



MINISTERIO DE SALUD



N° 197 -2012/SIS

RESOLUCIÓN JEFATURAL

Lima, 06 DIC 2012

VISTOS: El Proveído N° 122-2012-SIS/GREP de la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones y el Proveído N° 267-2012-SIS/OGAJ de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

CONSIDERANDO:

Que, el Seguro Integral de Salud (SIS) es un Organismo Público Ejecutor del Ministerio de Salud, creado mediante Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, cuya misión es captar y administrar los recursos destinados al financiamiento de las prestaciones de salud individual incluidas en los planes de beneficios, con la finalidad de cubrir los riesgos en salud de la población asegurada a nivel nacional de conformidad con la política del Sector;

Que, mediante Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, se establece el marco normativo del Aseguramiento Universal en Salud, a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento, considerándose en el artículo 7° de la misma norma, al Seguro Integral de Salud como una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS);

Que, el artículo 13° del Reglamento de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 013-2002-SA, establece que el Jefe del Seguro Integral de Salud, debe diseñar, rediseñar y mejorar continuamente los procesos del SIS, lo cual concuerda con el numeral 11.5 del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 011-2011-SA que faculta al Jefe del SIS a aprobar normas, directivas, procedimientos y actividades que posibiliten el cumplimiento de los objetivos institucionales;

Que, el artículo 31° del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud acotado, asigna a la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones, en su calidad de órgano de línea, la responsabilidad de planear, organizar, dirigir, controlar los procesos sobre estudios de riesgos de salud de la población, así como la calidad, oportunidad y accesibilidad de las prestaciones de salud ofrecidas por el SIS, de acuerdo a los convenios aprobados con las IPRESS, en base al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud que apruebe el MINSa, así como para proponer los Planes Complementarios de Aseguramiento en Salud y otros a cargo del SIS;

Que, el literal a) del artículo 11° del Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA, señala como una de las funciones de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), la de brindar servicios de cobertura en salud a sus afiliados en el marco del proceso de Aseguramiento Universal en Salud;



Que, mediante Decreto Supremo N° 007-2012-SA, se facultó al SIS a sustituir el Plan de Beneficios aprobado por Decreto Supremo N° 004-2007-SA, por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) y sus Planes Complementarios aprobados en virtud a lo dispuesto en el artículo 99° del Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA a nivel nacional, en tanto se implemente el proceso de Aseguramiento Universal en Salud;

Que, a través de la Resolución Jefatural N° 136-2012/SIS, se aprobaron disposiciones para la sustitución del Plan de Beneficios aprobado por el Decreto Supremo N° 004-2007-SA por el PEAS y sus Planes Complementarios en el Régimen Subsidiado, entre otras, la ampliación del ámbito de aplicación de la Resolución Jefatural N° 133-2010/SIS y la Resolución Jefatural N° 134-2010/SIS y sus respectivas modificatorias, extendiéndolo a nivel nacional;

Que, por Resolución Jefatural N° 133-2010/SIS se aprobó la Directiva N° 05-2010-SIS/GO "Directiva que regula la Cobertura Prestacional del Régimen de Financiamiento Subsidiado en el marco del Aseguramiento Universal en Salud, el Plan Complementario al PEAS y las Exclusiones Específicas" y por Resolución Jefatural N° 134-2010/SIS se aprobó la Directiva N° 01-2010/SIS "Directiva que establece Disposiciones sobre el Plan Complementario al PEAS, denominado Cobertura Extraordinaria de Enfermedades para el Régimen Subsidiado del SIS en el ámbito del Aseguramiento Universal en Salud";

Que, mediante el documento de vistos, la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones sustenta la necesidad de contar con un nuevo instrumento que regule la cobertura prestacional del Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud, con la finalidad de actualizar, ordenar y unificar en un solo cuerpo normativo todas las disposiciones relacionadas al Plan de Beneficios que brinda el SIS a nivel nacional en el Régimen indicado;

Con el visto bueno de la Secretaría General, de la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones, de la Gerencia de Negocios y Financiamiento, de la Gerencia del Asegurado, de la Oficina General de Tecnología de la Información y con la opinión favorable de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

De conformidad a lo establecido en el numeral 11.8 del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 011-2011-SA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la Directiva Administrativa N° 003-2012-SIS-GREP "Directiva que Regula la Cobertura Prestacional del Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud" y sus Anexos, que forman parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2.- Dejar sin efecto la Resolución Jefatural N° 133-2010/SIS que aprobó la Directiva N° 05-2010-SIS/GO "Directiva que regula la Cobertura Prestacional del Régimen de Financiamiento Subsidiado en el marco del Aseguramiento Universal en Salud, el Plan Complementario al PEAS y las Exclusiones Específicas" y sus modificatorias.

Artículo 3.- Dejar sin efecto la Resolución Jefatural N° 134-2010/SIS que aprobó la Directiva N° 01-2010/SIS "Directiva que establece Disposiciones sobre el Plan



Complementario al PEAS, denominado Cobertura Extraordinaria de Enfermedades para el Régimen Subsidiado del SIS en el ámbito del Aseguramiento Universal en Salud” y sus modificatorias.

Artículo 4.- Dejar sin efecto todas aquellas disposiciones que se opongan a la Directiva Administrativa aprobada en el Artículo 1° de la presente Resolución Jefatural.

Artículo 5.- Encargar a la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones implementar la Directiva Administrativa aprobada en el Artículo 1° de la presente Resolución.

Artículo 6.- Encargar a la Secretaría General la publicación de la presente Resolución en el Diario Oficial “El Peruano” y en la página web del Seguro Integral de Salud.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese.

