos casos no cuentan con criterios clínicos y pertenecen a este grupo, por ejemplo, los ordenamientos de tutelas que obligan prestar servicios domiciliarios y casos de fibrosis quística.

Las prestaciones de los servicios son solicitadas acorde a criterio médico y las necesidades de salud del paciente, la familia debe estar informada acerca del tipo de atención por parte de la IPS domiciliaria y debe ser aceptada voluntariamente.

La IPS domiciliarias prestadora debe disponer de personal médico para realizar valoraciones médicas prioritarias en caso de signos y síntomas de agudización de la patología base, con oportunidad no superior a 12 h. Si esta valoración no se puede coordinar el Paciente deberá acudir al servicio de urgencias.

La familia o responsable del paciente debe tramitar ante los puntos autorizadores las órdenes médicas generadas en la consulta domiciliaria que no corresponden a servicios domiciliarios. Ej: Medicamentos orales del Plan de beneficios en salud con cargo a la UPC y prescripciones no incluidas en plan de beneficios de salud con cargo a la UPC, consultas especializadas, etc.


El plan de manejo es evaluado y ajustado de acuerdo con criterio médico y a través de la valoración médica periódica programada.

El médico tratante del paciente crónico con servicios ambulatorios en el domicilio es el médico asignado por la IPS domiciliaria.

En caso de prescripciones no incluidas en plan de beneficios de salud, el médico tratante en urgencias, consulta externa o en la IPS hospitalaria debe diligenciar la fórmula médica, y realizar el trámite de MIPRES y demás documentos establecidos de acuerdo con la norma y a lineamientos de la EPS Famisanar SAS. Si el paciente se encuentra en el domicilio estos formatos serán diligenciados por el Médico de la IPS Domiciliaria.

Los servicios domiciliarios no incluyen atención de urgencias, debido a que estos son programados. Dado lo anterior, toda vez que un paciente requiera atención por una agudización, puede solicitar la valoración médica prioritaria al call center (031) 4871414, la cual previa validación por los jefes de gestión de pacientes crónicos se gestiona con la IPS domiciliaria asignada y/o la IPS que, de la disponibilidad para su realización, esto aplica en horario hábil. En los casos donde no se cuente con la disponibilidad y/o la sintomatología del usuario lo requiera, debe remitirse a la red de urgencias de EPS Famisanar, con el propósito de prestarle el servicio de manera oportuna.

El usuario es ingresado a la base con el plan de manejo definido y este a su vez se remite a la IPS domiciliaria. Si su puerta de entrada es transitorio se continúa con la misma IPS excepto si no tiene contratado modalidad de paquete, para los casos nuevos y jurídicos se presenta a las IPS domiciliarias para aceptación. Si para algún caso jurídico la tutela es taxativa para el direccionamiento se manejará con la IPS que ordena el juez.

	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 35/56</b>

La IPS domiciliaria coordina y realiza la valoración en los tiempos establecidos y define los servicios que requiere el paciente, así como el ámbito de atención, la cual debe contener en todos los casos, escala Barthel, Cruz roja y Norton.

Con la valoración médica domiciliaria se definen los servicios que requiere el paciente para el mes siguiente y durante el tiempo correspondiente, de acuerdo con la temporalidad definida de la valoración médica (mensual, bimestral, trimestral o semestral).

Cada IPS realiza la actualización de los planes de manejo en la base definida, la cual cuenta con el instructivo para su correcto y completo diligenciamiento, la cual debe remitirse el quinto día hábil antes de que finalice el mes al correo [crónicosdomiciliarios@famisanar.com.co](mailto:crónicosdomiciliarios@famisanar.com.co), anexando las historias clínicas correspondientes.

Las autorizaciones de las valoraciones médicas que la IPS no reporte serán anuladas.

Cada vez que el plan de manejo con el cual fue presentado el paciente y autorizado por el área de gestión de servicios domiciliarios, no se realicen en su totalidad por fallecimiento, nueva hospitalización, no aceptación del paciente entre otros, la IPS deberá solicitar los ajustes correspondientes en el tiempo establecido por el procedimiento al correo [crónicosdomiciliarios@famisanar.com.co](mailto:crónicosdomiciliarios@famisanar.com.co).

La EPS genera las autorizaciones masivas los primeros 5 días hábiles de cada mes incluyendo las novedades reportadas por la IPS y envía en archivo consolidado las autorizaciones, de acuerdo con los planes de manejo reportados para el mes vigente, esto aplica para modalidad de evento.

Para los pacientes en modalidad de paquete, la IPS domiciliario cuenta con 1.5 días hábiles para reportar a la EPS lo efectivamente prestado en el mes inmediatamente anterior, la EPS garantizará las autorizaciones con previa revisión y definición de estas en los mismos términos anteriores.

Para los casos de hospitalización el área de auditoria medica deberá enviar diariamente los reportes de hospitalización para realizar la respectiva verificación.

En ningún caso la EPS remplazará las autorizaciones anuladas de manera retroactiva si la IPS no hizo la confirmación de manera oportuna (en el mes en curso).

Conforme a las políticas anteriores, se entiende entonces que solo deberá quedar en estado de autorización activa los servicios realmente prestados al paciente en tipo y cantidad.


El área de gestión de servicios domiciliarios no generará autorizaciones retroactivas, entendiéndose por retroactiva toda aquella solicitud que no sea realizada durante el mes vigente de la prestación de los servicios, excepto los usuarios en modalidad de paquete.

La IPS domiciliaria no debe realizar transcripción de ninguna orden generada por médicos en consulta ambulatoria, sean o no especialistas; para dichos casos las ordenes deben ser radicadas en un punto de EPS Famisanar para la gestión correspondiente.

### **2.19.5 TRASLADO EN AMBULANCIA DE DOMICILIO A IPS**

El traslado en ambulancia, del domicilio a IPS es del Plan de beneficios en salud con cargo a la UPC únicamente cuando el paciente se encuentra en hospitalización domiciliaria.



	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 36/56</b>

El usuario que recibe servicios domiciliarios, pero no se encuentra en condición de hospitalización no tiene cobertura de traslado en ambulancia dentro del Plan de beneficios en salud con cargo a la UPC.

En caso en que medie una orden judicial amparada en una acción de tutela para la cobertura de traslado en ambulancia ésta debe ser autorizada de acuerdo con orden médica. La condición anterior no excluye el que toda prestación amparada en una acción de tutela deba ser analizada desde el punto de vista de pertinencia médica y si se concluye que no es pertinente, debe ser reportada al abogado asignado a la tutela por parte del profesional responsable del análisis de caso.

## **GESTION DE SERVICIOS TRANSITORIOS EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE**

### **Alcance**

Inicia con una solicitud del usuario o una orden médica, continua con la prestación del servicio prescrito, la caracterización de la incapacidad física y termina con la definición del ámbito en el que se debe continuar la prestación de los servicios en salud ya sea domiciliario o IPS primaria.

### **Lineamientos Generales**

El manejo para los pacientes con servicios transitorios en el domicilio tiene una duración limitada hasta máximo 6 meses continuos, es decir, se egresa de los servicios domiciliarios al terminar la prestación de las ordenes inicialmente prescritas, si posterior a estas no cumple con los criterios de inclusión a crónicos.

La prestación de servicios transitorios en el domicilio no incluye atención de urgencias, debido a que estos son programados. Dado lo anterior, toda vez que el paciente lo requiera deberá acudir a la red de urgencias de EPS Famisanar, con el propósito de prestarle el servicio pertinente de manera oportuna.

Siempre que un usuario solicite por cualquier vía (PAI, Familiares etc.) servicios domiciliarios para ingreso al programa debe mediar orden médica y resumen de historia para verificación de criterios administrativos.


Si la familia o el paciente no siguen las indicaciones médicas y los requisitos informados (consentimiento informado), este hecho debe registrarse en la historia clínica y debe ser reportado en documento formal a la EPS.

