

VICEPRESIDENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

MANUAL DE GESTIÓN Y TRÁMITE DE CUENTAS MÉDICAS PAC

SUBPROCESOS: Trámite de cuentas médicas PAC / Conciliación de cartera con prestadores de servicios de salud PAC / Reembolsos de PAC



TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVO GENERAL DEL PROCESO DE GESTIÓN Y TRÁMITE DE CUENTAS MÉDICAS PAC	4
2. ALCANCE GENERAL DEL PROCESO DE GESTIÓN Y TRÁMITE DE CUENTAS MÉDICAS PAC.....	4
3. RESPONSABLES DEL PROCESO DE GESTIÓN Y TRÁMITE DE CUENTAS MÉDICAS PAC.....	4
4. MARCO NORMATIVO	4
5. POLÍTICAS GENERALES	5
6. GLOSARIO DE TÉRMINOS	6
CAPITULO I: SUBPROCESO TRÁMITE DE CUENTAS MÉDICAS PAC	7
1. OBJETIVO DEL SUBPROCESO TRÁMITE DE CUENTAS MÉDICAS PAC.....	7
2. ALCANCE DEL SUBPROCESO TRÁMITE DE CUENTAS MÉDICAS PAC	7
3. RESPONSABLES DEL SUBPROCESO TRÁMITE DE CUENTAS MÉDICAS PAC.....	7
4. POLÍTICAS DEL SUBPROCESO TRÁMITE DE CUENTAS MÉDICAS PAC.....	7
PROCEDIMIENTO PRERADICACIÓN Y RADICACIÓN DE CUENTAS MÉDICAS PAC	10
1. POLÍTICAS DEL PROCEDIMIENTO PRE RADICACIÓN Y RADICACIÓN DE CUENTAS MÉDICAS PAC.....	10
2. FLUJOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO PRERADICACIÓN Y RADICACIÓN DE CUENTAS MÉDICAS PAC.....	11
3. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO PRERADICACIÓN Y RADICACIÓN DE CUENTAS MÉDICAS PAC.....	12
PROCEDIMIENTO PROCESAMIENTO Y AUDITORÍA ADMINISTRATIVA DE CUENTAS MÉDICAS PAC .	14
1. FLUJOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO PROCESAMIENTO Y AUDITORÍA ADMINISTRATIVA DE CUENTAS MÉDICAS PAC.....	14
2. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO PROCESAMIENTO Y AUDITORÍA ADMINISTRATIVA DE CUENTAS MÉDICAS PAC.....	15
3. FORMATOS	20
4. ANEXOS	20
CAPITULO II: SUBPROCESO CONCILIACIÓN DE CARTERA CON PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PAC.....	21
1. OBJETIVO DEL SUBPROCESO DE CONCILIACIÓN DE CARTERA CON PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PAC	21
2. ALCANCE DEL SUBPROCESO DE CONCILIACIÓN DE CARTERA CON PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PAC	21
3. RESPONSABLES DEL SUBPROCESO DE CONCILIACIÓN DE CARTERA CON PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PAC	21

4. POLÍTICAS DEL SUBPROCESO DE CONCILIACIÓN DE CARTERA CON PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PAC	21
PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN Y RESPUESTA A GLOSA DETALLADA PAC	23
1. FLUJOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN Y RESPUESTA A GLOSA DETALLADA PAC 23	
2. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN Y RESPUESTA A GLOSA DETALLADA PAC 24	
3. FORMATOS	27
4. ANEXOS	27
PROCEDIMIENTO CONCILIACIÓN CON IPS PAC.....	28
1. FLUJOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO CONCILIACIÓN CON IPS PAC	28
2. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO CONCILIACIÓN CON IPS PAC.....	29
3. FORMATOS	31
4. ANEXOS	31
CAPITULO III: SUBPROCESO DE REEMBOLSOS PAC.....	32
1. OBJETIVO DEL SUBPROCESO DE REEMBOLSOS PAC	32
2. ALCANCE DEL SUBPROCESO DE REEMBOLSOS PAC	32
3. RESPONSABLES DEL SUBPROCESO DE REEMBOLSOS PAC.....	32
4. POLÍTICAS RELACIONADAS CON EL SUBPROCESO REEMBOLSOS DE PAC	32
PROCEDIMIENTO RADICACIÓN DE REEMBOLSOS PAC	34
1. FLUJOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO RADICACIÓN DE REEMBOLSOS PAC.....	34
2. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO RADICACIÓN DE REEMBOLSOS PAC.....	35
3. FORMATOS	36
4. ANEXOS	36
PROCEDIMIENTO AUDITORÍA Y PROCESAMIENTO DE REEMBOLSOS PAC	37
1. FLUJOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO AUDITORÍA Y PROCESAMIENTO DE REEMBOLSOS PAC 37	
2. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO AUDITORÍA Y PROCESAMIENTO DE REEMBOLSOS PAC 38	
3. FORMATOS	40
4. ANEXOS	40

1. OBJETIVO GENERAL DEL PROCESO DE GESTIÓN Y TRÁMITE DE CUENTAS MÉDICAS PAC

Procesar con calidad, oportunidad y al menor costo las facturas radicadas por la red de prestadores del Plan de Atención Complementaria, correspondientes a la prestación de servicios de salud de beneficiarios PAC que tengan derecho y conciliar la cartera con las IPS de acuerdo con la normatividad legal vigente y políticas internas, con el fin de registrar en el sistema de información las partidas correspondientes para su posterior contabilización y pago.

2. ALCANCE GENERAL DEL PROCESO DE GESTIÓN Y TRÁMITE DE CUENTAS MÉDICAS PAC

Inicia con la radicación de la factura emitida por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, correspondientes a la prestación de servicios de salud PAC y termina con la orden de pago total, la conciliación de las diferencias cuando el pago inicial se realizó en forma parcial o la devolución de la factura.

3. RESPONSABLES DEL PROCESO DE GESTIÓN Y TRÁMITE DE CUENTAS MÉDICAS PAC

Área líder del proceso: Gerencia de Cuentas Médicas, Gerencia de Gestión a Prestadores

Áreas que intervienen en el proceso: Dirección de Auditoría.

4. MARCO NORMATIVO

- ▼ **Ley 100 de 1993.** Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
- ▼ **Ley 223 de 1995.** Por la cual se expiden normas sobre racionalización tributaria y se dictan otras disposiciones.
- ▼ **Ley 1122 de 2007.** por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- ▼ **Ley 1438 de 2011.** Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- ▼ **Decreto 1165 de 1996.** Por el cual se reglamentan los artículos 437-2, 615, 616, 616-1, 616-2, 617, 618 y 618-2 del Estatuto Tributario.
- ▼ **Decreto 1929 de 2007.** Por el cual se reglamenta el artículo 616-1 del Estatuto Tributario
- ▼ **Decreto 4747 de 2007.** Por el 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.
- ▼ **Resolución 3878 de 1996 (DIAN).** Controles técnicos y fiscales sobre la facturación.
- ▼ **Resolución 3374 de 2000.** Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados.

- ▼ **Resolución 951 de 2002.** Por la cual se fijan algunos lineamientos en relación con el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud, RIPS.
- ▼ **Resolución 3384 de 2002.** Por la cual se modifican parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se deroga la Resolución 1078 de 2000.
- ▼ **Resolución DIAN 14465 de 2007.** Por medio de la cual se establecen las características y contenido técnico de la factura electrónica y de las notas crédito y otros aspectos relacionados con esta modalidad de facturación, y se adecúa el sistema técnico de control.
- ▼ **Resolución 3047 de 2008.** 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
- ▼ **Artículo 14 de la resolución 5261 de 1994.** Los reembolsos que sean reconocidos por la EPS serán liquidados a tarifas S.O.A.T.
- ▼ **Acuerdo 029 de 2011:** Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud.

5. POLÍTICAS GENERALES

- 5.1. Toda factura recibida tendrá un consecutivo único de radicación en el sistema de información de Cuentas Médicas de NUEVA EPS S.A.
- 5.2. La Gerencia de Cuentas Médicas y la Gerencia de Gestión a Prestadores son las responsables del suministro de información para el cálculo de la Reserva Técnica relacionada con las cuentas médicas de PAC bajo los atributos de calidad, consistencia, exactitud, completitud y lógica del dato, siguiendo los parámetros definidos en los anexos *Manual políticas, procesos, procedimientos RT Nueva EPS* y *Nota Técnica – Metodología de cálculo de reservas técnicas de Nueva EPS (Reservas de obligaciones pendientes y conocidas)*.
- 5.3. Cada responsable partícipe del proceso debe controlar su ejecución a través de indicadores que le permitan medir su gestión. Por tal razón, es su deber entregar un producto de excelente calidad que evite los reprocesos y/o la afectación directa a sus clientes y al mismo tiempo controle o mitigue el(os) riesgo(s) inherentes a la ejecución propia de la actividad.
- 5.4. NUEVA EPS aplica los principios de transparencia, reserva, confidencialidad y objetividad en el procesamiento de la información, en todas sus actuaciones.

6. GLOSARIO DE TÉRMINOS

- ▼ *Conciliación:* Corresponde al proceso de concertación y/o acuerdo de una glosa y/o devolución que hayan sido reiterados, sin que alguna de las partes ceda respecto de la objeción.
- ▼ *Factura:* Documento legal que soporta una compra o la prestación de un bien o servicio.
- ▼ *Glosa:* Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador del servicio de salud.
- ▼ *Historia Clínica:* es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva en la cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Sólo podrá ser solicitada en forma excepcional para los casos de alto costo.
- ▼ *Hoja de administración de medicamentos:* Corresponde al registro detallado del suministro de medicamentos a los pacientes hospitalizados, incluyendo el nombre, presentación, dosificación, vía, fecha y hora de aplicación.
- ▼ *Hoja de traslado:* Resumen de las condiciones y procedimientos practicados durante el traslado en ambulancia de un paciente.
- ▼ *Orden y/o fórmula médica:* Documento en el que el profesional de la salud tratante prescribe los medicamentos y solicita otros servicios médicos, quirúrgicos o terapéuticos. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- ▼ *Paquete integral:* Término que se refiere a un caso o conjunto integral de atenciones, paquete o grupo *relacionado* por diagnóstico. También se refiere a la modalidad de contratación y pago por servicios médicos que se prestan de esta manera.
- ▼ *Pre radicación:* captura de información básica de la cuenta médica: número de cuentas a pre radicar (1), NIT de la IPS, sucursal de la IPS, tipo de cuenta (servicios o cápita) y fecha de pre radicación (la registrada en el sello).
- ▼ *Radicación:* captura de información que complementa la pre radicación: Número de la factura, fecha de elaboración de la factura, valor bruto de la factura (incluye IVA, no incluye cuotas moderadoras ni copagos) y número de atenciones incluidas en la cuenta médica.
- ▼ *Respuesta de glosa:* Hace referencia a la aceptación o reiteración de cobro de las objeciones presentadas a la cuenta inicialmente radicada.
- ▼ *Resumen de atención o epicrisis:* es el resumen de la historia clínica entregado al paciente cuando éste es dado de alta o cuando finaliza la atención. Dicho documento incluye los datos más reseñables del historial del paciente como diagnósticos, tratamientos realizados, medicación recomendada y circunstancialmente el pronóstico.
- ▼ *Soportes:* Son los documentos que se anexan a la factura para verificar cada uno de los servicios prestados al paciente. En algunos casos los soportes están representados en información registrada en los documentos

CAPITULO I: SUBPROCESO TRÁMITE DE CUENTAS MÉDICAS PAC

1. OBJETIVO DEL SUBPROCESO TRÁMITE DE CUENTAS MÉDICAS PAC

Procesar con calidad, oportunidad y al menor costo las facturas radicadas por la red de prestadores del Plan de Atención Complementaria, correspondientes a la prestación de servicios de salud de beneficiarios PAC que tengan derecho de acuerdo con la normatividad legal vigente y políticas internas, con el fin de registrar en el sistema de información las partidas correspondientes para su posterior contabilización y pago.

