

Lo que usted debe saber sobre MIPRES

• **¿Qué es el Aplicativo de Reporte de la prescripción de servicios y tecnologías no cubiertas por el plan de beneficios con cargo a la unidad de pago por capitación MIPRES?**

Es una herramienta web dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual corresponde a un mecanismo automatizado en el que los profesionales de salud competentes y autorizados, reportan los servicios o tecnologías que no son cubiertos por la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

• **¿Qué es una tecnología en salud?**

Se entiende por Tecnología en Salud (TS) toda actividad, intervención, medicamento, procedimiento, dispositivo médico o servicios usados en la prestación de servicios de salud, con los que se presta la atención en salud (Art 8 Numeral 38. Res. 5592/2015).

• **¿Qué es un servicio o una tecnología en salud NO cubierta con la UPC o NO incluida en el Plan de Beneficios en Salud?**

Corresponde a aquella tecnología que no se encuentra incluida o descrita en la Resolución 5592 de 2015 con sus anexos 1, 2 y 3 que hacen parte integral de la Resolución, lo cual es la descripción de la cobertura del Plan de Beneficios.

• **¿Qué es una tecnología o servicio excepcional o no Plan de Beneficios?**

Corresponde a una tecnología o servicio que es de salud, pero no se considera de primera línea en el tratamiento o, que si bien no corresponde al ámbito de la salud, su uso incide en el goce efectivo del derecho a la salud; por eso se autoriza con la autonomía médica de manera excepcional y analizando cada caso en particular.

• **¿Cuáles son los servicios no financiados con recursos del sistema de salud? Es decir que no se autorizan en el sistema de salud.**

Corresponden a cualquier servicio que advierta alguno de los siguientes criterios y que no se financia con recursos públicos asignados al Sistema General de Seguridad Social en Salud:

1. De finalidad cosmética o suntuaria que no esté relacionada con la recuperación o el mantenimiento de la capacidad vital o funcional de las personas.
2. Que no exista evidencia científica disponible sobre su seguridad, eficacia y efectividad.
3. Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente, principalmente el INVIMA.
4. Que se encuentren en fase de experimentación.
5. Que tengan que ser prestados por fuera del territorio Colombiano.

• **¿Qué es una Junta de Profesionales de la Salud?**

Es un grupo de 3 profesionales de la salud registrados respectivamente en el Ministerio de Salud, quienes se reúnen a analizar con criterios técnicos y científicos la necesidad de utilizar una tecnología en salud o un servicio excepcional.

¿Quiénes pueden realizar la prescripción en el aplicativo?

Los médicos, odontólogos, optómetras y nutricionistas (en el ámbito hospitalario) tratantes que se encuentren inscritos en el aplicativo MIPRES del Ministerio y en la EPS.

• ¿Las EPS o IPS pueden restringir el ejercicio profesional, del Médico de la EPS respecto a la prescripción de servicios no cubiertos en el plan de beneficios con cargo a la UPC?

No. Conforme a lo señalado en el artículo 17 de la Ley Estatutaria en Salud, está prohibido todo tipo de “constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud, así como cualquier abuso en el ejercicio profesional que atente contra la seguridad del paciente”.

Esta autonomía, para adoptar decisiones en el diagnóstico y tratamiento en los pacientes a su cargo, habrá de ejercerse en el marco de los esquemas de autorregulación, ética, racionalidad y evidencia científica disponible del médico tratante.

• ¿Qué ocurre si el médico tratante de la EPS no encuentra los datos del paciente en la aplicación MIPRES y no puede formular?

El médico debe hacer el formato de contingencia manual y remitirlo a la EPS por un medio idóneo. La EPS se encargará de transcribirlo al aplicativo.

Aunque no está estipulado por la norma, el afiliado podría radicarlo en la oficina.

Este formulario se debe diligenciar en su totalidad, sin dejar espacios en blanco, en forma manual en 2 eventualidades:

- a. Problemas de no aparecer el afiliado en el aplicativo, por alguna novedad en su activación o información de la base de datos.
- b. Problemas de conexión de red a internet o falta de fluido eléctrico.

• ¿Con qué tiempo cuenta la EPS para avisar al afiliado sobre el proveedor de la tecnología o servicio, después de la prescripción del médico tratante en el aplicativo MIPRES?

Los tiempos dependen de la solicitud del médico tratante registrada en el aplicativo:

- Ambulatorio no priorizado: 5 días calendario.
 - Ambulatorio priorizado: 1 día calendario.
 - Urgencias y /o hospitalización: 24 horas (manejo interno con la IPS de atención).
- Existen eventualidades, que generan retrasos e interrumpen este tiempo como medicamentos que requieren importación.
- Junta de profesionales: 5 días hábiles, después de la prescripción.

