Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio

ANEXO TÉCNICO TUTELAS

Tabla de contenido

1. Obligaciones del contratista 3
2. Cobertura 3
3. Fallos de tutela (providencias judiciales) anteriores 4
4. Facturas 4
5. Pertinencia 8
6. Tarifas 9

1. Obligaciones del contratista

Prestar los servicios de salud y suministrar bienes, tratamientos, procedimientos y medicamentos que, a pesar de encontrarse excluidos del Plan de Cobertura en servicios de salud a los afiliados y beneficiarios del FOMAG "Plan de Beneficios del Magisterio", sean exigidos vía acciones constitucionales que obligue a Fiduciaria La Previsora S.A. y/o al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio - FOMAG y/o el CONTRATISTA o a un integrante de la Red de Servicios del contratista a prestarlos o suministrarlos, sin perjuicio de las excepciones e impugnaciones que sobre esas providencias judiciales puedan presentarse conforme a la Ley, con el propósito de defender los intereses del FOMAG.

Para efectos del cumplimiento de la obligación descrita, todos aquellos servicios que se encuentren por fuera del "Plan de Beneficios del Magisterio" son considerados como servicios excluidos y en tal sentido, deberán ser prestados por el CONTRATISTA en los casos antes descritos, en cumplimiento de una providencia judicial, así como en cumplimiento de una medida cautelar provisional que ordene un Juez de la República o instancia jurisdiccional.

En todo caso, el CONTRATISTA, teniendo en cuenta las características de las acciones constitucionales, en especial su inmediatez, su prelación a otros asuntos y sus plazos perentorios e improrrogables, deberá adelantar todas las actuaciones necesarias con la debida diligencia para abordarla de manera correcta, precisa, sin dilación y dentro de los plazos establecidos en la providencia judicial.

El CONTRATISTA, continuará prestando los servicios suministrando los bienes o medicamentos que fueron ordenados mediante providencias judiciales constitucionales con anterioridad al inicio del contrato, los cuales deberá facturar al PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO, identificado con NIT. 830.053.105-3, cuya vocera y administradora es FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.

2. Cobertura

La cobertura es de exclusiones citadas en el modelo de atención de magisterio.

El contratista debe dar cumplimiento a los Fallos de tutela (providencias judiciales) en cualquiera de sus etapas.

En cualquier instancia o estado:

• Medida preventiva o provisional,

• Fallo de 1ª instancia,

• Fallo de 2ª instancia,

• Orden en desacato

• Fallo Corte Constitucional

El contratista debe prestar servicios, procedimientos y/o suministros no contemplados en Plan de Cobertura de los Servicios de Salud del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio FOMAG. Sin importar a quien vincule u ordene la instancia judicial y a quien vincule sea: Fiduciaria La Previsora S.A. y/o , Al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio - FOMAG y/o el CONTRATISTA o a un integrante de su red.

3. Fallos de tutela (providencias judiciales) anteriores

En el caso de fallos de tutela anteriores a las fechas de los contratos, la cobertura será para:

• Usuarios con afiliación activa para el período de la prestación del servicio con Fallos de tutela en cualquier instancia o estado, en cuyo resuelve ordene a:

o Fiduprevisora S.A. (Fiduciaria La Previsora),

o Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio - FOMAG

o Contratistas (operadores) o a un integrante de la Red de Servicios del contratista y/o al CONTRATISTA o a un integrante de su red al momento en que fue proferido el fallo correspondiente

4. Facturas

Un cobro realizado por parte del Contratista (operador) a Fiduprevisora S.A. – FOMAG por aquella prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios del magisterio conforme a las exclusiones señaladas en el Plan de Beneficios del Magisterio; independiente que este haya sido pagado o no por parte del contratista (operador) al prestador o proveedor de servicios; por lo cual no requerirá adjuntarse el soporte de pago a éste como requisito para obtener el reconocimiento y pago de los servicios o atenciones cobradas y resultantes del proceso de auditoría.

Cada factura de cobro conforme a la resolución 3047 de 2008, es el documento que representa el soporte legal de cobro de un prestador de servicios de salud a una entidad responsable del pago de servicios de salud (en este caso el contratista (operador)), por venta de bienes o servicios suministrados o prestados.

Como soporte para la radicación de las cuentas médicas objeto de este cobro, el contratista (operador) deberá aportar la factura o cuenta de cobro dirigida a PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO, identificado con NIT. 830.053.105-3 FOMAG.

El operador deberá presentar una factura electrónica mensual por el valor total de las atenciones del mes a cobrar adjuntando la relación de usuarios correspondiente a esa factura y remitiendo los soportes por cada uno de los usuarios en carpeta individual, dado que tanto la factura como los soportes por usuario serán objeto del proceso de auditoría.

