

I. OBJETIVO

Establecer una guía metodológica para la red prestadora de Compensar Medicina Prepagada, que facilite su entendimiento sobre el modelo de atención y accesibilidad a los servicios.

II. CONTENIDO

CANALES DE ATENCIÓN PARA USUARIOS DEL PROGRAMA DE MEDICINA PREPAGADA:

Se describen los canales correspondientes por donde los usuarios de Medicina Prepagada pueden consultar o gestionar sus solicitudes y/o necesidades respecto a la prestación en las IPS de la Red.

CANAL	DESCRIPCIÓN
Vita Tu Asistente Virtual	Desde WhatsApp nuestros afiliados podrán escribirle a Vita para: *Agendar, reprogramar o cancelar citas con tu médico de familia y especialidades cubiertas por medicina prepagada *Consultar las citas programadas *Consultar los resultados de laboratorio realizados en las sedes de Compensar Salud *Autorización de servicios médicos y consulta de información *Descarga certificaciones de salud. *Derivación para orientación médica *Venta de servicios Guarda en tus contactos el número +57601 3078092 e inicia la conversación.
App Compensar Medicina Prepagada	Compensar Medicina Prepagada para facilitar el acceso de los afiliados, cuenta con una aplicación que se puede descargar en cualquier móvil con diferentes tipos de procesador, desde su Appstore y Google App. Donde cuenta con los siguientes servicios: *Agenda, reubica o cancela tus citas médicas. *Realiza el pago de tu plan y bonos de servicios médicos. *Descarga certificaciones de salud. *Consulta y descarga los resultados de laboratorios clínicos. *Derivación para orientación médica.

Call Center / Línea de atención telefónica	El afiliado podrá comunicarse telefónicamente al 6013078092 donde podrá solicitar los siguientes servicios: *Citas médicas *Orientación de red de urgencias *Aclaraciones de pagos *Asesoría Comercial *Actualización de datos y servicios disponibles *Derivación para orientación médica *Afiliaciones Horario de atención: • Lunes a viernes de 6:00 a.m. a 10:00 p.m. • Sábado de 7:00 a.m a 1:00 p.m, domingo y festivos de 7:00 a.m. a 1:00 p.m, atención por IVR habilitada por 24 horas
Página web/ Portal transacciones en Línea	A través de nuestra página Web medicina prepagada, se puede acceder a información general de los servicios prestados. https://medicinaprepagada.compensar.com Transacciones en Línea: Es un micrositio que permite realizar diferentes transacciones en línea, para lo cual se requiere la validación de identidad con el documento y la clave de acceso. Este canal permite el pago de contrato y bonos de Medicina Prepagada, Consultar y descargar resultados de laboratorio, Reportar novedades de afiliación, solicitar certificaciones del contratante, actualizar datos, agendar servicios médicos, gestionar ordenes clínicas. https://corporativo.compensar.com/salud/transacciones Turno virtual: Es un mecanismo digital que permite a los afiliados solicitar y gestionar su turno de atención sin necesidad de desplazarse físicamente al punto de servicio. A través de una plataforma web, aplicación móvil o asistente virtual. Video atención: Permite que el afiliado programe una cita con un colaborador Compensar que de forma virtual le ayudará a realizar sus trámites de medicina prepagada. Turno Programado: El afiliado podrá solicitar el turno y programarse para la atención en el momento que lo necesite. Turno día: Permite al afiliado tomar un turno día y acceder de forma más ágil al servicio que necesite de la siguiente manera si está en la sede o a una distancia no mayor a 5 km de ella.
Nuestros afiliados podrán recibir orientación sobre su plan, coberturas, novedades del	

**Presencial /
Puntos de
atención
personal**

contrato (inclusión de beneficiarios, cambios de plan y/o de contratante y de modalidad de pago), solicitud de certificaciones, expedición de estados de cuenta, asesoría sobre la facturación de su atención, autorizaciones de servicios, actualización de información, atención de requerimientos, inconformidades y casos especiales. Donde tendrán disponible también los módulos de autoservicio que tienen la siguiente funcionalidad:

Permiten a los afiliados realizar acciones como: Pagos de servicios (bonos, parqueadero y plan de atención) y anunciar la llegada para la cita programada

III. ASEGURABILIDAD

El proceso de Asegurabilidad permite garantizar vinculaciones efectivas a Compensar Medicina Prepagada y su gestión con la validación de la información registrada en el formulario Declaración de Asegurabilidad Única por inscrito a Compensar Medicina Prepagada, consultando los antecedentes de los usuarios nuevos en los sistemas de información pertinentes, a fin de identificar oportunamente la presencia de factores de riesgo, así como notificándolas y registrándolas para una apropiada autorización y cobertura de los servicios de Compensar Medicina Prepagada, según aplique.