El ingreso al procedimiento de servicios ambulatorios transitorios en el domicilio se da por radicación de ordenes en línea de frente, por vía correo a [transitoriosdomiciliarios@famisanar.com.co](mailto:transitoriosdomiciliarios@famisanar.com.co) y por área jurídica. Estas ordenes médicas deben estar vigentes con los datos de contacto (Nombre del paciente, dirección, barrio, ciudad y teléfonos actualizados).

A partir de la fecha de recepción de la solicitud, el área de Gestión de Servicios Domiciliarios tiene cinco días hábiles para generar la autorización de servicio y coordinar la prestación de este con la IPS domiciliaria.

Las IPS domiciliarias debe enviar semanalmente los planes de manejo derivados de las valoraciones médicas asignadas por primera vez y su respectivo soporte de valoración médica.

En todos los casos en los que el médico de la IPS domiciliaria identifique la necesidad de prestación de servicios adicionales a los avalados y autorizados la IPS deberá remitir la descripción de los servicios

	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 37/56</b>

adicionales con el reporte de la valoración médica en donde se justifique la solicitud, al correo [transitoriosdomiciliarios@famisanar.com.co](mailto:transitoriosdomiciliarios@famisanar.com.co)

El área de gestión de servicios domiciliarios no generará autorizaciones retroactivas, entendiéndose por retroactiva toda aquella solicitud que no sea realizada durante el mes vigente de la prestación de los servicios.

El usuario es ingresado a la base con el plan de manejo definido y este a su vez se remite a la IPS domiciliaria

La IPS domiciliaria coordina y realiza la valoración en los tiempos establecidos y define los servicios que requiere el paciente, así como el ámbito de atención, la cual debe contener en todos los casos, escala Barthel, Cruz roja y Norton.

Con la valoración médica domiciliaria se definen los servicios que requiere el paciente para el mes siguiente y durante el tiempo correspondiente.

Cada IPS realiza la actualización de los planes de manejo en la base definida, la cual cuenta con el instructivo para su correcto y completo diligenciamiento, la cual debe remitirse el quinto día hábil antes de que finalice el mes al correo [transitoriosdomiciliarios@famisanar.com.co](mailto:transitoriosdomiciliarios@famisanar.com.co) anexando las historias clínicas correspondientes.

Cada vez que el plan de manejo con el cual fue presentado el paciente y autorizado por el área de gestión de servicios domiciliarios, no se realicen en su totalidad por fallecimiento, nueva hospitalización, no aceptación del paciente entre otros, la IPS deberá solicitar los ajustes correspondientes en el tiempo establecido por el procedimiento al correo [transitoriosdomiciliarios@famisanar.com.co](mailto:transitoriosdomiciliarios@famisanar.com.co)

La EPS genera las autorizaciones masivas los primeros 5 días hábiles de cada mes incluyendo las novedades reportadas por la IPS y envía en archivo consolidado las autorizaciones, de acuerdo con los planes de manejo reportados para el mes vigente.


Las ordenes medicas no son acumulables, un nuevo ordenamiento o cambio en el plan de manejo tiene prioridad y por tanto se gestiona el último plan.

La IPS domiciliaria no realizará transcripción de ninguna orden generada por médicos en consulta ambulatoria, sean o no especialistas, para los casos en los que las ordenes sean de servicios domiciliarios, el paciente y/o cuidador deberá radicar las órdenes para la respectiva valoración.

## 2.20 REFERENCIA DE USUARIOS

### 2.20.1 Alcance

Aplica al usuario ubicado en el servicio de Urgencias o de Hospitalización, el cual requiere ser trasladado a una IPS de diferente nivel de complejidad para el manejo de su patología, el que requiere de una tecnología o una especialidad médica con la que no se dispone (traslado redondo) o porque no se cuenta con contrato vigente con la IPS donde se encuentra. Inicia con la solicitud del médico tratante de la IPS remitente y finaliza con la ubicación del paciente en la IPS remitida o con la realización de la ayuda diagnóstica o terapéutica requerida y regreso a IPS de origen.

	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 38/56</b>

## 2.20.2 Lineamientos Generales

La EPS cuenta con tres canales para las solicitudes de referencia, las cuales están disponibles 24 horas al día, 365 días al año. Estos canales son:

- Correo referencia2019@famisanar.com.co
- Familiar: Teléfono Bogotá 3078089 Nacional 018000 113264 / 018000 916662
- Fax: 5529202, 3078089 opción 3

Según la prioridad del caso EPS Famisanar tiene definidas la siguiente promesa de servicio:

- Vital: menor a 1 hora
- Prioritaria: menor a 4 horas
- Normal: menor a 8 horas

El proceso de referencia da prioridad a las remisiones para poblaciones especiales como gestantes y usuarios menores de edad.


Conforme a lo establecido en el numeral 1.1.3 del literal 1 del Manual de habilitación de redes integrales de prestadores de servicios de salud, la EPS Famisanar cuenta con un área de Red de Servicios debidamente distribuida a nivel nacional para atender los procesos de referencia y contrarreferencia en las zonas en las que se encuentran debidamente habilitadas para operar, a fin de garantizar la atención integral en salud, oportunidad y continuidad, conforme lo ordena la Resolución 1441 de 2016 y la Ley 1751 de 2015. Así mismo, el proceso de Gestión de Contratación de Red de Servicios de Salud que ejecuta la EPS, garantiza la revisión y evaluación de los prestadores a contratar y contratados, mediante la implementación de seguimiento y relacionamiento administrativo contractual, además se cuenta con una metodología estandarizada que facilita la verificación y evaluación en forma sistémica y sistemática de problemas de calidad o riesgos objeto de intervención en las IPS priorizadas de la red de prestadores.

EPS Famisanar cuenta dentro de su red con múltiples prestadores de servicios de traslado en ambulancia terrestre y aérea, para suplir la población en donde tiene presencia, contratados según la normatividad vigente, también tiene habilitada la opción de generar autorizaciones de traslados con todas las E.S.E del país, lo que permite aumentar la presencia para asegurar el traslado efectivo de los asegurados según su georreferenciación.

En las zonas de difícil acceso de acuerdo con el nivel de complejidad y distancia entre las IPS, para el traslado se debe autorizar la ambulancia de la institución remitente, en caso de que la IPS remitente no cuente con el servicio de ambulancia, se coordina con la ambulancia de una IPS aledaña o se desplaza desde el centro urbano más cercano.

Todo paciente que inicie proceso de referencia y contrarreferencia deberá ser comentado con la red de prestadores georreferenciada adscrita a EPS Famisanar, luego en la red adscrita NO georreferenciada. Si es aceptado en alguna IPS fuera de la georreferenciación, se validará con el médico de turno el caso para aprobación de traslado. En caso de haber agotada la red adscrita, se comentará con red privada no adscrita y red pública; en caso de no ubicación del paciente en la red mencionada se deberá notificar por parte de Familiar de la EPS al Centro Regulador de Urgencias de la Secretaría de Salud correspondiente para los casos complejos (Urgentes), con el fin de ser informados por parte del CRUE las Instituciones Prestadoras de Servicios de la red pública que cuentan con el servicio requerido por el paciente.

En caso de solicitud de Necropsia Clínica por parte de la IPS remitente, Familiar debe realizar el trámite de remisión con el fin de ubicar la IPS receptora del cadáver para su estudio correspondiente, pero la

	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 39/56</b>

movilización de este, estará a cargo de la familia a través de un carro fúnebre, teniendo en cuenta que la resolución 5857 de 2018 que establece en el artículo 122 que el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC no financia el transporte o traslado de cadáveres, como tampoco servicios funerarios. En caso de necropsias medico legales, la IPS debe realizar el trámite según normatividad legal vigente.

