

**MANUAL DE AUTORIZACIONES DE SERVICIOS**  
**EPS SANITAS**  
**GERENCIA DE GESTION DE LA DEMANDA**  
**2022**

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVO	4
ALCANCE	4
DEFINICIONES	4
<b>MARCO NORMATIVO</b>	9
CANALES DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN	13
No presenciales	
Presenciales	17
ESTADOS DE LA AFILIACIÓN	18
TIEMPOS DE RESPUESTA PARA LA AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS	19
VIGENCIA DE LOS VOLANTES DE AUTORIZACIÓN AMBULATORIO	19
SERVICIOS NEGADOS	
RECAUDO DE PAGOS MODERADORES	19
Cuota moderadora:	19
Copago	20
AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS POSTERIORES A LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS	21
Lineamientos generales-	21

**AUTORIZACIONES EN EL MODELO NO PROGRAMADO (ATENCIONES DE URGENCIAS-SERVICIOS HOSPITALARIOS)**

Autorización de Servicios Hospitalarios 26

Tramite de Servicios NO PBS Intrahospitalarios 27

Solicitudes de Referencia y Contrarreferencia Hospitalaria 28

Tramite de Citas Intrahospitalarias

**AUTORIZACIONES DE PRESTADOR NO ADSCRITO 31**

**AUTORIZACIONES EN EL MODELO PROGRAMADO (SERVICIOS ELECTIVOS) 34**

Prestación de Servicios Sin Volante De Autorización 34

Prestación con Volante de Autorización 35

Certificación De Servicios 34

Solicitud De Servicios No Cubiertos Por El Plan De Beneficios – Tecnologías No PBS 34

**AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS ORDENADOS POR FALLOS DE TUTELA 44**

EPS Sanitas

## **INTRODUCCIÓN**

De acuerdo con lo definido en la normatividad vigente la E.P.S Sanitas, ha adelantado acciones que propenden a disponer de mecanismos mediante los cuales los prestadores de servicios de salud que hacen parte de las Redes Integrales deben garantizar el acceso del afiliado y a través de canales no presenciales realizar los procesos de validación de estado administrativo, solicitud y consulta de autorizaciones cuando estas son requeridas como parte del proceso de atención, ya sea como parte de un servicio no programado (Urgencia) o requerido de manera programada (procedimientos y servicios ambulatorios/electivos).

## **OBJETIVO**

Establecer los lineamientos, políticas y procedimientos requeridos para el trámite de autorizaciones de servicios presentados por la red de prestadores, con el fin de lograr un proceso estandarizado a nivel nacional, que asegure la continuidad de la atención, de acuerdo con lo definido en la normatividad vigente.

## **ALCANCE**

Inicia con el ordenamiento de tecnologías en salud por parte de las instituciones de la red de prestadores y finaliza con la aprobación, devolución y/o definición de los servicios solicitados.

## **DEFINICIONES:**

**Actividad de salud:** Conjunto de acciones, operaciones o tareas que especifican un procedimiento de salud, en las cuales se utilizan recursos físicos, humanos o tecnológicos.

**Afiliado:** son los usuarios que cotizan al Sistema General de Seguridad Social en Salud junto con sus beneficiarios, en el régimen contributivo o al régimen subsidiado.

**Atención ambulatoria:** Modalidad de prestación de servicios de salud, en la cual toda tecnología en salud se realiza sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente. Esta modalidad incluye la consulta por cualquier profesional de la salud, competente y debidamente acreditado que permite la definición de un diagnóstico y conducta terapéutica para el mantenimiento o mejoramiento de la salud del paciente. También cubre la realización de procedimientos y tratamientos conforme a la normatividad de calidad vigente.

**Atención con internación:** Modalidad de prestación de servicios de salud con permanencia superior a 24 horas continuas en una institución prestadora de servicios de salud. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considerará atención ambulatoria, salvo en los casos de urgencia u hospital día. Para la utilización de este servicio deberá existir la respectiva remisión u orden del profesional tratante.

**Atención de urgencias:** Modalidad de prestación de servicios de salud, que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad.

**Atención domiciliaria:** Modalidad de prestación de servicios de salud extra hospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de salud en el domicilio o residencia y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares del área de la salud y la participación de la familia.

**Avicena:** Es un software propio desarrollado por la organización, que tiene como pilar el diligenciamiento de la Historia Clínica Ambulatoria diseñada para soportar modelo de atención primaria en salud, gestión de riesgo y gestión de la enfermedad, incorpora los parámetros de integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad.

**Cirugía plástica estética, cosmética o de embellecimiento:** Procedimiento quirúrgico que se realiza con el fin de mejorar o modificar la apariencia o el aspecto del paciente sin efectos funcionales u orgánicos.

**Cirugía plástica reparadora o funcional:** Procedimiento quirúrgico que se practica sobre órganos o tejidos con la finalidad de mejorar, restaurar o restablecer la función de los mismos, o para evitar alteraciones orgánicas o funcionales. Incluye reconstrucciones, reparación de ciertas estructuras de cobertura y soporte, manejo de malformaciones congénitas y secuelas de procesos adquiridos por traumatismos y tumoraciones de cualquier parte del cuerpo.

**Cuidados Paliativos:** Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas, requieren además del apoyo médico, social y espiritual, de apoyo psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal

**Dispositivo médico para uso humano:** Cualquier instrumento, aparato, máquina, software, equipo biomédico u otro artículo similar o relacionado, utilizado sólo o en combinación, incluyendo sus componentes, partes, accesorios y programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación, propuesta por el fabricante para su uso en:

- Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento o alivio de una enfermedad.
- Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o de una deficiencia.
- Investigación, sustitución, modificación o soporte de la estructura anatómica o de un proceso fisiológico.
- Diagnóstico del embarazo y control de la concepción.
- Cuidado durante el embarazo, el nacimiento o después del mismo, incluyendo el cuidado del recién nacido.
- Productos para desinfección y/o esterilización de dispositivos médicos.

**Órtesis:** Dispositivo médico aplicado de forma externa, usado para modificar la estructura y características funcionales del sistema neuromuscular y esquelético.

**PGP:** El presupuesto global prospectivo (PGP) consiste en una suma global que se establece por anticipado para cubrir el gasto corriente de una IPS durante un período determinado (generalmente un año), para proveer un conjunto de servicios acordados entre el IPS y el asegurador. El PGP actúa como un techo para el gasto total que limita el precio y la cantidad de los servicios proporcionados, buscando facilitar el uso eficiente de los recursos y el control de costos en el corto y en el largo plazos. Mientras en el corto plazo las ganancias en eficiencia se relacionan con la gestión de los insumos utilizados en la prestación de servicios, en el largo plazo dependen de la capacidad para relacionar la cantidad de servicios a ser ofrecidos por los prestadores con los recursos financieros recibidos.

**Portabilidad:** cuando por razones laborales, de estudio, o de cualquier otra índole, todo el grupo familiar o cualquiera de sus integrantes fije su residencia en un municipio del territorio nacional distinto del domicilio de afiliación donde reside el resto del núcleo familiar, dicho integrante tendrá derecho a la prestación de los

servicios de salud a cargo de la misma Entidad Promotora de Salud, en el municipio donde resida. El afiliado debe hacer una solicitud de Portabilidad ante la Entidad Prestadora de Salud.

**Prestador:** corresponde a una institución prestadora de salud (IPS), los hospitales, clínicas, laboratorios, y demás profesionales en salud que prestan directamente el servicio a los usuarios y aportan todos los recursos necesarios para la recuperación de la salud y la prevención de la enfermedad.

**Programa de Hospitalización Domiciliaria (PHD):** Ofrece atención médica integral a los pacientes que ingresan al Programa de Hospitalización Domiciliaria mediante la asistencia por parte del grupo del PHD, con el fin de suministrarle el tratamiento y cuidados requeridos a su patología y contribuir a la recuperación de su estado de salud.

**Prótesis:** Dispositivos médicos que sustituyen total o parcialmente una estructura corporal o una función fisiológica.

**Referencia y Contrarreferencia:** Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.

**Régimen Contributivo:** Es el sistema de salud mediante el cual todas las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y trabajadores independientes con capacidad de pago, hacen un aporte mensual (cotización).

**Régimen Subsidiado:** Es cuando el Estado subsidia la afiliación a la población sin empleo, contrato de trabajo o ingresos económicos y se encuentran dentro de los puntos de corte establecidos para los niveles I y II del Sisbén.

**Tecnología en salud:** Actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud.

**SMAutoriza:** Plataforma que permite a través de una interfaz para los prestadores que tengan implementado el sistema de Historia Clínica Avicena, la generación de la autorización finalizada la consulta médica sin que medie el trámite del usuario. También pueden realizar la solicitud de las autorizaciones directamente a la EPS en servicios que requieran continuidad de atención.

**Prestador Remisor de Telemedicina:** Es el prestador de Servicios de Salud con limitaciones de acceso o capacidad resolutive, que cuenta con tecnologías de información y comunicaciones que le permiten enviar y recibir información para prestar servicios o ser apoyado por otro prestador, en la solución de las necesidades de salud de la población que atiende, en cualquiera de las fases de la atención en salud (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad).

**Prestador de Referencia de Telemedicina:** Es el prestador de Servicios de salud que cuenta con talento humano en salud capacitado y con las tecnologías de información y comunicación suficientes y necesarias para brindar a distancia el apoyo en cualquiera de las fases de la atención en salud (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad), requerido por un usuario a uno o más prestadores remisores en condiciones de oportunidad y seguridad.

**Telemedicina:** Conforme lo determina el artículo 2 de la Ley 1419 de 2010, esta definición corresponde a la provisión de servicios de salud a distancia en los componente de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica. Lo anterior no exime a los prestadores de servicios de salud y a las entidades responsables del pago de tales servicios de su responsabilidad de priorizar la prestación personalizada de servicios de salud, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Telesalud:** De acuerdo con lo señalado en el artículo 2 de la Ley 1419 de 2010, esta definición corresponde al conjunto de actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos, los cuales se llevan a cabo a distancia con la ayuda de las tecnologías de la información y telecomunicaciones. Incluye, entre otras, la Telemedicina y la Teleeducación en salud.

