

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

Conste por el presente documento el Convenio Específico de Cooperación Interinstitucional que suscriben, el **GOBIERNO REGIONAL DE SAN MARTÍN**, con RUC N° 20531375808, con domicilio en Calle Aeropuerto N° 150, Distrito de Moyobamba, Provincia de Moyobamba, Departamento de San Martín, debidamente representado por su Presidente Regional **Señor CÉSAR VILLANUEVA ARÉVALO**, identificado con DNI N° 09864047 elegido y reconocido mediante Credencial 20-12-2010- Registro 568, al que en adelante se le denominará, **GOBIERNO REGIONAL**, el **SEGURO SOCIAL DE SALUD - Red Asistencial Tarapoto**, con RUC N° 20131257750, con domicilio en Jirón Ramírez Hurtado N° 220, Distrito de Tarapoto, Provincia de San Martín, Departamento de San Martín, debidamente representada por el Director de la Red Asistencial Tarapoto, Médico **JUAN MARTÍN RUIZ SOTO**, identificado con DNI N° 00964236, facultado para celebrar el presente Convenio Específico mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 137-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 Calle Carlos Gonzáles N° 212, Urbanización Maranga, Distrito de San Miguel, Provincia de Lima, Departamento de Lima, debidamente representado por su Jefe, Médico **Pedro Fidel Grillo Rojas**, identificado con DNI N° 09644064, encargado 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".
24. Resolución Ministerial N° 474-2005, que aprueba la Norma Técnica N° 029-MINSA/DGSP auditoria de calidad.
25. Resolución Ministerial N° 601-2007-MINSA, que aprueba el documento técnico Plan de Implementación de la Norma Técnica de auditoria de la calidad de atención en 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 05 de junio del 2013, el **GOBIERNO REGIONAL** y **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 San Martín, a través de actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención recuperativa.

Con fecha 05 de mayo de 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:



P. Grillo



I. Zanetti

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.



G. CHAVEZ



A. VALDIVIA

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 de **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 **ESSALUD** de las Provincias de El Dorado y Picota de la Región San Martín, a través de los Establecimientos de Salud del **GOBIERNO REGIONAL** y de **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 Hospital II Tarapoto - ESSALUD y Establecimientos de Salud del **GOBIERNO REGIONAL**, Hospital Rural de San José de Sisa y el Hospital Rural de Picota, 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 prescritos deben de contar con el control de calidad que garantice su 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 **ESSALUD**, de acuerdo a las tarifas adjuntas al presente Convenio, detallados 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



P. Grillo



I. Zanetti



N. Terro



T. Salazar A



VºBº



A. VALDIVIA

DIGEMID). Las prestaciones tarifadas con pago por consumo, se encuentran detalladas en el Anexo 3.

Los costos que origine la atención de los asegurados del **SIS** en el Hospital II Tarapoto - ESSALUD, serán cubiertos en su totalidad por el **SIS**, de acuerdo a las tarifas adjuntas al presente Convenio, detalladas en 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 el Director de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**, el Director de la Dirección Regional de Salud de San Martín - DIRESA y los Gerentes Sub - Regionales del **GOBIERNO REGIONAL**, el Jefe Adjunto del **SIS** y la Representante de la Unidad Desconcentrada Regional del **SIS** – UDR San Martín.

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 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 PARA 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**, 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.

La **DIRESA** San Martín distribuirá la información de acreditación y códigos de autorización a los Establecimientos de Salud y puntos/centros de digitación de su jurisdicción.

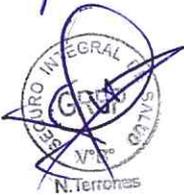
Esta información será actualizada según el proceso adjunto al presente Convenio detallado en el Anexo N° 6.



P. Grillo



I. Zanetti



N. Terrones



T. Salazar A.



A. VALDIVIA

Asimismo, la DIRESA se obliga a fortalecer sus Oficinas de Seguros en los Establecimientos de Salud con los recursos tecnológicos factibles necesarios (equipos de cómputo, software y servicios de internet, entre otros), para el adecuado funcionamiento de los procesos de acreditación y atención.

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

- **Acreditación de los asegurados SIS para recibir prestaciones 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 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 hábil posterior a la situación de emergencia, según el proceso adjunto al presente Convenio (Anexo 20). 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 resolutive, serán referidos al Hospital II Tarapoto - **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



P. Grillo



I. Zanetti



N. Terrones



T. Salazar A



G. CHAVEZ



A. VALDIVIA



Emergencias, de ser el caso, y se empleará el formato de referencia, adjunto al Anexo 17 del presente convenio.

- **Referencia de beneficiarios del SIS:**

Los pacientes asegurados acreditados y autorizados del **SIS**, que requieran las prestaciones contempladas en el presente Convenio, serán referidos a 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 al Anexo 7 del presente convenio.



P. Grillo



L. Zanetti



T. Salazar A.



A. VALDIVIA

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 la **RED ASISTENCIAL 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 digitado en el punto de digitación de la **DIRESA**, deberá 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 adjunto en el Anexo 17, de los cuales sea objeto el paciente, quedarán incorporados en la Historia Clínica.

El Hospital **II Tarapoto -ESSALUD** está obligado 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.

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** (ARFSIS). **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 remitidos adjuntos 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.

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.



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 (03) 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.

CLAUSULA DÉCIMO CUARTA: DEL CONTROL Y VALIDACIÓN DE LAS PRESTACIONES

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

Los Médicos Auditores y/o supervisores designados por el **SIS, ESSALUD** y el **GOBIERNO REGIONAL** serán los encargados de realizar las actividades del proceso de control del intercambio prestacional.

Entre otras actividades de control 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 Auditores consideren pertinentes durante el desarrollo del presente convenio.



P. Grillo

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 San Martín, o a la Red Asistencial Tarapoto - **ESSALUD** para su respectiva evaluación y se gestione el pago correspondiente de ser el caso.



M. Terrones

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. Asimismo, 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.



T. Salazar A.

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.



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 de los procesos detallados en los Anexos 12, 13 y 21.



A. VALDIVIA

- **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 consistenciadas 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 San Martín. Posteriormente, en un plazo máximo de 45 días



I. Zanetti

calendarios de recibida la factura el **SIS** hará el pago correspondiente a nombre de **ESSALUD** especificando el domicilio fiscal de la Sede de **ESSALUD** Central.

- **Procedimiento 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 **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD** para el pago según proceso previamente establecido en el 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 30 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.



P. Grillo



I. Zanetti



N. Vergara



T. Salazar



CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA: DE LA CONFIDENCIALIDAD

Los Establecimientos de Salud del **GOBIERNO REGIONAL** y el Hospital II Tarapoto – **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, 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 Especifico será de dos (02) años, pudiendo renovarse automáticamente, por el mismo período, 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 **ESSALUD** se encuentran obligados a realizar los pagos correspondientes por aquellas prestaciones que se brindaron en el proceso 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



A. VALDIVIA

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 Específico, serán remitidos oportunamente a la SUNASA, para los fines de su competencia.

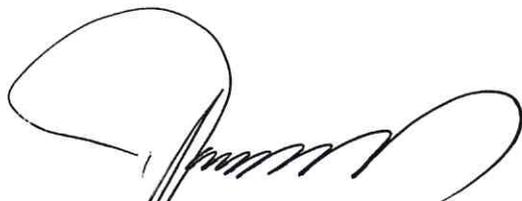
CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA: DE LOS ANEXOS

El presente Convenio Específico 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 Específico 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 _____, a los _____ días del mes de _____ del año dos mil trece.



Sr. CÉSAR VILLANUEVA AREVALO
Presidente
Gobierno Regional de San Martín



Med. PEDRO FIDEL GRILLO ROJAS
Jefe
Seguro Integral de Salud



Med. JUAN MARTIN RUIZ SOTO
DIRECTOR
Red Asistencial Tarapoto - 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 **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 SAN MARTÍN					
Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	PROVINCIA	DISTRITO	RENAES	CATEGORIA
1	Rural de Picota	Picota	Picota	6457	I-4
2	San José de Sisa	El Dorado	San José de Sisa	6485	I-4

ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE LA RED ASISTENCIAL ESSALUD TARAPOTO					
Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	PROVINCIA	DISTRITO	RENAES	CATEGORIA
1	Hospital II Tarapoto	San Martin	Tarapoto	16480	



ANEXO N° 02

Listado de Prestaciones a intercambiar en la Región San Martín (Tarapoto)

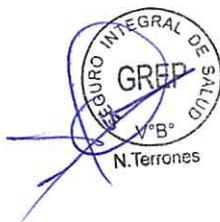
OFERTA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL GOBIERNO REGIONAL				
N°	DESCRIPCION DE LA PRESTACION	CODIGO CPT	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO DE ATENCIÓN
1	Atención Prenatal	59401	Atención	Obstétrica
2	Parto inminente o no referible	59410	Atención	Médica
3	Atención inmediata de recién nacido	99464	Atención	Médica
4	Hospitalización paciente por día	99231	Hospitalización	Médica
5	Ecografía abdominal completa	76700	Procedimiento	Médica
6	Ecografía obstétrica I trimestre	76801	Procedimiento	Médica
7	Ecografía obstétrica II trimestre	76805	Procedimiento	Médica
8	Ecografía obstétrica abdominal y evaluación fetal	76811	Procedimiento	Médica
9	Análisis de orina por tira de análisis o reactivo en tableta, con microscopía	81000	Examen	Biologo/ tecnologo médico
10	Sangre oculta en heces (Thevenon)	82270	Examen	Biologo/ tecnologo médico
11	Examen de Colesterol Total	82465	Examen	Biologo/ tecnologo médico
12	Creatinina sérica	82565	Examen	Biologo/ tecnologo médico
13	Examen de Glicemia	82947	Examen	Biologo/ tecnologo médico
14	Examen Triglicéridos	84478	Examen	Biologo/ tecnologo médico
15	Test cualitativo para sífilis	86592	Examen	Biologo/ tecnologo médico
16	Test de GRAHAM	87172	Examen	Biologo/ tecnologo médico
17	Examen Seriado Parasitológico por tres muestras en heces	87177	Examen	Biologo/ tecnologo médico
18	Examen Citológico de PAP de Cérvix Uterino	88142	Examen	Médica/obstétrica
19	Vacuna BCG Recien nacidos según esquema nacional de vacunación vigente)	90585	Atención	Enfermería
20	Vacuna contra la influenza, virus de la división, cuando se administra a los niños 6-35 meses de edad, para uso intramuscular (según esquema nacional de vacunación vigente)	90657	Atención	Enfermería
21	Vacuna contra la gripe, virus de la división, cuando se administra a las personas de 3 años de edad y mayores, para uso intramuscular (según esquema nacional de vacunación vigente)	90658	Atención	Enfermería
22	Vacuna Neumococo a partir del 3er mes, según esquema nacional de vacunación vigente	90669	Atención	Enfermería
23	Vacuna Rotavirus (desde los 2 meses hasta los 6 meses según esquema nacional de vacunación vigente)	90681	Atención	Enfermería
24	Vacuna DPT, uso IM (se aplica en niños menores de 5 años según esquema nacional de vacunación vigente)	90701	Atención	Enfermería
25	Vacuna SPR, uso subcutáneo (desde los 12 meses hasta los 4 años, 11 meses y 29 días según esquema nacional de vacunación vigente)	90707	Atención	Enfermería
26	Vacuna SR, uso subcutáneo (En mayores de 5 años, según esquema nacional de vacunación vigente)	90708	Atención	Enfermería
27	Vacuna anti polio, uso oral (desde los 2 meses hasta los 4 años, 11 meses y 29 días según esquema nacional de vacunación vigente)	90712	Atención	Enfermería
28	Vacuna DT mayores de 10 años según esquemanacional de vacunación vigente.	90714	Atención	Enfermería
29	Vacuna contra la fiebre amarilla, uso IM (a partir de los 15 meses según esquema nacional de vacunación vigente)	90717	Atención	Enfermería
30	Vacunas Pentavalente (DPT + HiB + HVB) (desde los 2 meses hasta los 4 años, 11 meses y 29 días según esquema nacional de vacunación vigente)	90723	Atención	Enfermería
31	Administración de vacuna contra la hepatitis B para población pediátrica y adolescente (En recién nacidos, en niños mayores de 5 años y adolescentes según esquema nacional de vacunación vigente)	90744	Atención	Enfermería
32	Vacuna hepatitis B adultos (según esquema nacional de vacunación vigente)	90746	Atención	Enfermería
33	Consulta Externa Médica no especializada	99201	Consulta	Médica
34	Consulta Externa Médica especializada	99203	Consulta	Médica
35	Consulta en Salud Sexual y Reproductiva (Planificación Familiar)	99208	Sesión	Médica / Obstetrix
36	Atención de Pacientes - Prioridad III	99282	Atención	Médica



