



Manual del Usuario

nueva
eps

gente cuidando gente.

Apreciado Afiliado:

Queremos darle la bienvenida a usted y su familia a **NUEVA EPS S.A.** Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo, que cuenta con el respaldo de las Cajas de Compensación Familiar: COLSUBSIDIO, CAFAM, COMPENSAR, COMFANDI, COMFENALCO ANTIOQUIA y COMFENALCO VALLE, y de LA PREVISORA VIDA S.A., empresa del Gobierno Nacional.

Ponemos a su disposición una amplia red de servicios con cobertura nacional, eficiente, oportuna y con calidad humana.

Agradecemos la confianza depositada en nuestra entidad para cuidar su salud y la de su familia.

NUEVA EPS S.A. tiene a su disposición varios canales de atención y servicio al Usuario, para aclararle cualquier inquietud o suministrarle la información que usted requiera a través de la **línea en Bogotá** 3077022 y la **línea gratuita** 018000954400 para el resto del país, o a través de nuestro **portal en internet** www.nuevaeps.com.co. Si prefiere recibir atención personalizada puede acudir a la Oficina de Atención al Afiliado más cercana.

Lo invitamos para que conozca a través de este Manual del Usuario, cada uno de los beneficios que usted y su familia obtiene al ser parte de **NUEVA EPS S.A.**

Cordialmente,

JOSÉ FERNANDO CARDONA URIBE

Presidente

NUEVA EPS S.A.

Tabla de Contenido

1.	Cobertura de servicios NUEVA EPS S.A.	4
2.	¿Quiénes pueden ser beneficiarios en el Régimen Contributivo?	8
3.	¿Qué hacer en caso de interrupción de la afiliación por viaje al exterior?	8
4.	¿Qué es el período de Protección Laboral?	9
5.	¿Cuándo se pierde la antigüedad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano?	9
6.	Causales de desafiliación	10
7.	¿Cuándo existe una multifiliación al Sistema de Salud?	10
8.	¿Qué hacer cuando Usted o sus beneficiarios están afiliados al Régimen Subsidiado y pasan al Régimen Contributivo?	11
9.	¿Cuándo se reconocen incapacidades y/o licencias de maternidad o paternidad?	11
10.	Trámites ante NUEVA EPS S.A.	13
11.	El modelo de atención en salud NUEVA EPS S.A.	19
12.	¿Cómo realizar sus aportes?	22
13.	Derechos, deberes y obligaciones de los afiliados	23
14.	¿Cómo verificamos la satisfacción de los afiliados?	24



1. Cobertura de servicios NUEVA EPS S.A.

1.1 ¿Qué servicios de salud tiene derecho el afiliado?

A continuación encontrará los tipos de servicios a que tiene derecho y a partir de cuando puede acceder a ellos, de acuerdo con las características de su afiliación, así:

✓ Afiliados nuevos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud:

Para trabajadores dependientes, durante los primeros 30 días calendario, a partir de la fecha de afiliación a la EPS tienen derecho a:

- Atención de urgencias.
- Programas de promoción, educación y prevención.
- Atención integral a la materna y el recién nacido.

Pasados los primeros 30 días calendario, se cubren todos los servicios de salud contemplados en el POS - Plan Obligatorio de Salud, que no requieran semanas mínimas de cotización.

Para trabajadores Independientes y Pensionados, se cubren todos los servicios de salud que no requieran semanas mínimas de cotización o períodos de carencia desde el primer día del primer pago.

✓ Afiliados trasladados de otra EPS

- **NUEVA EPS S.A.** le cubrirá todos los servicios de salud a partir del primer día calendario del mes subsiguiente a la fecha de radicación del formulario de afiliación en **NUEVA EPS**.

- La EPS anterior le cubre desde la notificación de traslado a

NUEVA EPS S.A., hasta el día anterior al inicio de servicios en nuestra EPS.

1.2 Servicios que cubre la EPS

NUEVA EPS S.A., de acuerdo con lo definido por la Resolución 5261 de 1994 y sus demás normas concordantes cubre dentro del Plan de Beneficios POS entre otros, los servicios de: Atención médica quirúrgica, ambulatoria y hospitalaria, atención de partos y cesáreas, atención odontológica, programas de promoción y prevención, imágenes diagnósticas, laboratorios y servicios de rehabilitación.

1.3 Servicios que no cubre la EPS en el plan obligatorio de salud.

Existen algunos servicios que están excluidos por la Ley en el Plan de Beneficios del POS, así:

- Cirugías estéticas con fines de embellecimiento y tratamientos nutricionales con fines estéticos.
- Tratamientos y procedimientos diagnósticos para la infertilidad.
- Tratamiento o cura de reposo o del sueño.
- Prótesis no incluidas expresamente en el artículo 12 del MAPIPOS (Manual de Actividades, Procedimientos e Intervenciones del Plan Obligatorio de Salud).
- Medias elásticas de soporte, corsés, fajas, sillas de ruedas, plantillas, zapatos ortopédicos y lentes de contacto. Los lentes se suministran una vez cada cinco años a los adultos y a los niños una vez cada año, siempre por prescripción médica y por efecto de disminución de la agudeza visual.

- Medicamentos o sustancias que no se encuentran expresamente autorizados en el Manual de Medicamentos y Terapéutica (Acuerdo 228 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y otros.)

- Tratamiento con medicamentos o sustancias experimentales para cualquier tipo de enfermedad

- Trasplantes de órganos diferentes a riñón, médula ósea, corazón, hígado y córnea.

- Tratamiento con sicoterapia individual, psicoanálisis o sicoterapia prolongada.