2. ALCANCE DEL SUBPROCESO TRÁMITE DE CUENTAS MÉDICAS PAC

Inicia con la radicación de la factura emitida por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, correspondientes a la prestación de servicios de salud PAC y termina con el registro en el sistema de información contable, envío de glosas o devolución de las facturas.

3. RESPONSABLES DEL SUBPROCESO TRÁMITE DE CUENTAS MÉDICAS PAC

Área líder del proceso: Gerencia de Cuentas Médicas

Áreas que intervienen en el proceso: Dirección de Auditoría, Dirección de Acceso a Servicios de Salud, Gerencia de Red de Servicios.

4. POLÍTICAS DEL SUBPROCESO TRÁMITE DE CUENTAS MÉDICAS PAC

- 4.1. Las IPS que pertenecen a la red del PAC, que tengan convenio de simultaneidad o convenio PBS Contributivo y requieran prestar servicios que se encuentren dentro de las exclusiones, preexistencias o no coberturas del contrato de PAC, deberán cumplir con el proceso autorizador para el PBS y para PAC independientemente. Así mismo, deberán presentar facturas independientes por PAC y por PBS de acuerdo con las autorizaciones emitidas por cada producto.
- 4.2. Las IPS que pertenecen a la red del PAC y no tienen convenio PBS ni de simultaneidad, deben remitir los servicios que se encuentren dentro de exclusiones, preexistencias o no coberturas del contrato de PAC a la red de simultaneidad o a la red PBS de Nueva EPS; en el caso en que el servicio sea prestado deberá ser asumido por el usuario.
- 4.3. Las facturas emitidas por servicios de asegurabilidad deben ser facturadas por los prestadores de la red que tenga este convenio. En la carátula de la factura, se debe identificar que la cuenta corresponde a servicios de asegurabilidad y se debe detallar los servicios prestados y los pagos realizados por el usuario.
- 4.4. Todas las facturas presentadas por servicios hospitalarios o ambulatorios deben cumplir con los siguientes requisitos según lo establecido en artículos 40 y 258 de la Ley 223 de diciembre de 1995, los decretos 1165 de 1996 y 2242 de 2015, Resolución DIAN 000055 de 2016, los Art. 511, 615 al 619 del Estatuto Tributario y el Decreto Único Tributario 1625 de 2016. Artículos 1.6.1.4.1. y 1.6.1.4.1.1:
 - ♥ Apellidos y nombres o razón social completa e identificación tributaria, C.C. o NIT de quien prestó el servicio.

- ♥ Apellidos y nombre o razón social y NIT del adquirente de los bienes o servicios, junto con la discriminación del IVA pagado
 - ♥ Llevar un número que corresponda a un sistema de numeración consecutiva de facturas de venta.
 - ♥ Fecha de expedición de la factura.
 - ♥ Código y descripción específica o genérica de los servicios prestados.
 - ♥ Valor total.
 - ♥ Nombre o razón social del impresor de la factura.
 - ♥ Indicar la calidad de retenedor del impuesto sobre las ventas.
 - ♥ No deben presentar tachones o enmendaduras.
- 4.5. Toda factura de prestación de servicios ambulatorios u hospitalarios debe contener en el cuerpo de la factura, en el resumen de atención o en los documentos anexos, la información general del paciente:
- ♥ Nombres y apellidos del usuario que recibió la atención
 - ♥ Tipo y número de identificación del usuario
 - ♥ Tipo de usuario (cotizante o beneficiario)
 - ♥ Número de la historia clínica
 - ♥ Fecha de ingreso y fecha de egreso del servicio
 - ♥ Número de autorizaciones o verificación de derechos, según el caso.
 - ♥ Nombres e identificación de los servicios prestados, con sus respectivos documentos soporte.
 - ♥ Tipo de servicio prestado
- 4.6. Las atenciones relacionadas a continuación siempre deberán ser presentadas por separado en una factura por usuario:
- ♥ Paciente hospitalizado.
 - ♥ Paciente atendido en el servicio de urgencias que haya quedado en observación.
 - ♥ Paciente atendido con urgencia simple.
- 4.7. Las atenciones relacionadas a continuación podrán ser agrupadas por servicio y presentar una sola factura:
- ♥ Exámenes ambulatorios.
 - ♥ Procedimientos quirúrgicos ambulatorios con autorización.
 - ♥ Apoyos terapéuticos ambulatorios con autorización.
 - ♥ Farmacia.
- Nota:** Las facturas agrupadas no deben contener más de cien (100) usuarios.
- 4.8. En el soporte detalle de cargos en facturas de varios usuarios, debe venir la relación discriminada de la atención, indicando por cada usuario, autorización, servicio, cantidad, valor y recaudo por bonos.
- 4.9. La IPS debe detallar por afiliado el valor del bono dependiendo del plan o contrato, estos valores deben venir especificados en la Planilla de prestación de servicios o en la factura indicando a que usuario (con número de identificación) corresponde el valor cancelado por el usuario.
- 4.10. La IPS debe discriminar y descontar de la factura el valor recaudado por concepto bonos cancelados por el usuario.
- 4.11. La suma de cada servicio relacionado en el detalle de cargos de la factura debe coincidir exactamente con el valor bruto de la carátula de la factura.
- 4.12. La fecha de emisión de la factura debe corresponder al año en curso, con excepción de facturas que han sido recibidas y devueltas en periodos anteriores y que cuentan con un consecutivo de radicación en el sistema de información de Cuentas Médicas de NUEVA EPS S.A.

- 4.13. En ningún caso se debe fraccionar la facturación de servicios que correspondan a una misma autorización, es decir, los servicios no cobrados de una autorización se entenderán como no prestados.
- 4.14. Las IPS deben presentar el número de autorización generado por la EPS; en los casos donde no exista la autorización, se generará devolución de la factura a la IPS.
- 4.15. La aplicación de glosas y devoluciones a las cuentas médicas presentadas por las IPS se rige según lo establecido en la Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de la Protección Social Anexo N° 6 (Manual Único de Glosas, devoluciones y Respuestas) y las convenidas con la red de prestadores.
- 4.16. La glosa será notificada al correo corporativo suministrado en el contrato.
- 4.17. En el evento en que la IPS realice una aceptación de glosa a la factura, previa a la radicación de la misma, debe emitir una nota contable (nota crédito) indicando el número de la factura que afecta, el servicio y el valor aceptado.
- 4.18. Los profesionales médicos que prestan servicios de consulta médica deberán anexar la *Planilla de control de servicios PAC* como soporte de la cuenta, con todos los campos debidamente diligenciados, teniendo en cuenta que las facturas agrupadas no deben contener más de 100 atenciones.
- 4.19. Las facturas por concepto de urgencias y hospitalizaciones cuyo valor sea superior a \$1.000.000 deben ser objeto de auditoría médica, bien sea concurrente o retrospectiva.
- 4.20. La IPS está obligada a presentar los registros individuales RIPS de las atenciones facturadas en forma consistente y confiable como parte de la factura y un soporte más de esta, de acuerdo con lo establecido en la resolución 3374 de 2000 en sus artículos séptimo y octavo o a las normas que lo modifiquen, sustituyan o adicionen, además por la relación contractual entre pagador y prestador que se rige por el código de comercio y los términos definidos en el contrato. En específico lo relacionado con las "OBLIGACIONES DE LA IPS" - "INFORMES" – "Información de prestaciones de servicios de salud -RIPS-, anexa en medio magnético a la facturación mensual" y en relación a las "OBLIGACIONES DE LA EPS" – "Recibir las facturas presentadas por la IPS siempre y cuando reúnan los requisitos de ley y hayan sido presentadas con los informes obligatorios establecidos en el presente contrato...".
- 4.21. La IPS debe presentar ante NUEVA EPS S.A. los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) junto con la radicación de las facturas. El cargue de los RIPS, se debe realizar a través de la página web www.nuevaeps.com.co en el link Portal para IPS, menú transacciones en la opción cargue de información RIPS ingresando con el usuario y clave asignados; una vez realizado el cargue exitoso de la información de los RIPS, se debe imprimir el archivo y adjuntarlo a la factura a radicar. Ver anexo *Manual del Usuario para el cargue de RIPS*.
- 4.22. Mensualmente se actualizará en el sistema de información de Cuentas Médicas las facturas devueltas que superen tres (3) años y un (1) mes desde la fecha de emisión, conforme a concepto 35471 de 2014 de la Superintendencia Nacional de Salud, a fin de no permitir el reingreso de facturas caducadas.
- Excepción:** Legalizaciones solicitadas por la Gerencia de Gestión a Prestadores y Comité de Vicepresidencia Financiera.
- 4.23. Mensualmente, la Gerencia de Cuentas Médicas debe enviar al Operador de Cuentas Médicas el archivo del consolidado de autorizaciones y de tarifas.

PROCEDIMIENTO PRERADICACIÓN Y RADICACIÓN DE CUENTAS MÉDICAS PAC

1. POLÍTICAS DEL PROCEDIMIENTO PRE RADICACIÓN Y RADICACIÓN DE CUENTAS MÉDICAS PAC

- 1.1. La IPS debe presentar las facturas físicas en la Dirección Nacional de NUEVA EPS S.A., a nombre de la Coordinación de Cuentas Médicas en la Carrera 85K No. 46A – 66 en la ciudad de Bogotá.
- 1.2. La IPS debe presentar las facturas en original y copia, con sus debidos documentos soporte de acuerdo con el tipo de servicio de salud brindado. Los soportes para cada servicio se describen en el Anexo *P-02-03-A-001 Documentos Soporte Cuentas Médicas PAC*.

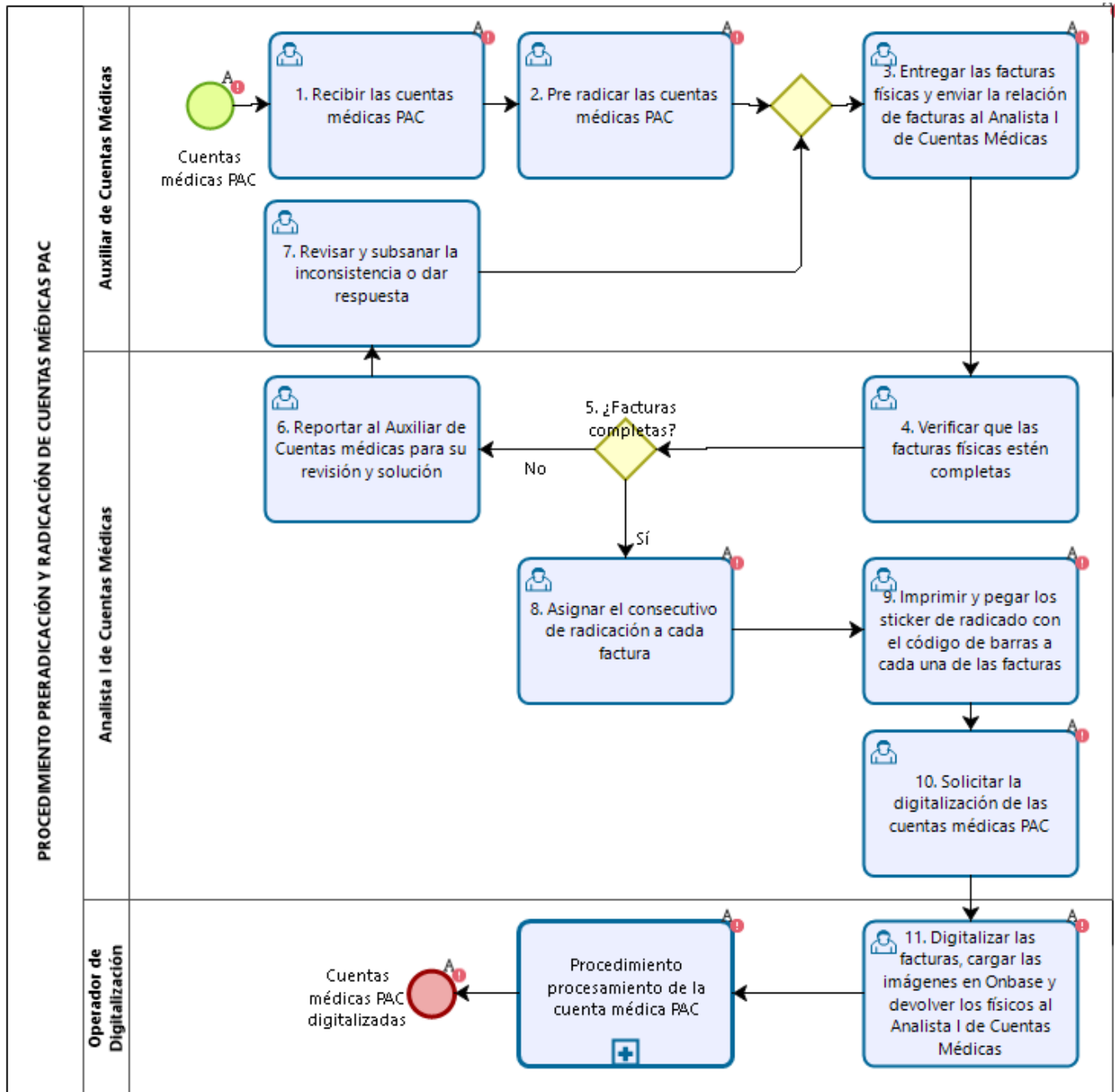
En el caso en que la factura no cuente con todos los soportes normativos y contractuales, será devuelta.

