

RESOLUCION 4331 de Diciembre de 2012

El Anexo 11 contiene la siguiente información.

1. Las Entidades Responsables del Pago (EPS, Secretaria de Salud, Entidades Adaptadas) y los prestadores de servicios de salud tienen prohibido exigir fotocopias de documentos (Art. 11 Decreto 4747 de 2007), excepto en casos de atención de víctimas de accidentes de tránsito (Decreto 3990 de 2007).
2. El acceso a los servicios de salud se hará a través de la cedula de ciudadanía u otro documento de identificación (Artículo 22 Ley 1438 de 2011).
3. El trámite de Autorizaciones de servicios de salud lo efectuara de manera directa la Institución Prestadora de Servicios de Salud ante la Entidad Promotora de Salud. Ningún trámite para la obtención de la autorización puede ser trasladado al usuario (Art. 120 Decreto Ley 019 de 2012).
4. Las Autorizaciones de servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud tendrán una vigencia no menor a dos (2) meses, contando a partir de la fecha de emisión.
5. Las fórmulas de medicamentos tendrán una vigencia no inferior a un (1) mes contando a partir de la fecha de su expedición y no requieran autorización adicional, excepto aquellos que no hacen parte del Plan Obligatorio de Salud.
6. Para pacientes con patología crónica con manejo farmacológico, las entidades responsables de pago garantizaran la continuidad en el suministro de los medicamentos, mediante la prescripción por periodos no menores a 90 días con entregas no inferiores a un (1) mes.
7. Las Autorizaciones asociadas a quimioterapias o radioterapias de pacientes con cáncer que sigan guías o protocolos acordados, se harán una única vez para todos los ciclos incluidos en la guía o protocolo. Para aquellos casos en que el oncólogo tratante prescriba la quimioterapia o radioterapia por fuera de las guías o protocolos acordados, la autorización deberá cubrir como mínimo los ciclos a realizar durante los siguientes seis (6) meses, contados a partir de la fecha de la solicitud de autorización.
8. La Autorización de oxígeno domiciliario para pacientes con patologías crónicas, se expiden una única vez y solo podrá ser desautorizada cuando el médico tratante disponga que no se requiere.
9. Las Entidades Prestadoras de Salud deben garantizar la asignación de citas de medicina general u odontología general a más tardar dentro de los tres (3) días hábiles contados a partir de la solicitud, sin que se tenga que hacer la solicitud de forma presencial (Artículo 123 Decreto Ley 019 de 2012).