PEDRO FIDEL GRILLO ROJAS
Jefe del Seguro Integral de Salud (e)





PERU

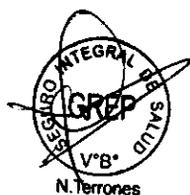
Ministerio
de Salud

Seguro Integral de Salud

SEGURO INTEGRAL DE SALUD

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 003 -2012-SIS-GREP

**DIRECTIVA QUE REGULA LA COBERTURA PRESTACIONAL DEL
REGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO DEL SEGURO INTEGRAL
DE SALUD**



Jefe Institucional

Dr. Pedro Fidel Grillo Rojas

Jefe Adjunto

Lic. Julio Acosta Polo

Gerente de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones

Med. Nilda Terrones Valera

Sub Gerente de Operaciones

Med. José Aldana Carrasco

Equipo Técnico

Med. Karina Cuellar Duran

Med. Elizabeth Andrade Escobedo

Med. Isabel Maurtua Urquiza

Med. Ana Vásquez Quispe Gonzales

C.D. Lizet Aliaga Sihuas

Med. Javier Castillo Valdivia

Med. Leisy Vega Saavedra

Med. Marianela Silva Chicoma

C.D. Félix Valencia Nizama

Colaboradores

Med. Anyilo Pino Cárdenas

Med. Saúl Espinoza Rivera

Med. Pablo Altamirano Vargas Machuca

Med. Julio Salcedo Risco

Med. Nery Añaguari Muñoz

Med. Alexander Flores Guevara

Med. Paul Malca Sánchez

Med. Conrado Valladolid Cerron

Obst. Liliana Miranda Muro

Med. Regina Lila Murillo Curasi

Med. Alfredo Farfán Tito

Med. Soledad Rivera Zevallos

Med. Luis Paredes Ibarra

Med. Leslie Chavarry Mena

Med. Yuri Ramírez Huerta

Med. Oscar Espejo Fernández

Med. Leonidas Janqui La Torre

Med. Carlos Cabrera Cuadros

CPC Vladimir Aguilar Flores

Med. Miguel Ñacari Vera



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -2012-SIS-GREP
DIRECTIVA QUE REGULA LA COBERTURA PRESTACIONAL DEL REGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO DEL
SEGURO INTEGRAL DE SALUD

I. FINALIDAD	03
II. OBJETIVO	03
III. ÁMBITO DE APLICACIÓN	03
IV. BASE LEGAL	03
V. DISPOSICIONES GENERALES	04
VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS	05
VII. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS	10
VIII. DISPOSICIONES TRANSITORIAS	11
IX. DISPOSICIONES FINALES	11
X. RESPONSABILIDADES	11
XI. ANEXOS	12



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -2012-SIS-GREP
DIRECTIVA QUE REGULA LA COBERTURA PRESTACIONAL DEL REGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

I. FINALIDAD

Unificar la cobertura que brinda el Seguro Integral de Salud a nivel nacional en el Régimen Subsidiado.

II. OBJETIVO

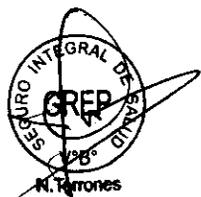
Establecer el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado del Seguro Integral de Salud, así como definir los requisitos y procedimientos para la atención de los asegurados del Seguro Integral de Salud.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Directiva es de aplicación obligatoria en los siguientes organismos: Unidad Ejecutora Seguro Integral de Salud, Unidades Desconcentradas Regionales del SIS a nivel nacional (UDR), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicos, privados y mixtos que reciban financiamiento del Seguro Integral de Salud.

IV. BASE LEGAL

- 4.1. Ley N° 26842 – Ley General de Salud.
- 4.2. Ley N° 27604 – Ley que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencias y partos.
- 4.3. Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud.
- 4.4. Ley N° 29344 – Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
- 4.5. Ley N° 29761 – Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.6. Decreto Supremo N° 013-2002-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud.
- 4.7. Decreto Supremo N° 016-2002-SA, que aprueba el Reglamento de Ley N° 27604, Ley que modifica la Ley General de Salud 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencias y partos.
- 4.8. Decreto Supremo N° 016-2009-SA, que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- 4.9. Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.10. Decreto Supremo N° 011-2011-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud.
- 4.11. Decreto Supremo N° 007-2012-SA, que faculta al Seguro Integral de Salud a sustituir el Plan de Beneficios aprobado por Decreto Supremo N° 004-2007-SA por el PEAS y sus Planes Complementarios.
- 4.12. Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA; que aprueba la NTS N° 042-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia".
- 4.13. Resolución Ministerial N° 839-2009/MINSA, que oficializa el inicio del proceso de aseguramiento universal en salud a través de la implementación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -2012-SIS-GREP
DIRECTIVA QUE REGULA LA COBERTURA PRESTACIONAL DEL RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO DEL
SEGURO INTEGRAL DE SALUD

- 4.14. Resolución Ministerial N° 012-2010/MINSA, que aprueba el inicio del proceso de Aseguramiento Universal en Salud a través de la implementación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) en la Ciudadela Pachacútec.
- 4.15. Resolución Ministerial N° 405-2010/MINSA, que aprueba el inicio del proceso de Aseguramiento Universal en Salud a través de la implementación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) en diversas provincias de los departamentos de Loreto y Amazonas.
- 4.16. Resolución Ministerial N° 547-2010/MINSA, que declara el inicio del proceso de Aseguramiento Universal en Salud, a través de la implementación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS); en el Piloto de Lima Metropolitana y la Provincia Constitucional del Callao.
- 4.17. Resolución Ministerial N° 325-2012/MINSA que aprueba el Listado de Enfermedades de Alto Costo de Atención.
- 4.18. Resolución Jefatural N° 136-2012/SIS que aprueba disposiciones para la sustitución del Plan de Beneficios aprobado por el Decreto Supremo N° 004-2007-SA por el PEAS y sus Planes Complementarios en el Régimen Subsidiado

V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1. Definiciones Operativas

5.1.1. Plan de Beneficios SIS para régimen subsidiado:

Son las prestaciones financiadas por el Seguro Integral de Salud a todos los asegurados al Régimen Subsidiado, incluye al PEAS y Plan Complementario al PEAS (Anexo N° 01).

5.1.2. Plan Esencial de Aseguramiento en Salud PEAS:

Es el listado priorizado de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados del Seguro Integral de Salud, el mismo que está traducido en un Plan de Beneficios que contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios.

