

LIQUIDACIÓN DE AMBULATORIOS

Código: P-0209-01

Versión: 02

Nombre del Proceso	Gestión de Facturación	Responsable del proceso	Coordinador de Facturación
---------------------------	------------------------	--------------------------------	----------------------------

REVISIONES Y APROBACIONES			
	Área	Cargo	Nombre y Firma

Elaborado por			
			Fecha de Elaboración:
			Fecha Aprobación
			Fecha próxima Revisión:
Nombre y Firma de Aprobación			Fecha de Aprobación

CONTROL DE APROBACIONES Y REVISIONES

No	Fecha	Motivo de revisión
00	27/05/03	Liberado
01	30/03/06	Se incorporan nuevos cargos y funciones de los mismos.
02		

LIQUIDACIÓN DE AMBULATORIOS

1. JUSTIFICACIÓN

Definir el procedimiento utilizado para la liquidación y facturación de los servicios de atención ambulatoria y de consulta externa proporcionados por la Clínica Chicamocha, en especial la liquidación y generación de facturas de los diferentes servicios ambulatorios como endoscopias y radiología e imágenes diagnósticas, además la liquidación de los servicios prestados por las diferentes instituciones o terceros con las cuales la Clínica Chicamocha tiene un convenio establecido por otorgamiento de servicios por consulta externa. A todo esto con objeto de brindar beneficios como la descripción detallada de las actividades y funciones del puesto de trabajo para que todo el personal comprometido tenga conocimiento de dicha información, además se puede aprovechar como herramienta para el auxilio en el adiestramiento e inducción del personal.

2. ALCANCE

Este procedimiento aplica para todo el personal de la institución del área de Facturación que ejecute actividades y tareas relacionadas con liquidación y facturación de servicios Ambulatorios y de Hospitalización.

3. OBJETIVOS

- Garantizar que la atención del servicio ambulatorio sea satisfactoria
- Garantizar que las atenciones de servicios prestadas por los terceros sea facturada correcta y oportunamente
- Garantizar que las atenciones de servicios de Radiología e Imagenología de consulta externa, sean facturadas correcta y oportunamente.
- Garantizar que la atención de servicios de procedimientos Ambulatorias, sean Liquidados y Facturados correcta y oportunamente.

4. MARCO CONCEPTUAL

- **EAPB:** Se entiende por Empresas Administradoras de Planes de Beneficio las entidades promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, Empresas Solidarias de Salud, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud.
Son las responsables del aseguramiento, afiliación y registro de los afiliados y del recaudo de sus aportes. Su función básica es organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan Obligatorio de Salud a los afiliados.
- **Cuenta:** Compilación de documentos (órdenes, autorizaciones, historia clínicas, documentos pertinentes como fotocopias) en proceso de tramitación y facturación.
- **Cuenta Final:** Conjunto de documentos ordenados y necesarios como Ordenes, Autorizaciones, Historia Clínica, Soportes, Fotocopias y Facturas dispuestos para ser enviados a radicar a su correspondiente EAPB.
- **EPS:** Entidad promotora de Salud
- **IPS:** Institución prestadora de Servicios de Salud
- **COPAGO:** Son aportes en dinero que hacen los beneficiarios con el fin de ayudar a financiar el Sistema de Salud, los cuales corresponden a una parte del valor del servicio demandado.
- **Tarifas ISS.** Manual de tarifas establecidas por la Entidad Promotora de Salud del Seguro Social.
- **Realización de Cargos:** Denominación utilizada para la asignación de los diferentes servicios prestados a un usuario de la Clínica en el Sistema CNT, con el objetivo de generar una cuenta de cobro.