**Teleorientación en Salud:** Es el conjunto de acciones que se desarrollan a través de tecnologías de la información y comunicaciones para proporcionar al usuario información, consejería y asesoría en los componentes de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. El teleorientador, en el marco de sus competencias, debe informar al usuario el alcance de la orientación y entregar copia o resumen de la comunicación si el usuario lo solicita.

**Teleapoyo:** Se refiere al soporte solicitado por un profesional de la salud a otro profesional de la salud a través de tecnologías de la información y comunicaciones en el marco del relacionamiento entre profesionales. Es responsabilidad de quien solicita el apoyo, la conducta que determina para el usuario.

**Telemedicina Interactiva:** Es la relación a distancia utilizando tecnologías de información y comunicación, mediante una herramienta de video llamada en tiempo real, entre un profesional de la salud de un prestador y un usuario, para la prestación de servicios de salud en cualquiera de sus fases. El profesional de la salud asumirá la responsabilidad del diagnóstico, concepto, tratamiento e intervenciones ordenadas.

**Telemedicina no interactiva:** Es la relación a distancia utilizando tecnologías de información y comunicación, mediante una comunicación asincrónica entre un profesional de la salud de un prestador y un usuario, para la provisión de un servicio de salud que no requiere respuesta inmediata. El profesional de la salud asumirá la responsabilidad del diagnóstico, concepto, tratamiento e intervenciones indicadas. En el marco de su autonomía, el profesional de la salud podrá abstenerse de brindar la atención en esta categoría fundamentando las razones de tal decisión.

**Teleexpertise:** Es la relación a distancia con método de comunicación sincrónico o asincrónico para la provisión de servicios de salud en cualquiera de sus componentes, utilizando tecnologías de información y comunicación.

**Telemonitoreo:** Es la relación entre el personal de la salud de un prestador de servicios de salud y un usuario en cualquier lugar donde este se encuentre, a través de una infraestructura tecnológica que recopila y trasmite a distancia datos clínicos, para que el prestador realice seguimiento y revisión clínica o proporcione una respuesta relacionada con tales datos.

## **MARCO NORMATIVO**

**Ley 100 de 1993**, emitida por el Congreso de la República de Colombia: Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.

**Acuerdo 260 de 2004**, define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Decreto 1011 de mayo de 2006**, emitido por el Ministerio de la Protección Social: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud del Sistema de Seguridad Social en Salud.

**Resolución 004905 del 14 de diciembre de 2006**, emitida por el Ministerio de la Protección Social: Por la cual se adopta la Norma Técnica de la Interrupción Voluntaria del Embarazo -IVE-.

**Decreto 4747 del 7 de diciembre de 2007**, emitido por el Ministerio de la Protección Social: Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.

**Sentencias T-760 y C-316 de 2008**, proferidas por la Corte Constitucional, las cuales entre otras disposiciones ordena al Ministerio de la Protección Social, a la Comisión de Regulación en Salud y al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, adoptar las medidas necesarias, de acuerdo con sus competencias, para superar las fallas de regulación en los planes de beneficios asegurando que sus contenidos (i) sean precisados de manera clara, (ii) sean actualizados integralmente, (iii) sean unificados para los regímenes contributivo y subsidiado y, (iv) sean oportuna y efectivamente suministrados por las Entidades Promotoras de Salud.

**Resolución 3047 del 14 de agosto de 2008**, emitida por el Ministerio de la Protección Social, por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.

**Ley 1338 de 2010**, por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia.

**Ley 1438 de 2011, Artículo 32**, por medio de la cual se eliminan los periodos de carencia en el Sistema General de Seguridad Social e

**Resolución 4331 de 2012**, Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución número 3047 de 2008, modificada por la Resolución número 416 de 2009.

**Decreto 1683 de 2013**, por el cual se reglamenta el artículo 22 de la Ley 1438 de 2011 sobre portabilidad Nacional en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Decreto 1377 del 27 de junio 2013**, el cual reglamenta parcialmente la Ley 1581 de 2012, por lo cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.

**Decreto 3047 de 2013**, por el cual se establecen las reglas sobre movilidad entre regímenes para afiliados focalizados en los niveles I y II del SISBEN.

**Ley 1448 de 2011**, emitida por el Congreso de la República, Por el cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones.

**Decreto 2353 de 2015**, emitido por el Ministerio de Salud, Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud.

**Ley 1751 de 2015**, emitida por el Congreso de la República, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposición

**Decreto 780 de 2016**, emitido por el Ministerio de Salud por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector salud y protección social.

**Circular 10 de 2018**, emitida por el Ministerio de Salud, instrucciones generales sobre el reporte de información para los estudios de suficiencia de UPC y de los mecanismos de ajuste de riesgo, para el cálculo de la UPC que garantiza el plan de beneficios en salud.

**Resolución 1885 de 10 de mayo de 2018**, por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, de servicios complementarios y se dictan otras disposiciones. Esta resolución deroga las Resoluciones 5395 de 2013, 5884 y los artículos 5 y 6 de la 5928 de 2016 y 532 de 2017.

**Resolución 244 del 31 de enero de 2019** "por la cual se adopta el listado de servicios que serán excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud al haberse evidenciado que cumplen con alguno de los criterios determinados en el Artículo 15 de la Ley Estatutaria de la Salud."

**Resolución 2654 de 2019** "Por la cual se establecen disposiciones para la telesalud y parámetros para la práctica de la telemedicina en el país".

**Resolución 205 de 2020.** "Por la cual se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, y se adopta la metodología para definir el presupuesto máximo.

**Resolución 206 de 2020.** "Por la cual se fija el presupuesto máximo a transferir a cada una de las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, y Entidades Obligadas a Compensar para la vigencia 2020".

**Resolución 385 de 2020.** "Por la cual se declara la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19 y se adoptan medidas para hacer frente al virus".

**Resolución 844 de 2020.** "Por la cual se prorroga la emergencia sanitaria por el nuevo Coronavirus que causa la COVID – 19, se modifica la resolución 385 del 12 de marzo de 2020, modificada por las Resoluciones 407 y 450 de 2020 y se dictan otras disposiciones".

**Resolución 1462 de 2020.** "Por la cual se prorroga la emergencia sanitaria por el nuevo Coronavirus que causa la Covid – 19, se modifican las resoluciones 385 y 844 de 2020 y se dictan otras disposiciones.

**Resolución 1128 de 2020.** "Por la cual se reglamenta la inscripción de oficio al sistema de Seguridad Social en Salud de las personas que no se encuentran afiliadas o se encuentren con novedad de terminación de la inscripción en la EPS".

**Resolución 2077 de 9 de diciembre de 2021,** Por la cual se adopta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud-CUPS. Esta Resolución permite definir si los procedimientos que son solicitados para autorizar.

**Resolución 2260 de 20 de Diciembre de 2021,** Por la cual se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, y se adopta la metodología para definir el presupuesto máximo.

**Resolución 2273 del 22 de diciembre de 2021,** Por la cual se adopta el listado de servicios y tecnologías que serán excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, al haberse evidenciado que cumplen con alguno de los criterios determinados en el Artículo 15 de la Ley Estatutaria de la Salud.

**Resolución 2292 del 23 de diciembre de 2021,** Por la cual se actualiza el **Plan de Beneficios en Salud** con cargo a la Unidad de Pago por Capitación del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esta Resolución contiene tres (3) anexos que hacen parte integral de la misma: Anexo 1 "Listado de Medicamentos del PBS con cargo a la UPC", Anexo 2 "Listado de procedimientos en Salud con cargo a la UPC" y Anexo 3 "Listado de Procedimientos de Laboratorio Clínico del PBS con cargo a la UPC". Esta Resolución y sus anexos permiten definir si la tecnología solicitada es PBS o es NO PBS, o si se trata de una Prestación no financiable por el SGSSS.

**Resolución 2381 de 29 de diciembre de 2021,** Por la cual se fija el valor de la unidad de pago por capitación – UPC para el plan de beneficios en salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia de 2021 y se dictan otras disposiciones. (Incluye zona de dispersión geográfica)

## DESARROLLO DE CONTENIDO

### 1. CANALES DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

Para los trámites de Autorización, la E.P.S Sanitas ha dispuesto diferentes canales de comunicación, en los cuales el prestador de servicios puede realizar consultas o solicitud de autorizaciones.

#### 1.1 Canal no presencial:

La E.P.S Sanitas ha trabajado en modelos de autorización no presenciales, en los cuales se fortalezca la comunicación entre prestador y asegurador sin que el usuario requiera realizar trámites intermedios.

Para la correcta operación del modelo de autorización no presencial es necesario que el usuario mantenga actualizados sus datos de contacto, dado que la respuesta a las solicitudes de servicios pueda ser remitida con éxito mediante mensaje de texto. Actualmente se dispone la información de servicios autorizados al prestador a través del validador de usuarios herramienta tecnológica dispuesta por E.P.S SANITAS a la red de prestadores.

Los canales no presenciales son los ideales para el trámite de servicios administrativos y a través de ellos, en una

Interacción continua y ordenada, los prestadores o los usuarios sin acudir a los puntos de atención presencial, pueden solicitar sus servicios de manera directa y obtener una respuesta ágil en tiempos oportunos. El objetivo de este modelo es ofrecer a los afiliados y prestadores de la EPS Sanitas a nivel nacional un trámite oportuno de autorizaciones de servicios médicos evitando el desplazamiento a las oficinas. Existen diferentes herramientas en este modelo:

- **Interfaz tecnológica entre historia clínica (Avicena) y el sistema autorizador**, cuando el médico realiza el ordenamiento de servicios de salud, de forma automática la herramienta tecnológica de historia clínica (AVICENA) estableciendo interfaz con la herramienta tecnológica autorizadora (Beyond Health y SM Autoriza) genera las autorizaciones teniendo en cuenta el direccionamiento, la georreferenciación, sin que el usuario tenga que desplazarse para solicitar de forma presencial las autorizaciones. Este canal es empleado en los prestadores que utilizan la historia clínica de AVICENA. También pueden realizar la solicitud de las autorizaciones directamente a la E.P.S en servicios que requieran continuidad de atención.
- **Modelo de autorización BackOffice:** El prestador remite la información de los servicios derivados de la consulta de medicina general o especializada directamente a E.P.S Sanitas, la cual genera la autorización y

a su vez remite la información de respuesta al usuario respecto al direccionamiento y georreferenciación establecidos para el acceso al servicio, de igual forma expone en la herramienta tecnológica validador de usuarios los servicios autorizados, los cuales cada IPS podrá consultar.

