



CONVENIO ESPECÍFICO DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE ICA, EL SEGURO SOCIAL DE SALUD - RED ASISTENCIAL ICA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

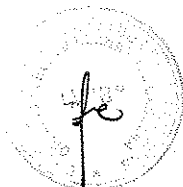
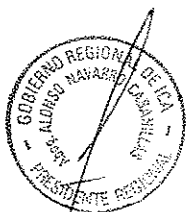
Conste por el presente documento el Convenio Especifico de Cooperación Interinstitucional que suscriben, el **GOBIERNO REGIONAL DE ICA**, con RUC N° 20452393817, con domicilio en Av. Cutervo N° 920, Distrito Ica, Provincia Ica y Departamento de Ica, debidamente representado por su Presidente Regional **Abogado Alonso Alberto Navarro Cabanillas** identificado con **DNI N° 40625050** elegido y reconocido mediante Resolución N° 5002-A-2010-JNE y acreditado mediante Credencial, al que en adelante se le denominará, **GOBIERNO REGIONAL**, el **SEGURO SOCIAL DE SALUD - Red Asistencial Ica**, con RUC N° 20131257750, con domicilio en Av. Cutervo 104, Distrito de Ica, Provincia de Ica y Departamento de Ica, debidamente representada por el Gerente de la Red Asistencial de Ica, **Médico Olinda Velarde Huarcaya**, identificado con **DNI N° 21573333**, facultado para celebrar el presente Convenio Especifico mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 485-PE-ESSALUD-2013, al que en adelante se le denominará **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD** y el **SEGURO INTEGRAL DE SALUD**, con RUC N° 20505208626, con domicilio en la Av. Carlos Gonzáles N° 212, Urb. Maranga, Distrito de San Miguel, provincia y departamento de Lima, debidamente representado por el Jefe, **Médico Pedro Fidel Grillo Rojas**, identificado con **DNI N° 09644064**, designado mediante Resolución Suprema N° 014-2013-SA, a quien en adelante se le denominará el **SIS**, en los términos y condiciones siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA: DEL MARCO NORMATIVO

Las partes suscriben el presente Convenio en aplicación de lo dispuesto en el siguiente marco normativo:

1. Constitución Política del Perú.
2. Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud" que crea el Seguro Integral de Salud y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 013-2002-SA.
3. Ley N° 27056, "Ley de Creación del Seguro Social de Salud" y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 002-99-TR y modificatorias.
4. Ley N° 29344, "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud" y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 008-2010-SA.
5. Ley N° 26790, "Ley de Modernización de la Seguridad Social de Salud", sus modificatorias y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 009-1997-SA.
6. Ley N° 26842, "Ley General de Salud" y sus modificatorias.
7. Ley N° 27867, "Ley Orgánica de Gobiernos Regionales" y sus modificatorias.
8. Ley N° 27783, "Ley de Bases de la Descentralización".
9. Ley N° 28006 ley que garantiza la intangibilidad de los fondos y reservas de la seguridad social. reglamento y modificatorias.
10. Ley N° 29158, "Ley Orgánica del Poder Ejecutivo".
11. Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto".
12. Ley N° 27785, "Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República".
13. Ley N° 29951, "Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2013".





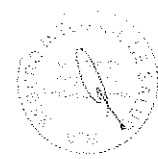
14. Ley N° 29761, "Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud".
15. Decreto Supremo N° 023-2005-SA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud", sus ampliatorias y modificatorias.
16. Decreto Supremo N° 016-2009-SA, que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS.
17. Decreto Supremo N° 011-2011-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud.
18. Decreto Supremo N° 005-2012-SA, "Disposiciones Complementarias relativas al Intercambio Prestacional, entre los establecimientos de salud financiados por el Seguro Integral de Salud - SIS y el Seguro Social de Salud - ESSALUD.
19. Decreto Supremo N° 007-2012-SA, que autorizan al Seguro Integral de Salud, la sustitución del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) y sus Planes Complementarios.
20. Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA, que aprueba la Norma Técnica, NTS N° 042-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencias".
21. Resolución Ministerial N° 399-2004-PCM, que aprueba el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) - MEF.
22. Resolución Ministerial N° 645-2006/MINSA, que aprueba la adquisición de medicamentos fuera del Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales.
23. Resolución Ministerial N° 599-2012-MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud".

CLÁUSULA SEGUNDA: DE LOS ANTECEDENTES

Mediante Ley N° 29344 se aprobó la "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud" con el objeto de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la Seguridad Social en Salud, estableciéndose en su Primera Disposición Complementaria que el Ministerio de Salud queda autorizado a iniciar el proceso de aseguramiento en salud a través de la implementación en regiones piloto del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

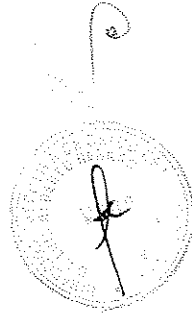
Con fecha 29 de agosto del 2006, **ESSALUD** y el Ministerio de Salud, en su afán de mejorar permanentemente la eficiencia y eficacia de las prestaciones de Salud brindadas por la entidades del sector público, suscribieron el Convenio N° 049-2006/MINSA, "Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional", a través del cual se comprometieron a aunar esfuerzos institucionales para la consecución de sus fines y establecer los lineamientos que permitan el intercambio de prestaciones de salud preventivas y recuperativas, con la finalidad de facilitar el acceso y la oportunidad de atención para la población objetivo de ambas instituciones.

Con fecha 12 de abril de 2011, el **GOBIERNO REGIONAL** y la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD** suscribieron el Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional con el propósito de establecer y desarrollar mecanismos e instrumentos de mutua colaboración y beneficio para la ejecución de diversos proyectos y programas, destinados a promover el desarrollo integral de la comunidad asegurada de la Región Ica, a través de actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención recuperativa.





Con fecha 05 de mayo del 2011, se suscribió el Convenio N° 016-2011/MINSA "Convenio Específico de Cooperación Interinstitucional entre el Seguro Social de Salud y el Ministerio de Salud con participación del Seguro Integral de Salud para el incremento de cobertura e intercambio de prestaciones en el marco del Aseguramiento Universal en Salud en el ámbito de Lima Metropolitana."



Posteriormente, con fecha 06 de mayo del año 2012 se publicó el Decreto Supremo N° 005-2012-SA, que aprobó las "Disposiciones Complementarias relativas al Intercambio Prestacional, entre los establecimientos de salud financiados por el Seguro Integral de Salud - SIS y el Seguro Social de Salud - ESSALUD en el marco de la Ley N° 29344, Marco de Aseguramiento Universal en Salud", que decreta, entre otros:

Artículo 1°.- **Intercambio de prestaciones de salud entre los establecimientos de salud financiados por el SIS y ESSALUD.** Los establecimientos de salud públicos que reciben financiamiento del Seguro Integral de Salud- SIS y los del Seguro Social de Salud ESSALUD, realizan el intercambio prestacional dispuesto por la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N° 008-2010-SA, en los niveles I, II y III de atención de salud, basado en la compra-venta de servicios de salud; sin perjuicio de otros mecanismos de pago o intercambio prestacional que se determinen entre las instituciones referidas.

Artículo 3°.- **Tarifa de los Servicios de salud para el intercambio prestacional.** El SIS y ESSALUD aprueban la tarifa para el intercambio prestacional basado en la compra venta de servicios, en el valor de la Unidad Básica de Intercambio Prestacional - UBIP y en los valores de otros mecanismos de pago, respectivamente, bajo el parámetro de una estructura única de costos; sin que éstas puedan contener utilidad o lucro.

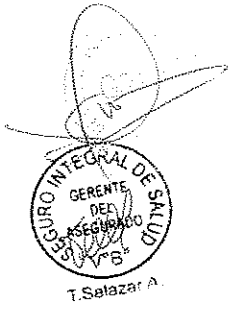
(...)

Los establecimientos de salud del Sector Público sujetos al intercambio prestacional de la red prestadora del Ministerio de Salud, Gobiernos Regionales y ESSALUD, están prohibidos de cobrar por los servicios de atención en salud que prestan, tasas distintas a la tarifa aprobada. Ningún establecimiento de salud del Sector Público, cualesquiera sea el nivel de atención en salud, está facultado para aprobar tarifas sobre los servicios de salud que presta o realizar cobros no contenidos en los tarifarios aprobados por el SIS y ESSALUD, respectivamente.

Segunda Disposición Complementaria Transitoria:
El intercambio prestacional basado en la compra-venta de servicios de salud es obligatorio para los establecimientos de salud públicos en las regiones declaradas bajo los alcances de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, y facultativa en el resto de las regiones; siendo en ambos casos aplicables las reglas especiales establecidas en el presente Decreto Supremo.

CLÁUSULA TERCERA: DE LAS PARTES

El GOBIERNO REGIONAL, es un organismo con personería jurídica de derecho público, con autonomía política, económica y administrativa, el cual tiene como misión





y visión institucional el desarrollo de los pueblos ubicados dentro de su jurisdicción de acuerdo con los fines previstos en la Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales. Asimismo, a efecto de desarrollar su Plan Operativo Institucional, coordina con otras instituciones para cumplir con sus objetivos de mejorar la calidad de vida y el nivel socioeconómico de la población de la Región.

El **GOBIERNO REGIONAL**, a través de la **Dirección Regional de Salud Ica - DIRESA**, es el órgano responsable de formular y evaluar las políticas de alcance regional en materia de salud y supervisar su cumplimiento; norma las actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, así mismo formula los planes y programas que le corresponden en las materias de su competencia.

La **Dirección Regional de Salud Ica - DIRESA**, garantiza que la cobertura de las prestaciones, se brinden de manera oportuna, completa y de calidad en los Establecimientos de Salud del ámbito jurisdiccional del **GOBIERNO REGIONAL** de Ica de acuerdo a las exigencias establecidas, siendo por lo tanto la **DIRESA** la encargada de ejecutar el presente Convenio Específico en coordinación con la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**.

ESSALUD, es una entidad administradora de fondos intangibles de la seguridad social, con personería jurídica de derecho público interno, adscrita al sector Trabajo y Promoción del Empleo, cuya finalidad es dar cobertura a los asegurados y derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos.

La **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**, se encuentra facultada por la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 281-PE-ESSALUD-2011 a suscribir convenios específicos y adendas a los mismos con el Ministerio de Salud y con los Gobiernos Regionales en el ámbito geográfico de sus competencias en materia de salud.

El **SIS** es un Organismo Público Ejecutor del Ministerio de Salud, creado por Ley N° 27657, cuya responsabilidad es la administración económica y financiera de los fondos que están destinados al financiamiento de las prestaciones de salud y otras que su plan de beneficios le faculte, a fin de ofrecer coberturas de riesgos en salud a sus afiliados, de acuerdo a las normas vigentes. Asimismo está facultado para establecer convenios/contratos, de financiamiento y/o intercambio prestacional con las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) y/o las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), con el fin de garantizar la atención de los asegurados del SIS.

CLÁUSULA CUARTA: DEL OBJETO

Por el presente Convenio Específico, el **GOBIERNO REGIONAL**, la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD** y el **SIS** acuerdan colaborar mutuamente e intercambiar prestaciones, estableciendo los criterios, mecanismos, procesos e instrumentos destinados a brindar atención integral de salud a los afiliados y/o asegurados a través de la compra-venta de servicios de salud; sin perjuicio de otros mecanismos de pago o intercambio prestacional que se determinen entre las instituciones referidas, con el propósito de optimizar la capacidad instalada e incrementar la oferta de servicios de salud.



Las prestaciones de salud que se brinden a los asegurados del **SIS** o **ESSALUD**, a través de las Redes de Atención del **GOBIERNO REGIONAL** o de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**, serán financiadas por el **SIS** y/o **ESSALUD** respectivamente y según corresponda, de acuerdo a los términos establecidos en el presente Convenio.

CLÁUSULA QUINTA: DEL ÁMBITO DE APLICACIÓN

Las partes acuerdan que la ejecución del presente Convenio se circunscribe al ámbito de la población asegurada **SIS** y la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD** de la Región Ica, a través de los Establecimientos de Salud del **GOBIERNO REGIONAL** y de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**, detallados en el Anexo 1 del presente Convenio.

CLÁUSULA SEXTA: DE LAS PRESTACIONES DE SALUD

Las prestaciones de salud otorgadas a través del/los Establecimientos de Salud de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD** o Establecimientos de Salud del **GOBIERNO REGIONAL**, según corresponda, en beneficio de las respectivas poblaciones, en atención a lo dispuesto en la Cláusula Cuarta, se encuentran detalladas en el Anexo 2.

El **GOBIERNO REGIONAL** y la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD** se obligan a garantizar una atención en condiciones óptimas de calidad y oportunidad a los asegurados, disponiendo para ello el personal idóneo, la infraestructura y el equipamiento adecuado para cumplir tal fin, según la normatividad vigente.

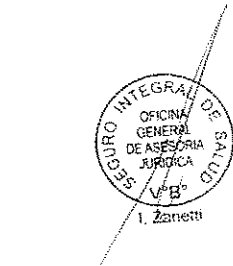
Las prestaciones de salud se ajustarán a las normas (protocolos, guías de práctica clínica y otras directivas vigentes de ser el caso) del Ministerio de Salud y **ESSALUD**, incluyendo medicinas, insumos y material médico. Los medicamentos, insumos y material médico deben de contar con el control de calidad que garantice su uso y consumo.

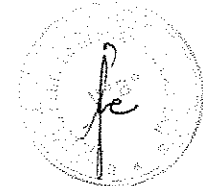
CLÁUSULA SÉPTIMA: DEL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES

Las prestaciones de salud se financiarán mediante la modalidad de pago por servicio (compra-venta), según la tarifa acordada por ambas partes, bajo el parámetro de una estructura única de costos, sin que éstas puedan contener utilidad o lucro.

Los costos que origine la atención de los asegurados de **ESSALUD** en los Establecimientos de Salud del **GOBIERNO REGIONAL** serán cubiertos en su totalidad por la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**, de acuerdo a las tarifas adjuntas al presente Convenio en el Anexo 3.

El Pago por Consumo está compuesto por el valor de los medicamentos, materiales e insumos que no han sido incluidos en la estructura de costo de la tarifa (se tomará como referencia el último precio de operación registrado por la IPRESS en DIGEMID). Las tarifas con Pago por Consumo están detalladas en el Anexo 3.





Los costos que origine la atención de los asegurados del **SIS** en los Establecimientos de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD** serán cubiertos en su totalidad por el **SIS**, de acuerdo a las tarifas detalladas en el Anexo 3.

Las partes se obligan a no realizar cobro de ningún tipo por la prestación de los servicios de salud, directa o indirectamente a los asegurados de **ESSALUD** y del **SIS** respectivamente.

CLÁUSULA OCTAVA: DE LAS RESPONSABILIDADES

La responsabilidad de la ejecución del presente Convenio recae sobre la Gerente de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD** y los directores de los Centros asistenciales de Salud de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**, el Director de la Dirección Regional de Salud de Ica - **DIRESA** y los Gerentes Regionales del **GOBIERNO REGIONAL**, el Jefe Adjunto del **SIS** y los Representantes de la Unidad Desconcentrada Regional del **SIS** - UDR Ica.

Las partes celebrantes convienen que el personal seleccionado para la ejecución de las actividades a que se contrae el presente Convenio Específico, se relacionará laboral y exclusivamente con aquella que lo contrata, por ende asumirán sus responsabilidades por este concepto y en ningún caso serán considerados como contratantes solidarios o sustitutos.

Las atenciones de emergencia y parto en pacientes serán brindadas y financiadas por las partes según lo estipulado en la Ley N° 27604 y su reglamento, que modifica la Ley General de Salud N° 26842 para la atención de emergencia mediante mecanismos establecidos de común acuerdo por las partes.

Las partes se obligan a asumir las responsabilidades por las acciones y omisiones en la prestación del servicio o como consecuencia de ello, así como de las acciones legales y administrativas que se originen.

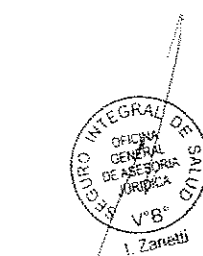
CLÁUSULA NOVENA: DE LA ACREDITACIÓN DE LOS ASEGURADOS

- Acreditación de los asegurados de ESSALUD para recibir prestaciones en los establecimientos de salud del GOBIERNO REGIONAL

ESSALUD se obliga a enviar la trama de asegurados acreditados y autorizados al **SIS** que pondrá a disposición para tal fin, a su vez, el **SIS** Central cargará los datos enviados por **ESSALUD** en su aplicativo informático, a través del cual los Establecimientos de Salud del **GOBIERNO REGIONAL** y la **DIRESA** tendrán conocimiento y obtendrán la información de acreditación y los códigos de autorización para brindar las prestaciones de salud.

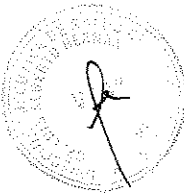
Así mismo la **DIRESA Ica** distribuirá la información de acreditación y códigos de autorización a los Establecimientos de Salud de su jurisdicción.

Esta información será actualizada según el proceso adjunto en el Anexo 6 del presente Convenio.





El **GOBIERNO REGIONAL** se obliga a fortalecer las Oficinas de Seguros de los Establecimientos de Salud con los recursos tecnológicos factibles y necesarios (equipos de cómputo, software y servicios de internet), para el adecuado funcionamiento de los procesos de acreditación y atención.



Para la identificación del acreditado será requisito obligatorio que el asegurado titular o derechohabiente presente su Documento Nacional de Identidad - DNI - original.

• **Acreditación de los asegurados SIS para recibir prestaciones de salud en establecimientos de la RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**



El **SIS** se obliga a remitir a **ESSALUD** el conjunto de datos, previamente definidos, de cada uno de sus asegurados acreditados que requieran atención en el/los Establecimientos de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**. A su vez **ESSALUD** recibirá y cargará la información del asegurado del **SIS** en sus Sistemas de Aseguramiento y de Referencia y Contrarreferencia, según el proceso adjunto en el Anexo 7 del presente Convenio.



En el caso que el asegurado del **SIS** requiera un procedimiento de emergencia en los Centros Asistenciales de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD** y sea realizado fuera de los horarios de atención administrativa, los procesos de referencia, acreditación y autorización de la atención se realizarán mediante hoja de referencia, en la cual el Establecimiento de Salud del **GOBIERNO REGIONAL**, deberá adjuntar la captura de pantalla de la constancia de afiliación activa, que garantiza la acreditación; la regularización se realizará al día siguiente hábil posterior a la situación de emergencia, según el proceso adjunto en el Anexo 20 del presente Convenio. En caso que caso que la captura de pantalla de la constancia de afiliación no corresponda o no esté activa, el **GOBIERNO REGIONAL** asumirá el pago de la atención.



Sólo serán atendidos los asegurados que sean acreditados y autorizados por sus respectivas IAFAS excepto lo estipulado en la Ley N° 27604, que modifica la Ley General de Salud N° 26842 para la atención de emergencia, donde la acreditación y autorización podrá realizarse en forma posterior.

CLÁUSULA DÉCIMA: DE LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

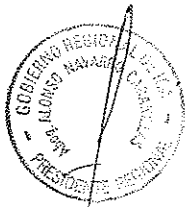
• **Referencia de beneficiarios de ESSALUD:**



Los asegurados titulares y/o sus derechohabientes de **ESSALUD** con acreditación y autorización de atención vigentes, que sean atendidos en los Establecimientos de Salud del **GOBIERNO REGIONAL** y que por su condición de salud, en situaciones de emergencia, necesiten ser atendidos en un establecimiento de mayor capacidad resolutoria, serán referidos al/los Establecimientos de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**.



Para la referencia, el profesional de salud del Establecimiento de Salud del **GOBIERNO REGIONAL** realizará las coordinaciones previas con el profesional médico del Centro Asistencial de destino de la **RED**



ASISTENCIAL DE ESSALUD o Jefe de Guardia del Servicio de Emergencias, de ser el caso, y se empleará el formato de referencia adjunto en el Anexo 17 del presente Convenio.

Dichas referencias de emergencia podrán realizarse con transporte asistido y el acompañamiento del profesional de salud debidamente capacitado, según sea al caso.

El pago por el traslado del paciente asegurado, acreditado y debidamente autorizado será asumido por la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**.

- **Referencia de beneficiarios del SIS:**

Los pacientes asegurados acreditados y autorizados del **SIS**, que requieran las prestaciones contempladas en el presente Convenio, serán referidos al/los Establecimientos de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**, teniendo en cuenta el proceso de autorización y referencia para que un paciente afiliado al **SIS** se atienda en la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD** adjunto en el Anexo 7 del presente Convenio.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA: DE LOS PROTOCOLOS Y MODELOS DE ATENCIÓN

Las prestaciones brindadas por ambas instituciones (**GOBIERNO REGIONAL** y la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**), medicinas, insumos y material médico quirúrgico empleados en la atención se ajustarán a las Guías de Práctica Clínica, Normas Técnicas u otros documentos normativos vigentes.

Los Establecimientos de Salud del **GOBIERNO REGIONAL**, en el cumplimiento del presente Convenio brindarán las prestaciones debiendo informar al asegurado de **ESSALUD** que no podrá acceder a más de dos citas al mes en el área de Consultorio Externo, independientemente de las citas de control, interconsultas, referencias, contrarreferencias y transferencias que dispongan los médicos tratantes, para las cuales no rige restricción alguna, que no sean las derivadas del buen uso del criterio médico basado en la evidencia científica médica de mayor nivel existente; esto último, es igualmente válido para las derivaciones hechas por las unidades de triaje a los Servicios de Urgencia o Emergencia.

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA: DEL REGISTRO E INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN Y REPORTES PARA EL RECONOCIMIENTO DE LAS PRESTACIONES OTORGADAS

- **Registro de la información en documentos físicos**

Los Establecimientos de Salud del **GOBIERNO REGIONAL** están obligados a registrar, los datos de la atención brindada a los asegurados acreditados de **ESSALUD**, haciendo uso de formatos de atención establecidos de común acuerdo entre las partes adjunto en el Anexo 15 del presente Convenio; después de haber sido ingresado a los aplicativos informáticos del **SIS** en el punto/centro de digitación designados por la **DIRESA** debe ser enviado a la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD** para efectos de validación, siendo la Historia Clínica del paciente el



documento oficial que servirá de base para la información contenida en los mismos.

Los formatos de referencia (Anexo 17), de los cuales sea objeto el paciente, quedarán incorporados en la Historia Clínica.

El/los Establecimientos de Salud de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD** están obligados a registrar, los datos de la atención brindada a los asegurados acreditados del **SIS**, haciendo uso del formato único de atención y/u otros establecidos de común acuerdo entre las partes (Anexo 16).

El formato de atención de cada prestación otorgada deberá ser remitido por el prestador de manera mensual al **SIS** o a la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD** según corresponda (Anexos 10 y 11).

- **Registro de la información en Sistemas Informáticos**

Los Establecimientos de Salud del **GOBIERNO REGIONAL** están obligados a registrar todos los datos en los formatos previamente definidos por las partes, de la atención brindada a los asegurados acreditados de **ESSALUD** en el aplicativo informático del **SIS** (ARFISIS).

ESSALUD a través de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD** está obligado a registrar todos los datos de la atención brindada a los asegurados del **SIS** en el Sistema de Gestión Hospitalaria - SGH, el Módulo de Facturación y otros sistemas informáticos de **ESSALUD** que sean necesarios.

Los reportes consolidados o trama de datos de las prestaciones otorgadas deberán ser remitidas adjuntas a las respectivas pre liquidaciones, respetando los plazos establecidos en los procesos de control y generación de pago adjuntos en los Anexos 10, 11, 12 y 13 del presente Convenio.