En Compensar Medicina Prepagada, los servicios neonatales médicos y hospitalarios se cubren con la afiliación de la madre hasta 30 días contados a partir del nacimiento incluyendo malformaciones y/o anomalías congénitas y su manejo quirúrgico en estos 30 días. No obstante, la inclusión automática del menor al Plan de Medicina Prepagada Compensar debe formalizarse a través de correo electrónico, call center o presencial con copia del registro civil (sujeto a validaciones pertinentes), sí se desea continuar con el amparo del recién nacido. Sí la inclusión formal es dentro de los primeros 30 días, el recién nacido se beneficiará de la cobertura de la madre dada su antigüedad en la Medicina Prepagada Compensar. Sí la inclusión formal es solicitada después de los primeros 30 días posteriores al nacimiento, tendrá los beneficios como nuevo usuario, de acuerdo a lo estipulado en el contrato.

IV. PAGO DEL PLAN Y ADQUISICIÓN DE BONOS

Los planes de medicina prepagada cuentan con el acceso a algunos descuentos comerciales asociados a campañas o pagos anticipados (anual o semestral), entre otros, los cuáles serán acordados con el Asesor en caso que apliquen.

De acuerdo a lo establecido con cada usuario en los contratos de afiliación de Medicina Prepagada -la factura y la consulta de bonos disponibles será emitida a través de los diferentes canales establecidos para tal fin.

V. DESAFILIACIÓN A LOS PLANES MP

En caso de presentar alguna novedad frente a la continuidad en la afiliación al Plan de Medicina Prepagada, el usuario debe enviar la solicitud al correo electrónico afiliacionesprepagada@compensarsalud.com indicando nombre, número de documento de identidad, correo electrónico para respuesta y teléfono de contacto, para aplicar la novedad debe encontrarse al día en los pagos del plan de Medicina Prepagada. En esta comunicación debe detallar la solicitud), para quien o quienes aplica y uno de nuestros asesores dará respuesta de tres a cinco días hábiles.

El contratante es el único que puede realizar la solicitud de retiro haciendo uso de los canales dispuestos para la solicitud de retiro:

- Presencial en cualquier sede
- Call center
- Página Web radicando PQRS
- Correo electrónico

Nota: Los canales se encuentran descritos en el numeral 2.1

La solicitud por parte del usuario sobre una desafiliación de un Plan de Medicina Prepagada debe realizarse antes del día 25 del mes, para que se haga efectiva a partir del último día hábil del mismo mes. De lo contrario, si se hace después del día 25, la desafiliación se ejecutará finalizando el siguiente mes y el aporte correspondiente debe ser asumido por el usuario.

Cuando el usuario presenta mora de hasta un mes, estará en estado suspendido dentro del sistema

Interno de la organización y no podrá acceder a los servicios de su respectivo plan. Si supera los dos meses continuos sin el aporte, de forma automática se procede con la desafiliación. Para mantener la antigüedad en una nueva vinculación al plan, el usuario no podría dejar pasar más de dos meses desde la desafiliación.

VI. AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Antes de describir procesos de autorización de servicios para los afiliados de Compensar Medicina Prepagada es necesario tener en cuenta que cuando la prestación del servicio este llegando al tope de cobertura, se informará al usuario directamente en el caso ambulatorio, en los casos hospitalarios se hará a través del equipo auditor y la Ips, esta actividad será supervisada por el equipo de Compensar Medicina Prepagada.

Con el objetivo de facilitar la atención y eliminar trámites administrativos a los afiliados de Compensar Medicina Prepagada, cuando se presente un usuario con una autorización, se requiere validar el estado de afiliación a través de la plataforma definida para tal fin y no se requiere remitirlo a los puntos administrativos para cambio de la autorización.

Autorización de Servicios Ambulatorios:

El usuario solicita su cita con el profesional a elección según la red a la que tiene acceso y el profesional es el encargado de tramitar la autorización por el canal definido: Consultas de medicina general, especializada, apoyo diagnóstico, laboratorio, apoyo terapéutico y procedimientos derivados de la consulta previa validación de derechos y condiciones de cobertura.

