



**MANUAL DE PROCESO PARA LA RECEPCIÓN DE
SOLICITUDES DE REEMBOLSOS DE
MEDICAMENTOS, ESTUDIOS ESPECIALES Y/O
PROCEDIMIENTOS O PRUEBAS DE
LABORATORIOS**

Aprobado con Resolución Administrativa Nro. 015/2022

de fecha 28 de julio de 2022

SANTA CRUZ - BOLIVIA

INDICE

1.	INTRODUCCIÓN	2
2.	OBJETIVO	2
3.	REVISIONES Y ACTUALIZACIONES	2
4.	ESTRUCTURA ORGANIZATIVA	2
5.	COMO USAR EL MANUAL.....	2
6.	AMBITO DE APLICACIÓN	3
7.	NORMAS DE OPERACIÓN	3
8.	LINEAMIENTOS PARA EL REEMBOLSO.....	4
9.	PLAZOS	4
10.	ASIGNACION DE RESPONSABLES.....	5
11.	FUNCIONES DEL PERSONAL ASIGNADO	5
12.	PROCESOS	6
I.	PROCESO DE SOLICITUD DE CERTIFICACION DE INEXISTENCIA	6
II.	PROCESO DE RECEPCION DE SOLICITUDES DE REEMBOLSO POR MEDICAMENTOS ESTUDIOS ESPECIALES Y/O PROCEDIMIENTOS O PRUEBAS DE LABORATORIOS.....	8
13.	FLUJOGRAMAS	13
14.	ANEXOS	16

1. INTRODUCCIÓN

Este documento normativo contiene información sobre la sucesión cronológica y secuencial de las actividades referentes al proceso de recepción de solicitudes de reembolsos **de medicamentos, estudios especiales y/o procedimientos o pruebas de laboratorios** en el Seguro Integral de Salud SINEC., así como plantea políticas de aplicación.

Asimismo, permitirá comprender mejor el desarrollo de las actividades que se deben seguir en todas las áreas que intervienen en la aplicación del proceso.

2. OBJETIVO

Constituirse en un instrumento de trabajo para los responsables del proceso de recepción de solicitudes de reembolsos en cumplimiento a la normativa específica vigente. Al efecto, guía en forma sistemática los procedimientos a ser aplicados y permite mantener informado al personal acerca de las normas que deben cumplirse para llevar a cabo las tareas en el marco legal vigente.

3. REVISIONES Y ACTUALIZACIONES

El presente Manual está sujeto a revisiones y actualizaciones cuando se presentan las siguientes situaciones:

- Se producen cambios en la estructura organizacional del SINEC.
- En los casos debidamente justificados, de oficio y a requerimiento de partes interesadas.
- En los casos que se modifiquen las normas y afecten el procedimiento descrito.

Y las modificaciones u ajustes del proyecto serán realizados por el área organizacional que lo genere y presentados a la Máxima Autoridad Ejecutiva, previa revisión técnica del área de Planificación.

4. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

De acuerdo con la estructura del SINEC, las áreas se constituyen en unidades organizacionales.

5. COMO USAR EL MANUAL

En el Manual se detalla de manera secuencial cada uno de los pasos a seguir dentro de un procedimiento, señalando en qué consisten éstos, cómo y cuándo se lleva a cabo y quién los realiza, para ello se establecen los elementos administrativos y responsables de su ejecución, dentro de estas unidades. Está redactado a un nivel de desagregación.

Por otra parte, al final de la descripción narrativa del procedimiento se detallan los Diagramas de Flujos, que es la representación gráfica de la sucesión en que se realizan las operaciones del proceso. Los diagramas se presentan en forma sencilla para brindar una descripción clara de sus operaciones, lo que facilitará su comprensión. A continuación, se presentan los símbolos que se utilizarán y su significado:

SÍMBOLO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
	Terminal	Indica el inicio y el fin de proceso
	Proceso / Operación	Describe de forma general cada una de las actividades que se desarrollan dentro del procedimiento
	Decisión o Alternativa	Indica dentro del procedimiento, dónde surgen caminos alternativos, un punto de decisión
	Conector de rutina	Permite dar continuidad a las actividades, evitando la intersección de líneas. Representa una conexión entre las actividades del procedimiento en una misma página
	Conector de hojas	Representa una conexión entre las actividades del procedimiento en distinta página
	Documento	Representa cualquier tipo de documento asociado al procedimiento
	Archivo	Representa el archivo de documentos asociados al procedimiento

6. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente manual es de uso obligatorio de las áreas y unidades dependientes del Seguro Integral de Salud – SINEC, que forman parte del proceso.

7. NORMAS DE OPERACIÓN

Los lineamientos generales de acción determinados para facilitar la cobertura de las responsabilidades de las distintas instancias que participan en el proceso son:

- ✓ Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia de fecha 07 de febrero de 2009.
- ✓ Ley General del Trabajo, de fecha 08 de diciembre de 1942.
- ✓ Ley 2027, de fecha 27 de octubre de 1999, Estatuto del Funcionario Público.

- ✓ Ley Nro. 1178, de 20 de fecha julio de 1990, de Administración y Control Gubernamental.
- ✓ Ley 2341, de fecha 23 de abril de 2001, Ley de Procedimiento Administrativo.
- ✓ Decreto Supremo Nro. 23318-A, de fecha 3 de noviembre de 1992, de Responsabilidad por la Función Pública.
- ✓ Decreto Supremo Nro. 26237, de fecha 29 de junio de 2001, que modifica el DS. Nro. 23318-A
- ✓ Decreto Supremo de Creación 26474, de fecha 22 de diciembre de 2001, que agrupa en una sola norma jurídica, todas las disposiciones relativas a la creación y funcionamiento del Seguro Integral de Salud; por lo se ratifica su creación efectuada el 29 de enero de 1999 del Seguro Integral de Salud del SINEC.
- ✓ Decreto Supremo 0214, de fecha 22 de julio de 2009, que aprueba la Política Nacional de Transparencia y Lucha Contra La Corrupción.
- ✓ Resolución Administrativa Nro. 065/2018, de fecha 20 de noviembre de 2018, Reglamento Específico de Afiliación, Re afiliación y Desafiliación en el Seguro Social de Corto Plazo de la ASUSS.

8. LINEAMIENTOS PARA EL REEMBOLSO

¿CUANDO PROCEDE UN REEMBOLSO?

Cuando las solicitudes de reembolso se encuentren con toda la documentación requerida de acuerdo al caso o tipo.

¿EN QUE CASO PROCEDE UN REEMBOLSO?