Las partes involucradas se obligan a identificar, validar y remitir la información relevante a los procesos de intercambio prestacional de acuerdo a los procesos previamente establecidos en los Anexos 10, 11, 12 y 13 del presente Convenio.

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA: DEL COMITÉ LOCAL DE COORDINACIÓN DEL INTERCAMBIO PRESTACIONAL

Las partes acuerdan realizar todas las acciones de evaluación y coordinación que se encuentren a su alcance para la adecuada implementación del presente Convenio.

Con la finalidad de coadyuvar a la ejecución e implementación de lo dispuesto en el presente Convenio, cada una de las partes designará dos (02) coordinadores para conformar el **Comité Local de Coordinación del Intercambio de Prestaciones**, que hagan las veces de interlocutores para posibilitar el logro de los objetivos propuestos. Las designaciones serán puestas en conocimiento de las partes mediante documento escrito remitidos por sus representantes legales.



CLAÚSULA DÉCIMO CUARTA: DEL CONTROL Y VALIDACIÓN PRESTACIONAL

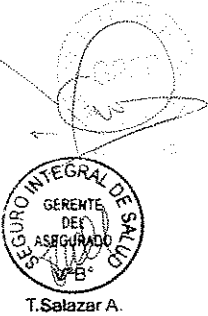
Los mecanismos y acciones de los procesos de control y validación del intercambio prestacional se realizarán de acuerdo a lo establecido en los procesos descritos en los Anexos 10, 11, 18 y 19 del presente Convenio.

Los Médicos Supervisores u otros Auditores designados por el **SIS**, la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD** y el **GOBIERNO REGIONAL** serán los encargados de realizar las actividades del proceso de control del intercambio prestacional.

Entre otras actividades de control y validación a ser efectuadas, se consideran las siguientes:

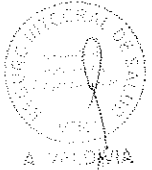
- 
- 
1. Verificación de las condiciones de la infraestructura y equipamiento de acuerdo a estándares señalados por la institución o por el ente rector, a través de las visitas inopinadas y acciones de supervisión.
 2. Evaluación de tramas de datos y de los registros en los aplicativos informáticos.
 3. Acciones para medir la satisfacción de los asegurados.
 4. Auditoría de las Historias Clínicas de los asegurados: calidad de atención, coherencia de diagnóstico y tratamiento, entre otros, y
 5. Otras actividades de control que los Médicos supervisores u otros auditores consideren pertinentes durante el desarrollo del presente convenio.

En caso de existir observaciones o inconformidades que no permitan el reconocimiento y el pago de la prestación brindada, las mismas deberán ser resueltas por el prestador del servicio, cuyo informe de sustento será remitido a la UDR SIS Ica, o a la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD** para su respectiva evaluación y se gestione el pago correspondiente de ser el caso.



Las prestaciones observadas están sujetas a levantamiento con el envío del sustento respectivo en un plazo no mayor a 30 días hábiles desde su notificación, salvo que excepcionalmente se justifique una ampliación al plazo establecido según acuerdo del Comité Local de Coordinación del Intercambio de Prestaciones.

De no existir acuerdo entre las partes ante las observaciones, inconformidades o al sustento de levantamiento de las mismas, se solicitará la intervención del Comité Local de Coordinación del Intercambio de Prestaciones, en caso de no existir acuerdo, se solicitará la intervención de los responsables de cada institución de acuerdo al presente Convenio y en caso de persistir la divergencia, se actuará según lo establecido en la Cláusula Vigésima correspondiente a la Solución de Conflictos del presente Convenio.



Las prestaciones observadas que hayan excedido los plazos acordados para su levantamiento ante las IAFAS firmantes del Convenio, o que no sean reconocidas, serán consideradas como rechazadas.



CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA: DE LA VALORIZACIÓN Y RETRIBUCIÓN

La valorización y retribución por las prestaciones otorgadas se realizarán cumpliendo lo establecido en los procesos y flujogramas consensuados por las partes, donde se establecen los plazos correspondientes para cada fase o etapa del proceso (Anexos 12, 13 y 21).

- **Proceso de Pago de las prestaciones realizadas por los Centros Asistenciales de la RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**

ESSALUD, a través de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD** consolida la información de las prestaciones conformes brindadas durante el mes previamente consensuadas por el SIASIS, elabora un informe de liquidación, emite una factura por cada Centro Asistencial de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD** que brindó las prestaciones y las remite a la Gerencia de Negocios y Financiamiento del **SIS** con los formatos de atención conformes evaluados por la UDR **SIS** Ica. Posteriormente, en un plazo máximo de 45 días calendarios de recibida la factura el **SIS** hará el pago correspondiente a nombre de **ESSALUD** especificando el domicilio fiscal de Sede Central de **ESSALUD**. Así mismo **ESSALUD** Central transferirá a la Red Asistencial de Ica

- **Proceso de Pago de las Prestaciones realizadas por los Establecimientos de Salud del GOBIERNO REGIONAL**

El **GOBIERNO REGIONAL** a través de su **DIRESA** consolida los formatos de atención de las prestaciones conformes y las facturas correspondientes y los remite a la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD** para el pago según proceso adjunto (Anexo 12).

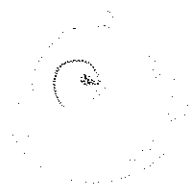
ESSALUD, a través de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD** procederá a realizar el pago correspondiente por las prestaciones realizadas a sus asegurados a través del **SIS** de acuerdo al Anexo 12 en un plazo no mayor a 45 días calendario después de la fecha límite de recepción de las facturas.

El **SIS** procederá a realizar la transferencia o pago correspondiente en un plazo no mayor de 15 días calendario desde recibido el pago por la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**.

Las prestaciones no canceladas por motivo de rechazo definitivo o por no haberse subsanado alguna observación, no serán consideradas como deuda.

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA: DE LA CONFIDENCIALIDAD

Los Establecimientos de Salud del **GOBIERNO REGIONAL** y el(los) Establecimientos de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD** se obligan a guardar reserva de toda información obtenida o generada como consecuencia directa del cumplimiento de este Convenio. Asimismo, se comprometen a no revelar, dar ni poner a disposición de terceros, salvo lo establecido por Ley o autorización expresa de las partes, información que se le proporcione o se genere durante la prestación de los servicios de salud.





CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA: DE LA VIGENCIA Y RENOVACIÓN

El plazo de duración del presente Convenio Específico será de dos (02) años, pudiendo renovarse automáticamente, por el mismo periodo, salvo comunicación escrita en contrario efectuada por alguna de las partes, la cual deberá ser remitida por lo menos con quince (15) días calendarios previos a la culminación de su vigencia.



CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA: SOBRE EL INICIO DE LA VIGENCIA

El presente Convenio inicia su vigencia a partir del **02 de setiembre del año 2013**. No obstante lo indicado, el **SIS** y la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD** se encuentran obligados a realizar los pagos correspondientes por aquellas prestaciones que se brindaron en el periodo de prueba de campo de los procesos para el presente Convenio, de acuerdo a los procesos establecidos.



CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA: DE LA RESOLUCIÓN DEL CONVENIO

En caso de incumplimiento de las obligaciones y responsabilidades establecidas en el presente Convenio, la parte afectada requerirá a su contraparte el cumplimiento de su obligación en un plazo máximo de quince (15) días hábiles, bajo apercibimiento de que, en caso contrario, el Convenio quedará resuelto.

El presente Convenio podrá ser resuelto por mutuo acuerdo, para lo cual las partes deberán dejar constancia a través de la suscripción del Acta correspondiente, que formará parte del presente Convenio.

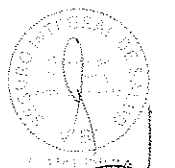
La conclusión del presente Convenio no afectará la validez o ejecución de los programas, proyectos o actividades iniciadas durante su vigencia, los cuales podrán continuar hasta su culminación, de no mediar decisión en contra por alguna de las partes.



CLÁUSULA VIGÉSIMA: DE LA SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Toda divergencia relacionada con la interpretación, ejecución o validez del presente Convenio Específico, será resuelta mediante trato directo siguiendo las reglas de la buena fe y común intención de las partes, dejando constancia del acuerdo a través de la suscripción del acta correspondiente, la que pasará a formar parte integrante del presente Convenio.

De persistir la divergencia, ésta será sometida a arbitraje de derecho, de conformidad con lo establecido en la Ley N° 29344, "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud", bajo la organización y administración del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento Universal en Salud - SUNASA.





CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: DE LA INFORMACIÓN A LA SUNASA

Copia del presente Convenio y de las Adendas que posteriormente pudieran ser suscritas, así como la información generada como consecuencia de la aplicación del presente Convenio Especifico serán remitidos oportunamente a la SUNASA, para los fines de su competencia.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA: DE LOS ANEXOS

El presente Convenio Especifico de Cooperación Interinstitucional consta de veintiún (21) anexos que forman parte integrante del presente documento.

CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA: DE LAS MODIFICACIONES AL CONVENIO

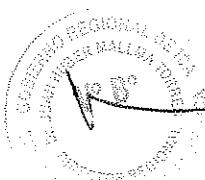
Si en la ejecución del presente Convenio Especifico se detectaran vacíos relacionados con las prestaciones que son materia del presente Convenio, o si fuera necesario definir criterios o mecanismos para su mejor ejecución, así como ampliar las prestaciones, incrementar los establecimientos de salud y actualizar las tarifas del presente Convenio, las partes suscribirán acuerdos que recibirán el nombre de Adendas, las que formarán parte integrante del presente Convenio.

Estando las partes de acuerdo con el contenido de todas y cada una de las Cláusulas que conforman el presente Convenio, lo suscriben por triplicado, del mismo tenor, en señal de conformidad, en la ciudad de *Ima*, a los 05 días del mes de *Agosto* del año dos mil trece.


Abog. ALONSO ALBERTO NAVARRO
CABANILLAS
Presidente
Gobierno Regional de Ica


Med. PEDRO FIDEL GRILLO ROJAS
Jefe
Seguro Integral de Salud


Med. OLINDA VELARDE HUARCAYA
Gerente
Red Asistencial Ica de EsSalud



ANEXOS

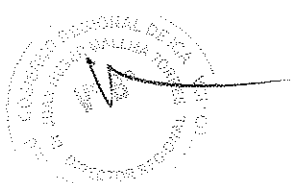
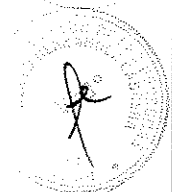
- ANEXO 1** Relación de Establecimientos de Salud del Convenio Específico.
- ANEXO 2** Listado de Prestaciones del Convenio Específico.
- ANEXO 3** Listado de Tarifas de Prestaciones Asistenciales del Convenio Específico.
- ANEXO 4** Mapa Global de los Procesos para la atención de pacientes de **ESSALUD** en el **GOBIERNO REGIONAL**.
- ANEXO 5** Mapa Global de los Procesos para la atención de pacientes de **SIS** en la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**.
- ANEXO 6** Proceso de Acreditación y Autorización de paciente afiliado **ESSALUD** para su atención en establecimientos de salud del **GOBIERNO REGIONAL**.
- ANEXO 7** Proceso de Acreditación, Autorización y Referencia de paciente afiliado al **SIS** para su atención en la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**.
- ANEXO 8** Proceso de Atención del Paciente afiliado a **ESSALUD** en los establecimientos de salud del **GOBIERNO REGIONAL**.
- ANEXO 9** Proceso de Atención del Paciente afiliado al **SIS** en la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**.
- ANEXO 10** Proceso de Control y Validación Prestacional de paciente afiliado a **ESSALUD** atendido en los establecimientos de salud del **GOBIERNO REGIONAL**.
- ANEXO 11** Proceso de Control y Validación Prestacional de paciente afiliado al **SIS** atendidos en la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**.
- ANEXO 12** Proceso de Generación de Pago de prestaciones de pacientes afiliados a **ESSALUD** atendidos en el **GOBIERNO REGIONAL**.
- ANEXO 13** Proceso de Generación de Pago de prestaciones de pacientes afiliados al **SIS** atendidos en los establecimientos de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**.
- ANEXO 14** Cuadro de equivalencia de prestaciones y servicios del **Gobierno Regional** y de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**.
- ANEXO 15** Formato de Atención para registro de atención de pacientes afiliados a **ESSALUD** atendidos en los establecimientos de salud del **GOBIERNO REGIONAL**.
- ANEXO 16** Formato de Atención para registro de atención de pacientes afiliados al **SIS** atendidos en los establecimientos de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**.
- ANEXO 17** Formato de Referencia.
- ANEXO 18** Proceso de Reconsideración de Prestaciones Observadas de pacientes afiliados a **ESSALUD** atendidos en los establecimientos de salud del **GOBIERNO REGIONAL**.
- ANEXO 19** Proceso de Control Presencial Posterior de prestaciones (PCPP) otorgadas a pacientes afiliados a **ESSALUD** atendidos en los establecimientos de salud del **GOBIERNO REGIONAL**.
- ANEXO 20** Proceso de Acreditación, Autorización y Referencia para caso de emergencia de Pacientes **SIS** en los establecimientos de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**.
- ANEXO 21** Proceso de valorización.

ANEXO N 1: Relación de Establecimientos de Salud del Convenio Específico

Relación de Establecimientos y Centros Asistenciales

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA REGION ICA					
Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	PROVINCIA	DISTRITO	RENAES	CATEGORIA
1	Los Aquijes	Ica	Los Aquijes	3369	I-3
2	San Juan Bautista	Ica	San Juan Bautista	3364	I-3
3	Ocucaje	Ica	Ocucaje	3374	I-3
4	Alto Larán	Chincha	Alto Laran	3415	I-3
5	El Carmen	Chincha	El Carmen	3417	I-3
6	Grocio Prado	Chincha	Grocio Prado	3418	I-3
7	Sunampe	Chincha	Sunampe	3420	I-3
8	Paracas	Pisco	Paracas	3475	I-3
9	San Andrés	Pisco	San Andres	3476	I-3
10	San Juan de Dios	Pisco	Pisco	3472	II-1
11	San José de Chincha	Chincha	Chincha Alta	3414	II-1
12	De Apoyo de Nazca	Nazca	Nazca	3443	II-1
13	Regional de Ica	Ica	Ica	3358	II-2

ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE LA RED ASISTENCIAL ESSALUD ICA					
Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	PROVINCIA	DISTRITO	RENAES	CATEGORIA
1	Rene Toche Groppo	Chincha	Chincha Alta	13910	II-1
2	Antonio Skrabonja Antoncich	Pisco	Pisco	14147	II-1
3	Hosp IV Augusto Hernández Mendoza	Ica	Ica	16374	



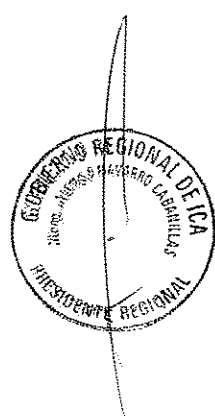
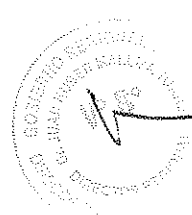
ANEXO N° 02

Listado de Prestaciones a intercambiar en la Región Ica

OFERTA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL GOBIERNO REGIONAL				
N°	DESCRIPCION DE LA PRESTACION	CODIGO CPT	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO DE ATENCION
1	Atención Prenatal	59401	Atención	Obstétrica
2	Parto inminente o no referible	59410	Atención	Médica
3	Atención inmediata de recién nacido	99464	Atención	Médica
4	Hospitalización paciente por día	99231	Hospitalización	Médica
5	Sangre oculta en heces (Thevenon)	82270	Examen	Biologo/ tecnologo médico
6	Examen de Glicemia	82947	Examen	Biologo/ tecnologo médico
7	Examen Hemograma (Recuento glóbulos rojos y formula leucocitaria)	85007	Examen	Biologo/ tecnologo médico
8	Examen Hemoglobina	85018	Examen	Biologo/ tecnologo médico
9	Tipificación sanguínea ABO (Grupo sanguíneo)	86900	Examen	Biologo/ tecnologo médico
10	Tipificación sanguínea Rh (Factor RH)	86901	Examen	Biologo/ tecnologo médico
11	Examen Citológico de PAP de Cérvix Uterino	88142	Examen	Biologo/ tecnologo médico
12	Consulta Externa Médica no especializada	99201	Consulta	Médica
13	Consulta Externa Médica especializada (Cirugía, oftalmología, urología, pediatría, traumatología y ginecología)	99203	Consulta	Médica
14	Consejería en Salud Sexual y Reproductiva (Planificación Familiar)	99208	Sesión	Médica / Obstetriz
15	Atención de pacientes - Prioridad III	99282	Atención	Médica
16	Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año	99381	Atención	Enfermera
17	Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 1 a 4 años	99382	Atención	Enfermera
18	Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 5 a 11 años	99383	Atención	Enfermera
19	Consulta Odontostomatológica	D0150	Consulta	Odontológica
20	Aplicación tópica de fluor Niños (fluorización)	D1203	Sesión	Odontológica
21	Aplicación tópica de fluor Adultos (fluorización)	D1204	Sesión	Odontológica
22	Aplicación de Barniz de fluor	D1206	Sesión	Odontológica
23	Detección y eliminación de Placa Bacteriana (incluye cepillo dental)	D1330	Sesión	Odontológica
24	Destartraje de tres piezas dentarias	D4341	Sesión	Odontológica



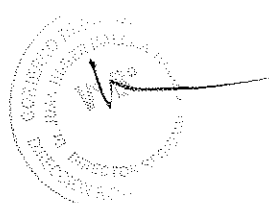
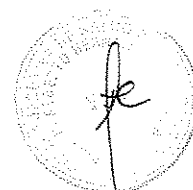
2



ANEXO N° 02

Listado de Prestaciones a intercambiar en la Región Ica

OFERTA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED ASISTENCIAL DE ESSALUD				
N°	DESCRIPCION DE LA PRESTACION	CODIGO CPT	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO DE ATENCIÓN
1	Endoscopia digestiva alta	91110	Procedimiento	Médico Especialista
2	Sesión: Compresas frias	97005	Procedimiento	Tecnólogo Médico y/o Técnico
3	Sesión: Diatermia	97006	Procedimiento	Tecnólogo Médico y/o Técnico
4	Sesión: Hidroterapia Tanque de Whirpool	97007	Procedimiento	Tecnólogo Médico y/o Técnico
5	Sesión: Electroterapia	97014	Procedimiento	Tecnólogo Médico y/o Técnico
6	Sesión: Aplicación de baño de parafina	97018	Procedimiento	Tecnólogo Médico y/o Técnico
7	Sesión: Aplicación de rayos infrarrojos	97026	Procedimiento	Tecnólogo Médico y/o Técnico
8	Sesión: Aplicación de ultrasonido	97035	Procedimiento	Tecnólogo Médico y/o Técnico
9	Sesión: Terapia kinesica 15 minutos	97110	Procedimiento	Tecnólogo Médico y/o Técnico
10	Sesión: Terapia kinesica 30 minutos	97799	Procedimiento	Tecnólogo Médico y/o Técnico
11	Consulta Externa Médica Especializada(Gastroenterología, Neurocirugía, Medicina Física y Rehabilitación)	99203	Consulta	Médica
12	Consulta Externa Médica Especializada Psiquiatría	99204	Consulta	Médica



DEFINICIONES OPERACIONALES

PRESTACIONES DIRESA - ICA

Consulta Médica General y Especializada.-

Es la actividad prestacional que incluye evaluación integral general, diagnóstico, prescripción, monitoreo, seguimiento, orientación, de pacientes con condiciones clínicas y/o exposición a riesgos que se brinda en el Centro Asistencial. Tiempo de duración 15 minutos. Considerando que la concentración de la consulta médica es de 3.5 consultas/ año en los establecimientos del primer nivel de atención de ESSALUD según Lineamientos de Programación - ESSALUD. De necesitar una prestación más allá de la concentración descrita, el establecimiento del Gobierno Regional brindará las facilidades para que el asegurado solicite a ESSALUD la autorización correspondiente.

Unidad de medida : Consulta

Límite de Atención : 02 atenciones por mes.

Documento Fuente : Historia Clínica y Formato Único de Atención

Responsable : Médico

Consulta Odontoestomatológica.-

Atención ambulatoria otorgada al asegurado en el establecimiento de salud que cuente con el servicio odontológico, realizada por el profesional cirujano dentista con apoyo del técnico de enfermería capacitado para el servicio dirigida a determinar el diagnóstico y plan de tratamiento odonto-estomatológico a través de los siguientes procedimientos: Historia clínica odontológica, la elaboración de Ficha Odontoestomatológica, determinación de factores de riesgo odonto-estomatológicos, definición del riesgo bucal (CPOD-cpod), consejería en Salud oral, Detección precoz de lesiones de tejido blando pre malignas, Detección precoz de enfermedad de la articulación temporo-mandibular. Solo se aplica la ficha odontoestomatológica una vez al año al asegurado. Considerando que la concentración de la consulta odontoestomatológica es de 04 consultas/ año en los establecimientos del primer nivel de atención de ESSALUD según Lineamientos de Programación - ESSALUD. De necesitar una prestación más allá de la concentración descrita, el establecimiento del Gobierno Regional brindará las facilidades para que el asegurado solicite a ESSALUD la autorización correspondiente.

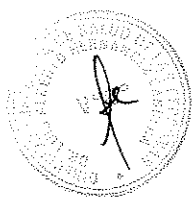
Detección y Eliminación de Placa Bacteriana.-

Es un procedimiento odontológico ambulatorio otorgado al asegurado en el establecimiento de salud que cuente con el servicio odontológico, actividad realizada por el profesional cirujano dentista con apoyo del técnico de enfermería capacitado para el servicio consistente en la aplicación de sustancias reveladoras de placa bacteriana en la superficie dental para visualización e identificación del Índice de Higiene oral (medición de riesgo) complementándose con la limpieza total de las piezas dentarias mediante la educación y orientación adecuada de la técnica de cepillado dental y uso correcto del hilo dental. Cada asegurado recibirá un cepillo dental de forma gratuita en la actividad de detección y eliminación de placa bacteriana. Esta actividad incluye la entrega de un cepillo dental al paciente. No incluye profilaxis. Esta actividad odontológica se realiza de 01 a 04 veces al año al asegurado mayor de 03 años de edad de acuerdo a la severidad del caso.

Tiempo de duración: 10 minutos.

Destartraje.-

Es un procedimiento odontológico de tipo ambulatorio otorgada al asegurado en el establecimiento de salud que cuente con el servicio odontológico, actividad realizada por el profesional cirujano dentista con participación del técnico de enfermería capacitado para el servicio. Es la actividad odontológica que consiste en desprender las placas sólidas (el tártaro o cálculo dental) que se encuentra alrededor de las piezas dentarias y que degeneran en enfermedad periodontal con la utilización de un equipo manual especializado, hilo dental, copas de caucho entre otros fijados en el tarifario. Se debe realizar en tres piezas dentales como mínimo para considerarse una actividad completa. Tiempo de duración: 10 minutos. Esta



actividad odontológica se realiza de 01 a 04 veces al año al asegurado mayor de 03 años de acuerdo a la severidad del caso.

Fluorización.-

Es un procedimiento odontológico de tipo ambulatorio otorgada al asegurado en el establecimiento de salud que cuente con el servicio odontológico, procedimiento realizado por el profesional cirujano dentista con participación del técnico de enfermería capacitado para el servicio. Este procedimiento consiste en la aplicación tópica de flúor gel acidulado al 1.23 % sobre todas las superficies dentales en los 04 cuadrantes. Se realiza posterior a la detección y eliminación de la placa bacteriana. Esta actividad se realiza máximo de cuatro veces al año y mínimo de una vez al año por asegurado (dependerá de su riesgo estomatológico medido e indicado en la ficha odontoestomatológica), se aplica a los mayores de 03 años de edad. Tiempo de duración: 3 minutos.

