



PRESENTACIÓN DE FACTURAS NO PBS-S

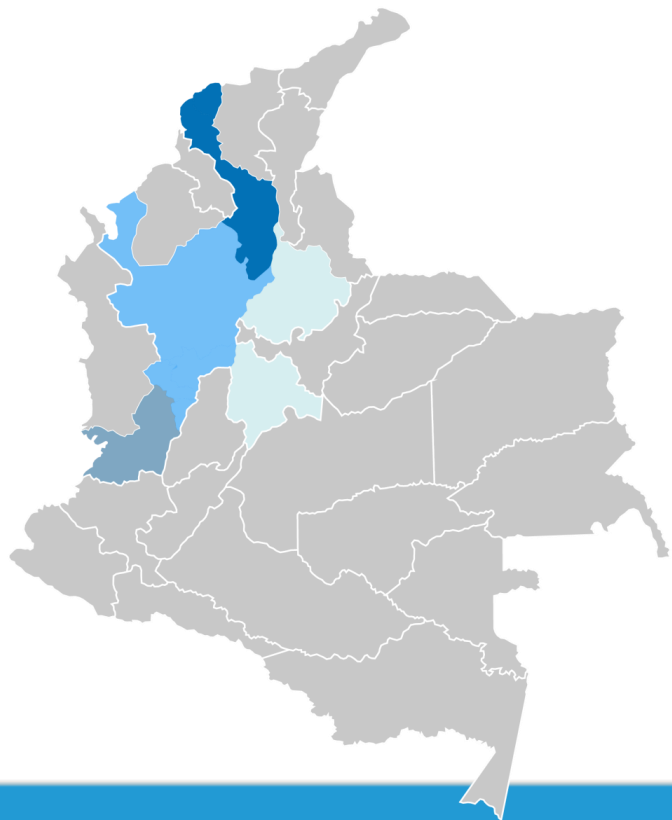
**Resolución 1479 del 6 mayo 2015
Decreto 1074 de 2015**

Resolución 1479 del 6 mayo 2015

“...Resolución que tiene por objeto establecer el procedimiento para el cobro y pago por parte de las Entidades territoriales, departamentales y distritales, a los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, por los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de salud POS, provistas a los afiliados del régimen subsidiado autorizados por los Comités Técnicos Científicos u ordenados mediante providencia de autoridad judicial”

El artículo 4° de la Resolución 1479 del 06 de mayo de 2015, permite a los departamentos acorde con el análisis de la situación en salud actual de su población, las capacidades técnicas, operativas y financieras adoptar un de los dos modelos establecidos en los capítulos I y II de la norma en mención.

Resolución 1479 del 6 mayo 2015



El Valle del Cauca y en su mayoría de los departamentos son Capítulo II.
Para ello se dicta el Decreto 1074 de 2015
Donde se establecen los requisitos para su facturación y radicación

Premisas de la atención

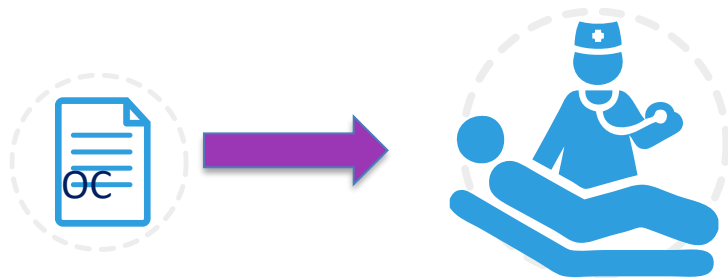
- » La prestación de los servicios de salud, se debe garantizar sin importar el régimen de afiliación, sin que exista la posibilidad de negar el acceso a los servicios de salud por cambio de régimen por parte del usuario
- » Las facturas derivadas de atenciones de usuarios pertenecientes al Régimen Subsidiado de EPS SURA, tendrán una fecha especial de recepción, a efectos de diferenciar las mismas del volumen total de facturas. De acuerdo con esto, estas facturas serán recibidas exclusivamente el tercer día hábil de cada mes, deben presentarse por separado y debidamente marcadas.



La facturación de las tecnologías NO PBS en usuarios de régimen subsidiado que se presentan ante las EPS deben cumplir con lo definido por la circular 017 de septiembre 17 de 2015 de la Superintendencia Nacional de Salud, la cual imparte instrucciones respecto de la facturación de eventos o tecnologías NO PBS:

TNP + Sustituto

Inicio de la atención



- ✓ Las órdenes de prestación con las cuales se garantiza el suministro del servicio de la tecnología NO PBS serán recibidas con la información del afiliado y el nivel socioeconómico del afiliado
- ✓ Validar correspondencia en el Servicio a prestar y cobro Cuota de recuperación Según el nivel.

EPS | **sura**

IPS Genera: REGIONAL MEDELLIN-MEDELLIN
Fecha de Expedición: 2016/08/19 Hora: 07:39:00
Tipo de Plan: POS
Origen del Servicio: CTC
Tipo de Evento: AMBULATORIO ELECTIVO
Recobro: CTC

Orden No.: 932-450518900



(91)000932045051890000016(92)001000001026143315(93)20170814

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Fecha N: 1990/10/02 Semanas Cotizadas: 72 Plan: POS
Tel: Tel Contacto: Celular:

SUBSIDIADO Edad: 25 años
CIS COMFAMA CALDAS
Correo:

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

TECNOMEDICA MD S.A.S. NIT 900494362 Dirección: CALLE 50 # 45-61
Teléfono: 4449870 CH: N900494362

INFORMACIÓN DEL COBRO

Grupo de Ingresos: NIVEL 1 DEL SISBEN
Tipo de Cobro: Sujeto al cobro de cuotas de recuperación, de acuerdo con el nivel de SISBEN en el cual se encuentre clasificado el afiliado

PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

Detalle de la facturación

Para identificar si la tecnología NO PBS tiene homologo, este podrá ser consultado en la página de EPS SURA (<https://www.epssura.com/prestadores-de-servicios>) en la sección de prestadores, donde encontrará el Listado de Homólogos de tecnologías NO PBS para EPS SURA.