- **Instituciones terceras:** Son las instituciones con las que la clínica tiene convenio para prestar sus servicios de salud, en los casos en donde la clínica no cuente con dicha especialidad requerida por el usuario o paciente.
- **Convenio:** Es el acuerdo establecido entre dos entidades en función de un asunto específico, en el caso de la salud los convenios se generan entre una IPS y una EPS.
- **Capacitación:** Es el valor per cápita que reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud a Cada EPS por la organización y garantía de la prestación de los servicios contenidos en el POS (Plan obligatorio de Salud), la UPC (Unidad de Pago por capitación) tiene en cuenta los factores de ajuste, por género, edad y zona geográfica, para cubrir los riesgos de ocurrencia de enfermedades que resulten en demanda de servicios de los afiliados a cualquier de los regímenes vigentes en el país.
- **Servicio Ambulatorio:** La atención hospitalaria es una de las especialidades de la Medicina que se ocupa de los diagnósticos y terapias sin que el paciente necesite hospitalización. La consulta ambulatoria de especialidad y la cirugía ambulatoria son parte de esta tipo de atención.
- **Servicio Consulta Externa:** Es una dependencia de servicios ambulatorios con múltiples especialidades de la medicina, donde lo fundamental es la atención al paciente con calidez y profesionalismo, buscando mejorar la calidad de vida a todos los usuarios.
- **Servicio Urgencias:** Es el servicio inicial de la atención médica para aquel paciente que presenta daños a la salud, que ponen en riesgo la función orgánica, psicológica o la vida y que por ello requiere atención médica inmediata y habitualmente es multidisciplinaria.
- **Servicio Hospitalización:** Servicios que se prestan para aquellos pacientes que requieren un tratamiento médico y/o quirúrgico con una duración superior a veinticuatro horas.

5. MARCO LEGAL

Norma	Tema o Asunto
Resolución Número 1132 de 2017	Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015" y que deroga la Resolución 5975 de 2016.
Ley Estatutaria de Salud – Ley 1751	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones
MIN PRES 3951	Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis del a información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones.
SUA (Sistema Único de Acreditación)	Conjunto de procesos, procedimiento y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las entidades los cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisito mínimo obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección y vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.
Norma ISO 9001:2015 – ISO 14001:200–51 OHSAS 18001-2007	Sistema de Gestión de Calidad – Certificación de Gestión en el ámbito medioambiental – Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el trabajo.
Decreto 2423/96 Manual Tarifario SOAT	Por lo cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones.
Acuerdo 256/01 Manual Tarifario ISS	Por el cual se aprueba el "Manual de Tarifas" de la Entidad Promotora de Salud del Seguro Social "EPS-ISS".
Acuerdo 312/04 Manual Tarifario ISS	Por el cual se aprueba el "Manual de Tarifas" de la Entidad Promotora de Salud del Seguro Social "EPS-ISS"
Resolución 5261/94 Manual intervenciones de procedimientos del POS–C	Por el cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Acuerdo 228/02 Manual de Medicamentos del POS	Por medio del cual se actualiza el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud y se dictan otras disposiciones
Acuerdo 72/97 Plan Obligatorio Subsidiado POS-S	Por medio del cual se define el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado.
Acuerdo 30 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud Régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud	Por el cual se define el régimen de pagos compartidos moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Resolución 4144/99 (28 de diciembre) Lineamientos en relación con el Registro Individual de Atención	Por la cual se fijan lineamientos en relación con el Registro Individual de Atención.
Resolución 2546/98 RIPS	Por la cual se determinan los datos mínimos, las responsabilidades y los flujos de la información de prestaciones de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Resolución 1832/99 RIPS	Por la cual se modifican parcialmente las resoluciones 2546 de 1998 y 0365 de 1999
Resolución 1958/98 RIPS	Por el cual se modifica parcialmente la Resolución 1832 de 1999
Ley 100 de 1993 (diciembre 23) Sistema de seguridad social Capítulo I	Por el cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
Resolución 3772/04 Clasificación código único de procedimientos CUPS	
Resolución 1896/01 Clasificación código único de procedimientos CUPS	
Resolución 2333/00	Por la cual se adopta la Primera de la Clasificación único de procedimientos CUPS
Decreto 1011 de 2006	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud
Resolución 1043 de 2006	Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.
Resolución 1445 de 2014	Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación.
Resolución 3823 de 2016 (SIRAS)	Por la cual se establece el mecanismo para el reporte de información de la atención en salud a víctimas de accidentes de tránsito, así como las condiciones para la realización de las auditorías por las atenciones en salud brindadas a víctimas de estos eventos.