37	Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año	99381	Atención	Enfermera
38	Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 1 a 4 años	99382	Atención	Enfermera
39	Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 5 a 11 años	99383	Atención	Enfermera
40	Consulta Odontoestomatológica	D0150	Consulta	Odontológica
41	Aplicación tópica de flúor Niños (fluorización)	D1203	Sesión	Odontológica
42	Aplicación tópica de flúor Adultos (fluorización)	D1204	Sesión	Odontológica
43	Detección y eliminación de Placa Bacteriana (incluye cepillo dental)	D1330	Sesión	Odontológica
44	Destartraje de tres piezas dentarias	D4341	Sesión	Odontológica



T. Salazar A.



N. Terrones

ANEXO N° 02

Listado de Prestaciones a intercambiar en la Región San Martín (Tarapoto)

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	Mamografía Unilateral Digital	77055	Procedimiento	Tecnologo médico/Médica especializada
2	Mamografía Bilateral Digital	77056	Procedimiento	Tecnologo médico/Médica especializada
3	Mamografía Bilateral de tamizaje	77057	Procedimiento	Tecnologo médico/Médica especializada



DEFINICIONES OPERACIONALES PARA EL INTERCAMBIO PRESTACIONAL

- 1. Atención Prenatal:** Es la atención profesional 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 y puerperio que permita la identificación de signos de alarma. En la etapa prenatal examina, diagnóstica, prescribe y administra tratamiento que su profesión lo faculta.
Esta actividad está referida al Control/Evaluación/Consejería, en la gestante. Se enfatiza la educación y consejería para todas las acciones de tamizaje de ITS y VIH-SIDA.
- 2. Parto inminente o no referible:** Es la atención que se brinda a la gestante, cuando acude al establecimiento de salud en periodo expulsivo, en alumbramiento o en puerperio inmediato; aplica también en casos de limitada accesibilidad para la referencia y se podrá atender a la gestante si llega en fase activa del trabajo de parto (periodo de Dilatación).
- 3. 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.
- 4. Internamiento en establecimiento:** 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.
- 5. Ecografía Abdominal.-** Es el procedimiento de ayuda al diagnóstico por imágenes que emplea ondas ultrasónicas. El procedimiento incluye el examen, la interpretación y el informe.

- **Examen de ecografía obstétrica abdominal**

- Ecografía obstétrica I trimestre
- Ecografía obstétrica II trimestre

- **Otras ecografías.-** Incluye las ecografías transvaginal que es un tipo de ecografía de la pelvis que se utiliza para examinar los órganos genitales de una mujer, incluyendo el útero, los ovarios, el cuello uterino y la vagina; y otras de acuerdo a su capacidad resolutive.

- 6. Otras ecografías.-** Incluye las ecografías transvaginal que es un tipo de ecografía de la pelvis que se utiliza para examinar los órganos genitales de una mujer, incluyendo el útero, los ovarios, el cuello uterino y la vagina; y otras de acuerdo a su capacidad resolutive.

- 7. Laboratorio y Patología Clínica**

Exámenes específicos

- Examen de Colesterol total.- Es una medida aproximada de todo el colesterol en sangre.
- Examen Glicemia.- Es la determinación del nivel de glucosa en sangre.
- Examen de Thevenon en heces.- Es un estudio se realiza para detectar la presencia de sangre oculta en las heces que puede proceder de cualquier nivel del tubo digestivo



tratamiento, monitoreo, seguimiento, orientación, de pacientes con condiciones clínicas y/o exposición a riesgos que se brinda en el Centro Asistencial. Tiempo de duración es en promedio de 15 minutos.

12. Consejería en Salud Sexual y Reproductiva: Es la técnica educativa individual (mujer entre 18 y 49 años) ó de pareja orientada a aspectos de protección ante embarazos no deseados, brindada como un proceso para tomar decisiones informadas, voluntarias y responsables acerca de su fecundidad. Comprende información sobre:

- a. Métodos Dispositivo Intrauterino (DIU)
- b. Métodos naturales
- c. Métodos de barrera
- d. Métodos hormonales.

Esta consejería incluye la prescripción y dispensación del método elegido.
Tiempo de duración: 20 minutos.

13. Atención Emergencia (Prioridad III): Es la atención que se brinda a aquellos pacientes que no presentan riesgo de muerte ni secuelas invalidantes. Amerita atención en tópico de emergencia

14. 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 la consejería integral ni sesiones de estimulación temprana.

Esquema de Periodicidad de Controles de la niña y niño menor de cinco años		
Edad	Concentración	Periodicidad
Recién nacido	2	7 y 15 días de vida.
De 01 a 11 meses	11	1m, 2m, 3m, 4m, 5m, 6m, 7m, 8m y 9m, 10m y 11 m
De 12 a 23 meses	6	12m, 14m, 16m, 18m, 20m, 22 meses.
De 24 a 59 meses	12 (4 por año)	24m, 27m, 30m, 33m, 36m, 39m, 42m, 45 m, 48m, 51m, 54m y 57 meses.

15. Consulta Odontoestomatológica: Atención ambulatoria otorgada al asegurado, realizada por el cirujano dentista, en el establecimiento de salud, comprende un conjunto de actividades y procedimientos que realiza el cirujano dentista, con fines de promoción, prevención, recuperación y/o rehabilitación de la Salud Bucal a través del examen odontológico y su registro en la historia clínica, ficha estomatológica (anual), registro del odontograma con la finalidad de diagnosticar tempranamente patologías bucales, determinar factores de riesgo odonto-estomatológicos, definición del riesgo bucal (CPOD-cpod), plan de tratamiento odonto-estomatológico, educación/consejería en Salud oral, entre otros para lo cual se deberá contar con el equipamiento e insumos necesarios para tal fin.
Duración: 20 min.

16. Fluorización: Es un procedimiento odontológico de tipo ambulatorio otorgada al asegurado en el establecimiento de salud que cuente con profesional cirujano



T. Salazar A.

herramienta para el descubrimiento de lesiones tumorales, imposibles de sentir a la palpación

- **Mamografía Digital.**-También llamada mamografía digital de campo completo (MDCC), es un sistema de mamografía en el que la película de rayos x es reemplazada por detectores en estado sólido que transforman los rayos x en señales eléctricas. Estos detectores son similares a los que tienen las cámaras digitales. Las señales eléctricas se utilizan para producir imágenes de las mamas que pueden verse en una pantalla de computadora o impresas en una película especial similar a los mamogramos convencionales.

Fuente:

Lineamientos de Programación de Prestaciones de Salud 2013

Norma Técnica de Salud 087/MINSA DGSP.V.01 aprobada con RM N° 990-2010

Documento fuente: Libro de Registro manual o electrónico / Informe de producción

Resolución Ministerial N° 226-2011/MINSA



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

TARIFAS DEL GOBIERNO REGIONAL DE SAN MARTIN - TARAPOTO				
N°	CODIGO CPT	DESCRIPCION DE LA PRESTACION	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	76700	Ecografía abdominal completa	16.23	No
6	76801	Ecografía obstétrica I trimestre	16.27	No
7	76805	Ecografía obstétrica II trimestre	20.21	No
8	76811	Ecografía obstétrica abdominal y evaluación fetal	16.27	No
9	81000	Análisis de orina por tira de análisis o reactivo en tableta, con microscopía	4.62	No
10	82270	Sangre oculta en heces (Thevenon)	3.96	No
11	82465	Examen de Colesterol Total	4.40	No
12	82565	Creatinina sérica	4.35	No
13	82947	Examen de Glicemia	4.03	No
14	84478	Examen Triglicéridos	4.82	No
15	86592	Test cualitativo para sífilis	9.98	No
16	87172	Test de GRAHAM	3.12	No
17	87177	Examen Seriado Parasitológico por tres muestras en heces	8.76	No
18	88142	Examen Citológico de PAP de Cérvix Uterino	18.79	No
19	90585	Vacuna BCG Recien nacidos según esquema nacional de vacunación vigente)	3.10	Si
20	90657	Vacuna contra la influenza, virus de la división, cuando se administra a los niños 6-35 meses de edad, para uso intramuscular (según esquema nacional de vacunación vigente)	3.10	Si
21	90658	Vacuna contra la gripe, virus de la división, cuando se administra a las personas de 3 años de edad y mayores, para uso intramuscular (según esquema nacional de vacunación vigente)	3.10	Si
22	90669	Vacuna Neumococo a partir del 3er mes, según esquema nacional de vacunación vigente	3.10	Si
23	90681	Vacuna Rotavirus (desde los 2 meses hasta los 6 meses según esquema nacional de vacunación vigente)	3.10	Si
24	90701	Vacuna DPT, uso IM (se aplica en niños menores de 5 años según esquema nacional de vacunación vigente)	3.10	Si
25	90707	Vacuna SPR, uso subcutáneo (desde los 12 meses hasta los 4 años, 11 meses y 29 días según esquema nacional de vacunación vigente)	3.10	Si
26	90708	Vacuna SR, uso subcutáneo (En mayores de 5 años, según esquema nacional de vacunación vigente)	3.10	Si
27	90712	Vacuna anti polio, uso oral (desde los 2 meses hasta los 4 años, 11 meswes y 29 días según esquema nacional de vacunación vigente)	3.10	Si
28	90714	Vacuna DT mayores de 10 años según esquemanacional de vacunación vigente.	3.10	Si
29	90717	Vacuna contra la fiebre amarilla, uso IM (a partir de los 15 meses según esquema nacional de vacunación vigente)	3.10	Si



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

TARIFAS DEL GOBIERNO REGIONAL DE SAN MARTIN - TARAPOTO				
N°	CODIGO CPT	DESCRIPCION DE LA PRESTACION	TARIFA S/.	PAGO POR CONSUMO
30	90723	Vacunas Pentavalente (DPT + HiB + HVB) (desde los 2 meses hasta los 4 años, 11 meses y 29 días según esquema nacional de vacunación vigente)	3.10	Si
31	90744	Administración de vacuna contra la hepatitis B para población pediátrica y adolescente (En recién nacidos, en niños mayores de 5 años y adolescentes según esquema nacional de vacunación vigente)	3.10	Si
32	90746	Vacuna hepatitis B adultos (según esquema nacional de vacunación vigente)	3.10	Si
33	99201	Consulta Externa Médica no especializada	15.63	Si
34	99203	Consulta Externa Médica especializada	16.93	Si
35	99208	Consejería en Salud Sexual y Reproductiva (Planificación Familiar)	9.32	Si
36	99282	Atención de pacientes - Prioridad III	25.30	Si
37	99381	Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año	14.07	Si
38	99382	Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 1 a 4 años	14.07	Si
39	99383	Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 5 a 11 años	14.07	Si
40	D0150	Consulta Odontoestomatológica	9.90	Si
41	D1203	Aplicación tópica de flúor Niños (fluorización)	7.35	No
42	D1204	Aplicación tópica de flúor Adultos (fluorización)	7.35	No
43	D1330	Detección y eliminación de Placa Bacteriana (incluye cepillo dental)	8.62	No
44	D4341	Destartraje de tres piezas dentarias	9.07	No