El valor del homologo, debe ser definido según los siguientes parámetros:

- ✓ Según valor comparadores administrativos definidos por el ministerio
- ✓ Valor precio de tecnologías reguladas
- ✓ Valor promedio del mercado. PML.
- ✓ Valor convenido previamente con el asegurador

Detalle de la facturación

Para poder adquirir la orden de cobro que corresponde al homologado POS se debe solicitar en el correo electrónico que se define a continuación por ciudad. Adicionalmente como soporte de las inquietudes generadas con las ordenes de tutela frente al recobro(Ente Vrs EPS).

Cali: dtmunoz@sura.com.co

Se deben incluir los siguientes datos en el correo:

- Nombre y documento de identidad del afiliado
- Numero de evento o autorización inicial NO PBS del régimen subsidiado
- Nombre del homologado y cum, cuando corresponda.
- Cantidad homologada

Detalle de la facturación

MEDICAMENTOS AUTORIZADOS

Código Medicamento	Medicamentos Autorizados	Presentación	Código Diagnóstico	Cantidad	Frec. Uso No Pos	Días autor. No Pos	Frec. Uso prestación Similar	Tiempo días similar
25463	VEMURAFENIB - ZELBORAF	240 MG TABLETA	J100	1	10	3.33	10	1

OBSERVACIONES

25463 : 0/1

25463: Próxima entrega a partir del 2016/07/20

Señor usuario recuerde que para reclamar sus medicamentos debe presentar su documento de identidad original.

INFORMACION PARA EL PRESTADOR

Numero Consecutivo:

Numero Consecutivo Recobro:

Código EPS: EPS010

Fecha solicitud med. No Pos: 2008/07/25

Acta CTC(No.Folios): 100

Detalle de la facturación

La EPS generará los siguientes códigos en dichas órdenes, en un plazo de 5 días hábiles:

1000131 HOMÓLOGO PROCEDIMIENTO RESOLUCION 1479 (El cual incluirá dispositivos médicos e insumos).

197775 HOMÓLOGOS MEDICAMENTOS RESOLUCIÓN 1479

PARA VALLE DEL CAUCA SE PRESENTARA ASI:

- PARA LAS RADICACION VALLE DE CAUCA NO SE PRESENTARÁN DOCUMENTOS FISICOS SE DEBEN PRESENTAR LOS ENVIOS ESCANEADOS EN UN CD
- MYT-R (CUBIERTA) – MYT-R (Anexo01)
- MYT-01 (X USUARIO)
- FACTURA NO PBS - FACTURA HOMOLOGO CON SU RESPECTIVA ORDEN
- PAQUETES X 600 COBROS MAXIMO
- UN CONSECUTIVO X CADA PAQUETE (se solicita al correo lvelasquezb@sura.com.co)
- SOPORTES EVIDENCIA ENTREGA DE LA TECNOLOGIA NO PBS-S SEGÚN ATENCION
- ARCHIVOS PLANOS (TXT) -
- FORMATO DETALLE DE COBRO (EXCEL) (BIEN DILIGENCIADO)
- ADJUNTAR PANTALLAZO DE VALIDACIÓN EXITOSA (VALIDADOR FOSYGA)
- UNA CAPERTA POR USUARIO Y UN PDF CON TODOS LOS SOPORTES

OBSERVACIONES ADICIONALES

- Se deberán separar los CTC de las Tutelas
- Todas las prestaciones por Tutelas se facturan a nombre de EPS-SURA (reflejar cuota de recuperación según el nivel)
- Los medicamentos Vitales no Disponibles se facturan a nombre de EPS-SURA (reflejar cuota de recuperación según el nivel)
- Las facturas no pbs-s se radican el primer día hábil de cada mes (Donde su institución radica normalmente lo del contributivo)

OBSERVACIONES ADICIONALES

- Se deberán separar los CTC de las Tutelas
- Todas las prestaciones por Tutelas se facturan a nombre de EPS-SURA (reflejar cuota de recuperación según el nivel)

Seguimiento y coordinación de pago

La EPS notificara al prestador cuando se radiquen las facturas en el Ente Territorial correspondiente y adicional la institución debe notificar a la EPS el pago por parte del Ente Territorial de la

Tecnología NO PBS, para que esta a su vez, realice el pago correspondiente al Homologo. Estas validaciones y notificación de pago la podrá realizar mensualmente al correo:

ycordoba@sura.com.co con los siguientes datos:

- ✓ Nit del prestador
- ✓ Razón Social
- ✓ Número de factura (prefijo si se tiene y número de factura)
- ✓ Valor pagado por el ente territorial
- ✓ Fecha de pago por parte del ente territorial