### Políticas operacionales IPS ambulancias

En cualquier tipo de traslado en ambulancia terrestre cuando se tenga un paciente abordo, durante todo el tiempo del traslado, por lo menos un tripulante debe permanecer con el paciente en el cubículo dedicado a la atención del mismo, con el fin de que pueda asumir las acciones necesarias para prestarle una asistencia adecuada de estabilización o mantenimiento y a su vez pueda recopilar la información adicional para la historia clínica prehospitalaria o bitácora del traslado, registrar los signos vitales, y transmitir los datos sobre la evolución del paciente.

Durante el transporte en ambulancia el paciente debe estar acompañado de una persona responsable, quien debe cumplir con los derechos civiles para la toma de decisiones a que haya lugar, sin que esta sea obligatoria cuando la condición de salud del paciente amenace su vida y se obligue a un traslado inmediato. Se podrá transportar en calidad de acompañante como máximo a una persona, que debe ir en el asiento delantero derecho para facilitar la labor de la tripulación.

Si durante un traslado se presenta un inconveniente técnico del automotor, accidente o emergencia, el vehículo debe informar a la central de radio para solicitar apoyo externo, sin desviar la atención del paciente que se lleva inicialmente. La central de radio deberá notificar a referencia para definir el envío de otro móvil o dar aviso a la IPS remitente o receptora sobre la demora presentada.

Para los traslados que requieran ser realizados en ambulancia aérea, este se realiza con la red de prestadores vigente y se debe efectuar en aeronaves ambulancias, especialmente equipadas y autorizadas para este tipo de servicio. Se debe contar con la autorización del médico tratante, informar al paciente y/o familiares de los riesgos del traslado por vía aérea.


La ambulancia asumirá la responsabilidad del paciente durante su traslado como IPS ambulatoria de acuerdo con la normatividad legal vigente.

La IPS de ambulancia debe entregar al paciente en la IPS receptora, con el formato de referencia del prestador de referencia y la evolución de paciente durante dicho traslado.

Será obligación de los servicios de ambulancia diligenciar el récord del servicio prestado durante el traslado de acuerdo con la resolución 9279 de 1993.

Si durante el trámite de ubicación, la familia y/o el paciente decide trasladarlo por su propia iniciativa a otro centro asistencial, la copia de la hoja de remisión o la historia clínica debe ser firmada por el paciente o su responsable, como salida voluntaria y ser registrado como tal junto con los riesgos a que se expone el paciente. En estos casos, Familinea debe dar por cerrado el caso.

Cuando el usuario o sus familiares no acepten la IPS receptora en donde fue aceptado el paciente, Familinea debe dejar constancia en los registros pertinentes y el médico debe informar al paciente y a sus familiares las consecuencias de esa decisión quienes deberán manifestar por escrito la comprensión de lo explicado. Familinea debe dar por cerrado el caso.

	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 40/56</b>

## Políticas operacionales IPS remisoras

La IPS remitente debe hacer la solicitud formal al correo [referencia2019@famisanar.com.co](mailto:referencia2019@famisanar.com.co) o a través de Familínea incluyendo la historia clínica inicial y evoluciones, las cuales deben incluir servicios requeridos para el traslado, adicionalmente son necesarios los datos administrativos definidos en los anexos de la reglamentación vigente y confirmando el requerimiento para el transporte adecuado.

La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente será de la IPS remitente hasta que ingrese a la IPS receptora.

La IPS remitente debe enviar al usuario con el resumen de la historia clínica o el formato de referencia que tenga definido. Aplica para pacientes con manejo en ámbito ambulatorio y hospitalario.

A nivel hospitalario las solicitudes deben ser tramitadas directamente por las IPS solicitantes, sean servicios PBS o NO PBS, a través de los medios dispuestos por Famisanar EPS.

En caso de no lograrse la remisión, la IPS remitente debe dejar constancia de la gestión de referencia y manejo clínico instaurado acorde con el nivel de atención.

Es responsabilidad de la IPS cancelar una solicitud de traslado, cuando por las condiciones clínicas o administrativas del usuario no se requiera del mismo.

La complejidad y tipo de transporte requerido para el traslado del paciente debe ser definido por la IPS remitente de acuerdo con el cuadro clínico y las variables a considerar según el acceso geográfico y/o distancia entre la IPS remitente y la receptora, si existen dudas frente a la solicitud, el médico de Referencia de Famisanar podrá validar la información con el médico tratante y aclarar lo correspondiente.

Para los pacientes menores de edad no se acepta retiro voluntario y prima la decisión de la institución tratante frente al proceso de remisión y/o de manejo integral del paciente y se debe reportar al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, policía de infancia y adolescencia o en su defecto a la Fiscalía General de la Nación.

Famisanar cuenta con un plan de contingencia para los cambios en la oferta y/o demanda de la red de prestadores, el cual define las estrategias a implementar en caso de eventos fortuitos que impidan la operación en el sitio de trabajo normal, garantizando así la continuidad de los servicios de la empresa para sus asegurados.


## Políticas operacionales para Regionales

La operación de referencia y contrarreferencia se coordina desde el nivel central para los usuarios a nivel nacional, no obstante, desde las regionales se realiza seguimiento a la gestión de los casos, a cargo del director o coordinador gestión salud del nodo o la regional según la estructura organizacional de EPS Famisanar.

## Articulación de la gestión de referencia y contrarreferencia y los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias (CRUE)

EPS Famisanar, dará cumplimiento a los lineamientos establecidos por la Resolución 1441 de 2016 en relación con la atención adecuada y oportuna de los pacientes que requieren atención en situaciones de



	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 41/56</b>

urgencia, articulando el proceso con lo definido por el CRUE y la Resolución 0926 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Dentro del marco normativo exigido en la Circular 036 de 2017, EPS Famisanar garantiza la atención médica integral para los usuarios que la requieran y que se encuentren en condiciones de vulnerabilidad dadas por fenómenos amenazantes, alineado a lo establecido en la Resolución 0926 de 2017 que tiene por objeto reglamentar el desarrollo y operación del Sistema de Emergencias Médicas - SEM en Colombia.

Para los casos de pacientes que requieran ser trasladados desde zonas geográficamente complejas, que no permitan el ingreso de transporte convencional (ambulancias terrestres y/o transporte aéreo), EPS Famisanar se adhiere a lo estipulado en el Artículo 15 de la Resolución 0926 de 2017 que indica que la entidad territorial de salud gestionará la prestación del servicio de atención pre-hospitalaria y transporte asistencial de pacientes en su jurisdicción, para lo cual deberá definir las formas de organización, disponibilidad y ubicación de los vehículos que operen en el Sistema de Emergencias Médicas (SEM).

La articulación con el CRUE de cada departamento se realizará bajo los parámetros definidos por la Resolución 0926 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social.

EPS Famisanar garantizará la atención prehospitalaria y traslado de su población afiliada acorde a lo definido en el artículo 16 de la Resolución 926 de 2017, que establece que “La atención prehospitalaria y el traslado de los pacientes desde el sitio de ocurrencia del evento, deberá ser realizado por prestadores de servicios de salud habilitados. Parágrafo. Todos los vehículos que presten los servicios de atención prehospitalaria y transporte asistencial de pacientes deberán contar con un sistema de georreferenciación y comunicación que permita el monitoreo y contacto con la entidad territorial en salud a través del - CRUE”. Para operativizar lo anterior la EPS garantizará el pago a los proveedores de servicios prehospitalarios acorde a lo previsto en el Decreto 4747 de 2007 o aquella norma que lo modifique o sustituya.

EPS Famisanar se articula con el CRUE así: los pacientes con requerimiento de Atención Prehospitalaria (APH) se comunican a la línea de emergencias del territorio, donde se evalúa el requerimiento de atención médica o paramédica quienes realizan la valoración y definen la necesidad de traslado a un centro asistencial. Desde el CRUE se direccionan las ambulancias y se genera la orden del servicio con la cual el prestador podrá generar la cuenta de cobro de APH o traslado según el caso, con la cual EPS Famisanar procederá a realizar el pago.