Todos los demás servicios no descritos en el ítem anterior requieren de autorización, la cual debe solicitarse con su respectiva orden médica vigente por los canales dispuestos para tal fin con una respuesta del trámite al afiliado entre 24 y 72 horas.

Nota 1: Las solicitudes de autorización de servicios de salud por parte de los usuarios y/o las IPS se reciben a través de los siguientes canales:

- **Presencial:** En los puntos de atención, donde los usuarios pueden realizar sus solicitudes en IPS propias, o red de profesionales y las IPS externas.
- **Telefónico (Call center):** A través de la línea de atención dispuesta para la recepción de solicitudes de citas médicas para medicina prepagada
- **Correo electrónico:** Mediante el correo electrónico definido para la recepción y gestión de solicitudes.

Nota 2: la orden médica registra los datos básicos del usuario, datos del prestador y tipo de atención

donde se origina la orden, y la descripción del servicio ordenado que requerirá la autorización.

Autorización de Servicios de Urgencias:

En caso de atención por urgencias, no se requiere orden médica, ni historia clínica, la verificación de derechos se realiza por la IPS si así está definido contractualmente. Para IPS sin contrato con Compensar, para casos con inconsistencia en afiliación o servicios derivados de la urgencia (hospitalización en piso, UCI, cirugía o atención obstétrica) la cobertura se valida a través de la Central de Acompañamiento al Prestador – CAP canal disponible 7x24. Igualmente, este contacto se debe realizar, cada vez que se requiera un servicio adicional derivado de urgencias.

Autorización de Servicios Hospitalarios:

El afiliado atendido por Urgencias en Instituciones de la Red de Compensar Medicina Prepagada y que necesita una orden de hospitalización, la institución debe solicitar la autorización directamente a través de los canales establecidos por Compensar Medicina Prepagada para tal fin.

Autorización de Cirugía Electiva:

Si se emite un ordenamiento de servicio hospitalario electivo, esta debe ser remitida por el profesional de la salud según criterio médico y se registra en la historia clínica; si es de IPS externa debe enviar solicitud de autorización al correo electrónico definido para realizar verificación de derechos y definir IPS donde se autorizará.

Si el servicio no se encuentra cubierto, se informará al usuario y a la IPS la razón y el direccionamiento que debe seguir mediante el certificado de exclusión o no cobertura de Compensar medicina prepagada a través de correo electrónico y/o físico si es requerido por el usuario.

Autorización de Servicios de Maternidad:

Para servicios de Maternidad, la atención del parto inicia desde los controles; la gestante decide donde realizar el parto en la red y el especialista que la va a atender. En estos casos, el mismo especialista define el tipo de parto y la institución, generando la orden de parto a autorizar sobre la semana 36 de gestación. El profesional de la salud debe tramitar la autorización enviando la orden al correo electrónico definido. A partir de la aprobación Compensar MP, el especialista y la IPS asignada, de manera interna coordinan el

agendamiento del procedimiento y esta información se le suministra a la gestante por parte del obstetra tratante.

Autorización Servicios en pacientes con Cáncer Ambulatorio:

El tratamiento del cáncer cuando está cubierto, inicia con la confirmación del diagnóstico y la definición de la IPS tratante según la red establecida para Compensar Medicina Prepagada. Se maneja directamente en la institución de atención. Cuando el diagnóstico es confirmado las autorizaciones las debe tramitar directamente la IPS para evitar trámites administrativos al usuario.

Definiciones por Tope de Cobertura

Cuando se completan los topes de cobertura descritos en la minuta de Compensar Medicina Prepagada, no es posible disponer de los servicios y el usuario recibirá un aviso en el momento de acceder a los mismos. Igualmente puede consultar que servicios han llegado a su tope de cobertura por cualquiera de los canales dispuestos por Compensar Medicina Prepagada.

