

Plan de Beneficios en Salud –PBS

Acceso a servicios no incluidos en el PBS, la cobertura económica de los servicios no incluidos en el PBS deberá ser solicitada por el médico tratante del paciente al Comité Técnico Científico –CTC- de la EPS-S.

Para ello deberá presentar en el punto autorizador de Capital Salud EPS-S o a través de cualquiera de las opciones de radicación de solicitudes, los siguientes documentos: justificación técnica, fórmula u orden médica de la tecnología en salud requerida y un resumen de historia clínica.

Estos documentos deben ser entregados en la consulta por el médico tratante, completamente diligenciados conforme a lo definido en la Resolución 5395 de 2013. El comité analizará la solicitud en un término de dos días hábiles y emitirá la respuesta.

En los casos hospitalarios, la IPS presentará la solicitud directamente a la EPS-S a través de la página web o mediante correo electrónico sin intermediación del usuario. Para los afiliados al Régimen Subsidiado, los servicios no incluidos en el PBS serán evaluados por el Comité Técnico Científico y asumidos por la EPS-S con su posterior recobro al ente correspondiente.

Los servicios no incluidos en la Resolución 6408 de 2016, podrán ser solicitados por el médico tratante del paciente, al Comité Técnico Científico de la EPS-S. Para ello deberá presentar los siguientes documentos: orden o fórmula médica, formato de solicitud Comité Técnico Científico –CTC y resumen o epicrisis de la Historia Clínica.

Estos deberán estar completamente diligenciados por parte del médico tratante y en los tres soportes debe coincidir el servicio excluido en el PBS solicitado de conformidad con lo establecido en la Resolución 5395 de 2013.

Las solicitudes ambulatorias deben ser tramitadas por los pacientes en los Puntos de Atención al Usuario, las solicitudes de servicio excluido en el PBS para pacientes que estén hospitalizados, deben realizarlas directamente las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a través de los canales de comunicación establecidos para este fin.

En situaciones de urgencia manifiesta, es decir, cuando esté en riesgo la vida del paciente, el médico tratante tiene la posibilidad de decidir sobre el medicamento, servicio médico o prestación de salud a utilizar, no incluida en el PBS y posteriormente realizar el trámite de autorización según el artículo 10 de la Resolución 5395 de 2013.

Exclusiones del PBS.

Los servicios que no estén expresamente incluidos en el Plan de Beneficios se consideran excluidos del PBS del Régimen Subsidiado. Entre los servicios excluidos que se encuentran definidos en las Resoluciones 5267 y 5269 de 2017, están los siguientes: El certificado de incapacidad y/o licencia debe cumplir con las siguientes características: nombre de la entidad y/o del médico u odontólogo tratante, registro médico, documento de identificación

del médico u odontólogo tratante, fecha de expedición, nombre del afiliado y número del documento de identidad, diagnóstico clínico (Código CIE10), fecha de inicio y duración de la incapacidad, nombre, número del registro profesional y firma del médico u odontólogo que expide la incapacidad o licencia de maternidad.

Si usted es cotizante independiente o empleador, para el pago de las incapacidades y licencias deberá adjuntar a la documentación anterior o radicar con posterioridad el formato de “Solicitud para el Pago de Incapacidades y Licencias” adjuntando la fotocopia del RUT y Certificación Bancaria.

Tenga en cuenta que la EPS cuenta con 20 días hábiles para el proceso de transcripción, negación, liquidación y pago de la prestación económica a partir de la fecha de radicación de la solicitud respectiva en la EPS. Carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente Capital Salud EPS-S.

1. Tecnologías en salud consideradas como cosméticas, estéticas, suntuarias o de embellecimiento, así como la atención de sus complicaciones, salvo la atención inicial de urgencias.
2. Tecnologías en salud de carácter experimental o sobre las cuales no exista evidencia científica, de seguridad o efectividad, o que no hayan sido reconocidas por las autoridades nacionales competentes.
3. Tecnologías en salud que se utilicen con fines educativos, instructivos o de capacitación durante el proceso de rehabilitación social o laboral.
4. Tecnologías en salud que tengan alertas de seguridad o falta de efectividad que recomienden su retiro del mercado, de acuerdo con la normatividad vigente.
5. Tecnologías en salud cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad.
6. Bienes y servicios que no correspondan al ámbito de la salud.