6. PROCEDIMIENTO

Consideraciones procedimentales:

- Revisar que las autorizaciones de la EPS estén dirigidas a la clínica Chicamocha.
- Revisar **la vigencia de la autorización para el día de la atención del paciente.**
- Verificar en la autorización que coincida la especialidad con la consulta que tiene programada.
- Revisar en la autorización si el paciente debe realizar pago de cuota moderadora.
- solicitar al paciente firmar la autorización con número de documento, de manera legible.
- **En Liquidación de Radiología se liquida y se genera factura a los servicios de Radiología e Imagenología por atención de consulta externa.**
- **Liquidación de Egresos liquida y factura procedimientos de cirugías y endoscopias ambulatorias.**

6.1. PROCEDIMIENTO LIQUIDACIÓN Y FACTURACIÓN EN CENTRO MEDICO CONUCOS Y ANTIGUO CAMPESTRE

ADMISIÓN Y LIQUIDACIÓN

1. Saludar cordialmente al usuario como gesto de bienvenida a la institución **Ver Anexo 1 y 2 Guion de Bienvenida** y solicitar los documentos, mientras se le pregunta si tiene consulta médica para descartar otros tipos de atención
2. Si el Usuario tiene consulta médica, se consulta en el Sistema CNT siguiendo Procedimiento **I-0209-XX Consulta de cita médica** y se verifica la existencia de la consulta médica. Además, se verifican la Hora de consulta médico, el médico encargado y que la orden venga dirigida a la Clínica Chicamocha.
3. Luego de confirmada la consulta médica, se procede a verificar toda la documentación proporcionada por el usuario. Se verifican aspectos como las ordenes, la EAPB, Si pertenece a un programa especial, la especialidad atendida, la vigencia de la autorización.
4. Solicitar Firma de Usuario en la Orden médica, como constancia de que el usuario asistió a la consulta o cita médica.
5. Si el usuario requiere realizar copago se realiza el cobro del mismo, siguiendo el Instructivo I-0209-XX Recaudo de Copago
6. Cuando el usuario se presenta sin registro, es decir, no aparece registrado en el sistema CNT, este debe ser creado siguiendo el Procedimiento **I-0209-XX Crear y/o Actualizar Datos**, también si los del usuario se presenta pero su Registro de admisión se encuentra realizada manera incorrecta o tienen mal alguno de sus datos, se ajustan bajo el procedimiento **I-0209-XX Registro de Admisión**, de igual manera si el usuario se presenta con un registro pendiente, es decir que su registro se encuentra abierto por causas ajenas, este debe ser cerrado bajo el mismo procedimiento.
7. Se cargan al sistema CNT, el cobro de las atenciones y elementos aplicados, para que así se les pueda asignar y generar las facturas. Siguiendo el **I-0209-XX Realización y Anulación de cargos**
8. Se le pide el favor al usuario que se dirija a sala de espera para la llamada del médico especialista.
9. Esperar que el médico especialista realice la consulta médica, para luego imprimir las dos copias de la Historia Clínica, una de ellas se entrega al paciente y otra se anexa a la cuenta como soporte de realización del procedimiento

6.1.1. Usuarios Salud Total

Para los usuarios afiliados Salud Total y/o que pertenecen a la programa PgP, pueden ingresar con tres tipos de documentos como: La Autorización, La pre autorización o la orden médica.

- **Para los usuarios que ingresan con autorización**, se verifica los aspectos de dicha autorización como la vigencia, es decir que no venga vencida, también se verifica el destino de la autorización es decir que venga dirigida a la clínica Chicamocha y que concuerde la especialidad. Luego de verificar todos los aspectos se continua normal con el proceso de admisión el usuario o paciente.
- **Para los usuarios que ingresan con Pre Autorización**, al igual que los usuarios que ingresan con autorización se verifican todos los aspectos mencionados anteriormente como vigencia, destino y especialidad. Ingresamos a la plataforma virtual de Salud Total e ingresamos a la sección del Programa PgP, ingresamos el número de identidad del paciente y finalmente seleccionamos el registro de autorización correspondiente a la atención médica del paciente y se libera la autorización de dicha plataforma para continuar con el proceso de admisión del usuario.
- **Para los usuarios que ingresan con Orden médica**, al igual que los usuarios que ingresan con pre autorización se verifican todos los aspectos mencionados anteriormente como la vigencia, el destino, la especialidad y que dicha orden

sea la original. Seguidamente ingresamos a la plataforma virtual de Salud Total y en la sección especial para los usuarios del programas especial de PgP, ingresamos el número de identificación del usuario y como es orden médica, es necesario cargar la consulta en la plataforma virtual de Salud Total y seguidamente liberar dicha autorización para continuar con el proceso de admisión del usuario.

