

MINSALUD

TODOS POR UN  
NUEVO PAÍS

REC EQUIPO INTEGRAL

MIPRES NoPBS - FORMULARIO PARA CONTINGENCIA

REPORTE DE PRESCRIPCIÓN DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC

TRANSCRIPCIÓN

I. MOTIVO IMPOSIBILIDAD DE ACCESO Y REGISTRO EN MIPRES

1) Seleccionar la opción que corresponda, y describir la situación.

Dificultades técnicas

No hay conectividad

No hay servicio eléctrico

☐

☐

☐

Aclaración:

Firma profesional de salud:

II. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS

2) Fecha: Año: A A A A Mes: M M Día: D D Hora: H H : S S

3) Razón Social: 4) NIT:

5) Código Habilitación:

III. IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

6) Tipo Documento Identificación: CC CE 7) Número Documento Identificación:

8) Nombre Completo 9) Especialidad: 10) Registro Profesional:

IV. DATOS INICIALES

11) Tipo Documento Identificación: CC RC TI CE PA NV CD SC PR 12) Número Documento Identificación:

13) Nombre Completo

14) ÁMBITO DE ATENCIÓN

Ambulatorio No Priorizado Ambulatorio Priorizado Hospitalario Domiciliario Hospitalario Internación Urgencias

15) Paciente con enfermedad huérfana? Si No 16) Cual?

17) DIAGNÓSTICO QUE GENERA LA SOLICITUD

Diagnóstico Principal:

Diagnóstico Relacionado 1:

Diagnóstico Relacionado 2:

18) Requiere soporte nutricional? Si No

V. MEDICAMENTOS

19) Tipo de Medicamento: Medicamento Preparación Magistral Medicamento de Control Especial Vital no Disponible

20) Al diligenciar este formulario certifico que:

1. EL MEDICAMENTO A PRESCRIBIR NO ESTÁ CUBIERTO POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC.

2. EL MEDICAMENTO A PRESCRIBIR NO SE ENCUENTRA EN FASE EXPERIMENTAL.

3. UTILICÉ LOS MEDICAMENTOS EXISTENTES EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC.

Medicamento utilizado DCI

- Lo utilicé y no se obtuvieron resultados clínicos o paraclínicos satisfactorios en el término previsto de sus indicaciones

- Lo utilicé y se observaron reacciones adversas o intolerancia por el paciente

Descripción de la Razón

4. O DESCARTÉ LOS MEDICAMENTOS EXISTENTES EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC.

- Lo descarté porque no existe otra alternativa en el PBS

Medicamento descartado DCI

- Lo descarté porque se prevén reacciones adversas o intolerancia por el paciente

- Lo descarté porque existen indicaciones o contraindicaciones expresas

- Lo descarté porque tiene mejor evidencia científica disponible sobre seguridad, eficacia y efectividad clínica

Descripción de la Razón

5. LA INDICACIÓN O USO PREVISTO DEL MEDICAMENTO ESTA AUTORIZADO POR LA AUTORIDAD COMPETENTE. O EL MEDICAMENTO APARECE EN LA LISTA DE USO NO INDICADO EN EL REGISTRO SANITARIO - UNIRS.

6. EXISTE EVIDENCIA CIENTIFICA DISPONIBLE SOBRE SEGURIDAD, EFICACIA Y EFECTIVIDAD CLINICA.

Descripción de la evidencia

REQUIERE JUNTA DE PROFESIONALES

VI. PRESCRIPCIÓN DEL MEDICAMENTO

21) Tipo de Prestación: Única Sucesiva

22) Principio Activo en Denominación Común Internacional - DCI

23) Principio Activo Concentración Número Unidad de medida

24) Forma Farmacéutica

25) Justificación No PBS

26) Vía de Administración

27) Dosis

28) Frecuencia de Administración

29) Indicaciones Especiales

30) Duración Tratamiento

31) Cantidad Total

Indicaciones o Recomendaciones para el paciente:

Firma profesional de salud:

VII. PROCEDIMIENTOS

34) Al diligenciar este formulario certifico que:

1. EL PROCEDIMIENTO TIENE CUPS O ES COMBINACIÓN DE CUPS.

2. EL PROCEDIMIENTO NO SE ENCUENTRA EN FASE EXPERIMENTAL.

3. EL PROCEDIMIENTO NO SE ENCUENTRA CUBIERTO POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC.

4. UTILICÉ LO EXISTENTE EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC.

Procedimiento utilizado. CUPS

5. O DESCARTÉ LO EXISTENTE EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC.

- Lo descarté porque no existe alternativa en el PBS.