Aplica tanto en servicios hospitalarios como ambulatorios y permite el trámite de:

- Atenciones posteriores a la urgencia o extensiones hospitalarias en atenciones no programadas.
- Solicitud de servicios electivos derivados de consulta o egreso hospitalario, servicios que requieran continuidad de atención tales como los oxígenos, diálisis, algunas terapias entre otros.

- **Solicitud por planilla:** A través del cual el prestador remite la información de los servicios derivados de la consulta de medicina general o especializada directamente a E.P.S Sanitas, de forma ordenada y estandarizada, según acuerdo previo para su procesamiento en el Back office donde se genera la autorización y a su vez remite la información de respuesta al usuario respecto al direccionamiento y georreferenciación establecidos para el acceso

al servicio, de igual forma expone en la herramienta tecnológica validador de usuarios los servicios autorizados, los cuales cada IPS podrá consultar.

- **Validador de usuarios:** El validador de usuarios es una herramienta tecnológica de consulta dispuesta por

EPS SANITAS hacia la red de prestadores para realizar las consultas sobre la validez de una autorización o

Solicite el código de validación de derechos en consultas de urgencia. Para el acceso al validador el prestador debe contar con una clave de acceso propia asignada por la E.P.S que le permitirá realizar los trámites requeridos.

El prestador que hará uso del validador debe solicitar a la E.P.S una capacitación presencial en la herramienta en la cual se explorará y se realizarán pruebas para validar que funcione de manera adecuada, las condiciones de la capacitación serán definidas de acuerdo con la disponibilidad y el medio del cual disponga el prestador.

- **MIPRES:** Plataforma del Ministerio de Salud (Mi prescripción), a través del cual se realizan las solicitudes de tecnologías no cubiertas por el plan de beneficios (PBS), con cargo a la UPC por parte de la Red de Prestadores.

- **Oficina virtual:** Solicitud de autorización por página web de la E.P.S Sanitas, en la cual el afiliado solicita la autorización cargando la orden de servicios, desde la plataforma virtual se remite para trámite en back office y se entrega la información de respuesta al usuario respecto al direccionamiento establecidos para el acceso al servicio, de igual forma expone en la herramienta tecnológica validador de usuarios los servicios autorizados, los cuales cada IPS podrá consultar.
- **Autorizaciones periódicas,** mediante las cuales la E.P.S Sanitas entrega de manera anticipada las autorizaciones para tratamientos de usuarios crónicos que requieren medicamentos o servicios son ordenados por su médico tratante para más de un mes, las cuales se entregan con fecha futura y vigencia de 30 días.
- **Integración tecnológica:** Se trata de una herramienta tecnológica que se implementará en el modelo de articulación el cual permite a la IPS trabajar en línea con EPS SANITAS disminuyendo los trámites administrativos para los afiliados y la prespecialidad en las oficinas de atención, ya que el usuario saldrá con
- la respectiva autorización desde el consultorio médico. Para la implementación de este medio, previamente se realizará acercamiento de las áreas de tecnología de la EPS y de la IPS, para determinar el grado de madurez tecnológica y definir la implementación.

- **Telefónico:** Canal dispuesto para la consulta del estado administrativo del usuario en el momento de las atenciones de urgencias o los trámites adicionales requeridos, cuando el usuario se encuentra en estado no habilitado.
- **Conector OSI:** El aplicativo permite radicar o consultar solicitudes relacionados con la verificación del estado administrativo del usuario a los colaboradores en el momento de la atención o los trámites adicionales requeridos.

## **1.2. Presenciales**

- **Oficinas de Servicios Médicos:** EPS SANITAS garantizando la atención de toda la población dispone de oficinas **de Atención al Usuario, a través de este medio el afiliado o a quien éste delegue, puede acercarse a uno de los** puntos de atención de cada territorio de residencia, para radicar los soportes necesarios y obtener la autorización (Impresa o SMS), cuando no desee utilizar los canales no presenciales.  
Al consultar un usuario por cualquiera de los canales, éste puede tener novedades administrativas las cuales se reflejan en el estado para la prestación de servicio
- **Habilitado:** El usuario no presenta novedades y se encuentra activo para la prestación de cualquier servicio.
- **No habilitado:** Usuario con alguna novedad en su afiliación o trámite de pago de aportes que le limitan el acceso a los servicios de salud, aplicando lo definido en el Decreto 2353 de 2015. Son causales para este estado: Mora en los aportes superando los tiempos o condiciones establecidas en la citada norma, usuario que ha superado el periodo de protección laboral y no presenta una nueva afiliación.

Es deber del prestador validar que el usuario forme parte de las poblaciones especiales definidas normativamente o por política institucional. Dichas personas dadas sus condiciones de vulnerabilidad, deben recibir atención en salud, independientemente del estado de la afiliación del usuario.

Cuando el usuario se encuentre en el validador en estado “no habilitado”, se debe realizar trámite telefónico por la línea, mediante la cual la llamada será derivada a revisión por un asesor de E.P.S Sanitas.

NOVEDADES DE AFILIACIÓN EN BEYOND HEALTH.				
CONDICIÓN DEL USUARIO EN EL APLICATIVO BH.	MOTIVO.	GESTIÓN POR PARTE DE AUTORIZACIONES.	GESTIÓN POR PARTE DE LA IPS.	DESCRIPCIÓN.
TIENE EL SERVICIO SUSPENDIDO.	Inconsistencia En Pagos De Cotización Obligatoria. (No pago por 2 periodos consecutivos)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verifique en el sistema Beyond Health (BH) los pagos realizados por el usuario, revise que más no estén reflejados en el sistema en pagos. <b>Nota:</b> Esta actividad se debe realizar para afiliados independientes y dependientes.</li> <li>2. De acuerdo a la revisión solicite a través del CONECTOR OSI la activación del usuario adjuntando los soportes de acuerdo a la respuesta genere la autorización manual correspondiente.</li> </ol>	Solicite a la Institución Prestadora de Salud (IPS), enviar por correo electrónico los soportes de pagos solicitados según la revisión realizada en el sistema.	"Para independientes o cualquier miembro de su grupo familiar se deben garantizar tratamientos en curso hasta 4 periodos consecutivos de mora.
	Inconsistencia En Pagos De UPC Adicional.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verifique en el sistema Beyond Health (BH) y si aparece esta causal quiere decir que el usuario no tiene activa la afiliación.</li> <li>2. No genere autorización.</li> <li>3. Cree el CONECTOR OSI y verifique que documentos le hacen falta al usuario, para posteriormente informarle al usuario a través de la Institución Prestadora de Salud (IPS).</li> </ol>	Solicite a la Institución Prestadora de Salud (IPS), enviar por correo electrónico los soportes de los documentos faltantes, según la respuesta emitida por CONECTOR OSI.	
	Faltan Anexos De Afiliación.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verifique en el sistema Beyond Health (BH); si el usuario se encuentra en periodo de Protección Laboral.</li> <li>2. Si el usuario NO cumple los criterios de protección laboral, no tiene derecho al servicio.</li> </ol>		"Se termina la inscripción en una EPS, cuando el empleador reporta la novedad de retiro laboral del trabajador dependiente y el afiliado no reporta la novedad de contacto como independiente, como afiliado adicional o como beneficiario dentro de la misma EPS y no opere o se hubiere agotado el periodo de protección laboral o el mecanismo de protección cesante, ni la movilidad entre regímenes.
	Sin Empleador Vigente.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Las personas afiliadas al Régimen Subsidiado que adquieran capacidad de pago y que estén en la obligación de afiliarse en el Régimen Contributivo se mantienen en la misma EPS y recibirán todos los beneficios junto con su núcleo familiar. Los usuarios tienen derecho a los servicios, bajo el Régimen Contributivo así estos no aparezcan en el sistema.</li> <li>2. Genere la autorización manual.</li> </ol>		
NO HA INICIADO COBERTURA INTEGRAL.	Movilidad Entre Regímenes.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verifique en el sistema Beyond Health (BH); si el usuario se encuentra en periodo de Protección Laboral.</li> <li>2. Si el usuario NO cumple los criterios de protección laboral, no tiene derecho al servicio.</li> </ol>		
	Afiliación Aún No Inicia Cobertura En La EPS.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verifique en el sistema Beyond Health (BH) y si aparece esta causal quiere decir que el usuario NO se encuentra afiliado, por lo que no tiene servicios con EPS Sanitas.</li> <li>2. Revise en el módulo de Afiliaciones el estado de servicio, si la fecha de activación del servicio es posterior a la fecha de afiliación, verifique en la página de ADRES <a href="https://www.adres.gov.co/BDUA/Consulta_Afiliados">https://www.adres.gov.co/BDUA/Consulta_Afiliados</a> BDUU la EPS a la cual pertenece el usuario.</li> <li>3. Indique a la IPS la EPS a la cual pertenece el usuario, ya que EPS Sanitas no dará cobertura al servicio solicitado.</li> </ol>	La Institución Prestadora de Salud (IPS) solicitará las autorizaciones ante la EPS que registre afiliación en el ADRES.	"El traslado entre EPS producirá efectos a partir del primer día calendario del mes siguiente a la fecha del registro de la solicitud de traslado en el Sistema de Afiliación Transaccional, cuando este se realice dentro de los 5 primeros días del mes. "Cuando el registro de la solicitud de traslado se realice con posterioridad a los 5 primeros días del mes, el mismo se hará efectivo a partir del primer día calendario del mes subsiguiente a la fecha del citado registro.
TIENE DERECHO A URGENCIAS.	Protección Laboral.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verifique en el sistema Beyond Health (BH) la fecha de inicio de Protección Laboral.</li> <li>2. Genere la autorización en Beyond Health (BH), el sistema le permitirá realizar la autorización.</li> <li>3. Tenga presente los siguientes aspectos:  <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Protección Laboral 1 Mes:</b> Un año de cotización continua e ininterrumpida, en la misma EPS.</li> <li>• <b>Protección Laboral 3 Meses:</b> Cinco años de cotización de manera continua e ininterrumpida en la misma EPS.</li> </ul> </li> </ol> <p>--&gt; Los beneficios durante el periodo de protección laboral consisten en que al afiliado y a su familia solo les serán atendidas aquellas enfermedades que venían en tratamiento o aquellas derivadas de una urgencia.</p> <p>--&gt; La atención solo se prolongará hasta la finalización del respectivo periodo de protección laboral. Las atenciones nacionales o aquellas que superen el período descrito, corren por cuenta del usuario.</p>		