6.1.2. Usuarios SOAT

Para los pacientes que ingresan a la institución como usuarios SOAT se debe seguir con el siguiente procedimiento:

- Se Verifican los documentos como las fotocopias (cedula, carnet, póliza vigente, tarjeta de propiedad y licencia de conducción), la orden médica, la hoja de gastos, de tal manera que no falte ninguno de ellos.
- Si el usuario Soat, posee saldo y el tiempo de vigencia es menor a 1 año, se procede a realizar cargo en el sistema CNT y se esperamos que salga de la consulta médica, para recibirle el certificado médico que previamente le genera el médico tratante.
- Se consulta la historia clínica y posteriormente se imprime, ya que esta sirve como soporte para la cuenta a radicar.
- Para los usuarios con EAPB correspondientes al SOAT, se ingresa a la página web del SIRAS (Sistema de información de reportes de atención en salud a víctimas de accidentes de tránsito) y registramos todos los datos relacionados con el accidente de tránsito, seguidamente guardamos y si es necesario se imprime el pantallazo.

Nota: Este procedimiento se debe realizar antes de las 24 horas, luego de realizada la consulta. Igualmente, si el médico le ordena al paciente medicamentos, se debe también radicar en el SIRAS pero por concepto de medicamentos.

- Se genera factura en el sistema CNT siguiendo el instructivo I-0209-XX Generación de Facturas y se imprimen las facturas, 3 resumidas y 1 detallado.
- Se realiza el FUSOAT en el sistema CNT, se ingresan los datos de la persona afectada y los datos de la persona que causo el accidente, también se diligencian los datos del evento, datos de los vehículos, datos del propietario, datos de ingreso y egreso.
- Seguidamente de haber realizado el FUSOAT, se debe hacer una relación de movimiento, este se hace con el numero generado del FUSOAT, se ingresa por Movimientos/Relacionar Movimiento con FUSOAT, e ingresamos los datos del Usuario y el número del FUSOAT, seleccionamos y guardamos, de esta manera nuestro Fusoat está realizado, es decir ya relacionamos el reporte del accidente con los gastos médicos.
- Se realiza el folio de la cuenta, que consiste en la enumeración de la paginas de la cuentas de los usuarios, con el objetivo de mantener un orden de la documentación para la fácil identificación
- Se Arman los paquetes de cuentas, que incluyen ordenes, fotocopias, Facturas, Certificados, Historia Clínica, FURIPS y hoja de gastos de tal manera que se encuentren listos y organizados para facilitar las tareas de Radicación
- Se envía con el mensajero para Radicación para que sean enviadas a la EAPB. Por lo general el mensajero pasa en horas de la mañana por dichas cuentas.

6.1.3. Usuarios de ARL

Para usuarios de ARL como Colpatria, Positiva, La Equidad, Alfa y Pólizas de salud (prepagadas) y de estudiantes se debe seguir con el siguiente procedimiento:

- Se verifica la documentación entregada por el paciente, de tal manera de verificar todos los aspectos como la vigencia que no esté vencida, que el destino se para la clínica Chicamocha, la especialidad exista en la institución y las fechas cumplan con descrito y lo asignado, de tal manera que todo concuerde correctamente.
- Seguidamente nos comunicamos con la extensión de la ARL responsable, realizando una llamada al número "018000" y se solicita un código de validación y esperamos la respuesta, si la respuesta es positiva, se continua con el proceso de admisión mencionado anteriormente.

Nota: Si la respuesta es negativa por parte de la EAPB, se direcciona al usuario sobre lo que tiene que realizar para reasignar y autorizar dicha consulta médica.

Nota:

- Si el usuario no cumple con algunas de estas solicitudes, no se le podrá prestar el servicio. En ese caso se deberá reprogramar la cita y se debe remitir al usuario a su respectiva EPS si su autorización se encuentra vencida para su respectiva renovación, o cambio de especialidad o cualquiera de los requerimientos con los cuales no cumple.

- Si la sede no cuenta con la especialidad requerida, se le pide el favor que se acerque al centro de atención de autorizaciones para que se le pueda realizar el trámite respectivo, allí se espera mientras se le realiza la orden a terceros, luego se direcciona al usuario a Liquidación para que se realice el cargo y seguidamente se realiza la relación de los usuarios remitidos a terceros que se envía a Liquidación de consulta externa de órdenes de terceros.
- Si se presentan, ordenes y/o autorizaciones vencidas, se direcciona al usuario para que reprogramme su consulta.

