

LIQUIDACIÓN DE URGENCIAS

Código: P-0209-02

Versión: 0X

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	27/05/2003	Liberado
01	30/03/2006	Se modifican las funciones de la auxiliar de RIPS y se ingresan nuevos cargos y sus funciones respectivas.

LIQUIDACIÓN DE URGENCIAS

1. JUSTIFICACIÓN

Definir el procedimiento utilizado para la liquidación y facturación de los servicios de atención por Urgencias ofrecidos por la Clínica Chicamocha, describiendo las actividades relacionadas con el egreso del paciente, la liquidación y facturación de todos los usuarios que ingresan por este tipo de atención. 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 y aprovechándola 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 los servicios prestados por atención de urgencias sea Liquidada y Facturada correctamente.

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
- **FURIPS:** Formulario Único de reclamación de las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud por Servicios Prestados a Víctimas, Este formato aplica para la presentación de reclamaciones de prestadores de servicios de salud para cada víctima de Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito, en original y verificando que las copias sean legibles al igual que el original.
- **Triage:** Clasificación de la gravedad, sintomatología y problema de salud que presenta un paciente cuando llega al servicio de urgencias y que permite definir la prioridad de la atención.
- **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 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:

- a) revisar si el paciente debe realizar pago de cuota moderadora
- b) solicitar al paciente firmar la autorización con número de documento, de manera legible.
- c) Liquidar en el sistema según manuales tarifarios (ISS y SOAT) y Tarifas vigentes según contratos y convenios con la EAPB correspondiente.

En el momento que el paciente que es atendido por atención de urgencias y el médico le indica la salida o el egreso al usuario, se procede a Liquidar los servicios prestados por la institución por los responsables encargados bajo el cargo de "Liquidadores de Urgencias".

6.1. Salida de Usuario

- 1) Liquidador de Urgencias recibe por parte de admisiones el paquete de los consentimientos de atención al usuario, los cuales se les ha realizado proceso de admisión. Estos documentos son organizados en orden alfabético para facilitar su búsqueda.
- 2) Liquidador de Urgencias además recibe por parte de enfermería de Urgencias la Historia Clínica de los pacientes con órdenes de salida, indicando que ya se puede iniciar el proceso de liquidación y facturación del usuario con salida.
- 3) Luego de recibir la historia clínica por parte de enfermería, se busca en el paquete de los consentimientos, el correspondiente al paciente de la historia clínica por el nombre y número de identidad.
- 4) Se realiza el llamado por nombres y apellidos del paciente con orden salida por el sistema de voz para que se aproxime a Liquidación de Urgencias y reclamar el paz y salvo para la salida.
- 5) Mientras el usuario se dirige a Liquidación de urgencias, Se verifica que los soportes como: documentos, medicamentos, honorarios y demás que se encuentren anexos. es decir que por ejemplo se encuentren los soportes de electrocardiogramas, que el oxígeno este cerrado, y los soportes de los procedimientos realizados.

Nota: Si el soporte no se encuentra anexado a la cuenta, se comunica con responsables de soporte para que lo suministren o soluciones de manera inmediata para poder dar egreso al usuario.

- 6) Se verifica el tipo de afiliación que tiene el usuario, es decir si es beneficiario o cotizante. Si el usuario es beneficiario, este debe realizar copago en caja y entregar en Liquidación de Urgencias el recibo de copago como soporte de dicho pago.
- 7) Verificar orden de medicamentos para las EAPB de las pólizas estudiantil, las ARL de Axa Colpatria y Liberty y SOAT de Mapfre, pueden reclamar los medicamentos en Clínica Chicamocha, si así requiere se direcciona a Farmacia Principal de la Sede Rosita, se solicita firma en orden de medicamentos como constancia de la entrega de los medicamentos y finalmente se anexa la orden de medicamentos a la cuenta.
- 8) Cuando el paciente queda a paz y salvo, Se solicita firma al usuario en el documento "Consentimiento para la atención" para su egreso, y se archiva en un paquete para que a las 7 am del día siguiente hacer la entrega de todos los consentimientos a archivo.
- 9) Liquidador de Urgencias hace entrega al usuario, la historia clínica entregada por enfermería y la boleta de salida elaborada por liquidación de urgencias, Se direcciona al paciente a la salida, indicándoles que la boleta debe ser entregada a personal de seguridad si salida al usuario.
- 10) Se realiza el cargue de los servicios aprovechados por el paciente en el sistema CNT, como se muestran en el instructivo I-0209-XX Realización y Anulación de Cargos y las Manuales tarifarios (ISS y Soat) y Tarifas vigentes según contratos y convenios con la EAPB correspondiente.
- 11) Se carga el RIPS de los servicios correspondientes, por Consulta y Procedimiento.
- 12) Se cierra el registro de admisión del paciente en el sistema CNT, que fue previamente activado en el proceso de admisión del usuario con el objetivo de liberar la cama en el sistema para que sea reasignada a otro paciente.
- 13) Se imprime la historia clínica que se anexa como soporte a la cuenta a liquidar.

6.2. Liquidación y Facturación de las Salidas de Urgencias

1. El proceso de Liquidación y Facturación de la cuentas de Servicios de urgencias, Inicia verificando la historia clínica del paciente en el sistema CNT en donde se verifican los servicios cargados que correspondan correctamente a los servicios enlistados en la Historia Clínica del paciente.

