

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Formulario Unico de Reclamación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud por Servicios de Rehabilitación y Suministro de Prótesis - FURPRO

INSTRUCTIVO – FORMATO FURPRO

Nota: Este formato aplica para la presentación de Reclamaciones de IPS para cada víctima de Evento Terrorista por servicios de rehabilitación y adaptación de Prótesis

Instrucciones Generales:

- Se debe diligenciar en forma individual para cada paciente y reclamación que se va presentar, siempre y cuando los servicios reclamados sean diferentes a los anteriormente presentados.
- Se debe diligenciar en original en forma clara, sin enmendaduras verificando que las copias sean legibles al igual que el original.
- El original se presentará al Fondo de Solidaridad y Garantía, Subcuenta Riesgos catastróficos y Accidentes de Tránsito. La copia se debe archivar en la Institución Prestadora de Servicios de Salud, junto con los demás documentos correspondientes a los servicios prestados al paciente, historia clínica.
- El presente formato debe presentarse adicionalmente en medio magnético conforme a las especificaciones técnicas que hacen parte integral de la presentación de la reclamación.

RADICACIÓN

- Fecha de Radicación Campo diligenciado por el Encargo Fiduciario del FOSYGA en el momento de la recepción de la reclamación.
- Número de Radicación Campo diligenciado por el Encargo Fiduciario del FOSYGA en el momento de la recepción de la reclamación.
- No. Radicado Anterior. Campo diligenciado por la IPS en los casos en que la presentación corresponda a una reclamación por pago parcial o respuesta a glosa, escriba el radicado dado por el Consorcio en la primera presentación.
- Nro Factura / Cuenta de cobro Campo diligenciado por la IPS con el consecutivo interno dado por ésta a la reclamación.

I. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD.

Razón Social: Escriba el nombre o razón social de la Institución Prestadora de Servicios de Salud

Código del Prestador: Escriba el código de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante las Entidades Departamentales y/o Distritales de Salud.

Número de Nit: Escriba el número de Nit. Registrando en cada casilla un número y el dígito de verificación sin incluir guión ni otro separador.

Dirección, Teléfono, Departamento y Municipio. Escribir claramente los datos de ubicación de la IPS. Los códigos del municipio y el departamento son los asignados por el DANE.

II DATOS DE LA VICTIMA.

Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre: Escriba los apellidos y nombres de la víctima de forma legible en cada una de las casillas diseñadas para cada campo.

Tipo de Documento de Identidad: Marque con una X el tipo de documento, según corresponda.

- CC = Cedula de Ciudadanía.
- CE = Cedula de Extranjería.
- PA = Pasaporte.
- TI = Tarjeta de Identidad.
- RC = Registro Civil.
- AS = Adulto sin identificación
- MS = Menor sin identificación

Si el Tipo de documento es AS o MS se debe registrar el número de acuerdo con lo definido en la Tabla 1. Tipos Y Número De Documentos Para Población Especial del Anexo Técnico de la Resolución 812 de 2007 del Ministerio de la Protección Social, así:

CONDICIÓN	TIPO DOCUMENTO	Longitud Máxima del dato	COMPOSICIÓN DEL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
Personas de la tercera edad en protección de ancianos.	AS	10	Código departamento+ código municipio + S+ consecutivo por afiliado (Alfanumérico). Ej: 08001S8125
Comunidad Indígena que no este identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil	AS	10	Código departamento+ código municipio + I+ consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 76001I8125
Población indigente adulta que no este identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil.	AS	10	Departamento + municipio +D + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 05001D0008
Población infantil a cargo del ICBF.	MS	10	Departamento + municipio +A + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 25001A0009
Comunidad indígena menor de edad no identificada por la RNEC.	MS	10	Código departamento+ código municipio + I+ consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 080014I8125. NO APLICA PARA MENORES SIN IDENTIFICAR ENTRE CERO (0) Y TREINTA (30) DÍAS DE NACIDOS. SOLO APLICA PARA REGIMEN SUBSIDIADO.
Población indigente menor de edad que no este identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil	MS	10	Departamento + municipio +D + consecutivo por afiliado (4 dígitos). Ej: 05001D0008
Menor de edad recién nacido vivo sin identificar al infante con edad menor o igual a 30 días.	MS	12	Número de documento de la madre si existe o el número de documento del cabeza de familia y un consecutivo iniciando en uno (1). *ESTE TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO LO PUEDEN UTILIZAR TODOS LOS REGÍMENES Y PLANES DE SALUD, MIENTRAS SE REGISTRA EL MENOR ANTE LA RNEC.

Número de Documento: Escriba el número de documento de identidad correspondiente a la víctima.

Fecha de Nacimiento: Escriba la fecha de nacimiento en el formato día mes año, dd – mm – aaaa.

Sexo: Marque con una X la casilla correspondiente al sexo de la víctima. M para Masculino F para Femenino.

Dirección, Teléfono, Departamento y Municipio de Residencia. Diligencie los datos de ubicación de la víctima. Los códigos del municipio y el departamento son los asignados por el DANE.

Condición De afiliación al SGSSS Marque con X la casilla correspondiente Afiliado o No afiliado al sistema. Si marcó Afiliado, a continuación diligencie las casillas de Régimen al que pertenece la víctima y Nombre de la Entidad a la que esta afiliado

III. DATOS DEL EVENTO

Estos datos deben ser tomados de la certificación expedida por la autoridad competente y de la que trata el artículo 4, numeral 1, literal b) del Decreto 3990 del 2007 o en su defecto de la declaración del paciente.

Naturaleza del Evento: Marque con una X la casilla correspondiente al evento: Explosión, Masacre, Mina Antipersonal, Combate, Incendio o Ataques a Municipios.

Dirección donde ocurrió el evento, Departamento, Municipio, Teléfono: Escribir con claridad los datos de ubicación del evento. Para la dirección del evento, sólo se admite lugar cuando en el sitio no existe nomenclatura. Los códigos del municipio y el departamento son los asignados por el DANE.

Zona: Marque con una X la casilla correspondiente a la Zona U= Urbana, R= Rural

Fecha del Evento: Escribir la fecha en formato Día, Mes, Año en la casilla asignada.

Descripción Breve del Evento: Escriba las principales características del Evento.

IV. DATOS DE LA ATENCIÓN EN SALUD Y SERVICIOS RECLAMADOS

La epicrisis debe presentarse en los casos de urgencia con observación o de hospitalización, con los contenidos y características que se definen en el anexo técnico No 2 de la Resolución 3374 de 2000

Código de diagnóstico principal: Código de diagnóstico principal de la víctima, según la clasificación Internacional de enfermedades vigente...

Código de diagnóstico asociado: Código del diagnósticos asociados, según la clasificación internacional de enfermedades vigente.

Concepto reclamado: Marque con una X el concepto por el cual se realiza la reclamación y en la casilla del frente al valor del reclamo, el cual deberá ser sustentado con los documentos correspondientes. Los amparos por los cuales se puede reclamar son: Prótesis, Adaptación de Prótesis y Rehabilitación.

V. DECLARACIÓN DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD.

Nombre y Firma: Diligenciar los datos de nombre completo del Representante legal, Gerente o el delegado por este, mediante acto administrativo con la respectiva firma de la reclamación.