Aplicación De Barniz Fluorado.-

Es un procedimiento odontológico de tipo ambulatorio otorgado al asegurado en el establecimiento de salud que cuente con el servicio odontológico, procedimiento realizado por el profesional cirujano dentista con participación del técnico de enfermería capacitado para el servicio. Este procedimiento odontológico consiste en la aplicación tópica de flúor barniz, se aplica sobre todas las superficies dentales de los 04 cuadrantes. Esta actividad se realizara máximo de cuatro veces al año y mínimo de una vez al año por asegurado (dependerá de su riesgo estomatológico medido e indicado en la ficha odontoestomatológica). Solo se realiza este procedimiento en menores de tres años de edad. El tiempo de duración: 3 minutos.

Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED): Atención al niño que incluye Historia clínica, evaluación física, control del crecimiento, valoración del desarrollo e intervenciones para reducción de factores de riesgo. En el caso de menores de 11 meses considera además, la valoración del desarrollo psicomotor, pautas de estimulación temprana, orientación en lactancia materna, alimentación complementaria e intervenciones para reducción de factores de riesgo. No incluye sesiones de estimulación temprana.

Grupo etéreo	No de atenciones CRED
< 1 año	11 atenciones
1-2 años	6 atenciones por año
3 - 5 años	4 atenciones por año
6 - 11 años	1 atención por año

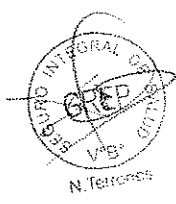
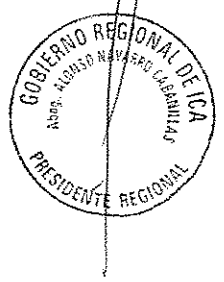
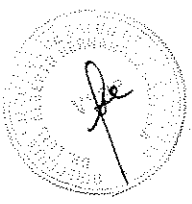
*Número de atenciones mínimas

Atención obstétrica no medica antes de las 30 semanas (Atención Prenatal).-

Es la atención donde se brinda información, educación y seguimiento a la gestante de bajo riesgo derivada de la consulta externa médica en la gestante con la finalidad de prevenir complicaciones del embarazo, puerperio e identificación de signos de alarma. Esta actividad está referida al Control / Evaluación / Consejería, en la gestante. Se enfatiza la educación y consejería para las acciones de tamizaje para ITS y VIH-SIDA. Incluye 04 controles al año como mínimo.

Parto eutócico inminente y/o no referible

Es la atención que se brinda a una gestante con el objetivo de asistirle en el trabajo de parto fase activa, expulsivo y puerperio inmediato para evitar complicaciones en la madre y el recién nacido, en este caso la expulsión del feto se realiza por la vía vaginal. Se asocia con las prestaciones de atención inmediata del recién nacido y de hospitalización hasta por 48 horas de la madre y el producto, en un parto no complicado. El parto deberá ser atendido en el 2do nivel, en el primer nivel solo serán reconocidos en caso de emergencia o parto inminente (no referible). El médico será el que determine si el parto es inminente y/o no referible, caso contrario éste indicará la referencia al Hospital de la Red respectiva y se reportará esta atención en el servicio de emergencia para efectos de reembolso.



Atención inmediata del recién nacido:

Es la atención brindada por los establecimientos de salud a un neonato, desde el nacimiento hasta su alta, según estándares e indicadores de calidad en la atención infantil. En casos de nacimientos múltiples se realizara por cada niño nacido vivo.

Referencias: R.M. N° 292-2006/MINSA, R.M. N° 316-2007/MINSA y R.M N° 226-2011/MINSA,

Hospitalización paciente por día:

Es la atención médica no quirúrgica que requiere el internamiento por un periodo mayor a 24 horas. Incluye los materiales exámenes auxiliares, insumos (los no contemplados en las estructuras de costos) y los medicamentos utilizados durante la estancia en el establecimiento de salud. Esta prestación se asocia al Parto.

Consejería de Salud sexual y Reproductiva (Planificación Familiar)

Actividades dirigidas a satisfacer las necesidades de Orientación, Consejería, Provisión, Información, Atención en las opciones anticonceptivas y Provisión de métodos temporales, definitivos y atención integral de salud reproductiva.

Unidad de medida	: Sesión
Límite	: A demanda
Documento Fuente	: Formato de Atención
Responsable	: Médico/Obstetra.

Incluye los materiales necesarios para brindar este procedimiento.

Los anticonceptivos serán reportados como GPC

Aplica a las Etapas de Vida: Adolescente, joven y Adulto.

Se reconoce como atención Intramural o extramural (en los casos de seguimiento).

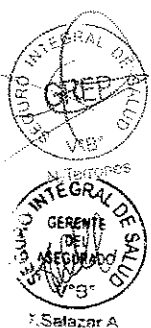
Laboratorio y Patología Clínica.-

Exámenes específicos

- Examen de Factor Rh.- Determinación del Factor RH en sangre.
- Toma de Muestra PAP de Cérvix Uterino.- Es un procedimiento en el que se toman muestras del epitelio cervical (zona de transición) en búsqueda de anomalías celulares a toda mujer de 18 a 65 años, con prioridad a las mujeres de 30 a 49 años que se encuentran en mayor riesgo.
- Examen Glicemia.- Es la determinación del nivel de glucosa en sangre.
- Examen Grupo sanguíneo.- Es un método para determinar el tipo específico de sangre. La sangre a menudo se clasifica de acuerdo con el sistema de tipificación ABO. Este método separa los tipos de sangre en cuatro categorías:
Tipo A, Tipo B, Tipo AB, Tipo O
- Examen Hemoglobina.- Conjunto de procedimientos realizados por un profesional o un técnico de laboratorio con el objetivo de obtener y procesar una muestra de sangre e identificar los niveles de hemoglobina, para descartar anemia por deficiencia de hierro; el procedimiento se realiza en establecimientos que cuentan con laboratorio o aquellos que cuenten con hemoglobímetro portátil y personal capacitado en su manejo.
- Examen Hemograma: Análisis de sangre en el que se mide el recuento glóbulos rojos y formula leucocitoria.
- Entre otros como Thevenon

Atención de pacientes - Prioridad III

Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención debe realizarse en un tiempo de espera no mayor o igual de 10 minutos desde su ingreso, serán atendidos en tóxico o consultorio de emergencia.



Consulta Ambulatoria Especializada

Consulta oftalmológica. Es la atención médica que se le brinda a un usuario de manera ambulatoria que manifiesta problemas en la salud ocular, comprende un conjunto de acciones y decisiones destinadas a definir el diagnóstico del daño y su tratamiento específico.

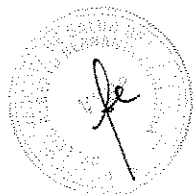
Consulta Gineco-obstétrica. Es la atención brindada por el médico a la mujer en salud sexual y reproductiva, incluye actividades preventivos promocionales como consejería en salud sexual y reproductiva, provisión de métodos anticonceptivos, evaluación de riesgos para contraer infecciones de transmisión sexual, VIH y Sida; así como actividades recuperativas médicas, procedimientos y planificación de intervenciones quirúrgicas.

Consulta Pediátrica.- Es la atención brindada por el Médico al niño/ adolescente de 0 hasta antes de cumplir los 18 años de edad. El objetivo principal de la consulta, es la detección del riesgo ó daño de naturaleza prevalente, así como la evaluación y control del riesgo psicológico, social y ambiental a fin de disminuir los casos de discapacidad permanente y muerte prematura en este grupo etáreo. Incluye las actividades recuperativas de diagnóstico y tratamiento médico que requieran.

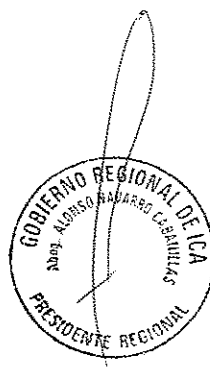
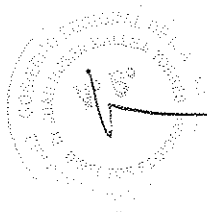
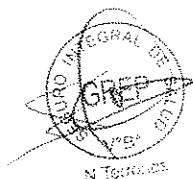
Otras: Gastroenterología, psiquiatría, traumatología, cirugía, medicina física y rehabilitación, neurocirugía y urología.

Terapia Física y rehabilitación.-

Conjunto de actividades terapéuticas dirigidas a mejorar la capacidad funcional remanente de las personas con discapacidad, comprende la aplicación de agentes físicos, ejercicios terapéuticos entre otros detallados en el Anexo 2 (Según manual de procedimientos asistenciales de medicina de rehabilitación).



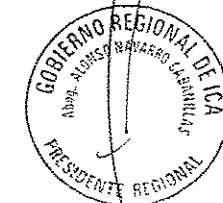
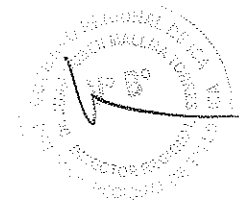
T. Salazar A



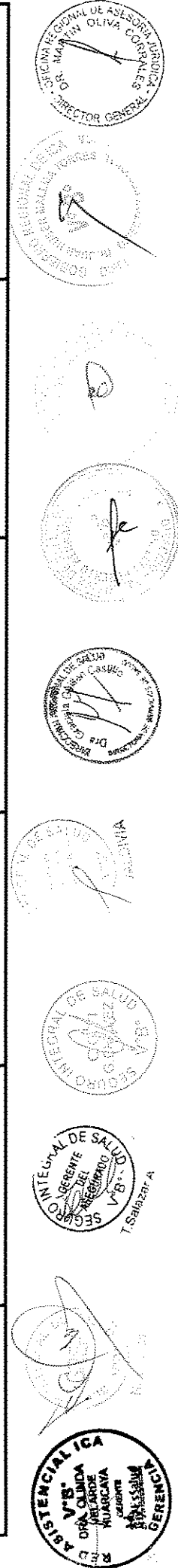
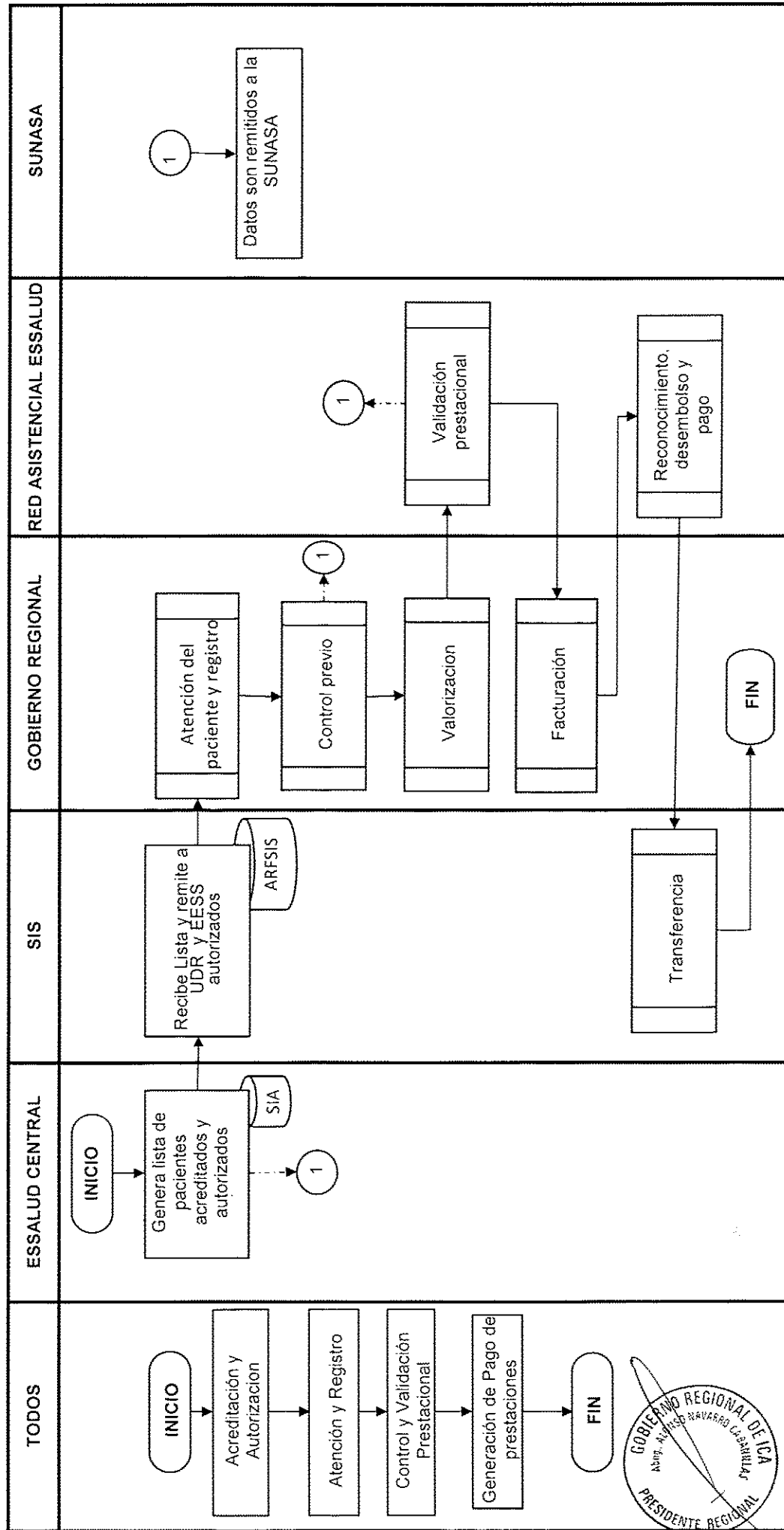
ANEXO 3
Listado de Tarifas de las prestaciones Asistenciales
No incluyen IGV

TARIFAS DEL GOBIERNO REGIONAL DE ICA				
Nº	CPT	DESCRIPCIÓN DE LA PRESTACIÓN	TARIFA S/.	PAGO POR CONSUMO
1	59401	Atención Prenatal	15.86	Si
2	59410	Parto inminente o no referible	177.68	Si
3	99464	Atención inmediata de recién nacido	52.74	Si
4	99231	Hospitalización paciente por día	105.92	Si
5	82270	Sangre oculta en heces (Thevenon)	3.96	No
6	82947	Examen de Glicemia	4.03	No
7	85007	Examen Hemograma (Recuento glóbulos rojos y fórmula leucocitaria)	9.73	No
8	85018	Examen Hemoglobina	4.68	No
9	86900	Tipificación sanguínea ABO (Grupo sanguíneo)	2.62	No
10	86901	Tipificación sanguínea Rh (Factor RH)	2.62	No
11	88142	Examen Citológico de PAP de Cérvix Uterino	18.79	No
12	99201	Consulta Externa Médica no especializada	15.63	Si
13	99203	Consulta Externa Médica especializada (Cirugía, oftalmología, urología, pediatría, traumatología y ginecología)	16.93	Si
14	99208	Consejería en Salud Sexual y Reproductiva (Planificación Familiar)	9.32	Si
15	99282	Atención de pacientes - Prioridad III	25.30	Si
16	99381	Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año	14.07	Si
17	99382	Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 1 a 4 años	14.07	Si
18	99383	Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 5 a 11 años	14.07	Si
19	D0150	Consulta Odontoestomatológica	9.90	Si
20	D1203	Aplicación tópica de flúor Niños (fluorización)	7.35	No
21	D1204	Aplicación tópica de flúor Adultos (fluorización)	7.35	No
22	D1206	Aplicación de Barniz de flúor	14.38	No
23	D1330	Detección y eliminación de Placa Bacteriana (incluye cepillo dental)	8.62	No
24	D4341	Destartraje de tres piezas dentarias	9.07	No

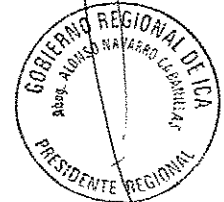
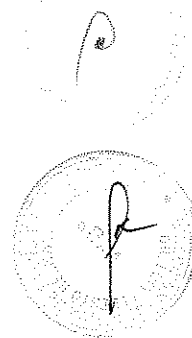
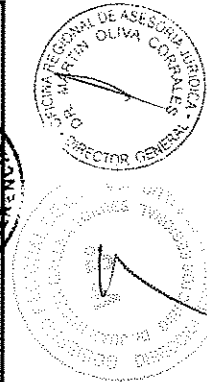
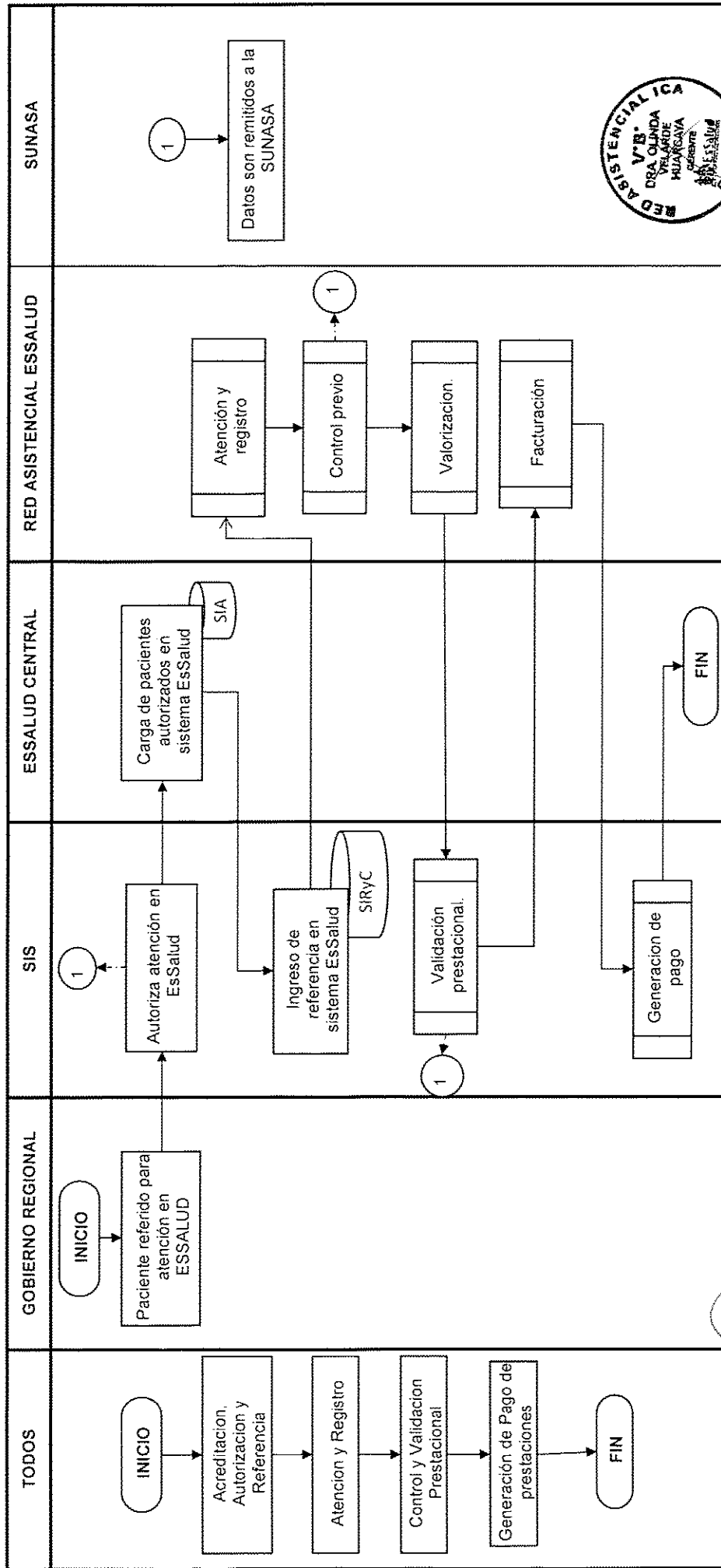
TARIFAS DE LA RED ASISTENCIAL DE ESSALUD ICA				
Nº	CPT	DESCRIPCIÓN DE LA PRESTACIÓN	TARIFA S/.	PAGO POR CONSUMO
1	91110	Endoscopia digestiva alta	138.84	No
2	97005	Sesión: Compresas frías	10.51	No
3	97006	Sesión: Diatermia	15.00	No
4	97007	Sesión: Hidroterapia Tanque de Whirpool	15.36	No
5	97014	Sesión: Electroterapia	15.96	No
6	97018	Sesión: Aplicación de baño de parafina	11.15	No
7	97026	Sesión: Aplicación de rayos infrarrojos	13.90	No
8	97035	Sesión: Aplicación de ultrasonido	20.13	No
9	97110	Sesión: Terapia kinesica 15 minutos	18.87	No
10	97799	Sesión: Terapia kinesica 30 minutos	30.27	No
11	99203	Consulta Externa Médica Especializada (Gastroenterología, Neurocirugía, Medicina Física y Rehabilitación)	32.00	Si
12	99204	Consulta Externa Médica Especializada Psiquiatría	36.82	Si

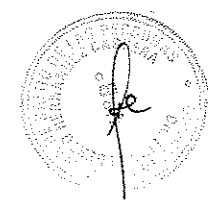


ANEXO N° 4. Mapa Global de los Procesos para la atención de pacientes de ESSALUD en el GOBIERNO REGIONAL.

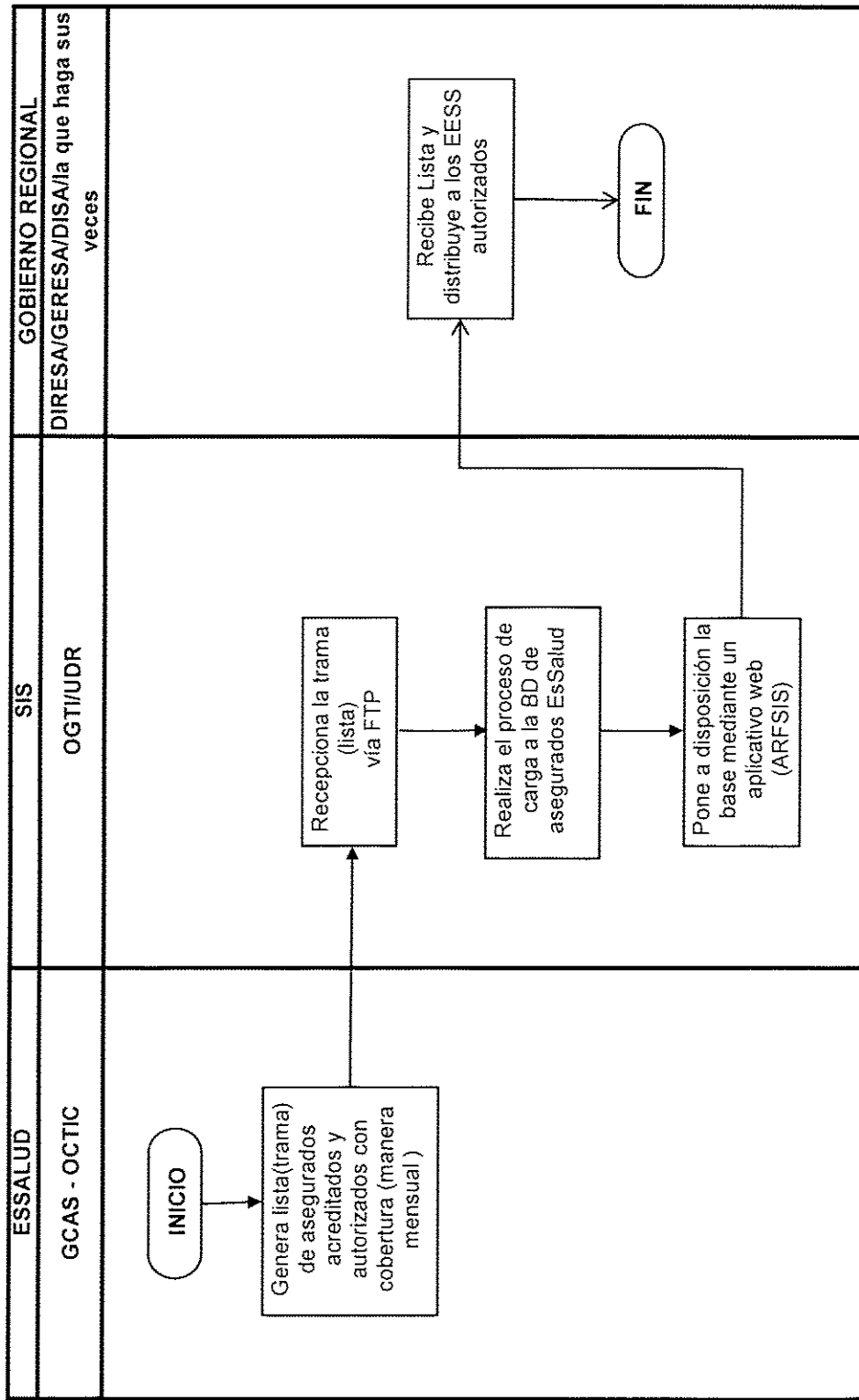


ANEXO N° 5. Mapa Global de los Procesos para la atención de pacientes de SIS en la RED Asistencial de ESSALUD.





