Guardar Decreto en Favoritos 0

DECRETO 174 DE 1995

(enero 24)

por medio del cual se aprueba el Acuerdo 013 de Agosto 2 de 1994 que modifica el Reglamento de Prestación de Servicios de Salud a cargo del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia.

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de las facultades que le confiere el literal I, del Artículo 3º. del Decreto 1591 de 1989.

DECRETA:

ARTICULO 1º

Apruébase el Acuerdo número 013 de agosto 2 de 1994, emanado de la Junta Directiva del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, cuyo texto es el siguiente:

«La Junta Directiva del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, en uso de las facultades que le confiere el Decreto 1591 de 1989.

ACUERDA:

Artículo 1º Adoptar el siguiente Reglamento de Prestación de Servicios de Salud los cuales se señalan en el Artículo 11 de éste, para los pensionados y beneficiarios del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia.

CAPITULO I

GENERALIDADES

Artículo 2º La prestación del servicio de salud está fundamentada en actividades de prevención y promoción de la salud, curación y rehabilitación de las enfermedades y sus secuelas; sin contemplar cirugía estética, fertilización artificial, tratamiento odontológico a base de implantes, ni próstesis para la impotencia sexual.

En las áreas de prevención y promoción, es deber del pensionado y sus beneficiarios ser partícipe de los programas que al respecto adelanten las Entidades Contratistas.

Artículo 3º. Para la utilización de los servicios de salud que presta el Fondo, todo usuario debe estar provisto de Carné de identificación o documentos correspondiente que defina la Dirección. El Fondo, así como las entidades contratadas por éste, se abstendrán de prestar servicios a quienes no se encuentren provistos del carné de identificación o documento vigente, debidamente diligenciado a nivel local expedido por la entidad autorizada para éllo, por el Director del Fondo.

Artículo 4º Constituyen usuarios de los servicios de salud a cargo del Fondo las siguientes personas:

a) Pensionados por invalidez,

b) Pensionados por vejez,

c) Pensionados por jubilación,

d) Sustitutos de pensionados,

e) Beneficiarios de pensionados señalados en los literales a), b) y c) que acrediten el derecho conforme a las leyes y los reglamentos del Fondo, así:

1. Cónyuge o la compañera o compañero permanente siempre y cuando dependan económicamente del pensionado para lo cual deberán demostrar que no tiene derecho a los servicios de la Caja Nacional de Previsión o al Instituto de Seguros Sociales.

2. Hijos menores de dieciocho (18) años de cualesquiera de los cónyuges que hagan parte del núcleo familiar.

Los hijos mayores de dieciocho (18) años con incapacidad permanente, cuya invalidez será determinada por el Fondo o aquellos que tengan menos de veinticinco (25) años, sean estudiantes con dedicación exclusiva y dependan económicamente del afiliado.

3. Los padres del pensionado (por jubilicación, invalidez o vejez) que dependan económicamente de éste, demostrando no tener derecho a los servicios prestados por la Caja Nacional de Previsión o el Instituto de Seguros Sociales.

CAPITULO II

REQUISITOS PARA LA AFILIACION DE BENEFICIARIOS

Artículo 5º Los beneficiarios del pensionado de conformidad con la Ley 100/93 en cuanto acredite su calidad de tales, serán afiliados por solicitud o no del pensionado, pues ésta no tiene un carácter discresional. Las calidades de beneficiario se acreditarán anexando los documentos que se señalan en el artículo sexto del presente Reglamento. La prestación del servicio de salud a beneficiarios implica automáticamente un descuento de un 3.5% de la mesada pensional, sin considerar el número de beneficiarios inscritos.