- Tratamientos de periodoncia, ortodoncia y prótesis en la atención odontológica.

- Tratamiento de várices con fines estéticos.

- Actividades, procedimientos e intervenciones de tipo curativo para las enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosas, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación.

- Tratamientos no reconocidos por las Asociaciones Médico Científicas a nivel mundial o aquellos de carácter experimental.

- Actividades, procedimientos e intervenciones no autorizados expresamente en el POS - Plan Obligatorio de Salud, Art. 18 de la Resolución 5261 de 1994.

1.4 Períodos mínimos de cotización

Corresponden al número de semanas mínimas de cotización necesarias para acceder a algunos servicios. En caso de re-

querirse un servicio de estos y no contar con la totalidad de las semanas de cotización, el afiliado debe asumir el costo proporcional a las semanas faltantes.



No habrán períodos mínimos de cotización o períodos de carencia superiores a 26 semanas en el Régimen Contributivo para acceder a los servicios asistenciales. A los afiliados se les contabilizará el tiempo de afiliación en el Régimen Subsidiado o en cualquier EPS del Régimen Contributivo, para el cálculo de períodos de carencia de acuerdo con el Artículo 14, literal h. de la Ley 1122 de 2007.

A continuación se relacionan los servicios o procedimientos que exigen un período mínimo de cotización de 26 semanas para ser cubiertos al 100%, por la EPS:

- Tratamiento con radioterapia y quimioterapia para cáncer.

- Diálisis para insuficiencia renal crónica.

- Trasplante de riñón, corazón, hígado, médula ósea y córnea.

- Tratamiento para el VIH-SIDA y

sus complicaciones.

- Tratamiento quirúrgico para enfermedades del corazón y del sistema nervioso central.

- Tratamiento quirúrgico para enfermedades de origen genético o congénito.

- Tratamiento médico quirúrgico para el trauma mayor.

- Tratamiento en Unidad de Cuidados Intensivos.

- Reemplazos articulares.

- Tratamiento del gran quemado.

Nota: Cuando exista una razón de pérdida de antigüedad, las semanas previamente cotizadas pierden vigencia y se empiezan a contabilizar nuevamente los períodos de carencia.

1.5 Copagos y Cuotas Moderadoras

Son aportes en dinero que de acuerdo con la Ley, deben realizar todos los afiliados para acceder a los servicios.



Cuota Moderadora: Es un aporte en dinero que debe ser cancelado directamente en la IPS, cuando el afiliado cotizante o beneficiario asiste al médico general, al especialista, al odontólogo, a consulta de servicios terapéuticos, cuando se reciben medicamentos, para exámenes de laboratorio o radiografías de tratamientos ambulatorios.

El valor de la cuota moderadora depende del Ingreso Base de Cotización (IBC), de acuerdo con los rangos establecidos por la ley. Este valor será cobrado en la IPS que preste el servicio, teniendo en cuenta la categoría en que usted se encuentre clasificado así:

CATEGORÍA	RANGO IBC	PORCENTAJE * SOBRE EL SMDLV **
A	Menor a 2 SMML V	11.7 %
B	Entre 2 y 5 SMMLV	46.1 %
C	Mayor a 5 SMML V	121.5 %

** SMDLV - Salario Mínimo Diario Legal Vigente.



Copago: Es un aporte en dinero que debe realizar el afiliado beneficiario, para los servicios del POSC – Plan Obligatorio de Salud Contributivo, en los que no se cobra cuota moderadora. El valor del copago depende del Ingreso Base de Cotización de acuerdo con los rangos establecidos por la ley y corresponde a una parte del valor del servicio.

El copago se cancela directamente en la IPS al recibir los siguientes servicios: Tratamiento Odontológico, Cirugía, Hospitalización y Apoyos Terapéuticos y Diagnósticos de los Niveles de atención II y III. No se cobra copago ni cuota moderadora en los siguientes eventos:

- Servicios de promoción y prevención.
- Programas de atención materno infantil.
- Programas de control en atención de enfermedades transmisibles.
- Atención inicial de urgencias.

CATEGORÍA	PORCENTAJE POR SERVICIO **	TOPE MÁXIMO POR AÑO
A	11.5% de la tarifa Máximo 28.7% del SMM LV	57.5% del SMM LV
B	17.3% de la tarifa Máximo 115% del SMM LV	230% del SMM LV
C	23% de la tarifa Máximo 230% del SMM LV	460% del SMM LV

* Estos porcentajes pueden cambiar por Ley.



2. ¿Quiénes pueden ser beneficiarios en el Régimen Contributivo?

2.1 Grupo familiar básico

Pueden ser beneficiarios aquellas personas que se encuentran dentro del grupo familiar básico del cotizante:

- El cónyuge o compañero(a) permanente.
- Los hijos del cotizante o del cónyuge o compañero permanente, que dependan económicamente del afiliado y:
 - Sean menores de 18 años.
 - Tengan entre 18 y 25 años y sean estudiantes de tiempo completo.
 - En cualquier edad siempre que presenten incapacidad permanente o discapacidad.
- Los padres del afiliado que no estén pensionados y dependan económicamente de él, siempre y cuando el cotizante no tenga cónyuge o compañero(a) permanente ni hijos. Artículo 34 del Decreto 806 de 1998.

diferentes al grupo familiar básico

El cotizante puede afiliar a cualquier pariente dentro del tercer grado de consanguinidad (padres, abuelos, bisabuelos, tíos, hermanos, sobrinos, nietos o bisnietos) o cualquier menor de 12 años (sea o no pariente) siempre y cuando dependa económicamente de él y cancele por cada uno de ellos una UPC (Unidad de Pago por Capitación) adicional que depende de la edad, sexo y ubicación geográfica del afiliado.

