

**REQUISITOS PARA SOLICITAR A TRAVÉS DEL CTC: MEDICAMENTOS, ACTIVIDADES, INSUMOS, INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS**

Favor leer completamente este instructivo y entregar la documentación solicitada en Coomeva Medicina Prepagada, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

1. **SOLICITUD NO POS:** (para medicamentos, actividades, insumos, intervenciones y procedimientos). El médico tratante debe diligenciar en forma **COMPLETA Y SIN ENMENDADURAS** el formato que le estamos suministrando o el que tenga predeterminado la entidad de acuerdo al caso. Todas las casillas deben estar completamente llenas y corresponder los datos con la historia clínica, la fórmula y/o remisión.

Se debe entregar la solicitud original que tenga FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE. Vigencia un mes, de lo contrario deberá diligenciarla nuevamente.

2. **DOCUMENTOS ADJUNTOS A LA SOLICITUD: (fotocopias)**

- Orden médica solicitando el servicio NO POS. Para el caso de los medicamentos debe hacerse la fórmula en presentación genérica (según decreto 2200 de 2005), debe tener el diagnóstico, vía de administración, dosis, cantidad, tiempo de tratamiento, posología y concentración. **FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE.** Vigencia para el ingreso un mes.
- Historia clínica completa y cumpliendo los requisitos por ley establecidos (Resolución 1995/99 artículo 5 "la historia clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas").
- Reporte de ayudas diagnósticas (radiografías, TAC, RNM, endoscopias, densitometría ósea, perfil lipídico, ..... de acuerdo a la enfermedad y medicamento)
- Documento de identidad.

**OBSERVACIÓN:** En caso de que el comité le solicite anexar alguna información tendrá 8 días hábiles después de la fecha de respuesta emitida por el comité, confirmado en el recibido que se le da en la taquilla No POS cuando entrega su solicitud, para entregar sus documentos. De lo contrario debe iniciar el trámite completo anexando toda la documentación.

Verificar siempre sus entregas pendientes ya que hasta no culminar la totalidad de estas autorizadas en su última solicitud no se le ingresará la nueva solicitud.

Por favor tener en cuenta que con el cumplimiento de todos estos requisitos, el comité podrá emitir un concepto, de lo contrario sus papeles le serán devueltos. Cualquier información adicional le será suministrada en la sala SIP que tiene asignada la IPS a la que usted está afiliado.

**NOTA: RECUERDE ENTREGAR LA SOLICITUD NO POS 10 DÍAS ANTES DE QUE ESTOS SE LE TERMINEN EN CASO DE SOLICITUDES REEVALUATIVAS.**

---

[illegible]

**IV. Justificación**

**Servicio 1**

Justificación de la solicitud:

Señale la evidencia científica en casos similares con Grado de recomendación y Relación soporte científico bibliográfico

Casística del ordenador sobre el procedimiento, actividad o intervención solicitado

**Servicio 2**

Justificación de la solicitud:

Señale la evidencia científica en casos similares con Grado de recomendación y Relación soporte científico bibliográfico

Casística del ordenador sobre el procedimiento, actividad o intervención solicitado

**Servicio 3**

Justificación de la solicitud:

Señale la evidencia científica en casos similares con Grado de recomendación y Relación soporte científico bibliográfico

Casística del ordenador sobre el procedimiento, actividad o intervención solicitado

**V. Aspectos Relacionados con Farmaco y tecnovigilancia.**

Señale las precauciones, contraindicaciones, efectos secundarios y toxicidad asociada con el empleo y abuso, del servicio NO POS solicitado.

Consentimiento Informado.

Se ha obtenido consentimiento informado: Si ☐ No ☐

**VI. Firmas**

Nombre del médico tratante

Firma

Registro médico

A LA SOLICITUD FAVOR ANEXAR: