MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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 servicio eléctrico ☐
No hay conectividad ☐ Inconsistencia afiliación o identificación ☐

Aclaración:

Firma profesional de salud:

II. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS

2) **Fecha:** Año: A A A A Mes: M M Dia: 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** PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

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** PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

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** ☐ **Vital no Disponible** ☐ **Preparación Magistral** ☐

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 _____ **Descripción de la Razón**

- 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 ☐

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

Descripción de la Razón

- 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 ☐

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. ☐ *REQUIERE EVALUACION POR LA JUNTA DE PROFESIONALES DE LA SALUD*

6. EXISTE EVIDENCIA CIENTIFICA DISPONIBLE SOBRE SEGURIDAD, EFICACIA Y EFECTIVIDAD CLINICA.
Descripción de la evidencia _____

VI. PRESCRIPCION 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**	
Número	**Unidad de Medida**	**Cada**	**Unidad de Tiempo**		**Durante**	**Periodo**	**Número**	**Unidad Farmaceutica**

32) **Indicaciones o Recomendaciones para el paciente:**

*33) **Firma profesional de salud:***

XV. Espacio a ser diligenciado por el Profesional de Salud con Rol Transcriptor de la EPS:

77) **Fecha Transcripción:** Año: A A A A Mes: M M Dia: D D Hora: H H : S S

*78) **Número de prescripción que genera MIPRES No PBS***

*79) **Firma profesional de salud Transcriptor***

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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 servicio eléctrico ☐
No hay conectividad ☐ Inconsistencia afiliación o identificación ☐

Aclaración:

Firma profesional de salud:

II. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS

2) **Fecha:** Año: A A A A Mes: M M Dia: 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** PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

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** PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

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 ☐

VII. PROCEDIMIENTOS

34) **Al diligenciar este formulario certifico que:**

CUPS 1 _____ CUPS 3 _____
CUPS 2 _____ CUPS 4 _____

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 SALUID CON CARGO A LA UPC.

Descripción de la Razón

- Lo descarté porque no existe alternativa en el PBS. ☐

Procedimiento descartado. CUPS _____

Descripción de la Razón

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

6. EXISTE EVIDENCIA CIENTIFICA DISPONIBLE SOBRE SEGURIDAD, EFICACIA Y EFECTIVIDAD CLINICA.
Descripción de la evidencia: _____
7. EL PROCEDIMIENTO PRESCRITO SE REALIZARÁ EN COLOMBIA.

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

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** **Cantidad** _____ **Periodo** _____

42) **Indicaciones o Recomendaciones para el Paciente** _____

*43) **Firma profesional de salud***

XV. Espacio a ser diligenciado por el Profesional de Salud con Rol Transcriptor de la EPS:

77) **Fecha Transcripción:** Año: A A A A Mes: M M Dia: D D Hora: H H : S S

*78) **Número de prescripción que genera MIPRES No PBS*** _____

*79) **Firma profesional de salud Transcriptor***

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 servicio eléctrico ☐
No hay conectividad ☐ Inconsistencia afiliación o identificación ☐

Aclaración:

Firma profesional de salud:

II. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS

2) **Fecha:** Año: A A A A Mes: M M Dia: 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** PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

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** PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

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 ☐

IX. DISPOSITIVOS MÉDICOS

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 No PBS:**

48) **Cantidad Formulada**

49) **Frecuencia de uso**

50) **Duración Tratamiento** — **Cantidad** | **Periodo**

51) **Indicaciones o Recomendaciones para el Paciente**

*52) **Firma profesional de salud:***

XV. Espacio a ser diligenciado por el Profesional de Salud con Rol Transcriptor de la EPS:

77) **Fecha Transcripción:** Año: A A A A Mes: M M Dia: D D Hora: H H : S S

*78) **Número de prescripción que genera MIPRES No PBS***

*79) **Firma profesional de salud Transcriptor***

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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 servicio eléctrico ☐
No hay conectividad ☐ Inconsistencia afiliación o identificación ☐

Aclaración:

Firma profesional de salud:

II. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS

2) **Fecha:** Año: A A A A Mes: M M Dia: 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** PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

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** PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

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 ☐

XI. PRODUCTOS NUTRICIONALES

53) **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: _____ **Descripción de la Razón**

- 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.**

Descripción de la Razón

- Lo descarté porque no existe otra alternativa en el PBS. ☐

PRESCRIBA PRODUCTO NUTRICIONAL

Producto nutricional descartado: _____ **Descripción de la Razón**

- 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 LA JUNTA DE PROFESIONALES DE LA SALUD

XII. PRESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO NUTRICIONAL

54) **Número de Prescripción Asociada** _____

55) **Tipo de Prestación:** **Única** ☐ **Sucesiva** ☐

56) **Tipo de Producto Nutricional** _____ 57) **Producto Nutricional** _____

58) **Forma** _____ 59) **Vía de Administración** _____

60) **Justificación No PBS:** _____

61) **Dosis**		62) **Frecuencia de Administración**		63) **Duración Tratamiento**		64) **Cantidad Total**	
Número	**Unidad de Medida**	**Cada**	**Unidad de Tiempo**	**Durante**	**Periodo**	**Número**	**Unidad Farmaceutica**

65) **Indicaciones o Recomendaciones para el paciente:** _____

*66) **Firma profesional de salud:***

XV. Espacio a ser diligenciado por el Profesional de Salud con Rol Transcriptor de la EPS:

77) **Fecha Transcripción:** Año: A A A A Mes: M M Dia: D D Hora: H H : S S

*78) **Número de prescripción que genera MIPRES No PBS*** _____

*79) **Firma profesional de salud Transcriptor***

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 servicio eléctrico ☐
No hay conectividad ☐ Inconsistencia afiliación o identificación ☐

Aclaración:

Firma profesional de salud:

II. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS

2) **Fecha:** Año: A A A A Mes: M M Dia: 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** PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

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** PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

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 ☐

XIII. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

RECUERDE QUE TODOS LOS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS SERÁN EVALUADOS POR LA JUNTA DE PROFESIONALES DE LA SALUD

67) **Al diligenciar este formulario certifico que:**

1. **EL USO DEL SERVICIO NO ES COSMÉTICO NI SUNTUARIO.**
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

68) **Tipo de Prestación:** **Única** ☐ **Sucesiva** ☐

69) **Tipo de Servicio Complementario** _____ 70) **Descripción Servicio Complementario** _____

71) **Justificación No PBS:**

72) **Cantidad Formulada** _____ 73) **Frecuencia de uso** _____ 74) **Duración Tratamiento** **Cantidad** **Periodo**

75) **Indicaciones o Recomendaciones para el paciente**

*76) **Firma profesional de salud:***

XV. Espacio a ser diligenciado por el Profesional de Salud con Rol Transcriptor de la EPS:

77) **Fecha Transcripción:** Año: A A A A Mes: M M Dia: D D Hora: H H : S S

*78) **Número de prescripción que genera MIPRES No PBS***

*79) **Firma profesional de salud Transcriptor***