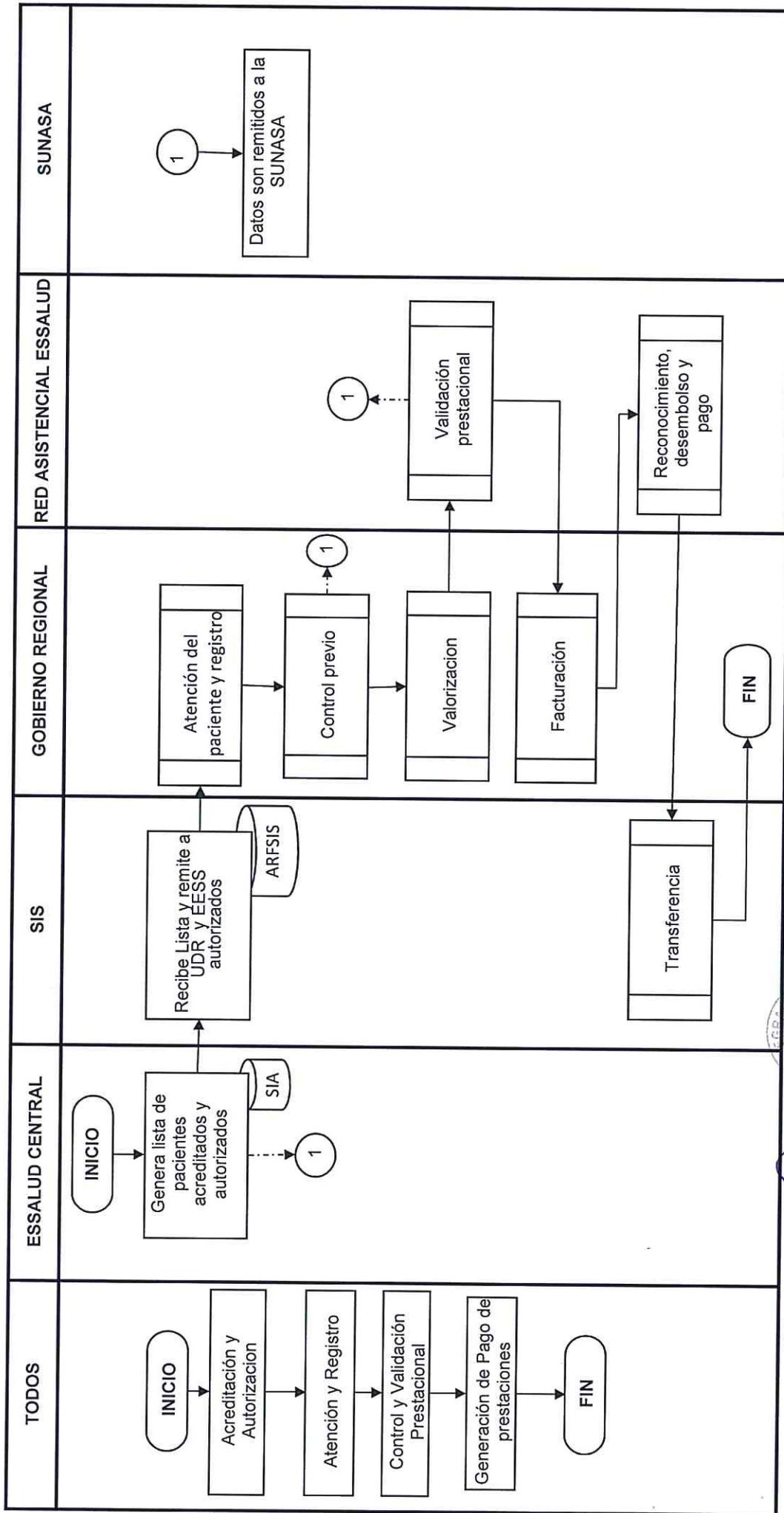
ANEXO 3
Listado de Tarifas de las prestaciones Asistenciales
No incluyen IGV

TARIFAS DE LA RED ASISTENCIAL DE ESSALUD TARAPOTO				
N°	CPT	DESCRIPCION DE LA PRESTACION	TARIFA S/.	PAGO POR CONSUMO
1	77055	Mamografía Unilateral Digital	56.07	No
2	77056	Mamografía Bilateral Digital	64.67	No
3	77057	Mamografía Bilateral de tamizaje	64.67	No

* Incluye lectura e informe médico radiólogo



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



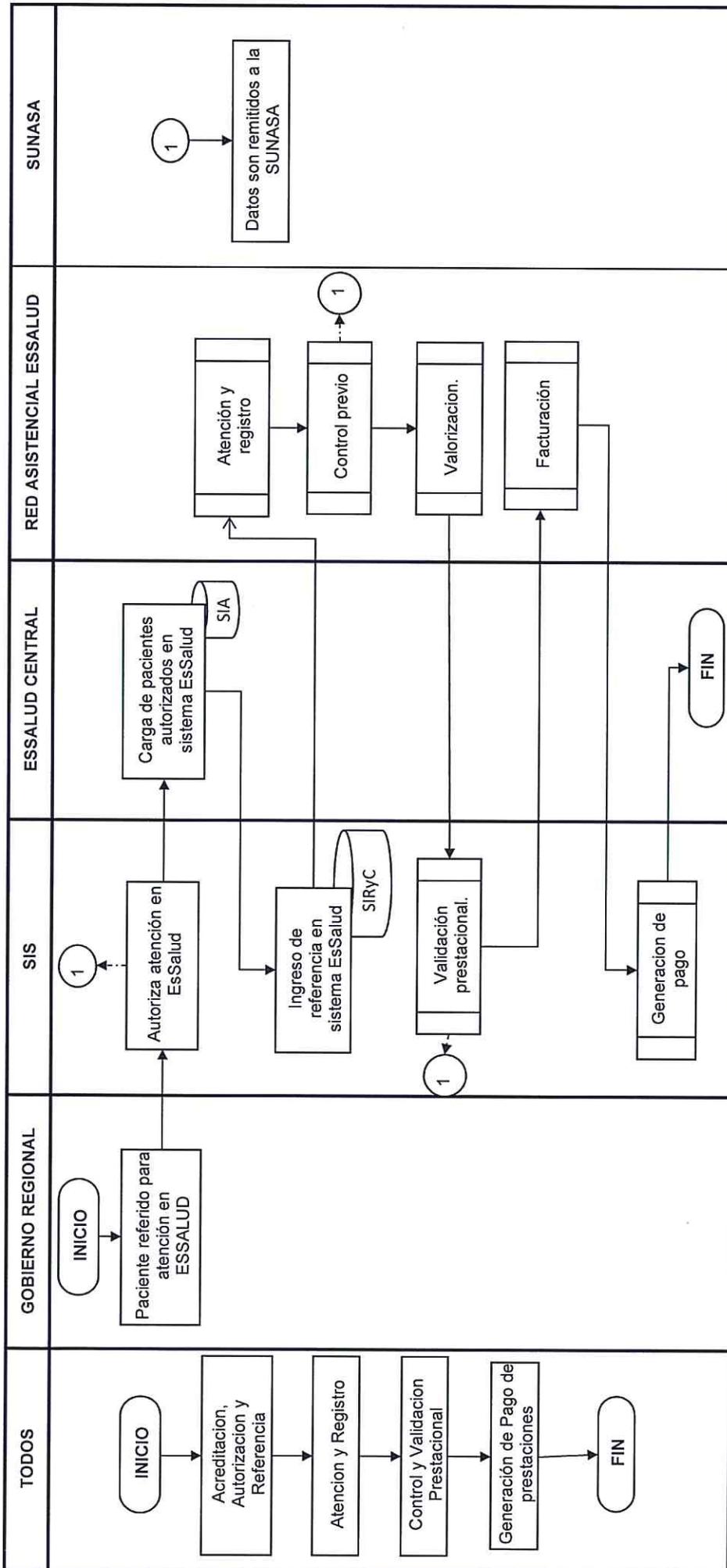




T. Salazar A

N. Terrones

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

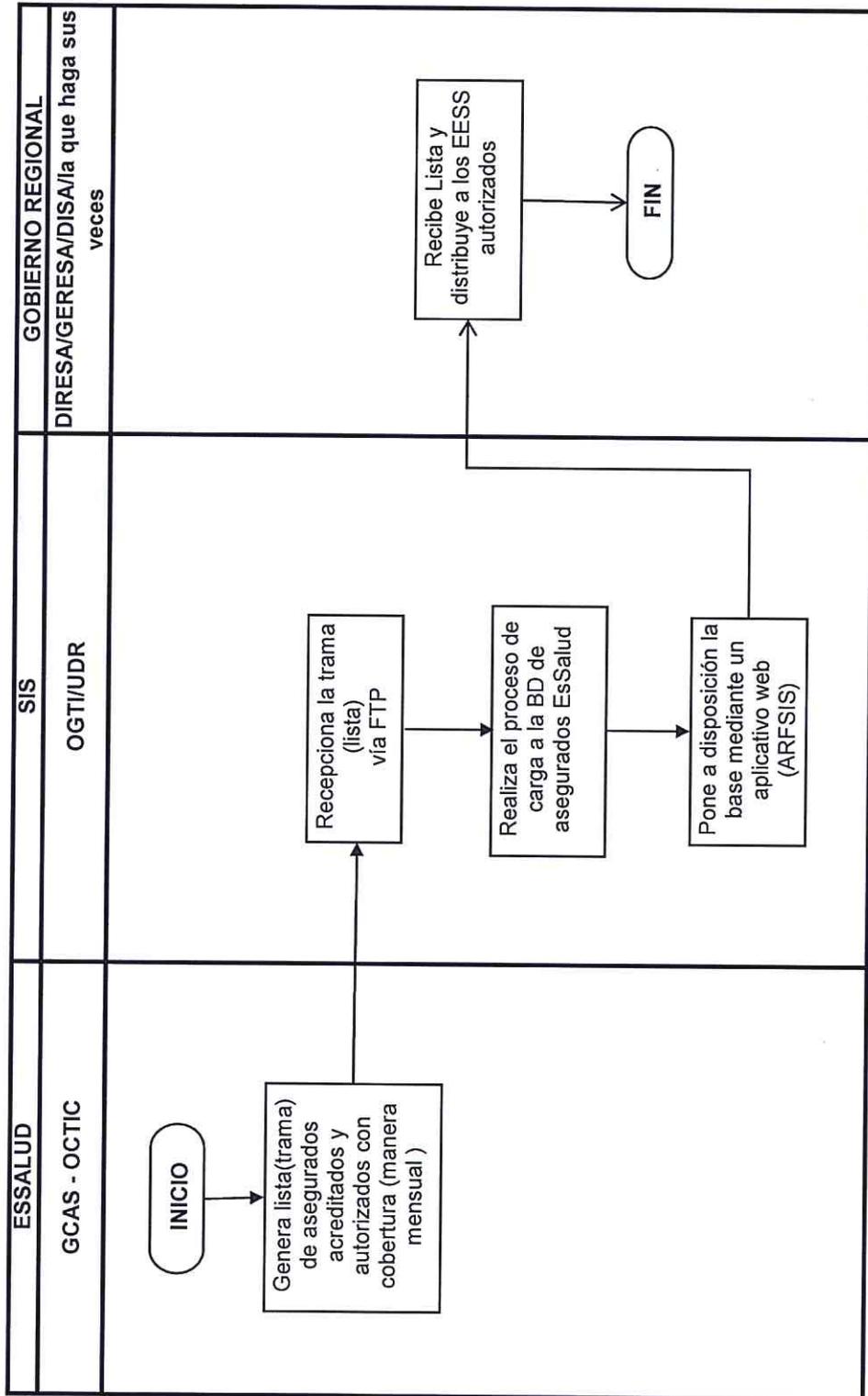


SEGURO INTEGRAL DE SALUD
Gerente de Negocios y Financiamiento
N. Terreros
A. ALDIVIA

SEGURO INTEGRAL DE SALUD
GERENTE ADMINISTRATIVO
VºBº
T. Salazar A.

SEGURO INTEGRAL DE SALUD
G. CHAVEZ
VºBº

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 TECNOLOGIA DE LA INFORMACION SIS	ANEXO N° 6	Versión: 02 Mes Año: 06-2013 Página: 1
	Descripción del Proceso de Acreditación y Autorización de paciente afiliado ESSALUD para su atención en establecimientos de salud del GOBIERNO REGIONAL.	

Objetivo:
 Generar la trama (lista) de pacientes acreditados y autorizados de ESSALUD para la atención en los establecimientos de salud del Gobierno Regional.

