

VERSIÓN: 001		
FECHA: 2025-08-06	Complementariedad Medicina Prepagada Compensar	

Fecha	Descripción de la modificación
05/08/2025	Lanzamiento

RESUMEN

En Colombia, la complementariedad en salud entre medicina prepagada y el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se refiere a la forma en que ambos sistemas se entrelazan para brindar cobertura de salud a la población. La medicina prepagada, como un servicio voluntario, puede complementar la cobertura básica que ofrece el régimen contributivo o subsidiado del SGSSS, permitiendo a los usuarios acceder a servicios adicionales, mayor comodidad y menor tiempo de espera.

OBJETIVO

Establecer los lineamientos y las actividades para asegurar la continuidad de la atención de los usuarios que se afilien a Compensar Medicina Prepagada una vez se llegue al tope del plan adquirido.

DEFINICIONES

Aprobación: Verificar que lo que está documentado cumple con las políticas, la realidad del proceso o actividad y los requerimientos de calidad y constituye la autorización para continuar o iniciar su aplicación.

Oportunidad de mejora: Es la diferencia identificada entre una situación real y una situación deseada. Permite mejorar el desempeño de un proceso, equipo o área.

Plan de mejora: Herramienta utilizada cuando se identifican desviaciones, incumplimientos de un requisito organizacional o normativo u oportunidad de mejora en un proceso / equipo para documentar el análisis causal, planeación y seguimiento de actividades necesarias para dar respuesta al

Proceso: Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan que utilizan las entradas para proporcionar un resultado previsto.

Seguimiento: Determinar del estado de un sistema, proceso, producto, servicio o actividad.

RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

- Proceso de contrataciones
- Proceso de planes voluntarios
- Proceso de Central de acompañamiento al prestador
- Otros procesos relacionados impactados por cambio en normatividad o requerimiento de ente de control.

CONTENIDO

A continuación relacionamos cómo funciona la Complementariedad entre Compensar Medicina Prepagada con Compensar Eps y otras Aseguradoras:

Complementariedad entre Medicina Prepagada y Compensar EPS

Ámbito Hospitalario:

En los casos en los cuales se ha superado la cobertura del plan de Medicina Prepagada, la Institución informará al usuario el valor del monto, se indagará si él puede cubrirlo, o si por el contrario se debe dar inicio a la remisión con su aseguradora correspondiente. Los usuarios de MP pueden ingresar a una institución hospitalaria por dos vías:

Orden de cirugía electiva y/o programada:

1. El usuario que sale con una orden médica para un procedimiento quirúrgico, puede tramitar la autorización de este procedimiento a través de dos vías:
 - ✓ Embajador de experiencia
 - ✓ Asesor call center
2. Tanto el embajador como el asesor deberán enviar un mail a la CAP (Central de acompañamiento al prestador), CAPprepagada@compensarsalud.com solicitando la autorización para el procedimiento relacionado en la orden médica.
3. En el equipo de la CAP, la persona responsable de recepcionar este mail lo reenviará al equipo back autorizador de la Eps, para gestionar la solicitud del usuario (Autorización).
4. El equipo back autorizador de la Eps valida si el usuario solicitante cumple con los criterios y requisitos:
 - ✓ Cobertura
 - ✓ Períodos de carencia
 - ✓ Preexistencias
 - ✓ Topes

Si este cumple se procede a generar la autorización para el procedimiento.

5. El equipo back autorizador de la Eps, responde el mail enviado por la CAP con el número de autorización y la institución para la cual fue aprobado el procedimiento.
6. El equipo de la CAP procede a enviar a la institución para la cual fue aprobado el procedimiento el número de la autorización para que esta contacte al usuario y lo programe.

Usuario que consulta a urgencias y finaliza en Hospitalización y/o cirugía:

1. El usuario ingresa a cualquiera de las instituciones que Compensar Medicina Prepagada tiene definidas como red para atención de urgencias, se realiza la valoración y se define la conducta para validar si requiere hospitalización o algún procedimiento quirúrgico.
2. La IPS tratante envía mail a: CAPprepagada@compensarsalud.com solicitando autorización para dar continuidad al manejo del usuario.
3. El equipo de la CAP valida si el usuario solicitante cumple con los criterios y requisitos:
 - ✓ Cobertura
 - ✓ Períodos de carencia
 - ✓ Preexistencias
 - ✓ Topes
4. En caso de cumplir con cada requisito la CAP genera la autorización para dar continuidad a la atención del usuario.
5. La Ips notificará a la CAP, si el usuario requiere ampliación de servicios, en caso de necesitarlos según la condición clínica pasará por el equipo de auditoría concurrente para la verificación de topes y coberturas.
6. Si el usuario ha superado los topes y/o las coberturas de su plan se dará continuidad a la atención por parte de su Eps con el plan básico (PBS), previa notificación al usuario, la familia, y a la CAP.