5.1.3. Plan Complementario al PEAS:

Son prestaciones no comprendidas en el PEAS que corresponden a condiciones, diagnósticos o intervenciones no consideradas en dicho Plan y que no representan exclusiones específicas. Son financiadas por el Seguro Integral de Salud a sus asegurados al Régimen Subsidiado. Incluye:

a) **Prestaciones con atención directa**

Las prestaciones con atención directa comprenden:

- Los excedentes a los topes establecidos por cobertura por evento de atención correspondientes a condiciones asegurables comprendidas en el PEAS hasta un tope de 2 UIT, monto que se contará a partir de exceder los topes del PEAS. Estos excedentes deberán guardar pertinencia con el diagnóstico inicial. Incluye tanto procedimientos, intervenciones o prestaciones adicionales a las establecidas en el PEAS como no consignadas en éste, siempre que no excedan el tope financiero establecido.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -2012-SIS-GREP
DIRECTIVA QUE REGULA LA COBERTURA PRESTACIONAL DEL REGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

- Condiciones asegurables del PEAS que afectan al menor de 12 años ampliadas a la población general hasta un tope de 2 UIT.
- Las prestaciones correspondientes a condiciones asegurables y/o diagnósticos CIE-10 no considerados en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud y siempre que no sean exclusiones específicas, hasta un tope de 2 UIT.
- Las Prestaciones Administrativas de traslado de Emergencia, asignación por alimentación, asimismo también se incluye la prestación económica de Sepelio, dichas prestaciones serán reguladas por las directivas correspondientes.

b) Prestaciones sujetas a autorización previa (Cobertura Extraordinaria)

- Condiciones asegurables o intervenciones de salud (procedimientos, tratamientos, etc.), que requieran un financiamiento mayor al tope de las 2 UIT establecidas para el Plan Complementario al PEAS con atención directa, siempre que éstas no representen exclusiones específicas. No incluye a las prestaciones administrativas.

5.1.4. Atenciones de Emergencia

Toda condición repentina o inesperada que requiere de atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el asegurado. Corresponde a los daños calificados como prioridad I y II.

5.1.5. Exclusiones Específicas

Son aquellos diagnósticos y condiciones que no son financiadas por el Seguro Integral de Salud bajo ninguna modalidad. (Ver Anexo N° 02)

5.1.6. Año Presupuestal

Periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de un mismo año calendario.

5.1.7. Garantías Explícitas

Se define a las garantías explícitas como un instrumento de regulación sanitaria que establece condiciones mínimas asegurables otorgadas a toda la población residente del país. Incluye las relativas al derecho progresivo de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, las mismas que están asociadas a la atención de los problemas de salud incluidos en el PEAS. Estas Garantías son constitutivas de derecho para los asegurados del AUS y su cumplimiento es exigido. (Ver Anexo N° 3)

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1. De la Cobertura SIS

6.1.1. El Plan de Beneficios SIS para el Régimen Subsidiado incluye:

- a) El listado de condiciones asegurables PEAS.
- b) El Plan Complementario al PEAS.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -2012-SIS-GREP
DIRECTIVA QUE REGULA LA COBERTURA PRESTACIONAL DEL REGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

6.2. De la Atención del Paciente asegurado/inscrito al Régimen Subsidiado

- 6.2.1. El asegurado que requiera atención incluida en el PEAS o en las prestaciones de Atención Directa del Plan Complementario al PEAS, recibirá la atención correspondiente sin tramitarse autorización ante el SIS.
- 6.2.2. De requerir prestación comprendida en las atenciones sujetas a autorización previa, el EESS que brinda la atención deberá tramitar la solicitud ante la UDR correspondiente.

6.3. De la Solicitud de Autorización de Cobertura Extraordinaria

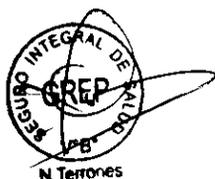
6.3.1. La solicitud de autorización de cobertura extraordinaria se realizará a las prestaciones establecidas en el literal b) del numeral 5.1.3 de la presente directiva, para lo cual se deberá tomar en cuenta los siguientes criterios:

- Condiciones asegurables o intervenciones de salud (procedimientos, tratamientos, etc.), que requieran un financiamiento mayor al tope de las 2 UIT establecidas para el Plan Complementario al PEAS con atención directa, siempre que éstas no representen exclusiones específicas. No incluye a las prestaciones administrativas.

6.3.2. Procedimiento para la solicitud de autorización de Cobertura Extraordinaria:

a) Del Procedimiento en el aplicativo informático

- El establecimiento de salud verificará en la base de datos en web la condición de asegurado al Régimen Subsidiado, asimismo verificará en el portal de internet de EsSalud si cuenta con acreditación vigente el/la asegurado/a, su esposo/a o concubino/a en caso de contar con él/ella. En el caso de menores de edad y de asegurados mayores de edad con incapacidad total y permanente para el trabajo verificará la no tenencia de EsSalud de los padres.
- El Establecimiento de Salud deberá realizar la solicitud de cobertura extraordinaria en el aplicativo informático, el cual será por evento y de ser el caso, podrá tener una o más ampliaciones, consignando el código de afiliación, el monto consumido (en el caso de asegurado que ha venido recibiendo tratamiento antes de presentarse la solicitud) y los montos solicitados. El EESS deberá tomar nota del número de solicitud otorgado por el sistema, al respecto dicho modulo no permitirá el ingreso de la información de las personas que no se encuentren aseguradas al SIS.
- Asimismo, se deberá adjuntar en dicho aplicativo informático, los siguientes documentos escaneados:
 1. Declaración jurada del asegurado/tercero de no contar con otro seguro de salud, ni tener derecho a acceder a alguno como derechohabiente o titular. (Anexo N° 05)
 2. Informe médico escaneado completo señalando el/los diagnóstico(s) del asegurado y el sustento del plan de trabajo elegido (conducta terapéutica y elección de procedimientos de ayuda diagnóstica). Debe ser presentado de acuerdo al modelo del Anexo N° 06.
 3. Archivo electrónico de desagregado de costos del monto solicitado de forma detallada según el Anexo N°07, en caso este no sea registrado a través del modulo informático.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -2012-SIS-GREP
DIRECTIVA QUE REGULA LA COBERTURA PRESTACIONAL DEL REGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

4. De requerir algún procedimiento o examen de ayuda diagnóstica que no pueda ser brindado en el establecimiento de salud y su costo unitario es mayor a 2 UIT, se adjuntará una declaración jurada de acuerdo al Anexo N° 08, señalando el resultado del estudio de las posibilidades que ofrece el mercado, incluyendo el valor referencial de acuerdo a las normas del Estado vigentes.