## 2.21 AUTORIZACION Y ENTREGA DE MEDICAMENTOS

### 2.21.1 Alcance


Aplica al usuario que egresa de cualquiera de los servicios hospitalarios o ambulatorios y requiere el suministro de medicamentos.

### 2.21.2 Lineamientos Generales

Hacen parte del Plan de Beneficios en Salud con Cargo a la UPC), los medicamentos esenciales señalados en la Resolución 3512 de 2019 y demás normas que adicionen o modifiquen.

**Famisanar EPS puede entregar al paciente cualquiera de las alternativas autorizadas por el INVIMA del principio activo, forma farmacéutica y concentración prescritos, independientemente de su forma de comercialización (genérico o de marca), los cuales son concertados con el proveedor de**



	Proceso: Prestación del servicio de salud	
	Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud	
	Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios	
	Manual: Manual de Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 17/03/2021	Página 42/56

medicamentos al momento de la negociación y firma del contrato. Salvo cuando por definición de Famisanar se establezca una forma de comercialización específica para un medicamento el cual es informado al proveedor cuando se trata de medicamentos de estrecho margen terapéutico o exclusividad en el mercado, casos en los que la EPS actualizará el listado, acorde a lo definido por el ente de Vigilancia de Medicamentos y alimentos (INVIMA).

Para el caso de medicamentos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC incluidos dentro de una negociación en modalidad de capitación, no es necesario contar con una autorización emitida por Famisanar EPS para la dispensación de medicamentos en las farmacias de la IPS primaria a la cual se encuentra adscrito el usuario. Si un medicamento incluido en esta modalidad de contrato es formulado en nombre comercial, es responsabilidad de la IPS primaria del usuario validar la pertinencia de la prescripción.

Para los medicamentos comerciales que no son de estrecho margen terapéutico, el médico tratante deberá diligenciar el formato FOREAM (Formato de Reacciones y Eventos Adversos a Medicamentos), documento que debe ser radicado en las oficinas de Atención al Usuario, con objeto de ser avalado por el área de Evaluación de Tecnologías en Salud de la EPS, emitiendo carta vitalicia al usuario, para presentar en los servicios farmacéuticos, con la orden vigente.

Los medicamentos de alta complejidad para tratamiento de patologías catastróficas o de alto costo, así como los medicamentos NPBS-UPC, deberán ser reportados en la herramienta WEB MIPRES o la definida por el Ministerio para su seguimiento. El procedimiento de entrega es el establecido en la norma y acatado por la EPS, en su totalidad. Así mismo, los medicamentos prescritos para usuarios del régimen subsidiado, se realizará según lo vigente en la normatividad.

La formulación de medicamentos para enfermedades crónicas (como Hipertensión Arterial y Diabetes), puede hacerse hasta por tres meses, en una sola orden o en órdenes separadas. La EPS generará una autorización a la fecha y dos posfechadas; éstas se activarán en la fecha de entrega de los medicamentos, dentro del rango establecido en las autorizaciones. Se debe informar al usuario que debe acercarse a reclamar sus medicamentos dentro de las fechas establecidas en la autorización de servicios.


Los medicamentos ambulatorios deben ser formulados en original y copia por la IPS 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

**Se debe tener en cuenta que la solicitud debe ser ordenada en papelería institucional de la IPS y/o profesional adscrito a EPS Famisanar.**

Para los casos que una fórmula médica tenga medicamentos o insumos que van a ser entregados por diferentes farmacias, EPS Famisanar entregará a uno de los proveedores una fotocopia de la fórmula original que tendrá un sello de FIEL COPIA DE LA ORIGINAL, sello fechador y sello seco.

La cantidad en las autorizaciones de medicamentos se realizará teniendo en cuenta la unidad mínima de dispensación, con el fin de no incurrir en el fraccionamiento de estos en las farmacias. Los medicamentos sólidos (como tabletas) serán entregados considerando las presentaciones de estos, dando cumplimiento a normatividad relacionada con el no fraccionamiento.

	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 43/56</b>

**EPS Famisanar emite autorizaciones a través de oficinas de atención o Back Office, en donde son autorizados todos los servicios que no hacen parte de la capitación. En ningún caso EPS Famisanar generará autorizaciones retroactivas.**

El médico debe prescribir la fórmula, entregársela al usuario y direccionarlo a la farmacia respectiva según contratación realizada por la EPS, informada a la IPS Primaria.

El usuario solo debe pagar una cuota moderadora por fórmula, siempre que la fórmula no exceda un máximo de 10 medicamentos. Si excede el límite de más de 10 medicamentos por fórmula, el usuario deberá cancelar una cuota moderadora adicional.

El usuario debe presentar el documento de identificación y la IPS debe verificar los derechos del usuario. Cuando los medicamentos son solicitados por un apoderado o acudiente se debe presentar la misma documentación.

Si se trata de un paciente menor de edad los medicamentos serán entregados a sus padres o familiares cercanos, previa confirmación.

Los medicamentos que requieren aplicación serán entregados únicamente en el sitio de infusión autorizado o se llevarán a su casa si el paciente se encuentra incapacitado para movilizarse; en ninguno de los casos se hará entrega de este medicamento directamente al paciente.

En caso de que el paciente requiera salir del país, la EPS entregará el tratamiento correspondiente a tres meses máximo, previo aval de del área de evaluación de tecnologías; para tal análisis el usuario solicitará por escrito su requerimiento, adjunto como soporte los tiquetes de salida. Para el caso de medicamentos que se encuentre dentro de una negociación de cápita para esta entrega es necesario contar con el visto bueno de la IPS prestadora.

El cobro de cuotas moderadoras se realizará con base en la categoría asignada en la base de datos que se envía semanalmente a las IPS prestadoras o validando a través de la página web de EPS Famisanar.


El usuario siempre cancelará el menor valor entre la cuota moderadora según la categoría del usuario y el valor total de la fórmula, adicionalmente la IPS debe garantizar el cumplimiento de la normatividad vigente relacionada con el cobro y exoneración de Copagos y Cuotas Moderadoras.

**Al momento de la entrega del medicamento el usuario deberá firmar recibido con nuero de cedula en la autorización y en la formula médica.**

## 2.22 Lineamientos Específicos

### 2.22.1 Prescripción de medicamentos

De acuerdo con lo establecido en el artículo 16 del decreto 2200 de 2005, compilado en el Decreto 780 de 2016. Famisanar adopta que: Toda prescripción de medicamentos deberá hacerse por escrito, previa evaluación del paciente y registro de sus condiciones y diagnóstico en la historia clínica, utilizando para ello la Denominación Común Internacional (nombre genérico), papelería institucional de la IPS o profesional adscrito a EPS Famisanar y cumpliendo los siguientes requisitos:

	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 44/56</b>

Solo podrá hacerse por personal de salud debidamente autorizado de acuerdo con su competencia. La prescripción debe ser en letra clara y legible, con las indicaciones necesarias para su administración.

Se hará en idioma español, en forma escrita ya sea por copia mecanográfica, medio electromagnético y/o computarizado.

No podrá contener enmendaduras o tachaduras, siglas, claves, signos secretos, abreviaturas o símbolos químicos.

La prescripción debe permitir la confrontación entre el medicamento prescrito y el medicamento dispensado (en el caso ambulatorio) y administrado (en el caso hospitalario) por parte del profesional a cargo del servicio farmacéutico y del Departamento de Enfermería o la dependencia que haga sus veces.

La prescripción debe permitir la correlación de los medicamentos prescritos con el diagnóstico.

La dosis de cada medicamento debe expresarse en el sistema métrico decimal y en casos especiales en unidades internacionales cuando se requiera.


Cuando se trate de preparaciones magistrales, además de los requisitos de prescripción, se debe especificar claramente cada uno de los componentes con su respectiva cantidad.