ANEXO N° 6: Proceso de Acreditación y Autorización de paciente afiliado ESSALUD para su atención en establecimientos de salud del GOBIERNO REGIONAL.



Gerencia Central de Aseguramiento = GCAS

Oficina Central de Tecnología de Información y Comunicaciones = OCTIC de ESSALUD.

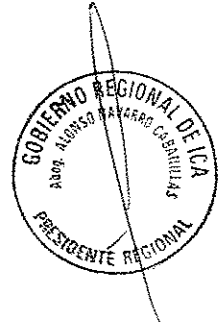
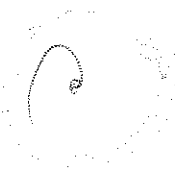
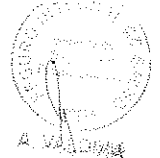
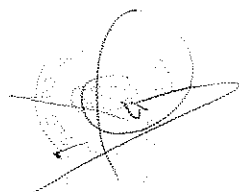
Oficina General de Tecnología de la Información del SIS = OGTI

Unidad Desconcentrada Regional del SIS = UDR

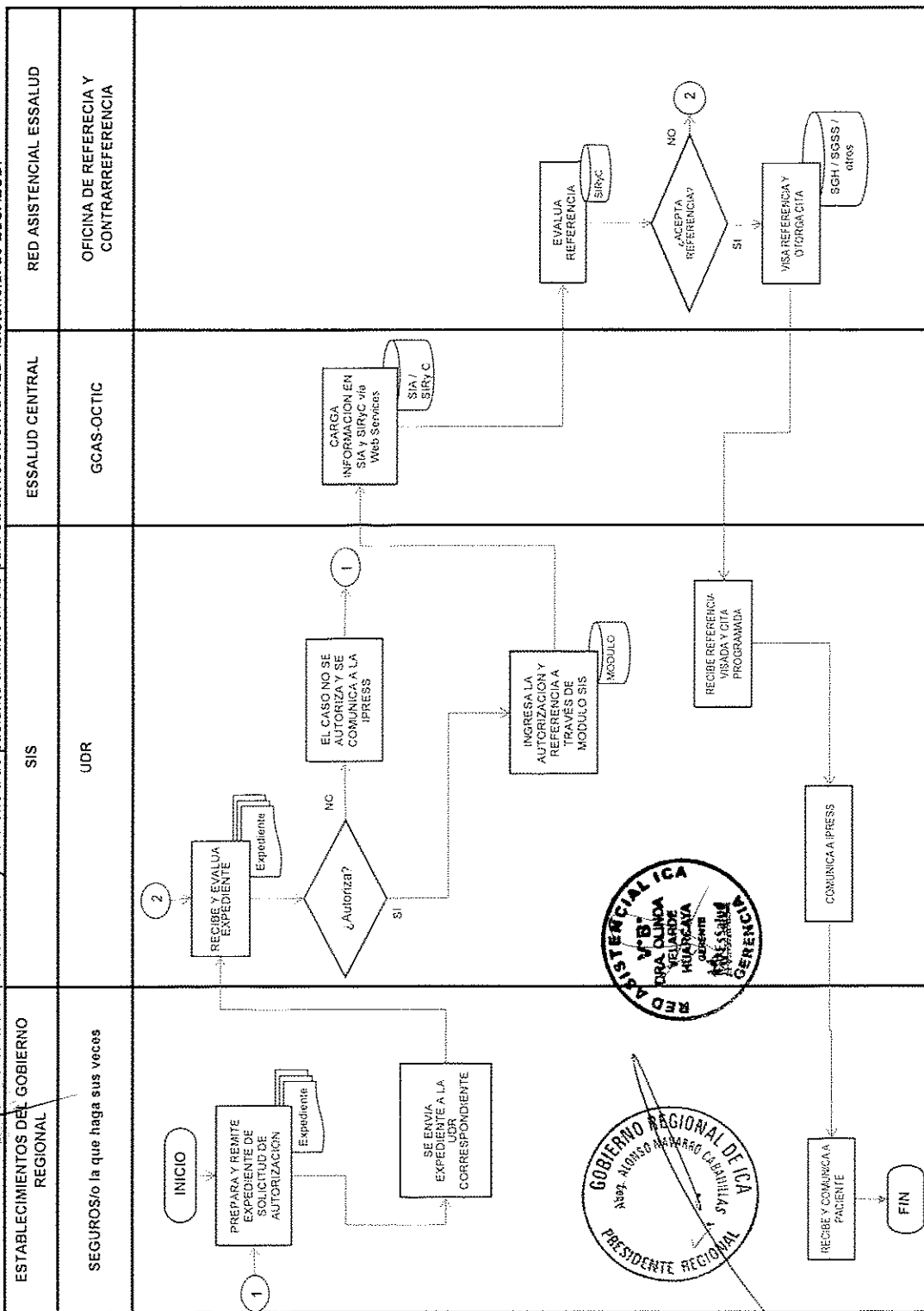


OFICINA CENTRAL DE TECNOLOGÍA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES ESSALUD OFICINA GENERAL DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN SIS	ANEXO N° 6		Versión: 02
	Descripción del Proceso de Acreditación y Autorización de paciente afiliado ESSALUD para su atención en establecimientos de salud del GOBIERNO REGIONAL.		Mes Año: 06-2013 Página: 1
Objetivo: Generar la trama (lista) de pacientes acreditados y autorizados de ESSALUD para la atención en los establecimientos de salud del Gobierno Regional.			
Alcance: Establecimientos de salud del Gobierno Regional (DIRESA/GERESA/DISA o la que haga sus veces), Unidad Desconcentrada Regional del SIS (UDR SIS) y			
N° Paso	Descripción de Acciones		Responsable
1	Realiza la acreditación masiva y la actualización de la tabla de datos de los establecimientos de salud del Gobierno Regional autorizados.		Gerencia Central de Aseguramiento -GCAS y Oficina Central de Tecnología de Información y Comunicaciones -OCTIC de ESSALUD.
2	Genera y envía la trama que corresponde a la lista de pacientes acreditados y autorizados de ESSALUD. El envío de la trama será vía FTP. La periodicidad del envío mensual.		Oficina Central de Tecnología de Información y Comunicaciones - OCTIC de ESSALUD.
3	Recepciona la trama y realiza la carga de la base de datos de los asegurados de ESSALUD.		Oficina General de Tecnología de la Información - OGTI del SIS.
4	Pone a disposición mediante un aplicativo WEB, para la descarga de un archivo ZIP, que contiene la base de datos actualizada de los asegurados de ESSALUD. La UDR comunica a la DIRESA/GERESA/DISA/ Seguros/la que haga sus veces, la disponibilidad de la lista y trama.		Oficina General de Tecnología de la Información - OGTI UDR del SIS.
5	Recepciona y distribuye la lista de los usuarios autorizados de EsSalud a los establecimientos de salud del Gobierno Regional y centros/puntos de digitación de la DIRESA/GERESA/DISA/Seguros/la que haga sus veces(Gobierno Regional).		DIRESA/GERESA/DISA/Seguros/La que haga sus veces

Gerencia Central de Aseguramiento = GCAS
 Oficina Central de Tecnología de Información y Comunicaciones = OCTIC de ESSALUD.
 Oficina -general de Tecnología de la Información del SIS = OGTI
 Unidad Desconcentrada Regional del SIS = UDR



ANEXO N° 7: Proceso de Acreditación, Autorización y Referencia de paciente afiliado al SIS para su atención en la RED Asistencial de ESSALUD.

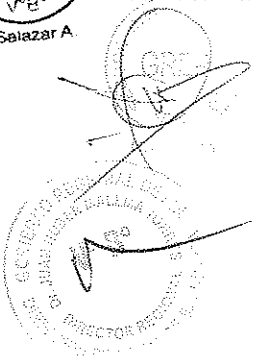
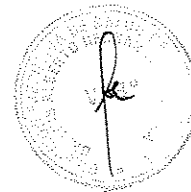


Gerencia Central de Aseguramiento = GCAS
 Oficina Central de Tecnología de Información y Comunicaciones = OCTIC de ESSALUD.

Sistema de Gestión Hospitalaria = SGH
 Sistema de Gestión de Servicios Salud = SGSS
 Sistema de Información de Asegurados = SIA
 Sistema de Referencia y Contrareferencia = SIR y C
 Unidad Desconcentrada Regional del SIS = UDR

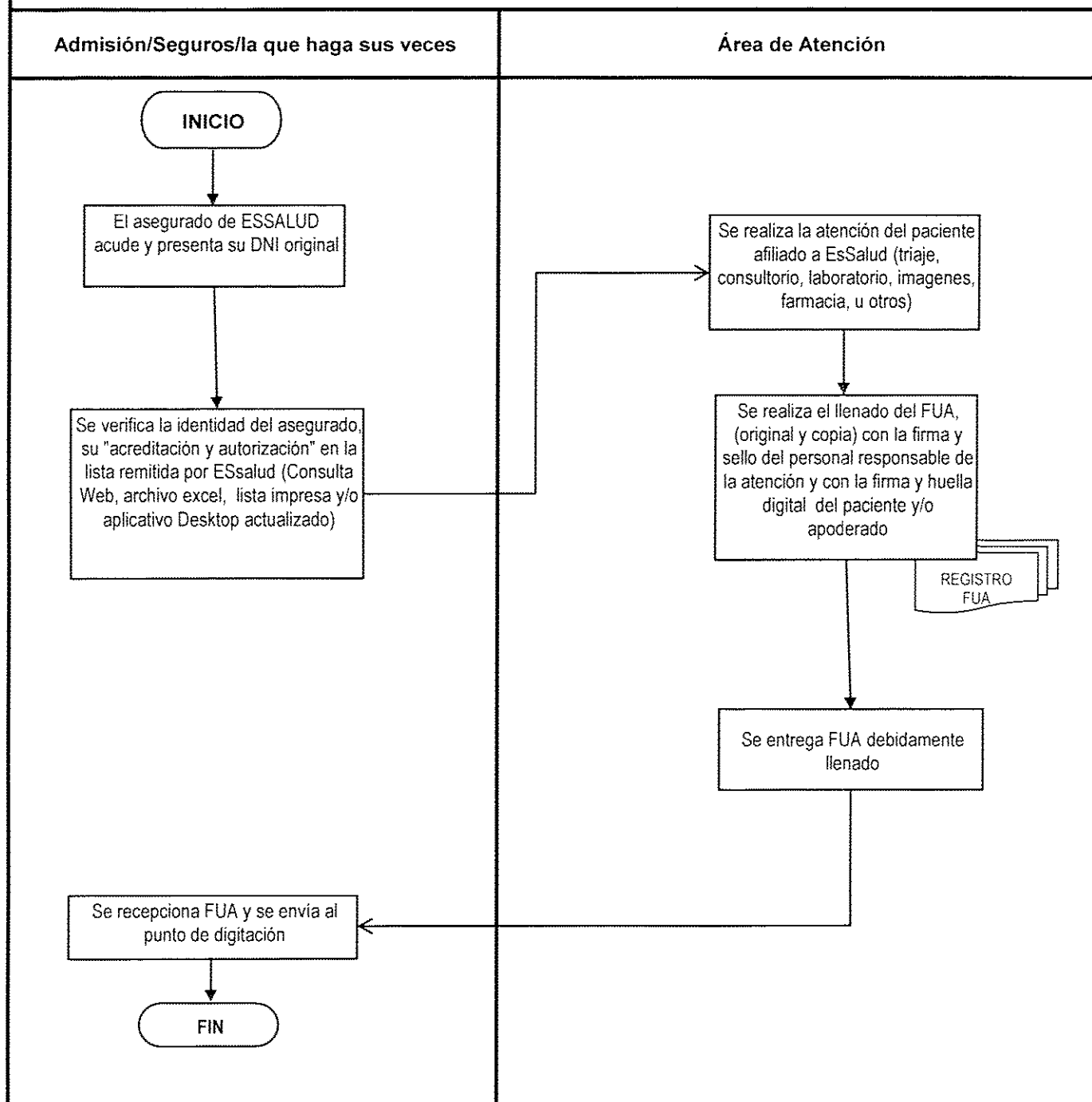
SEGURO INTEGRAL DE SALUD GOBIERNO REGIONAL RED ASISTENCIAL ESSALUD	ANEXO N° 7		Versión: 2
	Descripción del Proceso de Acreditación, Autorización y Referencia de paciente afiliado al SIS para su atención en la RED Asistencial de ESSALUD.		Mes Año: 06-2013 Página: 1
Objetivo: Generar la trama (lista) de pacientes acreditados y autorizados del SIS para la atención en la Red Asistencial de ESSALUD Ingreso de la referencia del paciente SIS en los aplicativos de ESSALUD y generación de la cita para atención.			
Alcance: Establecimientos de salud del Gobierno Regional (DIRESA/GERESA/DISA o la que haga sus veces), Unidad Desconcentrada Regional del SIS (UDR SIS) y RED Asistencial de ESSALUD, Gerencia Central de Aseguramiento, Oficina Central de Tecnología de Información y Comunicaciones, Oficina de Referencia y Contrarreferencia			
N° Paso	Descripción de Acciones	Tiempo	Responsable
1	Prepara y remite expediente de solicitud de autorización de cobertura para la referencia y atención del paciente SIS en la Red asistencial de ESSALUD. Si la atención requiere Autorización de Cobertura Extraordinaria los documentos serán enviados según normatividad vigente, más la hoja de referencia a la UDR de la jurisdicción del establecimientos de Salud donde se atiende el paciente. En caso de que esta prestación no requiera autorización de Cobertura Extraordinaria el expediente podrá ser enviado (correo electrónico o documento) a la UDR de la jurisdicción del establecimientos de Salud donde se atiende el paciente. El expediente consta de: 1.- Copia de la hoja de referencia detallada y completa (de ser el caso especificar el procedimiento con código CPT). 2.- Otro documento que la UDR estime pertinente y necesario para su evaluación, siempre que cuente con la aprobación del Comité Local de Coordinación del Intercambio Prestacional.	El tiempo máximo de envío de los expedientes de solicitud de autorización a la UDR es de 2 días hábiles desde la indicación del médico tratante.	Oficina de Seguros de los Establecimientos de Salud del Gobierno Regional o las que haga sus veces
2	Los expedientes que llegan son evaluados. En caso de no estar conformes serán retornados a la Oficina de Seguros del Establecimiento de salud del Gobierno Regional que lo envió para su corrección. En caso de estar conformes son autorizados. Todas las autorizaciones realizadas por la UDR y las referencias son ingresadas al módulo del SIS vía Web Services que de forma automática envía la información de afiliados al SIA (Sistema de Aseguramiento ESSALUD) y de referencia al SIRyC de ESSALUD.	Los expedientes que llegan a la UDR deben ser evaluados en un plazo máximo de 2 días hábiles. La autorización y referencia debe ser ingresada al módulo SIS en un plazo máximo de un día hábil posterior a su autorización.	UDR
3	Evalúa la referencia ingresada en el SIRyC desde el módulo SIS. En caso que la referencia no sea aceptada se comunica a la UDR respectiva. En caso que la referencia sea aceptada se da la cita vía el SIRyC y comunica a la UDR respectiva.	Plazo máximo 2 días hábiles para dar respuesta. En caso de que la referencia este aceptada la fecha de la cita será en un plazo máximo de 7 días hábiles desde la respuesta.	La Oficina de Referencia y Contrarreferencia de ESSALUD
4	La UDR respectiva comunica los resultados de la evaluación de la referencia y envía la cita a la Unidad de Seguros del establecimiento de Salud del Gobierno Regional	Plazo máximo 2 días hábiles	UDR
5	Comunica y entrega al paciente la hoja de referencia y la cita para que acuda al Establecimiento de Salud de la Red Asistencial de ESSALUD.	El plazo depende del tiempo en que el asegurado o familiar acuda a la Unidad de Seguros	Oficina de Seguros del Establecimiento de Salud del Gobierno Regional/ la que haga sus veces

* Los plazos podrán ser modificados según operatividad de las partes y de común acuerdo previa coordinación, previa aprobación del Comité Local de Coordinación del Intercambio Prestacional y Comunicación al Comité Central.



ANEXO N° 8: Proceso de Atención del Paciente afiliado a ESSALUD en los establecimientos de salud del GOBIERNO REGIONAL.

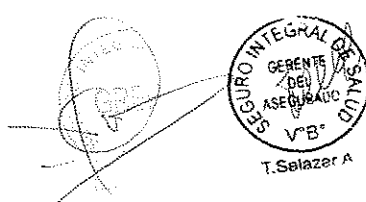
ESTABLECIMIENTO DE SALUD DEL GOBIERNO REGIONAL



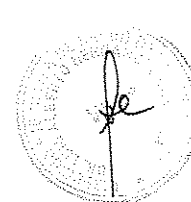
Formato Único de Atención = FUA



GOBIERNO REGIONAL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	ANEXO N° 8	Versión: 01
	Descripción del Proceso de Atención del Paciente afiliado a ESSALUD en los establecimientos de salud del GOBIERNO REGIONAL.	Mes Año: 06-2013 Página: 1
Objetivo: Describir el proceso de la atención del Paciente afiliado a ESSALUD en los establecimientos de salud del Gobierno Regional		
Alcance: Establecimientos de salud del Gobierno Regional, puntos/Centros de digitación		
N° Paso	Descripción de Acciones	Responsable
1	El paciente Paciente afiliado a EsSalud acude al establecimiento de salud asignado, y presenta su DNI original. El área de Admisión/Seguros/o la que haga sus veces, verificará la acreditación y autorización del asegurado (Consulta Web, archivo excel, lista impresa y/o aplicativo Desktop actualizado).	Área de Admisión/Seguros/o la que haga sus veces
2	El paciente afiliado a EsSalud se dirige al área de atención correspondiente de acuerdo al flujo de atención propio del Establecimiento de Salud (triage, consultorio, laboratorio, farmacia, u otros).	Área de atención del Establecimiento de Salud del Gobierno Regional
3	El personal responsable de la atención es el encargado del correcto llenado del FUA, (original y copia) el mismo que deberá contar con su firma y sello y con la firma y huella digital del paciente y/o apoderado. En caso de que el asegurado sea analfabeto deberá consignar su huella digital. El FUA correctamente llenado será enviado al área de admisión/Seguros/o la que haga sus veces. Se realiza el llenado del FUA, (original y copia) con la firma y sello del profesional responsable de la	Área de atención del Establecimiento de Salud del Gobierno Regional
4	El FUA es enviado al centro/ punto de digitación correspondiente.	Área de Admisión/Seguros/la que haga sus veces



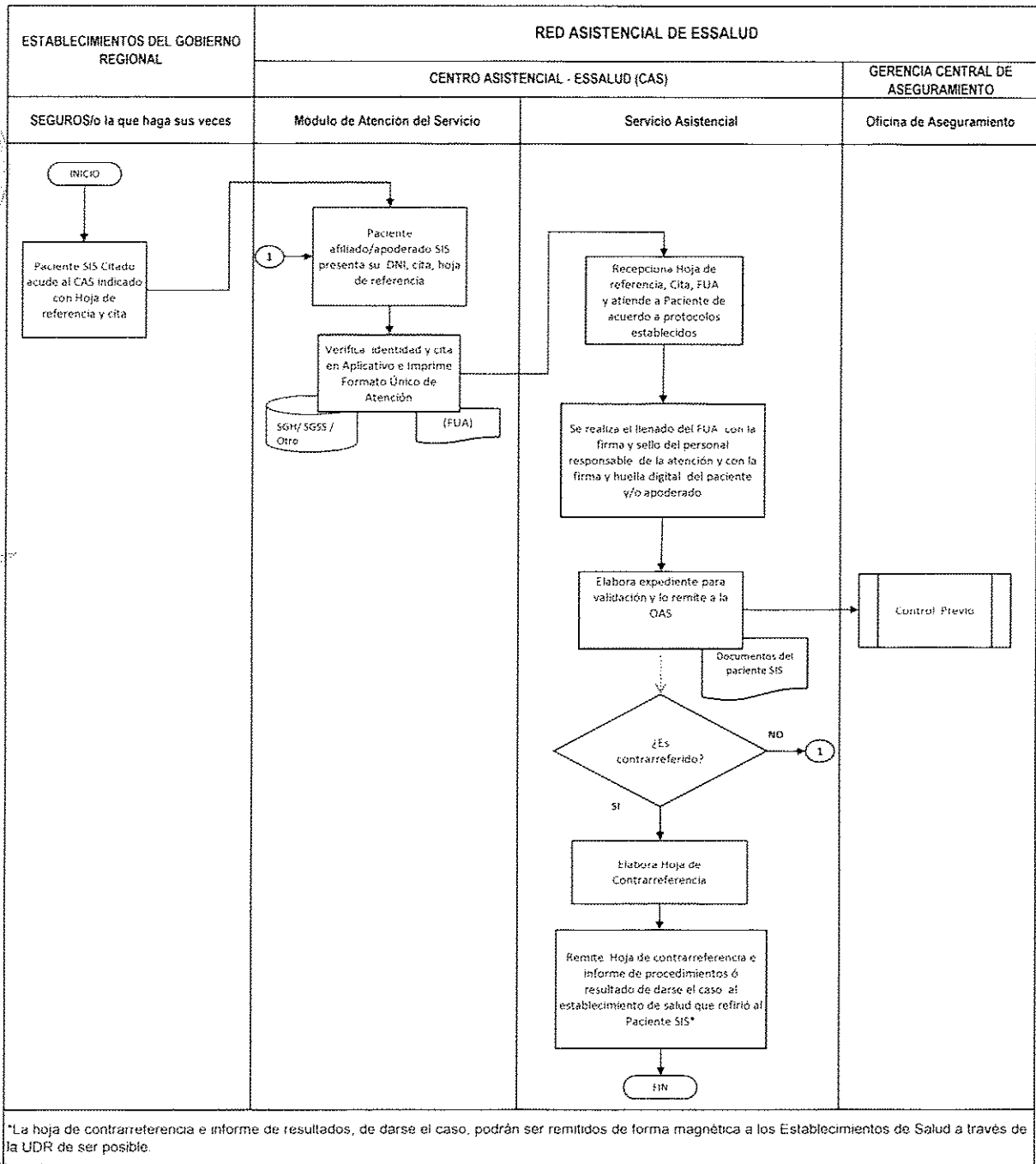







ANEXO N° 9: Proceso de Atención del Paciente afiliado al SIS en la RED Asistencial de ESSALUD



EsSalud	ANEXO N° 9		Versión: 01
	Descripción del Proceso de Atención del Paciente afiliado al SIS en la RED Asistencial de ESSALUD		Mes Año: 06-2013 Página: 1
Objetivo: Brindar la prestación de salud a los pacientes afiliados al SIS en los Centros Asistenciales de la RED Asistencial de ESSALUD.			
Alcance: Centros Asistenciales de la RED Asistencial de ESSALUD			
N° Paso	Descripción de Acciones		Responsable
1	Se presenta en la fecha y hora indicada en la cita ante el modulo de atención del servicio con los siguientes documentos: DNI (original) Cita Impresa Hoja de Referencia detallada y completa (de ser el caso especificar el procedimiento con código CPT).		Paciente SIS
2	Verifica identidad y cita en Aplicativo e Imprime Formato Único de Atención (FUA), prellenado con los datos generales del paciente y lo adjunta a los otros documentos (Hoja de Referencia y cita). Entrega los documentos al Personal de la Salud responsable de la atención. Indica al paciente que espere su turno.		Modulo de Atención del Servicio
3	Atiende al paciente. Llena los datos del FUA, según corresponda: diagnóstico del paciente (*), registro del código CIE 10, medicamentos, insumos complementarios, procedimiento/diagnóstico por imágenes/laboratorio con código CPT. Firma y sella el FUA. Solicita la paciente SIS o apoderado, según corresponda, que firme y coloque su huella digital en el FUA, en caso que el paciente o apoderado sea analfabeto sólo consignará su huella digital. Culminada la atención, entrega los documentos del paciente SIS al Jefe de Servicio.		Responsable del Servicio Asistencial
4	Resguarda temporalmente los documentos del paciente SIS (**) hasta que el responsable del servicio asistencial elabore y entregue el informe del procedimiento, resultados exámenes o epicrisis de darse el caso.		Jefe del Servicio Asistencial
5	De darse el caso elabora el informe del procedimiento, resultados de exámenes o epicrisis y lo entrega al Jefe de Servicio para que lo adjunte a los documentos del paciente SIS (**).		Responsable del Servicio Asistencial
6	Recibe el informe de procedimiento, resultado de exámenes o epicrisis (e darse el caso) y lo anexa a los documentos del paciente SIS (**). Al finalizar la jornada, remite los documentos a la Oficina de Aseguramiento para el control Previo.		Jefe del Servicio Asistencial
7	En caso el paciente requiera ser contrarreferido, se registra en la hoja de contrarreferencia, y se entrega al paciente. Los los informes de procedimiento, resultados ó epicrisis serán adjuntados a la contrarreferencia si es que en ese momento esan disponibles, caso contrario se le dará al paciente las indicaciones para su posterior entrega. Los informes de procedimiento, resultados, de darse el caso, podrán ser remitidos de forma magnética a los Establecimientos de Salud a través de la UDR de ser posible.		Responsable del Servicio Asistencial

(*) En caso de referencia para apoyo al diagnóstico se consignará el diagnóstico (Presuntivo/Definitivo) de la hoja de referencia y en caso se pueda definir (nuevo diagnóstico), descartar ó confirmar, deberá consignarse en el FUA con el diagnóstico de la referencia.