FORMATOS PARA LA RADICACIÓN

Formato MYT-R

 REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL FORMATO RADICACION DE SOLICITUDES DE RECOBROS MYT-R									
Nº CONSECUTIVO PARA RADICACIONES DE ENTIDAD RECLAMANTE _____									
Fecha Radicación <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100px;"> <tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr> </table>	D	D	M	M	A	A	A	A	No. Radicado
D	D	M	M	A	A	A	A		
I. DATOS DE LA ENTIDAD									
Tipo de Entidad	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">EPS</td><td style="text-align: center;">ARS</td><td style="text-align: center;">EOC</td><td style="text-align: center;">Otro</td></tr> </table>	EPS	ARS	EOC	Otro				
EPS	ARS	EOC	Otro						
Razón Social	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> </table>								
Código:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> </table>								
Dirección:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> </table>								
Departamento	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> </table>								
Municipio	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> </table>								
	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">NIT</td><td style="text-align: center;">Cod.</td><td style="text-align: center;">Teléfono</td><td style="text-align: center;">Cod.</td></tr> </table>	NIT	Cod.	Teléfono	Cod.				
NIT	Cod.	Teléfono	Cod.						
II. CONSOLIDADO POR CAUSA									
Causa Recobro	No. Recobros								
01 Tutelas por periodos de carencia	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"> </table>								
02 Tutelas por servicios No POS	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"> </table>								
03 Tutelas por Medicamentos No POS	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"> </table>								
04 Tutelas por servicios en el exterior	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"> </table>								
05 Tutelas por otras causas	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"> </table>								
06 Mtos, Servicios Mds y Prestaciones de Salud No POS - CTC	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"> </table>								
07 Tutelas por tratamiento integral	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"> </table>								
TOTALES	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"> </table>								
Nº Total de Folios Anexos	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"> </table>								
III. DECLARACIÓN DE LA ENTIDAD									
Como Representante Legal declaro bajo la gravedad de juramento:									
1) Que toda la información contenida en estos recobros se ajusta al marco legal vigente, es cierta y podrá ser verificada por el Ministerio de la Protección Social, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA-, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República; de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación.									
2) Que los recobros incluidos en esta Radicación, no han sido presentados con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas recobradas.									
3) En cumplimiento del marco legal vigente, si dentro del término establecido no se completan o actualizan los documentos DESISTO del trámite y autorizo el descuento automático del 50% del valor liquidado y pagado por los recobros con APROBACIÓN CONDICIONADA de futuros pagos por concepto de Medicamentos, Servicios Médicos y Prestaciones de Salud No Pos y Tutelas.									
4) La información del medio magnético correspondiente al Anexo 1 es la siguiente: <table style="width: 100%;"> <tr> <td>a. Nombre archivo</td> <td><table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> </table></td> </tr> <tr> <td>b. Tamaño del archivo</td> <td><table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> </table> M B</td> </tr> <tr> <td>c. Serial del medio magnético</td> <td><table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> </table></td> </tr> </table>		a. Nombre archivo	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> </table>	b. Tamaño del archivo	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> </table> M B	c. Serial del medio magnético	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> </table>		
a. Nombre archivo	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> </table>								
b. Tamaño del archivo	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> </table> M B								
c. Serial del medio magnético	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> </table>								
Nombre de quien firma: _____									

FORMATOS PARA LA RADICACIÓN

Formato MYT-R



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMATO RADICACION DE SOLICITUDES DE RECOBROS
MYT-R

Nº CONSECUTIVO PARA RADICACIONES DE ENTIDAD RECLAMANTE _____

Fecha Radicación

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

No. Radicado

I. DATOS DE LA ENTIDAD

Tipo de Entidad	EPS	ARS	EOC	Otro
Razón Social				
Código:				
Dirección:				
Departamento			Cod.	Teléfono
Municipio			Cod.	

II. CONSOLIDADO POR CAUSA

Causa Recobro	No. Recobros	Valor
01 Tutelas por períodos de carencia		\$
02 Tutelas por servicios No POS		\$
03 Tutelas por Medicamentos No POS		\$
04 Tutelas por servicios en el exterior		\$
05 Tutelas por otras causas		\$
06 Mtos, Servicios Mds y Prestaciones de Salud No POS - CTC		\$
07 Tutelas por tratamiento integral		\$
TOTALES		\$

Nº Total de Folios Anexos

--	--	--	--	--	--	--	--

III. DECLARACIÓN DE LA ENTIDAD

Como Representante Legal declaro bajo la gravedad de juramento:

- 1) Que toda la información contenida en estos recobros se ajusta al marco legal vigente, es cierta y podrá ser verificada por el Ministerio de la Protección Social, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA-, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República; de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación.
- 2) Que los recobros incluidos en esta Radicación, no han sido presentados con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas recobradas.
- 3) En cumplimiento del marco legal vigente, si dentro del término establecido no se completan o actualizan los documentos **DESISTO** del trámite y autorizo el descuento automático del 50% del valor liquidado y pagado por los recobros con **APROBACIÓN CONDICIONADA** a futuros pagos por concepto de Medicamentos, Servicios Médicos y Prestaciones de Salud No Pos y Tutelas.
- 4) La información del medio magnético correspondiente al Anexo 1 es la siguiente:

a. Nombre archivo

X	X	X	X	X	X	D	D	M	M	A	A	A	A
								M		B			

b. Tamaño del archivo

c. Serial del medio magnético

Nombre de quien firma: _____

MYT – R Anexo No. 1

[illegible]

MYT – 01 CTC



REPUBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de Salud y Protección Social
Solicitud de recobro por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud NO POS - CTC
MYT- 01

I. Datos del Recobro

No. Consecutivo para radicación de entidad redimante: _____

No. Consecutivo recobro: _____

Tipo Radicación: Nueva _____ Reingreso: _____

Numero Radicación anterior MYT-01: _____

II. Datos de la entidad

Código SNE: _____

Razón total: _____

IV. Declaración de la entidad

DOCUMENTO	No. Doc.	No. Folios
Copias de Actos del CTC		
Prestaciones de Prestadores (Censales)		
Ordenes o Formas de Medicación		
Reportes Integrales del Recobro		
	Totales	

Datos de la entidad en la que se anexó la copia del Acto o del Recobro Anterior: _____

No. Radicación anterior recobro Acta de CTC (Formato MYT-01): _____

III. Datos del afiliado

Tipo de documento: CC, TL, RC, CE, PA, AS, MS _____

Numero de documento de identidad: _____

Primer apellido _____ Segundo apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Tipo de afiliación: Cotizante _____ Beneficiario _____ Nivel de costo moderación: A, B, C, D (seleccionar)

IV. Detalle del recobro

Item	No. Acta CTC	Fecha Acta CTC	Fecha Cobertura Médico	Periodo (SNE)	Periodo Sursum	No. Factura	Fecha Prestación de Servicio	Fecha Radicación Factura	Código Diagnóstico (CIE)	% Gastos	HTP Proveedor	Nombre Proveedor	Código Medicamento, Servicio o Prestación	Nombre Medicamento, Servicio o Prestación	Tipo Item	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Valor Costo Moderación	Valor Recobro
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
TOTAL RECOBRADO:																				