Procedimiento descartado. CUPS

- Lo descarté porque tiene mejor evidencia científica disponible sobre seguridad, eficacia y efectividad clínica.

6. EXISTE EVIDENCIA CIENTIFICA DISPONIBLE SOBRE SEGURIDAD, EFICACIA Y EFECTIVIDAD CLÍNICA.

Descripción de la evidencia:

7. EL PROCEDIMIENTO PRESCRITO SE REALIZARÁ EN COLOMBIA.

CUPS 1 CUPS 2 CUPS 3 CUPS 4

Descripción de la Razón

Descripción de la Razón

RECUERDE QUE TODOS LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS NECESARIOS E INSUSTITUIBLES ESTÁN INCLUIDOS EN EL PROCEDIMIENTO

<div><div><div><div></div><div>MINSALUD</div></div><div><div>TODOS POR UN NUEVO PAÍS</div><div>REC EQUIPO INTEGRADO</div></div></div></div>		<div>MIPRES NoPBS - FORMULARIO PARA CONTINGENCIA</div> <div>REPORTE DE PRESCRIPCIÓN DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC</div> <div>TRANSCRIPCIÓN</div>	
VIII. PRESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO			
35) Tipo de Prestación:Única <input type="checkbox"/> Sucesiva <input type="checkbox"/>			
36) Procedimiento No Cubierto - CUPS <div></div>			
37) Descripción <div></div>		39)Cantidad Formulada <div></div>	40) Frecuencia de uso <div></div>
38) Justificación No PBS <div></div>		41) Duración Tratamiento <div>CantidadPeriodo</div>	
42) Indicaciones o Recomendaciones para el Paciente <div></div>			
		43) Firma profesional de salud	
IX. DISPOSITIVOS MEDICOS			
44) Al diligenciar este formulario certifico que: 1. AGOTÉ LA COBERTURA DEL PBS UPC.			
X. PRESCRIPCIÓN DEL DISPOSITIVO MÉDICO			
45) Tipo de Prestación:Única <input type="checkbox"/> Sucesiva <input type="checkbox"/>			
46) Dispositivo Médico: <div></div>		48) Cantidad Formulada <div></div>	49) Frecuencia de uso <div></div>
47) Justificación <div></div>		50) Duración Tratamiento <div>CantidadPeriodo</div>	
51) Firma profesional de salud:			
XI. PRODUCTOS NUTRICIONALES			
52) Al diligenciar este formulario certifico que: 1. EL PRODUCTO NUTRICIONAL NO SE ENCUENTRA EN FASE EXPERIMENTAL. 2. EL PRODUCTO NUTRICIONAL ESTA REGISTRADO POR LA AUTORIDAD COMPETENTE. 3. EL PRODUCTO NUTRICIONAL NO ESTÁ CUBIERTO POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC. 4. YA UTILICÉ EL PRODUCTO NUTRICIONAL EXISTENTE EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC. Producto nutricional utilizado: - Lo utilicé y no se obtuvieron resultados clínicos o paraclínicos satisfactorios en el término previsto de sus indicaciones. - Lo utilicé y se observaron reacciones adversas o intolerancia por el paciente. 