FACTURACIÓN

- 1) El proceso de generación de factura se realiza por EAPB, esto con el objetivo de agilizar los procesos y evitar el cambio frecuentemente el tipo de EAPB del usuario. Por ello se clasifica de forma organizada las cuentas que contienen las ordenes médicas, lo documentos pertinentes (como fotocopias de documentos según se requiera, Ejemplo: para usuarios SOAT, fotocopias de licencia de conducción, fotocopia de tarjeta de propiedad, fotocopia de la cedula, entre otros mencionados anteriormente) y los soportes necesarios (como la historia clínica)
- 2) Luego de organizar las cuentas, se consultan las historias clínicas de cada una de la atención realizada del día y se verifica que las consultas se hallan cargado correctamente. seguidamente se realiza la impresión de la Historia Clínica, ya que nos sirve como un soporte para la cuenta a Radicar.
- 3) Se anexa la historia clínica a la cuenta, verificando que la historia corresponda a la cuenta.
- 4) Se verifica que los cargos se hallan realizado de manera correcta comparando la historia clínica con el cargo previamente realizado, que no presenten inconsistencias. Por lo general los cargos presentan inconsistencias en el número de documento, el tipo de convenio, por realización cargo doble, por descripción errónea del valor del copago entre otras.

Nota: Cuando el cargo presenta inconsistencias, En la misma ventana de realización de cargo, ingresamos a la parte de servicios, seleccionamos la atención que tiene la inconsistencia y anulamos el cargo, especificando el motivo, y seleccionamos en el icono de "Guardar". Seguidamente, se realiza el nuevo cargo, ajustando los aspectos errados del cargo anterior. Al anular el cargo, se elimina el RIPS realizado por el médico, por ello el Liquidador debe Generar un nuevo RIPS para dicho cargo.

- 5) Luego de verificar los cargos, se genera la factura según el Instructivo I-0209-XX Generación de Facturas, Teniendo en cuenta que este proceso se realiza por EAPB.
- 6) Se imprimen las Facturas, Tres facturas resumidas que presentan de forma general lo cobrado por la institución y un detallado que evidencia de forma específica cada ítem cobrado.
- 7) Se anexan las facturas a la cuenta y se arma la cuenta final, dispuesta para enviar a Radicar a las EAPB correspondientes.
- 8) Antes de enviar a radicar, se genera un listado o una relación de todas las facturas generadas en el día, que es enviada por correo electrónico a Coordinación de Facturación e impresa para anexarla a conjunto de paquetes de las cuentas listas para Radicar.
- 9) Se envía a Radicación, con el mensajero de cuentas. El paquete de cuentas finales son recogidas todas las mañanas del día siguiente.

6.2. PROCEDIMIENTO LIQUIDACIÓN DE ÓRDENES DE TERCEROS GONZÁLEZ VALENCIA

El Liquidador de Consulta Externa realiza el proceso de Liquidación de todas las cuentas que son emitidas a otras instituciones, ya sea porque clínica no cuenta con la especialidad o no hay disposición de equipos necesarios en la clínica, estas instituciones se les conoce como Terceros. Se debe seguir los siguiente pasos:

- 1) *Recepción de paquetes de Ordenes y de Soportes de terceros*
 - *Ordenes de Centro médico y Caja principal*
 - a) Se reciben los paquetes de órdenes por parte de mensajería con las órdenes, autorizaciones, fotocopias y documentación pertinente que son enviadas por Liquidación de Centro Medico, Caja Sede Rosita y Liquidación de Antiguo Campestre. Verificando en el listado de la relación, los documentos físicos.