En los siguientes casos:

- a) En el caso que no cuente el seguro con medicamentos establecidos en el LINAME y LIDANIME.
- b) En caso de estudios y/o procedimientos que cuenten con una certificación de no existencia del servicio.
- c) En caso de pruebas de laboratorios que cuenten con una certificación de no existencia del servicio.

¿QUÉ SE PAGA EN UN REEMBOLSO?

El seguro pagará los honorarios de médicos titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, siempre y cuando hayan participado activamente en la recuperación del asegurado, de igual manera los gastos de internación en sanatorios, hospitales o clínicas debidamente autorizados, así como las facturas por medicamentos, análisis de laboratorios y gabinete prescritos por el médico tratante, y que cumplan con los requisitos fiscales correspondientes. El importe a pagar para cada uno de los conceptos será el que corresponda a los aranceles establecidos fijados para el SINEC; y LINAME según corresponda.

9. PLAZOS

PASO 1:

Una vez se tiene la **orden de estudios especiales y/o procedimientos o pruebas de laboratorios** del médico tratante o especialista; o receta con sello de medicamento inexistente; tienen **un plazo de (5) cinco días hábiles** para tramitar el certificado de inexistencia.

PASO 2:

Para recepcionar solicitudes de Certificados de Inexistencias las áreas organizacionales del SINEC que ejecuten esta función lo harán de acuerdo a los siguientes horarios:

- ✓ Para las recepción de solicitudes de Estudios Especiales y/o Procedimientos que ingresan por el área de Servicios en Ciudad, se harán de acuerdo a lo que establezca el área; debiendo colocar en lugares visibles el cartel o letrero para conocimiento de los asegurados, tomando en cuenta que el trámite debe ser entregado en el día.
- ✓ Para las solicitudes de Pruebas de Laboratorios, el área de Laboratorio recepcionará las solicitudes de 8:00 a 10:00 am. y las respuestas serán entregadas de 13:00 a 19:00 pm.
- ✓ Para las solicitudes de Medicamentos el área de Farmacia, se harán de acuerdo a lo que establezca el área; debiendo colocar en lugares visibles el cartel o letrero para conocimiento de los asegurados, tomando en cuenta que el trámite debe ser entregado en el día.

PASO 3:

Una vez obtenido el **Certificado de Inexistencia**; tiene **el plazo de (3) tres días hábiles**, para realizarse los estudios especiales, pruebas de laboratorio.

En el caso de Solicitudes de Reembolso de Medicamentos, deberán considerar el plazo de la solicitud del certificado de inexistencia; debiendo tramitar antes de las 72 horas.

PASO 4:

Todo proceso de **Solicitud de Reembolso** debe ser presentado en **un plazo no mayor a 72 horas** desde la emisión de las facturas computables en días hábiles y ser presentados a Gerencia de Servicios Médicos; en caso de solicitudes de reembolso por medicamentos y a Gerencia de Servicios Generales en caso de servicios médicos y laboratorios.

10. ASIGNACION DE RESPONSABLES

- 10.1 El Gerente de Servicios Médicos, deberá designar al profesional que será RESPONSABLE DEL PROCESO DE SOLICITUDES DE REEMBOLSO POR MEDICAMENTOS.
- 10.2 El Presidente de la comisión de prestaciones del SINEC, deberá designar al profesional que será RESPONSABLE DEL PROCESO DE SOLICITUDES DE REEMBOLSO POR ESTUDIOS ESPECIALES Y/O PROCEDIMIENTOS O PRUEBAS DE LABORATORIOS.

11. FUNCIONES DEL PERSONAL ASIGNADO

- ✓ Recibir los documentos y revisar que estén conforme a los requisitos aprobados.
- ✓ Revisar antes de la recepción que la presentación se encuentre en el plazo establecido.
- ✓ Revisar si todo está en orden cronológico (emisión de la solicitud, emisión del certificado de inexistencias, facturas y otros).
- ✓ Revisar los montos que estén de acuerdo a la Lista Precios para el SINEC., aranceles y LINAME.
- ✓ Revisar otros puntos que crea de relevancia para el proceso.

- ✓ Llenar el Formulario de Revisión de Solicitudes de Reembolso
- ✓ Elaborar Informe Técnico, del análisis y evaluación de las Solicitudes de Reembolsos. (en caso de solicitudes de reembolso de medicamentos)

12. PROCESOS

I. PROCESO DE SOLICITUD DE CERTIFICACION DE INEXISTENCIA

Para solicitar Certificados de Inexistencia deberán presentar los siguientes requisitos por tipo de solicitud:

PARA MEDICAMENTOS:

1	Carta de Solicitud de Certificación de Inexistencia dirigida a Farmacia	Original
2	Receta o Copia Rosada con sellos de inexistencia y fotocopia	Original y copia
3	Factura Original y fotocopia	Original y copia

POR ESTUDIOS ESPECIALES Y/O PROCEDIMIENTOS:

1	Carta de Solicitud de Certificación de Inexistencia de servicios médicos y otros estudios	Original
2	Orden de estudio de servicios médicos especializados u otros debidamente firmada, sellada y autorizado por el Jefe de Consulta Externa o Jefe de Emergencias o Gerente Servicios Médicos y fotocopia	Original y copia

PARA PRUEBAS DE LABORATORIO:

1	Carta de Solicitud de Certificación de Inexistencia de Prueba de Laboratorio	Original
2	Orden de estudio de servicios laboratorio debidamente firmada y sellada por el médico tratante.	copia

PROCESO:

ETAPA	INSUMO – PROCEDIMIENTO – PRODUCTO	INSTRUMENTO	PLAZO	RESPONSABLE
	INSUMO: Los indicados como requisitos	-----	-----	-----
	PROCEDIMIENTO (Tareas):	-----	-----	-----
1	Para iniciar un proceso de solicitud de reembolso él solicitante debe recabar el Certificado de Inexistencia ya sea por medicamentos, estudios especiales o pruebas de laboratorios. Debiendo para ello presentar los siguientes requisitos:			Solicitante