- 1.3. La recepción de facturas se realizará entre el día primero (1) al día veinte (20) del mes o día hábil inmediatamente anterior, en el horario de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. y 2:00 p.m. a 4:30 p.m. de lunes a viernes.
- 1.4. Para el cierre de año, NUEVA EPS S.A. recibe facturas con fecha de emisión del año anterior hasta, máximo, el día veinte (20) calendario del mes de enero del nuevo año. A partir de esta fecha, las facturas deben tener fecha de emisión del nuevo año.

NUEVA EPS S.A., podrá realizar devolución de las facturas que no cumplan con lo anteriormente descrito, con excepción de las facturas previamente radicadas y devueltas en el año en curso

- 1.5. Se podrá radicar la facturación de forma presencial y/o por correo certificado; la IPS deberá garantizar que la facturación llegue al lugar de radicación en la fecha anteriormente citada junto con los soportes exigidos.
- 1.6. La recepción de la factura por parte de NUEVA EPS S.A. no implica la aceptación de la misma.

2. FLUJOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO PRERADICACIÓN Y RADICACIÓN DE CUENTAS MÉDICAS PAC



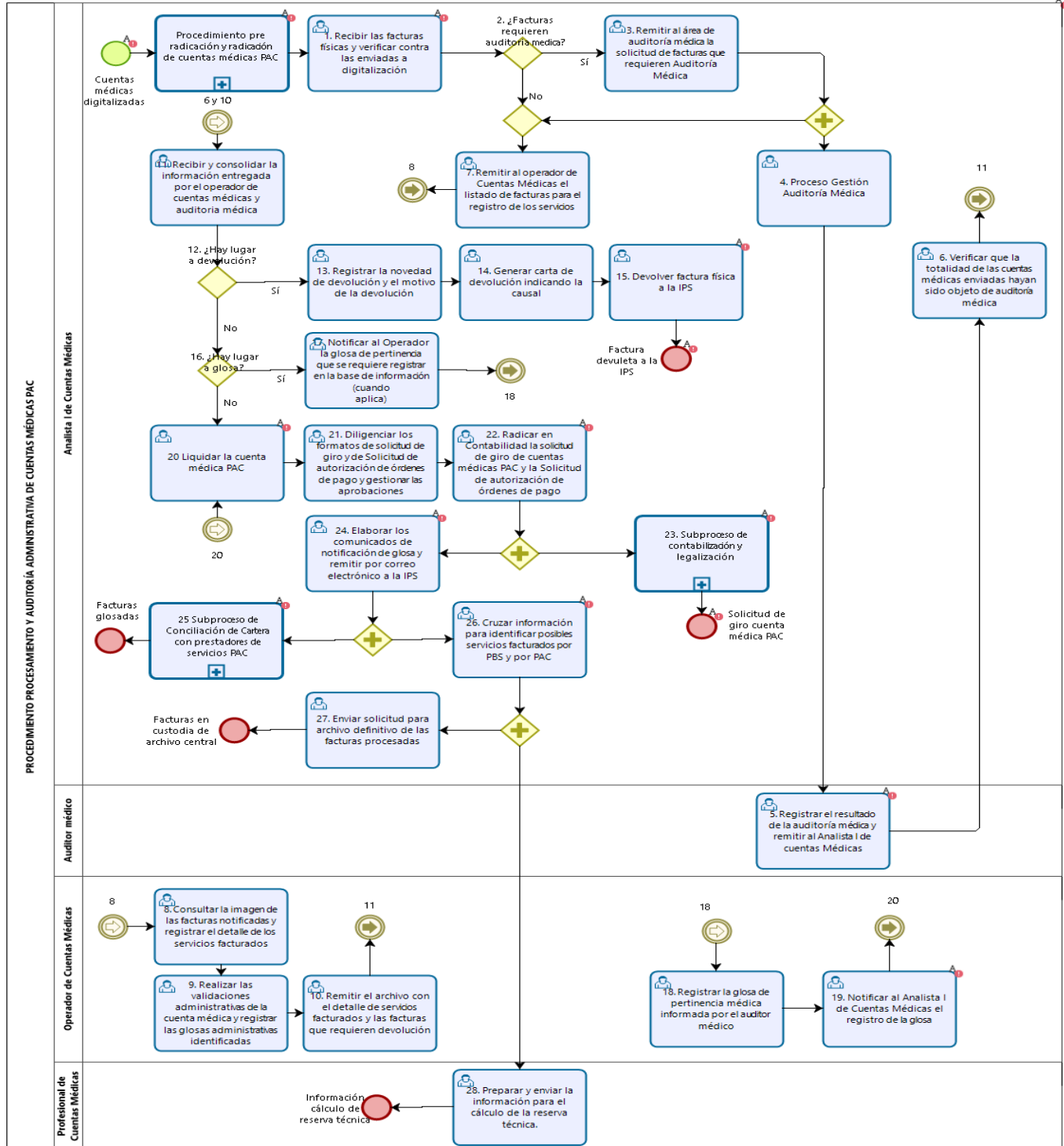
3. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO PRERADICACIÓN Y RADICACIÓN DE CUENTAS MÉDICAS PAC

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
	Inicio		
1.	Recibir las cuentas médicas PAC.	Nacional: Auxiliar de Cuentas Médicas	<p>¿Cómo?: la recepción de las cuentas médicas PAC se realiza en la Gerencia de Cuentas Médicas y puede ser presencial o a través de correo certificado.</p> <p>Cuando la recepción de las facturas es presencial, se debe sellar el original y la copia de la factura en señal de recibido y devolver una copia a la IPS. Cuando la recepción de la factura es a través de correo certificado, se sella y firma la guía de envío del proveedor de correspondencia.</p> <p>Tiempo: De 8:00 a.m. a 1:00 p.m. y 2:00 p.m. a 4:30 p.m. de lunes a viernes, del día primero (1) al día veinte (20) calendario de todos los meses. Cuando el día veinte (20) calendario sea sábado, domingo o festivo el cierre de radicación será el día hábil inmediatamente anterior. Lo recibido entre el 21 y el 30 del mes se radica con fecha del primer día hábil del siguiente mes.</p>
2.	Pre radicar las cuentas médicas PAC.	Nacional: Auxiliar de Cuentas Médicas	<p>¿Cómo?: se capturan los datos básicos de cada cuenta médica de servicios PAC en un archivo Excel: NIT, número de la factura nombre prestador, valor bruto de la factura, valor bonos y valor neto de la factura. No se deben registrar caracteres especiales.</p> <p>De esta captura, se elabora la relación de las facturas recibidas en el día.</p>
3.	Entregar las facturas físicas y enviar la relación de facturas al Analista I de Cuentas Médicas	Nacional: Auxiliar de Cuentas Médicas	<p>¿Cómo?: La relación de las facturas PAC recibidas se envía vía correo electrónico.</p> <p>Las facturas físicas se entregan al Analista I cuando se complete una caja. En solo día se pueden recibir cajas completas por lo cual la entrega se hace en los siguientes días a la recepción de las cuentas.</p>
4.	Verificar que las facturas físicas estén completas	Nacional: Analista I de Cuentas Médicas	<p>¿Cómo?: se debe validar que la relación de facturas coincida con el físico recibido.</p>
5.	¿Facturas completas?		
6.	No: Reportar al Auxiliar de Cuentas médicas para su revisión y solución.	Nacional: Analista I de Cuentas Médicas	<p>¿Cómo?: en la relación de facturas se debe dejar evidencia del faltante.</p>
7.	Revisar y subsanar la inconsistencia o dar respuesta.	Nacional: Auxiliar de Cuentas Médicas	<p>¿Cómo?: Debe verificar contra la relación entregada por la IPS si la factura fue devuelta a la IPS.</p> <p>La respuesta a la inconsistencia debe ser enviada por correo electrónico.</p>

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
	Vuelve a actividad 3		
8.	Sí: Asignar el consecutivo de radicación a cada factura.	Nacional: Analista I de Cuentas Médicas	¿Cómo?: El consecutivo de radicación es un control manual que se registra en Excel.
9.	Imprimir y pegar los sticker de radicado con el código de barras a cada una de las facturas.	Nacional: Analista I de Cuentas Médicas	
10.	Solicitar la digitalización de las cuentas médicas PAC.	Nacional: Analista I de Cuentas Médicas	¿Cómo?: se envía la solicitud de digitalización al área de Gestión Documental a través de correo electrónico. El área de Gestión Documental debe coordinar con el proveedor de digitalización la recolección de los documentos a digitalizar. El proveedor "puntea las facturas" y recoge los físicos en el área de Cuentas Médicas.
11.	Digitalizar las facturas, cargar las imágenes en Onbase y devolver los físicos al Analista I de Cuentas Médicas.	Nacional: Operador de Digitalización	¿Cómo?: El proveedor digitaliza las cuentas médicas con sus soportes, las cuales quedan guardadas en el visor de imágenes para consulta del área de Cuentas Médicas, del Operador de Cuentas Médicas y de Auditoría Médica. Las facturas físicas son devueltas a Cuentas. Tiempo: El acuerdo de nivel de servicio pactado entre las áreas es de 48 horas.
12.	Continúa con procedimiento de procesamiento de la cuenta médica PAC		
	Fin		

PROCEDIMIENTO PROCESAMIENTO Y AUDITORÍA ADMINISTRATIVA DE CUENTAS MÉDICAS PAC

1. FLUJOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO PROCESAMIENTO Y AUDITORÍA ADMINISTRATIVA DE CUENTAS MÉDICAS PAC



2. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO PROCESAMIENTO Y AUDITORÍA ADMINISTRATIVA DE CUENTAS MÉDICAS PAC

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
	Viene del Procedimiento <i>pre radicación y radicación de cuentas médicas PAC</i>		
1.	Recibir las facturas físicas y verificar contra las enviadas a digitalización	Nacional: Analista I de Cuentas Médicas	
2.	¿Facturas requieren auditoría médica?		
3.	Sí: Remitir al área de auditoría médica la solicitud de facturas que requieren Auditoría Médica. Las actividades 4 y 7 se ejecutan en paralelo	Nacional: Analista I de Cuentas Médicas	¿Cómo?: se debe verificar: Si la cuenta médica ya cuenta con la auditoría médica concurrente, continúa con el proceso normal de procesamiento. Si la cuenta médica corresponde a servicios de urgencias y hospitalización cuyo costo sea igual o mayor a \$2.000.000 y no cuenta con la auditoría concurrente, debe enviarse para la auditoría médica retrospectiva. La solicitud se envía a través de correo electrónico dirigido al Coordinador de Auditoría, adjuntando la relación de facturas que deben ser auditadas.
4.	Continúa con proceso Gestión Auditoría Médica.		
5.	Registrar el resultado de la auditoría médica y remitir al Analista I de cuentas Médicas.	Nacional: Auditor Médico	¿Cómo?: el auditor médico debe consultar las facturas en el visor de imágenes de OnBase. El resultado de la auditoría se registra en el archivo Exel de auditoría del PAC, el cual debe ser remitido al Analista I de Cuentas Médicas a través de correo electrónico. El archivo contiene los siguientes campos: <ul style="list-style-type: none"> ▼ Número de radicación ▼ Número de factura ▼ Fecha de radicación ▼ NIT IPS ▼ Razón social ▼ Valor ▼ Ubicación imagen ▼ Nombre auditor calidad ▼ Perfil del auditor ▼ Equipo de auditoría ▼ Código del servicio ▼ Descripción del servicio ▼ Código de glosa ▼ Descripción de glosa