El valor de la UPC ADICIONAL, le será informado por el asesor que lo atiende y debe ser asumido en un 100% por el cotizante y pagado mensualmente por anticipado.

3. ¿Qué hacer en caso de interrupción de la afiliación por viaje al exterior?

Si el cotizante y el grupo familiar residen temporalmente en el exterior, el cotizante debe presentar una carta ante **NUEVA EPS S.A.**, informando el período de ausentismo y el número de documento de identificación, momento en el cual puede interrumpirse la afiliación sin perder la antigüedad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Se suspende el pago de la cotización normal y se continúa cancelando el pago del 1.5% sobre el Ingreso Base de Cotización para solidaridad por medio de la planilla de autoliquidación.



4. ¿Qué es período de Protección Laboral (Decreto 806 de 1998)?

Una vez suspendido el pago de la cotización (por terminación de contrato de trabajo o pérdida de la capacidad de pago del trabajador independiente), el trabajador y su núcleo familiar mantendrán los beneficios del POS hasta por treinta (30) días más, contados a partir de la fecha de la desafiliación, siempre y cuando haya estado afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud como mínimo los doce (12) meses anteriores.

Cuando el usuario lleve cinco años o más de afiliación y continúa en una misma EPS, tiene derecho a un período de tres (3) meses de Protección Laboral, contados a partir de la fecha de retiro.

Durante el período de Protección Laboral se tiene derecho a la atención de tratamientos en curso o atenciones derivadas de una urgencia.

En ambos casos la atención se presta hasta terminado el período de protección laboral y cualquier atención adicional corre por cuenta del usuario desafiliado.

5. ¿Cuándo se pierde la antigüedad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano?

Los cotizantes y sus beneficiarios perderán la antigüedad que tengan acumulada en el Sistema (semanas efectivamente cotizadas), cuando se presente

cualquiera de las siguientes causales (Decreto 806 de 1998, artículo 64, Decreto 1703 y 2400 de 2002):

- Cuando un afiliado se reporte como empleador sin realmente serlo.
- Cuando un afiliado cotizante se afilie al Régimen Subsidiado sin tener el derecho correspondiente.
- Cuando un trabajador independiente a través de actos simulados pretenda cotizar como trabajador dependiente creando un vínculo laboral inexistente.
- Cuando el afiliado incurra en alguna de las siguientes conductas abusivas o de mala fe:
 - Solicitar u obtener para si o para un tercero servicios o medicamentos que no sean necesarios.
 - Solicitar u obtener servicios para una persona que legalmente no tenga derecho a ellos.
 - Suministrar en forma deliberada información falsa, incompleta o engañosa a las EPS e IPS.
 - Utilizar mecanismos engañosos o fraudulentos para obtener beneficios del sistema o tarifas más bajas de las que le corresponden en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y eludir o intentar eludir por cualquier medio la aplicación de pagos compartidos o cuotas moderadoras.



6. Causales de retiro y/o desafiliación

Los cotizantes y sus beneficiarios quedarán desafiliados de la EPS cuando se presente cualquiera de las siguientes causales (Decreto 2400 de 2002, artículo 2; Decreto 1703 de 2002, artículo 10):

- Transcurridos tres (3) meses continuos de suspensión de la afiliación por causa del no pago de las cotizaciones o del no pago de la UPC adicional, al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Su desafiliación se hará efectiva al primer día hábil siguiente del cuarto mes consecutivo de no pago.
- Cuando el trabajador dependiente pierde tal calidad e informa oportunamente a la Entidad Promotora de Salud, EPS, a través del reporte de novedades, que no tiene capacidad de pago para continuar afiliado al Régimen Contributivo como independiente.
- Cuando el trabajador independiente pierde su capacidad de pago e informa a la Entidad Promotora de Salud, EPS, tal situación, a través del reporte de novedades.



- Para los beneficiarios, cuando transcurran tres meses de suspensión y no se entreguen los soportes de la afiliación requeridos por la Entidad Promotora de Salud, EPS, en los términos establecidos en la normatividad vigente.

- En caso de fallecimiento del cotizante, también se producirá la desafiliación de sus beneficiarios, por no haberse procedido por cualquier medio a reportar la novedad a la Entidad Promotora de Salud, EPS.

- Cuando se presente desafiliación por mora en el pago de aportes, la persona deberá afiliarse nuevamente a la EPS a la cual se encontraba vinculado y pagar la totalidad de los aportes adeudados al Sistema General de Seguridad Social en Salud con sus intereses correspondientes.

7. ¿Cuándo existe una multifiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud ?

Cuando una persona se encuentra afiliada simultáneamente en dos o más EPS, o en el Régimen Contributivo y Subsidiado al mismo tiempo (Decreto 806 de 1998, artículo 48).

Aspectos para tener en cuenta:

1. En caso de multifiliación por la movilidad entre EPS, se debe garantizar el servicio por las dos EPS, hasta tanto se defina a que EPS le corresponde prestar el servicio.

2. La multifiliación no acarrea pérdida de antigüedad siempre y cuando el afiliado realice los pagos a una de las EPS.

3. Si después de definida la EPS a la cual el afiliado pertenece, él no está de acuerdo con la decisión, deberá tramitar una nueva afiliación con la EPS en la que desea permanecer siempre y cuando cumpla con los requisitos de traslado de EPS.

8. ¿Qué hacer cuando Usted o sus beneficiarios están afiliados al Régimen Subsidiado y pasan al Régimen Contributivo ?

