

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

VIII. PRESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

35) Tipo de Prestación: Única Sucesiva

36) Procedimiento No Cubierto - CUPS

37) Descripción

38) Justificación No PBS

39) Cantidad Formulada	40) Frecuencia de uso	41) Duración Tratamiento	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Cantidad	Periodo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

42) Indicaciones o Recomendaciones para el Paciente

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 Sucesiva

46) Dispositivo Médico:

47) Justificación

48) Cantidad Formulada	49) Frecuencia de uso	50) Duración Tratamiento	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Cantidad	Periodo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

51) Firma profesional de salud:

XI. PRODUCTOS NUTRICIONALES

52) Al diligenciar este formulario certifico que:

- EL PRODUCTO NUTRICIONAL NO SE ENCUENTRA EN FASE EXPERIMENTAL.
- EL PRODUCTO NUTRICIONAL ESTA REGISTRADO POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.
- EL PRODUCTO NUTRICIONAL NO ESTÁ CUBIERTO POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC.
- 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

54) Tipo de Prestación: Única Sucesiva

55) Tipo de Producto Nutricional

56) Producto Nutricional

57) Forma

58) Vía de Administración

59) Dosis		60) Frecuencia de Administración		61) Duración Tratamiento		62) Cantidad Total	
Número	Unidad de Medida	Cada	Unidad de Tiempo	Durante	Periodo	Número	Unidad Farmaceutica
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

63) Indicaciones o Recomendaciones para el paciente:

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:

- EL USO DEL SERVICIO NO ES COSMÉTICO NI Suntuario.
- EL SERVICIO SÍ SE PRESTARÁ EN COLOMBIA.
- EL SERVICIO SÍ ESTÁ REGISTRADO POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.
- 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 Sucesiva

67) Tipo de Servicio Complementario

68) Descripción Servicio Complementario

69) Cantidad Formulada	70) Frecuencia de uso	71) Duración Tratamiento		72) Indicaciones o Recomendaciones para el paciente
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Cantidad	Periodo	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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: Mes: Día: Hora: :

75) Número de prescripción que genera MIPRES No PBS

76) Firma profesional de salud Transcriptor

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 el 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 período para la duración del tratamiento con el medicamento No cubierto por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.
Período: 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: *si selecciona única, no debe diligenciar la duración del tratamiento.*
Minuto(s) - Hora(s) - Día(s) - Semana(s) - Mes(es) - Año - Única
- 41) Indicar la cantidad y el periodo para la duración del tratamiento.
Período: 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: *si selecciona única, no debe diligenciar la duración del tratamiento.*
Minuto(s) - Hora(s) - Día(s) - Semana(s) - Mes(es) - Año - Única
- 50) Indicar la cantidad y el periodo para la duración del tratamiento.
Período: 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.
Período: 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: *si selecciona única, no debe diligenciar la duración del tratamiento.*
Minuto(s) - Hora(s) - Día(s) - Semana(s) - Mes(es) - Año - Única
- 71) Indicar la cantidad y el periodo para la duración del tratamiento.
Período: 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.