b) Del Procedimiento Físico

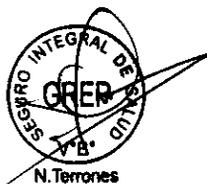
- En casos excepcionales, en los cuales no se tenga acceso al aplicativo informático de cobertura extraordinaria, el establecimiento de salud deberá enviar un expediente en físico a la UDR de su jurisdicción, el cual incluye los siguientes documentos:
 1. Oficio suscrito por el EESS que brinda la atención al asegurado.
 2. Formato de solicitud para la Autorización de la Cobertura Extraordinaria debidamente llenada de acuerdo al Anexo N° 04.
 3. Declaración jurada del asegurado/tercero de no contar con otro seguro de salud, ni tener derecho a acceder a alguno como derechohabiente o titular. (Anexo N° 05)
 4. Informe médico completo señalando el/los diagnóstico(s) del asegurado y el sustento del plan de trabajo elegido (conducta terapéutica y elección de procedimientos de ayuda diagnóstica) (Anexo N° 06).
 5. Desagregado de costos del monto solicitado de forma detallada (Anexo N° 07).
 6. De requerir algún procedimiento o examen de ayuda diagnóstica que no pueda ser brindado en el establecimiento de salud y su costo unitario es mayor a 3UIT, se adjuntará una declaración jurada de acuerdo a Anexo N°08, señalando el resultado del estudio de las posibilidades que ofrece el mercado, incluyendo el valor referencial de acuerdo a las normas del Estado vigentes.

6.3.3. Evaluación y Autorización de la Cobertura Extraordinaria

Las solicitudes serán evaluadas y autorizadas de ser el caso, por el médico Supervisor de la UDR correspondiente, según el siguiente procedimiento:

a) Para el Procedimiento en el aplicativo informático:

- El responsable de la evaluación, verificará que la documentación escaneada requerida en el literal a) del numeral 6.3.2 según sea el caso, se encuentre ingresada en el aplicativo informático, asimismo el registro de la información en dichos documentos escaneados, deberá ser completa y concordante con la solicitada en los anexos y con la información registrada en el aplicativo informático de ser el caso.
- De la revisión de la Declaración Jurada de no contar con otro seguro, (Anexo N° 5): el médico supervisor revisará que toda la información requerida en dicho anexo, se encuentre adecuadamente registrada, asimismo procederá a verificar en el



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -2012-SIS-GREP
DIRECTIVA QUE REGULA LA COBERTURA PRESTACIONAL DEL REGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

sitio web de consulta de EsSalud si el asegurado y su cónyuge o concubino(a), no se encuentren registrados, o no cuenten con vigencia de atención, En caso que el asegurado sea menor de edad, deberá verificarse la misma condición tanto del menor como de los padres. De encontrarse registrado y cuente con vigencia para atención, se procederá a rechazar la solicitud.

- En relación a la evaluación del Informe Médico (Anexo N° 6):
 1. Se verificará el nombre y concordancia de los datos de filiación con los datos del asegurado en todos los documentos adjuntos. Asimismo, se evalúa la concordancia del diagnóstico con la descripción de la enfermedad actual.
 2. Se evaluará si el diagnóstico principal cumple con los criterios de solicitud de cobertura extraordinaria.
 3. Se revisará el plan de trabajo para la atención del asegurado, se evalúa la concordancia con el desagregado de costos y con el motivo de solicitud de corresponder (por ejemplo cuando se trata de un procedimiento). Además se revisa el sustento descrito por el médico tratante.
 4. La pertinencia del plan propuesto en relación a los diagnósticos indicados en el Informe médico, deben estar basados en guías, protocolos de atención o en la mejor evidencia disponible, enmarcados en Medicina Basada en Evidencias.
- Del desagregado de costos, (Anexo N° 7): Se revisará el nombre del asegurado, el diagnóstico y la pertinencia del listado de medicamentos, insumos y procedimientos que se brindará al asegurado, en estos se verifica la concordancia con los datos descritos en el informe médico.
- En los casos en que el establecimiento requiera de servicios o procedimientos proporcionados por proveedores diferentes al establecimiento de salud, el médico supervisor verificará la presencia física o escaneada según corresponda de la declaración jurada con el valor referencial (Anexo N° 08), al misma que consignará toda la información requerida en dicho anexo.
- De no cumplir con lo anteriormente establecido la solicitud deberá ser rechazada

b) Del Procedimiento Físico

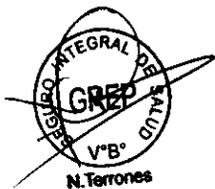
- El responsable de la evaluación, verificará que los documentos requeridos en el literal b) del numeral 6.3.2 según sea el caso, se encuentren adjuntos al expediente, asimismo el registro de la información en dichos documentos, deberá ser completa y concordante con la solicitada en los anexos.
- De la revisión de la Declaración Jurada de no contar con otro seguro, (Anexo N° 5): el médico supervisor revisará que toda la información requerida en dicho anexo, se encuentre adecuadamente registrada, asimismo procederá a verificar la afiliación SIS del asegurado que requiere la cobertura extraordinaria, asimismo en el sitio web de consulta de EsSalud, revisará si el asegurado y su cónyuge o concubino(a), no se encuentren registrados, o no cuenten con vigencia de atención, En caso que el asegurado sea menor de edad, deberá



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -2012-SIS-GREP
DIRECTIVA QUE REGULA LA COBERTURA PRESTACIONAL DEL REGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO DEL
SEGURO INTEGRAL DE SALUD

verificarse la misma condición tanto del menor como de los padres. De encontrarse registrado y cuente con vigencia para atención, se procederá a rechazar la solicitud. Tanto la consulta en el SIS como en EsSalud deberán ser impresa y adjuntadas al expediente.