	<p>PARA MEDICAMENTOS:</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>Carta de Solicitud de Certificación de Inexistencia dirigida a Farmacia</td> <td>Original</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Receta o Copia Rosada con sellos de inexistencia y fotocopia</td> <td>Original y copia</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Factura Original y fotocopia</td> <td>Original y copia</td> </tr> </table> <p>POR ESTUDIOS ESPECIALES Y/O PROCEDIMIENTOS:</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>Carta de Solicitud de Certificación de Inexistencia de servicios médicos y otros estudios</td> <td>Original</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Orden de estudio de servicios médicos especializados u otros debidamente firmada, sellada y autorizado por el Jefe de Consulta Externa o Jefe de Emergencias o Gerente Servicios Médicos y fotocopia</td> <td>Original y copia</td> </tr> </table> <p>PARA PRUEBAS DE LABORATORIO:</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>Carta de Solicitud de Certificación de Inexistencia de Prueba de Laboratorio</td> <td>Original</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Orden de estudio de servicios laboratorio debidamente firmada y sellada por el médico tratante.</td> <td>copia</td> </tr> </table> <p>La orden del médico o especialista tratante tiene una validez de (5) cinco días hábiles para tramitar la emisión de una certificación de inexistencia.</p> <p>Para la emisión de la certificación inexistencia, debe considerarse que la misma tiene una vigencia de (3) tres días hábiles, para realizarse los estudios especiales, pruebas de laboratorio y/o medicamento.</p> <p>Y debe apersonarse a las oficinas que correspondan de acuerdo al tipo de devolución que requiere.</p>	1	Carta de Solicitud de Certificación de Inexistencia dirigida a Farmacia	Original	2	Receta o Copia Rosada con sellos de inexistencia y fotocopia	Original y copia	3	Factura Original y fotocopia	Original y copia	1	Carta de Solicitud de Certificación de Inexistencia de servicios médicos y otros estudios	Original	2	Orden de estudio de servicios médicos especializados u otros debidamente firmada, sellada y autorizado por el Jefe de Consulta Externa o Jefe de Emergencias o Gerente Servicios Médicos y fotocopia	Original y copia	1	Carta de Solicitud de Certificación de Inexistencia de Prueba de Laboratorio	Original	2	Orden de estudio de servicios laboratorio debidamente firmada y sellada por el médico tratante.	copia			
1	Carta de Solicitud de Certificación de Inexistencia dirigida a Farmacia	Original																							
2	Receta o Copia Rosada con sellos de inexistencia y fotocopia	Original y copia																							
3	Factura Original y fotocopia	Original y copia																							
1	Carta de Solicitud de Certificación de Inexistencia de servicios médicos y otros estudios	Original																							
2	Orden de estudio de servicios médicos especializados u otros debidamente firmada, sellada y autorizado por el Jefe de Consulta Externa o Jefe de Emergencias o Gerente Servicios Médicos y fotocopia	Original y copia																							
1	Carta de Solicitud de Certificación de Inexistencia de Prueba de Laboratorio	Original																							
2	Orden de estudio de servicios laboratorio debidamente firmada y sellada por el médico tratante.	copia																							
2	<p>Recibe, revisa el requerimiento y verifica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ En caso de medicamentos, la receta debe tener todos los datos del paciente, firma y sello del médico y fecha de emisión de la receta. Así como la Factura que cuente con el Nombre y el Nro. de NIT del SINEC de forma correcta en la Factura. (en caso de procesos de reembolso de medicamentos). ✓ En caso de las órdenes de estudio y/o laboratorios, que cuente con los sellos, firmas y autorizaciones que correspondan. <p>Toda la documentación tiene que estar en los plazos establecidos, para poder extender un certificado de inexistencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Para la emisión de la certificación inexistencia, debe considerarse que la misma tiene una vigencia de (3) tres días hábiles, para realizarse los estudios especiales, pruebas de laboratorio y/o medicamento. ✓ La orden del médico o especialista tratante tiene una validez de (5) cinco días hábiles para tramitar la emisión de una certificación de inexistencia. 		En el día de requerimiento	Área de Farmacia o Servicios Médicos en Ciudad o Laboratorio																					

	Si todo está verificado y validado, procede a la elaboración y emisión del Certificado de Inexistencia, para su posterior entrega.			
3	Recibe el certificado y procese a arma carpeta para dar inicio al proceso de Solicitud de Reembolso. (Continúa el procesos siguiente)			Solicitante
	PRODUCTO: Entrega del Certificado de Inexistencia.	-----	-----	-----

II. PROCESO DE RECEPCION DE SOLICITUDES DE REEMBOLSO POR MEDICAMENTOS ESTUDIOS ESPECIALES Y/O PROCEDIMIENTOS O PRUEBAS DE LABORATORIOS

Para solicitar Certificados de Inexistencia deberán presentar los siguientes requisitos por tipo de solicitud:

REQUISITOS COMUNES

1	Formulario de Solicitud de Reembolso, firmada por el titular o caso contrario, acreditar representación.	original
2	Fotocopia de Cédula de Identidad del TITULAR (VIGENTE)	copia
3	Fotocopia de Carnét del Seguro del TITULAR	copia
4	Fotocopia de Cédula de Identidad VIGENTE del Beneficiario (Si Corresponde)	copia
5	Fotocopia de Carnét de Seguro del Beneficiario (Si Corresponde)	copia
6	Fotocopia de Boleta de Pago vigente por (60) sesenta días calendarios	copia
7	Certificación de Afiliación, que tendrá una vigencia del mes en curso hasta los primeros (5) cinco días hábiles del mes siguiente; desde su emisión (emitido por el Área de Afiliación del SINEC)	copia
8	Certificación de Vigencia de Derecho; que tendrá una vigencia hasta la fecha de validación indicada en la certificación (emitido por el área de Seguro y Vigencia de Derechos del SINEC)	copia
9	Factura emitida a nombre del SINEC con NIT 126793025	original

COMPLEMENTE POR TIPO DE SOLICITUD

PARA MEDICAMENTOS:

10	Receta médica con sello de inexistencia (emitido por el área de Farmacias del SINEC)	copia rosada
11	Certificación de Inexistencia del (los) medicamento (s) (emitido por el área de Farmacias del SINEC)	original

POR ESTUDIOS ESPECIALES Y/O PROCEDIMEINTOS:

12	Certificación de Inexistencia de Estudios Especiales ((emitido por el área de Servicios Médicos del SINEC)	original
13	ORDEN DEL MEDICO O ESPECIALISTA TRATANTE ((emitido por el especialista tratante del SINEC)	original

PARA PRUEBAS DE LABORATORIO:

14	Certificación de Inexistencia de Prueba de Laboratorio (emitido por el área de Laboratorio del SINEC)	original
-----------	---	----------