IV.A. Datos medicamentos, servicios médicos y/o prestaciones de salud NO POS														
MEDICAMENTO / SERVICIO MEDICO / PRESTACION DE SALUD - NO POS								SIMILAR O QUE REEMPLAZA - POS						
Item	Nombre	Presentación	Frecuencia Uso	Días Autorizados	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Nombre del Similar	Frecuencia Uso	Tiempo Días	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
1														
2														
3														
4														
5														

EJEMPLO ADMINISTRACIÓN CONSECUTIVO ENTIDAD RECLAMANTE

EPS Sura le asigna un consecutivo inicial así:

CONSECUTIVOS PARA DILIGENCIAR FORMATOS MYT		
Prestador	No. Consecutivo para radicaciones de entidad reclamante	No. Consecutivo recobro
ATENDEMOS SUBSIDIADO	1000	1000

El número consecutivo se solicitara en el correo: jeposada@sura.com.co

Entonces, para el diligenciamiento de los formatos para el mes 1 seria:

REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL FORMATO RADICACIÓN DE SOLICITUDES DE RECOBROS MYT-R																									
CONSECUTIVO PARA RADICACIONES DE ENTIDAD RECLAMANTE																									1000
Fecha Radicación										No. Radicado															
I. DATOS DE LA ENTIDAD																									
Tipo de Entidad		EP		X		EPS		EOC																	
Razón Social		S A V I A		S A L U D		E P S																			
Código:		C C F 0 0 2						Nit		3 0 0 6 0 4 3 5 0 - 0															
Dirección:		C R 5 3 A		4 2 - 1 0 1																					
Departamento		A N T I O Q U I A						Cod. 0 5		Teléfono		4 6 0 1 6 7 4													
Municipio:		M E D E L L I N						Cod. 0 0 1																	
II. CONSOLIDADO POR CAUSA																									
Causa Recobro		No. de Recobros										Valor													
01 Tutelas por períodos de carencia												\$													
02 Tutelas por servicios No POS												\$													
03 Tutelas por medicamentos No POS												\$													
04 Tutelas por servicios en el exterior												\$													
05 Tutelas por otras causas												\$													
06 Medicamentos No POS - CTC		3										\$ 200.00													
07 Tutelas por tratamiento integral												\$													
TOTALES		3										\$ 600.00													
Número total de folios anexos																									
III. DECLARACIÓN DE LA ENTIDAD																									
Como Representante Legal, declaro bajo la gravedad de juramento:																									

REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL FORMATO RADICACIÓN DE SOLICITUDES DE RECOBROS MYT-R, ANEXO N° 1										
N° CONSECUTIVO PARA RADICACIONES DE ENTIDAD RECLAMANTE										1000
HOJA No.1 de 1										
RELACION DE SOLICITUDES DE RECOBRO										
No. ITE M	N° RECOBRO	DATOS DEL PACIENTE				IDENTIFICACIÓN		RÉGIMEN	CAUSA RECOBRO	VALOR RECOBRO
		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO	NUMERO	N		
1	1000	Florez	Ortiz	Olga	Patricia	C C	1234567	2	06	200
2	1001	Perez		Mario	Alberto	C C	8901234	2	06	200
3	1002	Acosta	Martinez	Manuela		T I	9801234780	2	06	200
VALOR TOTAL \$										600
Causa Recobro										
01 = Tutela por Períodos de Carencia		02 = Tutela por Servicios No POS		03 = Tutela por Medicamentos No Pos		04 = Tutela por Servicios en el Exterior				
05 = Tutela por Otras Causas		06 = Medicamentos No Pos- CTC		07 = Tutela por tratamiento integral						
RÉGIMEN		1= CONTRIBUTIVO		2= SUBSIDIADO						



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
SOLICITUD DE RECOBRO POR CONCEPTO DE MEDICAMENTOS NO POS - CTC (MYT-01)
N° CONSECUTIVO PARA RADICACIONES DE ENTIDAD RECLAMANTE
NUMERO CONSECUTIVO DEL RECOBRO

1000
1000

1. Datos de la entidad

ipo de Entidad	EPS	EPSS	X	EOC	CÓDIGO SNC	EPS 010
Razón Social	EPS SURA					

2. Datos del afiliado

ipo Document	CC	X	TI	RC	CE	PA	AS	M	Número de Documento de identidad	1234567
Primer Apellido	Florez								Segundo Apellido	Ortiz
Primer Nombre	Olga								Segundo Nombre	Patricia
T de afiliación:	Cotizante	Beneficiario		Subsidio		X		Nivel de cuota moderada		
								A	B	C E(exento) X

4. Declaración de la entidad

DOCUMENTOS	No. D	No. F
Copia(s) de Acta de CTC	0	0
Factura(s) del proveedor	0	0
Formulario(s) Médico(s)	0	0
Documento que evidencie la	1	1
TOTALES	1	2
Uso de la solicitud en la que se anexó la copia del Acta o del		
No. del acta del CTC	0	
No. de consecutivo para radicaciones de la entidad reclamante (Formato MYT-R)	1000	
No. Consecutivo del recobro (Formato MYT-01)	1000	
No. Radicación de recobro anterior (Formato MYT-R)	0	

