

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.

I. Datos Generales

Acta No:	Caso N°:	Ciudad	Fecha de diligenciamiento	Tipo
				Amb <input type="checkbox"/> Hosp <input type="checkbox"/> Urg <input type="checkbox"/>
Nombre del Afiliado	Edad	Tipo de Identificación		
		RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NUIF <input type="checkbox"/> No: _____		
I.P.S. Asignada	Oficina	Tipo de Afiliado		
		Cot <input type="checkbox"/> Ben <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		
Médico Tratante:	Sexo	Historia Clínica	Fecha de Diagnóstico	
	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	No: _____	Día <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/>	
Especialidad	IPS que presta el servicio			

II. Caso Clínico.

Diagnóstico: _____

Código CIE _____

Descripción del caso clínico (Breve resumen de la historia clínica del paciente): _____

Tratamientos realizados (resumen de las prescripciones previas relacionadas con el caso clínico): _____

III. Medicamento No Pos solicitado

SILO								
No	Principio(s) Activo(s)	Grupo terapéutico según ATC	Concentración	Forma Farmacéutica:	Número de días tratamiento:	Número de dosis día	d Solicitada	Posología
1								
2								
3								

IV. Medicamentos POS del mismo grupo terapéutico que se reemplaza o sustituye

No	Principio(s) Activo(s)	Concentración	Forma Farmacéutica:	Número de días tratamient	Número de dosis día	Cantidad equivalente
1						
2						
3						

Solicitud Justificación De Medicamentos No Pos

V. Justificación medicamento 1

Justificación General _____

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

Casuística del ordenador sobre el medicamento solicitado _____

Justificación medicamento 2

Justificación General _____

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

Casuística del ordenador sobre el medicamento solicitado _____

Justificación medicamento 3

Justificación General _____

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

Casuística del ordenador sobre el medicamento solicitado _____

VI. Aspectos Relacionados con Farmaco y tecnovigilancia.

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

Medicamento 1 _____

Medicamento 2 _____

Medicamento 3 _____

Consentimiento Informado.

Se ha obtenido consentimiento Informado: Si ☐ No ☐

Nombre del médico tratante _____

Firma _____

Registro médico _____

A LA SOLICITUD FAVOR ANEXAR:

☐ COPIA DE DOCUMENTO IDENTIDAD

☐ COPIA FORMULA MEDICA

☐ COPIA HISTORIA CLINICA ACTUALIZADA