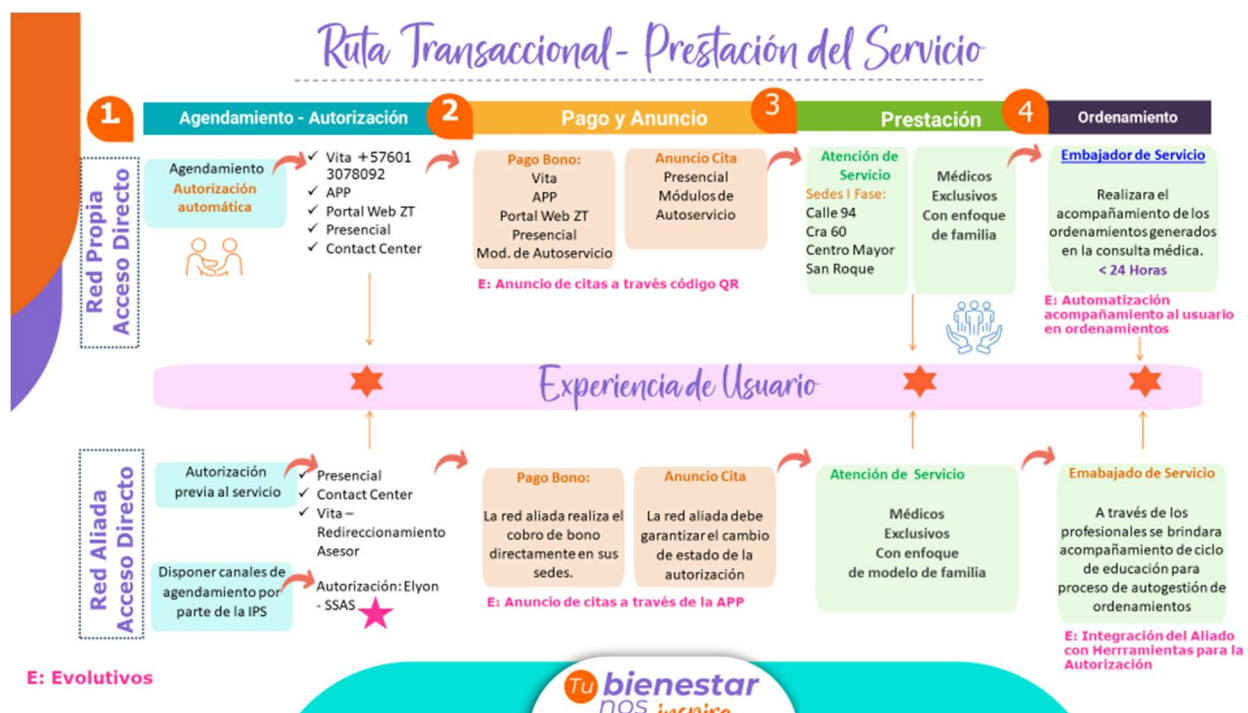
PRESTACION DEL SERVICIO O UNA COBERTURA

El cubrimiento de la atención de Compensar Medicina Prepagada es de carácter nacional, para el acceso a la prestación de servicios fuera de la ciudad de residencia, tener en cuenta las siguientes consideraciones para este plan:

- Compensar Medicina Prepagada tiene atención integral en la ciudad de residencia del afiliado, y cubrimiento de Urgencias y hospitalización, médica o quirúrgica, en la red disponible.
- La autorización para la prestación de servicios será solicitada por la institución hospitalaria directamente al asegurador y previa confirmación de derechos.
- Si el afiliado a Compensar Medicina Prepagada necesita servicios de atención ambulatoria programada en una ciudad de cobertura diferente a la de residencia, debe comunicarse con las líneas de atención y canales dispuestos para su atención (ver numeral 2.1 de este documento) y solicitar allí su autorización.

VIII. RUTAS DE ATENCIÓN

Compensar se compromete a reconocer y respetar la individualidad y la diferencia en cada persona, para comprenderlos integralmente (biológica, psicológica, social, espiritual, ambiental y cultural) y acompañarlos de manera sensible y honesta en sus necesidades, ofreciendo experiencias excepcionales que permanezcan en la mente y corazón, fortaleciendo relaciones sólidas y sostenibles a largo plazo, con reciprocidad en el cuidado y mejoramiento de su calidad de vida y bienestar integral.





E: Evolutivos

Tu bienestar nos inspira.

IX. LÍMITE DE COBERTURAS – SIMULTANEIDAD - COMPLEMENTARIEDAD

Para garantizar la integralidad y continuidad en la atención, el proceso de autorizaciones realizará la verificación de cobertura, topes, exclusiones y tiempos de carencia, con el fin de determinar el derecho a la prestación del servicio. En caso de que el servicio no cumpla con los criterios de cobertura, COMPENSAR MEDICINA PREPAGADA no estará obligada a prestación de estos servicios y notificará tanto a la IPS como al usuario dicha situación. Adicionalmente, COMPENSAR MEDICINA PREPAGADA informará a la EPS o Régimen de Excepción del usuario sobre la novedad en la cobertura y prestación del servicio, con el propósito de que se adelante la gestión del trámite correspondiente entre IPS y EPS correspondientes.