- En relación a la evaluación del informe Médico físico o escaneado al aplicativo informático (Anexo N° 6):
 1. Se verificará el nombre y concordancia de los datos de filiación con los datos del asegurado en todos los documentos adjuntos. Asimismo, se evalúa la concordancia del diagnóstico con la descripción de la enfermedad actual.
 2. Se evaluará si el diagnóstico principal cumple con los criterios de solicitud de cobertura extraordinaria.
 3. Se revisará el plan de trabajo para la atención del asegurado, se evalúa la concordancia con el desagregado de costos y con el motivo de solicitud de corresponder (por ejemplo cuando se trata de un procedimiento). Además se revisa el sustento descrito por el médico tratante.
 4. La pertinencia del plan propuesto en relación a los diagnósticos indicados en el Informe médico, deben estar basados en guías, protocolos de atención o en la mejor evidencia disponible, enmarcados en Medicina Basada en Evidencias.
 - Del desagregado de costos, (Anexo N° 7): Se revisará el nombre del asegurado, el diagnóstico y la pertinencia del listado de medicamentos, insumos y procedimientos que se brindará al asegurado, en estos se verifica la concordancia con los datos descritos en el informe médico.
 - En los casos en que el establecimiento requiera de servicios o procedimientos proporcionados por proveedores diferentes al establecimiento de salud, el médico supervisor verificará la presencia física o escaneada según corresponda de la declaración jurada con el valor referencial (Anexo N° 08), al misma que consignará toda la información requerida en dicho anexo.
- c) Posteriormente, el Médico Supervisor, de considerar adecuada la solicitud, procederá a solicitar la disponibilidad presupuestal a la Gerencia de Negocios y Financiamiento, a través del aplicativo informático o en su defecto mediante el anexo N° 10 vía correo electrónico, según sea el caso.
- d) La Gerencia de Negocios y Financiamiento de considerarlo pertinente, comunicará a través del aplicativo informático o por vía electrónica utilizando el Anexo N° 11 según sea el caso, la disponibilidad presupuestal en un plazo máximo de un 01 día útil.
- e) La UDR no podrá autorizar ninguna Cobertura Extraordinaria de no recibir respuesta de disponibilidad presupuestal de la Gerencia de Negocios y Financiamiento.
- f) La autorización de solicitud de Cobertura Extraordinaria, será vigente a partir de encontrarse en estado solicitado en el aplicativo Informático del SIS o en su defecto a partir de la fecha de recepción del expediente en la UDR.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -2012-SIS-GREP
DIRECTIVA QUE REGULA LA COBERTURA PRESTACIONAL DEL REGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

- g) El trámite de evaluación y autorización o rechazo por parte de la UDR, se hará dentro de los cinco (05) días útiles de recibido el expediente completo de solicitud de Cobertura Extraordinaria, sea en físico o en magnético.
- h) La autorización de la cobertura extraordinaria deberá ser impresa por el establecimiento de salud y archivada junto con el Formato Único de Atención en las historias clínicas
- i) El médico supervisor de la UDR podrá aplicar otros criterios que estime pertinentes según corresponda.

6.4. Del Reporte de las Prestaciones para pago

Toda prestación deberá ser consignada en el Formato Único de Atención del SIS, salvo las excepciones señaladas en la normatividad vigente. Los formatos deben ser reportados en el aplicativo informático del SIS según los plazos establecidos en la normatividad vigente.

En el caso de Coberturas Extraordinarias autorizadas, el prestador deberá consignar en el campo de concepto prestacional del Formato Único de Atención la suma de los montos autorizados y el último número de solicitud autorizada. Los números de autorización anteriores, deberán consignarse en el campo de observaciones.

Los establecimientos de salud, deberán registrar en los formatos de atención el consumo de medicamentos, insumos y procedimientos incurridos durante las prestaciones. Los establecimientos de nivel II y III, en lugar de registrar todo el consumo en el Formato Único de Atención, podrán adjuntar a éste, un reporte de consumo que contengan los mismos datos del formato de atención, firmado y sellado por personal responsable correspondiente, a fin de sustentar el gasto reportado en el aplicativo informático.

En todos los casos deberá mantenerse 2 formatos: uno en el punto de digitación y otro en la historia clínica, almacenados de acuerdo a la norma de auditoría.



VII. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

- 7.1. La autorización de cobertura extraordinaria tiene un plazo para el inicio del consumo hasta 90 días calendario a partir de su autorización, una vez iniciado dicho consumo, lo cual deberá ser comunicado por el Establecimiento de Salud a la UDR de su jurisdicción mediante correo electrónico incluyendo, los nombres y apellidos del asegurado, código de afiliación, diagnóstico, servicio, expresando la fecha de inicio del consumo según Anexo N° 09, tendrá una vigencia hasta la culminación del año presupuestal en curso. En caso que no se haya iniciado dicho consumo en el plazo establecido, la autorización quedará sin efecto.
- 7.2. El médico supervisor de la UDR presentará un informe de análisis trimestral al Representante adjuntado el consolidado de todas las Coberturas Extraordinarias evaluadas (autorizadas y rechazadas).
- 7.3. El número de autorización y monto autorizado de la prestación de Cobertura Extraordinaria deberán ser consignados en el campo de concepto prestacional del Formato Único de Atención (FUA) del SIS. Dicho formato deberá ser reportado en el aplicativo informático SIS en los plazos establecidos. En caso que en una hospitalización haya recibido más de una autorización de Cobertura Extraordinaria se consignará en el campo de concepto prestacional del FUA la

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -2012-SIS-GREP
DIRECTIVA QUE REGULA LA COBERTURA PRESTACIONAL DEL REGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

suma de los montos autorizados y el último número de autorización. Los números de autorización anteriores, deberán consignarse en el campo de observaciones.

- 7.4. El financiamiento de la cobertura extraordinaria para el Régimen Subsidiado estará condicionado al gasto del 10 % del presupuesto anual del SIS.
- 7.5. La unidad Ejecutora SIS, financiará los diagnósticos incluidos en el PEAS y el Plan Complementario. Además financiará los diagnósticos presuntivos del listado de enfermedades de alto costo y enfermedades raras o huérfanas, hasta determinar su diagnóstico definitivo, para lo cual deberán registrar el código CIE 10 de dichos diagnósticos, marcándolo como presuntivo y adicionalmente registrar el código Z13.9 "Examen de Pesquisa Especial No especificado", hasta el tope de 2 UIT.
- 7.6. Para el caso de los Establecimientos de Salud que realicen actividades o presten servicios correspondientes a categorías inmediatas superiores, según el PEAS, el Seguro Integral de Salud reconocerá las atenciones brindadas en estos servicios a los asegurados SIS, siempre y cuando reúnan las condiciones de calidad y seguridad requeridas, verificadas por la autoridad sanitaria regional, o su equivalente en caso de Lima Metropolitana.