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
			<ul style="list-style-type: none"> ♥ Cantidad ♥ Valor Unitario ♥ Valor total glosa ♥ Observaciones
6.	<p>Verificar que la totalidad de las cuentas médicas enviadas hayan sido objeto de auditoría médica</p> <p>Continúa con la actividad 11</p>	Nacional: Analista I de Cuentas Médicas	
7.	No: Remitir al operador de Cuentas Médicas el listado de facturas para el registro de los servicios.	Nacional: Analista I de Cuentas Médicas	¿Cómo?: el archivo se remite por correo electrónico.
8.	Consultar la imagen de las facturas notificadas y registrar el detalle de los servicios facturados.	Nacional: Operador de Cuentas Médicas	<p>¿Cómo?: El detalle de los servicios se registra en un archivo Excel diseñado para tal fin.</p> <p>Se debe registrar la información de los campos: información de pacientes, cantidad y descripción de servicios prestados, valores (facturados y bonos), autorizaciones, notas crédito (si aplica). No se deben registrar caracteres especiales.</p>
9.	Realizar las validaciones administrativas de la cuenta médica y registrar las glosas administrativas identificadas.	Nacional: Operador de Cuentas Médicas	<p>¿Cómo?: se debe validar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ♥ El cumplimiento de los requisitos de ley: Artículo 617 del Estatuto Tributario ♥ La completitud y pertinencia de los soportes: según anexo P-02-03-A-001 - <i>Documentos soporte de Cuentas Médicas PAC</i> ♥ Que la IPS esté contratada para prestar servicios de salud PAC ♥ Que la autorización emitida corresponda al PAC ♥ Que los servicios facturados correspondan a los contratados para el PAC ♥ Que las tarifas facturadas correspondan a las contratadas ♥ Que la IPS haya cargado los RIPS <p>Para determinar el correcto cobro de los servicios facturados se debe consultar el archivo tarifas enviado por Cuentas Médicas y la autorización en el módulo de autorizaciones.</p>
10.	Remitir el archivo con el detalle de servicios facturados y las facturas que requieren	Nacional: Operador de Cuentas Médicas	¿Cómo?: el archivo con el detalle de las facturas se envía al Analista I de Cuentas Médicas, vía correo electrónico. Debe contener las facturas que deben ser devueltas y el detalle de glosa administrativa.

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
	devolución		
11.	Recibir y consolidar la información entregada por el operador de cuentas médicas y auditoría médica	Nacional: Analista I de Cuentas Médicas	
12.	¿Hay lugar a devolución?		
13.	Sí: Registrar la novedad de devolución y el motivo de la devolución	Nacional: Analista I de Cuentas Médicas	¿Cómo?: Las causales de devolución de facturas PAC están definidas en el anexo técnico 6 de la Resolución 3047 de 2008. La causal de devolución se registra en el archivo Excel junto con la justificación. Tiempo: 20 días hábiles
14.	Generar carta de devolución indicando la causal	Nacional: Analista I de Cuentas Médicas	¿Cómo?: Para la devolución de la factura se debe elaborar una carta dirigida a la IPS en la cual se relaciona la causal y observaciones de la devolución. Esta carta debe ser firmada por el Coordinador de Cuentas Médicas.
15.	Devolver factura física a la IPS Esta actividad va a fin		¿Cómo?: La devolución de la factura física se realiza a través de correo certificado.
16.	No: ¿Hay lugar a glosa?		
17.	Notificar al Operador la glosa de pertinencia que se requiere registrar en la base de información (cuando aplica)	Nacional: Analista I de Cuentas Médicas	¿Cómo?: el archivo se remite por correo electrónico.
18.	Registrar la glosa de pertinencia médica informada por el auditor médico	Nacional: Operador de Cuentas Médicas	¿Cómo?: El valor glosado se registra en el archivo Excel, de acuerdo con las causales descritas en el anexo 6 de la Resolución 3047 de 2008.
19.	Notificar al Analista I de Cuentas Médicas el registro de la glosa	Nacional: Operador de Cuentas Médicas	¿Cómo?: el archivo se remite por correo electrónico.
20.	No: Liquidar la cuenta médica PAC	Nacional: Analista I de Cuentas Médicas	¿Cómo?: Liquidar la cuenta médica PAC se debe validar: que la sumatoria de los valores registrados en el detalle no superen los valores registrados en la carátula. La cuenta médica queda en estado orden y orden glosa, según corresponda.
21.	Diligenciar los formatos de <i>solicitud de giro</i> y de <i>Solicitud de autorización de órdenes de pago</i> y gestionar las	Nacional: Analista I de Cuentas Médicas	¿Cómo?: Virtualmente: se debe diligenciar el formato C-05-05-F-001 <i>Solicitud de giro</i> y se envía por correo electrónico para las respectivas aprobaciones del Gerente de Cuentas Médicas y el Vicepresidente

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
	aprobaciones		<p>Administrativo y Financiero.</p> <p>Adicionalmente se debe diligenciar el formato C-04-08-F-001 <i>Solicitud de autorización de órdenes de pago a prestadores de servicios de salud</i> y enviarlo por correo electrónico para aprobaciones del Gerente de Cuentas Médicas, el Vicepresidente Administrativo y Financiero y el Presidente de la Compañía.</p> <p>Presencialmente: se debe diligenciar e imprimir (2 copias) del formato C-05-05-F-001 <i>Solicitud de giro</i>, el cual debe ser firmado por el Gerente de Cuentas Médicas y el Vicepresidente Administrativo y Financiero.</p> <p>Adicionalmente se debe diligenciar el formato C-04-08-F-001 <i>Solicitud de autorización de órdenes de pago a prestadores de servicios de salud</i> las cuales deben ser firmadas por el Gerente de Cuentas Médicas, el Vicepresidente Administrativo y Financiero y el Presidente de la Compañía.</p>
22.	Radicar en Contabilidad la solicitud de giro de cuentas médicas PAC y la <i>Solicitud de autorización de órdenes de pago</i>	Nacional: Analista I de Cuentas Médicas	<p>¿Cómo?:</p> <p>Virtualmente: los formatos C-05-05-F-001 <i>solicitud de giro</i> y C-04-08-F-001 <i>Solicitud de autorización de órdenes de pago a prestadores de servicios de salud</i>, aprobados deben enviarse por correo electrónico al Analista de Registro y Contabilización. Las imágenes pueden ser consultadas en el visor de imágenes.</p> <p>Presencialmente: se deben entregar los formatos C-05-05-F-001 <i>solicitud de giro</i> y C-04-08-F-001 <i>Solicitud de autorización de órdenes de pago a prestadores de servicios de salud</i> firmados al Analista de Registro y Contabilización quien firma y sella como señal de recibido y devuelve la copia.</p>
23.	Paralelamente se ejecuta el Subproceso de contabilización y legalización y la actividad 24		
24.	Elaborar los comunicados de notificación de glosa y remitir por correo electrónico a la IPS	Nacional: Analista I de Cuentas Médicas	¿Cómo?: se debe notificar al correo notificaciónglosa.PAC@nuevaeps.com.co para que la Gerencia de Gestión a Prestadores esté enterada.
25.	Paralelamente continúa con el		

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
	Subproceso de Conciliación de Cartera con prestadores de servicios PAC y la actividad 26		
26.	Cruzar información para identificar posibles servicios facturados por PBS y por PAC. Paralelamente se ejecutan las actividades 27 y 28	Nacional: Analista I de Cuentas Médicas	<p>¿Cómo?: Las bases de datos que se cruzan en Access son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ♥ Histórico de autorizaciones PAC ♥ Histórico de facturación PAC ♥ Facturación evento PBS desde junio de 2015 <p>Se cruza por NIT de la IPS, número de identificación del beneficiario, el código del servicio, la fecha de prestación del servicio y la fecha de autorización tomado como rango de 2 meses.</p> <p>Tiempo: Semanal</p>
27.	Enviar solicitud para archivo definitivo de las facturas procesadas	Nacional: Analista I de Cuentas Médicas	<p>¿Cómo?: se envía la solicitud de archivo definitivo al área de Gestión Documental a través de correo electrónico.</p> <p>El área de Gestión Documental debe coordinar con el proveedor de archivo la recolección de los documentos a archivar. El proveedor "puntea las facturas" y recoge los físicos en el área de Cuentas Médicas.</p>
28.	Preparar y enviar la información para el cálculo de la reserva técnica. Esta actividad va al fin	Nacional: Profesional de Cuentas Médicas	<p>¿Cómo?: La información requerida para la Reserva Técnica es:</p> <ul style="list-style-type: none"> ♥ Base de datos de reservas de obligaciones pendientes y conocidas liquidadas ♥ Reservas pendientes y conocidas no liquidadas <p>Para el envío de la información para el cálculo de la reserva técnica relacionada con las cuentas médicas de PAC se deben seguir los parámetros definidos en el anexo <i>Manual políticas, procesos, procedimientos RT Nueva EPS y Nota Técnica – Metodología de cálculo de reservas técnicas de Nueva EPS</i>, bajo los atributos de calidad, consistencia, exactitud, completitud y lógica del dato</p> <p>Tiempo: Esta información se entrega al Actuario y a Contabilidad, el día 09 calendario de cada mes</p>
	Fin		

3. FORMATOS

CÓDIGO	NOMBRE DEL FORMATO
C-05-05-F-001	Solicitud de giro
C-04-08-F-001	Solicitud de autorización de órdenes de pago a prestadores de servicios de salud

4. ANEXOS

CÓDIGO	NOMBRE DEL ANEXO
P-02-03-A-001	Documentos soporte de Cuentas Médicas PAC

CAPITULO II: SUBPROCESO CONCILIACIÓN DE CARTERA CON PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PAC

1. OBJETIVO DEL SUBPROCESO DE CONCILIACIÓN DE CARTERA CON PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PAC

Revisar la glosa detallada y conciliar la cartera con las IPS del PAC de acuerdo con la normatividad legal vigente y políticas internas, con el fin de mantener actualizado el estado de cartera de los prestadores de servicios de salud.

2. ALCANCE DEL SUBPROCESO DE CONCILIACIÓN DE CARTERA CON PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PAC

Inicia revisión o conciliación de la glosa y/o cartera y finaliza con la firma del acta de revisión o el registro de los acuerdos de pago concertados.