A. PROCESO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO POR MEDICAMENTOS

ETAPA	INSUMO – PROCEDIMIENTO – PRODUCTO	INSTRUMENTO	PLAZO	RESPONSABLE																															
	INSUMO: <ul style="list-style-type: none"> Los indicados como requisitos 	-----	-----	-----																															
	PROCEDIMIENTO (Tareas):	-----	-----	-----																															
1	Una vez recibida la Certificación de Inexistencia, arma carpeta con requisitos y coloca en folder para su entrega al Seguro Integral de Salud - SINEC.			Solicitante																															
	REQUISITOS COMUNES <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 70%;">Formulario de Solicitud de Reembolso, firmada por el titular o caso contrario, acreditar representación.</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">original</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Fotocopia de Cédula de Identidad del TITULAR (VIGENTE)</td> <td style="text-align: center;">copia</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Fotocopia de Carné del Seguro del TITULAR</td> <td style="text-align: center;">copia</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>Fotocopia de Cédula de Identidad VIGENTE del Beneficiario (Si Corresponde)</td> <td style="text-align: center;">copia</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td>Fotocopia de Carné de Seguro del Beneficiario (Si Corresponde)</td> <td style="text-align: center;">copia</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">6</td> <td>Fotocopia de Boleta de Pago vigente por (60) sesenta días calendarios</td> <td style="text-align: center;">copia</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">7</td> <td>Certificación de Afiliación, que tendrá una vigencia del mes en curso hasta los primeros (5) cinco días hábiles del mes siguiente; desde su emisión (emitido por el Área de Afiliación del SINEC)</td> <td style="text-align: center;">copia</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8</td> <td>Certificación de Vigencia de Derecho; que tendrá una vigencia hasta la fecha de validación indicada en la certificación (emitido por el área de Seguro y Vigencia de Derechos del SINEC)</td> <td style="text-align: center;">copia</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">9</td> <td>Factura emitida a nombre del SINEC con NIT 126793025</td> <td style="text-align: center;">original</td> </tr> </table> COMPLEMENTE POR TIPO DE SOLICITUD PARA MEDICAMENTOS: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">10</td> <td style="width: 70%;">Receta médica con sello de inexistencia (emitido por el área de Farmacias del SINEC)</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">copia rosada</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">11</td> <td>Certificación de Inexistencia del (los) medicamento (s) (emitido por el área de Farmacias del SINEC)</td> <td style="text-align: center;">original</td> </tr> </table> Al momento de iniciar una solicitud se debe considerar los plazos para su presentación.	1	Formulario de Solicitud de Reembolso, firmada por el titular o caso contrario, acreditar representación.		original	2	Fotocopia de Cédula de Identidad del TITULAR (VIGENTE)	copia	3	Fotocopia de Carné del Seguro del TITULAR	copia	4	Fotocopia de Cédula de Identidad VIGENTE del Beneficiario (Si Corresponde)	copia	5	Fotocopia de Carné de Seguro del Beneficiario (Si Corresponde)	copia	6	Fotocopia de Boleta de Pago vigente por (60) sesenta días calendarios	copia	7	Certificación de Afiliación, que tendrá una vigencia del mes en curso hasta los primeros (5) cinco días hábiles del mes siguiente; desde su emisión (emitido por el Área de Afiliación del SINEC)	copia	8	Certificación de Vigencia de Derecho; que tendrá una vigencia hasta la fecha de validación indicada en la certificación (emitido por el área de Seguro y Vigencia de Derechos del SINEC)	copia	9	Factura emitida a nombre del SINEC con NIT 126793025	original	10	Receta médica con sello de inexistencia (emitido por el área de Farmacias del SINEC)	copia rosada	11	Certificación de Inexistencia del (los) medicamento (s) (emitido por el área de Farmacias del SINEC)	original
1	Formulario de Solicitud de Reembolso, firmada por el titular o caso contrario, acreditar representación.	original																																	
2	Fotocopia de Cédula de Identidad del TITULAR (VIGENTE)	copia																																	
3	Fotocopia de Carné del Seguro del TITULAR	copia																																	
4	Fotocopia de Cédula de Identidad VIGENTE del Beneficiario (Si Corresponde)	copia																																	
5	Fotocopia de Carné de Seguro del Beneficiario (Si Corresponde)	copia																																	
6	Fotocopia de Boleta de Pago vigente por (60) sesenta días calendarios	copia																																	
7	Certificación de Afiliación, que tendrá una vigencia del mes en curso hasta los primeros (5) cinco días hábiles del mes siguiente; desde su emisión (emitido por el Área de Afiliación del SINEC)	copia																																	
8	Certificación de Vigencia de Derecho; que tendrá una vigencia hasta la fecha de validación indicada en la certificación (emitido por el área de Seguro y Vigencia de Derechos del SINEC)	copia																																	
9	Factura emitida a nombre del SINEC con NIT 126793025	original																																	
10	Receta médica con sello de inexistencia (emitido por el área de Farmacias del SINEC)	copia rosada																																	
11	Certificación de Inexistencia del (los) medicamento (s) (emitido por el área de Farmacias del SINEC)	original																																	
2	Recibe la solicitud, coloca sello de recibido, verifica el número de fojas y entrega al Personal Asignado (Jefe de Consulta Externa).			Secretaria de Gerencia de Servicios Médicos																															