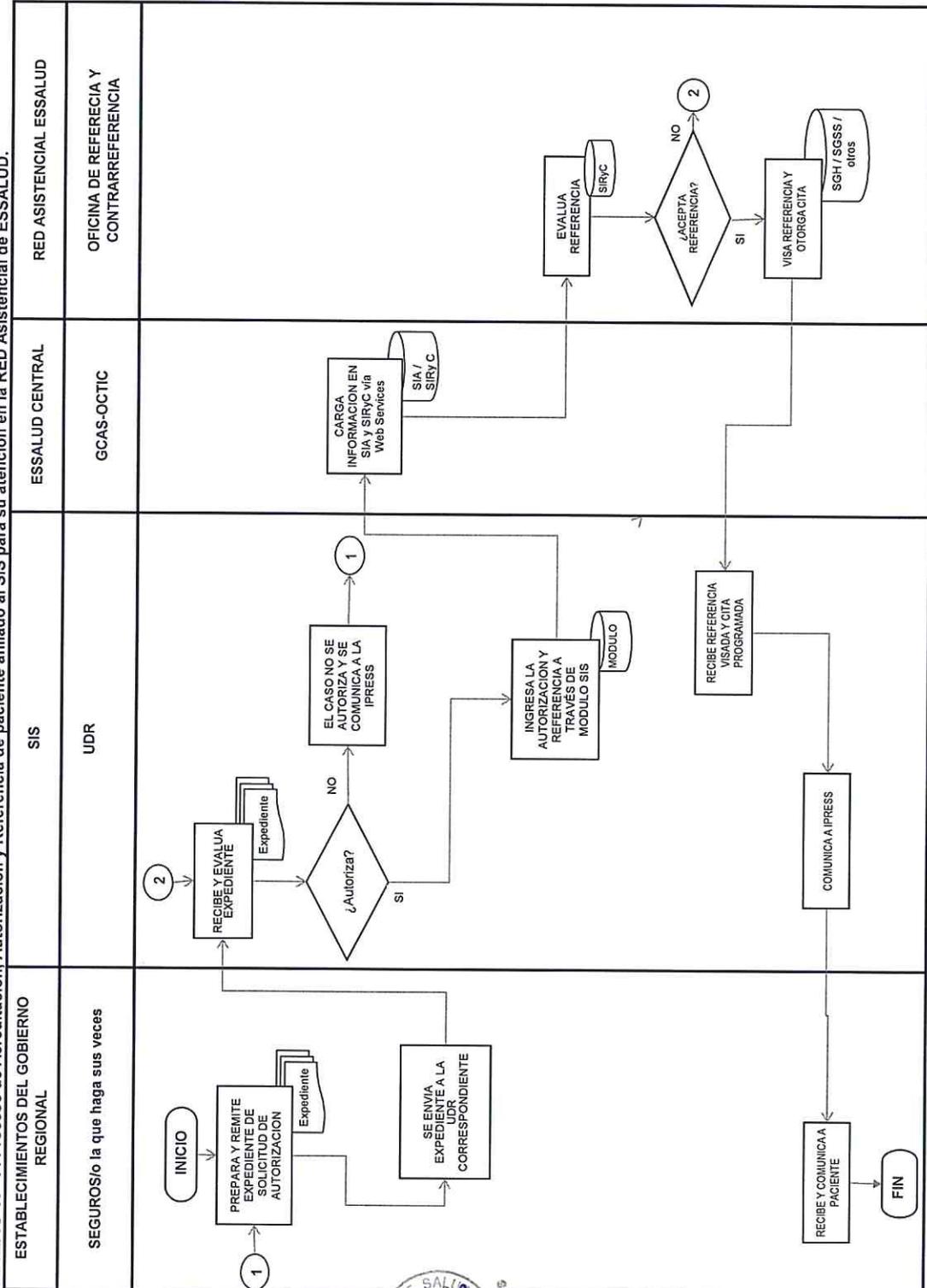
Alcance:
 Establecimientos de salud del Gobierno Regional (DIRESA/GERESA/DISA o la que haga sus veces), Unidad Desconcentrada Regional del SIS (UDR SIS) y

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	Recepiona 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	Recepiona 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



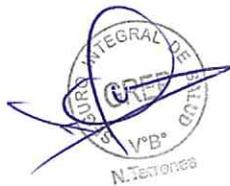
ANEXO N° 7: Proceso de Acreditación, Autorización y Referencia de paciente afiliado al SIS para su atención en la RED Asistencial de ESSALUD.



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 Contrarreferencia = SIR y C
 Unidad Desconcentrada Regional del SIS = UDR

SEGURO INTEGRAL DE SALUD GOBIERNO REGIONAL RED ASISTENCIAL ESSALUD		ANEXO N° 7		Versión: 2 Mes Año: 06-2013 Página: 1
Descripción del Proceso de Acreditación, Autorización y Referencia de paciente afiliado al SIS para su atención en la RED Asistencial de ESSALUD.				
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 ó 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 modulo SIS en un plazo máximo de un día hábil posterior a su autorización.	UDR	
3	Evalua 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 ó 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.

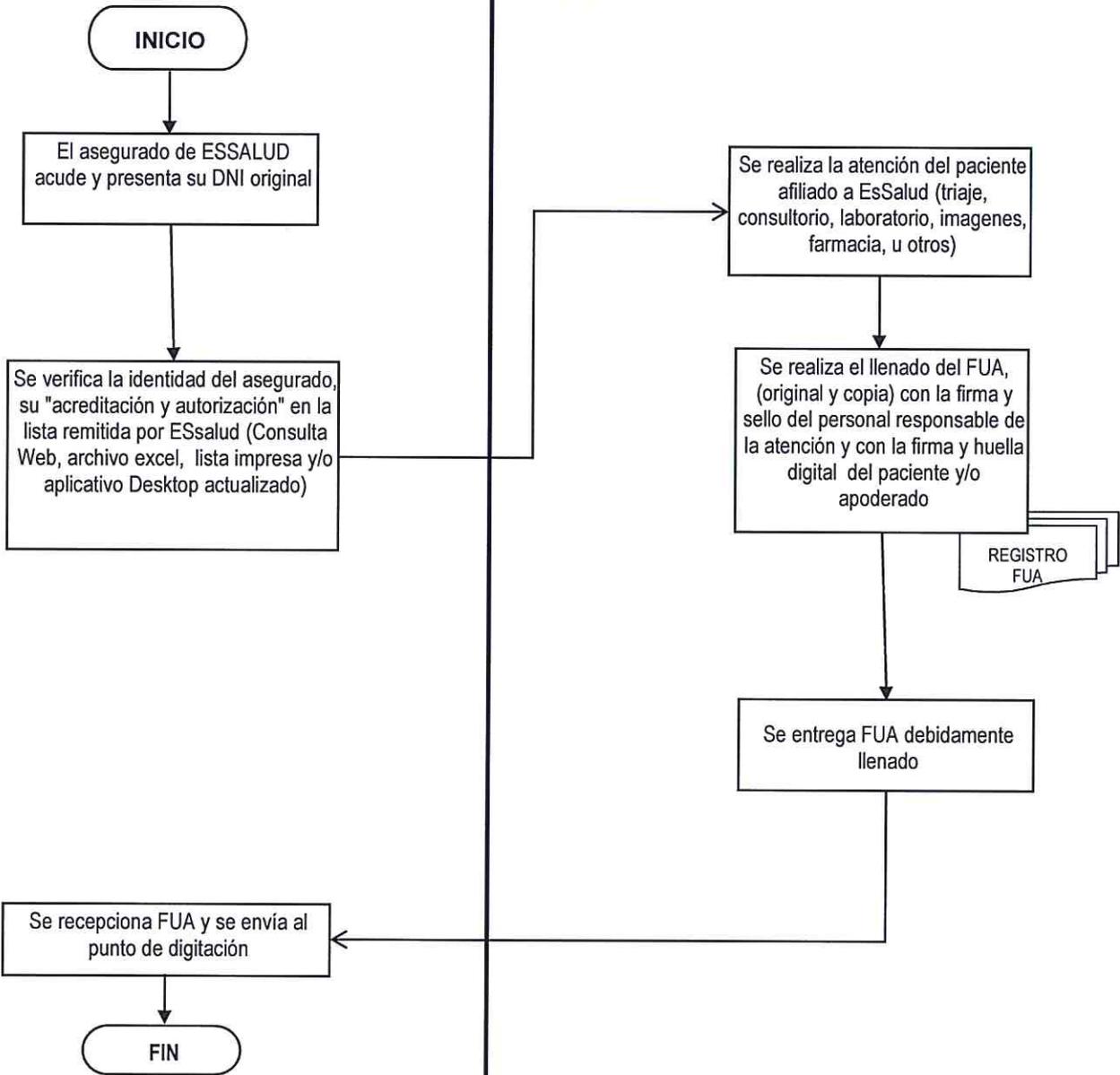


ANEXO N° 8: Proceso de Atención del Paciente afiliado a ESSALUD en los establecimientos de salud del GOBIERNO REGIONAL.

ESTABLECIMIENTO DE SALUD DEL GOBIERNO REGIONAL

Admisión/Seguros/la que haga sus veces

Área de Atención



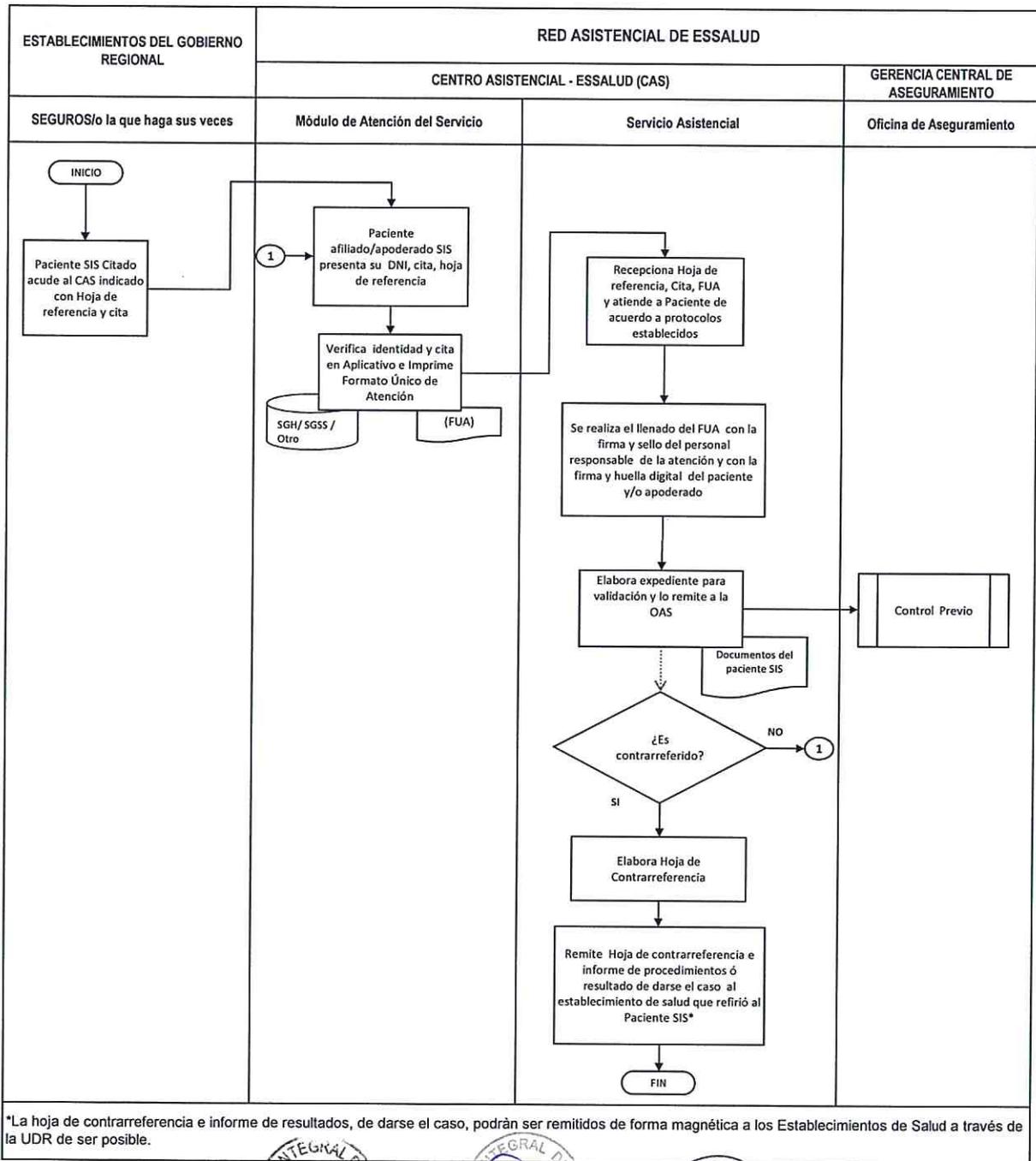
Formato Único de Atención = FUA



GOBIERNO REGIONAL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	ANEXO Nº 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		
Nº 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 (traje, 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



SEGURO INTEGRAL DE SALUD
GERENTE DEL ASEGURAMIENTO
T. Salazar A.