La Factura de cobro mensual debe cumplir los requisitos exigidos por la DIAN, dando cuenta de la transacción efectuada; a su vez debe venir acompañada con los siguientes soportes:

1. Matriz en Excel que relacione el detalle de los usuarios atendidos al corte del mes y detalle de cargos, discriminando la atención por ítem(s) debidamente valorizado por cada usuario que incluya la siguiente información:

   • Datos del usuario, nombres de tecnología suministrada o del objeto del cobro pretendido por usuario.

   • El Código de la Clasificación Única de Procedimientos (CUPS) o Código ATC y CUMS; según corresponda a la atención objeto de cobro.

   • Código tabla de referencia regulación de precios y VMR de medicamentos de la ADRES; según corresponda a la atención objeto de cobro.

   • Código tabla de referencia de procedimientos ADRES; según corresponda a la atención objeto de cobro.

   • Código tabla de referencia nutrición o productos nutricionales ADRES; según corresponda a la atención objeto de cobro.

   • Código tabla de referencia exclusiones ADRES; según corresponda a la atención objeto de cobro.

   • Código de tablas de referencia MIPRES para servicios complementarios; según corresponda a la atención objeto de cobro.

   • Unidad mínima de concentración correspondiente al ítem facturado

   • Para los medicamentos vitales no disponibles e importados, se debe utilizar el código IUM (Identificador Único de Medicamentos) asignado por el INVIMA

Nota 1: La no inclusión o la no completitud de estos soportes o información podrá generar las glosas correspondientes a la factura según el proceso de auditoría.

Nota 2: Cuando la factura incluya el tratamiento de más de un paciente, deberá anexarse certificación del proveedor que desagregue la cantidad y el valor facturado de la tecnología y atención, por cada usuario, especificando la fecha de prestación del servicio y la factura de venta a la cual se imputa la certificación.

Nota 3: La fecha de radicación de la factura para iniciar el proceso de auditoría será la establecida previa revisión y verificación preliminar de los soportes y emisión de radicado formal por parte de la Fiduprevisora. No se tomará como fecha de radicación el envío de las facturas a través de correos electrónicos o las constancias de recibido por parte de gestión documental.

4.1. Soportes

Adicionalmente debe adjuntarse a la factura de cobro los siguientes soportes:

a. Copia completa y legible del fallo de tutela o de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) donde se evidencia la acción u omisión invocada por el tutelante, diagnóstico, considerandos del juzgado o SNS y resuelve.

b. Para los casos en los cuales los fallos ordene el recobro ante el ADRES, el operador de servicios de salud (contratista) deberá solicitar aclaración del fallo, con el fin de que el recobro sea solicitado a la Fiduciaria S.A. como administradora de los recursos del FOMAG.

En casos de fallos de diferentes instancias o estados, debe adjuntar la totalidad de éstos en las mismas condiciones anteriores, donde se pueda evidenciar lo ordenado por el juez o la SNS.

Dado que no se cuenta con un repositorio de fallos de tutela en Fiduprevisora S.A., se entenderá el aporte de este por parte del contratista (operador) como el único soporte de verificación en aplicación del principio de la buena fe. En caso de ser medida cautelar o provisional a esta deberá adjuntarse el fallo correspondiente.

RIPS asociado a la factura de cobro, que solo incluya los servicios o atenciones objeto de cobro. Los mismos serán objeto de validación en la malla del Ministerio de Salud y Protección Social. Su no aporte o la falta de coincidencia entre lo reportado y facturado generará la devolución. La no validación de la malla generará reporte y notificación para ser subsanado.

c. Comprobante de recibido del usuario, correspondiendo a la confirmación de prestación efectiva del servicio por parte del usuario, con su firma y/o huella digital (o de quien lo represente) en los soportes o registros clínicos o administrativos que permita al auditor evidenciar la entrega y recibo real de la atención objeto del cobro

pretendido por el contratista y permita verificar consistencia en cuanto a: i) Usuario objeto del cobro (nombre, tipo y documento de identificación del paciente), ii) servicio o atención suministrada o provista (nombre del servicio, atención o bien objeto de cobro), iii) cantidad suministrada, provista y entregada y, iv) consistencia en las fechas (fecha de prestación o entrega del bien o servicio respecto al ordenado y al facturado) y la coherencia con la prescripción efectuada por el profesional de la salud o el fallo de tutela.