Las exclusiones específicas del Plan de Beneficios en Salud son las siguientes:

1. Cirugía estética con fines de embellecimiento y procedimientos de cirugía plástica cosmética o suntuaria.
2. Cirugías para corrección de vicios de refracción por razones estéticas.
3. Tratamientos nutricionales con fines estéticos.
4. Tratamientos para la infertilidad.
5. Tratamientos o curas de reposo o del sueño.
6. Medias elásticas de soporte, corsés o fajas, sillas de ruedas, plantillas y zapatos ortopédicos, vendajes acrílicos, lentes de contacto, lentes para anteojos con materiales diferentes a vidrio o plástico, filtros o colores y películas especiales.

7. Dispositivos, implantes, o prótesis, necesarios para tecnologías en salud no cubiertas en el PBS.
8. Medicamentos y dispositivos médicos cuyas indicaciones y usos respectivamente no se encuentren autorizados por la autoridad competente.
9. Tecnologías o tratamientos experimentales para cualquier tipo de enfermedad.
10. Tecnologías en salud (medicamentos y dispositivos) sobre las cuales el INVIMA como autoridad competente haya recomendado su retiro del mercado o no haya sido reconocida por las autoridades competentes. Tecnologías en salud sobre la cual no exista evidencia científica, de seguridad o costo efectividad o que tengan alertas de seguridad o falta de efectividad que recomienden su retiro del mercado, de acuerdo con la normatividad vigente.
11. Tecnologías en salud cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad.
12. Trasplante de órganos e injertos biológicos diferentes a los descritos en el PBS.
13. Tratamiento con psicoanálisis.
14. Tratamientos de periodoncia, ortodoncia, implantología, dispositivos protésicos en cavidad oral y blanqueamiento dental en la atención odontológica, diferentes a los descritos en el PBS.
15. Tratamiento con fines estéticos de afecciones vasculares o cutáneas.
16. Tecnologías en salud para la atención de pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosis, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal, o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación, salvo lo dispuesto para la atención paliativa a los descritos en el PBS.
17. Tecnologías de carácter educativo, instructivo o de capacitación, que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación social o laboral y no correspondan al ámbito de la salud, aunque sean realizadas por personal del área de la salud.
18. Pañales para niños y adultos.
19. Toallas higiénicas.
20. Artículos cosméticos.
21. Suplementos o complementos vitamínicos, nutricionales o nutracéuticos, salvo excepciones expresas en la norma.
22. Líquidos para lentes de contacto.
23. Tratamientos capilares.
24. Champús de cualquier tipo.
25. Jabones.
26. Cremas hidratantes o humectantes.

27. Cremas antisolares o para las manchas en la piel.
28. Medicamentos para la memoria.
29. Edulcorantes o sustitutos de la sal.
30. Cubrimiento de cualquier tipo de dieta en ámbitos no hospitalarios, salvo lo señalado expresamente en el PBS.
31. Enjuagues bucales y cremas dentales.
32. Cepillo y seda dental.
33. La internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros.
34. Los procedimientos conexos y las complicaciones que surjan de las atenciones en los eventos expresamente excluidos.
35. La atención en los servicios de internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios o quemados de pacientes en estado terminal de cualquier etiología, según criterio del profesional de la salud tratante.
36. La atención en los servicios de internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios o quemados de pacientes con diagnóstico de muerte cerebral, salvo proceso en curso de donación de sus órganos, que estará a cargo de la Entidad Promotora de Salud del receptor.
37. La atención financiada con recursos diferentes a los del PBS y bienes y servicios que no correspondan al ámbito de la salud.
38. Traslados y cambios de lugar de residencia por condiciones de salud, así sean prescritas por el médico tratante.
39. Prestaciones de salud en instituciones no habilitadas para tal fin dentro del sistema de salud.
40. Atenciones de balneoterapia.
41. Atención que corresponda a un interés particular sin indicación médica previa (chequeos ejecutivos).
42. Tratamientos realizados fuera del territorio colombiano.
43. Necropsias y peritajes forenses y aquellas que no tengan una finalidad clínica.
44. Servicios funerarios, incluyendo el traslado de cadáver.