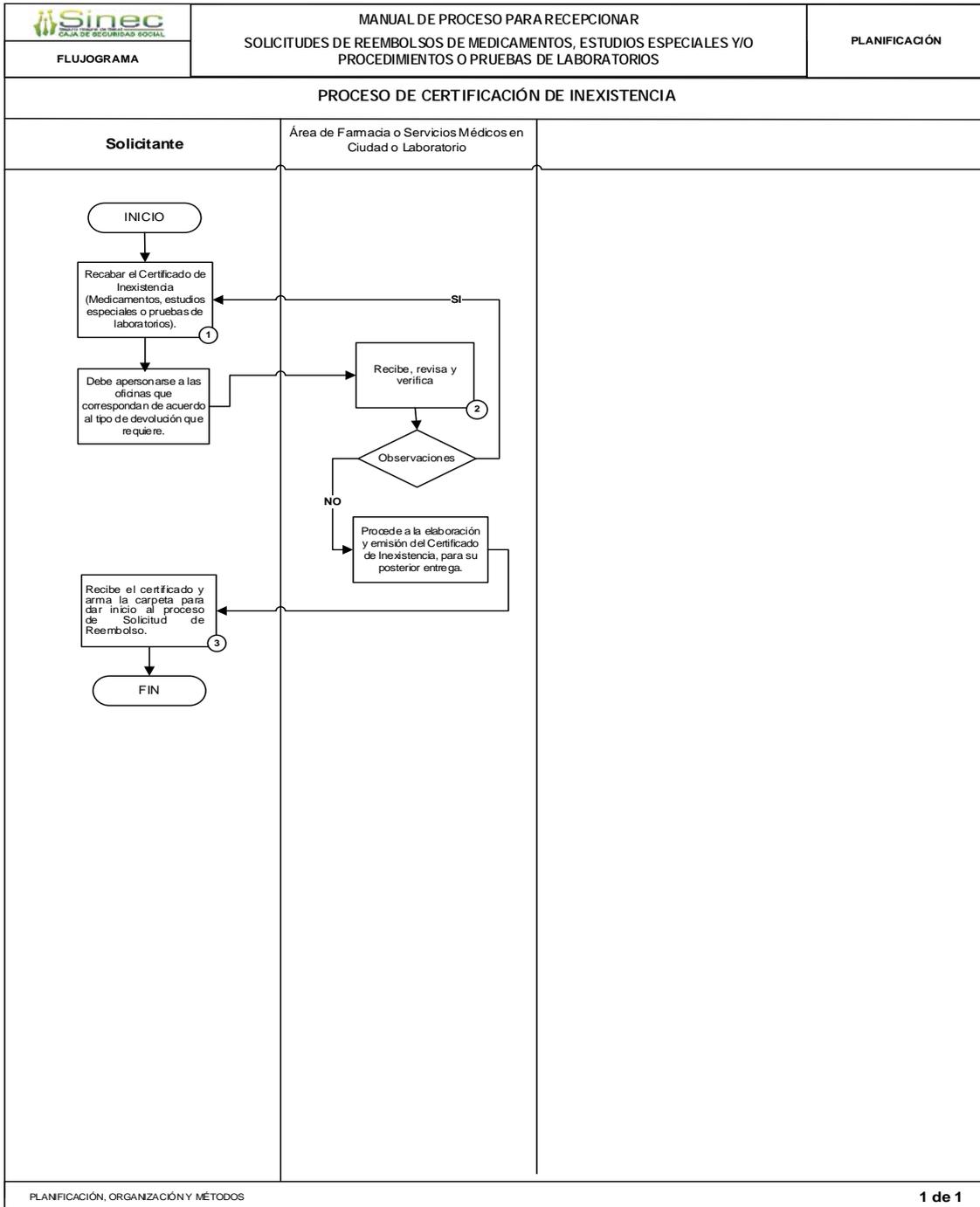
3	<p>Recibe y realiza lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisa que estén conforme a los requisitos aprobados. ✓ Revisa antes de la recepción que la presentación se encuentre en el plazo establecido. ✓ Revisa si todo está en orden cronológico (emisión de la solicitud, emisión del certificado de inexistencias, facturas y otros). ✓ Revisa los montos que estén de acuerdo a la lista de precios públicos y aranceles. ✓ Revisar otros puntos que crea de relevancia para el proceso. ✓ Llenar el Formulario de Revisión de Solicitudes de Reembolso y adjuntar a la carpeta. ✓ Elaborar Informe Técnico, del análisis y evaluación de las Solicitudes de Reembolsos. <p>Revisado los documentos de <u>solicitud de reembolso por medicamentos</u> elabora Informe Técnico con conclusiones y recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sin observaciones: Si la recomendación es favorables para el reembolso el informe debe estar dirigido a la Gerencia de Servicios Generales, vía la Gerencia de Servicios Médicos. ✓ Con observaciones: Si la recomendación no son favorables para el reembolso el informe debe estar dirigido a Gerencia de Servicios Médicos. 			Personal Asignado (Jefe de Consulta Externa)
4	<p>Recibe, revisa y de acuerdo a la recomendación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Si es procedente el pago: Coloca el Visto Bueno como signo de validación para el proceso de solicitud de reembolso y remite a la Gerencia de Servicios Generales, para dar inicio al proceso de pago de reembolso. ✓ No es procedente el pago: Notifica al solicitante, indicando las conclusiones del informe y finaliza el proceso. 			Gerente de Servicios Médicos
	PRODUCTO: Proceso de Solicitud de Reembolso Ingresado al SINEC.	-----	-----	-----

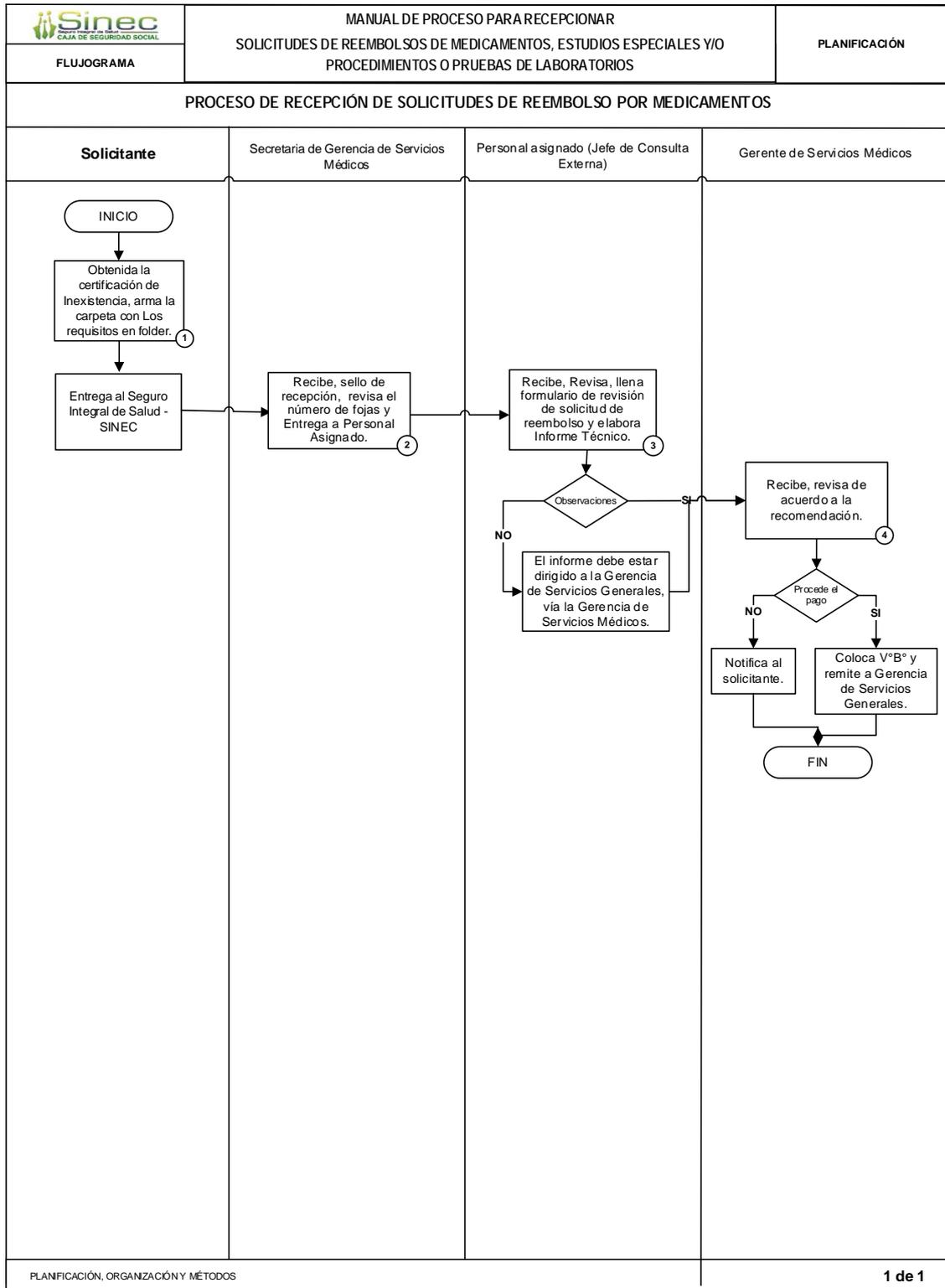
B. PROCESO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO POR ESTUDIOS ESPECIALES Y/O PROCEDIMIENTOS Y PRUEBAS DE LABORATORIOS