d. Orden y / o fórmula médica, que permita evidenciar al auditor lo prescrito por el profesional (medicamentos, insumos, servicios, atenciones, tecnologías, etc.) y su correlación con lo suministrado o entregado y lo facturado; en cantidades y contenido de la prescripción u orden.

e. Resumen de historia clínica (cuando aplique según el tipo de servicio para mecanismo de pago por evento) que debe que debe cumplir con los requerimientos establecidos en las Resoluciones 1995 de 1999 y 3374 de 2000 y que de su completitud se pueda evidenciar en la auditoría la continuidad, pertinencia, seguridad, oportunidad y accesibilidad de la atención; según corresponda a lo facturado del cobro pretendido por el contratista. Si en la epicrisis no se evidencia la completitud, puede aportarse historia clínica.

f. Resultados de exámenes de apoyo diagnóstico; en los cuales se evidencie identificación del paciente, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio (cuando aplique según la atención) y permita la auditoría de la atención objeto del cobro pretendido por el contratista.

g. Descripción quirúrgica; en la cual se evidencie identificación del paciente, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio (cuando aplique según la atención) y permita la auditoría de la atención objeto del cobro pretendido por el contratista.

h. Registro de anestesia; en los cuales se evidencie identificación del paciente, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio (cuando aplique según la atención) y permita la auditoría de la atención objeto del cobro pretendido por el contratista.

i. Hoja de traslado; en la cual se evidencie identificación del paciente, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio (cuando aplique según la atención) y permita la auditoría de la atención objeto del cobro pretendido por el contratista.

j. Lista de precios (cuando aplique según la descripción bajo el título del presente documento “Tarifas”).

k. Odontograma; en el cual se evidencie identificación del paciente, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio (cuando aplique según la atención) y permita la auditoría de la atención objeto del cobro pretendido por el contratista.

l. Hoja de administración de medicamentos; en la cual se evidencie identificación del paciente, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio y el profesional que realiza la administración o la supervisión en caso de ser auxiliares; y permita la auditoría de la atención objeto del cobro pretendido por el contratista.

m. Cuando se trate de cobros por medicamentos importados para tratamientos de exclusión del plan de beneficios ordenados por fallo de tutela, deberá allegarse copia de la declaración de importación, declaración andina de valor y de la factura del agente aduanero que la entidad recobrante utilizó para la nacionalización del producto.

n. En el caso de Transporte No asistencial: o Factura o Recibo de Caja en Original, o Copia de la atención médica que generó el servicio y o Comprobante de recibido del usuario.

o. En el caso de elementos ortopédicos: o Factura o Recibo de Caja en Original y o Comprobante de recibido del usuario.

p. En el caso de pañales, suntuosos y otros: o Factura o Recibo de Caja en Original y o Comprobante de recibido del usuario.

q. En el caso de cuidadores: o Cuenta de cobro original de quien prestó el servicio, firmada y fotocopia de la cédula de ciudadanía que incluya el período prestado o Comprobante de recibido del usuario.

r. En el caso de acompañantes: o Cuenta de cobro original de quien prestó el servicio, firmada y fotocopia de la cédula de ciudadanía que incluya el período prestado o Comprobante de recibido del usuario.

s. En el caso de alimentos Factura o Recibo de Caja en Original.

t. En el caso de terapeuta sombra: Cuenta de cobro original de quien prestó el servicio, firmada y fotocopia de la cédula de ciudadanía que incluya el período prestado.

u. Comprobante de recibido del usuario.

5. Pertinencia

Para el caso de fallos de tutela de tratamiento integral:

Registros clínicos en los cuales se pueda evidenciar la justificación médica que demuestre la conexidad de la solicitud objeto de cobro y diagnóstico que la originó, con el Fallo de Tutela aportado como soporte en la factura de cobro.

En lo que respecta a cuidadores, pañales, transporte no asistencial, alimentos, terapeuta sombra y por fuera del ámbito de la salud, así como artículos suntuarios, cosméticos, complementos vitamínicos, líquidos para lentes de contacto, tratamientos capilares, champús, jabones, enjuagues bucales, cremas dentales, cepillo y seda dental y demás elementos de aseo; leches, cremas hidratantes, anti solares, drogas para la memoria, edulcorantes o sustitutos de la sal, anorexígenos; el fallo de tutela donde se ordena debe contener de manera explícita la prestación.

Existencia de la orden médica o fallo de tutela para verificar la correspondencia entre lo ordenado, facturado y entregado; conforme al período (fechas) de prestación del servicio o bien entregado.