VIII. DISPOSICIONES TRANSITORIAS

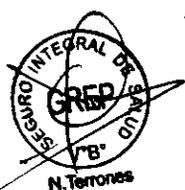
- 8.1. En tanto los establecimientos de salud no cuenten con los medios necesarios para brindar las atenciones del PEAS, aquellas prestaciones a financiar para las cuales se ha determinado como nivel resolutorio a los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención, podrán ser otorgadas por cualquier establecimiento de salud mediante referencia. En el caso específico de las atenciones de parto aplica el mismo procedimiento.

IX. DISPOSICIONES FINALES

- 9.1. Los aspectos operativos no contemplados en la presente Directiva, podrán ser implementados mediante memorando circular.

X. DE LAS RESPONSABILIDADES

- 10.1. La Gerencia de Riesgos y Evaluación de Prestaciones es la encargada de monitorear la implementación de la presente Directiva y de ser necesario, de establecer las disposiciones complementarias que permitan su aplicación, así como la regulación y monitoreo de la Cobertura Extraordinaria de acuerdo a sus competencias.
- 10.2. La Gerencia Macrorregional es responsable de supervisar y brindar la asistencia técnica para el adecuado cumplimiento de las disposiciones normativas contenidas en la presente directiva, en tanto estas se implementen, será asumida por la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones.
- 10.3. La Gerencia de Negocios y Financiamiento es responsable de regular y controlar las prestaciones Administrativas y Económicas contenidas en el Plan de Beneficios del SIS, asimismo deberá monitorear, evaluar e informar la disponibilidad presupuestal para el financiamiento de cada solicitud de Cobertura Extraordinaria, a través del aplicativo informático del SIS, con la finalidad de determinar los saldos disponibles.
- 10.4. La Oficina General de Tecnología de la Información tendrá las siguientes responsabilidades:
 - a) En coordinación con la Gerencia de Riesgos y Evaluación de Prestaciones y Gerencia de Negocios y Financiamiento implementará el desarrollo de



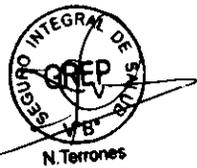
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -2012-SIS-GREP
DIRECTIVA QUE REGULA LA COBERTURA PRESTACIONAL DEL REGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

aplicativos informáticos y/o adecuaciones necesarias y su difusión, para el cumplimiento de lo dispuesto en la directiva y memorandos circulares relacionados.

- b) Mantenimiento y adecuado funcionamiento del Módulo de Cobertura Extraordinaria del Plan Complementario y realizará las adecuaciones técnicas necesarias para garantizar su sostenibilidad, disponibilidad y la seguridad de la información registrada y adjuntada.
- 10.5. Las Unidades Desconcentradas Regionales (UDR), tienen la responsabilidad de controlar el adecuado cumplimiento de las disposiciones de la presente directiva en el marco de sus competencias.
- 10.6. La Evaluación de la Cobertura Extraordinaria la realiza el Médico Supervisor de la UDR, en caso de su ausencia lo asume el Representante Médico de la UDR, de no contarse con ninguno de los dos anteriores la evaluación autorización o rechazo según corresponda, será asumida por la Gerencia Macrorregional, en tanto estas se implementen, será asumida por la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones.

XI. ANEXOS

- 11.1. Anexo N° 01: Plan de Beneficios SIS
- 11.2. Anexo N° 02: Exclusiones Específicas
- 11.3. Anexo N° 03.- Garantías Explícitas
- 11.4. Anexo N° 04: Modelo de solicitud para autorización de cobertura extraordinaria del Plan Complementario.
- 11.5. Anexo N° 05: Declaración jurada del asegurado/tercero de no contar con otro seguro de salud.
- 11.6. Anexo N° 06: Modelo de Informe Médico y sustento del Plan de Trabajo elegido.
- 11.7. Anexo N° 07: Desagregado de costos del monto solicitado.
- 11.8. Anexo N° 08: Declaración jurada del prestador.
- 11.9. Anexo N° 09: Modelo de Correo para aviso de inicio de consumo del monto asignado.
- 11.10. Anexo N° 10: Reporte de solicitud de disponibilidad presupuestal para cobertura extraordinaria del Plan Complementario.
- 11.11. Anexo N° 11: Reporte de resultados de evaluación de cobertura extraordinaria del Plan Complementario.





PERU

Ministerio
de Salud

Seguro Integral de Salud

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU
"Año de la Integración Nacional y el Reconocimiento de nuestra
Diversidad"

ANEXO N° 01 - PLAN DE BENEFICIOS SIS (UNIDAD EJECUTORA SIS)

PEAS

PLAN
COMPLEMENTARIO SIS



Dr. Terrones



PERÚ

Ministerio
de Salud

Seguro Integral de Salud

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL
PERÚ
"Año de la Integración Nacional y Reconocimiento de
Nuestra Diversidad"

ANEXO N° 02 - EXCLUSIONES ESPECIFICAS

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS SIS	CÓDIGO CIE-10
Cirugía profiláctica, estética o cosmética, procedimientos para otros propósitos que no sean mejorar el estado de salud.	Z40 – Z 41
Atenciones con otra fuente de financiamiento (Ej.: Accidentes de Tránsito SOAT, Estrategias, programas, Prestaciones que son financiadas por el FISSAL).	
Atención fuera del territorio nacional	