5. O YA DESCARTÉ EL PRODUCTO NUTRICIONAL EXISTENTE EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC. - Lo descarté porque no existe otra alternativa en el PBS. Producto nutricional descartado: - Lo descarté porque se prevén reacciones adversas o intolerancia por el paciente. - Lo descarté porque existen indicaciones o contraindicaciones expresas. - Lo descarté porque tiene mejor evidencia científica disponible sobre seguridad, eficacia y efectividad clínica. PRESCRIBA PRODUCTO NUTRICIONAL RECUERDE SI ESTÁ EN AMBITO AMBULATORIO SU PRESCRIPCIÓN SERÁ EVALUADA POR UNA JUNTA DE PROFESIONALES			
XII. PRESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO NUTRICIONAL			
53) Número de Prescripción Asociada <div></div>		54) Tipo de Prestación:Única <input type="checkbox"/> Sucesiva <input type="checkbox"/>	
55) Tipo de Producto Nutricional <div></div>		56) Producto Nutricional <div></div>	
57) Forma <div></div>		58) Vía de Administración <div></div>	
59) Dosis <div>NúmeroUnidad de Medida</div>		60) Frecuencia de Administración <div>CadaUnidad de Tiempo</div>	61)Duración Tratamiento <div>DurantePeriodo</div>
		62) Cantidad Total <div>NúmeroUnidad Farmaceutica</div>	
63) Indicaciones o Recomendaciones para el paciente: <div></div>			
		64) Firma profesional de salud:	
XIII. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS			
RECUERDE QUE TODOS LOS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS SERÁN EVALUADOS POR UNA JUNTA DE PROFESIONALES			
65) Al diligenciar este formulario certifico que: 1. EL USO DEL SERVICIO NO ES COSMÉTICO NI Suntuuario. 2. EL SERVICIO SÍ SE PRESTARÁ EN COLOMBIA. 3. EL SERVICIO SÍ ESTÁ REGISTRADO POR LA AUTORIDAD COMPETENTE. 4. EL SERVICIO CORRESPONDE A LA CONDICIÓN CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE. Justificación: 5. SÍ EXISTE EVIDENCIA DISPONIBLE SOBRE SEGURIDAD, EFICACIA Y EFECTIVIDAD. PRESCRIBA EL SERVICIO COMPLEMENTARIO			
XIV. PRESCRIPCIÓN SERVICIO COMPLEMENTARIO			
66) Tipo de Prestación:Única <input type="checkbox"/> Sucesiva <input type="checkbox"/>			
67) Tipo de Servicio Complementario <div></div>		68) Descripción Servicio Complementario <div></div>	
69) Cantidad Formulada <div></div>	70) Frecuencia de uso <div></div>	71) Duración Tratamiento <div>CantidadPeriodo</div>	72) Indicaciones o Recomendaciones para el paciente <div></div>
73) Firma profesional de salud:			
XV. Espacio a ser diligenciado por el Profesional de Salud con Rol Transcriptor de la EPS:			
74) Fecha Transcripción: Año: 2024 Mes: 04 Día: 04 Hora: 14:00			
75) Número de prescripción que genera MIPRES No PBS <div></div>		76) Firma profesional de salud Transcriptor	