- b) Se organizan los documentos de las cuentas por terceros, es decir se clasifica por entidad que fue remitido a un tercero, debido a que algunas órdenes por lo general se reciben en desorden.
 - c) Verificar si las cuentas organizadas presentan irregularidades, como la falta de algún documento (orden médica o autorización).
 - d) Cuando la cuenta no posee la autorización respectiva, se solicita por medio de llamada telefónica al personal responsable de dicha cuenta para que remita la autorización faltante.
 - e) Luego de solicitar la autorización al emisor responsable, se debe esperar a que dicha cuenta sea enviada, por lo general esta espera es de aproximadamente de 2 a 3 días.
- *Soportes de Terceros*
- a) Se reciben los paquetes con los soporte enviados por los terceros con los cual se tiene convenio, estos son enviados luego que se les realiza la atención a los pacientes. El soporte es el documento que emite la entidad encargada de realizar la atención que sirve como constancia de la realización de la atención o servicio prestado por dicho tercero.
 - b) Los soportes por lo general se reciben en desorden, por lo cual se organizan igualmente por terceros, es decir se clasifican por entidad que fue remitido a un tercero.
 - c) Cuando una cuenta presenta ausencia de una orden médica, se busca en el puesto de trabajo, o se pregunta a los responsables emitentes de la cuenta como mensajería, centros médicos y caja con el objetivo de conocer información de dicha orden. Estos casos de ausencias o pérdidas de órdenes médicas no suelen ser muy regulares.

Nota: Se debe poner un denuncia ante las entidades involucradas, en caso de que no se encuentre la orden médica y Se tramita con la EAPB involucrada quien dará respuesta sobre el caso de pérdida de la orden médica, lo cual espera un tiempo aproximado de 15 a 20 días la respuesta emitida por la EAPB involucrada.

- 2) Se agrupan las ordenes (Ordenes médicas, Autorizaciones y Documentación pertinente) con los soportes emitidos por los terceros, es decir, se le asigna a las ordenes el soporte respectivo y se empieza armar la cuenta, es allí donde el Liquidador de Consulta Externa se da cuenta de la ausencia de los soportes. Por ello debe solicitar el soporte por medio de una llamada telefónica a archivo que son los encargados de proporcionar los soportes faltantes y se espera un lazo aproximado entre 1 a 2 días para la recepción del soporte faltante

6.2.1. Usuarios de Policía, Militar y Sena

- a) Para las EAPB correspondientes a Policía, Militar y Sena, se verifica toda información pertinente en las ordenes, como la vigencia de la orden, que vengan dirigidas a la Clínica Chicamocha, que tengan los sellos correspondientes, que sea la orden original y que vengan anexadas las fotocopias del carnet de la cedula y el carnet de la EAPB correspondiente.

Nota: Si existe inconsistencia en las ordenes de las EAPB correspondientes a Policía, Militar y Sena, se debe registrar en los cuadros especiales, es decir un libro o archivo de Excel para enviarlos a Coordinación de Facturación y reportar el/los casos. Se pone un pendiente en la cuenta de órdenes y se devuelve al responsable quien emitió dicha cuenta, es decir a los centros médicos o caja principal de la rosita para que ellos proporcionen la solución de dicha cuenta. Se espera un tiempo aproximado de 1 semana para que los encargados envíen la solución de dicha cuenta.

6.2.2. Usuarios SOAT

- a) Para los usuarios con EAPB correspondientes al SOAT, se ingresa a la página web del SIRAS (Sistema de información de reportes de atención en salud a víctimas de accidentes de tránsito) y se registra todos los datos relacionados con el accidente de tránsito, se guarda y si es necesario se imprime el pantallazo.

Nota: Este procedimiento se debe realizar antes de las 24 horas, luego de realizada la consulta. Igualmente, si el médico le ordena al paciente medicamentos, se debe también radicar en el SIRAS pero por concepto de medicamentos.

- b) Se realiza el Fusoat en el sistema CNT, se ingresan los datos de la persona afectada y los datos de la persona que causo el accidente, también se diligencian los datos del evento, datos de los vehículos, datos del propietario, datos de ingreso y egreso.

- c) Seguidamente de haber realizado el Fusoat, se debe hacer una relación de movimiento, este se hace con el numero generado del Fusoat, se ingresa por Movimientos/Relacionar Movimiento con Fusoat, e ingresamos los datos del Usuario y el número del Fusoat, seleccionamos y guardamos, de esta manera nuestro Fusoat está realizado, es decir ya relacionamos el reporte del accidente con los gastos médicos.