(**) Documentos del paciente SIS: Formato Único de Atención, Copia de Hoja de referencia y copia de Cita

[Firma]

[Firma]

[Firma]

[Firma]
T. Solazar A.

[Firma]

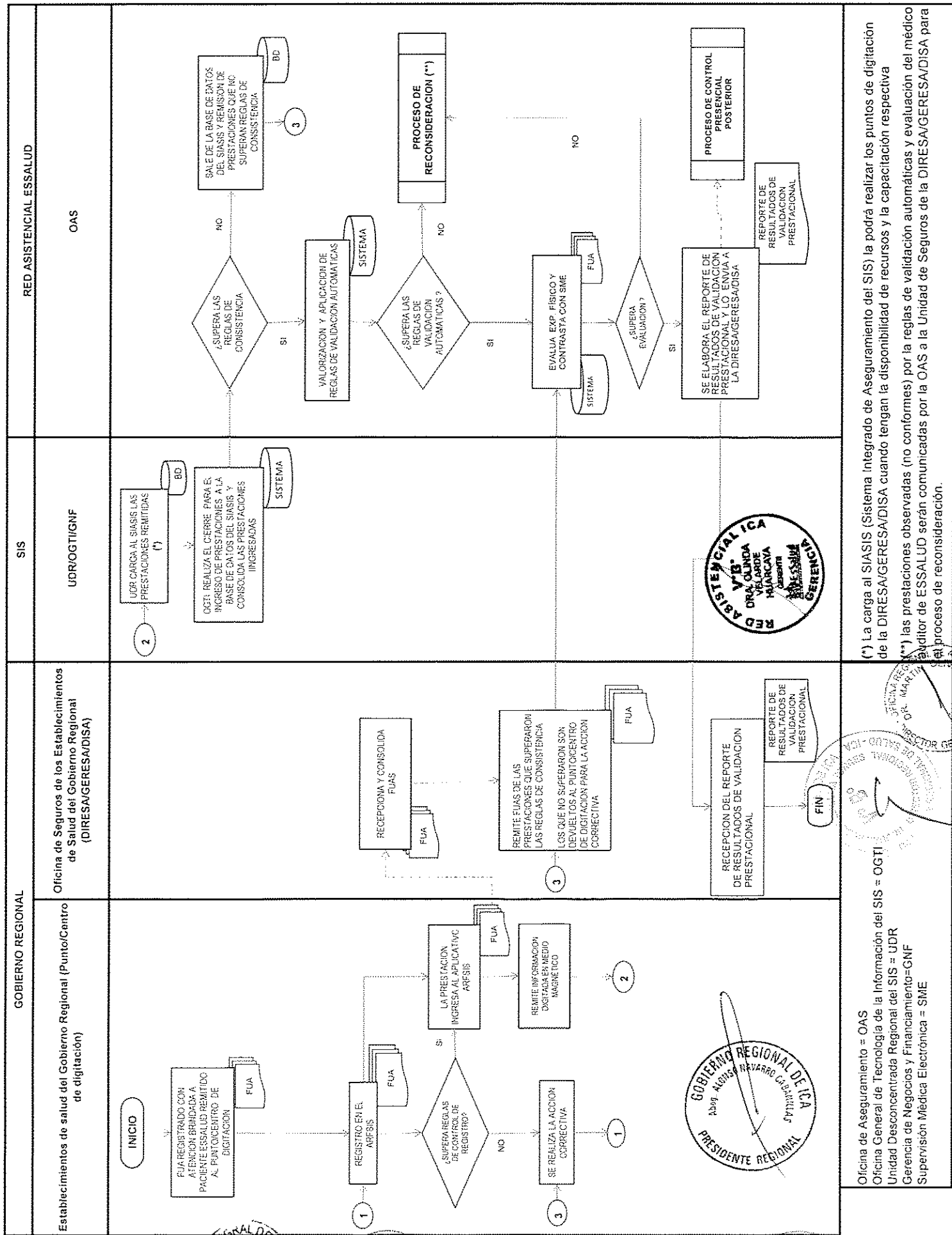
[Firma]
A. VALDIVIA

[Firma]

[Firma]

[Firma]

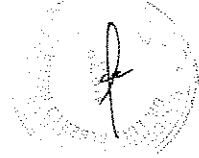
[Firma]



(*) La carga al SIASIS (Sistema Integrado de Aseguramiento del SIS) la podrá realizar los puntos de digitación de la DIRESA/GERESA/DISA cuando tengan la disponibilidad de recursos y la capacitación respectiva

(**) las prestaciones observadas (no conformes) por la reglas de validación automáticas y evaluación del médico auditor de ESSALUD serán comunicadas por la OAS a la Unidad de Seguros de la DIRESA/GERESA/DISA para el proceso de reconsideración.

Oficina de Aseguramiento = OAS
 Oficina General de Tecnología de la Información del SIS = OGTI
 Unidad Desconcentrada Regional del SIS = UDR
 Gerencia de Negocios y Financiamiento-GNF
 Supervisión Médica Electrónica = SME



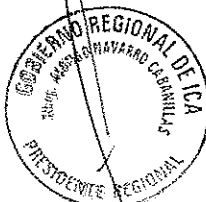
Subcomité de Control y Validación SIS - ESSALUD		ANEXO N° 10	Versión: 02
		Descripción del Proceso de Control y Validación Prestacional de paciente afiliado a ESSALUD atendido en los establecimientos de salud del GOBIERNO REGIONAL.	Mes Año: 06-2013 Página: 1
Objetivo: Controlar y validar las prestaciones de salud brindadas a los pacientes afiliados a ESSALUD en los Establecimientos de salud del Gobierno Regional			
Alcance: Establecimientos de Salud del Gobierno Regional: Oficina de Seguros de la DIRESA/GERESA/DISA (OSD) /Punto de digitación/Centro de digitación SIS: Gerencia de Negocios y Financiamiento (GNF)/ Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI)/ Unidad Desconcentrada Regional (UDR) y ESSALUD - Oficina de Aseguramiento (OAS)			
N° Paso	Descripción de Acciones		Responsable
1	Digita los datos del Formato Único de Atención (FUA) en el aplicativo informático de escritorio (ARFSIS), momento en el cual se le aplican las reglas de control de registro. Si la prestación no supera las reglas de control de registro no podrá ingresar al ARFSIS.		Punto de digitación/Centro de digitación
2	Corrige los datos de los FUA que no hayan superado las reglas de control de registro.		Punto de digitación/Centro de digitación
3	El punto/centro de digitación remite en medio magnético la información digitada en el ARFSIS (aplicativo de escritorio) a la UDR-SIS correspondiente a su jurisdicción para su carga al SIASIS. Cabe resaltar que la carga de la información de las atenciones ingresadas del ARFSIS al SIASIS las realizará el punto de digitación/centro de digitación de la DIRESA/GERESA/DISA, cuando cuenten con la disponibilidad de recursos y la capacitación respectiva para hacerlo. Los FUAS en físico que ingresaron al ARFSIS son enviados a la OSD.		Punto de digitación/Centro de digitación
4	Carga en el SIASIS las prestaciones remitidas por el punto de digitación/centro de digitación.		UDR-SIS
5	Cierra del ingreso de prestaciones, fecha hasta la cual la UDR o el punto de digitación/centro de digitación de la DIRESA/GERESA/DISA (cuando tengan la disponibilidad) pueden cargar las atenciones digitadas del ARFSIS al SIASIS, asimismo, consolida las prestaciones cargadas en el SIASIS, en un plazo máximo de un día hábil. Posteriormente aplica las reglas de consistencia a las prestaciones consolidadas, de no superar estas reglas serán retiradas de la base de datos del SIASIS y se publicarán en el link del MUNDO IPRESS (http://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/produccion.html). El SIS tiene un plazo máximo de 2 días útiles después de la aplicación de las reglas de consistencia para la publicación. Las prestaciones que superan las reglas de consistencia serán valorizadas (valorización bruta) y se les aplica las reglas de validación automática de ESSALUD.		OGTI
6	El medico auditor verificara el reporte de prestaciones que no superaron las reglas de consistencia en MUNDO IPRESS (http://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/produccion.html), en la fecha establecida.		OAS
7	Verifican y coordinan la corrección de los datos de las prestaciones que no superaron las reglas de consistencia para su posterior registro y carga al SIASIS en el periodo siguiente. Asimismo, la OSD envía los FUAS que superaron las reglas de consistencia a la OAS.		OSD/Punto de digitación/Centro de digitación
8	Verifica las prestaciones que superaron las reglas de validación automáticas realizadas por la OGTI.		OAS
9	Recepiona los FUAS en físico, ingresa al SIASIS y el medico auditor ejecuta la supervisión medica electronica (evalúa la pertinencia de la atención contrastando el FUA en físico con la prestación reportada en el módulo de la SME).		OAS
10	El medico auditor elabora un reporte de los resultados de la validación prestacional con el visto bueno del jefe de la OAS y lo remite a la OSD. Cabe resaltar que la información detallada en los reportes es el resultado de la validación, al término de la SME, la cual incluye la valorización neta de las prestaciones que superaron la evaluación, prestaciones observadas y prestaciones no observadas en un plazo máximo de 2 días hábiles posteriores a la culminación de la SME. Las prestaciones observadas (no conformes) por la reglas de validación automáticas y evaluación del médico auditor de ESSALUD (SME) podrán pasar al proceso de reconsideración en el cual los establecimientos de salud de la DIRESA/GERESA/DISA tienen 30 días hábiles desde su notificación para el levantamiento de las observaciones, caso contrario serán consideradas rechazadas. Las prestaciones no observadas se consideran validadas para pago y pueden pasar al Proceso de Control Presencial Posterior (evaluación y verificación documental in situ de las prestaciones de salud, registradas por los EESS en el aplicativo informático SIASIS y brindadas a los asegurados de EsSalud).		OGTI
11	Recepione el reporte remitido por la OAS que será utilizado para la elaboración del proceso de facturación.		OSD



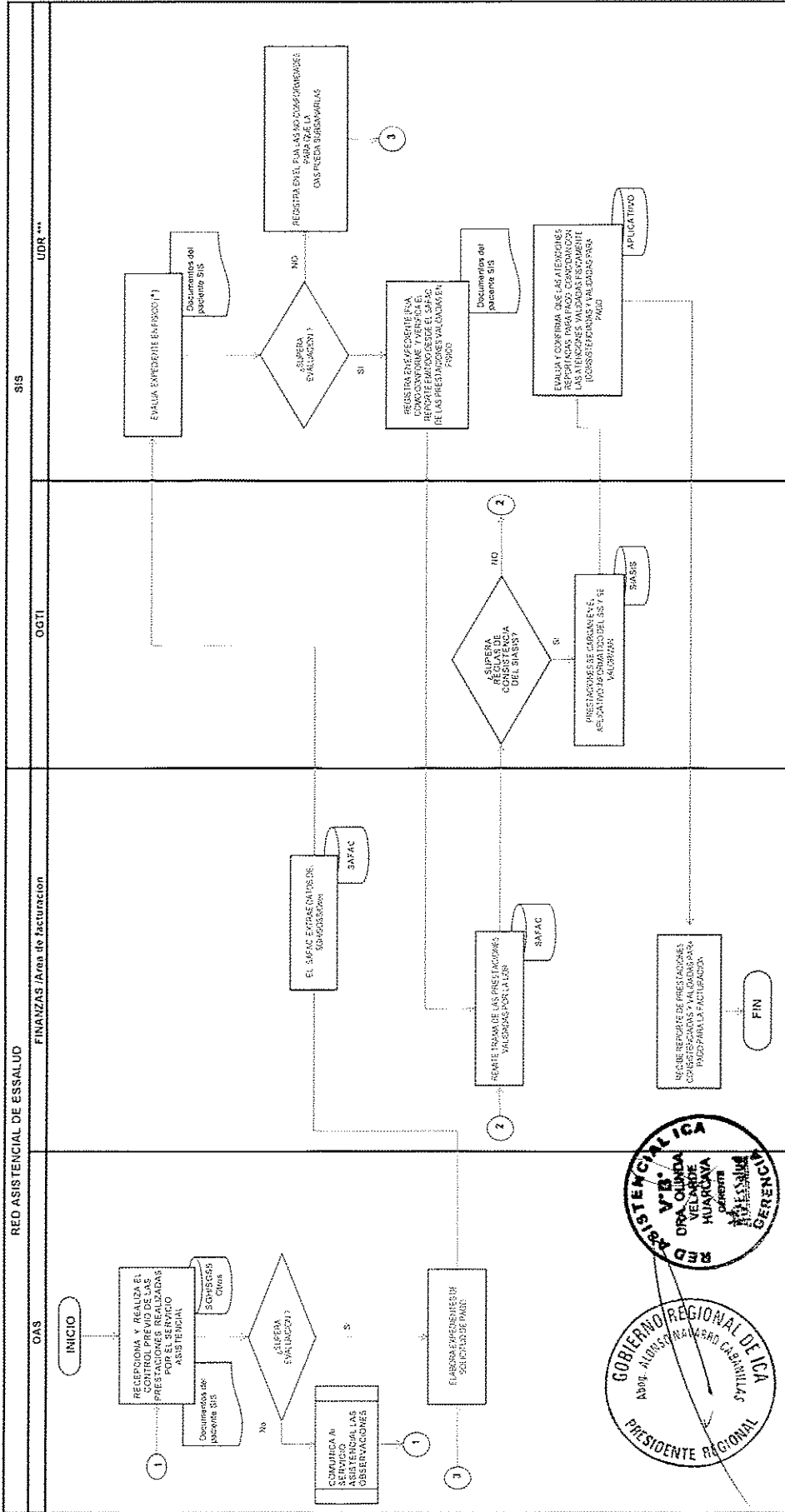
T. Salazar A.



A. Valdivia



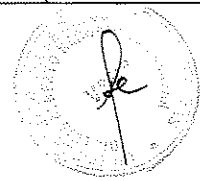
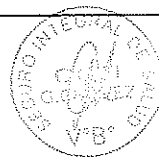
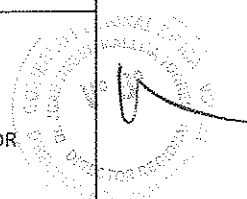
ANEXO N° 11: Proceso de Control y Validación Prestacional de paciente afiliado al SIS atendidos en la Red Asistencial de ESSALUD.



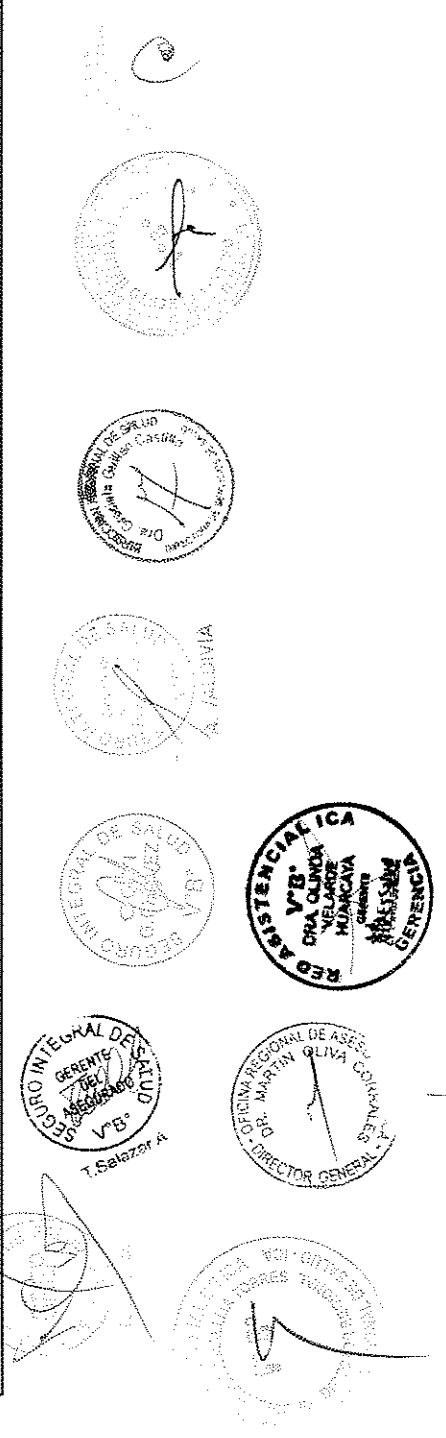
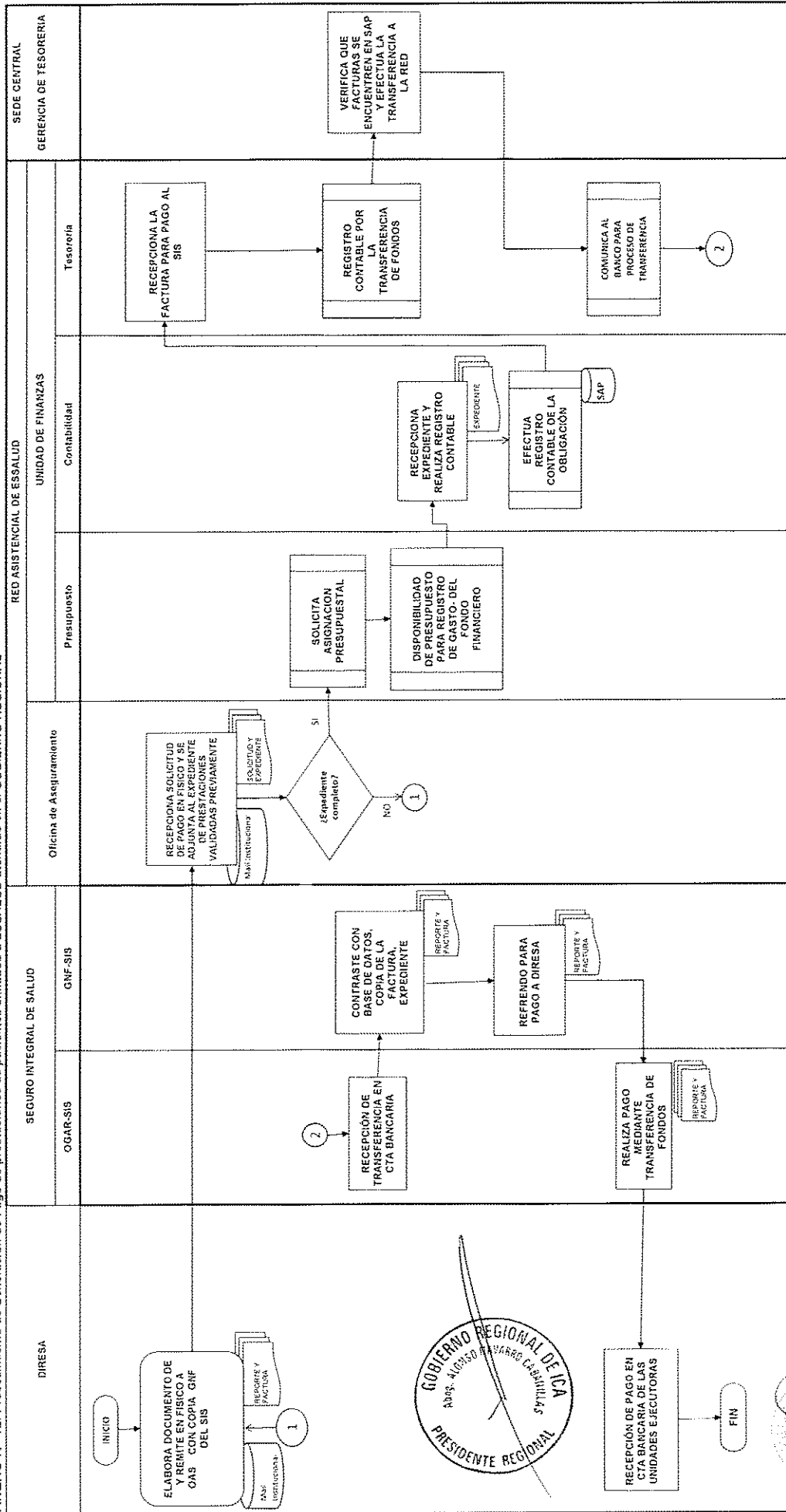
Oficina de Asesoramiento = OAS
 Oficina - general de Tecnología de la Información del SIS = OGTI
 Unidad Desconcentrada Regional del SIS = UDR
 Oficina Central de Tecnología de Información y Comunicaciones = OCTIC de ESSALUD
 (*) El médico supervisor de la UDR asistirá a la OAS para la evaluación de expedientes y de ser necesario evaluará la historia clínica para la validación respectiva.
 (**) Actividades realizadas en el Área de Facturación de la Red Asistencial de ESSALUD
 Documentos del paciente SIS= Formato Único de Atención, Copia de Hoja de referencia y copia de Cita de darse el caso incluirá el informe de procedimiento, resultados o episódios