3. RESPONSABLES DEL SUBPROCESO DE CONCILIACIÓN DE CARTERA CON PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PAC

Área líder del Proceso: Gerencia de Gestión a Prestadores

Áreas que intervienen en el proceso: Gerencia de Cuentas Médicas / Gerencia de Contabilidad / Gerencia de PAC / Gerencia de Tesorería / Dirección de Parametrización y Servicios

4. POLÍTICAS DEL SUBPROCESO DE CONCILIACIÓN DE CARTERA CON PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PAC

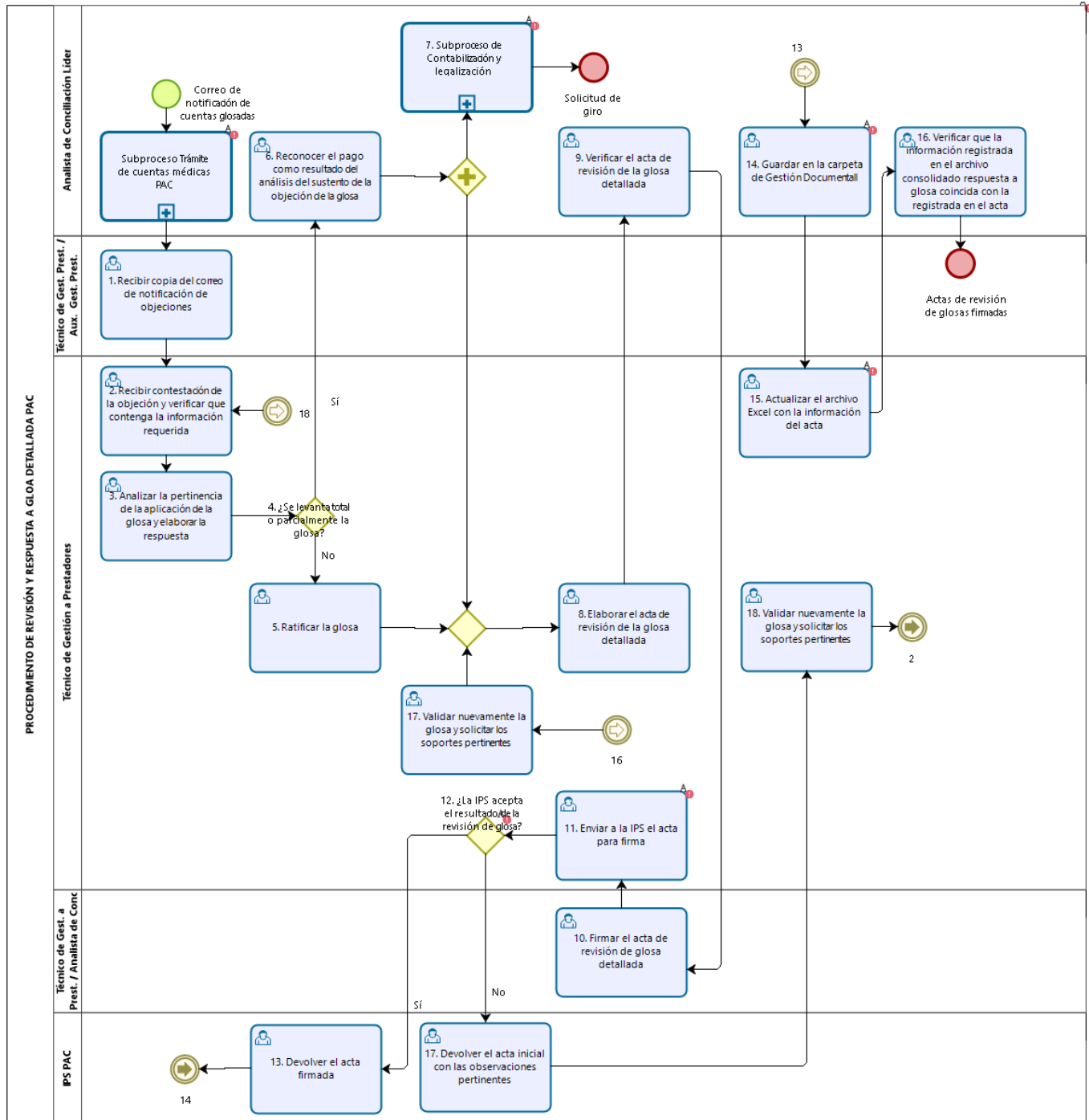
- 1.1. La aplicación de glosas y devoluciones a las cuentas médicas presentadas por las IPS se rige según lo establecido en el Decreto 4747 de 2007 y la Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de Salud y Protección Social y las condiciones convenidas con la red de prestadores.
- 1.2. NUEVA EPS acepta una única respuesta integral a la glosa, en la cual se deben subsanar todas las causales de glosa interpuestas por la Aseguradora, bien sea porque son aceptadas por el prestador o porque se adjuntaron los soportes para subsanar la glosa, en caso de que la respuesta sea parcial, se ratificará la diferencia del valor glosado.
- 1.3. El proceso de conciliación de glosas es centralizado a través de la Gerencia de Gestión a Prestadores por lo tanto las Gerencias Zonales y las Gerencias Regionales no tienen facultades para gestionar la conciliación de glosas o devoluciones. Cualquier conciliación llevada a cabo por las Gerencias Zonales o Regionales deben tener el aval por parte del Presidente o Vicepresidente Administrativo y Financiero de NUEVA EPS.
- 1.4. La Gerencia de Gestión a Prestadores no concilia devoluciones de Cuentas Médicas PAC.
- 1.5. Es responsabilidad de la Gerencia de Gestión a Prestadores conciliar el estado integral de la cartera con la red contratada para la prestación de servicios PAC.
- 1.6. Para efectos de la conciliación, es requisito que la persona que representa a la IPS sea el Representante Legal o el Gerente quien debe presentar el documento que certifica tal calidad. Si quien asiste a la reunión

de conciliación es una persona diferente, esta debe presentar una carta autenticada en la cual el Representante Legal le otorgue el poder para representar a la IPS.

- 1.7. Es responsabilidad de la Gerencia de Gestión a Prestadores mantener los saldos de cartera actualizados y la legalización de los pagos realizados.
- 1.8. La Gerencia de Red de Servicios es el área encargada de certificar las tarifas negociadas y parametrizadas para la sustentación de la glosa generada por la Gerencia de Cuentas Médicas.
- 1.9. Es responsabilidad de la Secretaría General y Jurídica, reportar a las Gerencias que hacen parte de la Vicepresidencia Administrativa y Financiera, respecto de las IPS que han instaurado un proceso ejecutivo o coactivo en contra de la compañía, para iniciar las acciones que permitan preparar la defensa judicial correspondiente y a través de la Gerencia de Gestión a Prestadores realizar las acciones de conciliación que lleven a una terminación anticipada del proceso y permita mitigar la ejecución de medidas cautelares (embargo de dinero).
- 1.10. Es responsabilidad de la Secretaría General y Jurídica, informar a la Gerencia de Gestión a Prestadores, Gerencia de Tesorería y a la Gerencia de Contabilidad las facturas que hacen parte de un proceso Ejecutivo con el fin de que a estas facturas no se les realice ningún giro o reporte de aplicación de pagos hasta tanto no se dé el fallo o cierre anticipado mediante acuerdo conciliatorio.
- 1.11. Es responsabilidad de la Secretaria General y Jurídica informar a las Gerencias de Gestión Prestadores, de Tesorería y de Contabilidad, sobre el desglose de las facturas pagadas por NUEVA EPS cuando se dé la terminación de los procesos ejecutivos y coactivos y garantizar que se realice la entrega a NUEVA EPS de las facturas que hacen parte del proceso terminado, para descargar de la cartera correspondiente y realizar los ajustes contables a que haya lugar y disponer la adecuada custodia de estos títulos valores.
- 1.12. Es de obligatorio cumplimiento que el cierre del proceso ejecutivo sea mediante contrato de transacción. De igual forma, cuando se realice el cierre del proceso coactivo, la IPS deberá emitir la Resolución de terminación de cobro y debe ser notificada a NUEVA EPS, para culminar dicho proceso.
- 1.13. El Presidente, el Vicepresidente Administrativo y Financiero y el Gerente de Gestión a Prestadores podrán conciliar y suscribir las actas correspondientes con IPS privadas, sin tener en cuenta el monto; sin embargo, el Vicepresidente Administrativo y Financiero y el Gerente de Gestión a Prestadores, deberán suscribir las actas cuyo pago resultado de la conciliación sea superior a 700 SMMLV. En el caso en que la conciliación sea inferior a 700 SMMLV, la conciliación debe ser suscrita únicamente por el Gerente de Gestión a Prestadores.
- 1.14. El Presidente de la Compañía podrá suscribir en cualquier tiempo las actas cuando lo considere necesario. Para la suscripción de las actas resultantes de las conciliaciones efectuadas se atenderá un término no superior a diez (10) días hábiles en concordancia con lo contenido en el presente manual por parte de la IPS.

PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN Y RESPUESTA A GLOSA DETALLADA PAC

1. FLUJOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN Y RESPUESTA A GLOSA DETALLADA PAC



2. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN Y RESPUESTA A GLOSA DETALLADA PAC

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Viene del subproceso Trámite de cuentas médicas PAC			
1.	Recibir copia del correo de notificación de objeciones.	Nacional: Analista de Conciliación	<p>¿Cómo?: El correo es enviado por el área de Cuentas Médicas en el cual se notifica al prestador las facturas que fueron glosadas y devueltas (ORD_GLOSA y/o DEVOLUCIÓN). De este, se recibe en el correo electrónico notificacionglosa.pac@nuevaeps.com.co.</p> <p>El correo recibido se debe guardar en un PST.</p> <p>Tiempo: La IPS, debe dar respuesta a las glosas presentadas por NUEVA EPS, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción.</p>
2.	Recibir contestación de la objeción y verificar que contenga la información requerida	Nacional: Técnico de Gestión a Prestadores / Auxiliar de Gestión a Prestadores	<p>¿Cómo?: esta contestación se recibe a través de dos canales (incluye soportes para la sustentación de la glosa o facturas previamente devueltas):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Correo notificacionglosa.pac@nuevaeps.com.co: recibido por el Técnico de Gestión a Prestadores. ✓ Correo certificado: recibido por el Auxiliar de Gestión a Prestadores) <ul style="list-style-type: none"> • De la contestación de la glosa, se debe validar que las facturas correspondan al estado ORD_GLOSA según la base de datos suministrada por Cuentas Médicas. • Consolidar por IPS la información recibida. • Se verifica que cumpla con los términos establecidos en el Decreto 4747 del 2007. <p>En el evento en que la IPS adjunte facturas que, previamente han sido devueltas, se deben entregar a la Gerencia de Cuentas Médicas.</p> <p>Tiempo: tres (3) días a partir de la recepción.</p>
3.	Analizar la pertinencia de la aplicación de la glosa y elaborar la respuesta.	Nacional: Técnico de Gestión a Prestadores	<p>¿Cómo?: Se debe confrontar la respuesta de la IPS teniendo en cuenta los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Glosa por autorización: se verifica que exista el número de autorización con base en la información suministrada por el área e Cuentas Médicas. ✓ Glosa por tarifas: se verifica que el contrato entre las partes y el Anexo Tarifario estén suscritos y que la información del Anexo Tarifario corresponda a la tarifa parametrizada. ✓ Glosa por soportes: se verifica que el soporte suministrado por el prestador corresponda a los soportes exigidos por Cuentas Médicas. ✓ Glosa por cobertura: se verifica que la atención

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
			<p>prestada corresponda a un usuario activo PAC.</p> <p>♥ Glosa por pertinencia médica: se verifica que la IPS anexe soportes pertinentes para subsanar glosa.</p> <p>En el caso de la glosa por pertinencia médica, la respuesta a la objeción se remite al Técnico de la Coordinación de Auditoría Médica, para la respectiva revisión y respuesta.</p> <p>Del resultado del análisis se debe dejar registro en las actas de revisión de glosa PAC.</p>
4.	¿Se levanta total o parcialmente la glosa?		
5.	No: Ratificar la glosa Continúa con la actividad 8	Nacional: Técnico de Gestión a Prestadores	
6.	Sí: Reconocer el pago como resultado del análisis del sustento de la objeción de la glosa	Nacional: Analista de Conciliación	¿Cómo?: Para el reconocimiento del pago, se debe diligenciar el formato <i>de Solicitud de giro</i> , recolectar las firmas según los montos de aprobación y radicar en Contabilidad con todos los soportes para que se proceda con la contabilización y posterior pago a la IPS.
7.	Paralelamente continúa con la actividad 8 y con el Subproceso de Contabilización y legalización		
8.	Elaborar el acta de revisión de la glosa detallada	Nacional: Técnico de Gestión a Prestadores	¿Cómo?: Para el acta se debe utilizar el formato C-04-08-F-007 <i>Acta de revisión, verificación y sustentación de glosa detallada</i> . El consecutivo del acta es asignado en Excel por el Analista de Conciliación Líder de Grupo. En esta acta se debe registrar el resultado del análisis con base en la información suministrada por la IPS y las verificaciones internas de la información de NUEVA EPS.
9.	Verificar el acta de revisión de la glosa detallada	Nacional: Analista de Conciliación	¿Cómo?: se debe revisar: <ul style="list-style-type: none"> ♥ La correcta asignación del consecutivo de actas PAC según el archivo Excel <i>Consecutivo acta glosa detallada</i>. ♥ Soportes para el análisis ♥ Redacción y ortografía ♥ Resultados acordes con los soportes e información de NUEVA EPS
10.	Firmar el acta de revisión de glosa detallada	Nacional: Técnico de Gestión a Prestadores / Analista de Conciliación Líder	¿Cómo?: el acta de revisión de glosa detallada debe ser firmada por el Técnico de Gestión a Prestadores y el Analista de Conciliación.