6.2.3. Especialidades de Spect y/o Arteriografía

- a) Para las especialidades de Spect y/o Arteriografía, se realizan unas tablas de cobro de los procedimientos realizados, debidos a que estos procedimientos requieren variedad de insumos que tiene gran valor.
- b) Se imprimen las tablas de cobro de procedimiento de Spect y/o Arteriografía que se anexan a la cuenta
- c) Se anexa la tabla impresa a la cuenta (órdenes y soportes)
- d) Se Verifica la información (Nombre, Fecha de atención y que corresponda a los procedimiento descritos) mediante la comparación de los soportes y las ordenes, de tal manera que coincidan.

Nota: Si la información de los soportes y las órdenes no coinciden se solicita a archivo el soporte y/o la orden que se requiere para anexarla a la cuenta, Se separa la cuenta y se pone un pendiente, para seguidamente poder solucionar. Liquidador se comunica con emisor responsable de la cuenta con inconsistencia, solicitando solución a la cuenta y se espera la solución por parte del emisor responsable de la cuenta con inconsistencia. Espera de aproximadamente 1 a 2 días.

- 3) Se cargan al sistema CNT, el cobro de las atenciones y elementos aplicados, para que así se les pueda asignar y generar las facturas. Siguiendo el **I-0209-XX Realización y Anulación de cargos**
- 4) Para los cargos con RIPS incompletos, se les realiza el RIPS, ingresando la información correspondiente como la finalidad de la consulta, la causa, el código del médico y completar el RIPS en guardar.

Nota: Antes de generar la factura, se realiza una breve verificación de toda la información cargada, con el objetivo que se hallan realizado los cargos correctamente.

- 5) Para generar las facturas se ingresa por asignación de factura y se verifica que lo cargado anteriormente este correcto, se asigna factura por EAPB. Se sigue el procedimiento **I-0209-XX Generación de Facturas.**

Nota: Para las facturas de Salud Total se debe realizar una breve descripción de las atenciones y/o elementos cargados.

- 6) Se imprimen las Facturas, Tres facturas resumidas que presentan de forma general lo cobrado por la institución y un detallado que evidencia de forma específica cada atención o elemento cobrado.
- 7) Se anexan las facturas a la cuenta y se arma la cuenta final, que queda lista para enviar a radicar.
- 8) Se realiza el descargo de las facturas abriendo el libro de Excel donde se encuentra la relación de todas las atenciones realizadas por terceros. En este proceso se sombrea el fondo de las celdas de la relación con las atenciones a terceros de las facturas generadas del día.
- 9) Antes de enviar a radicar, se genera un listado o una relación de todas las facturas generadas en el día, que es enviada por correo electrónico a Coordinación de Facturación e impresa para anexarla a conjunto de paquetes de las cuentas listas para Radicar.
- 10) Se envía a Radicar, con el mensajero de cuentas. El paquete de las cuentas son recogidas todas las mañanas del día siguiente.

6.3. PROCEDIMIENTO LIQUIDACIÓN RADIOLOGÍA

6.3.1. Usuarios de Ecografías con Biopsia

- a) Para los usuarios de especialidad de Ecografías con Biopsia, se realiza proceso de admisión Saludando cordialmente al usuario como gesto de bienvenida a la institución **Ver Formato de Bienvenida** y se solicitan los documentos, mientras se le pregunta si tiene consulta médica para descartar otros tipos de atención.
- b) Para las atenciones de servicios relacionados con ecografías con biopsias, luego de realizado el cargo en el sistema CNT, se direcciona al usuario para que deposite la orden de apoyo/ayuda Diagnostica en el buzón correspondiente "Ecografías" y seguidamente esperar la atención por parte del médico encargado

- c) Luego de realizada la atención Diagnóstica, se espera un tiempo promedio de 10 días para recibir el soporte, es decir la lectura de la patología de la biopsia. Soporte que es anexada a la cuenta.