ANEXO N° 03 - GARANTIAS EXPLICITAS

I) POBLACIÓN SANA	
RECIÉN NACIDO	
Oportunidad	
1	La aplicación de las Vacunas BCG y HVB se realizará dentro de las primeras 48 horas de vida
2	El primer control del Recién Nacido se programará entre los 7 y 15 días de vida
Calidad	
3	La atención inmediata del recién nacido y el primer control será realizado por un profesional de salud capacitado
NIÑA/O SANO	
Oportunidad	
4	A todo menor de 1 año que acude a un establecimiento de salud se realizará el control de CRED de acuerdo a su edad.
5	A todo menor de 1 año, en cada control de CRED, se le administrará las vacunas de acuerdo al calendario de vacunación vigente y según corresponda la edad.
6	El tamizaje de Anemia será realizado en todo menor de 3 años, una vez al año .
Calidad	
7	Los controles de crecimiento y desarrollo y la administración de vacunas serán realizados por personal de salud capacitado.
II) CONDICIONES OBSTETRICAS	
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO NORMAL	
Oportunidad	
8	A toda gestante se le realizará el plan de parto en la primera atención prenatal con adecuación cultural de ser el caso.
9	Toda gestante contará a más tardar en el segundo trimestre del embarazo con resultados de análisis de laboratorio.
10	El control del puerperio, de parto atendido en establecimiento de salud, se programará a los 7 y 30 días posteriores al parto .
Calidad	
11	La atención prenatal, parto y puerperio será realizada por un profesional de salud capacitado.
HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO	
Oportunidad	
12	En establecimientos de primer nivel de atención a la gestante con diagnóstico de hemorragia de la segunda mitad del embarazo, se deberá canalizar vía endovenosa, estabilizará e iniciará la referencia al establecimiento de mayor complejidad en un lapso que no excederá los 30 MINUTOS .
13	En establecimientos de segundo y tercer nivel de atención la culminación de la gestación por hemorragia de la segunda mitad del embarazo y con alteraciones hemodinámicas, será por cesárea y el tiempo para el inicio de la misma no excederá los 30 MINUTOS
Calidad	
14	La intervención quirúrgica será realizada por médico ginecoobstetra o médico con competencias en gineco obstetricia.
DESPROPORCIÓN FETOPÉLVICA	
Oportunidad	
15	En establecimientos del segundo y tercer nivel de atención, toda gestante con desproporción feto pélvica y en trabajo de parto, el tiempo máximo para el inicio de la cesárea no excederá los 60 minutos .
Calidad	
16	La intervención quirúrgica será realizado por médico ginecoobstetra o médico con competencias en gineco obstetricia.
EMBARAZO EN MUJERES CON INFECCIÓN EN VIH	
Oportunidad	
17	Toda gestante con infección por VIH confirmada, recibirá tratamiento a partir de las 14 semanas de gestación según esquema y escenarios.
Calidad	
18	El parto de toda gestante con infección por VIH será atendido por cesárea
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO	
Oportunidad	
19	En caso de Preeclampsia severa o Eclampsia se iniciará tratamiento con sulfato de magnesio o hipotensores según guía de práctica clínica, se deberá canalizar vía endovenosa e iniciará la referencia al establecimiento de mayor complejidad con vía permeable en un lapso que no excederá los 45 minutos .
20	En establecimientos con capacidad resolutive a toda gestante con preeclampsia severa y daño de órgano blanco el tiempo máximo para el inicio de la cesárea no excederá las 2 horas .
Calidad	
21	En el establecimiento con capacidad resolutive la atención se realizará por médico gineco obstetra o médico con competencias en gineco obstetricia.
HEMORRAGIA POST PARTO	
Oportunidad	



N. Terrones

22	En el primer nivel de atención la puérpera deberá recibir estabilización hemodinámica e iniciar administración de oxitócicos y se iniciará la referencia al establecimiento de mayor complejidad en un lapso que no excederá los 30 MINUTOS
23	En establecimiento con capacidad resolutive, diagnosticada la retención de placenta, se procederá inmediatamente a la extracción manual de la placenta.
24	En establecimiento con capacidad resolutive, toda puérpera con atonía uterina que no responde al tratamiento médico (comprensión uterina bimanual, uso de oxitócicos y otros) se iniciará inmediatamente el manejo quirúrgico.
	Calidad
25	En establecimiento con capacidad resolutive la atención será realizada por médico gineco obstetra o médico con competencias en gineco obstetricia.
III) CONDICIONES PEDIATRICAS	
CONDICIONES NEONATALES	
NEONATO DE BAJO PESO AL NACER/PREMATUREZ	
	Oportunidad
26	Todo recién nacido menor de 2,500 g. se le programará un control cada 15 días a partir del alta durante 2 meses .
	Calidad
27	En el establecimiento con capacidad resolutive, la evaluación del neonato será realizado por neonatólogo, médico pediatra o médico con competencias en pediatría
CONDICIONES QUE AFECTAN AL MENOR DE 12 AÑOS	
INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA)	
IRA COMPLICADA	
	Oportunidad
28	En niñas/niños con IRA complicada , se iniciará inmediatamente el tratamiento una vez efectuado el diagnóstico clínico.
	Calidad
29	En niñas/niños con IRA complicada el tratamiento será realizado por médico pediatra o médico capacitado.
ENFERMEDAD DIARREICA	
	Oportunidad
30	A todo niña/niño con deshidratación sin shock se le administrará terapia de rehidratación.
31	A todo niña/niño con deshidratación con shock se iniciará inmediatamente terapia de hidratación endovenosa y será referido al establecimiento de mayor complejidad.
	Calidad
32	La atención de la deshidratación sin shock será realizado por personal de salud capacitado.
ANEMIA NUTRICIONAL	
	Oportunidad
33	Toda niña/niño con diagnóstico de anemia se le administrará tratamiento con sal ferrosa y se programará un control mensual durante 3 meses .
	Calidad
34	La atención será realizada por personal de salud capacitado.





PERÚ

Ministerio de Salud

Seguro Integral de Salud

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU "Año de la Integración Nacional y el Reconocimiento de nuestra Diversidad"

ANEXO Nº 05 - DECLARACION JURADA DEL ASEGURADO/TERCERO DE NO CONTAR CON OTRO SEGURO DE SALUD

Yo, de años de edad
 de nacionalidad, identificado con DNI/CE Nº
 con domicilio en:.....

(**) Yo, Parentesco con al asegurado:
 (madre, padre, cónyuge, otros), identificado con DNI/CE:.....

Declaro bajo juramento que:

En la actualidad no cuento/(**el asegurado no cuenta) con otro Seguro vigente además del Seguro Integral de Salud; ni se cuenta con derecho a financiamiento por otros fondos de aseguramiento en salud ni como titular o derechohabiente, por lo que formulo la siguiente declaración.

Me afirmo y me ratifico en lo expresado, en señal de lo cual firmo el presente documento, en la ciudad de

Asimismo, autorizo al Seguro Integral de Salud a iniciar las acciones legales correspondientes en caso falte a la verdad

Fecha:

Firma

HUELLA
DIGITAL

(**) Sólo debe ser llenado por un tercero en caso de imposibilidad del titular.