Nota: Si se presentan inconsistencia en el cargue de los servicios, Se anula el servicio cargado que presenta inconsistencias, ya sea por doble cargo, por valores incorrectos, por copago, por tipo de convenio, por tarifas, por servicios entre otros. Se sigue el Instructivo I-0209-XX Realización y Anulación de Cargos Se realiza el cargo de los servicios aprovechados por el paciente en el Sistema CNT, como se muestra en el Instructivo I-0209-XX Realización y Anulación de Cargos Seguidamente de realizar el cargo, se Genera el RIPS en la plataforma virtual teniendo en cuenta el código de consulta y/o procedimiento aplicado al paciente.

2. Se ingresa al sistema CNT a asignación de Facturas ambulatorias para Generar las facturas como se muestra en el instructivo *I-0209-XX Generación de Facturas*. Se selecciona la atención correspondiente del paciente a facturar
3. Se consulta y se verifica los cargos realizados en la prefectura de CNT, de tal manera que los cargado corresponda correctamente a lo aplicado o aprovechado por el paciente. Que los cargos de los servicios correspondan correctamente
4. Se factura la cuenta asignando los servicios a un número de facturación como se muestra en el Instructivo I-0209-XX Generación de Facturas.
5. Se enlista todos los cargos de la factura y se imprimen las facturas, 3 resumidas y un detallado que son anexados a la cuenta.
6. Se anexan las facturas, soportes y documentación pertinente a la cuenta, En los casos de ausencia de los respectivos soportes de los servicios cobrados, se solicita a responsables o se imprimen desde el sistema de información CNT
7. Se organiza la documentación de la siguiente manera: Consentimiento de práctica del procedimiento, Historia clínica diligenciada por el Profesional de la Salud, Fotocopia del documento, Remisiones, Exámenes, Notas de enfermería, Honorarios médicos, Exámenes como: glucometría, electrocardiograma, monitoreo, Tac, entre otros, Servicio de ambulancia, Medicamentos, Hoja de gastos, Laboratorio, Rayos X y Facturas correspondiente.
8. Se seleccionan y se apartan las cuentas de los usuarios que pertenecen a la EAPB de la Policía y Militar, ya que son casos especiales que requiere una verificación más detallada debido al tipo de convenio o contrato con estas EAPB
9. Se realiza la relación en un Archivo Excel de todas las facturas realizadas en el día y en el turno de trabajo, esta relación se realiza en la entrega de turno.
10. Finalmente se envía la cuenta a Auxiliar de Radicación para su previa verificación y radicación a las respectivas EAPB.

Usuarios SOAT:

Para las cuentas que son atenciones SOAT, se debe luego de generar la factura correspondiente:

- Generar y/o imprimir el FURIPS (Formulario Único de reclamación de las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud por Servicios Prestados a Víctimas) documento anexo a la cuenta SOAT.
- Ingresar a la página web del SIRAS (Sistema de información de reportes de atención en salud a víctimas de accidentes de tránsito) y se radica los datos del evento en el sistema, registrando todos los datos relacionados con el accidente de tránsito, se guarda y si es necesario se imprime el pantallazo. Se debe realizar antes de las 24 horas, luego de realizada la consulta.
- Realizar el Fusoat en el sistema CNT, ingresando 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.
- Realizar la 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.
- Realizar los folios de las páginas de la cuenta, es la enumeración de la paginas de la cuentas de los usuarios, con el objetivo de mantener un orden de la documentación para identificarla con mayor facilidad

Usuarios Salud Total:

Para los usuarios de Salud Total de programa especial de PgP, se debe ingresar a la plataforma virtual de Salud Total, en la sección correspondiente a PgP y con los datos del paciente, se:

- Solicitar el código de validación en la plataforma correspondiente.
- Realiza cargo para autorización de consultas y procedimientos en la plataforma virtual Salud Total
- Carga el paquete de Urgencias para cada paciente ingresando los datos correspondientes del paciente.
- Imprime el Boucher de la Autorización para anexar a la cuenta.
- Imprime el detallado del paquete cargado en la plataforma virtual de Salud Total y se anexa a la cuenta.

- Imprime el pantallazo de la verificación de derecho, importante para comprobar la afiliación del paciente a la EAPB correspondiente.
- Enviar a Facturación, especialmente con la persona encargada de arreglo de cuentas de este programa.

6.3. Entrega de Turno

Al finalizar el turno el Liquidador de Urgencias debe realizar la entrega de turno de la siguiente manera:

- 1) Relacionar todos los consentimientos en la relación correspondiente de los usuarios que ingresaron a la institución por el servicio de Urgencias, registrando todo los consentimientos con numero de cedula, realizados durante el día anterior (todos los del día anterior a partir de las 7 am hasta los del día presente hasta las 7 am)
- 2) Se envía un mensaje a archivo por correo electrónico en donde se adjunta la relación de los consentimientos previamente realizada.
- 3) Imprimir la relación de los consentimientos para atención previamente realizada.
- 4) Enviar con mensajería el paquete donde están anexos todos los consentimientos de atenciones realizadas del día anterior.
- 5) Relacionar todas las facturas realizadas en el día en el archivo correspondiente, luego de finalizado el turno correspondiente, digitando el número de la factura en esta relación.
- 6) Imprimir la relación previamente de las facturas, y anexarla al paquete de cuentas facturadas del turno correspondiente.
- 7) Realizar la entrega de turno describiendo todas la cuentas que fueron facturadas, que están pendientes por facturar, las que presentan inconvenientes, también las cuentas que tuvieron problemas con la salida, las resmas sobrantes, las salidas realizadas y novedades de turnos a Coordinación de facturación.
- 8) Finalmente se envía por un correo electrónico a Coordinación de facturación, toda la información descrita en la entrega de turno mencionada anteriormente.

7. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

No aplica.