### 3. TIEMPOS DE RESPUESTA PARA LA AUTORIZACION DE SERVICIOS MEDICOS

Tipo de solicitud	Tiempo Máximo para Definición
<b>Urgente:</b> Servicios posteriores a la atención inicial de urgencias	Hasta 2 horas
<b>Urgente con Ampliación de Historia Clínica:</b> Servicios urgentes con solicitud de ampliación de información.	Hasta 3 horas
Servicios adicionales a la primera autorización en urgencias o internación	Hasta 6 horas
Electivos prioritarios	Hasta 2 días <b>hábiles</b>
Servicios electivos (programados)	Hasta 5 días <b>hábiles</b>

### 4. VIGENCIA DE LA AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS

Los volantes de autorización para servicios ambulatorios tienen una vigencia de 120 días o según lo descrito en la orden médica. Las autorizaciones de medicamentos tienen vigencia de 30 días, a excepción de los medicamentos controlados con vigencia de 15 días, para tratamiento de usuarios crónicos se generan autorizaciones periódicas con fecha futura y vigencia de 30 días.

### 5. SERVICIOS NEGADOS

Según lo establecido en la Resolución 1885 de 2018 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social se genera negación a los servicios que hagan parte del listado de exclusiones vigentes. Para notificarle al afiliado la decisión, se diligencia el "FORMATO DE NEGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y/O MEDICAMENTOS" teniendo en cuenta la normatividad vigente, que para el año 2022 es la Resolución 2273 de 2021 del Ministerio de Salud, adjuntando como soporte de negación dicho formato firmado por el afiliado.

## 6. VALIDACION DE DERECHOS

EPS Sanitas cuenta con la herramienta tecnológica llamada VALIDADOR DE DERECHOS la cual tiene como función verificar el estado del contrato del usuario al momento de la prestación del servicio: habilitado o no habilitado (activo o no activo), verificar autorizaciones de servicios y el valor a recaudar por concepto cuotas moderadoras y copagos, sin importar el plan seleccionado con el cual se inició el registro de atención, se mostrarán todas las autorizaciones asociadas al prestador que tenga por la EPS o por el plan complementario, identificando el régimen al cual corresponde el usuario, evitando cobros innecesarios en nuestra población priorizada.

Al tomar la autorización por parte de la IPS prestadora el registro de atención cambiara y quedara con la compañía y el plan de la autorización, la herramienta mostrara los servicios según número de autorización y código cups del mismo.

Notificara a las IPS prestadoras de inconsistencias generadas en afiliación o cambios de categoría según acuerdo 260 vigente.

Esta información se comparte a través del canal de servicio definido para los prestadores en la página oficial de EPS Sanitas <https://www.epssanitas.com/usuarios/web/nuevo-portal-eps#gsc.tab%3D0&gsc.tab=0>



## 7. RECAUDO DE PAGOS COMPARTIDOS

Será recaudada por el prestador en los casos en los que aplique, el usuario se presentará con el número de autorización en el cual se indica la categoría a la que pertenece el usuario de acuerdo con su rango salarial o podrá consultar en el validador dicha categoría. El prestador realizará el cobro según corresponda de acuerdo con la tabla de cuotas moderadoras vigente para el año en curso y descontará dicho valor recaudado como un pago anticipado de la factura.

**Tabla 1 Régimen contributivo valor cuota moderadora 2022 vrs valor cuota moderadora 2021.**

RANGO DE INGRESOS EN SMLMV	PORCENTAJE DEL SMLDV (ACUERDO 260)	VALOR CUOTA MODERADORA 2021	EQUIVALENCIA DEL % DE SMLDV EN % DE UVT	VALOR CUOTA MODERADORA 2022		VALOR CUOTA MODERADORA 2022 (Con aproximación a centena más cercana)	
MENOR A 2 SMLMV	11,70%	3.500	9,64%	3.663	4,67%	3.700	5,71%
ENTRE 2 y 5 SMLMV	46,10%	14.000	38,56%	14.654	4,67%	14.700	5,00%
MAYOR 5 SMLMV	121,50%	36.800	101,36%	38.519	4,67%	38.500	4,62%

SMLMV: Salario Mínimo Legal Mensual Vigente, Decreto 1785 de 2020.

SMLDV: Salario Mínimo Legal Diario Vigente, Decreto 1785 de 2020.

UVT: Unidad de Valor Tributario, Resolución 140, 25/12/2021, DIAN. (Incremento a 2022 de 4,67%).

Nota: Los valores resultantes de la aplicación de los porcentajes establecidos en el Artículo 8o. del Acuerdo 260 del CNSSS, se ajustarán a la centena más cercana. (Acuerdo 030 de 2011 de la Comisión de Regulación en Salud, párrafo del Artículo Décimo Primero) y de conformidad con lo determinado en la Ley 1955 de 2019, se calculan con base en su equivalencia en términos de la Unidad de Valor Tributario – UVT, actualizados al 4.67%

### 7.1. Copago

El recaudo del copago será efectuado por la red prestadora, para este efecto en la autorización emitida la E.P.S le informará el porcentaje a descontar de acuerdo con el rango salarial del usuario, el cual finalmente debe reflejarse

como un anticipo de pago a la factura.

En los casos en que el usuario manifieste la imposibilidad de asumir el costo del copago, el prestador deberá hacer firmar el acuerdo de pago a que haya lugar para asegurar su recaudo posterior. En los servicios ambulatorios, los prestadores que cuenten con la herramienta tecnológica dispuesta por EPS SANITAS validador de usuarios, podrán consultar en esta aplicación el porcentaje que de acuerdo con su rango salarial deberá pagar el usuario beneficiario al momento de la atención.

**Tabla 2: Porcentaje de copagos a recaudar según rango salarial- régimen contributivo (Pagos compartidos)**

RANGO DE INGRESOS EN SMLMV	PORCENTAJE DEL VALOR DEL SERVICIO
MENOR A 2 SMLMV	11,50%
ENTRE 2 y 5 SMLMV	17,30%
MAYOR 5 SMLMV	23,00%

Para los servicios que requieren número autorización incluidos los hospitalarios, en dicho documento se define el porcentaje a recaudar por el prestador por este concepto de acuerdo con el valor final de la atención. Si el usuario tiene alguna condición particular que lo exonere del copago, en la autorización en oficina virtual saldrá marcado sin cobro o en el campo "copago o cuota moderadora" Se reflejará con valor cero (0) y por lo tanto no habrá lugar a recaudo en estos

La herramienta validador de derechos identifica mediante mensajes emergentes a los usuarios a los que no se les genera cobro por razones especiales de su condición (población priorizada) o su patología. En estos casos no deben realizar recaudo y el valor del copago se refleja en cero (0).

El valor recaudado se debe recaudar como un pago anticipado de la factura.

**Tabla 3. Tope máximo por evento año- régimen contributivo**

RANGO DE INGRESOS EN SMLMV	PORCENTAJE DEL SMLMV (ACUERDO 260)	VALOR EN SMLMV 2021	EQUIVALENTES EN CANT. UVT 2021	VALOR EN UVT 2022	ACTUALIZACIÓN 2022 / 2021
MENOR A 2 SMLMV	28.7%	260.747	7,18	<b>272.924</b>	<b>4,67%</b>
ENTRE 2 y 5 SMLMV	115,00%	1.044.805	28,78	<b>1.093.597</b>	<b>4,67%</b>
MAYOR 5 SMLMV	230,00%	2.089.610	57,55	<b>2.187.195</b>	<b>4,67%</b>

Salario Mínimo Legal Mensual Vigente – Decreto 1785 de 2020.

UVT: Unidad de Valor Tributario, Resolución 140, 25/12/2021, DIAN. (Incremento a 2022 de 4,67%).

Evento o servicio, por ejemplo, una cirugía o una hospitalización con atención no quirúrgica.