Con respecto al contenido de la prescripción médica, Decreto 2200 de 2005 y La Resolución 1403 de 2007 "por la cual se determina el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico, se adopta el Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos y se dictan otras disposiciones "establece que la prescripción del medicamento deberá realizarse en un formato el cual debe contener, como mínimo, los siguientes datos cuando estos apliquen:

- Nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica.
- Lugar y fecha de la prescripción.
- Nombre del paciente y documento de identificación.
- Número de la historia clínica.
- Tipo de usuario (contributivo, subsidiado, particular, otro).
- Nombre del medicamento expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico).
- Concentración y forma farmacéutica.
- Vía de administración.
- Dosis y frecuencia de administración.
- Período de duración del tratamiento.
- Cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas para el tratamiento, en números y letras.
- Indicaciones que a su juicio considere el prescriptor.
- Vigencia de la prescripción.
- Nombre y firma del prescriptor con su respectivo número de registro profesional.

La formulación de medicamentos de control especial o de monopolio del estado se encuentra regida por la Resolución 1478 de 2006, la cual establece en el artículo 80 que La cantidad total prescrita de medicamentos sometidos a fiscalización se hará, teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

Medicamentos correspondientes a: "Analgésicos Narcóticos", "Analgésicos Moderadamente Narcóticos", a "Barbitúricos o Medicamentos, que contienen Barbitúricos, con excepción de Fenobarbital; a "Anfetaminas

	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 45/56</b>

y Estimulantes Centrales"; a "Tranquilizantes e Hipnóticos no Barbitúricos" y demás medicamentos de control especial, hasta la dosis requerida para treinta (30) días calendario.

Medicamentos correspondientes a "Oxotócicos y Antihemorrágicos Uterinos", la dosis ordenada bajo la responsabilidad del médico tratante.

Fenobarbital, hasta las dosis requeridas para noventa (90) días calendario.

Según lo establecido en el artículo 86 de la misma Resolución, los recetarios oficiales para la formulación de medicamentos de control especial tendrán un original, que quedará en el Establecimiento o Entidad que dispense, y dos copias, en las cuales se anotará que fue dispensado; una para el paciente y otra para el trámite administrativo pertinente. Ninguna entidad podrá exigir la presentación de una fórmula médica en dos (2) originales para soportar trámites internos administrativos.

El artículo 89 de la Resolución en mención establece que el Recetario Oficial para la formulación de medicamentos de control especial o monopolio del estado, debe contener como mínimo los siguientes datos:

- Codificación.
- Nombre del prescriptor, dirección y teléfono.
- Fecha de expedición de la prescripción.
- Nombre del paciente, dirección y número del documento de identidad si es el caso.
- Denominación Común Internacional del medicamento, concentración y forma farmacéutica, cantidad total en números y letras y dosis diaria (frecuencia de administración), vía de administración y tiempo de tratamiento.
- Sello que permita identificar el nombre y registro profesional del prescriptor
- Firma del prescriptor.


La fórmula médica debe ser única para los medicamentos de control especial. En ella no deben prescribirse otros medicamentos diferentes a los sometidos a control especial. Una vez dispensado el medicamento se deberá colocar sello de dispensado en la prescripción correspondiente, según lo estipulado en el artículo 90 de la norma en mención.

La vigencia de las fórmulas de prescripción de medicamentos tendrá una vigencia no inferior a un mes, contado a partir de la fecha de su expedición, según lo establecido en el artículo 10 de la Resolución 4331 de 2012.

### **2.22.2 Entrega de medicamentos con autorización**

Adicional a las validaciones realizadas en los lineamientos generales la farmacia debe:

- Las autorizaciones generadas por EPS Famisanar serán en los formatos de Aprobación de Servicios y tendrán una vigencia de 30 días calendario a partir de la expedición de la autorización.
- La autorización de servicios es el documento impreso en papelería de EPS FAMISANAR, válido con firma la persona que autorizó la orden, sello seco y no presentar tachaduras ni enmendaduras o en formato PDF válido sin firmas ni sellos.
- En todos los casos la autorización de medicamentos debe contener claramente el nombre del medicamento, la presentación y la cantidad.
- La farmacia debe cobrar la cuota moderadora indicada en la autorización de servicios, con excepción de aquellos que presentan exoneración emitida por la EPS.

	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 46/56</b>

- La farmacia debe validar las indicaciones y/o aclaraciones manifestadas en el campo de observaciones de la autorización para proceder a la entrega del medicamento
- Adicionalmente la farmacia debe verificar:
  - La IPS remisoría.
  - Los medicamentos autorizados deben ser iguales a los medicamentos prescritos.
  - El nombre del usuario debe ser el mismo en la autorización y en la fórmula.
  - Toda autorización debe estar soportada con una fórmula médica (original o copia validada con firma y sello de EPS Famisanar).

### 2.22.3 Entrega de medicamentos con Preautorización.

EPS Famisanar ha diseñado un modelo de autorización para pacientes crónicos con la modalidad de pre-autorización, para lo cual la IPS deberá solicitar una autorización definitiva en el momento de la entrega del medicamento.

Una vez la farmacia recibe el formato de Pre-autorización, debe:

- Verificar que la pre-autorización tenga la firma de la persona que autorizó la orden, no presente tachaduras ni enmendaduras, o se encuentre en PDF con la observación válida sin firma y sellos.
- En todos los casos la autorización de medicamentos debe contener claramente el nombre del medicamento, la presentación y la cantidad.
- Las órdenes de pre-autorización tendrán la vigencia impresa en la orden.

La farmacia debe verificar:

- La IPS referida.
- Los medicamentos autorizados deben ser iguales a los medicamentos prescritos.
- El nombre del usuario debe ser el mismo en la autorización y en la fórmula.
- Toda autorización debe ir soportada con una fórmula médica (original o copia validada con firma de Famisanar).
- Una vez se verifique que la orden es vigente para reclamar los medicamentos, la farmacia debe solicitar la autorización definitiva a través de Internet o comunicarse con el IVR de Familínea, ingresando el número de pre-autorización de servicios impreso en la parte superior derecha de la orden.
- Cuando el sistema genere el número definitivo de autorización, la IPS debe anotar el número en la orden de pre-autorización, cobrar la cuota moderadora que indique la orden y proceder a la entrega del medicamento.


## 2.23 AUTORIZACION Y SUMINISTRO DE OXIGENO

### 2.23.1 Alcance

Aplica al usuario atendido en ámbito hospitalario o ambulatorio con indicación de oxígeno domiciliario.

### 2.23.2 Lineamientos Generales

El oxígeno es un medicamento incluido en el Plan de beneficios en salud con cargo a la UPC.

	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 47/56</b>

Dentro de las políticas de la EPS se clasificarán los usuarios como agudo o crónicos. Agudos son los usuarios que no habían sido tratados previamente con oxigenoterapia y tiempo de uso igual o menor a 2 meses; crónicos son los usuarios con requerimiento de suministros de oxígeno por un lapso mayor a 2 meses.

Cuando a un paciente agudo o crónico se le suspenda por un periodo el suministro de oxígeno y con el tiempo requiera reformulación del medicamento se tratará como un reintegro, para efectos administrativos se gestionará como un paciente agudo.

Es obligación de los usuarios asistir a controles periódicos con médico tratante para manejo integral de patología de base y determinar pertinencia de continuidad o ajustes en oxigenoterapia.

Para el acceso al suministro de oxígeno (incluyendo oxígeno, cilindro, cánula, concentrador, bala portátil, humidificador, transporte del cilindro o concentrador a domicilio, arrendamiento mensual del concentrador o del cilindro y regulador), el usuario debe realizar el pago de la cuota moderadora de acuerdo a su categoría.