GOBIERNO REGIONAL DE ICA
 Av. Alameda 1000, Lima 181
 PRESIDENTE REGIONAL
 RED ASISTENCIAL ICA
 V.B. ORAZO
 V. B. VILLARDE
 HUARCA
 OROZCO
 GERENTE REGIONAL
 GOBIERNO REGIONAL DE ICA
 Av. Alameda 1000, Lima 181
 PRESIDENTE REGIONAL
 RED ASISTENCIAL ICA
 V.B. ORAZO
 V. B. VILLARDE
 HUARCA
 OROZCO
 GERENTE REGIONAL
 GOBIERNO REGIONAL DE ICA
 Av. Alameda 1000, Lima 181
 PRESIDENTE REGIONAL
 RED ASISTENCIAL ICA
 V.B. ORAZO
 V. B. VILLARDE
 HUARCA
 OROZCO
 GERENTE REGIONAL

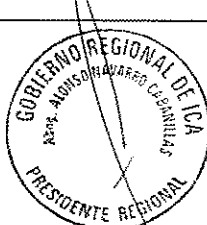
Subcomité de Control y Validación SIS - ESSALUD	ANEXO N° 11		Versión: 02
	Descripción del Proceso de Control y Validación Prestacional de paciente afiliado al SIS atendidos en la Red Asistencial de ESSALUD.		Mes Año:06-2013 Página: 1
Objetivo:	Controlar y validar las prestaciones de salud brindadas a los pacientes afiliados al SIS en la Red Asistencial de ESSALUD		
Alcance:	SIS: Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI) / Unidad Desconcentrada Regional (UDR) ESSALUD: Oficina de Aseguramiento (OAS) / Finanzas - Área de Facturación (AF).		
N° Paso	Descripción de Acciones	Responsable	
1	Recepciona los documentos del paciente SIS (Formato Único de Atención, Copia de Hoja de referencia y copia de Cita, de darse el caso incluirá copia del informe de procedimiento, resultados o epicrisis), los evalúa y contrasta con la información ingresada en el SGH/SGSS/Otros. Envía los documentos del paciente SIS de las prestaciones que superan la evaluación a AF, caso contrario los documentos del paciente SIS serán remitidos al Servicio Asistencial para las acciones correctivas. Posteriormente coordina con el médico de la UDR la fecha de la validación.	Oficina de Aseguramiento	
2	Los datos de las prestaciones que superan la evaluación serán extraídos por el SAFAC	Finanzas - Área de Facturación (AF)	
3	Evalúa el expediente en físico, de superar la evaluación registra el FUA como conforme (sella y firma) y en la oficina de AF se marcan las prestaciones validadas en el SAFAC el mismo que exportará un reporte que será verificado, firmado y sellado por el médico de la UDR. En caso que la prestación no supere la evaluación, el médico registra en el FUA las no conformidades para que la OAS pueda subsanarlas en coordinación con el servicio asistencial. Cabe resaltar que el médico supervisor de la UDR evaluará los expedientes en la AF de Red de ESSALUD en presencia de el médico auditor de la OAS (en caso no se disponga de un médico auditor se contará con un representante de la misma) y de ser necesario evaluará la Historia clínica para la validación respectiva.	UDR	
4	Recepciona el expediente de las prestaciones validadas y las envía en trama de datos desde el SAFAC al SIASIS.	AF	
5	Aplica las reglas de consistencia a las prestaciones de la trama de datos cargada en el SIASIS. Las prestaciones que no las superan son remitidas en un reporte al médico auditor de la OAS para su corrección. La prestaciones que superan las reglas de consistencia ingresarán al aplicativo y serán valorizadas, posteriormente la UDR evalúa y confirma que las atenciones remitidas via trama coincidan con las atenciones validadas físicamente (consistenciadas y validadas para pago); Posteriormente enviará el reporte de las prestaciones a facturar al AF de Essalud.	OGTI/UDR	
6	Evalua las prestaciones que no superan las reglas de consistencia para su corrección respectiva y posterior carga al aplicativo informático SIASIS.	AF	



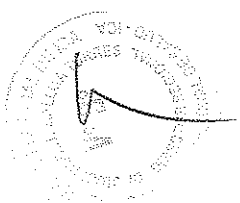
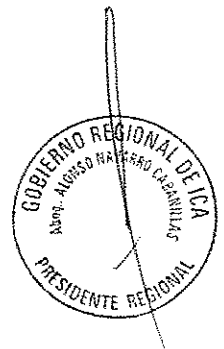
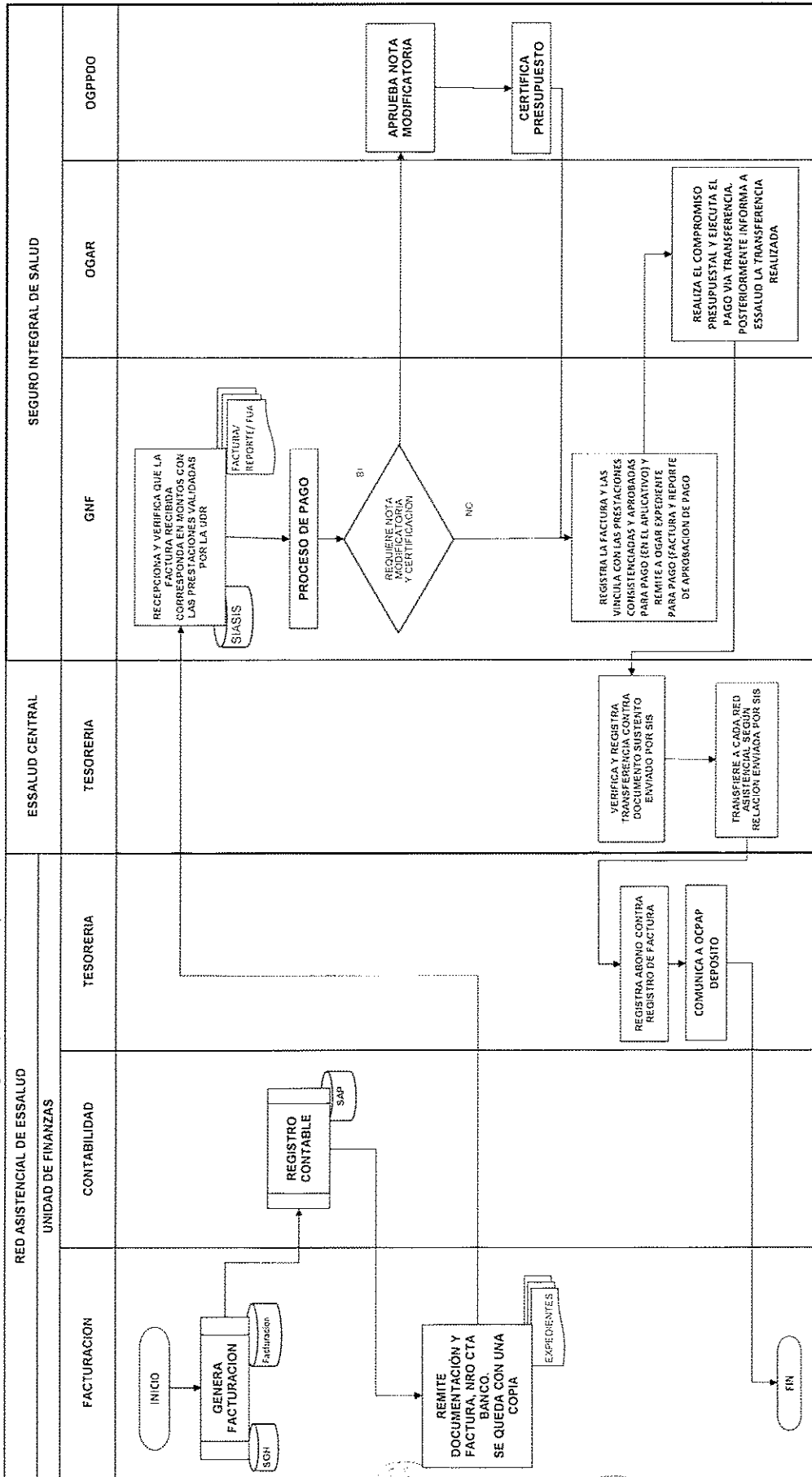
ANEXO N° 12: Procedimiento de Generación de Pago de prestaciones de pacientes afiliados a ESSALUD atendido en el GOBIERNO REGIONAL



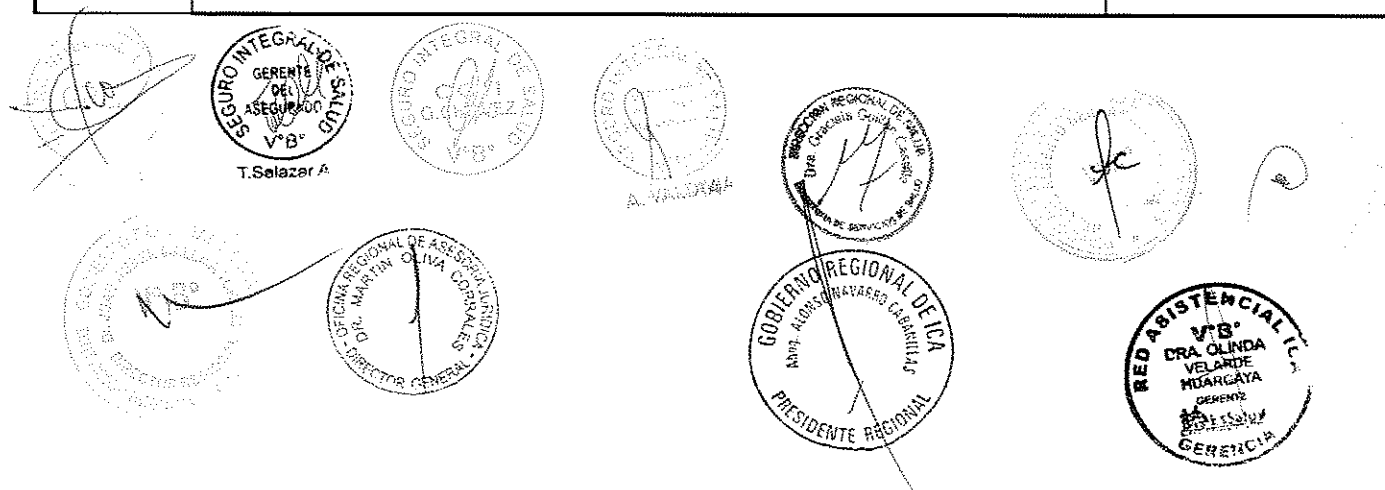
ANEXO N° 12 Descripción del procedimiento de Generación de Pago de prestaciones de pacientes afiliados a ESSALUD atendido en el GOBIERNO REGIONAL		Versión: 01 Página: 1 Mes Año: 04-2013
Objetivo:	Procedimiento de Pago por las prestaciones de salud brindadas a los pacientes afiliados a ESSALUD en los establecimientos de salud del Gobierno Regional	
Alcance:	DIRESA: Establecimientos de Salud (EES) / Micro Redes / Redes de Salud / DIRESA SIS: Gerencia de Negocios y Financiamiento (GNF)/ Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI)/ Unidad Desconcentrada Regional (UDR) y Red Asistencial de ESSALUD: Oficina de Aseguramiento (OAS), Oficina de Finanzas, Oficina de Planeamiento y Calidad.	
N° PASO	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	La unidad de seguros de la DIRESA del Gobierno Regional o DISA (según corresponda) elaborará el documento de pago según el reporte remitido por la OAS ESSALUD. Una vez elaborado este documento será remitido en medio físico a OAS de la red asistencial ESSALUD y una copia a la GNF del SIS (Factura y Reporte de liquidación "de las prestaciones conformes") Plazo máximo de Remisión: 25 días de cada mes.	OFICINA DE SEGUROS DE LA DIRESA o DISA según corresponda
2	El Jefe de la oficina de Aseguramiento de la Red Asistencial de EsSalud deberá verificar y dar conformidad del servicio en coordinación con la Oficina de Coordinación y Prestaciones y Atención Primaria. Fecha de envío: hasta los 9 días del mes	OFICINA DE ASEGURAMIENTO
3	Requerimiento de partida presupuestal, con cargo a su gasto operativo, para fines de pago e Informar a la oficina de coordinación. Fecha de envío: hasta 25 días del mes.	UNIDAD DE FINANZAS
4	Registro contable del gasto en el sistema de gestión SAP R/3 para reconocimiento de la obligación a favor de SIS.	AREA DE PRESUPUESTO.
5	Registro del pago y transferencia bancaria Al SIS por las prestaciones generadas por la DIRESA del Gobierno Regional por las prestaciones de servicios de salud, archivo de expediente.	UNIDAD DE FINANZAS.
6	Solicita fondos a la Gerencia de Tesorería de la Sede Central para el pago de las obligaciones a favor del SIS	AREA DE CONTABILIDAD.
7	La oficina de administración verifica la recepción de la transferencia en las cuentas de SIS y comunica a la Gerencia de Negocios y Financiamiento del SIS	UNIDAD DE FINANZAS.
8	La Gerencia de Negocios y Financiamiento en base a la copia del documento de pago y la copia de la hoja de liquidación de la DIRESA del Gobierno Regional o DISA (según corresponda) registra el monto a pagar en el estado de cuenta de la DIRESA, previo contraste con base de datos, programa la distribución según Unidad Ejecutora de la DIRESA y DISA según corresponda.	OGAR- SIS (ADMINISTRACIÓN /CONTABILIDAD/ TESORERIA)
10	La Unidad de administración realiza la transferencia por Unidades Ejecutora del Gobierno Regional.	GNF-SIS
		OGAR- SIS (ADMINISTRACIÓN/ CONTABILIDAD/ TESORERIA)



ANEXO N° 13: Procedimiento de Generación de Pago de prestaciones de pacientes afiliados al SIS atendidos en RED ASISTENCIAL ESSALUD

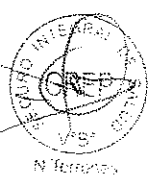
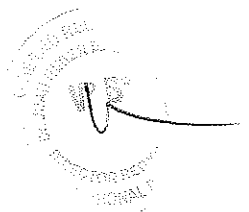


ANEXO N° 13		Versión: 01
		Página: 1
Descripción del procedimiento de Generación de Pago de prestaciones de pacientes afiliados al SIS atendidos en la Red Asistencial de ESSALUD.		Mes Año: 04-2013
OBJETIVO:	Procedimiento de Pago de prestaciones de pacientes afiliados al SIS atendidos en la Red Asistencial de ESSALUD.	
Alcance:	SIS: Gerencia de Negocios y Financiamiento (GNF)/ Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI)/ Unidad Desconcentrada Regional (UDR), Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Desarrollo Organizacional (OGPPDO - SIS) y Oficina General de Tecnología de la Información (OGAR). Red Asistencial de ESSALUD.: Oficina de Aseguramiento (OAS), Oficina de Finanzas área de facturación (AF)	
N° PASO	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Posteriormente a la recepción del reporte de prestaciones a facturar enviado por la UDR, el área de facturación de la oficina de finanzas genera la factura. Fecha de envío: hasta los 10 días del mes	OFICINA DE FINANZAS ÁREA DE FACTURACIÓN (AF)
2	Registro contable de los ingresos por prestaciones de servicios de salud en el sistema de gestión SAP R/3 para reconocimiento de la obligación a favor de la RED asistencial de EsSalud y remite expediente de pago a OAS para ser remitida a GNF	UNIDAD DE FINANZAS. AREA DE CONTABILIDAD. RED ASISTENCIAL - ESSALUD
3	Remision del expediente de pago a GNF SIS, conteniendo (factura, reporte sellado y firmado por la UDR que contenga el detalle de las prestaciones consistenciadas y aprobadas para pago).	OAS RED ASISTENCIAL - ESSALUD
4	Recepciona y Verifica que la factura recibida corresponda en monto con las prestaciones validadas por la UDR (en el aplicativo).	GNF -SIS
5	Aprobación de notas modificatorias	OGPPDO - SIS
6	Solicitud de certificacion	GNF-SIS
7	Aprobacion de certificacion	OGPPDO - SIS
8	Registra la factura y las vincula con las prestaciones consistenciadas y aprobadas para pago (en el aplicativo).	GNF -SIS
9	Realiza el compromiso presupuestal y ejecuta el pago via transferencia. posteriormente informa a Essalud la transferencia realizada	OGAR - SIS
10	Recepciona los Fondos del SIS y procede a transferir los mismos a las Redes Asistenciales de acuerdo a procedimiento establecido	Gerencia de Tesoreria/Sede Central
11	Recibe Transferencias por pago de prestaciones generadas en el marco del convenio y se comunica a OAS	RED ASISTENCIAL ESSALUD - UNIDAD DE FINANZAS



ANEXO N° 14
CUADRO DE EQUIVALENCIA DE PRESTACIONES Y SERVICIOS

GOBIERNO REGIONAL DE ICA					
N°	Descripción de la prestación (*)	CODIGO CPT	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO DE ATENCIÓN	Código de servicio en el cual se debe registrar esta prestación
1	Atención Prenatal	59401	Atención	Obstétrica	009
2	Parto inminente o no referible	59410	Atención	Médica	054
3	Atención inmediata de recién nacido	99464	Atención	Médica	054
4	Hospitalización paciente por día	99231	Hospitalización	Médica	065/067
5	Sangre oculta en heces (Thevenon)	82270	Examen	Biologo/ tecnólogo médico	071/056/054/062/065/067/055/009/066
6	Examen de Glicemia	82947	Examen	Biologo/ tecnólogo médico	071/056/054/062/066/067/055/068/009/065
7	Examen Hemograma (Recuento glóbulos rojos y fórmula)	85007	Examen	Biologo/ tecnólogo médico	071/056/054/062/066/067/055/068/009/065
8	Examen Hemoglobina	85018	Examen	Biologo/ tecnólogo médico	071/056/054/062/066/067/055/068/009/065
9	Tipificación sanguínea ABO (Grupo sanguíneo)	86900	Examen	Biologo/ tecnólogo médico	071/056/062/065/067/068/120
10	Tipificación sanguínea Rh (Factor RH)	86901	Examen	Biologo/ tecnólogo médico	071/056/062/065/067/068/120
11	Examen Citológico de PAP de Cérvix Uterino	88142	Examen	Biologo/ tecnólogo médico	71/056/009/024
12	Consulta Externa Médica no especializada	99201	Consulta	Médica	056
13	Consulta Externa Médica especializada (Cirugía, oftalmología, urología, pediatría, traumatología y ginecología)	99203	Consulta	Médica	056
14	Consejería en Salud Sexual y Reproductiva (Planificación Familiar)	99208	Sesión	Médica / Obstetiz	018
15	Atención de pacientes - Prioridad III	99282	Atención	Médica	062
16	Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año	99381	Atención	Enfermera	001
17	Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 1 a 4 años	99382	Atención	Enfermera	001
18	Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 5 a 11 años	99383	Atención	Enfermera	118/119
19	Consulta Odontostomatológica	D0150	Consulta	Odontológica	056
20	Aplicación tópica de flúor Niños (fluorización)	D1203	Sesión	Odontológica	021
21	Aplicación tópica de flúor Adultos (fluorización)	D1204	Sesión	Odontológica	021
22	Aplicación de Barniz de flúor	D1206	sesion	Odontológica	021
23	Detección y eliminación de Placa Bacteriana (incluye cepillo dental)	D1330	Sesión	Odontológica	020
24	Destartraje de tres piezas dentarias	D4341	Sesión	Odontológica	021

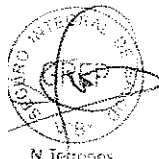
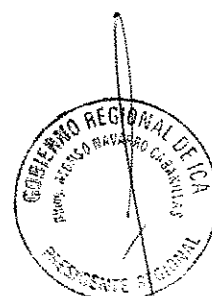


ANEXO N° 14 **CUADRO DE EQUIVALENCIA DE PRESTACIONES Y SERVICIOS**

RED ASISTENCIAL DE ESSALUD ICA					
N°	Descripción de la prestación (*)	CODIGO CPT	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO DE ATENCIÓN	Código de servicio en el cual se debe registrar esta
1	Endoscopia digestiva alta	91110	Procedimiento	Médico Especialista	071/056/062/065/067/068
2	Sesión. Compresas frías	97005	Procedimiento	Tecnólogo Médico y/o Técnico	200/056
3	Sesión. Diatermia	97006	Procedimiento	Tecnólogo Médico y/o Técnico	200/056
4	Sesión. Hidroterapia Tanque de Whirpool	97007	Procedimiento	Tecnólogo Médico y/o Técnico	200/056
5	Sesión. Electroterapia	97014	Procedimiento	Tecnólogo Médico y/o Técnico	200/056
6	Sesión. Aplicación de baño de parafina	97018	Procedimiento	Tecnólogo Médico y/o Técnico	200/056
7	Sesión. Aplicación de rayos infrarrojos	97026	Procedimiento	Tecnólogo Médico y/o Técnico	200/056
8	Sesión. Aplicación de ultrasonido	97035	Procedimiento	Tecnólogo Médico y/o Técnico	200/056
9	Sesión. Terapia kinesica 15 minutos	97110	Procedimiento	Tecnólogo Médico y/o Técnico	200/056
10	Sesión. Terapia kinesica 30 minutos	97799	Procedimiento	Tecnólogo Médico y/o Técnico	200/056
11	Consulta Externa Médica Especializada (Gastroenterología, Neurocirugía, Medicina Física y Rehabilitación)	99203	Consulta	Médica	056
12	Consulta Externa Médica Especializada Psiquiatría	99204	Consulta	Médica	056

LEYENDA

001	Control de crecimiento y desarrollo en menores entre 0 - 4 años	011	Exámenes de laboratorio completo de la gestante
118	Control de crecimiento y desarrollo en menores entre 5 - 9 años	013	Exámenes de ecografía obstétrica
119	Control de crecimiento y desarrollo en entre de 10 - 11 años	018	Salud reproductiva (planificación familiar)
005	Consejería nutricional para niñas o niños en riesgo nutricional y desnutrición	050	Atención inmediata del recién nacido normal
020	Salud Bucal	051	Internamiento del RN con patología no quirúrgica
021	Prevención de caries	052	Internamiento con intervención quirúrgica del RN
022	Detección de problemas en Salud Mental	054	Atención de parto vaginal
009	Atención prenatal	055	Cesárea
056	Consulta externa	066	Internamiento con intervención quirúrgica menor
059	Extracción dental (exodoncia)	067	Internamiento con intervención quirúrgica mayor
060	Atención extramural urbana y periurbana (Visita domiciliaria)	068	Internamiento con Estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)
075	Atención extramural rural (Visita domiciliaria)	070	Atención odontológica especializada
061	Atención en tópico	071	Apoyo al diagnóstico
062	Atención por emergencia	120	Procedimiento Terapéutico
064	Intervención medico-quirúrgica ambulatoria	200	Atención de rehabilitación (post fractura y/o post esguince)
065	Internamiento en EESS sin intervención quirúrgica	117	Traslado de Emergencia



ANEXO N° 15: FORMATO DE ATENCIÓN
(CARA ANTERIOR) PARA REGISTRO DE ATENCION DE PACIENTES ESSALUD EN
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL GOBIERNO REGIONAL