Nota: Los valores resultantes de la aplicación de los porcentajes establecidos en el Artículo 9o. del Acuerdo 260 del CNSSS se calculan de conformidad con lo determinado en la Ley 1955 de 2019, con base en su equivalencia en términos de la Unidad de Valor Tributario – UVT, actualizados al 4.67%

**Tabla 4. Tope máximo copagos año- régimen contributivo**

RANGO DE INGRESOS EN SMLMV	PORCENTAJE DEL SMLMV (ACUERDO 260)	VALOR EN SMLMV 2021	EQUIVALENTES EN CANT. UVT 2021	VALOR EN UVT 2022	ACTUALIZACIÓN 2022 / 2021
MENOR A 2 SMLMV	57.5%	522.402	14,39	<b>546.799</b>	<b>4,67%</b>
ENTRE 2 y 5 SMLMV	230,00%	2.089.610	57,55	<b>2.187.195</b>	<b>4,67%</b>
MAYOR 5 SMLMV	460,00%	4.179.220	115,10	<b>4.374.389</b>	<b>4,67%</b>

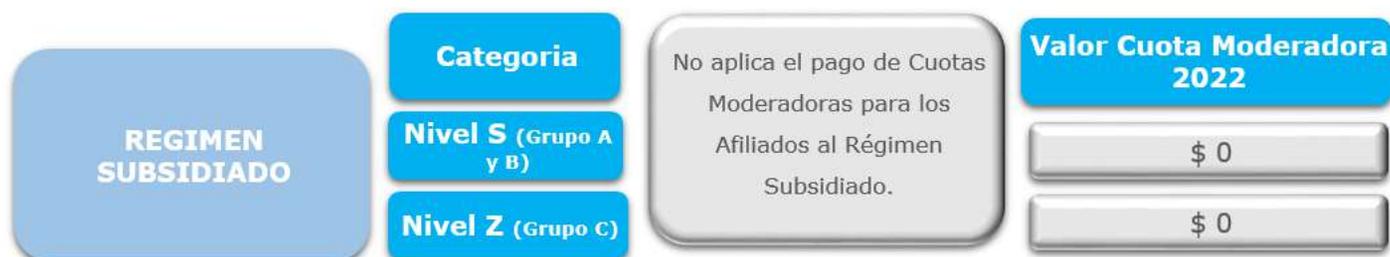
Salario Mínimo Legal Mensual Vigente – Decreto 1785 de 2020.

UVT: Unidad de Valor Tributario, Resolución 140, 25/12/2021, DIAN. (Incremento a 2022 de 4,67%).

Año calendario, agregado de copagos del 1° de enero al 31 de diciembre de cada anualidad.

**Tabla 5: Porcentaje a recaudar régimen subsidiado**

REGIMEN SUBSIDIADO	PORCENTAJE DEL VALOR DEL SERVICIO
COMO MAXIMO EL:	<b>10,00%</b>



**Tabla 6: Porcentaje a recaudar por evento régimen subsidiado**

REGIMEN SUBSIDIADO	PORCENTAJE DEL SMLMV (ACUERDO 260)	VALOR EN SMLMV 2021	EQUIVALENTES EN CANT. UVT 2021	VALOR EN UVT 2022	ACTUALIZACIÓN 2022 / 2021
TOPE POR EVENTO	50%	454.263,00	12,51	<b>475.477,08</b>	<b>4,67%</b>
TOPE AL AÑO CALENDARIO	100%	908.526,00	25,02	<b>950.954,16</b>	<b>4,67%</b>

REGIMEN SUBSIDIADO		
PERIODO 2022	Categoría	
	Nivel 1 (Grupo A y B)	Nivel 2 (Grupo C)
% Porcentaje por Servicio	0%	10%
Valor Máximo por Evento	No Aplica	\$475,472*
Valor Máximo por Año	No Aplica	\$ 950954*

\*Grupo B de la cuenta SSBENIV mayor a 1 año de edad

## 8. AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS POSTERIORES A LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS

### 8.1. Lineamientos

- La solicitud de servicios posteriores a la atención de urgencias debe realizarse por canales no presenciales desde el prestador a la E.P.S Sanitas empleando la plataforma definida para tal fin cuando se trata de autorizaciones de continuidad de atención Hospitalaria o canales no presenciales cuando se realice ordenamiento para prestación de servicios ambulatorios.
- El usuario dispone de canales no presenciales tales como la oficina virtual para el trámite de sus solicitudes ante el asegurador.
- Las autorizaciones que se generen por parte de la EP.S. Sanitas, quedarán disponibles para ser consultadas por la IPS practicante mediante la herramienta tecnológica dispuesta por EPS SANITAS actualmente a través del validador de usuarios cuando la autorización se encuentre en estado impreso aprobado.
- Cada IPS sólo tendrá acceso en el validador de usuarios para visualizar las solicitudes que se emitieron para prestar en dicha institución, siempre y cuando estas requieran la emisión de un volante de autorización según el modelo de contratación pactado entre prestador y asegurador.

- Si se trata de prestaciones que no requieran de autorización para ser realizadas, el prestador empleará el validador de usuarios para verificar el estado administrativo del usuario en el momento de la atención.
- Para la solicitud de consultas por medicina especializada se requerirá adoptar el proceso de referencia y contra referencia establecido por la EPS SANITAS. La estructura de datos para la referencia y contra referencia deberá cumplir con la información clínica que permita al profesional receptor evaluar el motivo de consulta, y genere una nueva conducta o una contra referencia e indicaciones al médico tratante en la red primaria correspondiente.
- Las órdenes médicas generadas por Médico General o Médico Especialista con prestadores no adscritos a la Red de prestadores de E.P.S Sanitas o atenciones que se realicen de manera particular por el usuario en la red, deberán ser derivadas para consulta de médico general en el prestador asignado.
- La única excepción para tramitar órdenes derivadas desde consultas descritas en el literal anterior, es cuando se trata de casos con diagnóstico Oncológico, para lo cual se debe solicitar al usuario los soportes, escanearlos y direccionar el caso al correo [atencionpreferencialeps@colsanitas.com](mailto:atencionpreferencialeps@colsanitas.com)
- A partir del ordenamiento generado en la consulta de urgencias no se deberán emitir autorizaciones de medicamentos para más de un mes, aunque se trate de usuarios con patologías crónicas. Estos deberán ser remitidos a su programa o en su defecto a consulta de medicina general de la E.P.S, para definir el manejo requerido dentro del marco de atención del programa.

Posterior a la valoración y concepto emitido por el médico tratante, la IPS realiza la definición de la conducta del usuario, la cual puede ser dar de alta o que el usuario continúe en internación hospitalaria. Para los casos de manejo ambulatorio la IPS procederá conforme al siguiente procedimiento

## **8.2. Dar de alta para atención ambulatoria por medicina general:**

Copyright Eps Sanitas, 2020 Este documento es propiedad de La EPS Sanitas y aplica para uso exclusivo de EPS SANITAS S.A y su contenido es confidencial. Este documento no puede ser reproducido, en su totalidad o parcialmente, ni mostrado a otros, ni utilizado para otros propósitos que los que lo han originado, sin el permiso escrito de la EPS Sanitas.

Si el usuario posterior a la urgencia es dado de alta con control por consulta externa de medicina general, el profesional tratante en la institución de urgencias le solicitará continuar su manejo de manera programada, para este efecto no requiere entregarle orden médica pero sí dejar constancia de la consulta en la historia clínica.

El usuario podrá solicitar por los canales no presenciales la atención con el médico general de acuerdo con su prestador asignado o también podrá acceder mediante consulta prioritaria.

### **8.3. Dar de alta con solicitud de servicios ambulatorios:**

El profesional tratante podrá generar órdenes para tratamientos ambulatorios de corta duración por patologías de manejo agudo, o podrá solicitar al usuario continuar su atención de manera programada con especialidades o requerimiento de apoyo diagnóstico complementario.

Si el usuario requiere manejo ambulatorio con medicamentos, se le entregará fórmula médica la cual podrá reclamar presentando autorización en los puntos del operador logístico de medicamentos, dicha autorización podrá obtenerla a través de la página web ingresando con su nombre de usuario y contraseña y enviando la solicitud acompañada de las órdenes médicas, según las condiciones de oportunidad para solicitudes prioritarias, o en las oficinas de atención al usuario de la E.P.S Sanitas

Para los servicios tales como: laboratorios, imágenes diagnósticas de baja complejidad o consultas por medicina especializada, el prestador solicitará mediante modelo no presencial la autorización del servicio a través de la planilla de reporte de servicios directamente a la E.P.S Sanitas, tal y como se describe en el "Procedimiento de autorización de servicios electivos ambulatorios cubiertos por PBS", los servicios solicitados al usuario para trámite ambulatorio.

Consultar documento procedimiento: [Autorización de servicios médicos electivos ambulatorios cubiertos por PBS](#)

Las autorizaciones quedarán disponibles para el prestador de destino según corresponda en el validador de usuarios de la E.P.S Sanitas, donde cada IPS puede consultar por documento de identificación o número de volante de

servicios, si son servicios que no requieren autorización de acuerdo con el modelo de contratación del prestador, el

Usuario puede acceder presentando solamente la orden médica y el prestador deberá realizar la consulta del estado administrativo del usuario en el momento de la prestación del servicio en el validador de usuarios.

Los servicios aprobados serán notificados por correo electrónico y mensaje de texto al usuario una vez sean expedidas las autorizaciones de acuerdo con el tiempo de respuesta para los servicios electivos prioritarios.

La IPS recaudará el copago del evento de acuerdo con lo informado en la autorización del evento, si este no corresponde a una atención de alto costo o el usuario cumple con alguna condición que lo exonere de pagos moderadores, lo cual se reflejará en el validador de usuarios con marcas médicas. En el anexo de marcas médicas se detallan los servicios exonerados según la marcación médica correspondiente.

Consultar procedimiento: [guía Marcas médicas.](#)

Requiere egreso desde urgencias con manejo por el PHD, la IPS solicitará por correo electrónico la valoración del afiliado a través de los correos estipulados. Si el usuario cumple condiciones para ser manejado en PHD el prestador domiciliario asignado al usuario, se desplazará a la institución que atiende la urgencia para definir las condiciones de traslado al domicilio.

Si se requiere oxígeno domiciliario para el egreso desde urgencias la IPS remitirá la solicitud al correo electrónico [boxigeno@colsanitas.com](mailto:boxigeno@colsanitas.com) los datos del usuario incluyendo dirección exacta del domicilio y número de contacto, persona de contacto alternativo, datos del requerimiento de oxígeno dosificación, con estos datos se tramitará la solicitud con el prestador de oxígeno quien se encargará de disponer el suministro en el domicilio del usuario para continuar con el egreso en condiciones seguras. También se debe asegurar consulta con el prestador asignado al usuario, para garantizar el retiro del oxígeno de manera oportuna según condiciones clínicas del usuario.

## **9. AUTORIZACIONES EN EL MODELO NO PROGRAMADO (ATENCIÓNES DE URGENCIAS-SERVICIOS)**

Cuando el prestador recibe una solicitud de atención de urgencias solicitará a través del validador de usuarios o del asesor en línea el código de validación de derechos el cual se emite como garantía del derecho administrativo del

usuario para la atención. Cuando el usuario se encuentre en el validador en estado "no habilitado", se debe realizar trámite telefónico por la misma línea, mediante la cual la llamada será derivada a revisión por un asesor de E.P.S Sanitas.