3. Datos del recobro

Item	No. Acta de CTC	Fecha de Acta de CTC	Fecha solicitud Médica	Período (S/N)	Período remisión	No. Factura	Fecha Factura	Fecha entrega medicamento	NIT Proveedor	Nombre Proveedor	Código Medicamento (NORMA)	Nombre Medicamento	Cantidad	Valor Factura	Valor Cuota Moderadora	Valor Recobro
1	9099	02/09/2017	20/12/2016	S	1	38	05/09/2017	05/09/2017	09000000	ATENDEHOS SUBSIDIADO	20039424-04-0C90A000	REDEVANT 92195	30	\$ 500	\$ \$\$\$	\$ \$\$\$\$\$\$
2	9011	03/09/2017	24/12/2016	S	1	42	06/09/2017	06/09/2017	09000000	ATENDEHOS SUBSIDIADO	00051522-01-0H02BET1	VINADENEF-TABLETAS	40	\$ 500	\$ \$\$\$	\$ \$\$\$\$\$\$
TOTAL RECOBRADO															\$	200



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
SOLICITUD DE RECIBO POR CONCEPTO DE MEDICAMENTOS NO POS - CTC (MYT-01)
N° CONSECUTIVO PARA RADICACIONES DE ENTIDAD RECLAMANTE

NUMERO CONSECUTIVO DEL RECIBO

1000

1001

1. Datos de la entidad

Tipo de Entidad: EPS ☐ EPSS ☒ EOC ☐	CÓDIGO SNC
Razón Social EPS SURA	

2. Datos del afiliado

Tipo Documento cc: ☒ TI ☐ EC ☐ CC ☐ PA ☐ AS ☐ HS	Número de Documento de identidad 8301234
Primer Apellido Perez	Segundo Apellido
Primer Nombre Mario	Segundo Nombre Alberto
T de afiliación: Cotizante ☐ Beneficiario ☐ Subordinado ☒	Nivel de cuota moderador A ☐ B ☐ C ☐ E (exento) ☒
Código diagnóstico (CIE10): 0	

4. Declaración de la entidad

DOCUMENTOS	No.	No.	No.
Copia(s) de Acta de CTC	1	1	
Factura(s) del proveedor	1	1	
Formulario(s) Médico(s)	1	1	
Documento por el cual se le otorga el medicamento	1	1	
TOTALES	1	1	
Datos de la solicitud en la que se anexa la copia del Acta de CTC anterior			
No. del Acta de CTC	0		
No. de consecutivo para radicar la solicitud de la entidad reclamante (Formulario MYT-01)	1000		
No. Consecutivo del recibo (Formulario MYT-01)	1001		
No. Radicación de recibo anterior (Formulario MYT-01)	0		

3. Datos del recibo

Item	No. Acta de CTC	Fecha de Acta de CTC	Fecha solicitud Médico	Período (S/N)	Período seminario	No. Factura	Fecha Factura	Fecha entrega medicamento	NIT Proveedor	Nombre Proveedor	Código Medicamento (INVIMA)	Nombre Medicamento	Cantidad	Valor Factura	Valor Cuota Moderadora	Valor Recibo
1	1001	10/10/2017	10/10/2017	1	1	10	10/10/2017	10/10/2017	1000000	ATENCIONES SUBSIDIARIAS	1000000-01-0001-0001	PARACETAMOL	10	\$ 500	\$ 500	\$ 500000
TOTAL RECIBADO																\$ 200

Página 1

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

SOLICITUD DE RECIBO POR CONCEPTO DE MEDICAMENTOS NO POS - CTC (MYT-01)

N° CONSECUTIVO PARA RADICACIONES DE ENTIDAD RECLAMANTE

NUMERO CONSECUTIVO DEL RECIBO

1000

1002

1. Datos de la entidad

Tipo de Entidad:	EPS	EPSS	X	EOC	CÓDIGO SNC
Razón Social	EPS SURA				

2. Datos del afiliado

Tipo Documento cc	TI	X	CC	PA	AS	NS	Número de Documento de identidad	38091264760		
Primer Apellido	Acosta			Segundo Apellido	Martinez					
Primer Nombre	Manuela			Segundo Nombre						
T de afiliación:	Cotizante	Beneficiario	Subsidiado	X	Nivel de cuota moderador	A	B	C	E(exento)	X
Código diagnóstico (CIE10):	0									

Página 1

3. Datos del recibo

Item	No. Acta de CTC	Fecha de Acta de CTC	Fecha solicitud Médico	Período (S/N)	Período suministro	No. Factura	Fecha Factura	Fecha entrega medicamento	NIT Proveedor	Nombre Proveedor	Código Medicamento (NIVIMA)	Nombre Medicamento	Cantidad	Valor Factura	Valor Cuota Moderadora	Valor Recibo
1	001	10/01/2017	02/01/2017	S	1	02	10/01/2017	10/01/2017	000000	ATENDEPHS SUBSIDIADO	00100	Ceftriaxona	1	\$ 400	\$ 000	\$ 000000
2	002	10/01/2017	02/01/2017	S	1	03	10/01/2017	10/01/2017	000000	ATENDEPHS SUBSIDIADO	00101	Fluconazol	1	\$ 200	\$ 000	\$ 000000
3	003	10/01/2017	02/01/2017	S	1	04	10/01/2017	10/01/2017	000000	ATENDEPHS SUBSIDIADO	00102	ANTHIONE	10	\$ 150	\$ 000	\$ 000000
TOTAL RECIBADO														\$	200	

Para el mes siguiente, el consecutivo se va aumentando uno a uno, es decir que el consecutivo para la entidad reclamante sería el 1001 y para cada cobro continua con el 1003, así:

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z AA AE AC AE AF AC AF AI AJ AK AL AN AC AF AC AF																																																				
 REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL FORMATO RADICACIÓN DE SOLICITUDES DE RECOBROS MYT-R																																																				
CONSECUTIVO PARA RADICACIONES DE ENTIDAD RECLAMANTE																								1001																												
Fecha Radicación													No. Radicado																																							
I. DATOS DE LA ENTIDAD																																																				
Tipo de Entidad: ☒ S ☐ EPS-S ☐ EOC																																																				
Razón Social: S A V I A S A L U D E P S																																																				
Código: C C F 0 0 2													Nit: 9 0 0 6 0 4 3 5 0 - 0																																							
Dirección: C R 5 3 A 4 2 - 1 0 1																																																				
Departamento: A N T I O Q U I A													Cod. 0 5					Teléfono: 4 6 0 1 6 7 4																																		
Municipio: M E D E L L I N													Cod. 0 0 1																																							
II. CONSOLIDADO POR CAUSA																																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 45%;">Causa Recobro</th> <th style="width: 15%;">No. de Recobros</th> <th style="width: 40%;">Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01 Tutelas por períodos de carencia</td> <td></td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>02 Tutelas por servicios No POS</td> <td></td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>03 Tutelas por medicamentos No POS</td> <td></td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>04 Tutelas por servicios en el exterior</td> <td></td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>05 Tutelas por otras causas</td> <td></td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>06 Medicamentos No POS - CTC</td> <td>2</td> <td>\$ 400.00</td> </tr> <tr> <td>07 Tutelas por tratamiento integral</td> <td></td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>TOTALES</td> <td>2</td> <td>\$ 800.00</td> </tr> </tbody> </table>																										Causa Recobro	No. de Recobros	Valor	01 Tutelas por períodos de carencia		\$	02 Tutelas por servicios No POS		\$	03 Tutelas por medicamentos No POS		\$	04 Tutelas por servicios en el exterior		\$	05 Tutelas por otras causas		\$	06 Medicamentos No POS - CTC	2	\$ 400.00	07 Tutelas por tratamiento integral		\$	TOTALES	2	\$ 800.00
Causa Recobro	No. de Recobros	Valor																																																		
01 Tutelas por períodos de carencia		\$																																																		
02 Tutelas por servicios No POS		\$																																																		
03 Tutelas por medicamentos No POS		\$																																																		
04 Tutelas por servicios en el exterior		\$																																																		
05 Tutelas por otras causas		\$																																																		
06 Medicamentos No POS - CTC	2	\$ 400.00																																																		
07 Tutelas por tratamiento integral		\$																																																		
TOTALES	2	\$ 800.00																																																		

 REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL FORMATO RADICACION DE SOLICITUDES DE RECUBROS MYT-R ANEXO N° 1												
N° CONSECUTIVO PARA RADICACIONES DE ENTIDAD RECLAMANTE										1001		
HOJA No. 1 de 1												
RELACION DE SOLICITUDES DE RECUBRO												
No. ITE	M	N° RECUBRO	DATOS DEL PACIENTE				IDENTIFICACIÓN		RÉGIMEN	CAUSA RECUBRO	VALOR RECUBRO	
			PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO	NÚMERO				
1		1003	Gomez	Saldaniaga	Gloria	Esneda	C	C	1234567	2	06	400
2		1004	Castaño	Perez	Mauricio	Antonio	C	C	8901234	2	06	400
VALOR TOTAL \$ 800												
Causa Recubro 01 = Tarifa por Períodos de Cansancio 05 = Tarifa por Dosis Casos 02 = Tarifa por Servicios No POS 06 = Medicamentos No Pos - CTC 03 = Tarifa por Medicamentos No Pos 07 = Tarifa por tratamiento integral 04 = Tarifa por Servicios en el Exterior RÉGIMEN 1- CONTRIBUTIVO 2- SUBSIDIADO												



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

SOLICITUD DE RECOBRO POR CONCEPTO DE MEDICAMENTOS NO POS - CTC (MYT-01)

N° CONSECUTIVO PARA RADICACIONES DE ENTIDAD RECLAMANTE

NUMERO CONSECUTIVO DEL RECOBRO

1001

1003

1. Datos de la entidad

Tipo de Entidad	EPS	EPSS	X	EOC	CÓDIGO SNC	EPS 010
Razón Social	EPS SURA					

2. Datos del afiliado

Tipo Documento	CC	X	TI	RC	CE	PA	AS	MI	Número de Documento de identidad	1234567
Primer Apellido	Gomez			Segundo Apellido			Saldarriaga			
Primer Nombre	Gloria			Segundo Nombre			Escaeda			
Tipo de afiliación:	Coligante	Beneficiario	Subsidiado	X	Nivel de cuota moderada:	A	B	C	E(cuota)	X

4. Declaración de la entidad

DOCUMENTOS	No. D	No. F
Copia(s) de Acta de CTC	0	0
Factura(s) del proveedor	0	0
Formulario(s) Médico(s)	0	0
Documento que evidencie la	1	1
TOTALES	1	2
Datos de la solicitud en la que se anexó la copia del Acta o del Documento		
No. del acta del CTC	0	
No. de consecutivo para radicación de la entidad reclamante (Formato MYT-R)	1001	
No. Consecutivo del recobro (Formato MYT-01)	1003	
No. Radicación de recobro anterior (Formato MYT-R)	0	

Página 1

3. Datos del recobro

Item	No. Acta de CTC	Fecha de Acta de CTC	Fecha solicitud MG-EPS	Período (S/R)	Período punitivo	No. Factura	Fecha Factura	Fecha entrega medicamento	NIT Proveedor	Nombre Proveedor	Código Medicamento (NIVISA)	Nombre Medicamento	Cantidad	Valor Factura	Valor Cuota Moderadora	Valor Recobro
1	9010	02/01/2017	21/02/2016	S	1	30	05/01/2017	05/01/2017	09000000	ATENDIMOS SUBSIDIADO	24031404-04-001A000	REDEVANT 927MG	30	\$ 500	\$ 155	\$ 155555
2	9011	03/01/2017	24/02/2016	S	1	42	06/01/2017	06/01/2017	09000000	ATENDIMOS SUBSIDIADO	00051522-01-0002B01	VIMADINEF-TABLETAS	90	\$ 500	\$ 155	\$ 155555
TOTAL RECOBRADO														\$ 400		



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
SOLICITUD DE RECUBRO POR CONCEPTO DE MEDICAMENTOS NO POS - CTC (MYT-01)
N° CONSECUTIVO PARA RADICACIONES DE ENTIDAD RECLAMANTE
NUMERO CONSECUTIVO DEL RECUBRO