La IPS proveedora de oxígeno deberá gestionar la entrega del oxígeno en el domicilio del usuario en las siguientes 12 horas tras la solicitud del servicio. Para pacientes ambulatorios el usuario se comunica con el proveedor y acuerda la programación para la entrega de los equipos según disponibilidad del usuario

Para egreso hospitalario las solicitudes enviadas por parte de la IPS al correo [oxigenohospitalario@famisanar.com.co](mailto:oxigenohospitalario@famisanar.com.co) serán previamente validadas por la EPS y reportadas al proveedor antes de las 3:00 pm, de tal manera que éste realice la entrega de los insumos el mismo día siempre y cuando haya un adulto responsable que reciba los mismos, si no, el proveedor debe realizar la entrega a más tardar el día siguiente. En caso, que el usuario no se encuentre en Bogotá, el proveedor deberá entregar en un plazo máximo de 48 horas después de recibida la autorización por parte de la EPS.

La IPS proveedora debe realizar un entrenamiento del paciente y/o la familia sobre el cuidado y manipulación de los equipos al momento de la entrega.

El servicio será suministrado a usuarios con estado de afiliación: activo, suspendidos pero parametrizados en sistema de información como activos por protección especial (activo gestante, activo menor de edad, activo tratamiento), nuevo y en protección laboral.

Si el usuario se encuentra hospitalizado, cambia de residencia, etc., debe solicitar a la IPS la suspensión temporal del servicio; de lo contrario el usuario deberá asumir el costo del servicio hasta tanto no informe la novedad al correo electrónico [oxigenoterapia@famisanar.com.co](mailto:oxigenoterapia@famisanar.com.co).


Es responsabilidad de la IPS retirar los equipos que sean reportados por parte de los usuarios o de la EPS Famisanar, con un plazo máximo de 24 horas desde el momento de la solicitud de retiro.

La IPS debe asegurar el mantenimiento preventivo de los equipos dos veces por año y correctivo cuando se requiera, garantizando registro del cumplimiento de los mismos.

Los insumos deberán ser reemplazados con la periodicidad establecida en los protocolos y normas de Bioseguridad vigentes. Los proveedores deberán allegar sus protocolos y actualizaciones a la EPS.

La IPS debe suministrar mensualmente reportes de consumo y uso de elementos por cada paciente, usuarios vigentes, primeros servicios y recolecciones, adjuntándolo a la cuenta médica.



	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 48/56</b>


### 2.23.3 Lineamientos Específicos

#### 2.23.3.1 Oxígeno ambulatorio

- El médico tratante generará fórmula de oxígeno especificando el flujo y el número de horas requeridas y el periodo de tiempo por el que se requiere (número de meses).
- La orden de oxígeno debe especificar un periodo máximo de 1 año, para renovar orden mediará valoración médica de control, en aras de garantizar el seguimiento a los usuarios, así como el ajuste de la oxigenoterapia si es requerido.
- En caso de necesidad de suministro de oxígeno portátil, se debe prescribir sin especificar el tipo de dispositivo portátil, ya que estos se asignarán de acuerdo con la disponibilidad de los mismos y no hay diferencia terapéutica entre los diferentes tipos de dispositivos portátiles. El profesional debe justificar la indicación del suministro portátil de oxígeno.
- El médico que expide la orden debe direccionar el usuario al punto autorizador de EPS Famisanar o canales no presenciales, para radicar la solicitud.
- El punto autorizador verifica derechos administrativos, actualiza datos de contacto y genera la autorización para el primer mes de suministro e indica al usuario comunicarse con proveedor de oxígeno, para programar el servicio informando datos de contacto y número de autorización.
- En ninguna circunstancia, se generan autorizaciones retroactivas o extemporáneas.

#### 2.23.3.2 Egreso hospitalario

- La IPS hospitalaria envía a través del correo electrónico [oxigenohospitalario@famisanar.com.co](mailto:oxigenohospitalario@famisanar.com.co) mínimo 1 día antes al egreso del paciente y solicita autorización para oxígeno domiciliario anexando al mismo la fórmula de remisión del oxígeno, nombre completo del usuario, número de identificación, dirección de residencia del usuario, teléfono fijo y celular, nombre y teléfono de persona de contacto, para la entrega del oxígeno en el domicilio del usuario.
- El Back hospitalario de oxígeno verifica derechos administrativos del usuario.
- El Back hospitalario de oxígeno hace el contacto con la IPS de oxígeno, genera la autorización y reporta la misma junto con los datos de contacto del usuario, el proveedor se contacta con el usuario o su familia para programa la entrega del equipo en el domicilio de este, una vez entregado el suministro la IPS de oxígeno debe reportar al Back hospitalario de oxígeno la confirmación de la entrega.
- El usuario o un familiar de este, se debe acercar en el transcurso del mes vigente de la orden médica a la IPS de oxígeno para entregar la fórmula médica original, cancelar la cuota moderadora en caso de que aplique y firmar la documentación respectiva.

	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 49/56</b>

### 2.23.3.3 Egreso Hospitalario concomitante a extensión hospitalaria

- La IPS hospitalaria envía al correo electrónico [ehospitalaria@famisanar.com.co](mailto:ehospitalaria@famisanar.com.co) mínimo 1 día antes al egreso del paciente y solicita autorización para oxígeno domiciliario anexando al correo electrónico la fórmula de remisión del oxígeno nombre completo del usuario, número de identificación, dirección de residencia del usuario, teléfono fijo y celular, nombre y teléfono de persona de contacto, para la entrega de este, en el domicilio del usuario.
- El profesional de gestión de egreso hospitalario verifica derechos administrativos del usuario además del histórico de autorizaciones con el fin de establecer si es un paciente nuevo o con uso crónico de oxígeno. Si es un paciente nuevo en el programa de oxígenos hace el contacto con la IPS de oxígeno, genera la autorización y reporta la misma junto con los datos de contacto del usuario, el proveedor se contacta con el usuario o su familia para programar la entrega del equipo en el domicilio de este, una vez entregado el suministro la IPS de oxígeno debe reportar al Back hospitalario de oxígeno la confirmación de la entrega.

- La IPS realiza la entrega de concentrador estacionario, un cilindro de respaldo para dosis de oxígeno superior a 16 horas, cánula y humidificador.

La IPS cuando realice la entrega de cilindros portátiles debe incluir elementos adicionales para facilitar el desplazamiento y movilización de esta (bolsa de lona, reata o un carro de rodachines). Para el caso en que aplique, el usuario al finalizar el desplazamiento se comunicará con la IPS para solicitar la recolección de la bala portátil en su domicilio.

La IPS al momento de la entrega da las indicaciones acerca de la limpieza de los insumos para asegurar el cumplimiento de las normas de bioseguridad y reglas de seguridad durante y después de la utilización, adicionalmente deberá entregar las especificaciones claras y detalladas por escrito del tipo de equipo, requisitos de manipulación, contingencias, identificación clara del proveedor, teléfonos disponibles las 24 horas de domingo a domingo, para dar respuesta a los requerimientos que se presenten.

El usuario firma la autorización y los documentos que solicite la IPS.

EPS Famisanar validará los derechos del usuario y la continuidad en el programa de oxigenoterapia para generar las autorizaciones por los meses siguientes de tratamiento a través de un proceso de autorizaciones masivas y entregará a la IPS un archivo con los números de autorización generados. Estas autorizaciones son válidas para el mes vigente a la prestación del servicio y con único prestador de servicio de oxígeno domiciliario


Si el usuario no está activo, no se generará la autorización.

Cuando pierda vigencia la fórmula, el usuario debe acercarse nuevamente a su médico para que le genere una nueva formulación en caso de ser requerida y debe ser enviada junto con la actualización de los datos de contacto al correo de [oxigenoterapia@famisanar.com.co](mailto:oxigenoterapia@famisanar.com.co).

La IPS es responsable de retirar los equipos de suministros de oxígeno en caso de que se deba suspender, por finalización de tratamiento o terminación de contrato entre el proveedor y la EPS.