Si el usuario como parte de su atención requiere ser hospitalizado o la realización de procedimientos quirúrgicos, el prestador deberá solicitar su autorización a través de la plataforma SIF hospitalaria, utilizando el Token de acceso asignado por la E.P.S para trámite. La solicitud debe contener los anexos que permitan el análisis y la correcta autorización del servicio. Si el prestador aún no cuenta con clave de acceso para la plataforma podrá solicitar la autorización por correo electrónico.

Para el caso de las hospitalizaciones, la E.P.S sanitas generará autorización de los días de estancia que el usuario requiera para resolver su patología. Los cambios de estancia de hospitalización básica, para un servicio de mayor complejidad tales como: de piso a unidad de cuidado intensivo- de unidad de cuidado intensivo a intermedio- de unidad de cuidado intensivo a piso, etc, requerirán de una nueva solicitud para extensión de la hospitalización. La E.P.S generará un número de autorización por cada solicitud tramitada, el prestador debe solicitar las autorizaciones previo al inicio de la atención o máximo en un plazo de 24 horas.

Para el caso de los procedimientos quirúrgicos se genera un número de autorización por cada procedimiento realizado, la autorización se solicitará previa a la prestación del servicio salvo que se trate de una urgencia, aún así no se debe limitar la prestación del servicio efectivo a la generación inmediata de la autorización.

Al finalizar el evento hospitalario el prestador podrá obtener a partir de la plataforma SIF por el perfil de consulta, un resumen con los servicios requeridos y los números de las autorizaciones generadas para cada servicio durante el evento hospitalario, la cual le servirá como soporte para la radicación de la cuenta.

Los trámites para el egreso temprano tales como el suministro de oxígeno para pacientes nuevos y los egresos para programa de hospitalización domiciliaria, también serán tramitados por este correo electrónico [booxigeno@colsanitas.com](mailto:booxigeno@colsanitas.com) directamente por el prestador una vez ordenados por el médico tratante.

La plataforma para solicitud de servicios hospitalarios tiene disponibilidad 7 días a la semana 24 horas al día.

Consultar documento procedimiento: [Autorización de servicios hospitalarios cubiertos por PBS](#)

## **7.2. Tramite de Servicios NO PBS Intrahospitalarios**

Para la autorización de servicios NO PBS hospitalarios, el prestador radicará por la plataforma MIPRES los servicios que se requieran como parte del proceso de atención de acuerdo con lo definido en la Resolución 1885 de 2018 Régimen Contributivo

El profesional tratante será el responsable de tramitar la solicitud, teniendo en cuenta que para ello estará debidamente registrado ante el RETHUS (Registro Especial de Talento Humano en Salud) y estará avalado por la Red de Prestadores para prescribir desde las Instituciones. En caso de urgencia vital la prescripción se realizará posterior a la prestación de servicios, máximo 12 horas después de la atención. Cuando se trate de medicamentos de dosis variables en los cuales no es fácil calcular la duración teniendo en cuenta la condición clínica del usuario se podrá realizar la prescripción al egreso, si el tiempo de estancia es inferior a 8 días calendario o máximo cada 8 días solicitando las dosis aplicadas. Será responsabilidad del tratante validar que el medicamento administrado esté registrado ante la entidad competente (INVIMA) para la patología para la cual es utilizado, o la indicación haga parte de la lista UNIRS (usos no indicados en el registro sanitario), en este último caso es necesario que previo al inicio del tratamiento se diligencie el consentimiento informado y se haga firmar por parte del paciente. Este documento deberá ser remitido a la E.P.S a través de la dirección electrónica <http://sanitas.portalsif.co/junta> y se adjuntará a la cuenta médica; de no ser remitido podrá constituir un motivo de devolución de la factura.

La respuesta del trámite será generada dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, el número de verificación del trámite (número de orden de servicios) emitido por la E.P.S, junto con el número de radicación de MIPRES deberán ser remitidos en la factura y son soportes obligatorios para el pago de este tipo de servicios.

Consultar documento procedimiento: [Autorización de servicios no cubiertos por PBS para régimen Contributivo y subsidiado vía MIPRES.](#)

## **7.3. Solicitudes de Referencia y Contrarreferencia Hospitalaria**

Los trámites de referencia serán solicitados por la Red Prestadora de manera directa mediante el envío del Anexo Técnico 9 y copia de la historia clínica, a través de correo electrónico, indicando en el asunto: **SOLICITUD DE REFERENCIA "NOMBRE USUARIO" "TIPO DOCUMENTO" "NUMERO DOCUMENTO"**.

También podrá radicar la solicitud a través del asesor en línea a nivel nacional. Los formatos deben contener la información clínica necesaria para presentar el caso a la Institución a la cual se va a remitir al paciente

### **El grupo de Referencia E.P.S será el responsable de:**

Tramitar las solicitudes de referencia interinstitucional, que se presenten todos los días del año durante las 24 horas del día según la condición clínica y el nivel de complejidad requerido por el usuario. Coordinar el servicio de ambulancia requerido por los afiliados en los siguientes casos:

- Cuando el usuario es aceptado en el prestador de destino, gestiona el traslado terrestre en el tipo de móvil requerido para el caso, o aéreo en los casos en que por complejidad o georreferenciación sea requerido; el prestador definirá el tipo de ambulancia que solicita según la condición clínica del usuario.
  
- Cuando un afiliado es remitido a una ciudad, para que la ambulancia lo recoja en el aeropuerto y lo traslade a la Institución.

### **La necesidad de remisión entre Instituciones se presenta cuando:**

El Afiliado se encuentra en una institución que no hace parte de la Red Prestadora de E.P.S Sanitas y su condición de salud permite el traslado. La Institución en la que se encuentra el Afiliado:

- ~~No cuenta con el nivel de complejidad para su atención.~~
- No tiene disponibilidad de camas.
- No tiene convenio para el servicio médico requerido. ➤ No puede realizarle los exámenes diagnósticos requeridos, Bien sea porque no cuenta con los equipos o estos no están en las condiciones para ser utilizados.

La remisión entre instituciones la debe solicitar el médico tratante de la institución o un funcionario de la Red Prestadora (adscrita o no) en la cual se encuentra el afiliado.

Una vez se reciba la solicitud de referencia se remitirá de manera inmediata un correo con la confirmación del trámite recibido y se asignará un número de radicado a dicho trámite, mediante el cual la Red Prestadora podrá consultar el estado de la remisión en caso de ser requerido. Los soportes adicionales necesarios para complementar la gestión de traslado podrán ser remitidos por la Red Prestadora al correo o vía fax durante los siguientes 30 minutos posteriores a la solicitud.

Consultar documento procedimiento: [Modelo de referencia y contrarreferencia.](#)

#### **7.4. Tramite de Citas Intrahospitalarias**

Cuando el usuario requiera una prestación que no pueda ser realizada en la institución tratante pero su prestación no implica la referencia hacia otra institución, el prestador solicitará el servicio al correo electrónico CITAS HOSPITALARIAS, indicando en el asunto SOLICITUD CITA PACIENTE INTRAHOSPITALARIO "NOMBRE USUARIO" "TIPO DOCUMENTO" "NUMERO DOCUMENTO". En el correo se debe consignar la información clínica necesaria para la Institución a la cual se va a solicitar el servicio. En el cuerpo del correo debe diligenciarse la siguiente información:

- Resumen de historia clínica.
- Evolución actual del paciente

- Orden medica con código CUPS del procedimiento.
- Datos completos de Acompañante (Nombre, teléfono).
- Tipo de ambulancia para traslado.
- Soportes específicos del paciente.
- Ubicación del paciente en la institución (Ej. Hab. Pabellón, piso).
- Funcionario responsable de la solicitud en la Red Prestadora y teléfono de contacto.

Una vez realizada la gestión para la consecución de la cita, con los datos de confirmación del prestador de destino, coordinará internamente el trámite de traslado en ambulancia y una vez finalizada la gestión le enviará al prestador solicitante los datos de la cita al correo registrado, junto con el número de autorización asignado para el prestador de destino.

## **10. AUTORIZACIONES DE PRESTADOR NO ADSCRITO**

Todos los usuarios que se encuentren dentro de un sistema de salud ya sea por coberturas del Régimen Contributivo, Subsidiado, Pólizas de Salud, Medicinas Prepagadas etc., pueden acceder libremente al manejo por urgencias en el ámbito nacional en cualquier institución médica que se encuentre habilitada para tal fin, consultar con instituciones o médicos particulares y practicarse exámenes en instituciones competentes que no se encuentran en la red de EPS Sanitas, en donde posterior a las prestaciones de estos servicios le pueden expedir ordenes médicas que el afiliado desee autorizar con cargo a la EPS; Para dar trámite a estas solicitudes se le debe aclarar a los afiliados que es necesario el cumplimiento de algunos criterios establecidos por la EPS para el acceso a estas autorizaciones según la norma lo define para el bienestar de los mismos.

El usuario debe acceder al modelo de EPS entrando por medicina general a través de la Unidad de Atención Primaria asignada (UAP) a través de la web en la página de la EPS Sanitas [www.epssanitas.com](http://www.epssanitas.com) o telefónicamente en el número 3759000 y asistir a una consulta de Medicina General en miras de establecer si la condición de salud del afiliado y lo solicitado por el profesional, es primordial para su diagnóstico y tratamiento, con esto el generará las ordenes médicas necesarias para el

Manejo de su patología y estaremos dando cumplimiento a la normatividad y al modelo de la EPS.

Para esto es necesario tener claro los diferentes canales por donde se puede emitir una orden médica.