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
11.	Enviar a la IPS el acta para firma	Nacional: Técnico de Gestión a Prestadores	<p>¿Cómo?: el acta se envía por correo electrónico en formato PDF junto con la relación en Excel de las facturas revisadas y archivo en PDF con las facturas y valores trabajados. En ese mismo correo, se solicita a la IPS que dicha acta debe ser suscrita y devuelta.</p> <p>Tiempo: Cinco (5) días hábiles para elaborar y notificar la respuesta.</p>
12.	¿La IPS acepta el resultado de la revisión de glosa?		
13.	Sí: Devolver el acta firmada	Zonal / Regional: IPS PAC	<p>¿Cómo?: el acta firmada por el(os) representante(s) de la IPS acreditados, se recibe vía correo electrónico.</p> <p>Tiempo: Tres (3) días hábiles para que la IPS remita el acta firmada.</p>
14.	Guardar en la carpeta de Gestión Documental.	Nacional: Analista de Conciliación	<p>¿Cómo?: el acta firmada se guarda en una carpeta compartida con el área de Gestión Documental.</p> <p>La custodia de las actas en PDF es responsabilidad del área de Gestión Documental.</p>
15.	Actualizar el archivo Excel con la información del acta.	Nacional: Técnico de Gestión a Prestadores	<p>¿Cómo?: en el archivo <i>Consolidado respuesta a glosa PAC</i> se registra la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▼ Número de acta ▼ Fecha del acta ▼ NIT ▼ Razón Social ▼ Valor glosa conciliada ▼ Valor soportado ▼ Valor aceptado ▼ Valor ratificado ▼ Modalidad ▼ Cantidad de facturas revisadas ▼ Nombre del Técnico de Gestión a Prestadores <p>Tiempo: semanalmente se consolida la información de las IPS revisadas.</p>
16.	Verificar que la información registrada en el archivo consolidado respuesta a glosa coincida con la registrada en el acta	Nacional: Analista de Conciliación	Tiempo: mensual
17.	Esta actividad va al fin No: Devolver el	Zonal / Regional:	¿Cómo?: el acta se devuelve a través de correo

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
	acta inicial con las observaciones pertinentes	IPS PAC	electrónico.
18.	Validar nuevamente la glosa y solicitar los soportes pertinentes Volver a la actividad 2 Fin	Nacional: Técnico de Gestión a Prestadores	¿Cómo?: se ratifica la glosa y se inicia un proceso de conciliación, si es del caso.

3. FORMATOS

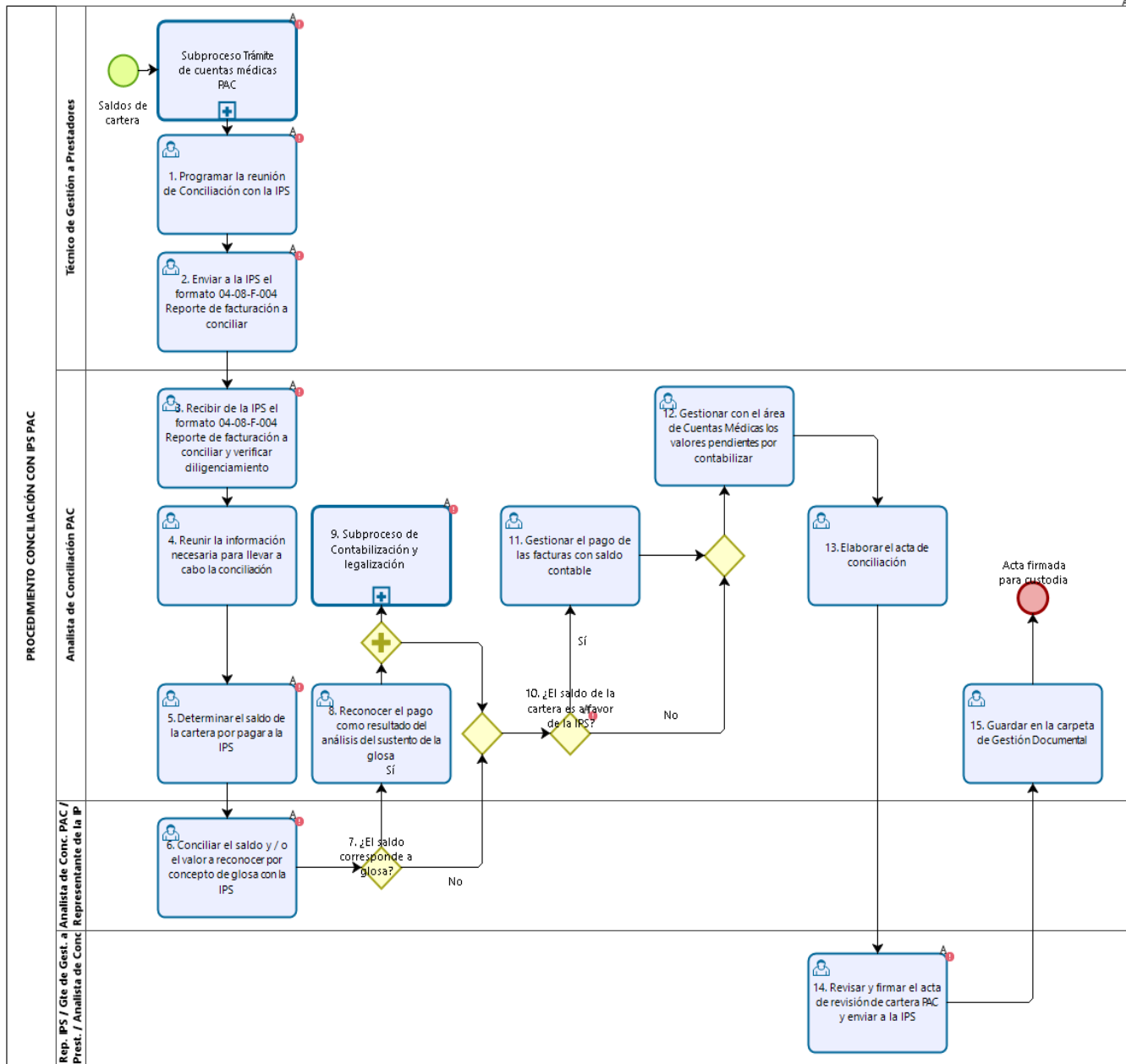
CÓDIGO	NOMBRE DEL FORMATO
C-05-05-F-001	Solicitud de giro
C-04-08-F-007	Acta de revisión, verificación y sustentación de glosa detallada

4. ANEXOS

CÓDIGO	NOMBRE DEL ANEXO

PROCEDIMIENTO CONCILIACIÓN CON IPS PAC

1. FLUJOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO CONCILIACIÓN CON IPS PAC



2. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO CONCILIACIÓN CON IPS PAC

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Viene del subproceso Trámite de cuentas médicas PAC			
1.	Programar la reunión de Conciliación con la IPS	Nacional: Técnico de Gestión a Prestadores	<p>¿Cómo?: La asignación de la cita de conciliación se realiza de acuerdo con criterios definidos, bien sea a solicitud de la IPS o por decisión interna de NUEVA EPS.</p> <p>Tiempo: de acuerdo con cronograma</p>
2.	Enviar a la IPS el formato <i>C-04-08-F-004 Reporte de facturación a conciliar</i>	Nacional: Técnico de Gestión a Prestadores	<p>¿Cómo?: Este formato debe ser diligenciado por la IPS y devuelto con 5 días hábiles de anticipación a la fecha pactada para la conciliación. Si la IPS no envía este formato diligenciado, se debe replantear la fecha inicialmente pactada, de acuerdo con la disponibilidad de cronograma.</p>
3.	Recibir de la IPS el formato <i>C-04-08-F-004 Reporte de facturación a conciliar</i> y verificar diligenciamiento	Nacional: Analista de Conciliación PAC	<p>¿Cómo?: Se verifica que todos los campos del formato estén diligenciados y que la información sea coherente con lo requerido en cada campo.</p> <p>Si el formato <i>C-04-08-F-004 Reporte de facturación a conciliar</i> está mal diligenciado, es responsabilidad del Analista de Conciliación, notificarle al Prestador los errores evidenciados para que sean corregidos y enviados, de lo cual se deberá dejar constancia.</p>
4.	Reunir la información necesaria para llevar a cabo la conciliación	Nacional: Analista de Conciliación PAC	<p>¿Cómo?: Para llevar a cabo la conciliación integral de la cartera se requieren los siguientes insumos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▼ Base de datos de facturación y tipificación de glosa: suministrada por el Profesional de Cuentas Médicas. Se solicita mensualmente por correo electrónico. ▼ Pagos a IPS PAC: se valida por el aplicativo Apoteosys. ▼ Legalizaciones y certificaciones de impuestos: se valida en Apoteosys.
5.	Determinar el saldo de la cartera por pagar a la IPS	Nacional: Analista de Conciliación PAC	<p>¿Cómo?: Con base en la información suministrada en el formato <i>C-04-08-F-004 Reporte de facturación a conciliar</i> y la información registrada en NUEVA EPS se debe cruzar la información con el fin de identificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▼ Facturas pagadas ▼ Facturas glosadas ▼ Facturas devueltas ▼ Facturas sin procesar ▼ Facturas no radicadas ▼ Diferencias en valor radicado ▼ Pagos registrados en el estado de cartera ▼ Consultar los acuerdos de pago ya realizados con el Prestador ▼ Legalizaciones y certificaciones de impuestos.

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Confirmación de montos de pago y soportes de aplicación de pagos a factura ✓ Que el número de la factura, fecha de factura y valor de factura PAC no hayan sido radicados y/o pagados para el Régimen Contributivo o el Régimen Subsidiado.
6.	Conciliar el saldo y / o el valor a reconocer por concepto de glosa con la IPS	Nacional: Analista de Conciliación PAC / Representante de la IPS	
7.	¿El saldo corresponde a glosa?		
8.	Sí: Reconocer el pago como resultado del análisis del sustento de la glosa	Nacional: Analista de Conciliación	¿Cómo?: Para el reconocimiento del pago, se debe diligenciar el formato <i>C-05-05-F-001 Solicitud de giro</i> , recolectar las firmas según los montos de aprobación y radicar en Contabilidad con todos los soportes para que se proceda con la contabilización y posterior pago a la IPS.
9.	Paralelamente continúa con el Subproceso de Contabilización y legalización		
10.	No: ¿El saldo de la cartera es a favor de la IPS?		
11.	Sí: Gestionar el pago de las facturas con saldo contable Continúa con la actividad 12.	Nacional: Analista de Conciliación PAC	¿Cómo?: notificar vía correo electrónico a la Gerencia de Tesorería las facturas que tienen saldo contable, correspondientes a la IPS.
12.	No: Gestionar con el área de Cuentas Médicas los valores pendientes por contabilizar.	Nacional: Analista de Conciliación PAC	<p>¿Cómo?: de acuerdo con la información suministrada por la IPS, las facturas que no se encuentren incluidas en la <i>C-04-08-F-005 Base de datos de facturación y tipificación de glosa</i>, se deben notificar al Auxiliar III de Cuentas Médicas, vía correo electrónico.</p> <p>Las facturas que se encuentren en estado devueltas o anuladas son responsabilidad de la Gerencia de Cuentas Médicas.</p>
13.	Elaborar el acta de conciliación	Nacional: Analista de Conciliación PAC	<p>¿Cómo?: Para el registro del resultado de la reunión de conciliación se debe utilizar el formato <i>Acta de conciliación de cartera, objeciones y acuerdo de pago PAC</i>. El consecutivo del acta es asignado en Excel por el Analista de Conciliación.</p> <p>En esta acta se debe registrar el resultado del análisis</p>