Si Usted y su grupo familiar están en el Régimen Subsidiado y van a pasar al Régimen Contributivo, tenga en cuenta:

- Al ingresar a laborar, su empleador tiene la obligación de afiliarlo a la EPS que Usted mismo elija.
- A partir de su ingreso a laborar, Usted tiene 15 días para informar por escrito al ente territorial (Alcaldía, Secretaria de Salud, oficina de Planeación, entre otros) que ha sido afiliado a una EPS. Si no lo hace, empezará a aparecer multiafiliado (afiliado simultáneamente a una EPS en el Régimen Contributivo y a una EPS en el Régimen Subsidiado).
- Debe afiliar como beneficiarios a su grupo familiar en la misma EPS en la cual Usted va a afiliarse.
- Al informar a su ente territorial el cambio a una EPS del Régimen Contributivo, podrá conservar su cupo y el del grupo familiar en el Régimen Subsidiado por un año contado a partir del inicio de su relación laboral.
- Cuando usted y su grupo familiar se afilien a la EPS del Régimen

Contributivo, ésta empezará a prestarle servicio y le aceptará la antigüedad que traen del Régimen Subsidiado.

- Cuando su relación laboral finalice, debe solicitar en su EPS una certificación de estado de afiliación y semanas cotizadas para presentarla en su ente territorial, el cual deberá ordenar la activación en su EPS del Régimen Subsidiado en un término de 15 días.



9. ¿Cuándo se reconocen incapacidades y/o licencias de maternidad o paternidad ?

9.1 Incapacidades por enfermedad general

El cotizante dependiente que no reporte antigüedad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, tendrá derecho a recibir subsidio de incapacidad por enfermedad general una vez haya cotizado aportes por cuatro (4) semanas consecutivas antes del inicio de la incapacidad y durante el tiempo que ésta tenga vigencia.

El empleador debe haber cancelado en forma completa sus

cotizaciones, frente a todos sus trabajadores. Los pagos deberán hacerse en forma oportuna por lo menos durante cuatro (4) meses de los seis (6) meses anteriores a la fecha de causación del derecho.

Están a cargo del empleador las prestaciones económicas correspondientes a los tres (3) primeros días de Incapacidad Laboral Ambulatoria, originada por Enfermedad General Ambulatoria. En ningún caso dichas prestaciones serán asumidas por la EPS ni por el trabajador dependiente.

Hay reconocimiento económico de Incapacidad Ambulatoria y hospitalaria, a partir del cuarto (4) día de incapacidad.

Cuando el empleador se encuentre en mora y se genere una incapacidad por enfermedad general o licencia de maternidad, éste deberá cancelar su monto por todo el período de la misma y no habrá lugar al reconocimiento de los valores por parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud ni de la EPS (Decreto 806 de 1998, artículo 80 y Decreto 1804 de 1999, artículo 21).

En período de Protección Laboral no habrá reconocimiento de prestaciones económicas.



9.2 Licencias de Maternidad

El cotizante dependiente e independiente deberá haber cotizado o haber pagado sus aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud de forma completa, continua y oportuna durante toda la gestación (Decreto 047 de 2000, artículo 3). La cotizante tendrá derecho al reconocimiento de 84 días de Licencia de maternidad.

Cuando es parto no viable (con nacido muerto) o aborto, se reconocerá el 100% del último Ingreso Base de Cotización reportado, por un término de entre dos (2) y cuatro (4) semanas. (Código Sustantivo de Trabajo ART. 237.1.)

9.3 Licencias por Paternidad (Ley María):

Para acceder al reconocimiento de Licencia de Paternidad se deberá dar cumplimiento a lo estipulado en la Ley 755 de 2002 y aplica para el esposo o compañero permanente.

- Requisitos para que se otorgue por parte de la EPS el reconocimiento económico de la licencia de paternidad:

- Que el padre haya estado cotizando efectivamente durante todo el tiempo de gestación. Sentencia C 633

- Que los hijos nacidos sean de la cónyuge o de la compañera permanente, la cual se probará con la presentación del Registro Civil de Nacimiento.

- Para los hijos que sean adoptivos y prematuros se aplicará la misma norma y se probará con la Sentencia del Juez que aprueba la adopción, siempre y cuando el hijo sea menor a 7 años. El término de cotización

de la Madre deberá ser de 40 semanas antes del proceso de adopción, para poder acceder a la Licencia.

– Que el Registro Civil de Nacimiento o Acta de Adopción sea presentado a la EPS junto con la solicitud a más tardar dentro de los 30 días siguientes a la fecha de nacimiento del menor o de la entrega del menor adoptado.

El tiempo que se reconoce de Licencia Remunerada de Paternidad es:

- Ocho (8) días hábiles siempre y cuando el Padre sea cotizante. Sentencia C 174 marzo de 2009.

9.4 Diferencia entre incapacidad ambulatoria y hospitalaria

Es importante tener en cuenta que según la atención brindada al paciente, la incapacidad es ambulatoria cuando no requiere ser internado o requiriéndola, el tiempo no es superior a 24 horas. De lo contrario la incapacidad se considera hospitalaria, es decir, si el paciente requiere ser internado por tiempo superior a 24 horas.