La junta debe generar la respuesta en el aplicativo MIPRES, para que la EPS, pueda generar la orden de servicio.

• ¿Cómo valida el área del Comité Técnico Científico CTC o MIPRES la generación de segundas entregas?

Por medio de un archivo plano de MIPRES que llega a la EPS, se consultan las prescripciones y el número de entregas, las cuales se autorizan mes a mes y se remiten por correo electrónico, llamada telefónica o mensaje de texto SMS al afiliado.

• ¿Cuáles son las causales de no entrega de servicios en MIPRES y qué hacer en esos casos?

Las causas de no entrega (total, parcial o diferida) de acuerdo con el tipo de servicio y/o tecnología No Plan de Beneficios son:

Tabla 1. Causas de no entrega (total, parcial o diferida) de acuerdo al tipo de servicio y/o tecnología NoPBS

CODIGO	CAUSA	MEDICAMENTOS	PROCEDIMIENTOS	DISPOSITIVOS MEDICOS	PRODUCTOS NUTRICIONALES	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS
1	Misma solicitud en otra prescripción	x	x	x	x	x
2	Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa	x	NO APLICA	NO APLICA	x	NO APLICA
3	La indicación de uso del medicamento no está aprobada por el INVIMA	x	NO APLICA	NO APLICA	x	NO APLICA
4	Presentación no fraccionable	x	x	NO APLICA	x	NO APLICA
5	Suministro por tutela	x	x	x	x	x
6	Paciente corresponde a otra EPS	x	x	x	x	x
7	No fue posible contactar al paciente	x	x	x	x	x
8	Paciente fallecido	x	x	x	x	x
9	Paciente se niega a recibir el suministro	x	x	x	x	x
10	No se han agotado los topes o su prescripción corresponde a los condicionamientos de cobertura del PBS	x	NO APLICA	x	NO APLICA	NO APLICA
11	La prescripción excede la dosis máxima recomendada	x	NO APLICA	NO APLICA	x	NO APLICA
12	La prescripción excede los tres meses tratándose de una formulación de primera vez	x	x	x	x	x
13	La prescripción excede el año y no está formulada como sucesiva.	x	x	x	x	x
14	El INVIMA no aprobó el medicamento vital no disponible - MVND	x	NO APLICA	NO APLICA	x	NO APLICA
15	El paciente tiene suministro de otra prescripción	x	NO APLICA	NO APLICA	x	x
16	El prescriptor y el paciente son el mismo	x	x	x	x	x

En estos casos, el afiliado debe acercarse a reclamar el servicio al proveedor, con su documento de identidad, la fórmula dada por el profesional (en caso de tenerla), y la orden de servicio que le envió la EPS por correo electrónico o que el afiliado reclamó en oficina.

Los casos en los que se detecten que las IPS no les están entregando a los afiliados las prescripciones generadas, deben ser informados para revisarlos con los prestadores.

• ¿Las órdenes MIPRES deben ser selladas y firmadas?

No, no se requiere.

• ¿Cuántos días debe esperar el afiliado luego de la generación de la orden médica?

La norma tiene unas prioridades de radicación y estas van predeterminadas desde la radicación a la plataforma, si son servicios no priorizados ambulatorios, deben ir a tiempo normal (5 días), si son servicios priorizados van a 24 horas, pero esta información viaja en línea en la prescripción.

• ¿Qué ocurre cuando el médico comete un error en la formulación que hizo por MIPRES?

En esos casos es el mismo médico quien debe verificar la radicación de la prescripción y puede hacer la corrección en el lapso de 24 horas, de lo contrario, si la EPS no hace la entrega porque la prescripción no cumple criterios del anexo técnico, el médico debe volver a formular correctamente y surte el mismo tiempo como si fuera la primera radicación.

• ¿Qué debe hacer el afiliado si la junta de profesionales niega la prescripción del médico tratante?

En este caso debe consultar nuevamente con su médico tratante para verificar el nuevo tratamiento a prescribir según la respuesta de la junta de especialistas que revisó la prescripción, o financiarlo con recursos propios.

• ¿Qué pasa si me formulan por caja de 30 tabletas, pero solo vienen 28?

Las prescripciones se deben adaptar a la presentación comercial (caja, frasco, etc.), la segunda entrega se debe dar a los 28 días.

• ¿Qué pasa cuando no me entregan el medicamento por desabastecimiento o se entregan de forma parcial?

Puede ser por varias causas:

- a. Porque el laboratorio a nivel nacional está desabastecido, por lo cual se debe esperar la importación.
- b. Porque el proveedor no lo tenga en el momento o no está en ese punto de entrega, por lo cual debe comprometerse a entregarlo en las próximas 48 horas y el usuario puede pasar a reclamar el medicamento.