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
			<p>con base en la información suministrada por la IPS y las verificaciones internas de la información de NUEVA EPS.</p> <p>El acta debe estar soportada con los reportes que sirvieron de base para dicha revisión.</p>
14.	Revisar y firmar el acta de conciliación de cartera y/o glosa PAC y enviar a la IPS	Nacional: Representante de la IPS / Analista de Conciliación	<p>¿Cómo?: El acta se convierte a formato PDF y se envía por correo electrónico a la IPS para firma. Cuando la IPS devuelve el acta firmada, el Analista de Conciliación firma el acta.</p> <p>Tiempo: 10 días hábiles</p>
15.	Guardar en la carpeta de Gestión Documental.	Nacional: Analista de Conciliación	<p>¿Cómo?: el acta firmada se guarda en una carpeta compartida con el área de Gestión Documental.</p> <p>La custodia de las actas en PDF es responsabilidad del área de Gestión Documental.</p>
	Fin		

3. FORMATOS

CÓDIGO	NOMBRE DEL FORMATO
C-05-05-F-001	Solicitud de giro
C-04-08-F-004	Reporte de facturación a conciliar
C-04-08-F-005	Acta de conciliación de cartera, objeciones y acuerdo de pago

4. ANEXOS

CÓDIGO	NOMBRE DEL ANEXO
C-05-05-A-005	Directiva No. 001. Delegación del gasto según cuantía por los distintos niveles de la organización

CAPITULO III: SUBPROCESO DE REEMBOLSOS PAC

1. OBJETIVO DEL SUBPROCESO DE REEMBOLSOS PAC

Procesar las cuentas de gastos de atenciones en los que haya incurrido un beneficiario PAC por servicios médicos prestados en cualquier zona del país en donde NUEVA EPS S.A. no tenga contratada la prestación de estos servicios teniendo en cuenta las políticas establecidas, con el fin de optimizar el proceso y garantizar la oportunidad en la respuesta a los usuarios.

2. ALCANCE DEL SUBPROCESO DE REEMBOLSOS PAC

Inicia con la recepción de los documentos soporte para la solicitud de reembolso y finaliza con el pago parcial o total o la notificación al solicitante de la devolución o rechazo del reembolso.

3. RESPONSABLES DEL SUBPROCESO DE REEMBOLSOS PAC

Área líder del proceso: Gerencia de Cuentas Médicas

Áreas que intervienen en el proceso: Gerencia de Servicio al Cliente, Auditoría Cuentas Médicas y Gerencia de PAC.

4. POLÍTICAS RELACIONADAS CON EL SUBPROCESO REEMBOLSOS DE PAC

- 4.1. Sólo se deben reconocer reembolsos, respecto de aquellos servicios de salud que encontrándose cubiertos en el PAC hayan sido prestados a quien ostente la calidad de beneficiario PAC de NUEVA EPS S.A. y que al momento de la atención cuente con derechos plenos. Adicionalmente, las prestaciones de servicios de salud que aplican para reembolso están definidas en los clausulados de cada uno de los planes de atención complementaria.
- 4.2. El contratante tiene un plazo máximo de quince (15) días hábiles para presentar la solicitud de reembolsos ante NUEVA EPS S.A., contados a partir de la fecha de prestación del servicio. Sin embargo, el incumplimiento del plazo para presentar la solicitud no implica que la EPS se exonere de la obligación de realizar el pago correspondiente. (Sentencia Corte Constitucional T-594/07). Validar con el área jurídica
- 4.3. La EPS debe pagar en los treinta (30) días calendario siguientes a la presentación de la solicitud del reembolso, los cuales se distribuyen así:

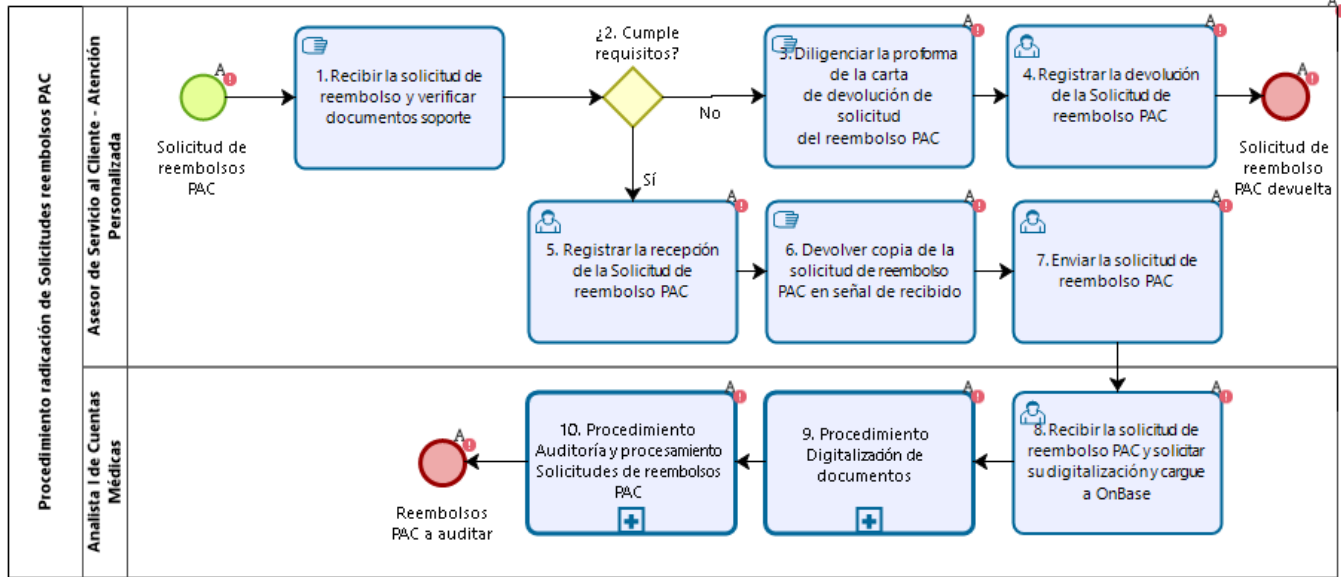
ÁREA QUE ENTREGA	ACTIVIDAD PRINCIPAL	DÍAS EMPLEADOS (hábil)
Servicio al Cliente (diferentes canales de atención)	Recepción y envío	1
Gerencia de Cuentas Médicas	Recepción, digitalización y cargue de imágenes a OnBase	3
Gerencia PAC	Análisis y concepto auditoría administrativa	4
Auditoría médica	Análisis y concepto de pertinencia médica.	4
Gerencia de Cuentas Médicas	Captura detalle de servicios, liquidar, elaborar solicitud	2

ÁREA QUE ENTREGA	ACTIVIDAD PRINCIPAL	DÍAS EMPLEADOS (hábiles)
	de giro	
Gerencia de PAC	Aprobación del pago	2
Gerencia de Contabilidad	Causación contable y cuando aplica creación del tercero	3
Gerencia de Tesorería	Pago	2
Total días hábiles		21 días

- 4.4. Para el Plan Integral, los reconocimientos económicos para los servicios de salud se harán a las tarifas que tenga establecidas el Ministerio de Salud para el sector público (SOAT).
- 4.5. En ningún caso la Entidad Promotora de Salud hace reconocimientos económicos ni asume ninguna responsabilidad por atenciones no autorizadas o por profesionales, personal o instituciones no contratadas o adscritas, salvo lo aquí dispuesto.
- 4.6. Para el reconocimiento del reembolso solicitado el beneficiario PAC debe acreditar sus derechos en NUEVA EPS en el momento de la atención (estado activo).
- 4.7. NUEVA EPS debe girar el valor autorizado en el procesamiento del reembolso a la persona contratante del Plan de Atención Complementaria, la cual deberá aportar los siguientes documentos:
- ❖ Fotocopia del documento de identidad
 - ❖ Certificación bancaria en original y vigente, no mayor a 90 días de expedición
- En los casos que el titular o cotizante solicite que el pago se realice a un tercero, junto con los documentos anteriores a nombre de la persona autorizada, deberá adjuntar una carta original autenticada ante notaría pública, donde se detallen los datos de la persona que recibirá el reembolso.
- 4.8. Las solicitudes de reembolso recibidas se les asigna un número de radicado y los conceptos de glosa o devolución que surjan a raíz de la auditoría médica y de la auditoría administrativa deben ser registrados en el la base de datos asignada para reembolsos con el fin de garantizar la trazabilidad de la solicitud.
- 4.9. La auditoría administrativa de los reembolsos abarca la evaluación de los conceptos administrativos que hayan impedido que el afiliado haya podido acceder a la red de prestadores
- 4.10. La auditoría médica analiza la pertinencia y racionalidad médica de los servicios médicos prestados.

PROCEDIMIENTO RADICACIÓN DE REEMBOLSOS PAC

1. FLUJOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO RADICACIÓN DE REEMBOLSOS PAC



2. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO RADICACIÓN DE REEMBOLSOS PAC

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
	Inicio		
1.	Recibir la solicitud de reembolso y verificar documentos soporte	Zonal / Regional: Asesor de Servicio al Cliente - Atención Personalizada	<p>¿Cómo?: los documentos que deben soportar la solicitud de reembolso PAC se encuentran relacionados en el anexo <i>P-02-03-A-002 Documentos soporte solicitud de reembolsos PAC.</i></p> <p>A los documentos soporte se les debe verificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ♥ Legibilidad ♥ Completitud ♥ Oportunidad de radicación
2.	¿Cumple requisitos?		
3.	No: Diligenciar la proforma de la carta de devolución de solicitud del reembolso PAC	Zonal / Regional: Asesor de Servicio al Cliente - Atención Personalizada	<p>¿Cómo?: se debe diligenciar la proforma de la carta de P-02-03-F-004 <i>Carta devolución de solicitud de reembolso PAC</i>, se imprime, se firma y se entrega una copia al contratante junto con todos los documentos aportados.</p> <p>Una copia debe ser firmada por el contratante como señal de recibido.</p>
4.	Registrar la devolución de la Solicitud de reembolso PAC Esta actividad va al fin.	Zonal / Regional: Asesor de Servicio al Cliente - Atención Personalizada	<p>¿Cómo?: la solicitud de reembolso PAC devuelta al contratante debe ser registrada en la solución tecnológica.</p> <p>Tiempo: Inmediatamente después de la devolución</p>
5.	Sí: Registrar la recepción de la Solicitud de reembolso PAC	Zonal / Regional: Asesor de Servicio al Cliente - Atención Personalizada	¿Cómo?: la solicitud de reembolso PAC recibida al contratante debe ser registrada en la solución tecnológica.
6.	Devolver copia de la solicitud de reembolso PAC en señal de recibido	Zonal / Regional: Asesor de Servicio al Cliente - Atención Personalizada	¿Cómo?: Al contratante se le devuelve la copia del formato de Solicitud de reembolso PAC.
7.	Enviar la solicitud de reembolso PAC	Zonal / Regional: Asesor de Servicio al Cliente - Atención Personalizada	¿Cómo?: La solicitud de reembolso PAC, en físico, debe ser enviado a través del proveedor de correspondencia, al Analista I de Cuentas Médicas junto con todos los documentos soporte.
8.	Recibir la solicitud de reembolso PAC y solicitar su digitalización y cargue a OnBase. Continúa con los procedimientos de:	Nacional: Analista I de Cuentas Médicas	¿Cómo?: Asigna número de radicado, tramita con la Dirección de Gestión documental la digitalización de los documentos y una vez realizado, la solicitud de reembolso y sus soportes digitalizados serán direccionados al Profesional II de Auditoría PAC para la ejecución de actividades de auditoría administrativa.