Artículo 6º Los documentos requeridos para la afiliación de beneficiarios son los siguientes:

I. Para las esposas (os):

1. Examen físico de ingreso que será realizado por el contratista en cada localidad haciendo énfasis en los siguientes puntos:

1.1 Valoración de agudeza visual (trastornos de refracción de ocular).

1.2 Antecedentes de mastectomías.

1.3 Malformaciones congénitas.

1.4 Antecedentes de pérdida de órganos y/o extremidades.

1.5 Prueba de embarazo.

1.6 Preexistencias quirúrgicas.

2. Partida o registro civil de matrimonio.

3. Fotocopia de la cédula de ciudadanía.

4. Dos (2) fotos recientes.

5. Constancias expedidas por el Instituto de Seguros Sociales y la Caja Nacional de Previsión que certifiquen que no reciben prestación de servicio médico de salud por partes de éstas.

II. Para los compañeras (os)

1. Examen físico de ingreso haciendo énfasis en los mismos puntos que se señalaron para las esposas (os).

2. Dos (2) declaraciones extrajuicio que certifiquen convivencia por tiempo no menor de dos (2) años y dependencia económica.

3. Constancias expedidas por el Instituto de Seguros Sociales la Caja Nacional de Previsión que certifiquen que no reciben prestación de servicios médico asistencial por parte de éstas.

4. Fotocopia de la cédula de ciudadanía del beneficiario.

5. Dos (2) fotos recientes.

III. Para los hijos (as):

1. Para todos los hijos examen físico de ingreso haciendo énfasis en los mismos puntos señalados para las esposas (os).

1.1 Se realizará prueba de embarazo solamente en mujeres mayores de quince (15) años.

Si son menores de nueve (9) años:

1. Registro civil de nacimiento.

2. Fotocopia del carné de vacunas.

3. Dos (2) fotos recientes.

Si están entre los nueve (9) y los dieciocho (18) años de edad:

1. Registro civil de nacimiento.

2. Fotocopia de la tarjeta de identidad o comprobante de que se encuentra en trámite.

3. Dos (2) fotos recientes.

Si están entre los dieciocho (18) y los veintiún (21) años:

1. Registro civil de nacimiento.

2. Fotocopia de la cédula de ciudadanía o comprobante de que se encuentra en trámite.

3. Certificación expedida por la institución docente, debidamente aprobada por el Ministerio de Educación, en donde esté adelantando sus estudios.

4. Certificado de la Caja Nacional de Previsión o el Instituto de Seguros Sociales de que no reciben servicio médico asistencial por parte de éstos.

5. Dos (2) fotos recientes

Si son recién nacidos:

1. Examen físico.

2. Registro de nacimiento.

Parágrafo. Quienes estuvieron inscritos en el Servicio Médico y fueron desafiliados, y este evento ocurrió en un lapso no superior a dos (2) años, contados con antelación a partir de la fecha en que rige el presente Decreto, no deberán al momento de su reafiliación realizar examen médico.

Artículo 7º Los documentos estipulados en los artículos quinto y sexto del presente capítulo deberán ser presentados ante las instituciones contratadas, para la prestación del servicio médico, en cada localidad. El trámite para la carnetización o expedición del documento, será el que señale el Director General del Fondo.

Artículo 8º En caso de expedición de duplicado de carné o documento de identificación por pérdida, y de acuerdo con lo señalado por la Dirección General del Fondo se deben presentar los siguientes documentos:

1. Denuncio por pérdida.

2. Fotocopia de la tarjeta de identidad para mayores de nueve (9) años y de la cédula de ciudadanía para los mayores de dieciocho (18) años.

3. Una (1) foto reciente.

4. Para los mayores de dieciocho (18) años y menores de veintiún (21) años certificado de estudios reciente.

CAPITULO III

MODALIDAD DE ATENCION

Artículo 9º Los servicios médicos a cargo del Fondo se prestarán a través de contratos con terceros.

Artículo 10. La auditoría de los servicios médicos que se definirán en el artículo 11 del presente reglamento se llevará a cabo de acuerdo con los parámetros que sobre el particular señale el Director General del Fondo.