ETAPA	INSUMO – PROCEDIMIENTO – PRODUCTO	INSTRUMENTO	PLAZO	RESPONSABLE																																				
	INSUMO: <ul style="list-style-type: none"> Los indicados como requisitos 	-----	-----	-----																																				
	PROCEDIMIENTO (Tareas):	-----	-----	-----																																				
1	<p>Una vez recibida la Certificación de Inexistencia, arma carpeta con requisitos y coloca en folder para su entrega al Seguro Integral de Salud - SINEC.</p> <p><u>REQUISITOS COMUNES</u></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 85%;">Formulario de Solicitud de Reembolso, firmada por el titular o caso contrario, acreditar representación.</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">original</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Fotocopia de Cédula de Identidad del TITULAR (VIGENTE)</td> <td style="text-align: center;">copia</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Fotocopia de Carnét del Seguro del TITULAR</td> <td style="text-align: center;">copia</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>Fotocopia de Cédula de Identidad VIGENTE del Beneficiario (Si Corresponde)</td> <td style="text-align: center;">copia</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td>Fotocopia de Carnét de Seguro del Beneficiario (Si Corresponde)</td> <td style="text-align: center;">copia</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">6</td> <td>Fotocopia de Boleta de Pago vigente por (60) sesenta días calendarios</td> <td style="text-align: center;">copia</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">7</td> <td>Certificación de Afiliación, que tendrá una vigencia del mes en curso hasta los primeros (5) cinco días hábiles del mes siguiente; desde su emisión (emitido por el Área de Afiliación del SINEC)</td> <td style="text-align: center;">copia</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8</td> <td>Certificación de Vigencia de Derecho; que tendrá una vigencia hasta la fecha de validación indicada en la certificación (emitido por el área de Seguro y Vigencia de Derechos del SINEC)</td> <td style="text-align: center;">copia</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">9</td> <td>Factura emitida a nombre del SINEC con NIT 126793025</td> <td style="text-align: center;">original</td> </tr> </table> <p><u>COMPLEMENTE POR TIPO DE SOLICITUD</u></p> <p>POR ESTUDIOS ESPECIALES Y/O PROCEDIMEINTOS:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">12</td> <td style="width: 85%;">Certificación de Inexistencia de Estudios Especiales (emitido por el área de Servicios Médicos del SINEC)</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">original</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">13</td> <td>ORDEN DEL MEDICO O ESPECIALISTA TRATANTE (emitido por el especialista tratante del SINEC)</td> <td style="text-align: center;">original</td> </tr> </table> <p>PARA PRUEBAS DE LABORATORIO:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">14</td> <td style="width: 85%;">Certificación de Inexistencia de Prueba de Laboratorio (emitido por el área de Laboratorio del SINEC)</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">original</td> </tr> </table> <p>Al momento de iniciar una solicitud se debe considerar los plazos para su presentación.</p> <p>Los requerimientos por estudios especiales y/o procedimientos o pruebas de laboratorio, deberán ser presentados a Secretaria de Gerencia de Servicios Generales.</p>	1	Formulario de Solicitud de Reembolso, firmada por el titular o caso contrario, acreditar representación.	original	2	Fotocopia de Cédula de Identidad del TITULAR (VIGENTE)	copia	3	Fotocopia de Carnét del Seguro del TITULAR	copia	4	Fotocopia de Cédula de Identidad VIGENTE del Beneficiario (Si Corresponde)	copia	5	Fotocopia de Carnét de Seguro del Beneficiario (Si Corresponde)	copia	6	Fotocopia de Boleta de Pago vigente por (60) sesenta días calendarios	copia	7	Certificación de Afiliación, que tendrá una vigencia del mes en curso hasta los primeros (5) cinco días hábiles del mes siguiente; desde su emisión (emitido por el Área de Afiliación del SINEC)	copia	8	Certificación de Vigencia de Derecho; que tendrá una vigencia hasta la fecha de validación indicada en la certificación (emitido por el área de Seguro y Vigencia de Derechos del SINEC)	copia	9	Factura emitida a nombre del SINEC con NIT 126793025	original	12	Certificación de Inexistencia de Estudios Especiales (emitido por el área de Servicios Médicos del SINEC)	original	13	ORDEN DEL MEDICO O ESPECIALISTA TRATANTE (emitido por el especialista tratante del SINEC)	original	14	Certificación de Inexistencia de Prueba de Laboratorio (emitido por el área de Laboratorio del SINEC)	original			Solicitante
1	Formulario de Solicitud de Reembolso, firmada por el titular o caso contrario, acreditar representación.	original																																						
2	Fotocopia de Cédula de Identidad del TITULAR (VIGENTE)	copia																																						
3	Fotocopia de Carnét del Seguro del TITULAR	copia																																						
4	Fotocopia de Cédula de Identidad VIGENTE del Beneficiario (Si Corresponde)	copia																																						
5	Fotocopia de Carnét de Seguro del Beneficiario (Si Corresponde)	copia																																						
6	Fotocopia de Boleta de Pago vigente por (60) sesenta días calendarios	copia																																						
7	Certificación de Afiliación, que tendrá una vigencia del mes en curso hasta los primeros (5) cinco días hábiles del mes siguiente; desde su emisión (emitido por el Área de Afiliación del SINEC)	copia																																						
8	Certificación de Vigencia de Derecho; que tendrá una vigencia hasta la fecha de validación indicada en la certificación (emitido por el área de Seguro y Vigencia de Derechos del SINEC)	copia																																						
9	Factura emitida a nombre del SINEC con NIT 126793025	original																																						
12	Certificación de Inexistencia de Estudios Especiales (emitido por el área de Servicios Médicos del SINEC)	original																																						
13	ORDEN DEL MEDICO O ESPECIALISTA TRATANTE (emitido por el especialista tratante del SINEC)	original																																						
14	Certificación de Inexistencia de Prueba de Laboratorio (emitido por el área de Laboratorio del SINEC)	original																																						
2	<p>Recibe la solicitud, coloca sello de recibido, verifica en número de fojas y entrega al Personal Asignado de la Comisión.</p>			Secretaria de Servicios de Generales																																				