<div><div><div><div><div></div><div>MINSALUD</div></div></div><div><div><div><div></div><div>TODOS POR UN NUEVO PAÍS</div><div>REC. EQUIPO INTEGRAL</div></div></div></div></div></div>	<div><div><div><div><div></div><div>MIPRES NoPBS - FORMULARIO PARA CONTINGENCIA</div><div>REPORTE DE PRESCRIPCIÓN DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC</div><div>TRANSCRIPCIÓN</div></div></div></div></div>
INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO	
I. MOTIVO IMPOSIBILIDAD DE ACCESO Y REGISTRO	
1) Seleccionar de las opciones cual es el motivo por el cual no puede realizar la prescripción en al aplicativo MIPRES.	
II. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS	
2) Indicar la fecha completa de diligenciamiento del formulario, incluir la hora.	
3) Indicar la Razón social de la IPS donde se presta el servicio.	
4) Indicar el Número de identificación tributaria de la IPS donde se presta el servicio.	
5) Indicar el Código de habilitación de la IPS donde se presta el servicio.	
III. IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL DE SALUD	
6) Seleccionar el tipo documento de identificación del profesional de salud tratante: CC: Cédula de Ciudadanía, CE: Cédula de Extranjería	
7) Indicar el Número del documento de identificación del Profesional de salud tratante.	
8) Indicar el nombre completo del profesional de salud tratante.	
9) Indicar la Especialidad médica del profesional de salud tratante.	
10) Indicar el Número del registro profesional del profesional de salud tratante.	
IV. DATOS INICIALES	
11) Seleccionar el tipo de documento de identificación del paciente: CC: Cédula de Ciudadanía, RC: Registro Civil, TI: Tarjeta de Identidad, CE: Cédula de Extranjería, PA: Pasaporte, NV: Nacido Vivo, CD: Carné Diplomático, SC: Salvoconducto de permanencia, PR: Pasaporte de la ONU.	
12) Indicar el Número del documento de identificación del paciente.	
13) Indicar el Nombre Completo del paciente.	
14) Seleccionar el ámbito de atención en el cual se presta el servicio.	
15) Seleccionar si el paciente tiene una enfermedad huérfana.	
16) Indicar el nombre de la enfermedad huérfana, si aplica.	
17) Indicar el Diagnóstico que genera la solicitud, escriba el CIE-10 o el nombre completo de la enfermedad, para los diagnósticos según corresponda.	
18) Seleccionar si el paciente requiere ser valorado por nutrición.	
V. MEDICAMENTOS	
19) Seleccionar el tipo de medicamento No cubierto por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC a prescribir.	
20) Justificar o describir según corresponda, las afirmaciones o negaciones que certifican las causas que motivan esta solicitud.	
VI. PRESCRIPCIÓN DEL MEDICAMENTO	
21) Seleccionar el tipo de prestación, si es única o sucesiva.	
22) Indicar el Principio activo en denominación común internacional - DCI del medicamento No cubierto por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC a prescribir.	
23) Indicar la Concentración del principio activo a prescribir, en número y unidad de medida.	
24) Indicar la Forma farmacéutica del medicamento No cubierto por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC a prescribir.	
25) Indicar la Información adicional que pueda requerir para la prescripción del medicamento No cubierto por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. (opcional)	
26) Indicar la Vía de administración del medicamento No cubierto por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC a prescribir.	
27) Indicar el Número y la unidad de medida para la dosis del medicamento No cubierto por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.	
28) Indicar el Número y la unidad de tiempo para la frecuencia de administración del medicamento No cubierto por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. Unidad de Tiempo: Minuto(s), Hora(s), Día(s), Semana(s), Mes(es), Año, Según Respuesta.	
29) Indicar el nombre de la opción que requiera. 1. Administración en dosis única - 2. Administración inmediata - 3. Administrar en Bolo - 4. Administrar en Goteo - 5. Infusión continua - 6. Infusión intermitente 7. Infusión intermitente simultánea con perfusión de otra solución - 8. Microgoteo - 9. Perfusión - 10. Sin indicación especial.	
30) Indicar el Número y periodo para la duración del tratamiento con el medicamento No cubierto por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. Periodo: Minuto(s), Hora(s), Día(s), Semana(s), Mes(es), Año	
31) Indicar el Número y la unidad farmacéutica para la cantidad total del medicamento No cubierto por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC a prescribir.	
32) Describir las Indicaciones o recomendaciones para el paciente sobre el medicamento No cubierto por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC a prescribir.	
33) Firmar el profesional de salud que realiza la atención al paciente.	
VII. PROCEDIMIENTOS	
34) Justificar o describir según corresponda, las afirmaciones o negaciones que certifican las causas que motivan esta solicitud.	
VIII. PRESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	
35) Seleccionar el tipo de prestación, si es única o sucesiva.	
36) Indicar el Código CUPS del procedimiento No cubierto por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC a prescribir.	
37) Indicar el nombre del procedimiento No cubierto por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC a prescribir.	
38) Indicar la información adicional para la prescripción del procedimiento No cubierto por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.	