El Fondo y los Contratistas darán continuidad a los Comités Regionales en donde representantes de los usuarios, los Contratistas y el Fondo, evaluarán los Servicios de Salud con el objeto de dar solución oportuna a las dificultades que se planteen; y generar un sistema de comunicación a través de boletines que permitan mantener permanentemente informados a los usuarios al respecto.

El Fondo ejercerá la interventoría en el cumplimiento de las obligaciones que adquiere el Contratista en virtud del contrato, por medio de interventores designados por el Director General del Fondo, el acceso a las Instituciones, Oficinas Administrativas, a las historias clínicas y suministrará la información necesaria para la evaluación de los Servicios de Salud.

CAPITULO IV

SERVICIOS QUE PRESTA EL FONDO Y OBLIGATORIEDAD DE LOS TRATAMIENTOS

Artículo 11. El Fondo prestará a los pensionados y sus beneficiarios y a los sustitutos de pensionados los siguientes servicios:

a) Asistencia médica general y especializada. (conc. art. 12 y 13).

b) Asistencia quirúrgica. (Conc. art. 14).

c) Asistencia obstétrica. (Conc. art. 16),

d) Asistencia hospitalaria médica, quirúrgica y psiquiátrica. (Conc. art. 14).

e) Asistencia odontológica. (Conc. art. 19).

f) Suministro de medicamentos. (Conc. art. 20).

g) Servicios paraclínicos (Vacunación básica, enfermería, laboratorio clínico, imagenología, medicina nuclear y demás ayudas diagnósticas.

Terapia respiratoria, terapia del lenguaje como tratamiento de secuelas excluyéndose todo tipo de educación especial).

h) Servicio de ambulancia. (Conc. art. 23).

i) Lentes para anteojos (Conc. art. 24),

j) Servicio de rehabilitación (Conc. art. 25),

k) Elementos de complemento terapeútico tales como válvulas, material de osteosíntesis, lentes intraoculares, marcapasos. (Conc.Art. 25).

Asistancia médica general y especializada

Artículo 12. El Fondo y los Contratistas prestarán los servicios de asistencia médica (medicina general y todas las especialidades y subespecilidades) a través de entidades contratadas para dicho efecto en las ciudades que acuerden la Dirección del Fondo y los contratistas. Se excluyen de estos servicios las sesiones de sicoanálisis.

Artículo 13 Cuando un usuario haga uso del servicio médico en Instituciones no contratadas por los Contratistas del Fondo, éstos reconocerán un reembolso equivalente al valor que tienen acordado con las instituciones hospitalarias siempre y cuando el pensionado sustente debidamente, por medio de resumen de la historia clínica que se trató de una urgencia medica o quirúrgica.

En ninguna otra circunstancia se considerará reembolso alguno si el paciente hace uso de servicios médicos diferentes en entidades diferentes a las utilizadas por los contratistas del Fondo.

Parágrafo. Para el reembolso el pensionado debe presentar a la entidad contratista correspondiente, según la localidad de la que se trate, la debida cuenta de cobro adjuntando las facturas que detallen cada uno de los rubros con su costo y el resumen de historia clínica que acredite el servicio de urgencia, en papelería membreteada de la Institutción por la que fue atendido, con nombre claro, firma y registro profesional que le atendió.

En este evento el Contratista debe ser avisado en el término de las 72 horas siguientes.

El contratista deberá efectuar dicho reembolso en un plazo imporrogable no superior a los 30 días siguientes a la solicitud del mismo.

Servicios hospitalarios y quirúrgicos

Artículo 14 Para los pensionados y sustitutos de pensionados los contratistas del Fondo asumirán la totalidad de los servicios de hospitalización, medicamentos, ayudas diagnósticas, laboratorio y asistencia médica especial, teléfono,televisor, periódicos, cama de acompañante y otros servicios que no estén encaminados a la recuperación del paciente.