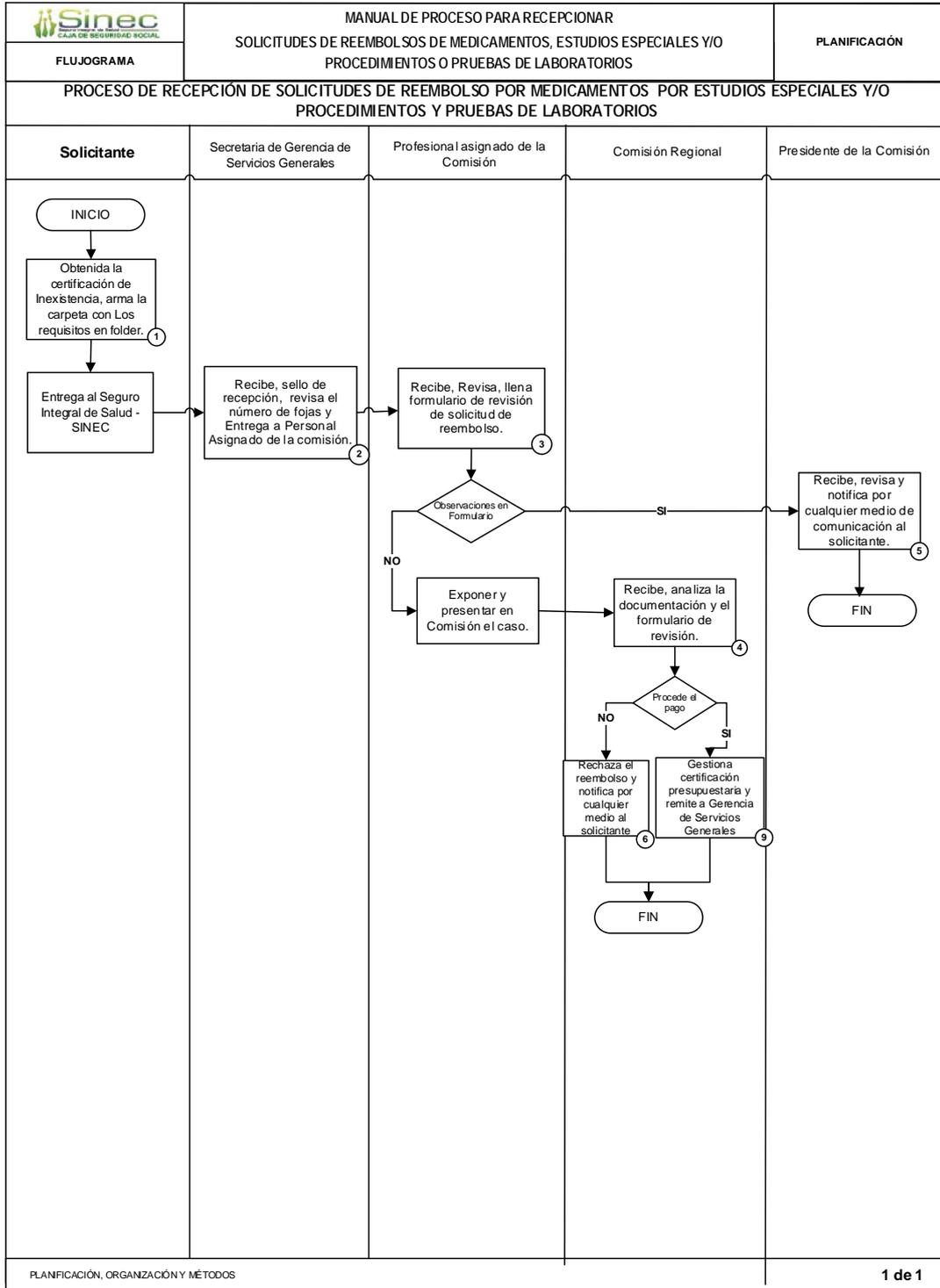
3	<p>Recibe y realiza lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisa que estén conforme a los requisitos aprobados. ✓ Revisa antes de la recepción que la presentación se encuentre en el plazo establecido. ✓ Revisa si todo está en orden cronológico (emisión de la solicitud, emisión del certificado de inexistencias, facturas y otros). ✓ Revisa los montos que estén de acuerdo a los precios públicos u aranceles. ✓ Revisa otros puntos que crea de relevancia para el proceso. ✓ Llena el Formulario de Revisión de Solicitudes de Reembolso y adjuntar a la carpeta. <p>Producto de la revisión de los documentos de <u>solicitud por Estudios Especiales y/o Procedimientos o Pruebas de Laboratorio</u> se puede encontrar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formulario de Revisión con Observaciones: Después de revisar el orden y cronología de los documentos entre otros puntos; y emitir observaciones; debe entregar la carpeta a la Presidenta de la Comisión. (Paso 5) ✓ Formulario de Revisión sin Observaciones: Después de revisar el orden y cronología de los documentos entre otros puntos; y no encontrar observaciones; debe exponer y presentar en Comisión el caso. 			Profesional Asignado de la Comisión
4	<p>Recibe, analiza la documentación presentada por el solicitante y el Formulario de Revisión emitido por el Profesional Asignado de la Comisión, así como los aranceles y lista de precio del SINEC, entre otros puntos; llegando a determinar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Si es procedente el pago: Aprueban el reembolso mediante Resolución; gestiona Certificación Presupuestaria y remiten a Gerencia de Servicios Generales para la priorización y programación de acuerdo a disponibilidad financiera; dando con eso inicio al proceso de pago de reembolso. (Paso siguiente) ✓ No es procedente el pago: Rechaza el reembolso mediante Resolución y notifica por cualquier medio de comunicación al Solicitante la determinación de esta comisión y finaliza el proceso. 			Comisión Regional
5	<p>Recibe, revisa y notifica por cualquier medio de comunicación al solicitante que la solicitud de reembolso ha sido rechazado de acuerdo a observaciones y finaliza el proceso.</p>			Presidente de la Comisión
	PRODUCTO: Proceso de Solicitud de Reembolso Ingresado al SINEC.	-----	-----	-----