6.3.2. Usuarios de Rayos X y TAC

- a) Se recogen todos los sobres correspondientes a servicios prestados de Rayos X y TAC en donde se encuentran las ordenes de apoyo/ayuda Diagnóstica, las autorizaciones y en algunos casos los recibos de copago, además contienen las placas de la realización de las Apoyos/Ayudas Diagnósticas.
- d) Se verifican que todos los cargos realizados, se hallan registrado correctamente, verificar que no falte ningún elemento o atención por cargar, en el caso contrario, se debe realizar la respectiva realización y corrección de cargo.
- 1) Se cargan en el sistema CNT las consultas y/o elementos ausentes de la cuenta ya cargada, verificando cuidadosamente que se realicen de forma correcta.
 - 2) Previamente de verificar los cargos, se genera la factura según el procedimiento **I-0209-XX Generación Facturas**, Teniendo en cuenta que este proceso se realiza por EAPB
 - 3) Se imprimen las Facturas, Tres facturas resumidas que presentan de forma general lo cobrado por la institución y un detallado que evidencia de forma específica cada ítem cobrado.
 - 4) Se anexan las facturas al sobre que contiene las placas de Apoyo/Ayudas Diagnósticas, para ir completando la cuenta.
 - 5) Se Lleva el sobre a los Radiólogos, quienes son los encargados de realizar la lectura de las placas anexadas anteriormente.
 - 6) El Radiólogo, realiza la lectura de las placas, mediante una plantilla para la grabación de voz, y los colaboradores de radiología, realizan la transcripción de la lectura y generan dos copias. Se anexan a la cuenta (Ordenes, Autorizaciones, Documentos pertinente y Facturas) una copia de la lectura y se separan las placas con la otra copia de la lectura que son enviadas a los usuarios ya sea personalmente o por mensajería según lo requieran.
 - 7) Se dirige a sala de radiólogos y se recogen las cuentas con las copia de lectura previamente anexada
 - 8) Se organizan los documentos de la cuenta según orden establecido, de las facturas impresas, 3 resumidas y 1 detallado, se quita una factura resumida y se coloca al final de cuenta. Nota: Es necesario quitar los ganchos para organizar la cuenta.

6.3.3. Usuarios SOAT

- a) Para los usuarios con EAPB correspondientes al SOAT, se ingresa a la página web del SIRAS (Sistema de información de reportes de atención en salud a víctimas de accidentes de tránsito) y registramos todos los datos relacionados con el accidente de tránsito, seguidamente se guardamos y si es necesario se imprime el pantallazo. Nota: Este procedimiento se debe realizar antes de las 24 horas, luego de realizada la consulta. Igualmente, si el médico le ordena al paciente medicamentos, se debe también radicar en el SIRAS pero por concepto de medicamentos.
- b) Se realiza el FUSOAT en el sistema CNT, se ingresan los datos de la persona afectada y los datos de la persona que causo el accidente, también se diligencian los datos del evento, datos de los vehículos, datos del propietario, datos de ingreso y egreso.
- c) Seguidamente de haber realizado el FUSOAT, se debe hacer una relación de movimiento, este se hace con el numero generado del Fusoat, se ingresa por Movimientos/Relacionar Movimiento con Fusoat, e ingresamos los datos del Usuario y el número del Fusoat, seleccionamos y guardamos, de esta manera nuestro Fusoat está realizado, es decir ya relacionamos el reporte del accidente con los gastos médicos.
- 9) Se imprimen los FURIPS que son anexados a la cuenta.
 - 10) Se realizan los folios de la cuenta, proceso que consiste en la enumeración de la paginas de la cuentas de los usuarios, con el objetivo de mantener un orden de la documentación para facilitar la identificación.
 - 11) Generar un listado o una relación de todas las facturas generadas en el día, que es enviada por correo electrónico a Coordinación de Facturación e impresa para anexarla a conjunto de paquetes de las cuentas listas para Radicar.
 - 12) Se envía Radicar, Normalmente en las mañanas del día siguiente de haber armado el paquete con el anexo de la relación de la facturas, se sube a facturación para Radicación.

6.3.4. Usuarios Salud Total

7. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

8. ANEXOS

Anexo 1.

Guion de Bienvenida Consultorios

Al ingreso del paciente en consultorios tenga en cuenta y manejar el siguiente Guion:

Buenos días, tardes y/o noches Señor o Señora _____

Mi nombre es _____ la auxiliar y le voy a realizar _____

Se solicita el nombre completo del paciente, con número de cedula y EAPB de afiliación.

Anexo 2.

Guion de Bienvenida para Tramitar salidas de urgencias y hospitalarias.

Se llama y se saluda al paciente y/o familiar, siguiendo el protocolo de saludo para tramite de salidas en la Clínica Chicamocha, como se muestra a continuación:

Liquidador: Buenos días, mi nombre es _____ le voy a tramitar su salida.

Liquidador: El nombre completo del paciente es?: _____ CC: _____ EPS: _____