Para los beneficiarios de los pensionados el Fondo reconocerá:

a) Estancia hasta por diez (10) días, reconociendo el 30% del valor de la misma, el excedente será descontado por nómina al pensionado en cuotas hasta el 20% del total de la mesada, por este motivo, previa hospitalización programadas de cualquier familiar del pensionado, éste deberá firmar una autorización del descuento en referencia. En caso de que el familiar requiera un servicio hospitalario de carácter urgente, posteriormente al momento de solicitar la orden de hospitalización cumplirá con este requisito de autorización de descuento, lo cual debe ser en las 72 horas hábiles siguientes.

El contratista suministrará al Fondo copia de las facturas causadas por este concepto junto con la autorización de descuento suscrita por el pensionado dentro de los quince (15) días siguientes al mes en que se causó el servicio.

b) Para los beneficiarios, los contratistas del Fondo no reconocerán los costos por concepto de enfermera especial, teléfono, televisor, periódicos, cama de acompañante y otros servicios que no estén encaminados a la recuperación del paciente.

Artículo 15. Los Contratistas del Fondo asumirán los costos por concepto de hospitalización y cirugía de los benefiarios desde el momento mismo de la afiliación.

Asistencia obstétrica

Artículo 16. Todos los Contratistas del Fondo cubrirán todos los costos para parto normal o por cesárea de las pensionadas.

Artículo 17. Para las esposas o compañeras los contratistas del Fondo cubrirán la totalidad de la atención del embarazo y parto normal o por cesárea siempre y cuando su prueba de embarazo haya resultado negativa en el momento de la afiliación.

Igualmente el Fondo asumirá todos los costos causados por embarazo ectópico o aborto no provocado. En casos de aborto provocado, los contratistas del Fondo no asumirán ningún costo.

Para las hijas de los pensionados el Fondo y los Contratistas no asumirán lo referente a control de embarazo y atención del parto.

Asistencia ginecológica

Artículo 18. Los Contratistas del Fondo cubrirán todos los costos por éste concepto tanto para pensionados como familiares con la única excepción de los legrados u otros procedimientos secundarios a abortos provocados; tampoco asumirá los costos de planificación familiar por vía quirúrgica para ningún sexo.

Asistencia odontológica

Artículo 19. Los Contratistas del Fondo prestarán los siguientes servicios tanto a pensionados como a beneficiarios:

a) Semiología,

b) Estomatología,

c) Exodoncias,

d) Períodoncias,

e) Operatoria (excepto resinas de fotocurado),

f) Endodoncia,

g) Cirugía con fines funcionales.

Los Contratistas del Fondo no prestarán los servicios de:

a) Ortodoncia,

b) Implantes,

c) Prótesis dentales,

d) Cirugía con fines estéticos,

Suministro de medicamentos

Artículo 20. Los Contratistas del Fondo asumirán el suministro de medicamentos en forma global tanto para pensionados como para sus familiares, incluyendo quimioterapia, radioterapia, cobaltoterapia, tratamientos para el SIDA e incluso medicamentos importados cuando éstos sean, según concepto de los especialistas tratantes, necesarios para la recuperación de su salud, incluyendo banco de sangre.

El Fondo y los Contratistas oficializarán un vademécum para tal efecto.

Artículo 21. En el evento en el que el Contratista no pueda suministrar directamente los medicamentos o que éstos se requieran de urgencia entendida tal situación en el contexto médico, el usuario los adquirirá y posteriormente presentará la solicitud de reembolso ante la Entidad encargada de la prestación del servicio según la ciudad de la cual se trate.

La Entidad efectuará el reembolso correspondiente siempre y cuando los medicamentos hayan sido adquiridos en Cajas de Compensación Familiar. Se exceptúan de estas exigencias a los usuarios que residen en ciudades en donde no existen tales cajas, en donde el contratista reembolsará de acuerdo al precio máximo de venta al público.

En los casos que aún existiendo Cajas de Compensación Familiar, no se encuentran disponibles los medicamentos formulados, los contratistas del Fondo reembolsarán al pensionado únicamente el valor correspondiente al medicamento comprado en Cajas de Compensación.