• Cuando la prescripción efectuada por el profesional de la salud corresponda a insumos, servicios complementarios o cualquier otro tipo de prestación que requiera una especificación especial (Tamaño, talla, marca, entre otros), esto debió ser descrito por el profesional de la salud, lo anterior con el objetivo de que la entidad suministre correctamente lo requerido por el usuario, sin trámites adicionales. En este caso, en el proceso de revisión y verificación se confirmará que la prescripción efectuada por el profesional de la salud corresponde con lo efectivamente suministrado al usuario.

• En el caso de medicamentos, estos no deben estar contraindicados para el uso o la indicación registrada por el profesional de la salud.

• No se validará indicación INVIMA para los siguientes casos: o Alimentos y soportes nutricionales. o Productos de aseo e higiene personal. o Medicamentos ordenados en un fallo de tutela taxativa.

6. Tarifas

Para los servicios y atenciones en salud ordenados mediante fallo de tutela de no cobertura del plan de beneficios del magisterio, en los cuales el juez define el porcentaje a reconocer; ingresará para auditoría el valor total de la factura por

• Servicios, Procedimientos, Insumos y Dispositivos Médicos: o No superen el tarifario de referencia SOAT vigente, como los valores máximos de recobro vigentes en el Sistema de Seguridad Social en Salud; o, en ausencia de las anteriores, se aplicará el artículo 87 del Decreto 2423 de 1996 (tarifas institucionales), como los valores máximos de recobro vigentes en el Sistema de Seguridad Social en Salud o si el procedimiento o servicio no se encuentra establecido en el manual tarifario, y el contratista (operador) anexa tarifas institucionales, se reconocerá el valor de las tarifas institucionales de la IPS que prestó el servicio; la cual deberá allegarse junto con certificado del representante legal del operador; solo en los casos en los cuales no supere el valor máximo de cobro que llegare a establecer en alguna norma del SGSSS.

o En caso de regulación tanto de precios serán los valores máximos de recobro vigentes en el Sistema de Seguridad Social en Salud.

6.1. Medicamentos

o El valor máximo para reconocer corresponde a:

• La tarifa regulada establecida según la fecha de prestación del servicio, conforme lo dispuesto en las Circulares expedidas por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos – CNPMDM.

o Si el medicamento no se encuentra establecido en los regulados, y el contratista (operador) anexa tarifas institucionales, se reconocerá el valor de las tarifas institucionales de la IPS que suministró el medicamento o del proveedor, solo en los casos en los cuales no supere el valor máximo de cobro obtenido. Se reconocerá el valor de las tarifas institucionales de la IPS que prestó el servicio; las cuales deberán allegarse junto con certificado del representante legal del operador y la respectiva factura.

o Para los casos de medicamentos que no se encuentren en las circulares de regulación de precios, sin exceder el precio de compra más porcentaje de administración conforme a lo previsto en art. 9 de la Circular 007/2018 -MSPS; lo cual aplica para IPS.

• Para las presentaciones comerciales con valor menor o igual a $1.000.000, podrán adicional un porcentaje hasta del 7%

• Para las presentaciones comerciales con valor mayor a $1.000.000, podrán adicionar un porcentaje hasta del 3.5%

• Este margen es exclusivamente para reconocer el valor que las IPS agregan a la cadena de distribución de los medicamentos.

o Una vez se expidan por el Ministerio de Salud y Protección Social y encuentren vigentes regulaciones al respecto, se sujetará a lo dispuesto en ellas, como los valores máximos de recobro vigentes en el Sistema de Seguridad Social en Salud para la fecha de la prestación del servicio.

6.2. Elementos ortopédicos como prótesis, camas, sillas y calzado

Si el elemento no se encuentra establecido en los regulados o en tarifarios, y el contratista (operador) anexa tarifas institucionales, se reconocerá el valor de las tarifas institucionales de la IPS que suministró el medicamento o del proveedor. Se reconocerá el valor de las tarifas institucionales de la IPS que prestó el servicio; las cuales deberán allegarse junto con certificado del representante legal del operador.

o Una vez se expidan por el Ministerio de Salud y Protección Social y encuentren vigentes regulaciones al respecto, se sujetará a lo dispuesto en ellas, como los valores máximos de recobro vigentes en el Sistema de Seguridad Social en Salud para la fecha de la prestación del servicio.

6.3. Pañales

Decreto 863 de 1988 (Precio de Venta al Público - PVP, últimos 12 meses), como los valores máximos de recobro vigentes en el Sistema de Seguridad Social en Salud. Para lo cual el contratista deberá adjuntar los soportes en los cuales se identifique por la auditoría lo establecido en el artículo 2 del citado decreto (el precio al público en el empaque, el envase o en el cuerpo de este)

6.4. Transporte no asistencial

o Transporte no asistencial: conforme tarifas establecidas según características de este; albergues COP $70.000 día/persona.

o Para alimentos: No mayor a 2 SMLDV día/persona. Para lo cual el contratista deberá adjuntar los soportes de recibido del servicio.