10. Trámites ante NUEVA EPS S.A.

Los formatos con los cuales se realizan las solicitudes de afiliación o se reportan novedades le serán suministrados por su respectivo Asesor de Ventas o Ejecutivo de Postventa según sea el caso, o los puede



reclamar en los puntos de atención de cada ciudad o bajar por internet ingresando a la página web: www.nuevaeps.com.co

10.1. Reembolsos

Tienen derecho a solicitar reembolso los afiliados a **NUEVA EPS S.A.**, que tengan su afiliación vigente en el momento de recibir la atención. Se puede solicitar reembolso dentro de los 15 días siguientes a la fecha de cancelación del servicio médico en los siguientes casos:

- Quando un usuario presenta una urgencia vital y por fuerza mayor accede al servicio a la IPS más cercana que no pertenece a la Red de Instituciones de **NUEVA EPS**.
- Quando de manera injustificada **NUEVA EPS S.A.** emita una negación del servicio al afiliado.
- Quando no exista IPS contratada o disponible, para la atención de urgencias en la ciudad que requirió el servicio; esta solicitud debe presentarse ante **NUEVA EPS S.A.**, durante los 15 días calendario siguientes de la salida del paciente.

Para obtener el reembolso: El cotizante debe diligenciar el formato de solicitud de reembolso y anexar los siguientes documentos:

- Facturas de la IPS donde fue

atendido el usuario, los cuales deben cumplir con los requisitos exigidos por la DIAN (Original y Copia).

- Anexo detallado de los servicios prestados o productos según cada caso especificando valor unitario y total de cada uno. (Original y Copia).
- Resumen de historia clínica copia completa, soportando todos los servicios prestados, con firma, sello y Registro Médico del profesional que lo atendió.
- Fotocopia del documento de identificación de quien canceló el servicio médico, acompañada del documento de identificación del afiliado.
- Si usted tiene cuenta de ahorros o corriente en una entidad bancaria vigilada por la Superintendencia Financiera, carta de certificación bancaria y carta autorizando la consignación a esa cuenta. En caso de no contar con una cuenta bancaria, debe diligenciar el formato de autorización de consignación, a una cuenta de un tercero debidamente firmado, con número de cédula y huella. El formato de autorización se le entregará en la respectiva oficina de atención de su ciudad.

Los documentos se pueden radicar en cualquiera de nuestras oficinas ubicadas en Bogotá o en nuestras sedes regionales, zonales, puntos A y B.

La respuesta llegará por correo a la dirección consignada en la solicitud, dentro de los 30 días calendario siguientes a la radicación, en la cual se informará la aprobación o negación del reembolso indicando las actividades a seguir cuando sea necesario.

Los reembolsos se efectuarán

con base en las tarifas establecidas por el Ministerio de La Protección Social o quien haga sus veces.

10.2 Trascrición de incapacidades y licencias

10.2.1 Incapacidades y Licencias de Maternidad

Los documentos que debe presentar para solicitar el proceso de trascrición son:

- Documento de Identificación.
- Incapacidad original de la institución médica adscrita a **NUEVA EPS S.A.**, con: Nombre del paciente, fecha de expedición, diagnóstico, días de incapacidad, día a partir del cual inicia la incapacidad, firma, sello y registro médico.
- Para licencias de maternidad, adicionalmente, debe anexar Registro Civil de Nacimiento del bebé y el médico debe especificar que se trata de una licencia de maternidad.

10.2.2 Licencias por Paternidad

Debe presentarse ante la EPS, el Registro Civil de Nacimiento de su hijo, a más tardar dentro de los 30 días siguientes a la fecha de nacimiento del menor y cédula de ciudadanía del padre.

En caso que la madre sea cotizante en otra EPS, el padre debe presentar a **NUEVA EPS S.A.**, el certificado de afiliación de la madre del niño en dicha entidad. Posteriormente, deben iniciar el trámite para unificar el grupo familiar en la misma EPS, con el fin de solicitar la licencia por paternidad.





10.3.1 Por primera vez

Luego de realizada la afiliación, el carné es enviado junto con el paquete de bienvenida a la dirección laboral o al domicilio reportado por el nuevo afiliado.

10.3.2 Por pérdida o deterioro

En caso de pérdida del carné o deterioro, el afiliado debe presentar en la oficina más cercana a su casa o trabajo los siguientes documentos:

Para el caso de pérdida, denuncia ante autoridad competente y copia del documento de identificación.

Para el caso de deterioro, sólo presenta el carné viejo y adjunta copia de su documento de identidad.

En cualquier caso la oficina de Atención al Usuario de **NUEVA EPS S.A.** seleccionada por el afiliado, le hará entrega inmediata del nuevo carné.

10.4. Cambio de ciudad

Cuando el afiliado se cambie de ciudad podrá informar el cambio vía telefónica, vía página web www.nuevaeps.com.co o directamente en la oficina de su

ciudad, diligenciando el formulario de novedades que allí se será entregado, indicando la ciudad de la nueva residencia y los siguientes datos:

- Nueva dirección, ciudad y barrio.
- Nuevo teléfono fijo y celular.
- IPS de la red de servicios de **NUEVA EPS S.A.** elegida en la nueva ciudad de residencia.

10.5. Documentos que acreditan la calidad de afiliado

Según lo establecido en el Decreto 1703 de 2002, artículo 3, todo afiliado a **NUEVA EPS S.A.** debe soportar su afiliación con los siguientes documentos:

- Copia del documento de identidad.
- Declaración de dependencia económica realizada por el cotizante en el formato preestablecido por **NUEVA EPS S.A.**
- Copia del Registro Civil de Matrimonio, o declaración extrajuicio ante notario, juez o alcalde que certifique la convivencia.
- Para padres del cotizante o familiares hasta tercer grado de consanguinidad, fotocopia del Registro Civil en donde conste el parentesco.
- Para hijos estudiantes entre 18 y 25 años de edad, certificación del establecimiento educativo en la que conste la edad, escolaridad, período y dedicación académica.
- En caso de incapacidad permanente, certificación expedida por el médico tratante y convalidada por la EPS, donde se determine el tipo y grado de incapacidad.
- En caso de adopción con pago

de UPC adicional, el certificado de entrega emitido por el Instituto de Bienestar Familiar o casa de adopción reconocida por la misma entidad. Para beneficiario directo se requiere fotocopia del nuevo Registro Civil, donde figuren los padres adoptivos o en su lugar la sentencia del Juez de Familia.