El Contratista tendrá un plazo improrrogable no superior a 30 días para efectuar dichos reembolsos.

Parágrafo 1º Los requisitos para la solicitud del reembolso serán definidos por las Entidades contratistas.

Parágrafo 2º El Fondo no asumirá costos por concepto de leches maternizadas, medias para várices y sustancias cosméticas.

Tampoco suministrará estimulantes cerebrales, alimentos proteinizados y protectores solares. Se exceptúan de estos tres últimos los casos indicados por el médico tratante.

Servicios Paraclínicos

Artículo 22. Los Contratistas del Fondo prestarán a todos los usuarios los servicios de imagenología, laboratorio clínico, anatomía patologica, medicina nuclear, electrodiagnóstico y demás exámenes paraclínicos siempre que éstos se hayan realizado en las Instituciones que los contratistas han determinado y que hayan sido debidamente autorizados por los médicos generales, especialistas y los médicos supervisores según sea el caso.

En el caso de enfermería los contratistas del Fondo cubrirán los costos referentes a este servicio siempre que sea de carácter hospitalario, otras situaciones se manejarán de acuerdo a la especificidad del caso por el Fondo y el contratista.

Servicio de ambulancia

Artículo 23. Los contratistas del Fondo ordenarán los servicios de ambulancia cuando se trate de una urgencia y cuando sean de carácter necesario, en cuyo caso serán los médicos tratantes quienes los definan.

Otro tipo de transporte será definido por el médico de acuerdo con la situación del paciente.

Servicio de lentes

Artículo 24. Los Contratistas del Fondo asumirán el costo de lentes para anteojos de pensionados y beneficiarios cuando éstos le sean fomulados por primera vez. Este servicio no incluye la montura ni lentes de contacto.

Servicio de rehabilitación

Artículo 25. Este servicio se considera como parte integral de un tratamiento cuando exista concepto claro y por escrito del médico tratante.

El Contratista facilitará a los pensionados y a sus beneficiarios durante el tratamiento, en calidad de préstamo, los elementos de rehabilitación tales como sillas de ruedas, muletas, aparatos ortopédicos, dispensadores o balas de oxígeno y sus aditamentos, con el fin de mejorar o curar las condiciones de los pacientes, los cuales se suministrarán cuando, a juicio del especialista se considere necesario para su rehabilitación.

Los elementos susceptibles de deterioro natural como botas o zapatos ortopédicos o

plantillas se suministrarán una vez al año.

Parágrafo 1º Elementos requeridos para rehabilitación tales como sillas de ruedas, muletas, estribos, bastones, prótesis y órtesis; se suministrarán por el contratista en calidad de préstamo hasta que el tratamiento haya terminado.

Parágrafo 2º En los casos de pérdida, hurto y ruptura de cualquier elemento de rehabilitación, ni el Fondo, ni el contratista lo repondrá y el usuario estará en la obligación de pagarlo o restituirlo.

Respecto a las prótesis y órtesis, cuando el médico especialista tratante determine que se han deteriorado por mal uso, ni el Fondo ni el contratista asumirán los gastos que impliquen la reposición o reparación de las mismas. El contratista definirá los mecanismos de control en estos casos.

Parágrafo 3º Los contratistas del Fondo prestarán el servicio de cuidado intermedio en los casos de pacientes crónicos o terminales que medicamente lo ameriten y previa evaluación por parte del contratista en la que se verifique la imposibilidad de ser atendido en su casa.

Parágrafo 4º Se prestará tanto a los pensionados como a los beneficiarios los servicios de fisioterapia y fisiatría en las instalaciones de las entidades que los contratistas definan en cada localidad. El contratista prestará este servicio ambulatoriamente en los casos en los que medicamente esto sea necesario.

Parágrafo 5º El contratista suministrará próstesis mamaria externa únicamente en los casos de antecedentes de mastectomía en los casos en que estas hayan sido practicadas despúes de su afiliación al servicio médico.