ANEXO Nº 06 - MODELO DE INFORME MÉDICO Y SUSTENTO DEL PLAN DE TRABAJO ELEGIDO

I. DATOS GENERALES

Establecimiento de Salud:	
Nombres y Apellidos del asegurado:	
Edad:	
Nº Historia Clínica:	Hospitalizado () Ambulatorio ()
Fecha de Ingreso al EESS:	Tipo de Seguro: Subsidiado () Semicontributivo () (la cobertura a la fecha solo es para subsidiado)
Tipo de Ingreso: Emergencia () Consultorio Externo () Referencia ()	Nº Referencia:
Servicio donde está actualmente :	
Motivo de Solicitud:	

II. ENFERMEDAD ACTUAL Y TRATAMIENTO

Resumen de Historia Clínica:		
Tiempo de Enfermedad:	Forma de Inicio:	Curso:
Signos y Síntomas Principales:		

Diagnóstico de Ingreso		CIE - 10
Diagnóstico Principal:	1.	
Diagnóstico(s) Secundario(s):	1.	
Diagnóstico Actual		CIE - 10
Diagnóstico Principal:	1.	
Diagnóstico(s) Secundario(s):	1.	
	2.	
	3.	

Tratamiento	Instaurado / Actual	Plan Propuesto
Procedimientos Médico Quirúrgicos		
Radiología e Imágenes (RX, TAC, RMN, etc).		
Laboratorio Clínico		
Anatomía Patológica		
Insumos/Material Quirúrgico		
Fármacos / Medicamentos		
Otros (especificar)		

Sustentación del Plan de Trabajo Propuesto:

Lima, de de 20.....

Firma y Sello Médico Responsable del Servicio

Firma y Sello del Médico Tratante

* Ésta es la estructura mínima, la cual puede ser ampliada según necesidades del EESS.

** En caso de un asegurado ya no se encuentre cubierto por el FONCOSOAT, deberá adjuntar a la presente documento de la aseguradora SOAT que acredite el uso total del fondo del seguro destinado a la atención del asegurado



COSTOS PROYECTADOS: RADIOLOGIA E IMAGENES (RX, TAC, RMN, ETC)					
Nº	Código	Descripción	Cantidad	Precio Unitario	Total
TOTAL EXÁMENES DE LABORATORIO / PROCEDIMIENTOS					0,00

COSTOS PROYECTADOS: LABORATORIO CLÍNICO					
Nº	Código	Descripción	Cantidad	Precio Unitario	Total
TOTAL EXÁMENES DE LABORATORIO / PROCEDIMIENTOS					0,00

COSTOS PROYECTADOS: ANATOMIA PATOLÓGICA					
Nº	Código	Descripción	Cantidad	Precio Unitario	Total
TOTAL EXÁMENES DE LABORATORIO / PROCEDIMIENTOS					0,00

COSTOS PROYECTADOS: OTROS (ESPECIFICAR)					
Nº	Código	Descripción	Cantidad	Precio Unitario	Total
TOTAL EXÁMENES DE LABORATORIO / PROCEDIMIENTOS					0,00





RESUMEN	CONSUMO / COSTO HASTA LA ACTUALIDAD **	CONSUMO POR LA CANTIDAD PROYECTADA DE CONSUMOS / COSTO (de cada una de ítems contenidas en las filas)
TRATAMIENTO		
Fármacos/Medicamentos		0.00
Insumos/Material médico quirúrgico		0.00
Procedimientos médico quirúrgico (no incluir el costo fijo)		0.00
Radiología e imágenes (Rx, TAC, RMN, etc)		0.00
Laboratorio Clínico		0.00
Anatomía Patológica		0.00
Otros (especificar)		0.00
Total	0.00	0.00

*ESTE FORMATO CONTIENE LOS DATOS MÍNIMOS A PRESENTAR. SE PUEDE ACEPTAR OTROS FORMATOS SIEMPRE QUE CONTENGAN LOS MISMOS DATOS EN FORMA ORDENADA.

** ADJUNTAR REPORTES DE FARMACIA, LABORATORIO Y OTRO QUE SUSTENTEN EL GASTO GENERADO HASTA EL MOMENTO DE SOLICITUD

Lima, de de 20.....

.....

Firma y Sello del Servicio Responsable



PERÚ

Ministerio
de Salud

Seguro Integral de Salud

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU
"Año de la Integración Nacional y el Reconocimiento de nuestra
Diversidad"

ANEXO N° 08 - DECLARACION JURADA DEL PRESTADOR

Nombre de Establecimiento de Salud.....

DISA/DIRESA o la que haga sus veces.....

Mediante la presente declaro bajo juramento lo siguiente:

Haber realizado de acuerdo a lo establecido en las normas de Contrataciones del Estado, el estudio de las posibilidades que ofrece el mercado de acuerdo al siguiente detalle:

Procedimiento / Ayuda Diagnostica que se requiere.....

Valor referencial obtenido S/: _____ (cantidad en letras)

Apellidos y Nombres completos del Asegurado que requiere el servicio

Código de Afiliación.....

Me afirmo y me ratifico en lo expresado, en señal de lo cual firmo el presente documento,
en la ciudad de

Fecha:

Firma y Sello del
Responsable de
Administración del EESS





PERÚ

Ministerio
de Salud

Seguro Integral de Salud

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU
"Año de la Integración Nacional y el Reconocimiento de nuestra Diversidad"

**ANEXO N° 09 - MODELO DE CORREO PARA AVISO DE INICIO DE CONSUMO DEL MONTO
ASIGNADO**

(DE EESS A UDR)

Correo electrónico N° XXXX

A: REPRESENTANTE UDR XXXX

Asunto: Fecha de inicio de consumo

Reciba mi saludo cordial y a través del presente manifiesto que el inicio del consumo de cuenta de la aprobación de Cobertura Extraordinaria del Plan Complementario es desde la fecha indicada para el asegurado con los datos que se menciona a continuación:

Nombres y Apellidos Completos del asegurado:

N° Afiliación:

Diagnóstico (s) actual:

Servicio actual:

Fecha:

Nombre del Responsable que envía el correo





MAPA GLOBAL DEL PROCESO DE EVALUACIÓN DE COBERTURA EXTRAORDINARIA N. Torreses