## **8.2 Ordenamiento de prestaciones desde urgencias**

Los afiliados a EPS Sanitas pueden acceder a cualquier institución a nivel nacional para la atención por urgencias, de acuerdo a la evaluación médica se emiten las órdenes que el afiliado debe tramitar para su diagnóstico y tratamiento:

Las órdenes médicas generadas por Médico General para manejo o estudio post-urgencia no deben tramitarse, en este caso el usuario se debe direccionar a la consulta con médico de la Unidad de Atención Primaria UAP para estudio ambulatorio y definición de pertinencia de la solicitud.

Las órdenes médicas generadas por Médico Especialista para manejo o estudio post-hospitalización o post-urgencia deben tramitarse según direccionamiento autorizando lo solicitado, excepto en los casos de los programas especiales ejemplo: Hemofilia, Obesidad Hipertensión etc., sin derivar al usuario a la UAP, toda vez que el afiliado ya tiene un diagnóstico y un tratamiento en curso que debe tener continuidad.

Las órdenes médicas generadas por Médico General o Médico Especialista particular o de IPS no adscrita, se deben direccionar a consulta con Médico General de la UAP, las únicas excepciones para dar trámite a estas solicitudes serán factibles para afiliados con sospecha o diagnóstico oncológico para lo cual se debe solicitar al usuario los soportes, escanearlos y direccionar el caso al correo [atencionpreferencialeps@colsanitas.com](mailto:atencionpreferencialeps@colsanitas.com) y/o [rutapreferencialeps@colsanitas.com](mailto:rutapreferencialeps@colsanitas.com) indicándole al usuario respuesta en 72 horas .

Para La autorización de órdenes medicas entre especialidades y subespecialidades se debe seguir el direccionamiento publicado en la biblioteca de la página de la Vicepresidencia de Salud, teniendo en cuenta cuadro de referencia entre especialidades.

Los usuarios compartidos con órdenes de remisión a especialidades ordenadas por Médicos de Medicina Prepagada, no se autorizan, el acceso a estos profesionales por la EPS se logra exclusivamente cumpliendo el modelo establecido por la misma, la única excepción para el usuario compartido de Medicina Pre pagada de Keralty, es cuando hay un servicio rechazado por alguna de estas compañías.

## **8.3. Ordenamiento por Consulta Externa**

Las radicaciones de órdenes médicas formuladas por profesionales de la salud que no pertenecen a la red prestadora de EPS Sanitas y aquellas que son emitidas por los médicos de Medicina Prepagada, no se les dará trámite, estos afiliados deben solicitar una cita con su Médico General de la UAP y debemos tener en cuenta los siguientes parámetros:

Si es usuario exclusivo de EPS Sanitas y posee una orden expedida por un Médico particular puede solicitar una cita en su Unidad de Atención Primaria asignada (UAP) a través de la web en la página de la EPS Sanitas [www.epssanitas.com](http://www.epssanitas.com), o telefónicamente en el número 3759000 y asistir a una consulta de Medicina General en miras de establecer si la condición de salud del afiliado y lo solicitado por el profesional, es primordial para su diagnóstico y tratamiento, con esto el generará las ordenes médicas necesarias para el manejo de su patología y estaremos dando cumplimiento a la normatividad y al modelo de la EPS.

Para los usuarios cruce que tienen libre elección de UAP, pueden solicitar la cita con Medicina General bajo los parámetros anteriormente mencionados con el fin de cumplir modelo, estas consultas no requieren de autorización por lo tanto se pueden solicitar a través de la web en la página de la EPS Sanitas [www.epssanitas.com](http://www.epssanitas.com), o telefónicamente en el número 3759000.

## **8.4 Medicamentos**

Las órdenes médicas para autorización de medicamentos se harán efectivas para todos los usuarios de EPS Sanitas cuando sean solicitadas por instituciones de red o fuera de red habilitadas para la atención de urgencias, entendiéndose que no se recibirán aquellas que sean generadas por Médicos particulares, pólizas o servicios de atención médica domiciliaria que NO esté incluida dentro de la red adscrita.

Para los usuarios cruce se dará cobertura a los medicamentos que por el tipo de contrato excluya la entrega de los mismos aplicando el derecho a la complementariedad, pero es importante no generar autorizaciones para:

Pacientes con egreso hospitalario o quirúrgico a los cuales Colsanitas les da la cobertura por 15 días hábiles.

Los planes colectivos especiales con este beneficio como los contratos modulares quienes tienen incluidos los medicamentos.

Consultar documento procedimiento: [Política para aplicación de simultaneidad en usuarios eps sanitas -Colsanitas-Medisánitas](#)

**Nota:** Es de aclarar que los usuarios afiliados a otras prepagadas no tendrán cobertura de Complementariedad.

## **9. AUTORIZACIONES EN EL MODELO PROGRAMADO AMBULATORIO (SERVICIOS ELECTIVOS)**

Cuando el usuario requiere atenciones ambulatorias programadas se presentará en la Red Prestadora para acceder al servicio, y de acuerdo con lo definido en el modelo contractual se pueden aplicar uno o varios modelos para el trámite de autorizaciones, y requerirá o no volante de autorización para la prestación del servicio:

Consultar documento procedimiento: [\*Autorización de servicios médicos electivos ambulatorios cubiertos por PBS\*](#)

Previo acuerdo entre la Red Prestadora y E.P.S Sanitas, los servicios que, en términos generales, se tienen definidos que no requieren de autorización para la prestación:

- Servicios que presta el nivel básico de atención.
- Servicios definidos como de acceso directo: Consulta médica general, citología Cervicouterina, consulta de optometría, prueba de embarazo cualitativa.
- Servicios que hacen parte de convenios por modelos diferentes al evento: modelos de riesgo compartido, capitación, pago global prospectivo. En estos casos la población asignada no requerirá volante de autorización para el acceso al servicio.

Para acceder a la prestación del servicio, el usuario debe presentar como soporte los siguientes documentos:

- Orden Médica vigente.
- Documento de identificación.

El prestador que brinda el servicio, debe confirmar el estado del contrato a través del aplicativo "validador de usuarios"; una vez confirmado proceda a:

- **Afiliado habilitado:** Brinde el servicio previo recaudo del pago moderador correspondiente, cuando aplica.
- **Afiliado no habilitado:** Indagar con el afiliado el motivo de la novedad si la conoce, de lo contrario solicitar información al Asegurador sobre la novedad comunicándose a la línea 4867000 opción 2, mediante la cual la llamada será derivada a un Asesor para validación Aplica para todos los servicios que no se encuentran en lo descrito en el ítem anterior. Para acceder a la prestación del servicio, el usuario debe presentar como soporte los siguientes documentos:
  - Orden Médica vigente.
  - Documento de identificación.
  - Volante de autorización físico o número de autorización.

El prestador que brinda el servicio, debe confirmar el estado del contrato a través del aplicativo "validador de usuarios" Una vez confirmado proceda a:

- **Afiliado habilitado:** Brinde el servicio previo recaudo del pago moderador correspondiente, cuando aplica.
- **Afiliado no habilitado:** Indagar con el afiliado el motivo de la novedad si la conoce, de lo contrario solicitar información al Asegurador sobre la novedad comunicándose a la línea 4867000 opción 2, mediante la cual la llamada será derivada a un Asesor para validación.

En el caso que durante un procedimiento quirúrgico programado sea requerido un servicio distinto al inicialmente autorizado o exista un hallazgo intraoperatorio, éste debe ser solicitado dentro de las 24 horas siguientes a la

prestación del servicio, y soportado con descripción quirúrgica al correo del back office

Hospitalario [autorisanitas@colsanitas.com](mailto:autorisanitas@colsanitas.com) con el fin de obtener el cambio de volante o la expedición de una autorización de servicios complementarios si aplica.

### **9.3 Certificación De Servicios**

Para dar cumplimiento a la **Resolución 4331 de 2012**, y con el fin de no interrumpir el tratamiento en afiliados que reciben servicios de uso continuo y cuya suspensión puede representar riesgo de exacerbación de síntomas o descompensación del cuadro clínico, se ha definido para estos servicios un mecanismo de validación de derechos administrativos para los afiliados y certificación por parte del asegurador de los servicios prestados, para el posterior pago de los mismos sin que se requiera de ningún trámite de solicitud ante el asegurador, diferente a la remisión por parte de la Red de Prestadores que trabaja bajo este modelo, de los usuarios que reciben servicios durante el periodo.

El usuario deberá asistir a sus controles clínicos de manera regular de acuerdo con lo programado por el médico tratante, pero el servicio se prestará de manera continua hasta que el profesional así lo considere pertinente tal como se menciona en la normatividad vigente.

Las anteriores estrategias pretenden favorecer el acceso de la población a los servicios, que como asegurador se deben entregar a la población afiliada. Bajo esta modalidad se tramitan previo acuerdo de servicios entre la Red de prestadores y la E.P.S Sanitas los siguientes servicios: Oxígenos, autorizaciones de programas como VIH, Diálisis y PHD.

### **9.4 Solicitud De Servicios No Cubiertos Por El Plan De Beneficios – Tecnologías No PBS**

Para el trámite de servicios no cubiertos por el plan de beneficios la prescripción deberá realizarla el médico tratante de la Red Prestadora a través de la plataforma MIPRES, ingresando los datos requeridos bien como profesional

Independiente o como médico adscrito a una Institución.

El profesional tratante deberá tener en cuenta las siguientes recomendaciones a la hora de realizar una prescripción:

- Cuando requiere como parte del tratamiento, ordenar un medicamento NO PBS debe ingresar a MIPRES y
- realizar el diligenciamiento del formulario, los datos consignados por él no serán modificables por el asegurador.
- En un mismo formulario puede ingresar más de una prescripción, independientemente de que se trate de
- tecnologías de diferente grupo: Medicamentos, Insumos, Servicios complementarios, suplementos nutricionales, medicamentos de la lista UNIRS (Usos No Indicados en el Registro Sanitario).
- Se debe prestar atención durante el proceso de prescripción y asegurar que:
  - Prescribe el medicamento correcto/presentación correcta/forma farmacéutica correcta/dosis correcta/intervalo entre dosis correcto/tiempo y duración de tratamiento correcta.
  - Prescribe el procedimiento que requiere usando la codificación CUPS.
  - Tiene en cuenta la integralidad en el ordenamiento de suministros para servicios no cubiertos.
  - Prescribe el insumo requerido de acuerdo con las tablas de referencia de Insumos del Ministerio de Salud.
  - Cuando prescribe servicios complementarios, suplementos nutricionales o medicamentos del listado UNIRS realiza o asegura la junta de profesionales de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución 1885 y complementarias.
- Diligenciar de manera completa y consistente el formato de contingencia en los casos que prevé la resolución: Caída del fluido eléctrico/caída de la plataforma/fallas internet/afiliado no se encuentra en BD.
- Remitir a la EPS el formato de contingencia dentro de las 24 horas siguientes a la ocurrencia del evento por la dirección definida para este fin: <http://sanitas.portalsif.co/transcripción>
- Corregir las prescripciones en las cuales se encuentren errores en el diligenciamiento de los formatos.