Estos documentos deben ser entregados a su asesor o directamente en cualquiera de nuestras oficinas de servicio al cliente.

Para mayor comprensión explicamos los siguientes casos de acreditación de la calidad de afiliado así:

Documentos que acreditan la calidad de Trabajador Dependiente: Son el formulario de afiliación para Trabajadores Dependientes y Servidores Públicos, la Declaración de Salud y fotocopia del documento de identificación.

Documentos que acreditan la calidad de Trabajador Independiente: Son el formulario de afiliación para Trabajadores Independientes y Pensionados, la declaración de salud, formulario de presunción de ingresos, copia del primer pago de la cotización y fotocopia del documento de identificación.

Documentos que acreditan la calidad de Pensionado: Son formulario de afiliación para Trabajadores Independientes y Pensionados, la declaración de salud, copia de la resolución de pensión o copia de la mesada pensional, si es una entidad pública o certificación de reconocimiento de pensión en caso de ser reconocida por entidad privada.

10.6. Inclusión de nuevos beneficiarios

Cualquiera de las siguientes novedades debe realizarse en los puntos de atención de su ciudad.

10.6.1 Recién nacidos

El recién nacido debe ser afiliado a la EPS a la que pertenece la madre y para tales efectos, debe diligenciarse el correspondiente formulario de afiliación y suministrar copia del Registro Civil de Nacimiento. Los recién nacidos, hijos de beneficiarios diferentes al cónyuge solo pueden ser afiliados en calidad de beneficiarios adicionales, lo que requiere el respectivo pago de UPC adicional.

10.6.2 Cónyuge

El cotizante puede afiliar como beneficiario a su cónyuge o compañero permanente, para lo cual debe hacer una novedad de inclusión de beneficiario, utilizando el formato de novedades de **NUEVA EPS S.A.**, el cual puede tramitar directamente con su asesor o en la oficina de su ciudad de residencia.



10.6.3 Padres

A falta de cónyuge o compañero permanente y de hijos, el cotizante puede tener como beneficiarios a sus padres, siempre y cuando dependan económicamente de él. En el momento en que su condición cambie y tenga cónyuge o compañero permanente y/o hijos, sus padres pueden continuar afiliados pero se requiere el pago de la UPC adicional.

Los padres de uno de los cónyuges o compañeros permanentes, pueden ser afiliados sin el pago de la UPC adicional, cuando tanto el cotizante como el cónyuge o compañero permanente coticen a la misma EPS y la suma de los aportes de ambos, sea igual o superior al 150% de las Unidades de Pago por Capiación correspondientes a todos los miembros inscritos del grupo familiar, incluidos los padres (Decreto 047 de 2000, artículo 1).

10.6.4 Familiares hasta tercer grado de consanguinidad

Los familiares hasta el tercer grado de consanguinidad pueden afiliarse siempre y cuando se pague una UPC adicional, por cada persona que no haga parte de su grupo familiar básico, establecido de acuerdo con la edad y sexo de cada persona de acuerdo con el Decreto 2400 de 2002.



Para acreditar la calidad de afiliación se requiere presentar: Fotocopia del documento de identidad, declaración que demuestre la dependencia económica del familiar sobre el cotizante, autoliquidación con el primer pago de aportes (mes completo) y registro civil donde conste parentesco.

10.7. Cambio de tipo de cotizante

10.7.1 Cambio de Dependiente a Independiente.

El cotizante debe diligenciar y entregar al Asesor de Servicio al Cliente:

- Formato de solicitud de afiliación FIRC - 002 - RAD - F - 02 - V1 debidamente diligenciado.
- Declaración de salud
- Documento de identificación
- La presunción de ingresos.
- La copia del primer pago de cotización.

Recuerde que el IBC corresponderá al 50% del valor que arroje la presunción de ingresos, el cual en ningún caso podrá ser menor aun (1) salario mínimo legal vigente (SMLV).

Si el trabajador independiente tiene cotizaciones en contratación no laboral, debe anexar adicional a los soportes mencionados anteriormente: La copia del contrato de prestación de servicios y la copia del aporte a la ARP, exceptuando la presunción de ingresos.

En este caso recuerde que el IBC corresponderá al 40% del valor bruto del contrato, dividido por el número de meses de duración del mismo, el cual en ningún caso podrá ser menor a un (1) salario mínimo legal vigente (SMLV).

10.7.2 Cambio de Dependiente a Pensionado

El cotizante debe diligenciar y entregar al Asesor de Servicio al Cliente:

- Formato de solicitud de afiliación FIRC-002-RAD-F-02-V1 debidamente diligenciado.
- Declaración de salud
- Documento de identificación
- La copia de la resolución de la pensión o comprobante de la mesada en caso de ser una entidad pública. Certificado de reconocimiento de pensión para el caso de las entidades privadas.

10.7.3 Cambio de Independiente a Dependiente

Su nuevo empleador deberá comunicarse con el Asesor de Servicio al Cliente asignado y debe diligenciar y entregar:

- Formato de Solicitud de Afiliación respectiva FIRC-001-RAD-F-01-V1
- Declaración de salud
- Documento de identificación

10.7.4 Cambio de Beneficiario a Cotizante Dependiente

- Diligenciar Solicitud de Afiliación respectiva FIRC-001-RAD-F-01-V1
- Declaración de salud
- Documento de identificación

10.8 Cambio de IPS

El cambio de IPS se puede solicitar por traslado de lugar de residencia, ciudad o cambio de lugar de trabajo y aplica a partir del primer día del mes siguiente a la solicitud. Para efectuar el cambio comuníquese a nuestra línea de atención **"NUEVA EPS S.A"** o acérquese a los puntos de atención y diligencie el for-



mato de novedades.