SEGURO INTEGRAL DE SALUD
GREP
A. Terrones

SEGURO INTEGRAL DE SALUD
G. CHAVEZ
V°B°

SEGURO INTEGRAL DE SALUD
A. VALENZUELA

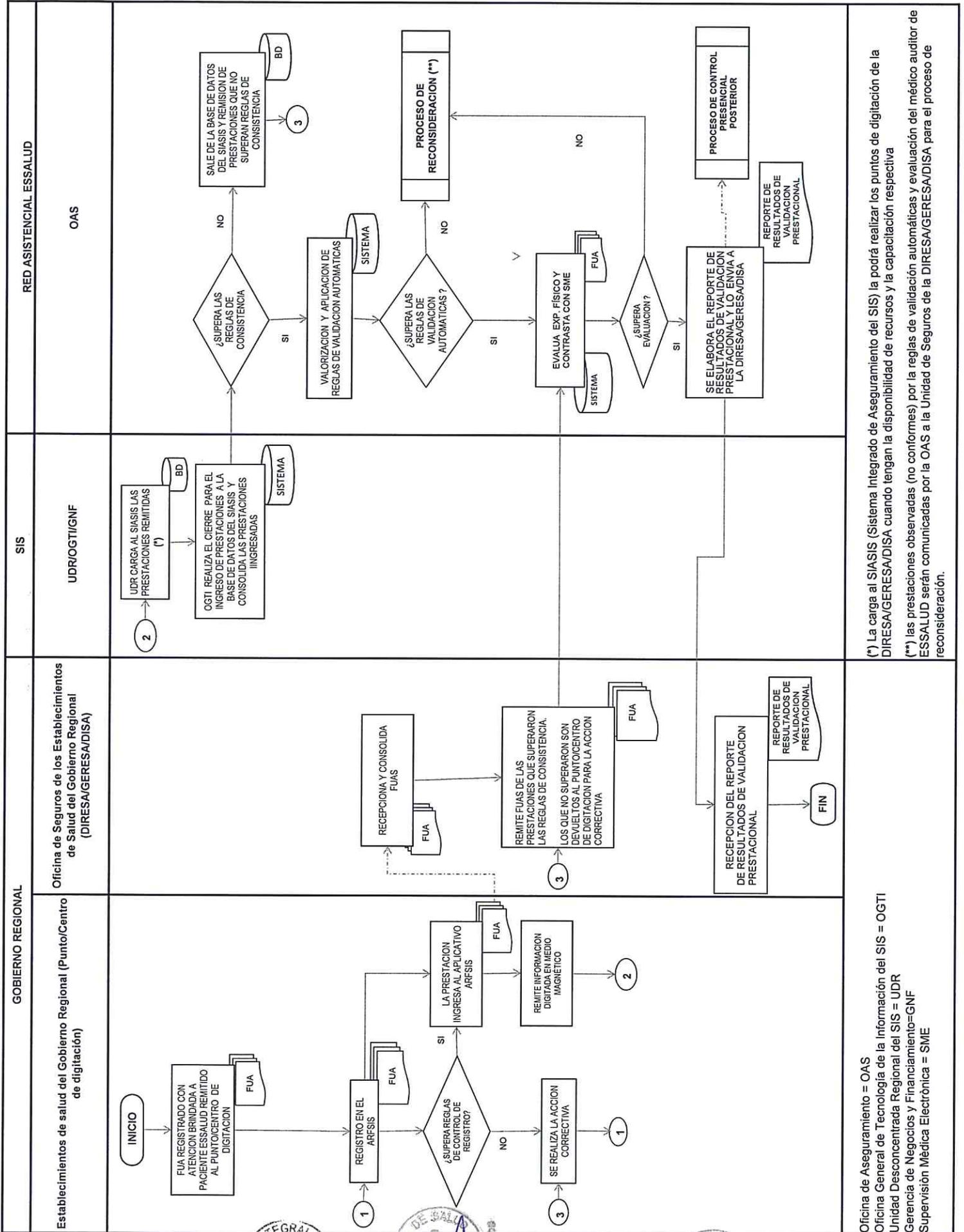
EsSalud	ANEXO N° 9		Versión: 01
	Descripción del Proceso de Atención del Paciente afiliado al SIS en la RED Asistencial de ESSALUD		Mes Año: 06-2013
			Página: 1
Objetivo:	Brindar la prestación de salud a los pacientes afiliados al SIS en los Centros Asistenciales de la RED Asistencial de ESSALUD.		
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 módulo 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 informes de procedimiento, resultados de exámenes o 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 o 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



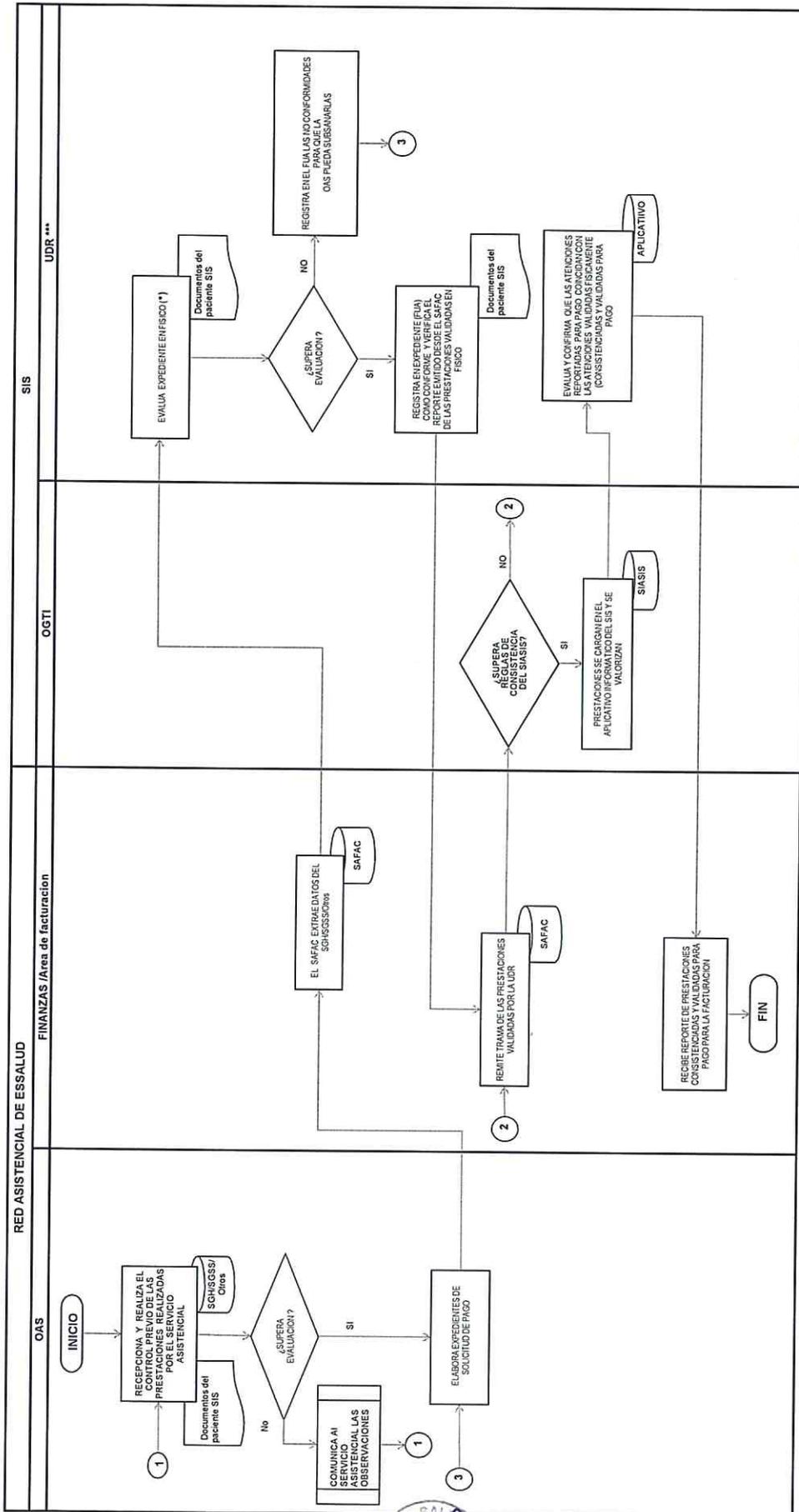
ANEXO N° 10: Proceso de Control y Validación Prestacional de paciente afiliado a ESSALUD atendido en los establecimientos de salud del GOBIERNO REGIONAL.



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 verificará 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	Recepciona los FUAS en físico, ingresa al SIASIS y el medico auditor ejecuta la supervisión médica electrónica (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	Recepciona el reporte remitido por la OAS que será utilizado para la elaboración del proceso de facturación.	OSD	



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



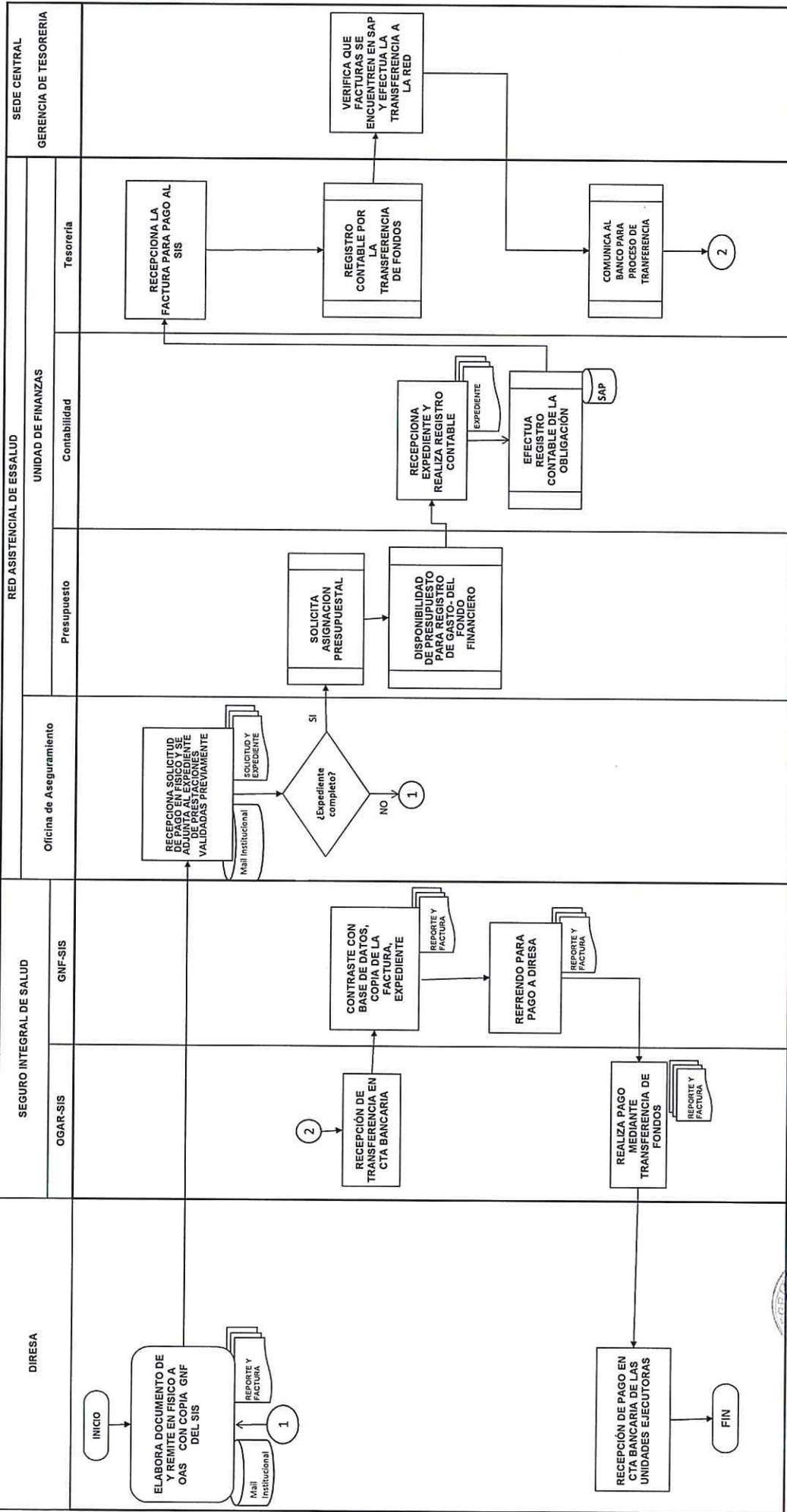
Oficina de Aseguramiento = OAS
 Oficina - general de Tecnología de la Información de la Red Asistencial de ESSALUD = UDR
 Oficina Descentralizada Regional del SIS = UDR
 Oficina Central de Tecnología de Información y Comunicaciones = OGTI de ESSALUD.
 (*) El médico supervisor de la UDR, según disponibilidad, acudirá a 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 epícrisis.