- Tramitar los casos que requieren junta y remitir las actas de Junta de profesionales una vez realizadas: <http://sanitas.portalsif.co/junta>

- Gestionar por la vía indicada los servicios no incluidos en el plan de beneficios incluso a usuarios de tutela, siempre y cuando se encuentren dentro de las tablas de referencia de MIPRES.
- Si existe alguna tecnología requerida no incluida que se requiera solicitar la inclusión por intermedio de las sociedades científicas.

La E.P.S descarga a través del Token asignado por el Ministerio, las solicitudes realizadas por los médicos tratantes cada 2 horas y dará trámite a cada solicitud según lo descrito en el procedimiento. De acuerdo con lo definido en la norma, La E.P.S realizará las validaciones administrativas a que haya lugar:

- El usuario es de E.P.S Sanitas y se encuentra en estado Habilitado.
- Válida si se trata de un usuario de tutela.
- Verifica si tiene póliza de medicina prepagada que den cobertura a los servicios solicitados.
- Si tiene un plan complementario que ampare los servicios solicitados por MIPRES.
- Ingresa los servicios de acuerdo con los códigos pactados entre prestador y asegurador tanto para medicamentos como para otros servicios.

Se verifica si es una prestación única o sucesiva y genera las autorizaciones de única entrega y entregas posteriores en máximo 2 días calendario posteriores a la solicitud, y remite mensaje de texto al afiliado confirmando prestador y número de orden de servicios.

Es responsabilidad de la Institución de la Red Prestadora a la cual se direcciona el usuario, garantizar el envío de la información de suministro efectivo por correo electrónico a la dirección [apoyoctc@colsanitas.com](mailto:apoyoctc@colsanitas.com) El tiempo de

suministro será de 5 días calendario para medicamentos, 60 días para medicamentos importados o vitales no disponibles y 90 días para otros servicios.

## **9.5 Autorización de servicios cíclicos**

- Los afiliados pueden utilizar los diferentes canales establecidos por la E.P.S para radicar las solicitudes de prestaciones que el médico prescriba como crónicas, ya sea porque el usuario debe mantenerlas por un tiempo prolongado o porque necesita medicamentos, insumos o prestaciones formuladas por tiempo
- indefinido, como los pacientes con patologías que requieren programas de rehabilitación que incluyen terapias físicas, ocupacionales, respiratorias, fonoaudiológicas etc. en donde se solicitan varias sesiones a la semana.
- por más de 2 meses se deben generar a través de autorizaciones periódicas, garantizando que el afiliado obtenga en una sola radicación la totalidad de sus autorizaciones para la reclamación de los mismos por el periodo de tiempo que le haya prescrito el médico tratante y en los tiempos establecidos por la E.P.S para la reclamación con el prestador logístico definido.
- Las prestaciones como quimioterapias y radioterapias son tratamientos en donde la aprobación de autorizaciones cíclicas puede garantizar la aplicación para los ciclos formulados por el médico tratante de acuerdo a la periodicidad del ciclo y en el caso de las quimioterapias la autorización por periódicas de los medicamentos utilizados para la misma.

- **9.6 Referencia y Contrarreferencia ambulatoria**

Se refiere a la gestión de las ordenes medicas emitidas en las atenciones realizadas a los usuarios y que deben viajar a través de las redes de prestación del componente primario y/o complementario de prestación garantizando la continuidad del servicio, para lo cual EPS Sanitas ha trabajado en herramientas tecnológicas que faciliten y garanticen el intercambio de información, brindando al médico el registro de la atención en la Historia Clínica propia de la institución que se encuentra conectada en red con el sistema autorizador de la EPS, de esta manera los servicios

que se deriven de la consulta o remisiones, son entregados de manera directa por el profesional sin necesidad de realizar visitas adicionales a las oficinas para transcripción de órdenes Tener en cuenta que cada orden de servicio es una remisión.

Los servicios que no requieren autorización como requisito para la prestación son notificados al usuario mediante mensaje de texto en el cual se le informan los datos de servicio, IPS de direccionamiento y los datos de dirección y

teléfono para solicitud de cita; aquellos que por su costo o nivel de complejidad requieren aprobación por un profesional de la salud son gestionados y aprobados, garantizando la prestación dentro de los tiempos oportunos y la notificación vía mensaje de texto y/o correo electrónico al afiliado.

Consultar documento procedimiento: [Referencia y contrarreferencia ambulatoria](#).

## **11. AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS ORDENADOS POR FALLOS DE TUTELA**

Las solicitudes de autorización de servicios y prestaciones médicas que realizan los afiliados a EPS Sanitas que cuentan con un fallo de tutela a favor son tramitadas en el modelo Back Office en la central de autorizaciones, donde se busca asegurar la respuesta oportuna y suministro efectivo dando cumplimiento a las políticas institucionales y la normatividad vigente.

El procedimiento detallado para la autorización de servicios médicos para usuarios con fallos de tutela a favor en EPS Sanitas, está descrito con detalle en el procedimiento de autorización de servicios vía tutela

Consultar documento: [Autorización de servicios vía tutela](#)

E.P.S SANITAS validará según lo establecido en los procesos internos que los servicios solicitados para el usuario estén cubiertos por el fallo de tutela. Para ello tendrá en cuenta:

- Documento de identidad del usuario

➤ Orden médica de la prestación, medicamento o insumo vigente, cumpliendo con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

➤ Fallo de tutela.

➤ Debe tenerse en cuenta el estado de la afiliación del usuario, para toda autorización ligada a un fallo de tutela, el sistema no debe restringir la autorización.

En caso que no se cuente con toda la información y/o soportes para gestionar la Tutela, se gestiona con el afiliado la consecución de los documentos soporte. Toda autorización expedida de carácter mensual para medicamentos o insumos se aprueba por un período de 30 días.

Las tecnologías NO PBS deben ser prescritas a través de MIPRES – módulo de prescripción regular, incluso aquellos que se ordenan con cargo a un fallo de tutela. Todo servicio existente en MIPRES módulo de prescriptor debe ser prescrito por este aplicativo. Los servicios no codificados en este módulo y que constituyen exclusiones no financiadas por el sistema se encuentran detalladas en el módulo de tutelas de MIPRES que debe ser administrado Por el asegurador, en este módulo se ingresarán las tecnologías en salud tales como:

- Sillas de Ruedas, elementos cosméticos, cuidadores, alojamiento y transporte, terapias especiales (tipo terapias con animales, terapia Vojita, acompañamiento terapéutico, entre otras), siempre y cuando se cuente con tutela puntual para este efecto.
- Los servicios que requieren junta (complementarios, nutricionales y UNIRS) ordenados a usuarios que tienen tutela que los ampare, pueden ser prescritos por el módulo de tutela sin necesidad de esperar junta.
- Cuando se soliciten medicamentos del listado UNIRS, siempre será requerido remitir el consentimiento informado.
- Si el usuario tiene tutela, pero esta no le da cobertura para el servicio que requiere junta, se deberá

Los servicios que no se encuentran codificados en las tablas de MIPRES ni para prescripción regular, ni para tutelas, no pueden ser ingresados en MIPRES, por lo tanto, no pueden ser aprobados por EPS Sanitas. En el caso de una tutela taxativa para estas prestaciones se analizará el caso particular para dar cumplimiento al fallo, pero asegurar el procedimiento para el recobro.

VERSIÓN	FECHA	RAZÓN DE LA ACTUALIZACIÓN
0	18/06/2020	Se crea documento.
1	24/04/2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se adiciona normatividad vigente Resolución 3512 del 2019</li> <li>• Se deja adiciona Beyond Health – se cambia la sigla BH</li> <li>• Se retira Resolución 3951 de 2016 Resolución 5269 de 2017 por estar ya derogadas por el PBS vigente</li> <li>• Se adiciona punto 10 Autorización de prestador no adscrito.</li> <li>• Se adiciona <a href="mailto:booxigeno@colsanitas.com">booxigeno@colsanitas.com</a> para tramite de oxigeno</li> </ul>
2	5/11/2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se retira del punto 1 - 1.1Certificación de usuarios crónicos por desmonte del proceso</li> </ul>
3	10/01/2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se actualiza normatividad vigente: Resolución 2481 de 2020 Resolución 2503 del 2020:</li> </ul>
4	14/02/2022	<p>Se actualiza por normatividad vigente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolución 2077 del 9 de diciembre de 2021</li> <li>• Resolución 2260 del 20 de diciembre de 2021</li> <li>• Resolución 2273 del 22 de diciembre de 2021</li> <li>• Resolución 2292 del 23 de diciembre de 2021</li> <li>• Resolución 2381 del 29 de diciembre de 2021</li> </ul>

<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Aprobó:</b>
<b>Nombre:</b> Ligia Horta Penagos <b>Cargo:</b> Esp. en formación <b>Fecha de Revisión:</b> 24/04/2020	<b>Nombre:</b> José Aníbal de Castro <b>Cargo:</b> Director de Servicios médicos <b>Fecha de Revisión:</b> 24/04/2020	<b>Nombre:</b> Ángela María Prieto <b>Cargo:</b> Gerencia gestión de la Demanda. <b>Fecha de Aprobación:</b> 24/04/2020