1001
1004

1. Datos de la entidad

Tipo de Entidad: EPS ☐ EPSS ☒ EOC ☐ **CÓDIGO SNC** _____

Razón Social _____ **EPS SURA**

2. Datos del afiliado

Tipo Documento cc ☒ **Número de Documento de identidad** **8901234**

Primer Apellido **Castaño** **Segundo Apellido** **Perez**

Primer Nombre **Marcio** **Segundo Nombre** **Antonio**

T de afiliación: Cotizante ☐ Beneficiario ☐ Subordinado ☒ **Nivel de cuota moderador** A ☐ B ☐ C ☐ E(cuocoto) ☒

Código diagnóstico (CIE10): **0**

Página 1

4. Declaración de la entidad

DOCUMENTOS	No. Pos	No. Falt
Copia(s) de Acta de CTC	1	1
Factura(s) del proveedor	1	1
Formulario(s) PMD(s)	1	1
Documento por el cual se le otorga el medicamento	1	1
TOTALES	1	1

Datos de la solicitud en la que se anexa la copia del Acta de Radicación anterior

No. del Acta de CTC	0
No. de consecutivo para radicación de la entidad reclamante (Formulario MYT-R)	1001
No. Consecutivo de recubro (Formulario MYT-R)	1004
No. Radicación de recubro anterior (Formulario MYT-R)	0

3. Datos del recubro

Item	No. Acta de CTC	Fecha de Acta de CTC	Fecha solicitud Médico	Período (S/N)	Período suministro	No. Factura	Fecha Factura	Fecha entrega medicamento	NIT Proveedor	Nombre Proveedor	Código Medicamento (NAMA)	Nombre Medicamento	Cantidad	Valor Factura	Valor Cuota Moderadora	Valor Recubro
1	100	10/10/2017	10/10/2017	1	1	10	10/10/2017	10/10/2017	100000	ATENCIONES SUBSIDIARIAS	100000-01-0001000	ACTUACIONES	10	500	500	100000

FORMATOS E INSTRUCTIVOS

<http://www.adres.gov.co/>

FOSYGA
Fondo de Solidaridad y Garantía

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

Inicio Trámites MUI BOUA ECAT Compensación Solidaridad REX MYT Financiera

Noticias

Listado de Proveedores I Semestre 2017

16 De conformidad con lo previsto en el numeral 6 del Artículo 38 de la Resolución 3951 de 2016, que señala: 6. Constancia de pago, salvo cuando al momento de radicación de la solicitud, el proveedor de servicios o de tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se encuentre incluido dentro de la metodología que para el efecto defina el Fosyga o la entidad que haga sus veces, el cual será publicado en la página web del Fosyga de manera semestral.

Resultado de auditoría de los recobros

Formatos MYT

Formatos MYT

En esta sección usted podrá consultar los formatos para el proceso integral de recobros por beneficios extraordinarios al Plan Obligatorio de Salud.

Formato	Descripción	Instructivo
Formato MYT-R	Radicación de solicitudes de recobros por medicamentos NO POS y fallos de tutela	Instructivo Formato MYT-R
Formato MYT-R Anexo 1	Radicación de solicitudes de Recobro	Instructivo MYT-R anexo 1 Anexo tecnico MYT-R Anexo 1
Formato MYT-01	Solicitud de recobro por concepto de medicamentos NO POS - CTC	Instructivo Formato MYT-01 Anexo tecnico MYT-01
Formato MYT-02	Solicitud de recobro por concepto de prestaciones ordenadas por fallos de tutela	Instructivo Formato MYT-02 Anexo tecnico MYT-02
Formato MYT-03	Envío de documentación de recobros con estado de aprobación	Instructivo Formato MYT-03

Noticias B.D.U.A

Pago Rex Mallas

Normas Preguntas

Glosario Contacto

ACCESO PARA DESCARGAR MALLA VALIDADORA FOSYGA

FOSYGA
Fondo de Solidaridad y Garantía

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

Inicio Trámites MUI BDUA ECAT Compensación Solidaridad REX MYT Financiera

Listado de Proveedores I Semestre 2017

16 De conformidad con lo previsto en el numeral 6 del Artículo 38 de la Resolución 3951 de 2016, que señala: 6. Constanza de pago, salvo cuando al momento de radicación de la solicitud, el proveedor de servicios o de tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se encuentre incluido dentro del listado de proveedores que resulte de la aplicación de la metodología que para el efecto define el Fosyga o la entidad que haga sus veces, el cual será publicado en la página web del Fosyga de manera semestral.

Resultados de auditoría de los recobros asignados al paquete 1016

Servicios: Noticias, B.D.U.A, Pago Rex, Mallas, Normas, Preguntas

	General	Requerida para la malla validadora de BDUA y ECAT.	Descargar
Maquina Virtual de Java 1.5			
Malla Validadora	MUI	Malla validadora de estructura para el cargue de información de pólizas expedidas y siniestros cancelados de acuerdo con la Resolución 1231 de 2015, Versión App: 5.4 - Versión Datos: 6.81.	Descargar
Validador MYT	MYT	Malla Validadora para el manejo de Recobros de Medicamentos No Pos y Fallos de Tutela, esta malla permite la validación de los archivos presentados en los formatos MYT-01 (Formato solicitud de recobro por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud No POS-CTC), MYT-02 (Formato solicitud de recobro por concepto de fallos de tutela), MYT-03 (Formato remisión documentación recobros de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud No POS y fallos de tutela con estado de Aprobación Condicionada) y MYT-04 (Formato objeción a la auditoría realizada), bajo la Nota Externa 7786 del Ministerio de la Protección Social, 17 de Enero del 2017.	Descargar
Malla Validadora MYT Resolución 832 de 2013	MYT	Malla para validar los medios magnéticos a radicar en virtud de la Resolución 832 de 2013, 13 de agosto 2013. Fecha de actualización: 17 de Enero del 2017. Modificada mediante resolución 5394 de 2013, 10/04/2014	Descargar
Malla validadora	Solidaridad	Malla de validación autorización Giro Directo.	Descargar