### 2.23.3.4 Autorizaciones Ambulatorias de servicios de oxígeno.

Una vez el paciente solicite el servicio por línea de frente o a través del correo de [oxigenoterapia@famisanar.com.co](mailto:oxigenoterapia@famisanar.com.co), se deja pre autorizado el servicio de oxígeno, la IPS Se comunica con

	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 50/56</b>

el usuario para programar la entrega de los equipos y este debe activar la pre autorización por el Portal Web durante el mes vigente de la entrega de los equipos.

### 2.23.3.5 Insumos para terapia respiratoria domiciliaria adicional al servicio de oxígeno domiciliario.

La IPS de oxígeno puede remitir la solicitud de los insumos, como nebulizador, succionador de secreciones y pulso oxímetro al correo electrónico [oxigenoterapia@famisanar.com.co](mailto:oxigenoterapia@famisanar.com.co), estos serán gestionados por parte del área de oxígenos para el paciente ambulatorio, siempre y cuando no tenga servicios de atención domiciliaria o no pertenezca al programa de paciente domiciliario, a excepción del nebulizador tipo PARI, pues este es solo para pacientes con diagnóstico de fibrosis quística y será el área de alto costo quien defina la gestión del insumo.

Se deberá validar si el familiar o cuidador está entrenado para el manejo de los equipos, si no está entrenado el proveedor que entrega el insumo debe brindar la capacitación al usuario o cuidador. Es gestión del área de oxígenos, el seguimiento a los pacientes que se les asigne estos equipos, ya sea en alquiler o compra y que no pertenezcan al área de domiciliarios o al grupo de riesgo de fibrosis quística.


## ANEXOS

### ANEXO 1. PUNTOS DE ATENCIÓN, PAI

ZONA	OFICINA	DIRECCIÓN	TELÉFONO	HORARIO
BOGOTÁ	Oficina Principal	CL 78 # 13A - 07	6500200 Ext 101	7:00 a 17:30 L - V
	PAC Principal	CR 14 # 77A - 62	6500200 Ext 101	7:00 a 17:30 L - V
	Famisanar Suba	CL 145 # 92 - 30 LC 201 CC ACUARELA	--	7:00 a 16:30 L - V
	Sede Norte	Auto Norte # 161A - 12	6747041	7:00 a 16:30 L - V
	Calle 63	CR 17 # 62A - 78	3004926	7:00 a 16:30 L - V sábados 7:00 a 12:30
	Chapinero	CR 11 # 66 - 53	2118097	7:00 a 16:30 L - V sábados 7:00 a 12:30
	Droguería Nodrizca Cafam Floresta	AV CR 68 # 96 - 50 TR 2 CC Cafam Floresta LC 1-040 al 1-043	6468000 Ext 2126	Lunes a viernes 10:00am a 4:00pm
	Central de Servicios Floresta	AV CR 68 # 90 - 98 TR 5 MOD29	6178274	7:30 a 16:30 L - V
	Cafam Suba	TV 113 # 142A - 98	6906524	7:30 a 16:30 L - V
	Cafam Quirigua	CL 81 # 92 - 86	2288521	7:30 a 16:30 L - V

ZONA	OFICINA	DIRECCIÓN	TELÉFONO	HORARIO
	Colpatria	AV 15 # 104 - 33 Piso 1	6538300 Ext 156	Lunes a viernes 8am a 1:00 y 2:00 a 3:30
	Calle 50	CR 16 # 50 - 59	2490405 Ext 123 -102	Lunes a viernes 7:00am a 4:30pm
	Avenida 68	AV 68 # 13 - 91	4201617	7:00 a 16:30 L - V
	San Antonio	AV CR 14 (Caracas) # 3 - 65 Sur	3283227	7:00 a 16:30 L - V
	Famisanar Kennedy	CRA 79 # 38 C- 47 Sur	--	7:00 a 16:30 L - V sábados 7:00 a 12:30
	Soacha	CR 7 # 17 - 40	5902605	7:00 a 16:30 L - V
	Unisur	CR 3A # 29A - 02 LC 1041 P 2	--	7:00 a 16:30 L - V
	Clínica Marly	CL 50 # 9-67	3102199730	7:00 a 18:30 L - V
	Centro Oncológico	CR 47 # 94-06	3003356 / 3002964 / 3495838	7:30 a 16:30 L - V
SABANA NORTE	Zipaquirá	TV 18 No 7D - 81	--	7:30 a 16:30 L - V
	Chía	CR 9 No 16a - 09	--	7:30 a 16:30 L - V
	Ubaté	CR 7 No 7-75	--	7:30 a 12:30 13:30 a 16:30 L-V
	Pacho	CR 9 No 22-67 Brr La Palmita	--	7:30 a 12:30 13:30 a 16:30 L-V
SABANA SUR OCCIDENTE	Facatativá	Kra 4 # 3-37	8434669	7:30 a 16:30 L - V
	Madrid	Kra 10 # 7-35	8255138	7:30 a 16:30 L - V
	El Rosal	Calle 10 # 13-45	3204768991	7:30 a 13:00 14:00 a 16:30 L-V
	Puerto Boyacá	Kra 4 # 17-31	7385614	7:30 a 13:00 14:00 a 16:30 L-V
	Villeta	Kra 4 # 5 - 45	8447589	7:30 a 12:30 13:30 a 16:30 L-V
	Funza	Kra 9 # 19 A - 93 \$ piso	8234017 - 8234016	7:30 a 16:30 L - V sábado 7:00 a 12:00
BOYACÁ	Tunja	Transversal 11 # 23-36	7436184 o 7436768	7:30 a 12:00 14:00 a 18:00 L-V
	Garagoa	Transversal 8 # 7-06	7502356	7:30 a 12:00 14:00 a 18:00 L-V
	Duitama	Calle 15# 12-06 Bloque 9 Lc 101	7602958	7:30 a 12:00 14:00 a 18:00 L-V
	Paipa	Carrera 22#26-23	7851167	7:30 a 12:00 14:00 a 18:00 L-V
	Chiquinquirá	Carrera 8 #17-71	7264059	7:30 a 12:00 14:00 a 18:00 L-V
	Sogamoso	Carrera 11 #24-27 Edificio Pinares	7722555	7:30 a 12:00 14:00 a 18:00 L-V
META	Villavicencio	CR 42 # 34-60	6727500 6623043	7:30 a 17:00 L - V

ZONA	OFICINA	DIRECCIÓN	TELÉFONO	HORARIO
CARIBE	Barranquilla Principal	CR 50 No 84 - 110 Local 1	3780101	7:30 a 17:00 L - V
	Barranquilla Prado	CR 53 No 70 -112 Local 1	--	7:00 a 18:00 L - V
	Barranquilla Murillo	CL 45 # 20 – 27	--	7:30 a 12:00 14:00 a 17:30 L-V
	Barranquilla Comfamiliar	CL 47 # 43 – 57	--	7:30 a 12:00 14:00 a 17:30 L-V
	Soledad Calle 30	Calle 30 # 15-220	--	7:00 a 13:00 14:00 a 16:00 L-V
	Soledad Sede Hipódromo	Calle 29 # 30-05 Esquina	--	7:30 a 17:00 L - V
	Santa Marta	CRA 5 # 26A 53 Brr Los Ángeles	4313355	7:00 a 17:00 L - V 8:00 a 12:00 sábado
	Cartagena Getsemaní	Centro AV. del Arsenal CL 25 # 9A - 06 Lc 03	664 2200 - 664 2222	7:30 a 17:00 L - V
	Cartagena Vientos	4 Calle 31 # 50-83 Lcs 1 al 5	6614116 - 6612761	7:30 a 12:00 14:00 a 17:30 L-V 08:00 a 12:00 sábado
	Valledupar	CL 17 N0 12-76 Brr Gaitán	5714090	7:00 a 17:00 L - V 08:00 a 12:00 sábado
CENTRO	Fusagasugá	TV 12 # 17 - 62 LC 101 Y 102	8738806 / 3134881575	7:00 a 16:30 L - V
	Girardot	Calle 20 N° 8-28	8353396 / 8350898	7:30 a 17:00 L - V
	La Mesa	Calle 8 N° 18-51	8471487	7:30 a 17:00 L - V
	Melgar	Calle 7 N° 25-39	2455736	7:30 a 17:00 L - V
	Ibagué	Cra 5 Calle 42-13 Esquina	2641359	7:30 a 17:00 L - V
SANTANDE R	Bucaramanga Principal	CR 33 # 52 18	6431717	7:00 a 17:00 L - V
	Bucaramanga Conucos	CL 63 # 30-81	6459680	7:00 a 17:50 L - V sábado 7:00 a 12:00
	Bucaramanga Cañaveral	CR 26 # 30-81	6459680	7:00 a 12:00 14:00 a 18:00 L-V
	Bucaramanga Comfenalco	CL 34 # 26-03	6320491	7:00 a 12:00 14:00 a 18:00 L-V sábado 7:00 a 12:00
	Bucaramanga Comultrasan	Cra 27 # 33-87	6452323	
	Colpatria	CL 52 # 35-27	6577682	8:00 a 11:30 13:00 a 17:00 L-V
	Barrancabermeja	CII 52 # 27-20	6201833	7:00 a 17:00 L - V