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	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Posteriormente coordina con el médico de la UDR la fecha de la validación.</p>	Oficina de Aseguramiento		
2	Los datos de las prestaciones que superan la evaluación serán extraídos por el SAFAC	Finanzas - Área de Facturación (AF)		
3	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	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







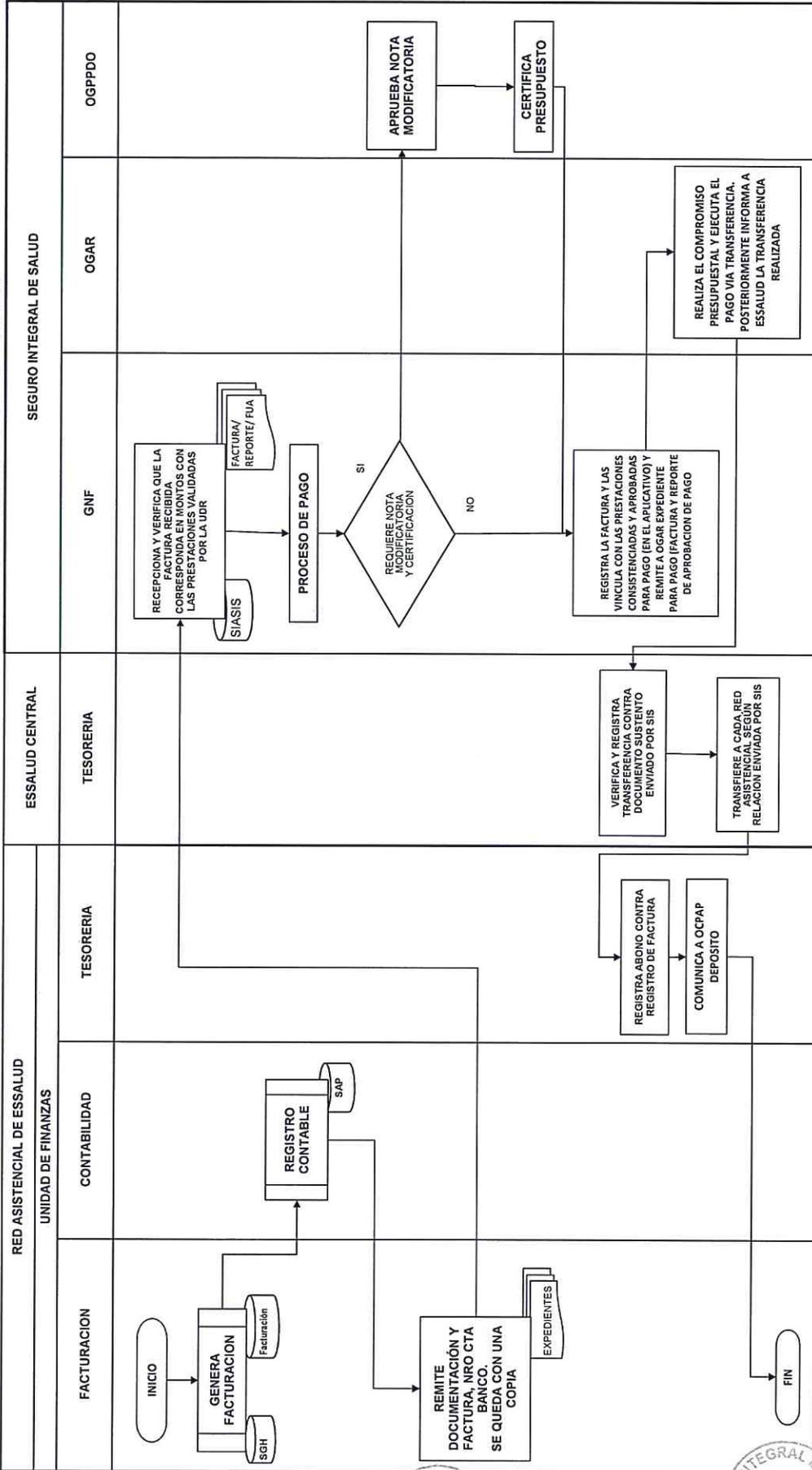




ANEXO N° 12		Versión: 01
Descripción del procedimiento de Generación de Pago de prestaciones de pacientes afiliados a ESSALUD atendido en el GOBIERNO REGIONAL		Página: 1
		Mes Año: 04-2013
Objetivo:	Procedimiento de Pago por las prestaciones de salud brindadas a los pacientes afiliados a ESSALUD en los establecimientos de salud del Gobierno Regional	
Alcance:	DIRESA: Establecimientos de Salud (EESS) / 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 asistencia 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 AREA DE PRESUPUESTO.
4	Registro contable del gasto en el sistema de gestión SAP R/3 para reconocimiento de la obligación a favor de SIS.	UNIDAD DE FINANZAS. AREA DE CONTABILIDAD.
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. AREA DE TESORERIA.
6	Solicita fondos a la Gerencia de Tesorería de la Sede Central para el pago de las obligaciones a favor del SIS	UNIDAD DE FINANZAS. AREA DE TESORERIA.
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	OGAR- SIS (ADMINISTRACIÓN /CONTABILIDAD/ TESORERIA)
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.	GNF-SIS
10	La Unidad de administración realiza la transferencia por Unidades Ejecutora del Gobierno Regional.	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)	
Nº 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 SAN MARTIN

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	Ecografía abdominal completa	76700	Procedimiento	Médica	071/056/054/055/062/067/065/068/066
6	Ecografía obstétrica I trimestre	76801	Procedimiento	Médica	71/056/062/009/066/067/068/013/065
7	Ecografía obstétrica II trimestre	76805	Procedimiento	Médica	71/056/054/055/062/009/066/067/068/013/065
8	Ecografía obstétrica III trimestre	76811	Procedimiento	Médica	71/056/054/055/062/009/066/067/068/013/065
9	Análisis de orina por tira de análisis o reactivo en tableta, con microscopía	81000	Examen	Biologo/ tecnologo médico	071/056/054/062/066/067/055/068/009/065
10	Sangre oculta en heces (Thevenon)	82270	Examen	Biologo/ tecnologo médico	071/056/054/062/065/067/055/009/066
11	Examen de Colesterol Total	82465	Examen	Biologo/ tecnologo médico	071/056/054/062/065/067/055/068/009
12	Creatinina sérica	82565	Examen	Biologo/ tecnologo médico	071/056/062/065/067/068/120
13	Examen de Glicemia	82947	Examen	Biologo/ tecnologo médico	071/056/054/062/066/067/055/068/009/065
14	Examen Triglicéridos	84478	Examen	Biologo/ tecnologo médico	071/056/054/062/067/055/068/009/065
15	Test cualitativo para sífilis	86592	Examen	Biologo/ tecnologo médico	071/056/054/062/067/055/068/009/065
16	Test de GRAHAM	87172	Examen	Biologo/ tecnologo médico	071/056/054/062/067/055/068/009/065
17	Examen Seriado Parasitológico por tres muestras en heces	87177	Examen	Biologo/ tecnologo médico	071/056/054/062/067/055/068/009/065
18	Examen Citológico de PAP de Cérvix Uterino	88142	Examen	Médica/obstétrica	71/056/009/024
19	Vacuna BCG Recien nacidos según esquema nacional de vacunación vigente)	90585	Atención	Enfermería	061/056/001/054/055
20	Vacuna contra la influenza, virus de la división, cuando se administra a los niños 6-35 meses de edad, para uso intramuscular (según esquema nacional de vacunación vigente)	90657	Atención	Enfermería	061/056/001
21	Vacuna contra la gripe, virus de la división, cuando se administra a las personas de 3 años de edad y mayores, para uso intramuscular (según esquema nacional de vacunación vigente)	90658	Atención	Enfermería	061/056/001/118/119/017
22	Vacuna Neumococo a partir del 3er mes, según esquema nacional de vacunación vigente	90669	Atención	Enfermería	061/056/001/118/119/017
23	Vacuna Rotavirus (desde los 2 meses hasta los 6 meses según esquema nacional de vacunación vigente)	90681	Atención	Enfermería	061/056/001
24	Vacuna DPT, uso IM (se aplica en niños menores de 5 años según esquema nacional de vacunación vigente)	90701	Atención	Enfermería	061/056/001



25	Vacuna SPR, uso subcutáneo (desde los 12 meses hasta los 4 años, 11 meses y 29 días según esquema nacional de vacunación vigente)	90707	Atención	Enfermería	061/056/001
26	Vacuna SR, uso subcutáneo (En mayores de 5 años, según esquema nacional de vacunación vigente)	90708	Atención	Enfermería	061/056/118/119/017
27	Vacuna anti polio, uso oral (desde los 2 meses hasta los 4 años, 11 meses y 29 días según esquema nacional de vacunación vigente)	90712	Atención	Enfermería	061/056/001
28	Vacuna DT mayores de 10 años según esquemanacional de vacunación vigente.	90714	Atención	Enfermería	061/056/118/119/017
29	Vacuna contra la fiebre amarilla, uso IM (a partir de los 15 meses según esquema nacional de vacunación vigente)	90717	Atención	Enfermería	061/056/119/017/001/118
30	Vacunas Pentavalente (DPT + Hib + HVB) (desde los 2 meses hasta los 4 años, 11 meses y 29 días según esquema nacional de vacunación vigente)	90723	Atención	Enfermería	061/056/001
31	Administración de vacuna contra la hepatitis B para población pediátrica y adolescente (En recién nacidos, en niños mayores de 5 años y adolescentes según esquema nacional de vacunación vigente)	90744	Atención	Enfermería	061/056/001/054/055/017
32	Vacuna hepatitis B adultos (según esquema nacional de vacunación vigente)	90746	Atención	Enfermería	061/056/054/055
33	Consulta Externa Médica no especializada	99201	Consulta	Médica	056
34	Consulta Externa Médica especializada	99203	Consulta	Médica	056
35	Consejería en Salud Sexual y Reproductiva (Planificación Familiar)	99208	Sesión	Médica / Obstetrix	018
36	Atención de pacientes - Prioridad III	99282	Atención	Médica	062
37	Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año	99381	Atención	Enfermera	001
38	Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 1 a 4 años	99382	Atención	Enfermera	001
39	Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 5 a 11 años	99383	Atención	Enfermera	118/119
40	Consulta Odontoesomatológica	D0150	Consulta	Odontologica	056
41	Aplicación tópica de flúor Niños (fluorización)	D1203	Sesión	Odontológica	021
42	Aplicación tópica de flúor Adultos (fluorización)	D1204	Sesión	Odontológica	021
43	Detección y eliminación de Placa Bacteriana (incluye cepillo dental)	D1330	Sesión	Odontológica	020
44	Destartraje de tres piezas dentarias	D4341	Sesión	Odontológica	021



RED ASISTENCIAL DE ESSALUD TARAPOTO					
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	Mamografía Unilateral Digital	77055	Procedimiento	Tecnologo médico/Médica especializada	071/056
2	Mamografía Bilateral Digital	77056	Procedimiento	Tecnologo médico/Médica especializada	071/056
3	Mamografía Bilateral de tamizaje	77057	Procedimiento	Tecnologo médico/Médica especializada	071/056

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 E.S./EQUIPO AISPED	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO O EQUIPO AISPED QUE REALIZA LA ATENCION	RECONSIDERACION (*)
		N° FORMATO ATENCION PARA RECONSIDERACION

COMPONENTE		TIPO FORMATO AFILIACION		CODIGO AFILIACION / INSCRIPCION		IDENTIFICACION		CODIGO DE AFILIACION DE SEGURO (*)	
SUBSIDIADO	*	NUOVO	*	DISA	NUMERO	TD	N° DOCUMENTO	INSTITUCION	(la Red Asistencial de ESSALUD a la que pertenece)
SEMI-SUBSIDIADO	*	ANTIGUO	INSCR *			1	(Se registra el DNI)	COD. SEGURO	NO SE REGISTRA

APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO			
PRIMER NOMBRE				OTROS NOMBRES			

FECHA DE NACIMIENTO			SEXO		ATENCIÓN		CONCEPTO PRESTACIONAL		
DIA	MES	AÑO	MASCULINO		AMBULATORIA		ATENCIÓN DIRECTA	N° DE AUTORIZACIÓN	MONTO
			FEMENINO		REFERENCIA		ENFERMEDAD ALTO COSTO (NO LPI)	*	*
					EMERGENCIA		CASO ESPECIAL	*	*
FECHA DE ATENCION			HORA		LUGAR DE ATENCION		N° DE HISTORIA CLINICA		
DIA	MES	AÑO			INTRAMURAL				
					EXTRAMURAL				

PERSONAL QUE ATIENDE		CODIGO DE PRESTACION		CODIGO E.S./ EQ. AISPED		NOMBRE DEL E.S./ EQUIPO AISPED QUE REFIRIO AL PACIENTE		N° HOJA DE REFERENCIA	
DEL ESTABLECIMIENTO									
ITINERANTE EQ. AISPED									

DESTINO DEL ASEGURADO						
ALTA		CITADO		REFERIDO		
				EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA	APOYO AL DIAGNOSTICO
						CONTRARREFERIDO
						FALLECIDO

CODIGO DEL E.S.	E.S. AL QUE SE REFIERE/ CONTRARREFIERE	N° HOJA DE REF/ CONTRARREF.