Nota: En cumplimiento del Decreto 055 de 2007, entre el 1 de agosto y el 15 de septiembre del año 2008, NUEVA EPS S.A, aplicará el cambio de IPS de forma inmediata.

10.9 Certificados de afiliación y/o semanas cotizadas

En caso de requerir un certificado de atención o certificado de semanas cotizadas, puede hacerlo a través de nuestra Página de Internet www.nuevaeps.com.co o en uno de los puntos de atención de su ciudad.

11. El Modelo de atención en Salud NUEVA EPS S.A.

El modelo de prestación de servicios de salud de **NUEVA EPS S.A.**, garantiza a sus afiliados procesos más ágiles para entregar los servicios solicitados con la debida calidad y oportunidad. El modelo de prestación de servicios de nuestra institución está diseñado para satisfacer las necesidades del afiliado, disminuir trámites administrativos innecesarios y facilitar el acceso a los servicios por parte de los afiliados.

Todos los afiliados de **NUEVA**

EPS S.A. tienen una IPS asignada desde el momento de la afiliación. El afiliado podrá cambiar de IPS una vez por año si así lo desea o cuando cambie de lugar de residencia o lugar de trabajo.

NUEVA EPS S.A. brinda los servicios que se encuentran dentro del Plan Obligatorio de Salud dentro del Régimen Contributivo (POSC) de manera integral.

Los servicios cubren: Promoción, educación y prevención, información, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, suministro de medicamentos, citas médicas, hospitalización y atención de urgencias.

Para el acceso a los servicios Usted debe presentar el documento de identidad. Usted y su grupo familiar serán atendidos en la red de prestación de servicios escogida al momento de realizada la afiliación.

11.1 Citas y autorizaciones médicas en la IPS primaria

En la IPS el usuario podrá acceder a la consulta de medicina general, consulta de promoción y prevención, odontología y consulta especializada de pediatría (para niños menores de siete años) y obstetricia (mujeres embarazadas de alto riesgo), previa solicitud de cita a través del número telefónico de su IPS que aparece en su carné o directamente en la IPS asignada.

En la IPS primaria también se podrá acceder a consulta prioritaria. Este servicio será prestado a los afiliados de acuerdo con su condición de salud.

Los servicios derivados de la consulta médica tales como: Medicamentos, ayudas diagnós-

ticas, laboratorio clínico, procedimientos menores y terapias serán autorizados directamente por el médico en el consultorio y serán prestados dentro de la IPS asignada o en su área de influencia.

La vigencia o vencimiento de cada orden de servicio expedida aparecerá en la parte inferior del formato. Es importante tener esta fecha en cuenta para hacer uso del servicio a tiempo.

Los servicios adicionales como: Cirugías programadas y los incluidos para la atención de patologías especiales como: VIH, cáncer e insuficiencia renal entre otros, serán ordenados por el médico de la IPS primaria a la red especializada contratada que aparece en el directorio de **NUEVA EPS S.A.**

Para la atención de pacientes con patologías especiales **NUEVA EPS S.A.** ha diseñado programas enfocados al seguimiento continuo e impacto positivo en las condiciones de salud de estos grupos.

11.2 Servicios no programados

Para acceder a servicios no programados como: Urgencias vitales, hospitalización y cirugías no programadas, el afiliado debe dirigirse a la red más cercana, que aparece en el directorio de instituciones clínicas de **NUEVA EPS S.A.** La Institución Clínica se comunicará con el Call Center de autorizaciones médicas o ingresará vía internet a **NUEVA EPS S.A.**, para realizar los trámites administrativos.

11.3 Programas especiales de promoción

NUEVA EPS S.A. ofrece programas especiales de promoción en



salud para usuarios hipertensos, diabéticos, oxígeno dependientes, usuarios con enfermedad renal crónica, pacientes oncológicos, mujeres embarazadas, adultos mayores y VIH, entre otros.

11.4 Red de atención

11.4.1 Red de urgencias

Acuda a la IPS más cercana de acuerdo al listado que se encuentra en el directorio de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de **NUEVA EPS S.A.**

11.4.2 Red de IPS

Para conocer las IPS en su ciudad o donde se encuentre marque a la línea de atención para Bogotá: 3077022 y resto del país sin costo: 018000954400. Recuerde: El número de la IPS que tiene asignada, se encuentra en su carné.

12. Proceso de aportes

En cumplimiento de la resolución 1747 de 2008, el pago de aportes debe ser realizado a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA)

Si Usted es **Dependiente**, su empleador debe contactar a alguno de los operadores de información habilitados para prestar el servicio y realizar el trámite respectivo.

Si Usted es **Independiente** siga los siguientes pasos:

1. Inscripción ante un operador de información:

- Existen 21 operadores a los cuales puede acudir que se encuentran publicados en

www.minproteccionsocial.gov.co en la opción “Planilla Única de Pagos”.

- Los operadores tienen conexión con los bancos.

- Los operadores le orientarán para realizar su inscripción y le brindarán información sobre todas las etapas del proceso.

2. Diligenciar la planilla:

- Ésta requiere de todos sus datos.

- El IBC debe ser igual en Salud y Pensiones.

- Solo debe aportar para salud (EPS) y pensiones (AFP).