	<b>Proceso:</b> Prestación del servicio de salud	
	<b>Subproceso:</b> Direccionamiento de servicios de salud	
	<b>Procedimiento:</b> Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios	
	<b>Manual:</b> Manual de Autorizaciones	
	<b>Fecha Actualización:</b> 17/03/2021	<b>Página</b> 53/56

### ANEXO 1.1. CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA Y/O ELECTRÓNICA

**FAMILÍNEA:** Autorizaciones médicas línea exclusiva para IPS y/o solicitud de referencia y contrarreferencia.

**Teléfono Bogotá:** (031) 3078089 para Plan de beneficios en salud con cargo a la UPC

**Línea Gratuita Nacional:** 01 8000 11 32 64

**E-mail:** [referencia2019@famisanar.com.co](mailto:referencia2019@famisanar.com.co)

#### LINEA AMABLE PAC:

**Teléfono Bogotá:** (031) 3078085

**Línea Gratuita Nacional:** 01 8000 12 73 63

**E-mail:** [hospitalariopac@famisanar.com.co](mailto:hospitalariopac@famisanar.com.co)

### ANEXO 1.2. BACK OFFICE del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC Y PAC

**AUTORIZACIONES** del Plan de beneficios en salud con cargo a la UPC

**EMAIL:** [autorizacionesprestador@famisanar.com.co](mailto:autorizacionesprestador@famisanar.com.co)

#### AUTORIZACIONES PAC

**EMAIL:** Usuarios [autorizacionespac@famisanar.com.co](mailto:autorizacionespac@famisanar.com.co)

**IPS** [gautorizacionespac@famisanar.com.co](mailto:gautorizacionespac@famisanar.com.co)

**TEL:** 6500200 Ext 219-163

### ANEXO 1.3. GESTIÓN DE SERVICIOS NO PBS

#### Trámite Hospitalario

**EMAIL:** [ctcintrahospitalario@famisanar.com.co](mailto:ctcintrahospitalario@famisanar.com.co)

**TEL:** 6684100, extensión 148 y 179

#### Trámite Ambulatorio


A través de los PAI o por el portal web para los proveedores autorizados.

### ANEXO 1.4. PORTAL WEB

[www.famisanar.com.co](http://www.famisanar.com.co)

**Acceso al portal transaccional Famisanar en línea con usuario y clave**



	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>
	<b>Página 54/56</b>




**Servicios autorizados vía web**




**ANEXO 7. Correos electrónicos de grupos de riesgo**

GRUPOS DE RIESGO	CORREO ELECTRÓNICO
Neurocirugía	<a href="mailto:cohorteneurocirugia@famisanar.com.co">cohorteneurocirugia@famisanar.com.co</a> <a href="mailto:cparra@famisanar.com.co">cparra@famisanar.com.co</a>
Corrección escoliosis	
Cirugía de epilepsia	
Esclerosis múltiple (paciente en tto con molécula alto costo)	<a href="mailto:cohortesclerosis@famisanar.com.co">cohortesclerosis@famisanar.com.co</a> <a href="mailto:cparra@famisanar.com.co">cparra@famisanar.com.co</a>

	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 55/56</b>

GRUPOS DE RIESGO	CORREO ELECTRÓNICO
Reemplazos articulares/ clínica de artrosis	reemplazosarticulares@famisanar.com.co cparra@famisanar.com.co
Hemofilia	hemofilia@famisanar.com.co cparra@famisanar.com.co
Trasplante de medula	trasplantes@famisanar.com.co cparra@famisanar.com.co
Trasplante cardiaco	
Trasplante de pulmón	
Trasplante renal	
Trasplante hepático	
Cirugía bariátrica	cirugiabariatica@famisanar.com.co /cparra@famisanar.com.co
Hepatitis c	ngomez@famisanar.com.co cparra@famisanar.com.co
Fibrosis quística	fibrosisquistica@famisanar.com.co cparra@famisanar.com.co
Nefro protección	nefroproteccion@famisanar.com.co cparra@famisanar.com.co
Diálisis y hemodiálisis	dialisis@famisanar.com.co cparra@famisanar.com.co
Cirugía cardiovascular	cirugiacardiovascular@famisanar.com.co cparra@famisanar.com.co
Hemodinamia	
Hemodinamia-electrofisiología	
Electrofisiología	
Reumatología (paciente en manejo con molécula alto costo)	cohortereumatologia@famisanar.com.co /cparra@famisanar.com.co
Enfermedades huérfanas	enfermedadeshuerfanas@famisanar.com.co cparra@famisanar.com.co
VIH	programaespecial@famisanar.com.co cparra@famisanar.com.co
Cáncer adultos	caadultos@famisanar.com.co cparra@famisanar.com.co
Cáncer pediátrico	capediatrico@famisanar.com.co cparra@famisanar.com.co
Sahos	cpap@famisanar.com.co cparra@famisanar.com.co

	<b>Proceso: Prestación del servicio de salud</b>	
	<b>Subproceso: Direccionamiento de servicios de salud</b>	
	<b>Procedimiento: Gestión del acceso a los servicios ambulatorios y hospitalarios</b>	
	<b>Manual: Manual de Autorizaciones</b>	
	<b>Fecha Actualización: 17/03/2021</b>	<b>Página 56/56</b>

GRUPOS DE RIESGO	CORREO ELECTRÓNICO
EPOC severo	<a href="mailto:epochtp@famisanar.com.co">epochtp@famisanar.com.co</a>
Hipertensión pulmonar severa	<a href="mailto:cparra@famisanar.com.co">cparra@famisanar.com.co</a>
TBC	<a href="mailto:programatbc@famisanar.com.co">programatbc@famisanar.com.co</a> <a href="mailto:cparra@famisanar.com.co">cparra@famisanar.com.co</a>
HTA	<a href="mailto:hipertensionydiabetes@famisanar.com.co">hipertensionydiabetes@famisanar.com.co</a>
DM I, II	<a href="mailto:cparra@famisanar.com.co">cparra@famisanar.com.co</a>
Dislipidemia	<a href="mailto:obesidadydislipidemia@famisanar.com.co">obesidadydislipidemia@famisanar.com.co</a>
Obesidad	<a href="mailto:cparra@famisanar.com.co">cparra@famisanar.com.co</a>

### 3. Bibliografía.

N/A

### 4. Historial de Cambios.

Fecha	Descripción de Cambios
17/03/2021	Ajuste en las políticas de Gestión NO PBS