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
9.	<i>Digitalización de documentos</i>		
10.	<i>Auditoría y procesamiento Solicitudes de reembolsos PAC</i>		

3. FORMATOS

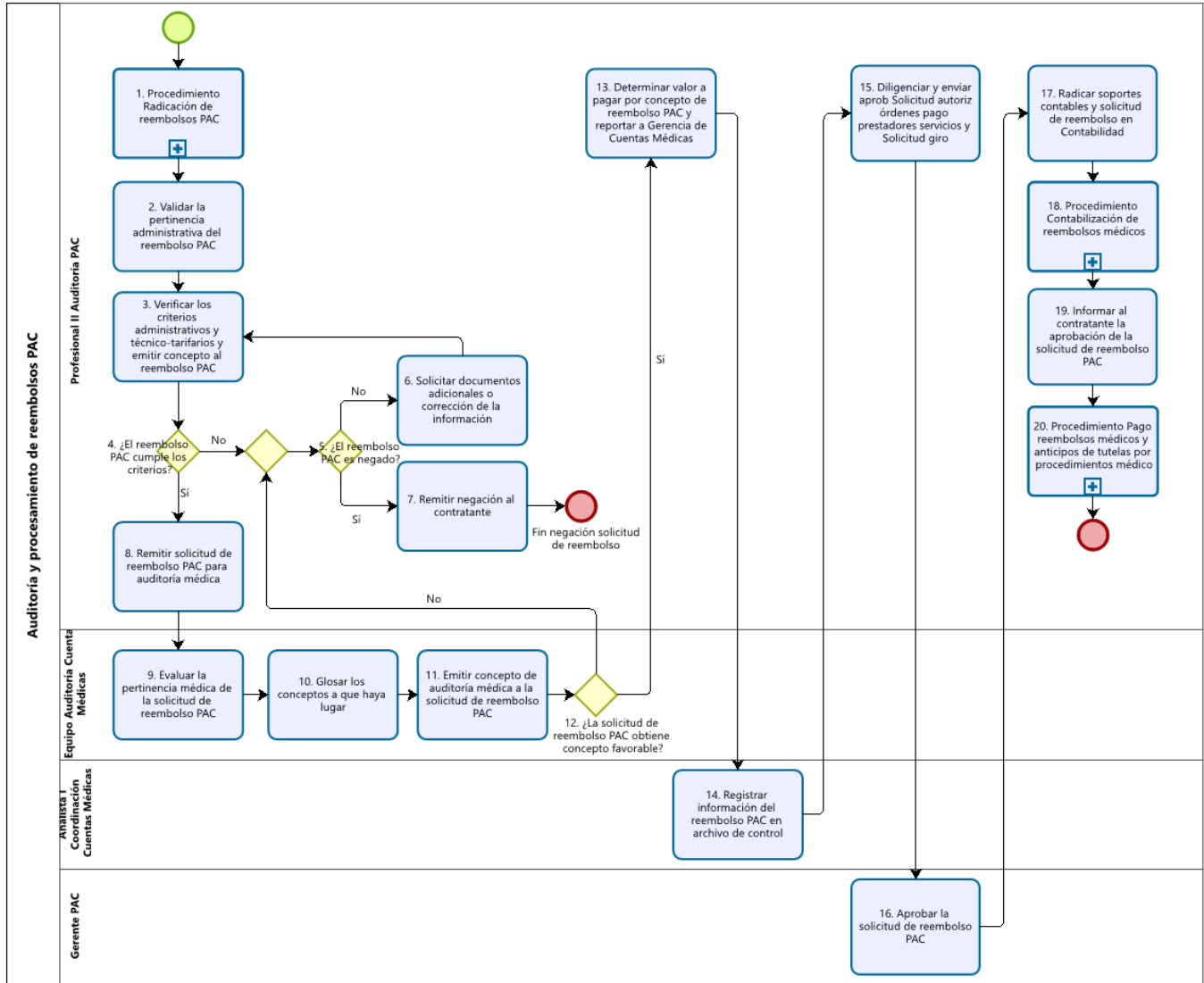
CÓDIGO	NOMBRE DEL FORMATO
P-02-03-F-004	Devolución de solicitud de reembolso PAC

4. ANEXOS

CÓDIGO	NOMBRE DEL ANEXO
P-02-03-A-002	Documentos soporte solicitud de reembolsos PAC

PROCEDIMIENTO AUDITORÍA Y PROCESAMIENTO DE REEMBOLSOS PAC

1. FLUJOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO AUDITORÍA Y PROCESAMIENTO DE REEMBOLSOS PAC



2. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO AUDITORÍA Y PROCESAMIENTO DE REEMBOLSOS PAC

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
	Inicio		
1.	Procedimiento <i>Radicación de reembolsos PAC</i>		¿Cómo?: Contenido en este manual de proceso
2.	Validar la pertinencia administrativa del reembolso PAC	Nacional: Profesional II Auditoría PAC	¿Cómo?: Una vez recibe, por correo electrónico del Analista I de Cuentas Médicas, la solicitud de reembolso PAC y sus soportes, verifica que éstos cumplan con los criterios definidos en <i>Documentos soportes para reembolso (P-02-03-A-002)</i> . En caso que se requiera, podrá consultar la información del reembolso cargada en OnBase.
3.	Verificar los criterios administrativos y técnico-tarifarios y emitir concepto al reembolso PAC	Nacional: Profesional II Auditoría PAC	¿Cómo?: Validando y registrando lo concerniente a los criterios relacionados en el <i>Resultado auditoría administrativa reembolsos PAC (P-02-03-F-005)</i> .
4.	¿El reembolso PAC cumple los criterios?		
5.	No: ¿El reembolso PAC es negado?		
6.	No: Solicitar documentos adicionales o corrección de la información <i>Regresa Act. 3</i>	Nacional: Profesional II Auditoría PAC	¿Cómo?: Cuando los documentos presentados con la solicitud de reembolso PAC están incompletos o tienen alguna alteración, diligencia la <i>Carta devolución de solicitud de reembolso PAC (P-02-03-F-004)</i> y junto con la solicitud de reembolso PAC y sus soportes, los devuelve al contratante a través del correo electrónico registrado, indicando el canal para recibir la respuesta.
7.	Sí: Remitir negación al contratante <i>Ir a Fin</i>	Nacional: Profesional II Auditoría PAC	¿Cómo?: Diligencia la <i>Carta de negación de reembolsos PAC (P-02-03-F-001)</i> y junto con la solicitud de reembolso PAC y sus soportes, los remite al contratante a través del correo electrónico registrado.
8.	Sí (Act. 4): Remitir solicitud de reembolso PAC para auditoría médica	Nacional: Profesional II Auditoría PAC	¿Cómo?: Con el aval de la auditoría administrativa, envía el <i>Resultado auditoría administrativa reembolsos PAC (P-02-03-F-005)</i> , la solicitud de reembolso PAC y sus soportes al Coordinador de Auditoría de Cuentas Médicas, con copia al Profesional II de la Coordinación de Auditoría de Cuentas Médicas, para la respectiva auditoría clínica.
9.	Evaluar la pertinencia médica de la solicitud de reembolso PAC	Nacional: Auditoría Médicas Equipo Cuentas	¿Cómo?: Verificando que los servicios concepto de reembolso cumplan con los estándares de calidad y racionalidad técnico-científica, establecidos en la normatividad vigente, y estén debidamente soportados con los documentos adjuntos.
10.	Glosar los conceptos a que haya lugar	Nacional: Auditoría Médicas Equipo Cuentas	¿Cómo?: De acuerdo con el análisis de la información registrada en la factura, la historia clínica y sus anexos o epicrisis, serán causal de objeción los servicios no

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
			pertinentes o no soportados, especificando el concepto de la glosa y su valor en <i>Auditoría médica para reembolsos (C-04-08-F-027)</i> . De ser necesario, se revisarán las condiciones contractuales pactadas con la IPS para la atención del servicio.
11.	Emitir concepto de auditoría médica a la solicitud de reembolso PAC	Nacional: Auditoría Médicas Equipo Cuentas	¿Cómo?: Registrando el concepto médico en <i>Auditoría médica para reembolsos (C-04-08-F-027)</i> , el cual será remitido a través de correo electrónico al Profesional II de Auditoría PAC.
12.	¿La solicitud de reembolso PAC obtiene concepto favorable? No: Regresa Act. 5		
13.	Sí: Determinar valor a pagar por concepto de reembolso PAC y reportar a la Gerencia de Cuentas Médicas	Nacional: Profesional II Auditoría PAC	¿Cómo?: Con base en el concepto médico y en el análisis técnico-tarifario. Remite el <i>Resultado auditoría administrativa reembolsos PAC (P-02-03-F-005)</i> y la <i>Auditoría médica para reembolsos (C-04-08-F-027)</i> al Analista I de la Coordinación de Cuentas Médicas, a quién le solicitará el consecutivo para la <i>Solicitud autorización de órdenes de pago a prestadores de servicios de salud (C-04-08-F-001)</i> .
14.	Registrar información del reembolso PAC en archivo de control	Nacional: Analista I Coordinación Cuentas Médicas	Como: El detalle de los servicios se registra en el archivo de control diseñado para tal fin, de acuerdo con la información de la auditoría administrativa y médica realizada a la solicitud de reembolso PAC. Genera el consecutivo para la <i>Solicitud autorización de órdenes de pago a prestadores de servicios de salud (C-04-08-F-001)</i> y lo remite a través de correo electrónico al Profesional II de Auditoría PAC.
15.	Diligenciar y enviar a aprobación Solicitud autorización de órdenes de pago a prestadores de servicios de salud y Solicitud de giro	Nacional: Profesional II Auditoría PAC	¿Cómo?: <ul style="list-style-type: none"> • Completa la <i>Solicitud autorización de órdenes de pago a prestadores de servicios de salud (C-04-08-F-001)</i>, incluyendo el consecutivo remitido por el Analista I de la Coordinación de Cuentas Médicas • Diligencia la <i>Solicitud de giro (C-05-05-F-001)</i> especificando datos del contratante, motivo y valor del reembolso, incidente médico y servicios a cubrir y, si aplica, número de fallo de tutela y juzgado Los envía para aprobación al correo electrónico del Gerente de PAC junto con el <i>Resultado auditoría administrativa reembolsos PAC (P-02-03-F-005)</i> , el aval de Auditoría de Cuentas Médicas, la solicitud de reembolso PAC y sus soportes.
16.	Aprobar la solicitud de reembolso PAC	Nacional: Gerente PAC	¿Cómo?: Por medio de correo electrónico remitido al Profesional II de Auditoría PAC, aprueba la solicitud de reembolso.

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
17.	Radicar soportes contables y solicitud de reembolso en Contabilidad	Nacional: Profesional II Auditoría PAC	¿Cómo?: Remitir por correo electrónico la <i>Solicitud autorización de órdenes de pago a prestadores de servicios de salud (C-04-08-F-001)</i> , <i>Solicitud de giro (C-05-05-F-001)</i> y los documentos recolectados hasta el momento para el reembolso PAC, al Analista de Impuestos.
18.	Procedimiento <i>Contabilización de reembolsos médicos</i>		¿Cómo?: Contenido en el <i>Manual de proceso Gestión contable y fiscal (C-05-01-M-001)</i> .
19.	Informar al contratante la aprobación de la solicitud de reembolso PAC	Nacional: Profesional II Auditoría PAC	¿Cómo?: Una vez el Analista de Registro y Contabilización confirma la causación, autorización y radicación del reembolso a la Gerencia de Tesorería, envía un correo electrónico al contratante informando la aceptación del reembolso PAC y adjunta la <i>Carta de aprobación de reembolsos PAC (P-02-03-F-003)</i> .
20.	Procedimiento <i>Pago reembolsos médicos y anticipos de tutelas por procedimientos médico</i>		¿Cómo?: Contenido en el <i>Manual de proceso Tesorería (C-05-05-M-001)</i> .
	Fin		

3. FORMATOS

CÓDIGO	NOMBRE DEL FORMATO
C-04-08-F-001	Solicitud autorización de órdenes de pago a prestadores de servicios de salud
C-04-08-F-027	Auditoría médica para reembolsos
C-05-05-F-001	Solicitud de giro
P-02-03-F-001	Carta de negación de reembolsos PAC
P-02-03-F-003	Carta de aprobación de reembolsos PAC
P-02-03-F-004	Carta devolución de solicitud de reembolso PAC
P-02-03-F-005	Resultado auditoría administrativa reembolsos PAC

4. ANEXOS

CÓDIGO	NOMBRE DEL ANEXO
P-02-03-A-002	Documentos soportes para reembolso