SERVICIOS PREVENTIVOS				VACUNAS N° DOSIS			
CPN (N°)		PESO (kg)		TALLA (cm)		BCG	
EDAD GEST (SEM)						INFLUENZA	
ALTURA UTERINA (cm)						ANTIMARIJICA	
P. A. (mmHg)						DPT	
PSICOPROFILAXIS	(SI) (NO)					PAROTID	
ADMINIST. OXITOCINA	(SI) (NO)					RUBIOLA	
						ASA	
						ROTAVIRUS	
						SPR	
						DT ABULTO (N° DOSIS)	
						IVB	
						PENTAVAL	

N°	DIAGNOSTICOS DESCRIPCION	Dx INGRESO			Dx EGRESO	
		TIPO Dx	CIE-10	CIE-10	TIPO	
1		P D R			D R	
2		P D R			D R	
3		P D R			D R	
4		P D R			D R	
5		P D R			D R	

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

RESPONSABLE DE LA ATENCION	ESPECIALIDAD	RNE

1- MEDICO, 2- FARMACEUTICO, 3- ODONTOLOGO, 4- BILOGO, 5- OBSTETRIZ, 6- ENFERMERA, 7- TRABAJADORA SOCIAL, 8- PSICOLOGO, 9- TECNOLOGO MEDICO, 10- NUTRICIONISTA, 11- TECNICO ENFERMERIA, 12- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Firma y Sello del Responsable de la Atención

Firma del afiliado 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



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

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

FORMATO DE ATENCIÓN N°

MEDICAMENTOS													
CÓDIGO	NOMBRE	FF	CONCENTR	PRES	ENTR	DX	CÓDIGO	NOMBRE	FF	CONCENTR	PRES	ENTR	DX

INSUMOS COMPLEMENTARIOS													
CÓDIGO	NOMBRE	PR	CARACT	PRES	ENTR	DX	CÓDIGO	NOMBRE	PR	CARACT	PRES	ENTR	DX

PROCEDIMIENTOS/ DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES/ LABORATORIO													
CÓDIGO	NOMBRE	IND	EJE	DX	RES	CÓDIGO	NOMBRE	IND	EJE	DX	RES		

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

OBSERVACIONES													

Firma y Sello del Responsable de Farmacia y/o Laboratorio

Firma del Afiliado 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.

Huella Digital del Asegurado o Apoderado



**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 E.S./EQUIPO AISPED	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO O EQUIPO AISPED QUE REALIZA LA ATENCION
X	X

REGIMEN		CODIGO AFILIACION / INSCRIPCION			IDENTIFICACION	
SUBSIDIADO	X	DIS/ADRESA	NUMERO		TD	N° DOCUMENTO
SEMICONTRIBUTIVO	X	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	REFERENCIA	X	X	X	X	ATENCIÓN DIRECTA	N° DE AUTORIZACION	MONTO
X	X	X	FEMENINO	X	EMERGENCIA					AUTORIZACION UDR	X	X

FECHA DE ATENCION			HORA		CODIGO DEL SERVICIO		CODIGO E.S./ E.O. AISPED			NOMBRE DEL E.S./ EQUIPO AISPED QUE REFIRIO AL PACIENTE			N° REFERENCIA	
DIA	MES	AÑO	:	:			X	X	X	X	X	X	X	
		20												

DESTINO DEL ASEGURADO								FECHA DE INGRESO			
ALTA	CITADO	HOSPITALIZADO	REFERIDO			CONTRAREFERIDO	FALLECIDO	DIA	MES	AÑO	
			EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA	APOYO AL DIAGNOSTICO				20		
CODIGO DEL E.S.		E.S. AL QUE SE REFIERE / CONTRAREFIERE					N° HOJA DE REF. CONTRAREF.		FECHA DE ALTA / FECHA DE CORTE (*)		
									20		

N°	DIAGNÓSTICOS		Dy INGRESO				Dy EGRESO	
	DESCRIPCIÓN		TIPO Dx	CIE - 10	CIE - 10	TIPO		
1			P D R	-	-	D	R	
2			P D R	-	-	D	R	
3			P D R	-	-	D	R	

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

RESPONSABLE DE LA ATENCION	ESPECIALIDAD	RNE

1- MEDICO, 2- FARMACEUTICO, 3- ODONTOLOGO, 4- BIÓLOGO, 5- OBSTETRIZ, 6- ENFERMERA, 7- TRABAJADORA SOCIAL, 8- PSICÓLOGO, 9- TECNÓLOGO MÉDICO, 10- NUTRICIONISTA, 11- TÉCNICO ENFERMERÍA, 12- AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Huella Digital del Asegurado o Apoderado

Firma y Sello del Responsable de la Atención

Firma del afiliado o apoderado

DEL REGISTRO CORRECTO Y DE LA DIGITACION ADECUADA Y OPORUNA DEPENDE EL PAJO DE LAS PRESTACIONES A TU ESTABLECIMIENTO

(*) 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



ANEXO N° 17
Formato de Referencia



HOJA DE REFERENCIA

N°

1. DATOS GENERALES

Fecha día mes año Hora Asegurado: SI NO PLANES DE ATENCIÓN SIS: A B C D E

Establecimiento de Origen de la Referencia
Establecimiento Destino de la Referencia

2. IDENTIFICACION DEL USUARIO

CODIGO DE AFILIACION AL SIS		N° HISTORIA CLINICA	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Edad Años <input type="text"/>	Meses <input type="text"/>	Días <input type="text"/>
Dirección:	Distrito:	Departamento:	

3. RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

Anamnesis

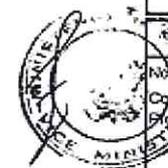
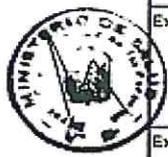
Examen Físico T° P.A. F.R. F.C.

Exámenes Auxiliares

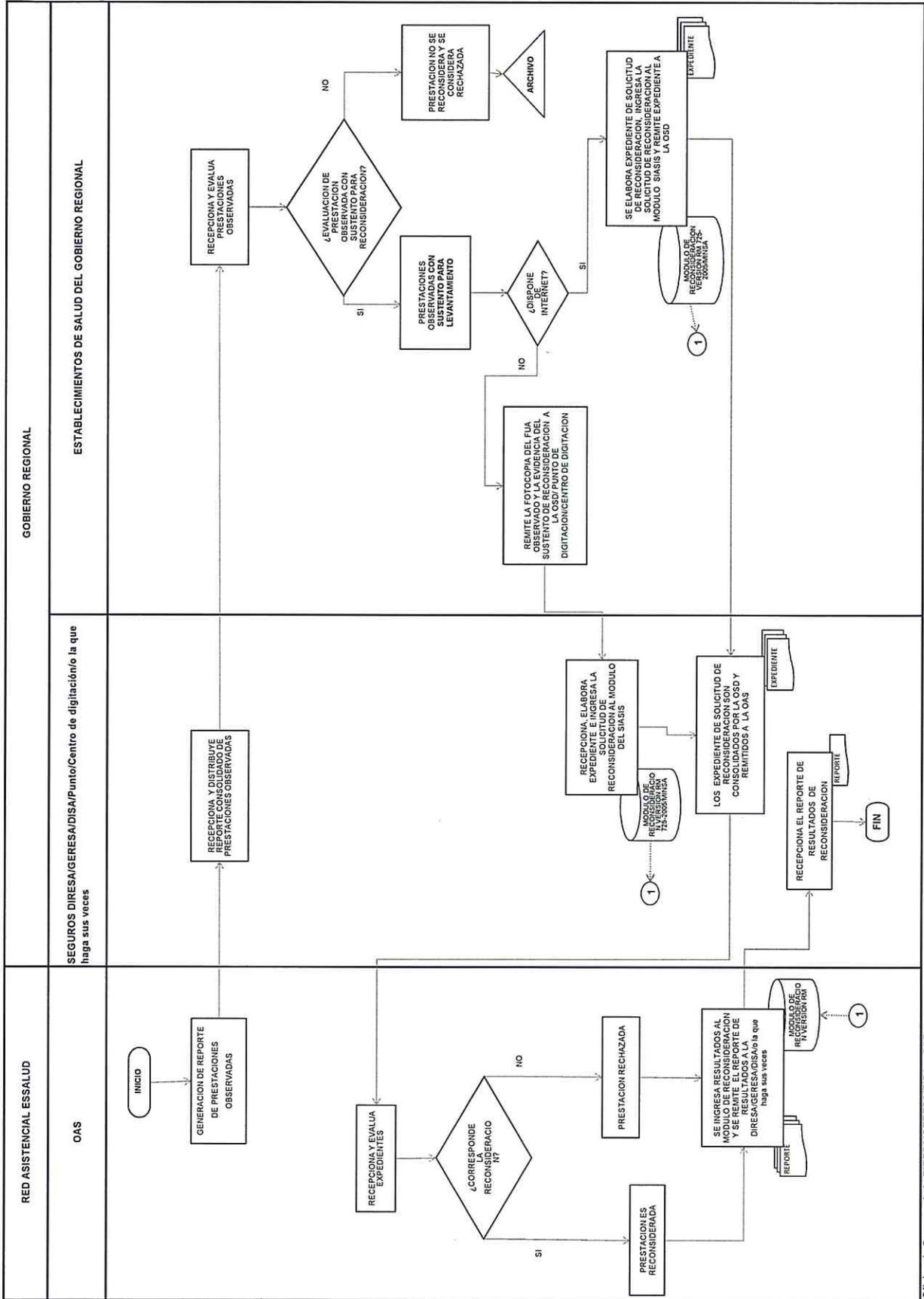
Diagnóstico	1) <input type="text"/>	CIE - 10	D	P	R
	2) <input type="text"/>				
	3) <input type="text"/>				
Tratamiento	<input type="text"/> <input type="text"/>				

4. DATOS DE LA REFERENCIA

Coordinación de la Referencia	UPS Destino de la Referencia:		
Fecha en que será atendido:	Emergencia <input type="checkbox"/>	Consulta Externa <input type="checkbox"/>	Apoyo al Diagnóstico (Múltiple) <input type="checkbox"/>
Hora en que será atendido:	<input type="text"/>		
Nombre de quien lo atenderá:	<input type="text"/>		
Nombre con quien se coordinó la atención:	<input type="text"/>		
Especialidad de Destino:			
Fisiología <input type="checkbox"/> Medicina <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Gineco-Obst. <input type="checkbox"/> Lab. <input type="checkbox"/> Rx Inyeg. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			
Condiciones del Paciente al Inicio del Traslado			
Estable <input type="checkbox"/> Mal Estado <input type="checkbox"/>			
Responsable de la RF	Responsable del Establecimiento	Personal que acompaña	Personal que recibe
Nombre <input type="text"/>	Nombre <input type="text"/>	Nombre <input type="text"/>	Nombre <input type="text"/>
Colegiatura <input type="text"/>	Colegiatura <input type="text"/>	Colegiatura <input type="text"/>	Colegiatura <input type="text"/>
Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetrix <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetrix <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetrix <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetrix <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
Firma y Sello <input type="text"/>	Firma y Sello <input type="text"/>	Firma y Sello <input type="text"/>	Firma y Sello <input type="text"/>
Condiciones del Paciente a la llegada al Establecimiento Destino de la Referencia			
<input type="checkbox"/> Estable <input type="checkbox"/> Mal Estado <input type="checkbox"/> Fallecido			



ANEXO N° 18: Proceso de Reconsideración de Prestaciones Observadas de pacientes afiliados a ESSALUD atendidos en los establecimientos de salud del GOBIERNO REGIONAL



Oficina de Seguros de la DIRESA/GERESA/DISA = OSD



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.