FORMATO UNICO DE ATENCION

NUMERO DE FORMATO			

CODIGO EQUIPO ASIST		NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO O EQUIPO ASIST QUE REALIZA LA ATENCION		RECONSIDERACION (*)																																																																																			
				N° FORMATO ATENCION PARA RECONSIDERACION																																																																																			
PLUMER CON AGUJA Y HILLO PARA RECONSIDERACION DE ATENCION																																																																																							
COMPONENTE		TIPO FORMATO DE ATENCION		CODIGO AFILIACION DISC REGION																																																																																			
<table border="1"> <tr> <td>MESEADO *</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>SEAL MESEADO *</td> <td>SI</td> </tr> </table>		MESEADO *	SI	SEAL MESEADO *	SI	<table border="1"> <tr> <td>TIPO</td> <td>NUMERO</td> </tr> <tr> <td>ANTIGUO</td> <td>NUMERO</td> </tr> </table>		TIPO	NUMERO	ANTIGUO	NUMERO	<table border="1"> <tr> <td>DISC</td> <td>NUMERO</td> </tr> <tr> <td>DISC</td> <td>NUMERO</td> </tr> </table>		DISC	NUMERO	DISC	NUMERO																																																																						
MESEADO *	SI																																																																																						
SEAL MESEADO *	SI																																																																																						
TIPO	NUMERO																																																																																						
ANTIGUO	NUMERO																																																																																						
DISC	NUMERO																																																																																						
DISC	NUMERO																																																																																						
		IDENTIFICACION		CODIGO DE AFILIACION DE SEGURO																																																																																			
		<table border="1"> <tr> <td>TD</td> <td>N° DOCUMENTO</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>(Se registra el DNI)</td> </tr> </table>		TD	N° DOCUMENTO	1	(Se registra el DNI)	<table border="1"> <tr> <td>INSTITUCION</td> <td>(la Red Asistencial de ESSALUD a la que pertenece)</td> </tr> <tr> <td>COD. SEGURO</td> <td>NO SE REGISTRA</td> </tr> </table>		INSTITUCION	(la Red Asistencial de ESSALUD a la que pertenece)	COD. SEGURO	NO SE REGISTRA																																																																										
TD	N° DOCUMENTO																																																																																						
1	(Se registra el DNI)																																																																																						
INSTITUCION	(la Red Asistencial de ESSALUD a la que pertenece)																																																																																						
COD. SEGURO	NO SE REGISTRA																																																																																						
* En caso de asistencia con otros establecimientos																																																																																							
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO																																																																																				
PRIMER NOMBRE			OTROS NOMBRES																																																																																				
FECHA DE NACIMIENTO		SEXO		ATENCIÓN																																																																																			
<table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		DIA	MES	AÑO				<table border="1"> <tr> <td>MASCULINO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>FEMENINO</td> <td></td> </tr> </table>		MASCULINO		FEMENINO		<table border="1"> <tr> <td>ACUCIATORIA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>REFERENCIA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>EMERGENCIA</td> <td></td> </tr> </table>		ACUCIATORIA		REFERENCIA		EMERGENCIA																																																																			
DIA	MES	AÑO																																																																																					
MASCULINO																																																																																							
FEMENINO																																																																																							
ACUCIATORIA																																																																																							
REFERENCIA																																																																																							
EMERGENCIA																																																																																							
FECHA DE ATENCION		HORA		LUGAR DE ATENCION																																																																																			
<table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		DIA	MES	AÑO				<table border="1"> <tr> <td>HORA</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>		HORA				<table border="1"> <tr> <td>INTRAMURAL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>EXTRAMURAL</td> <td></td> </tr> </table>		INTRAMURAL		EXTRAMURAL																																																																					
DIA	MES	AÑO																																																																																					
HORA																																																																																							
INTRAMURAL																																																																																							
EXTRAMURAL																																																																																							
PERSONAL QUE ATIENDE		LUGAR DE ENVIACION		N° DE HISTORIA CLINICA																																																																																			
<table border="1"> <tr> <td>DEL ESTABLECIMIENTO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>EXTRAMURAL ASIST</td> <td></td> </tr> </table>		DEL ESTABLECIMIENTO		EXTRAMURAL ASIST		<table border="1"> <tr> <td>DESTINO DE ENVIACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>		DESTINO DE ENVIACION				<table border="1"> <tr> <td>CODIGO DE ATENCION</td> <td>NOMBRE DEL EQUIPO ASIST QUE REFIRIO AL PACIENTE</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>		CODIGO DE ATENCION	NOMBRE DEL EQUIPO ASIST QUE REFIRIO AL PACIENTE																																																																								
DEL ESTABLECIMIENTO																																																																																							
EXTRAMURAL ASIST																																																																																							
DESTINO DE ENVIACION																																																																																							
CODIGO DE ATENCION	NOMBRE DEL EQUIPO ASIST QUE REFIRIO AL PACIENTE																																																																																						
DESTINO DEL ASISTIDO		CODIGO DE ATENCION		NOMBRE DEL EQUIPO ASIST QUE REFIRIO AL PACIENTE																																																																																			
<table border="1"> <tr> <td>ALTA</td> <td>CITADO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>		ALTA	CITADO			<table border="1"> <tr> <td>EMERGENCIA</td> <td>CONSULTA EXTERNA</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>		EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA			<table border="1"> <tr> <td>CONTRAREFERIDO</td> <td>FALLECIDO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>		CONTRAREFERIDO	FALLECIDO																																																																								
ALTA	CITADO																																																																																						
EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA																																																																																						
CONTRAREFERIDO	FALLECIDO																																																																																						
CODIGO DE REFERENCIA		ES AL QUE SE REFIERE CONTRAREFERIDO		NOMBRE DE REF. CONTRAREFER																																																																																			
SERVICIOS PRESTATOS		YACIENTES N° DORS																																																																																					
<table border="1"> <tr> <td>CTN (N)</td> <td>FEDE (N)</td> <td>TALLA (CM)</td> <td>CONSERVIA SUBCUTANEO (SI/NO)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EDAD GEM (AÑO)</td> <td>APGAR</td> <td>CONSERVIA TUBO (SI/NO)</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ALTURA (CENTIMETROS)</td> <td>ADMINISTR. VITAMINA K</td> <td>PROFILAXIS OCULAR (SI/NO)</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>P.A. (mmHg)</td> <td>ADMINISTR. SUPLENTE (SI/NO)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PSICOLOGIA (SI/NO)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ADMINISTR. OXIGENO (SI/NO)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		CTN (N)	FEDE (N)	TALLA (CM)	CONSERVIA SUBCUTANEO (SI/NO)					EDAD GEM (AÑO)	APGAR	CONSERVIA TUBO (SI/NO)						ALTURA (CENTIMETROS)	ADMINISTR. VITAMINA K	PROFILAXIS OCULAR (SI/NO)						P.A. (mmHg)	ADMINISTR. SUPLENTE (SI/NO)							PSICOLOGIA (SI/NO)								ADMINISTR. OXIGENO (SI/NO)								<table border="1"> <tr> <td>BCC</td> <td>INTUBACION</td> <td>ANTICOMARICA</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DPT</td> <td>PAROTID</td> <td>ANTIECTIMOC</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>APD</td> <td>ROBIDA</td> <td>ANTIECTIMOC</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ACA</td> <td>ROTAVIRUS</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>APR</td> <td>DE ADULTO (N° DORS)</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HYB</td> <td>PENTAVAL</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		BCC	INTUBACION	ANTICOMARICA				DPT	PAROTID	ANTIECTIMOC				APD	ROBIDA	ANTIECTIMOC				ACA	ROTAVIRUS					APR	DE ADULTO (N° DORS)					HYB	PENTAVAL				
CTN (N)	FEDE (N)	TALLA (CM)	CONSERVIA SUBCUTANEO (SI/NO)																																																																																				
EDAD GEM (AÑO)	APGAR	CONSERVIA TUBO (SI/NO)																																																																																					
ALTURA (CENTIMETROS)	ADMINISTR. VITAMINA K	PROFILAXIS OCULAR (SI/NO)																																																																																					
P.A. (mmHg)	ADMINISTR. SUPLENTE (SI/NO)																																																																																						
PSICOLOGIA (SI/NO)																																																																																							
ADMINISTR. OXIGENO (SI/NO)																																																																																							
BCC	INTUBACION	ANTICOMARICA																																																																																					
DPT	PAROTID	ANTIECTIMOC																																																																																					
APD	ROBIDA	ANTIECTIMOC																																																																																					
ACA	ROTAVIRUS																																																																																						
APR	DE ADULTO (N° DORS)																																																																																						
HYB	PENTAVAL																																																																																						
DIAGNOSTICOS																																																																																							
DESCRIPCION																																																																																							
<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						1	2	3	4	5																																																																													
1	2	3	4	5																																																																																			
<table border="1"> <tr> <td>TIPO DE</td> <td>CTE-18</td> <td>CTE-18</td> <td>TIPO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						TIPO DE	CTE-18	CTE-18	TIPO																																																																														
TIPO DE	CTE-18	CTE-18	TIPO																																																																																				
<table border="1"> <tr> <td>RESPONSABLE DE LA ATENCION</td> <td>ESPECIALIDAD</td> <td>RSE</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						RESPONSABLE DE LA ATENCION	ESPECIALIDAD	RSE																																																																															
RESPONSABLE DE LA ATENCION	ESPECIALIDAD	RSE																																																																																					
1. MANEJO 2. CUIDADO 3. PREVENCIÓN 4. EDUCACIÓN 5. ASISTENCIA 6. INVESTIGACIÓN 7. PROMOCIÓN 8. EDUCACIÓN 9. INVESTIGACIÓN 10. PROMOCIÓN 11. EDUCACIÓN 12. INVESTIGACIÓN 13. PROMOCIÓN 14. EDUCACIÓN 15. INVESTIGACIÓN 16. PROMOCIÓN 17. EDUCACIÓN 18. INVESTIGACIÓN 19. PROMOCIÓN 20. EDUCACIÓN 21. INVESTIGACIÓN 22. PROMOCIÓN 23. EDUCACIÓN 24. INVESTIGACIÓN 25. PROMOCIÓN 26. EDUCACIÓN 27. INVESTIGACIÓN 28. PROMOCIÓN 29. EDUCACIÓN 30. INVESTIGACIÓN 31. PROMOCIÓN 32. EDUCACIÓN 33. INVESTIGACIÓN 34. PROMOCIÓN 35. EDUCACIÓN 36. INVESTIGACIÓN 37. PROMOCIÓN 38. EDUCACIÓN 39. INVESTIGACIÓN 40. PROMOCIÓN 41. EDUCACIÓN 42. INVESTIGACIÓN 43. PROMOCIÓN 44. EDUCACIÓN 45. INVESTIGACIÓN 46. PROMOCIÓN 47. EDUCACIÓN 48. INVESTIGACIÓN 49. PROMOCIÓN 50. EDUCACIÓN 51. INVESTIGACIÓN 52. PROMOCIÓN 53. EDUCACIÓN 54. INVESTIGACIÓN 55. PROMOCIÓN 56. EDUCACIÓN 57. INVESTIGACIÓN 58. PROMOCIÓN 59. EDUCACIÓN 60. INVESTIGACIÓN 61. PROMOCIÓN 62. EDUCACIÓN 63. INVESTIGACIÓN 64. PROMOCIÓN 65. EDUCACIÓN 66. INVESTIGACIÓN 67. PROMOCIÓN 68. EDUCACIÓN 69. INVESTIGACIÓN 70. PROMOCIÓN 71. EDUCACIÓN 72. INVESTIGACIÓN 73. PROMOCIÓN 74. EDUCACIÓN 75. INVESTIGACIÓN 76. PROMOCIÓN 77. EDUCACIÓN 78. INVESTIGACIÓN 79. PROMOCIÓN 80. EDUCACIÓN 81. INVESTIGACIÓN 82. PROMOCIÓN 83. EDUCACIÓN 84. INVESTIGACIÓN 85. PROMOCIÓN 86. EDUCACIÓN 87. INVESTIGACIÓN 88. PROMOCIÓN 89. EDUCACIÓN 90. INVESTIGACIÓN 91. PROMOCIÓN 92. EDUCACIÓN 93. INVESTIGACIÓN 94. PROMOCIÓN 95. EDUCACIÓN 96. INVESTIGACIÓN 97. PROMOCIÓN 98. EDUCACIÓN 99. INVESTIGACIÓN 100. PROMOCIÓN																																																																																							
Firma y Sello del Responsable de la Atención																																																																																							
Firma del afilido o apoderado																																																																																							

LOS CAMPOS SEÑALADOS CON * NO SERAN REGISTRADOS EN CASO DE PACIENTES ESSALUD POR LOS ESTABLECIMIENTOS DEL GOBIERNO REGIONAL,
RESTO DE CAMPOS SERAN LLENADOS DE ACUERDO AL TIPO DE ATENCION
EN LOS FORMATOS DE ATENCION SE PODRAN INCLUIR LOS LOGOS DE LAS PARTES QUE HAN SUSCRITO LOS CONVENIOS



**TERAPÉUTICA. INSUMOS.
PROCEDIMIENTOS Y APOYO AL
DIAGNÓSTICO**

FORMATO DE ATENCIÓN N°

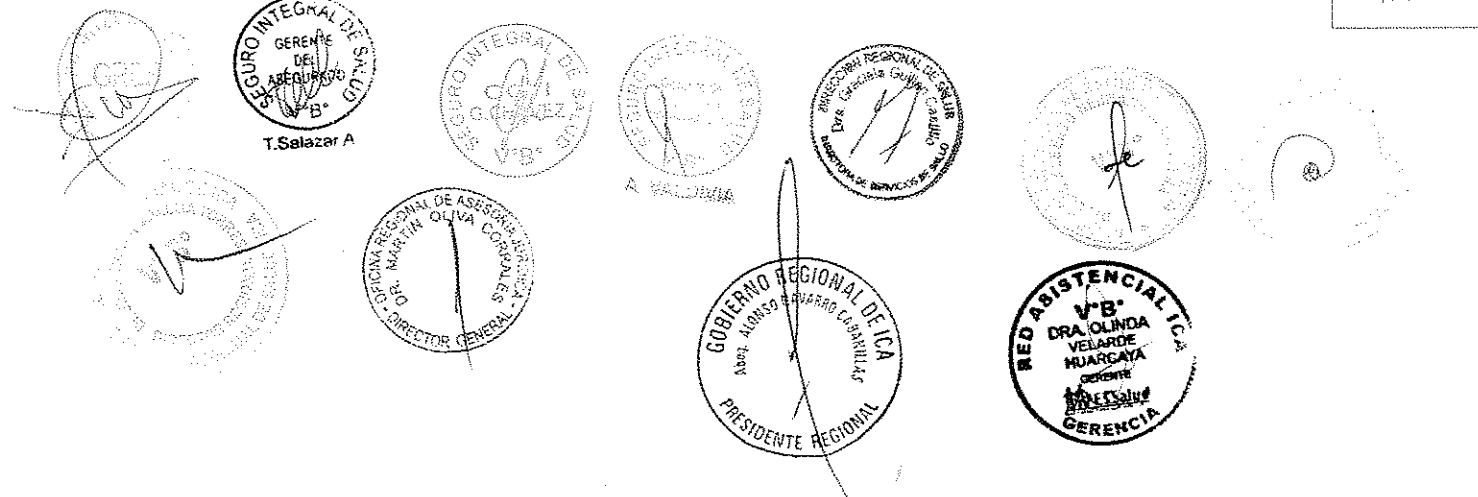
[illegible][illegible][illegible]

SUB COMPONENTE PRESTACIONAL (MEDICAMENTOS, INSUMOS Y/O PROCEDIMIENTOS)							
CÓDIGO	NOMBRE	IND/ PRES	EJE/ ENTR	DX	RES	N° TICKET	PO

OBSERVACIONES

Huella Digital del
Asegurado o
Apoderado

Sólo el registro de las DOS firmas y huella digital es señal de conformidad de que medicamentos y apoyo al diagnóstico fue otorgado al asegurado SIS. Es requisito para el Pago.



ANEXO N° 16: FORMATO DE ATENCIÓN
(CARA ANTERIOR) PARA REGISTRO DE ATENCION DE PACIENTES SIS EN CENTROS ASISTENCIALES DE ESSALUD

FORMATO UNICO DE ATENCION

NUMERO DE FORMATO				
X	-	X	-	X

CODIGO ES/EC/CP/ASPED		NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO O EQUIPO ASPED QUE REALIZA LA ATENCION	
X		X	

REGIMEN		CODIGO SELL/GOV/INS/REPCION		IDENTIFICACION	
ASISTIDO	X	DISATUBRESA	NUMERO	ID	N° DOCUMENTO
SEMICONTIBUTIVO	X	X	X	X	X

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
X		X	

PRIMER NOMBRE		OTROS NOMBRES	
X		X	

FECHA DE NACIMIENTO			SEXO		ATENCIÓN		N° DE HISTORIA CLINICA		CONCEPTO PRESTACIONAL		
DIA	MES	AÑO	MASCULINO	X	REFERENCIAL	X	X		ATENCIÓN DIRECTA	N° DE AUTORIZACIÓN	MONTO
X	X	X	FEMENINO	X	EMERGENCIA				AUTORIZACION UDR	X	X

FECHA DE ATENCION			HORA		CODIGO DEL SERVICIO		CODIGO ES/GO ASPED		NOMBRE DEL E.S. EQUIPO ASISTIDO OUY RELATIVO AL PACIENTE		N° REFERENCIA	
DIA	MES	AÑO					X		X		X	

DESTINO DEL ASEGURADO							
ALTA	CITADO	HOSPITALIZADO	EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA	APOYO AL DIAGNOSTICO	CONTRAREFERIDO	FALLECIDO

FECHA DE INGRESO		FECHA DE ALTA/FECHA DE CORTE (*)	
DIA	MES	AÑO	
		2	0

CODIGO DEL E.S.		E.S. AL QUE SE REFIERE/ CONTRAREFIERE		N° HOJA DE REF/ CONTRAREF.	

DIAGNOSTICO		DE INGRESO		DE EGRESO	
N°	DESCRIPCION	TIPO DA	CH - 10	CH - 10	TIPO
1		P	D	R	D
2		P	D	R	D
3		P	D	R	D

N° DNI		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION		N° COLGATURA	

RESPONSABLE DE LA ATENCION		CAPACIDAD		RNE	

Huella Digital del Asegurado o Apoderado

Firma y Sello del Responsable de la Atención

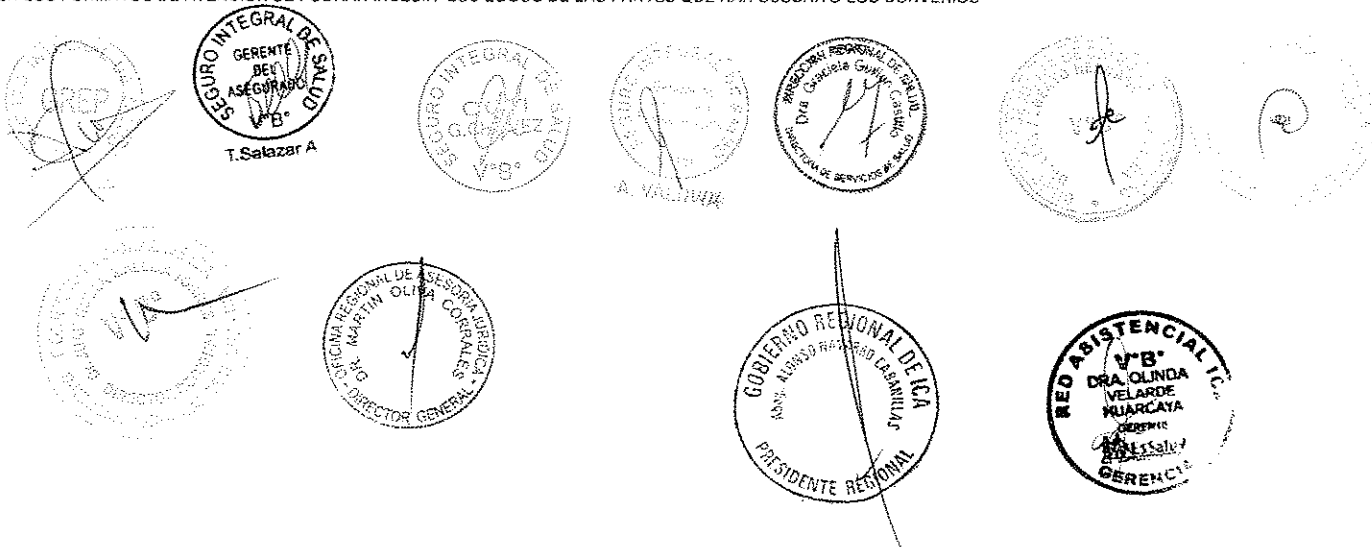
Firma del afiliado o apoderado

IMPRESO Y REGISTRO DE LA ATENCION EN EL REGISTRO DE ATENCION Y EN EL REGISTRO DE ATENCION EN EL REGISTRO DE ATENCION

(*) FECHA DE CORTE DE LA ATENCION: PARA CASOS DE PACIENTES CON ESTANCIAS PROLONGADAS DONDE ES NECESARIO HACER UN CORTE CON FINES DE LIQUIDACION

LOS CAMPOS MARCADOS CON X PODRAN SER GENERADOS DE FORMA AUTOMATICA ANTES DE LA ATENCION

EN LOS FORMATOS DE ATENCION SE PODRAN INCLUIR LOS LOGOS DE LAS PARTES QUE HAN SUSCRITO LOS CONVENIOS



(CARA POSTERIOR) PARA REGISTRO DE ATENCION DE PACIENTES SIS EN CENTROS ASISTENCIALES DE ESSALUD

[illegible]Huellas Digitales del
Asignado o Asignador

Firma y Sello del Responsable de Farmacia o Laboratorio

Sólo el registro de las DXN firmada y huella digital es señal de conformidad de que medicamentos y apoyo al diagnóstico fue otorgado al asegurado SIS. Es requisito para el Pago

REGISTRO POR LA UDR

VALIDACION PROFESIONAL

HERK

PRESTACION CONFORME

PRESTACION NO CONFORME

MARC AR CYN X

Firma y Sello del médico auditor de la UDR

DNI.

REGISTRO DE LAS NO CONFORMIDADES EN CASO DE SOLICITUD DE LEVANTAMIENTO

[illegible]

* NO APLICA SI LA NO CONFORMIDAD AFECTA TODA LA PRESTACION (EJEMPLO FALTA FIRMA Y HUELLA DIGNAL DEL PACIENTE)

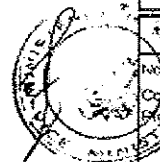
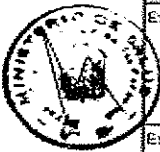
Firma y Sello del médico auditor
de la UDR
DNI

LAS FILAS DE MEDICAMENTOS, INSUMOS, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICO POR IMAGENES, LABORATORIO Y OBSERVACIONES PODRAN INCREMENTARSE SEGUN EL CONSUMO DE LA PRESTACION



ANEXO N° 17
Formato de Referencia

Ministerio de Salud Peruano por el bienestar de todos		HOJA DE REFERENCIA		N° 	
1. DATOS GENERALES					
Fecha	da 	me 	año 	Hora 	Asegurado: ☒ SI ☐ NO
				Tipa:	PLANES DE ATENCIÓN SIS A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐
Establecimiento de Origen de la Referencia 					
Establecimiento Destino de la Referencia 					
2. IDENTIFICACION DEL USUARIO					
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
					
Sexo	☐ F ☐ M	Edad	Años 	Meses 	Días
Dirección:		Distrito:		Departamento:	
					
3. RESUMEN DE HISTORIA CLINICA					
Anamnesis 					
					
Examen Físico T° P.A. F.R. F.C. 					
					