Nota:

En los casos en los que el tratamiento del usuario tenga un monto alto y/o requiera una hospitalización prolongada, y ya se haya superado la cobertura del plan de medicina prepagada, la institución deberá iniciar el proceso de remisión con la aseguradora (PBS), se deberá diligenciar el formato de negación de servicios. Para el diligenciamiento de este formato el auditor del equipo de MP deberá acompañar a la institución para informar al usuario y/o el familiar responsable.

La institución validará si la hospitalización se da por alguna preexistencia declarada.

Ámbito Ambulatorio:

1. El usuario tiene un orden médica emitida desde consulta externa – hospitalización y/o una atención de urgencias para los siguientes servicios:
 - **Apoyo Diagnóstico y/o Terapéutico:**
 - a. El usuario podrá acceder a la autorización de los servicios a través de los diferentes canales digitales dispuestos por el equipo de Compensar Medicina Prepagada.

- b. Cuando los servicios de mediana y/o alta complejidad la lps asignada para la prestación del servicio deberá realizar una validación interna de coberturas.
- c. Al verificar que el usuario ha superado sus topes y las coberturas de su plan, o por el contrario presenta alguna preexistencia, carencia y/o exclusión se notificará al usuario y familia que la atención se prestará bajo el amparo de su plan de beneficios de salud en las instituciones autorizadas para hacerlo, la institución deberá diligenciar el formato de negación de servicios. Para el diligenciamiento de este formato el auditor del equipo de Compensar Medicina Prepagada deberá acompañar a la institución para informar al usuario y/o el familiar responsable.

- **Medicamentos – insumos y/o dispositivos médicos:**

- a. Para los medicamentos ambulatorios y en los casos en los que se ha superado el tope cobertura por reembolso, el equipo delegado por parte de la Eps realizará la validación correspondiente y emitirá las autorizaciones correspondientes al usuario, de igual forma notificará la red definida para la dispensación de los medicamentos.
- b. En los casos de medicamentos de IV nivel y/o alto riesgo, y se ha identificado que el usuario ha superado el tope, la cobertura o que este cuenta con alguna preexistencia, exclusión y/o no cumple con el período de carencia la Eps será la responsable de generarle las autorizaciones para la red PBS dispuesta para tal fin y le notificará a dónde puede dirigirse.

Observaciones para el Equipo de MP:

- Validar si en las autorizaciones en algún campo de observación se puede dejar relacionado que el usuario tiene una preexistencia que no será cubierta por el plan de MP.
- Validar si en las autorizaciones en algún campo de observación se puede dejar relacionado la cantidad de topes de algunos insumos, dispositivos médicos y/o aditamentos.
- Las Instituciones no aceptarán negaciones de servicios retroactivas, cada procedimiento ejecutado que no esté dentro de las coberturas del Plan deberán ser asumidas por Medicina Prepagada.
- En los casos en los que el usuario requiera traslado porque se ha iniciado proceso de remisión, la aseguradora deberá asumir todo el proceso de traslado según la condición clínica del paciente: (Transporte básico o medicalizado).
- Validar si en la plataforma de autorizaciones se puede dejar relacionado el saldo que le queda al usuario de su plan de MP, de esta manera cada institución sabrá hasta que momento hay cobertura.
- El auditor del equipo de MP es la persona responsable de generar las alertas por el consumo de cada usuario cuando se encuentre hospitalizado, se encargará de validar si se generan prórrogas de la autorización con una periodicidad semanal.

- Definir si vamos a dejar autorizaciones por X cantidad de días, para no dejar autorizaciones por estancia integral.

Complementariedad entre Medicina Prepagada y otras EPS

Ámbito hospitalario y ambulatorio:

En los casos en los que el tratamiento del usuario tenga un monto alto y/o requiera una hospitalización prolongada, y ya se haya superado la cobertura del plan de medicina prepagada, la institución tratante, deberá iniciar el proceso de remisión con la aseguradora (PBS), se deberá diligenciar el formato de negación de servicios. Para el diligenciamiento de este formato el auditor del equipo de Compensar Medicina Prepagada deberá acompañar a la institución para informar al usuario y/o el familiar responsable.

Anexos:

Formato de negación de servicios y/o medicamentos de la Supersalud.

QUÉ SE ESPERA DE LA APLICACIÓN DE ESTE DOCUMENTO	
---	--

Se espera que este documento sirva como una guía para que los procesos responsables de la operación, identifiquen, gestionen y controlen de manera efectiva la continuidad en la prestación de los servicios de salud para los afiliados de Medicina Prepagada. Su aplicación busca dar cumplimiento a la normatividad vigente.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Mayerlid Paola Gómez Lizbeth Gigliola López Erika Reinoso Rodríguez	Omar Uriel Bayona Gerente de Operaciones	Diego Rafael Pérez Gerente Planes Voluntarios 06/08/2025