CAPITULO V

TRASLADO DE SERVICIOS MEDICOS

Artículo 26. Cuando un beneficiario solicite el cambio de radicación a otra de las ciudades donde el Fondo presta los servicios médico asistenciales deberá presentar la solicitud ante el médico divisionario respectivo, quien dará el trámite correspondiente e informará a los contratistas respectivos del pago del servicio de salud.

CAPITULO VI

CANCELACION DE SERVICIOS MEDICOS

Artículo 27. Los servicios médicos a cargo del Fondo serán cancelados a los beneficiarios por una de las siguientes causas:

1. Por muerte del pensionado (salvo lo anotado en el parágrafo).

2. Por cambio de dependencia económica, es decir, cuando el beneficiario esté trabajando o adquiera derecho a los servicios médico asistenciales.

3. Hijos mayores de dieciocho (18) años que no estén estudiando.

4. Hijos mayores de veinticinco (25) años aunque dependan económicamente del pensionado y se encuentren estudiando.

5. Por matrimonio del hijo (a).

En los casos en los cuales se determine la cancelación del servicio según lo estipulado en los numerales del uno al cinco del presente capítulo, el contratista exigirá la devolución del documento o carné de identificación.

Parágrafo. En el caso de muerte del pensionado se continuará la prestación de servicios a:

a) La esposa(o) o compañera(o) si dependían económicamente de éste y no tienen servicio médico asistencial de la Caja Nacional de Previsión o el Instituto de Seguros Sociales; siempre y cuando al momento del fallecimiento del pensionado, cuenten con su respectivo carné;

b) Hijos menores de dieciocho (18) años que al momento de fallecimiento del pensionado cuenten con su respectivo carné;

c) Hijos mayores de dieciocho (18) años y menores de veinticinco (25) años que se encuentren estudiando dependientes económicamente del pensionado y que al fallecer éste contarán con el respectivo carné,

d) Padres del pensionado, siempre y cuando por falta de esposa(o) o compañera(o) e hijos se entienda que heredan el derecho de sustitución pensional al causante; de lo contrario automáticamente se les suspenderá el servicio.

Estas personas deberán radicar los documentos requeridos para adelantar los trámites de Sustitución Pensional en un plazo máximo de treinta (30) días a partir de la fecha de fallecimiento del pensionado(a) o de lo contrario serán suspendidos los servicios médico asistenciales.

CAPITULO VII

OTRAS DISPOSICIONES

Artículo 28. Si el usuario no aceptara el tratamiento médico, odontológico o paramédico que ofrecen los contratistas del Fondo; o rehusara, suspendiera o abandonara, voluntaria e injustificadamente un tratamiento prescrito por un profesional debidamente autorizado, ni el Fondo, ni los contratistas asumirán responsabilidad alguna de tipo científico o económico sobre las consecuencias originadas en esta decisión. Así mismo se dejará constancia escrita

en la respectiva historia clínica de las situaciones anteriormente mencionadas.

Artículo 29. Cuando los hechos relacionados a continuación ofrezcan a primera vista las características de acción delictiva, se procederá a formular la correspondiente denuncia ante la autoridad competente.

a) Extender a favor de terceras personas los servicios y recursos que el Fondo proporciona a sus afiliados y a los familiares de éstos,

b) Hacer inscripciones fraudulentas de familiares, mediante el uso de certificados falsos o por cualquier otro medio,

c) Hacer fraude con los medicamentos y/o elementos para rehabilitación suministrados por el Fondo y las entidades contratistas.

Comuníquese y cúmplase.

El Presidente de la Junta Directiva,

(Fdo.) Juan Alfonso Latorre Uriza.

El Secretario,

Mario Ballesteros Mejía».

ARTÍCULO 2º El presente Decreto rige a partir de la fecha de su

publicación.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Santafé de Bogotá, D.C., a 24 de enero de 1995.

ERNESTO SAMPER PIZANO.

El Ministro de Transporte,

Juan Goméz Martínez

Guardar Decreto en Favoritos 0