- La afiliación a riesgos profesionales es obligatoria para los Independientes con contratos civiles, comerciales o administrativos.

3. Verifique el resultado:

- Una vez se diligencie la planilla, el sistema hace la liquidación por usted.

- Debe verificar que el valor a pagar coincida con los aportes de Ley: 12.5% del IBC en Salud y 16% del IBC en pensiones,

4. Autorice el pago:

- Una vez verificado el valor a pagar por aportes a seguridad social, Usted puede autorizar el pago con solo un “Click”. Si el pago es mediante una planilla asistida el operador de información le indicará la forma cómo hacer el pago.

- El sistema debitará de su cuenta.

- La información se transmite de forma segura y llega sólo a donde debe llegar.

5. Usted ha hecho un pago seguro y transparente:

- Una vez la administradora reciba la información y el pago, le

enviará una certificación donde confirma que su pago fue completo y sin inconvenientes.

– Para el siguiente mes sólo tiene que verificar la información que ya está cargada y nuevamente hacer un “click”.

13. Derechos, deberes y obligaciones de los Afiliados

13.1 Derechos de los Afiliados

- Afiliar a su grupo familiar básico y a beneficiarios adicionales, condicionado al pago de la UPC adicional.
- Escoger libremente IPS primaria.
- Recibir información sobre las normas, reglamentos, políticas y su estado de afiliación.
- Acumular semanas de cotización respetando la antigüedad en EPS anteriores.
- El cotizante tiene el derecho de recibir prestaciones económicas derivadas de incapacidades y licencias de maternidad o paternidad.
- Acceder a los servicios y productos contemplados dentro del POS en el territorio nacional.
- Participar activamente en los programas de promoción, educación y prevención.
- Recibir atención de urgencias en el territorio nacional.
- Contar con absoluta confidencialidad de los datos registrados en su afiliación, en los procesos de autorización y en su historia clínica.
- Recibir explicación clara frente a la negación de un servicio

asistencial.

- Recibir un trato digno y amable, respetando sus creencias y costumbres.
- Ser escuchado y obtener respuesta, cuando exponga sus inquietudes, sugerencias o quejas.
- Escoger libremente EPS una vez cumpla con el período mínimo de permanencia en la EPS de acuerdo con lo establecido en la Ley.

13.2 Deberes del Afiliado

- Procurar el cuidado integral de su salud y la de su grupo familiar con el objetivo de prevenir enfermedades.
- Asegurar la afiliación de su grupo familiar y de los recién nacidos en la misma EPS.
- Presentar los documentos de afiliación completos.
- Registrar información veraz, clara y completa en el formulario de afiliación y en la declaración de salud.
- Informar a la EPS oportunamente las novedades en su afiliación, y la de sus beneficiarios.
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de las instituciones y profesionales que le prestan atención en salud.
- Vigilar el cumplimiento de las obligaciones a las que se refiere la ley, contraídas por los empleadores.
- Pagar cuando le corresponda, las cotizaciones y pagos obligatorios a que haya lugar.
- Portar el documento de identidad para acceder a los servicios.

- Utilizar los servicios de salud a través de la red de prestadores de **NUEVA EPS S.A.**

- Permanecer por lo menos un año en la misma EPS, después de terminado un tratamiento de alto costo.

- Tratar con amabilidad, dignidad y respeto al personal humano que lo atiende en la EPS y en la IPS.

- Respetar los derechos y privacidad de los demás afiliados a **NUEVA EPS S.A.**

13.3 Obligaciones del Afiliado

- Acudir cumplidamente a las citas, controles médicos, talleres, charlas y diferentes programas de promoción y prevención.

- Todo su núcleo familiar básico debe estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud en una misma EPS.

- Reportar todas las novedades que afecten la composición del grupo familiar como: Fallecimientos, nacimientos, pérdida de calidad de estudiante o cumplimiento de la edad máxima para ser beneficiario.

- Actualizar el documento de identificación de los beneficiarios.

- Actualizar los documentos que acreditan la calidad de beneficiario como es el caso de hijos estudiantes entre los 18 y 25 años.

- Actualizar los datos de residencia, teléfonos fijos, teléfono celular, correo electrónico y otros datos fundamentales para su oportuna notificación.

- Abstenerse de solicitar u

obtener servicios y/o medicamentos que NO son necesarios.

- No incluir en su grupo familiar como beneficiarios a personas que deben aportar como cotizantes.

- Abstenerse de afiliarse como servicio doméstico al cónyuge o compañero permanente y/o familiares hasta el tercer grado de consanguinidad .

- Pagar oportunamente UPC adicionales, copagos y cuotas moderadoras.

- No suministrar información falsa en su afiliación sobre su relación laboral .

- Si viene del Régimen Subsidiado debe trasladarse con todo su grupo familiar

- Informar a la EPS cuando cualquier miembro de su grupo familiar se encuentre en estado de embarazo, para incluirla dentro de los programas de promoción y prevención específicos para maternas.

14. Calificación de satisfacción de los Afiliados

Con el fin de mantener un canal de comunicación abierto y permanente con nuestros Afiliados, lo invitamos a que llame a nuestra Línea de Atención **NUEVA EPS S.A.** y nos permita conocer su opinión y calificación de servicios.

Recuerde nuestras Líneas de Atención son:

En Bogotá: 3077022 y desde el resto del país sin costo: 018000954400 al ingresar al menú principal solo requiere marcar la opción 5 y calificar nuestros servicios.



VIGILADO Supersalud

Línea de Atención al Usuario 6500870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional 018000910383



nueva
eps

Línea de atención en Bogotá
3077022
Línea Gratuita Nacional
018000954400
www.nuevaeps.com.co