62-8010/paginaweb/MYT/mallas/StpMyT.zip

La base de datos de la malla validadora se deberá actualizar cada mes antes de radicar (Descargar de la Página adres)

DESCARGA Y MANUAL DE INSTALACIÓN MALLA FOSYGA

La malla validadora Fosyga se descarga en la siguiente ruta

<http://www.adres.gov.co/MYT/Procesos-y-procedimientos-MYT/Manuales-MYT>

Validador MYT	MYT	Malla Validadora para el manejo de Recobros de Medicamentos No Pos y Fallos de Tutela, está malla permite la validación de los archivos presentados en los formatos MYT-01 (Formato solicitud de recobro por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud No POS-CTC), MYT-02 (Formato solicitud de recobro por concepto de fallos de tutela), MYT-03 (Formato remisión documentación recobros de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud No POS y fallos de tutela con estado de Aprobación Condicionada) y MYT-04 (Formato objeción a la auditoría realizada), bajo la Nota Externa 7786 del Ministerio de la Protección Social. 17 de Enero del 2017.	Descargar
------------------	-----	---	-----------

Cuando se da en “Descargar” baja un archivo comprimido (StpMyT.zip), al Abrir el archivo se ven varios carpetas, para instalación seguir instrucciones del manual.

Archivos contenidos en el Zip que se descarga

Nombre	Tamaño	Tamaño comp...	Modificado
..			
CrystalReports10_5	42 559 488	38 081 712	2016-12-29 12:05
WindowsInstaller3_1	2 585 872	2 526 436	2016-12-29 12:05
Manejo_Archivos.bak	190 572 032	17 301 430	2017-01-17 17:01
setup.exe	438 272	190 302	2016-10-27 17:04
StpMyT.msi	8 609 280	7 964 888	2016-10-27 17:04

Manuales

En esta sección usted podrá consultar los manuales para el proceso integral de recobros por beneficios extraordinarios al Plan Obligatorio de Salud.

Manual de Usuario Malla MYT - [Descargar](#)

Manual de Instalación Malla MYT - [Descargar](#)

VALIDAR ARCHIVO CUM PARA ACTUALIZARLO EN MALLA FOSYGA

La base de datos de la malla validadora se deberá actualizar cada mes (entre el 17 y 25) antes de radicar en la EPS

<http://www.adres.gov.co/Inicio/Mallas-Validadoras>

Dar click en
Descargar

Validador MYT	MYT	Malla Validadora para el manejo de Recobros de Medicamentos No Pos y Fallos de Tutela, está malla permite la validación de los archivos presentados en los formatos MYT-01 (Formato solicitud de recobro por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud No POS-CTC), MYT-02 (Formato solicitud de recobro por concepto de fallos de tutela), MYT-03 (Formato remisión documentación recobros de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud No POS y fallos de tutela con estado de Aprobación Condicionada) y MYT-04 (Formato objeción a la auditoría realizada), bajo la Nota Externa 7786 del Ministerio de la Protección Social. 17 de Enero del 2017.	Descargar
------------------	-----	---	-----------

Nombre	Tamaño	Tamaño comp...	Modificado
..			
CrystalReports10_5	42 559 488	38 081 712	2016-12-29 12:05
WindowsInstaller3_1	2 585 872	2 526 436	2016-12-29 12:05
Manejo_Archivos.bak	190 572 032	17 301 430	2017-01-17 17:01
setup.exe	438 272	190 302	2016-10-27 17:04
StpMyT.msi	8 609 280	7 964 888	2016-10-27 17:04

Cuando se da en “Descargar” baja un archivo comprimido (StpMyT.zip), al Abrir el archivo se ven varias carpetas solo descargar y actualizar el archivo (Manejo_Archivos.bak

PREGUNTAS FRECUENTES

- **Que pasa si el fallo de tutela exige el cobro de cuota de recuperación?**

R/ En este caso No se debe recaudar cuota de recuperación y se debe aclarar en las observaciones de la factura (Exento de cuota de recuperación por fallo de tutela).

- **Se puede realizar un solo pdf con todas las imágenes de la factura?**

R/ Si con y el nombre del pdf es el número de la factura.

- **Los vitales no disponibles se facturan a la EPS?**

R/ Si

- **Donde se encuentran los formatos y los instructivos para el diligenciamiento del cobro?**

R/ En la web siguiendo la ruta <http://www.adres.gov.co/MYT/Procesos-y-procedimientos-MYT/Formatos-MYT>

- **Cuales formatos se deben diligenciar para el cobro?**

R/ Formato MYT-R, Formato MYT-R Anexo 1, Formato MYT-01, Planos en (txt), Formato de la SSSA en (Excel)

PREGUNTAS FRECUENTES

➤ **Donde se encuentra el listado de los homólogos?**

R/ En la página de EPS Sura www.epssura.com.co se encuentra publicado el listado de los homólogos, más no el valor. El valor corresponde al de la Institución.

➤ **Si tengo prestaciones de años anteriores, que deben incluir el valor del IVA, que porcentaje de IVA aplica?**

R/ El vigente al momento de la elaboración de la factura.

➤ **Si en la Institución el médico define un homologo diferente al definido por EPS SURA cuál debo relacionar en la factura?**

R/ Se factura con el que informa EPS SURA en la tabla de homólogos que está en la web.

➤ **Que pasa si no se entregan todos los soportes requeridos para el cobro ante la Secretaría Seccional de Salud?**

R/ EPS SURA debe devolver las facturas a la Institución.

➤ **Que pasa si la Institución no valida los archivos por la malla actualizada del Fosyga?**

R/ EPS SURA debe devolver las facturas a la Institución.

¡Gracias!



Esta información esta sujeta a su clasificación