39) Indicar la cantidad a ser formulada para este procedimiento No cubierto por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.	
40) Indicar la frecuencia de uso: <i>si selecciona única, no debe diligenciar la duración del tratamiento.</i> Minuto(s) - Hora(s) - Día(s) - Semana(s) - Mes(es) - Año - Única	
41) Indicar la cantidad y el periodo para la duración del tratamiento. Periodo: Minuto(s), Hora(s), Día(s), Semana(s), Mes(es), Año	
42) Describir las indicaciones o recomendaciones para el paciente sobre el procedimiento No cubierto por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC a prescribir.	
43) Firmar el profesional de salud que realiza la atención al paciente.	
IX. DISPOSITIVOS MÉDICOS	
44) Justificar o describir según corresponda, las afirmaciones o negaciones que certifican las causas que motivan esta solicitud.	
X. PRESCRIPCIÓN DEL DISPOSITIVO MÉDICO	
45) Seleccionar el tipo de prestación, si es única o sucesiva.	
46) Indicar el nombre del dispositivo médico No cubierto por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC a prescribir.	
47) Describir la justificación del dispositivo médico No cubierto por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.	
48) Indicar la cantidad a ser formulada para este dispositivo médico No cubierto por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.	
49) Indicar la frecuencia de uso: <i>si selecciona única, no debe diligenciar la duración del tratamiento.</i> Minuto(s) - Hora(s) - Día(s) - Semana(s) - Mes(es) - Año - Única	
50) Indicar la cantidad y el periodo para la duración del tratamiento. Periodo: Minuto(s), Hora(s), Día(s), Semana(s), Mes(es), Año	
51) Firmar el profesional de salud que realiza la atención al paciente.	
XI. PRODUCTOS NUTRICIONALES	
52) Justificar o describir según corresponda, las afirmaciones o negaciones que certifican las causas que motivan esta solicitud.	
XII. PRESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO NUTRICIONAL	
53) Indicar el número de la prescripción asociada, si aplica.	
54) Seleccionar el tipo de prestación, si es única o sucesiva.	
55) Indicar el código del tipo de producto nutricional de acuerdo con la clasificación en la tabla de productos nutricionales/tablas de referencia del aplicativo MIPRES.	
56) Indicar la descripción del producto nutricional, de acuerdo con la clasificación en la tabla de productos nutricionales/tablas de referencia del aplicativo MIPRES.	
57) Indicar la Forma del producto nutricional, de acuerdo con la clasificación en la tabla de productos nutricionales/tablas de referencia del aplicativo MIPRES.	
58) Indicar la Vía de administración del producto nutricional No cubierto por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC a prescribir.	
59) Indicar el Número y la unidad de medida para la dosis del producto nutricional No cubierto por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.	
60) Indicar el Número y la unidad de tiempo para la frecuencia de administración del producto nutricional No cubierto por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. Unidad de Tiempo: Minuto(s), Hora(s), Día(s), Semana(s), Mes(es), Año.	
61) Indicar el Número y periodo para la duración del tratamiento con el producto nutricional No cubierto por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. Periodo: Minuto(s), Hora(s), Día(s), Semana(s), Mes(es), Año	
62) Indicar el Número y la unidad farmacéutica para la cantidad total del producto nutricional No cubierto por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC a prescribir.	
63) Describir las Indicaciones o recomendaciones para el paciente sobre el producto nutricional No cubierto por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC a prescribir.	
64) Firmar el profesional de salud que realiza la atención al paciente.	
XIII. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	
65) Justificar o describir según corresponda, las afirmaciones o negaciones que certifican las causas que motivan esta solicitud.	
XIV. PRESCRIPCIÓN SERVICIO COMPLEMENTARIO	
66) Seleccionar el tipo de prestación, si es única o sucesiva.	
67) Indicar el tipo de servicio complementario según la clasificación de la tabla de servicios complementarios publicada en las tablas de referencia del aplicativo MIPRES.	
68) Indicar la descripción del servicio complementario No cubierto por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC a prescribir.	
69) Indicar la cantidad a ser formulada para este servicio complementario No cubierto por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.	
70) Indicar la frecuencia de uso: <i>si selecciona única, no debe diligenciar la duración del tratamiento.</i> Minuto(s) - Hora(s) - Día(s) - Semana(s) - Mes(es) - Año - Única	
71) Indicar la cantidad y el periodo para la duración del tratamiento. Periodo: Minuto(s), Hora(s), Día(s), Semana(s), Mes(es), Año	
72) Describir las indicaciones o recomendaciones para el paciente sobre el servicio complementario No cubierto por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC a prescribir.	
73) Firmar el profesional de salud que realiza la atención al paciente.	
XV. Espacio a ser diligenciado por el Profesional de Salud con Rol Transcriptor de la EPS:	
74) Indicar la fecha completa en la cual se realiza la transcripción en el aplicativo MIPRES, del formulario, incluir la hora.	
75) Indicar el número de la prescripción que genera el aplicativo MIPRES una vez finalizada la transcripción.	
76) Firmar el profesional de salud que realiza la transcripción del formulario en el aplicativo MIPRES.	