6.5. Albergues

o La tarifa a reconocer aplica $70.000 día/persona. Para lo cual el contratista deberá adjuntar los soportes de recibido del servicio.

6.6. Cuidadores y acompañantes

o La tarifa a reconocer: Cuidadores y acompañantes: COP $60.000 turno de 8 horas/persona. Para lo cual el contratista deberá adjuntar los soportes de recibido del servicio.

6.7. Alimentos

El valor máximo de cobro es No mayor a 2 SMLDV día/persona. Se trata de "alimentos sin propósito médico". Para lo cual el contratista deberá adjuntar los soportes de recibido del servicio.

6.8. Terapeuta sombra

Para terapeuta sombra: COP $87.780 día/persona.

Artículos suntuarios, cosméticos, complementos vitamínicos líquidos para lentes de contacto, tratamientos capilares, champús, jabones, enjuagues bucales, cremas dentales, cepillo y seda dental y demás elementos de aseo; leches, cremas hidratantes, antisolares, drogas para la memoria, edulcorantes o sustitutos de la sal, anorexígenos, antisolares y cremas hidratantes

o Se reconocerá el valor de las tarifas institucionales de la IPS que prestó el servicio; las cuales deberán allegarse junto con certificado del representante legal del contratista.

6.9. Devoluciones

Procede cuando la factura de cobro presenta inconsistencias, tachones, enmendaduras o vencimiento de la Resolución DIAN.

Cuando el contratista no adjunte los soportes a la factura.

6.10. Glosas

Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura y será notificada al contratista (operador), que para efectos de la lectura se hace por medio de una tabla excel donde se detalla ítem a ítem por factura aquellas que fueron objeto de glosa total o parcial junto con el informe de auditoría dirigido a Fiduprevisora S.A.

Es importante precisar que cada actividad realizada en la verificación por la auditoría integral se puede generar una o más glosas totales o parciales al valor facturado de forma simultánea por cada ítem facturado en el detalle de cargos; razón por la cual en la notificación de glosa se entrega el detalle respectivo y ante lo cual el contratista (operador) debe dar respuesta a

cada una, ya que en etapas posteriores de auditoría de la respuesta es posible la subsanación de una o todos de forma secuencial.

Dado que se realiza auditoría integral, como ya se señaló una cuenta puede tener más de una glosa pues se deja la escalabilidad para que en caso de ser subsanada una de ellas o la (s) que afecte(n) de manera global la factura, se cuente con las otras objeciones que entrarían a aplicar; como se evidencia en el 100% de la factura auditada.

Si cumplidos los tiempos para respuesta la misma no se da, se emitirá el reporte de glosa definitiva junto con el informe final. En el caso de surtirse el proceso de respuesta a glosa y conciliación este resultado será incorporado.

7. Pago

Para efectuar el pago a los operadores se debe tener en cuenta el siguiente procedimiento que inicia con la revisión de los documentos radicados hasta el pago a los contratistas.

Una vez radicada la factura de conformidad con el numeral 4. del presente documento, Fiduprevisora revisará la facturación presentada junto con los soportes contra los requisitos exigidos, en un plazo de 3 días hábiles desde la radicación hasta su verificación. En caso de no cumplir con los requisitos se devolverá la Factura al Contratista, dentro de los 3 días hábiles siguientes a la recepción de la misma, informando el motivo de devolución.

Después de revisada la factura, Fiduprevisora elabora el acta de entrega y cita a la firma auditora para la entrega de la información y soportes para su auditoría.

Una vez revisada la documentación, la Firma Auditora remite los resultados del reporte de Glosas a través de correo electrónico a Fiduprevisora y posteriormente en físico en la oficina de Centro de Recursos de la Información de manera independiente para cada operador.

Se realiza traslado al Operador de Salud del informe de Auditoría de Reporte de Glosas para que éste inicie proceso de conciliación con la firma Auditora de acuerdo a los tiempos señalados en la Ley 1438 de 2011 o las normas que lo modifiquen o sustituyan.

La firma auditora elabora y remite el Informe Final de Auditoría, junto con soportes, que incluya la Certificación de Pagos a favor del Operador.

Finalmente, se realiza la Gestión administrativa para el trámite y aprobación del pago al interior de la Fiduprevisora, en el cual se revisar el periodo en el cual se realizará el pago, y

según se establezca, para los efectos contables y tributarios, deberán aplicar los procesos definidos en las políticas contables de causación de facturas.