13. FLUJOGRAMAS





MANUAL DE PROCESO PARA LA RECEPCIÓN DE SOLICITUDES DE REEMBOLSOS DE MEDICAMENTOS, ESTUDIOS ESPECIALES Y/O PROCEDIMIENTOS O PRUEBAS DE LABORATORIOS



 <p>Sinec Seguro Integral de Salud CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL</p>	<p>MANUAL DE PROCESO PARA LA RECEPCIÓN DE SOLICITUDES DE REEMBOLSOS DE MEDICAMENTOS, ESTUDIOS ESPECIALES Y/O PROCEDIMIENTOS O PRUEBAS DE LABORATORIOS</p>
---	--

14. ANEXOS

FORMULARIO N°1
Formulario de Solicitudes de Reembolso

 <p>FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO</p>		Fecha: ___/___/___
DATOS PERSONALES		
NOMBRE DEL TITULAR:		MATRICULA:
NOMBRE DEL BENEFICIARIO:		MATRICULA:
EMPRESA:		TELÉFONO:
MOTIVO DE LA SOLICITUD:		
DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ADJUNTAR A LA SOLICITUD		
REQUISITOS GENERALES		
1	Formulario de Solicitud de Reembolso, firmada por el titular o caso contrario, acreditar representación.	
2	Fotocopia de Cédula de Identidad del TITULAR (VIGENTE)	
3	Fotocopia de Carnét del Seguro del TITULAR	
4	Fotocopia de Cédula de Identidad VIGENTE del Beneficiario (Si Corresponde)	
5	Fotocopia de Carnét de Seguro del Beneficiario (Si Corresponde)	
6	Fotocopia de Boleta de Pago vigente por 60 días calendarios	
7	Certificación de Afiliación, que tendrá una vigencia del mes en curso hasta los primeros (5) cinco días hábiles del mes siguiente; desde su emisión (emitido por el Área de Afiliación del SINEC)	
8	Certificación de Vigencia de Derecho; que tendrá una vigencia hasta la fecha de validación indicada en la certificación (emitido por el Área de Seguro y Vigencia de Derechos del SINEC)	
9	Factura emitida a nombre del SINEC con NIT 126793025	
Su reembolso es de:		
Medicamentos	<input type="checkbox"/>	Laboratorio <input type="checkbox"/>
		Estudios Especiales <input type="checkbox"/>
Adicionar a los requisitos:		
MEDICAMENTOS		
10	Receta médica con sello de inexistencia (emitido por el área de Farmacias del SINEC)	
11	Certificación de Inexistencia del (los) medicamento (s) (emitido por el área de Farmacias del SINEC)	
ESTUDIOS ESPECIALES Y/O PROCEDIMIENTOS		
12	Certificación de Inexistencia de Estudios Especiales (emitido por el área de Servicios Médicos del SINEC)	
13	ORDEN DEL MEDICO O ESPECIALISTA TRATANTE (emitido por el especialista tratante del SINEC)	
PRUEBAS DE LABORATORIO		
14	Certificación de Inexistencia de Prueba de Laboratorio (emitido por el área de Laboratorio del SINEC)	
TODA LA DOCUMENTACIÓN DEBE PRESENTAR EN FOLDER AMARILLO CON NEPACO Y FOLIADO		
CANTIDAD DE HOJAS DE ACUERDO AL FOLIADO:		
SOLICITANTE DEL REEMBOLSO		RECIBIDO
Firma	Nombre	C.I
Firma y Sello		Nombre
Nota: Todo proceso de solicitud debe ser presentado en un plazo no mayor a 72 horas desde la emisión de la factura computables en días hábiles.		

		FORMULARIO DE REVISIÓN DE REEMBOLSO	
		Fecha:	_/_/___
DATOS PERSONALES			
NOMBRE DEL TITULAR:		MATRICULA:	
NOMBRE DEL BENEFICIARIO:		MATRICULA:	
EMPRESA:		TELÉFONO:	
MOTIVO DE LA SOLICITUD:			
DOCUMENTOS A PRESENTAR			
REQUISITOS GENERALES		FECHA DE EMISIÓN	OBSERVACIÓN
1	Formulario de Solicitud de Reembolso, firmada por el titular o caso contrario, acreditar representación.		original
2	Fotocopia de Cédula de Identidad del TITULAR (VIGENTE)		copia
3	Fotocopia de Carné del Seguro del TITULAR		copia
4	Fotocopia de Cédula de Identidad VIGENTE del Beneficiario (Si Corresponde)		copia
5	Fotocopia de Carné de Seguro del Beneficiario (Si Corresponde)		copia
6	Fotocopia de Boleta de Pago vigente por 60 días calendarios		copia
7	Certificación de Afiliación, que tendrá una vigencia del mes en curso hasta los primeros (5) cinco días hábiles del mes siguiente; desde su emisión (emitido por el Área de Afiliación del SINEC)		copia
8	Certificación de Vigencia de Derecho; que tendrá una vigencia hasta la fecha de validación indicada en la certificación (emitido por el Área de Seguro y Vigencia de Derechos del SINEC)		copia
9	Factura emitida a nombre del SINEC con NIT 126793025		original
bolso es de: Medicamentos <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Estudios Especiales <input type="checkbox"/>			
los requisitos:			
REQUISITOS GENERALES		FECHA DE EMISIÓN	SI CUMPLE
10	Receta médica con sello de inexistencia (emitido por el área de Farmacias del SINEC)		copia rosada
11	Certificación de Inexistencia del (los) medicamento (s) (emitido por el área de Farmacias del SINEC)		original
ESTUDIOS ESPECIALES Y/O PROCEDIMIENTOS		FECHA DE EMISIÓN	SI CUMPLE
12	Certificación de Inexistencia de Estudios Especiales (emitido por el área de Servicios Médicos del SINEC)		original
13	ORDEN DEL MEDICO O ESPECIALISTA TRATANTE (emitido por el especialista tratante del SINEC)		original
LABORATORIO		FECHA DE EMISIÓN	SI CUMPLE
14	Certificación de Inexistencia de Prueba de Laboratorio (emitido por el área de Laboratorio del SINEC)		original
OBSERVACIONES			
RESPONSABLE DE LA REVISIÓN		RECIBIDO	
Firma Nombre C.I		Firma y Sello Nombre	