Exámenes Auxiliares 					
					
Diagnóstico 1° 2° 3° 					
Tratamiento 					
					
4. DATOS DE LA REFERENCIA					
Coordinación de la Referencia		UPS Destino de la Referencia:			
☐ Emergencia ☐ Consulta Externa ☐ Apoyo al Diagnóstico (Médico) ☐					
Fecha en que será atendido					
Hora en que será atendido					
Nombre de quien lo atiende					
Nombre con quien se coordinó la atención					
Especialidad de Destino:					
Pediatría ☐ Medicina ☐ Cirugía ☐ Gineco-Obst. ☐ Les. ☐ Imagen ☐ Otro ☐					
Condiciones del Paciente al Inicio del Traslado					
Estado ☐ Estable ☐ Mal Estado ☐					
Responsable de la RF		Responsable del Establecimiento		Personal que acompaña	
Nombre 		Nombre 		Nombre 	
Colegiatura 		Colegiatura 		Colegiatura 	
Profesión ☐ Médico ☐ Enfermero ☐ Obstetiz. ☐ Otro ☐		Profesión ☐ Médico ☐ Enfermero ☐ Obstetiz. ☐ Otro ☐		Profesión ☐ Médico ☐ Enfermera ☐ Obstetiz. ☐ Otro ☐	
Firma y Sello 		Firma y Sello 		Firma y Sello 	
					
Condiciones del Paciente a la Llegada al Establecimiento Destino de la Referencia					
☐ Estable ☐ Mal Estado ☐ Fallecido					



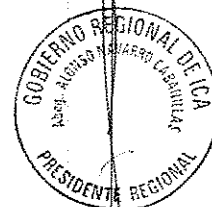
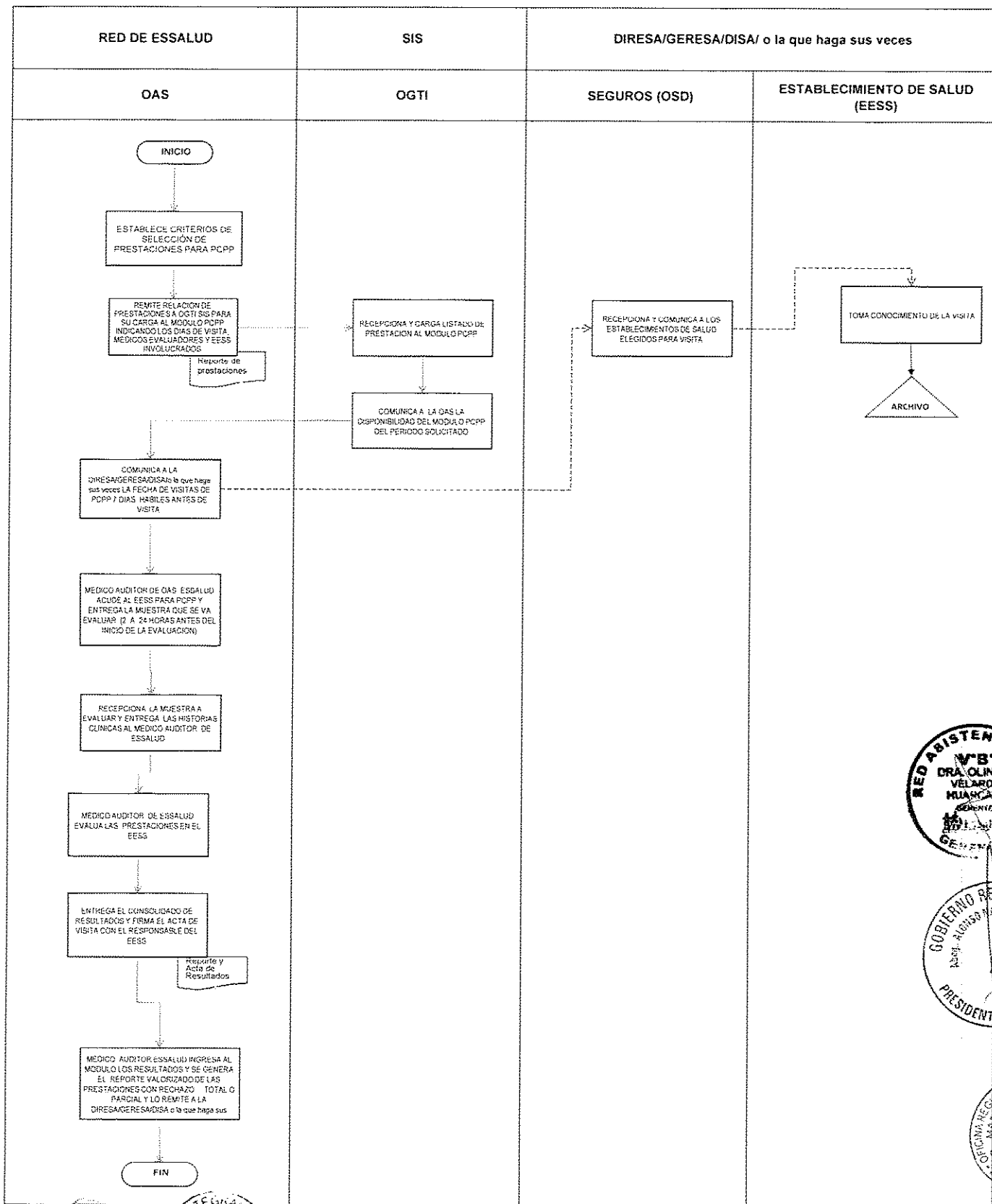
[illegible]

RED ASISTENCIAL
V.B.
DRA OLINDA
VELARDE
HUARACA
GERENTE
RED ESQUINA
GERENCIA

Subcomité de Control y Validación ESSALUD	ANEXO N° 18	Versión: 01
	Descripción del Proceso de Reconsideración de Prestaciones Observadas de pacientes afiliados a ESSALUD atendidos en los establecimientos de salud del GOBIERNO REGIONAL	Mes Año: 06-2013 Página: 1
Objetivo: Establecer las etapas del procedimiento de reconsideración de prestaciones observadas no conformes de asegurados de EsSalud atendidos en los establecimientos del GOBIERNO REGIONAL.		
Alcance: Es de aplicación obligatoria por los establecimientos del GOBIERNO REGIONAL (EES), Oficinas de Seguros de la DIRESA/GERESA/DISA/o la que haga sus veces (OSD), puntos de digitación/centros de digitación y Red Asistencial de EsSalud (OAS)		
N° Paso	Descripción de Acciones	Responsable
1	Genera el reporte de prestaciones observadas, producto del proceso de validación automática y de la supervisión médica electrónica y lo remite a la OSD.	OAS
2	Recepciona y distribuye reporte consolidado de prestaciones observadas a sus establecimientos de Salud involucrados (EES), para la evaluación y subsanación respectiva en el plazo de 30 días hábiles, el mismo que podrá ser ampliado por la Red Asistencial de ESSALUD previa coordinación y sustento.	OSD
3	Recepciona el reporte de las prestaciones observadas, para su evaluación y subsanación respectiva.	EES
4	Elabora el expediente por prestaciones observada con sustento de reconsideración el mismo que consta de los siguientes elementos: Fotocopia del FUA observado y Fotocopia del sustento de la reconsideración de ser el caso (HCL, Guía de práctica clínica, protocolos etc). En caso que el EES cuente con internet ingresará la solicitud de reconsideración al módulo de reconsideración y generará el reporte consolidado de prestaciones solicitadas para reconsideración y lo enviará en conjunto con los expedientes a la OSD. En caso que no cuente con internet enviará los expedientes al punto de digitación/Centro de digitación más cercano (UE, OSD, etc.) para que realice el ingreso de la solicitud de estas prestaciones observadas al módulo de reconsideración. Posteriormente los expedientes y el reporte consolidado serán también enviados a la OSD.	
5	Recepciona todos los reportes con los expedientes de reconsideración sustentados y los envía a la OAS previa coordinación.	OSD
6	Recepciona la solicitud de reconsideración con sustento para su evaluación correspondiente, para su conformidad o rechazo.	OAS
7	Evalúa si la <u>reconsideración reúne los sustentos</u> requeridos. En este caso se efectúa la reconsideración en el módulo SIASIS (reconsideración) y se comunica a la OSD y le entrega el reporte de resultados.	
8	Evalúa si la <u>reconsideración no reúne los sustentos</u> requeridos. En este caso se procede a rechazar a través del módulo de reconsideración de forma parcial o total según el caso (revisar anexo 3 de los convenios), comunicándole del proceso efectuado a la OSD.	
NOTA	De darse el caso los reportes de las prestaciones reconsideradas serán consolidados por la OSD, conjuntamente con los reportes de los resultados de los procesos de PCPP y validación prestacional (SA y SME) del mes de producción y se realizará una factura por Unidad Ejecutora, correspondiente con el monto resultante según la siguiente fórmula: MONTO A FACTURAR = (PRESTACIONES NO OBSERVADAS DEL SA Y SME + PRESTACIONES RECONSIDERADAS) - PRESTACIONES RECHAZADAS POR PCPP	

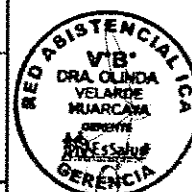


ANEXO N° 19: Proceso de Control Presencial Posterior de prestaciones (PCPP) otorgadas a pacientes afiliados a ESSALUD atendidos en los establecimientos de salud del GOBIERNO REGIONAL



2

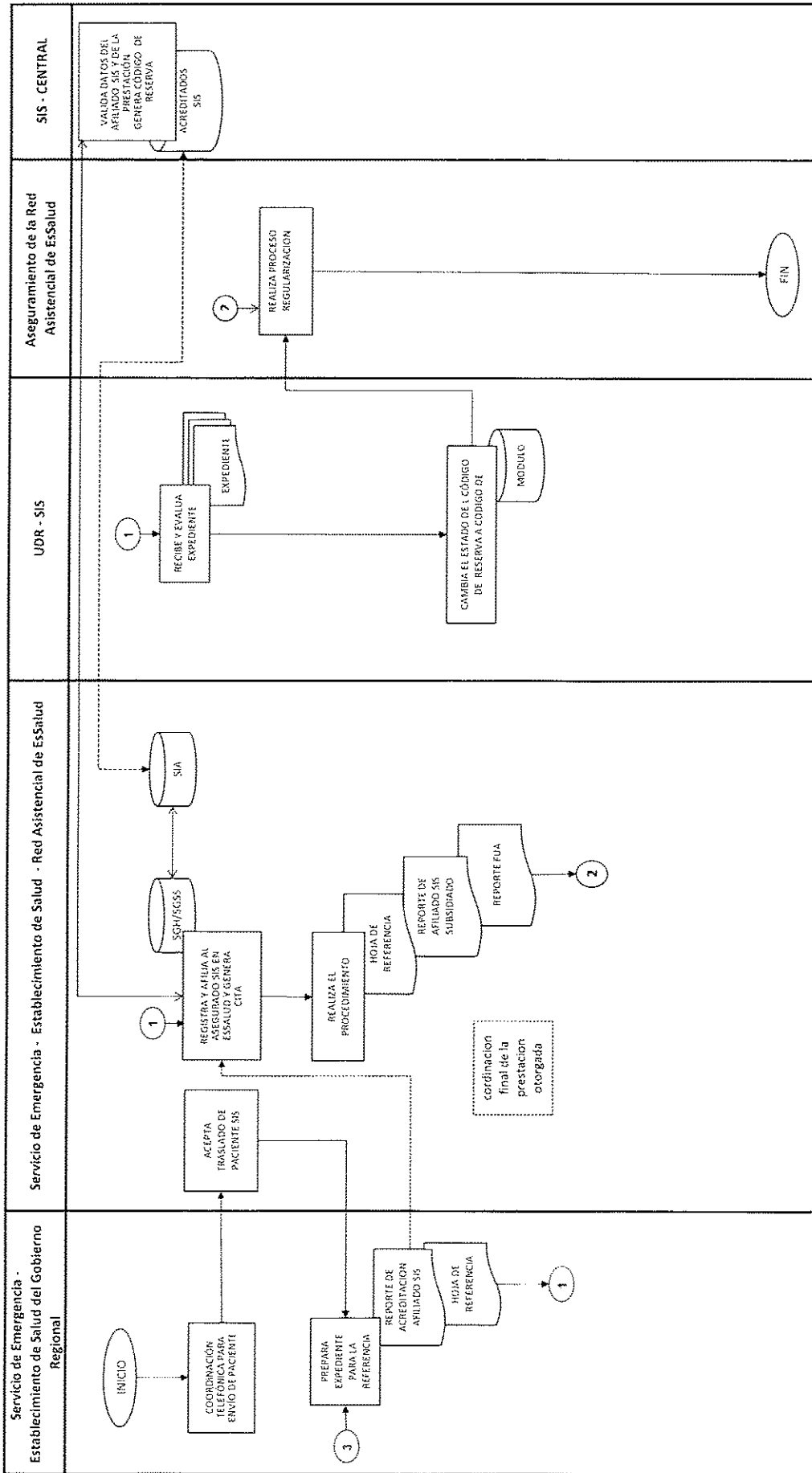
Subcomité de Control y Validación ESSALUD	ANEXO Nº 19	Versión: 01 Mes Año: 06-2013
	Descripción del Proceso de Control Presencial Posterior de prestaciones (PCPP) otorgadas a pacientes afiliados a ESSALUD atendidos en los establecimientos de salud del GOBIERNO REGIONAL	Página: 1
Objetivo: Establecer las etapas del Proceso de Control Presencial Posterior de prestaciones conformes y reconsideradas de prestaciones brindadas a los afiliados de EsSalud atendidos en los establecimientos del Gobierno Regional (EESS)		
Alcance: Oficina de Aseguramiento de la Red Asistencial de EsSalud (OAS), Oficina de Seguros de la DIRESA/GERESA/DISA/ o la que haga sus veces (OSD), EESS Oficina General de Tecnología de la Información del SIS (OGTI)		
Nº Paso	Descripción de Acciones	Responsable
1	Establece criterios de selección para la evaluación de las prestaciones (FUAS) por PCPP y remite relación de prestaciones a evaluar a la OGTI SIS.	OAS
2	Recepciona y carga el listado de prestaciones al módulo PCPP y comunica a las OAS la disponibilidad del módulo PCPP para el período solicitado.	OGTI
3	Comunica a la OSD a través de medio físico o electrónico, la fecha de visitas de PCPP 7 días hábiles antes de la visita.	OAS
4	Comunica al EESS de Salud seleccionados la fecha de las visitas, para que se tomen las previsiones del caso (programación del personal responsable de los EESS, del encargado de archivo, entre otros que permitan que el PCPP se realice sin problemas).	OSD
5	El médico auditor de la OAS acude al EESS seleccionado para PCPP, según visita programada y entrega la relación de prestaciones a evaluar (Nº FUA y Nº de HCL). Los plazos de entrega de la relación (muestra) es de 2 a 24 horas antes de la evaluación de las prestaciones.	OAS
6	Recepciona y entrega las Historias clínicas con sus respectivos FUAS (copia incluida en la HCL) al personal supervisor de ESSALUD.	EESS
7	El médico auditor de la OAS evalúa las prestaciones (FUA e HCL incluyendo anexos según el caso) en el EESS. Posteriormente consolida los resultados para la firma del Acta de visita de PCPP con el responsable (o encargado) del EESS. Las prestaciones que no superan la evaluación serán rechazadas de manera total o parcial según el caso, las mismas que serán consideradas para el descuento en el siguiente mes, en la factura que elaborará la Unidad Ejecutora.	OAS
8	El proceso termina con la firma del Acta de visita y el reporte de resultados que serán generados a través de módulo PCPP, siempre y cuando se cuente con disponibilidad de internet, de lo contrario estos (reporte y Acta) serán realizados de manera manual para luego ingresar los resultados al módulo PCPP y a su vez se genera los reportes valorizados de descuento.	OAS



NOTA	De darse el caso los reportes de descuento serán remitidos a la OSD para que se consolide con los reportes de los resultados de los procesos de validación prestacional (SA y SME) y Reconsideración del mes de producción, y se realizará una factura por Unidad Ejecutora correspondiente con el monto resultante según la siguiente fórmula: $\text{MONTO A FACTURAR} = (\text{PRESTACIONES NO OBSERVADAS DEL SA Y SME} + \text{PRESTACIONES RECONSIDERADAS}) - \text{PRESTACIONES RECHAZADAS POR PCPP}$
------	--

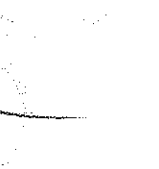
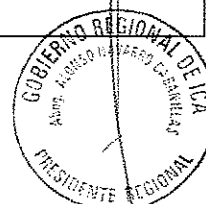


Anexo N° 20: Proceso de Acreditación, Autorización y Referencias para casos de Emergencia (Pacientes SIS a EsSalud)

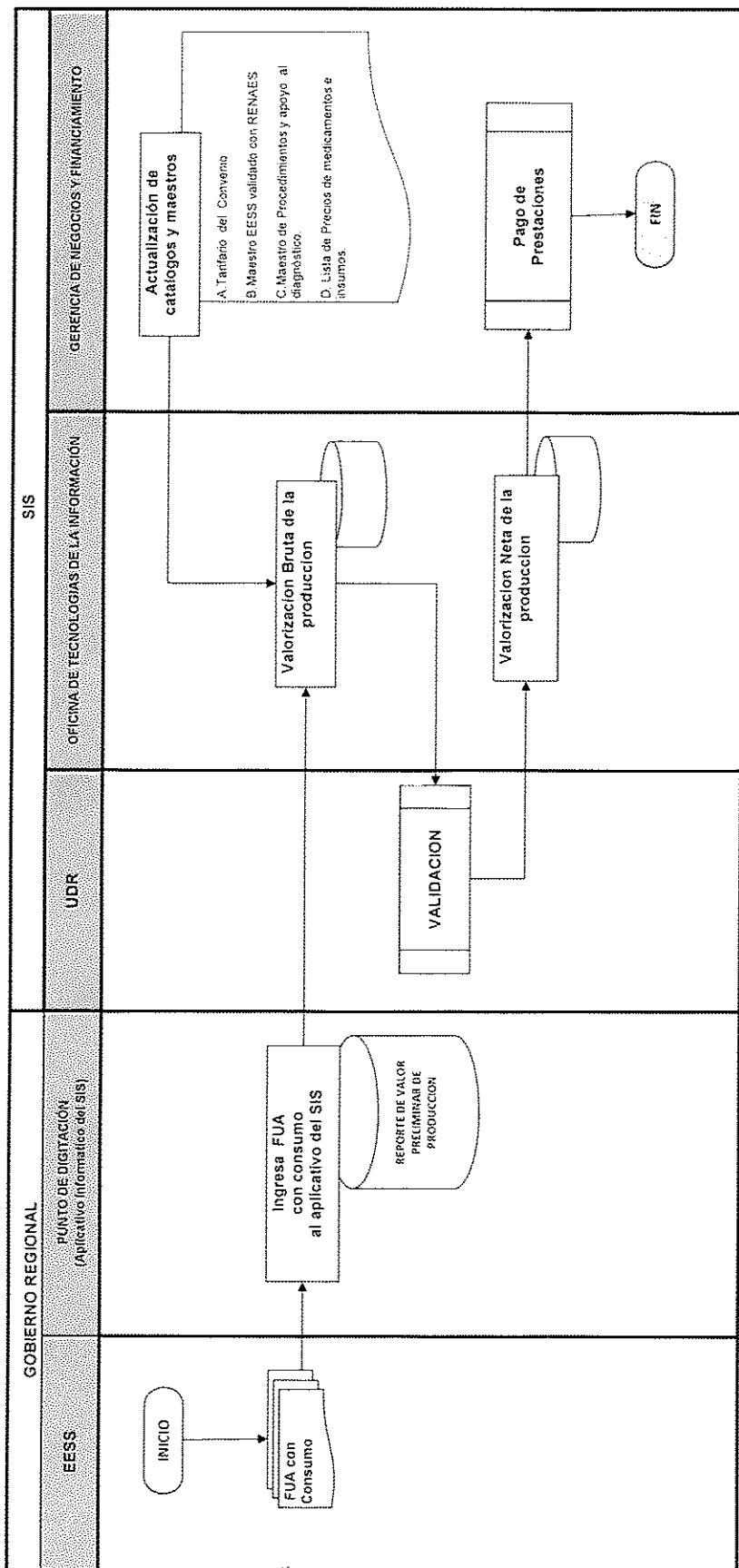


OFICINA CENTRAL DE TECNOLOGÍA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES ESSALUD OFICINA GENERAL DE TECNOLOGIA DE LA INFORMACION SIS	ANEXO Nº 20	Versión: 01 Mes Año: 05-2013 Página: 1
	Descripción del procedimiento de acreditación, autorización y referencias para casos de Emergencia de pacientes asegurados SIS atendidos en la Red Asistencial EsSalud	
Objetivo: Estandarizar el procedimiento de acreditación, autorización y regularización de los afiliados SIS atendidos por el servicio de Emergencia en la Red Asistencial de ESSALUD.		
Alcance: Establecimientos de salud del Gobierno Regional (DIRESA), Unidad Desconcentrada Regional del SIS (UDR SIS) y RED Asistencial de ESSALUD		
N° Paso	Descripción de Acciones	Responsable
1	Coordina con el servicio de Emergencia del Establecimiento de Salud de la Red Asistencia EsSalud para la atención del paciente.	Servicio de Emergencia del Establecimiento de Salud del Gobierno Reginal.
2	Acepta el traslado del paciente SIS al establecimiento de la Red Asistencial EsSalud	Servicio de Emergencia del Establecimiento de Salud de la Red Asistencial de EsSalud.
3	Prepara expediente con hoja de Referencia y reporte de afiliado SIS, procede al traslado hacia el servicio de emergencia de la Red Asistencial EsSalud. Reserva una copia del expediente para el envío a la UDR SIS.	Personal del Servicio de Emergencia del Establecimiento de Salud del Gobierno Reginal.
4	Registra el DNI del afiliado SIS y el código CPT, en el SGH/SGSS, indicado en la hoja de referencia. Recibe la confirmación a través del código de reserva que el SIS envía para casos de emergencia. Ingresa la afiliación del asegurado SIS en los sistemas de ESSALUD y registra la Cita para la atención. Imprime el FUA (2 copias).	Terminalista - Emergencia de la Red Asistencial de EsSalud
5	Recepciona expediente enviado por el establecimiento del Gobierno Regional y lo evalúa. Cambia el estado del código de reserva a autorizado, a través del módulo del SIS vía WEB, que de forma automática envía la información a ESSALUD sobre las prestaciones autorizadas y rechazadas de darse el caso. En caso de rechazo el establecimiento de salud origen de la referencia asumirá el costo de la atención. La UDR comunicará los resultados de su evaluación al establecimiento origen de la referencia.	Médico Supervisor de la UDR SIS
6	La Oficina de Aseguramiento de la Red Asistencial EsSalud, recepciona el expediente físico enviado por el área prestacional que otorgó el servicio y verifica el envío de la trama de autorización del SIS, realiza y/o coordina el proceso de control previo y finaliza.	Área de Aseguramiento de la Red Asistencial de EsSalud.

Gerencia Central de Aseguramiento = GCAS
Oficina Central de Tecnología de Información y Comunicaciones = OCTIC de ESSALUD.
Oficina -general de Tecnología de la Información del SIS = OGTI
Unidad Desconcentrada Regional del SIS = UDR



ANEXO N° 21: Procedimiento de valorización



[Firma]

SEGURO INTEGRAL DE SALUD
GERENTE DEL SEGURO
V.B.
T. Salazar A.

SEGURO INTEGRAL DE SALUD
V.B. DÍAZ

SECRETARÍA DE SALUD
V.B. GALINDA

SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
V.B. GALINDA

[Firma]

SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
V.B. GALINDA

OFICINA REGIONAL DE ASESORIA JURÍDICA
V.B. GALINDA
DIRECTOR GENERAL

GOBIERNO REGIONAL DE ICA
ABD. ALONSO NAVARRO CABALLEROS
PRESIDENTE REGIONAL

RED ASISTENCIAL ICA
V.B. GALINDA
ORAL OLINDA VELARDE HUARCAYA
GERENTE