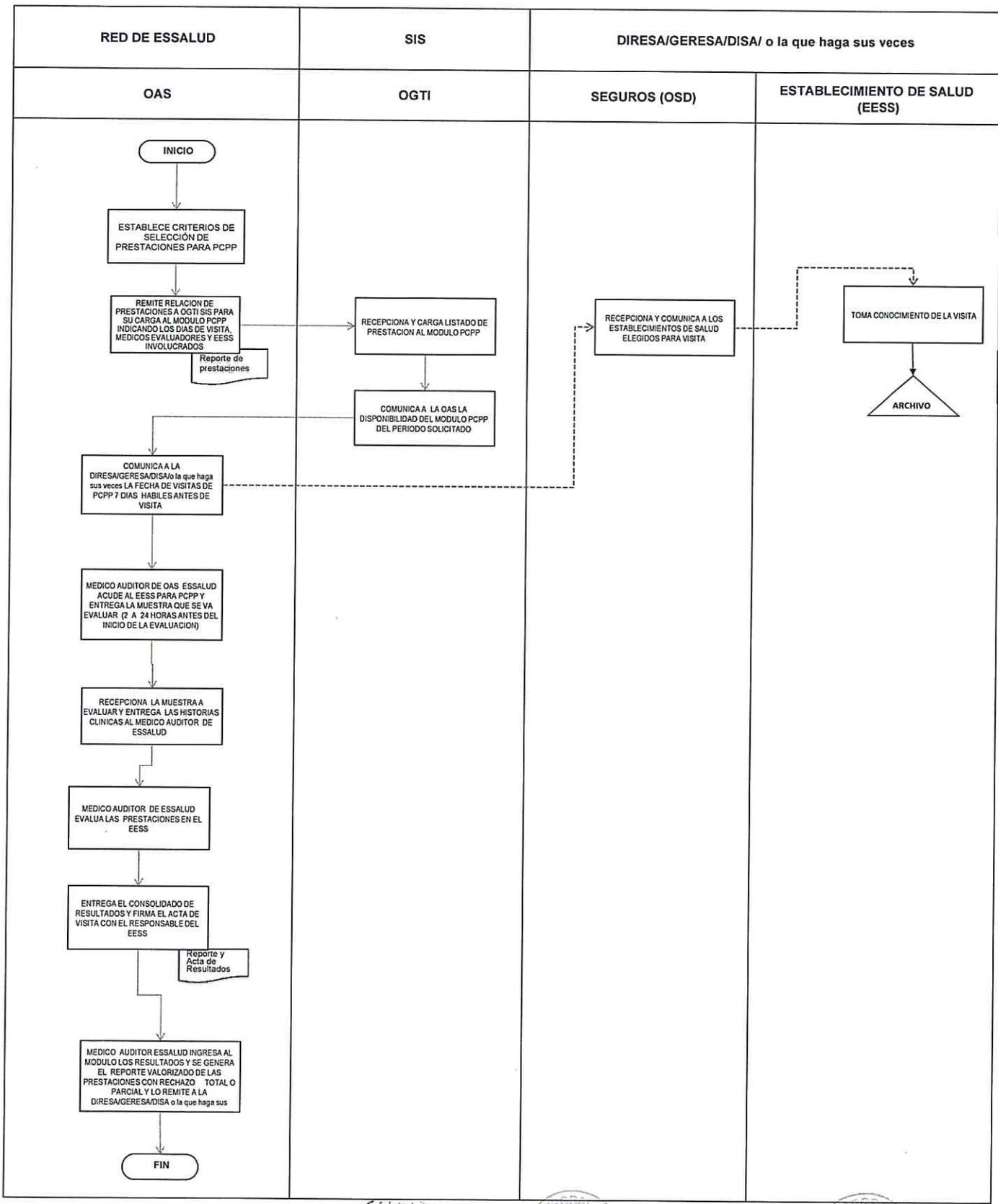
Alcance: Es de aplicación obligatoria por los establecimientos del GOBIERNO REGIONAL (EESS), Oficinas de Seguros de la DIRESA/GERESA/DISA/o la que haga sus veces (OSD), puntos de digitación/centros de digitación y Red Asistencial de EsSalud (OAS)

N° Paso	Descripción de Acciones	Responsable
1	Genera el reporte de prestaciones observadas , producto del proceso de validación automática y de la supervisión medica electrónica y lo remite a la OSD.	OAS
2	Recepciona y distribuye reporte consolidado de prestaciones observadas a sus establecimientos de Salud involucrados (EESS), 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.	EESS
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 EESS 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	Evalua si la <u>reconsideracion 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	Evalua si la <u>reconsideracion no reúne los sustentos</u> requeridos. En este caso se procede a rechazar a través del módulo de reconsideración de forma parcial ó 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



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

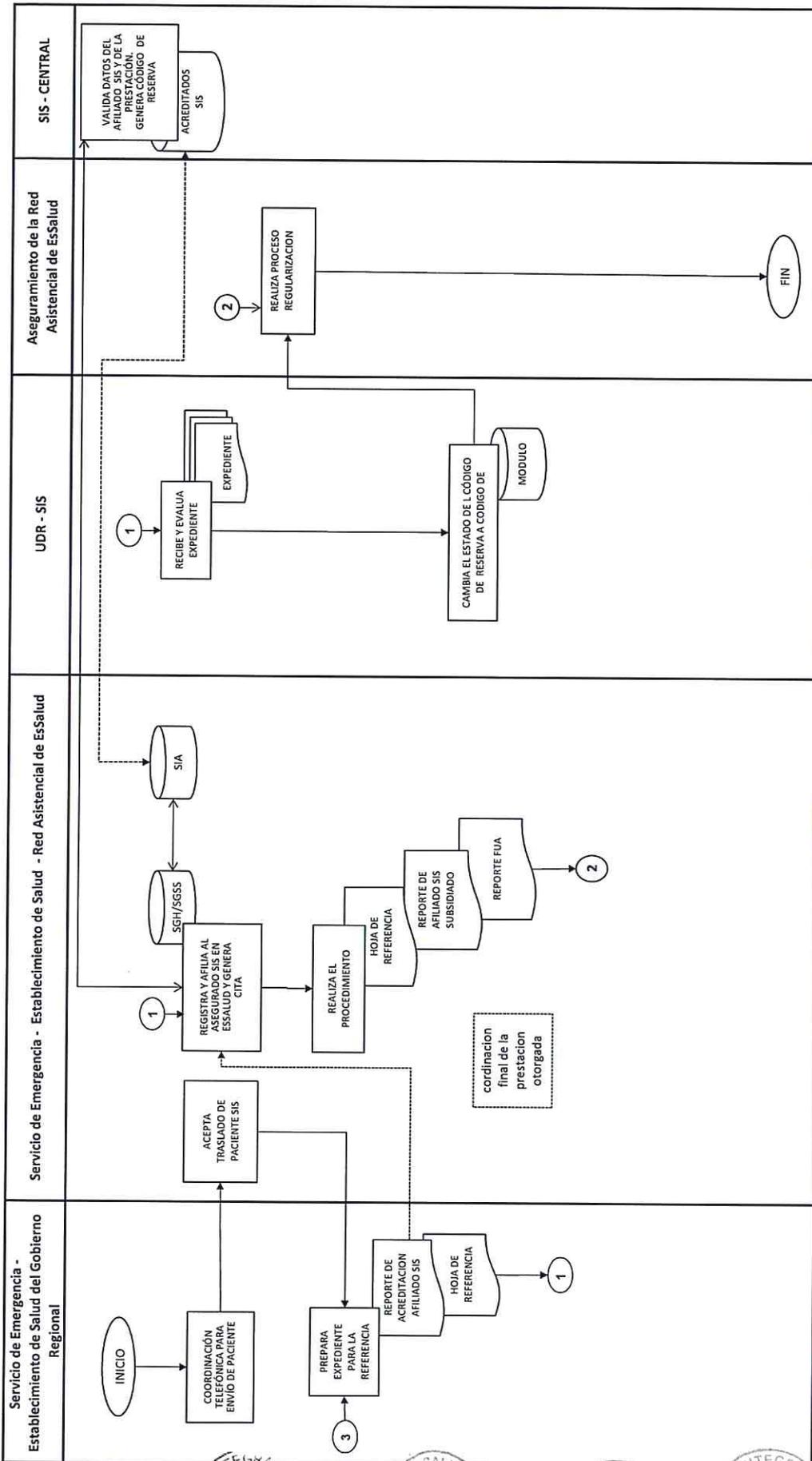
NOTA

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:

MONTO A FACTURAR = (PRESTACIONES NO OBSERVADAS DEL SA Y SME + PRESTACIONES RECONSIDERADAS) - 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

Nº 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 Regional.
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 Regional.
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	Recepiona 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

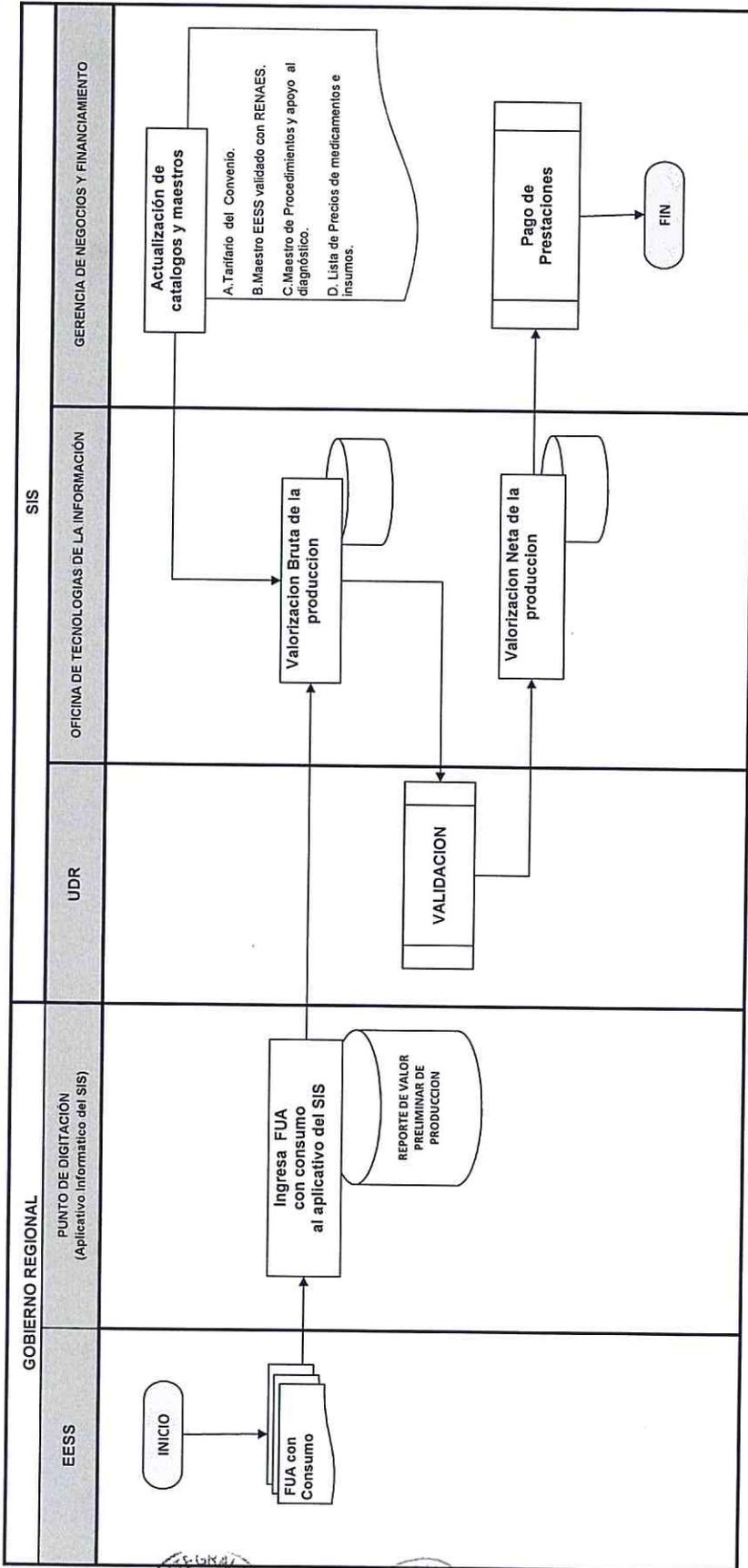
Oficina Central de Tecnología de Información y Comunicaciones = OCTIC de ESSALUD.

Oficina -general de Tecnología de la Información del SIS = OGTI

Unidad Desconcentrada Regional del SIS = UDR



ANEXO N° 21: Procedimiento de valorización



SEGURO INTEGRAL DE SALUD
GERENTE DEL ASEGURAMIENTO
T. Salazar A.

SEGURO INTEGRAL DE SALUD
N° Terrones

SEGURO INTEGRAL DE SALUD
G. G. CHAVEZ
V°B°

SEGURO INTEGRAL DE SALUD
Gerente de Negocios y Financiamiento
V°B°
A. VALDIVIA