



RESOLUCION JEFATURAL

Lima, 23 AGO. 2016



VISTOS: El Informe Conjunto N° 004-2016-SIS-GREP/AFT-RAC con Proveído N° 110-2016-SIS-GREP, el Informe N° 006-2016-SIS-GREP/RAC con Proveído N° 217-2016-SIS/GREP, el Informe N° 008-2016-SIS-GREP/RAC con Proveído N° 297-2016-SIS/GREP de la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones, el Informe N° 011-2016-SIS-OGPPDO-UOC-BACN con Proveído N° 031-2016-SIS/OGPPDO, el Informe N° 053-2016/SIS-OGPPDO-UOC-BACN con Proveído N° 072-2016-SIS/OGPPDO, el Informe N° 067-2016/SIS-OGPPDO-UOC-BACN con Proveído N° 088-2016-SIS/OGPPDO de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Desarrollo Organizacional y el Informe N° 039-2016-SIS/OGAJ-EBH con Proveído N° 451-2016-SIS/OGAJ, el Informe N° 052-2016-SIS/OGAJ-EBH con Proveído N° 642-2016-SIS/OGAJ, el Informe N° 046-2016-SIS/OGAJ-JRRR con Proveído N° 750-2016-SIS/OGAJ de la Oficina General de Asesoría Jurídica; y,



CONSIDERANDO:

Que, el Seguro Integral de Salud es un Organismo Público Ejecutor adscrito al Ministerio de Salud, constituido en Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), en virtud a lo dispuesto en el artículo 7 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 020-2014-SA, con las funciones de recibir, captar y/o gestionar fondos para la cobertura de las atenciones de salud o que oferten cobertura de riesgos de salud, bajo cualquier modalidad;



Que, la Disposición Complementaria Final Única del Reglamento del Decreto Legislativo N° 1163, que aprobó Disposiciones para el Fortalecimiento del Seguro Integral de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 030-2014-SA, facultó al SIS a aprobar disposiciones administrativas relacionadas a los procesos de afiliación, financiamiento, gestión de riesgos, control prestacional, control financiero, facturación, tarifas, mecanismos, modalidades de pago y desarrollo de planes complementarios, en el marco de la normatividad vigente;



Que, el numeral 11.5 del artículo 11 del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 011-2011-SA y su modificatoria aprobada por Decreto Supremo N° 002-2016-SA, faculta al Jefe del SIS para aprobar normas, directivas, procedimientos y actividades que posibiliten el cumplimiento de los objetivos institucionales;



Que, los artículos 31 y 32, numeral 32.7 del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud antes mencionado, establecen que la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones es el órgano de línea responsable de planear, organizar, dirigir, controlar los procesos de estudios de riesgos de salud de la población, así como la calidad, oportunidad y accesibilidad de las prestaciones de salud ofrecidas por el SIS, de acuerdo a los convenios aprobados con las IPRESS, así como proponer la normatividad necesaria, en el ámbito de su competencia;

Que, mediante Resolución Jefatural N° 090-2010/SIS, de fecha 20 de julio de 2010, se aprobó la Directiva N° 02-2010-SIS/GO "Directiva que establece el Proceso de Reconsideración de Prestaciones del Seguro Integral de Salud" y sus Anexos la misma que debe ser renovada en el marco de la implementación y actualización del Módulo de Reconsideraciones del SIS, con la finalidad de optimizar los tiempos de ejecución del mencionado Módulo;

Que, de acuerdo al Informe Conjunto N° 004-2016-SIS-GREP/AFT-RAC, el Informe N° 006-2016-SIS-GREP/RAC y el Informe N° 008-2016-SIS-GREP/RAC de Vistos, la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones, sustenta la necesidad de contar con un nuevo instrumento normativo que regule los procedimientos y requisitos para la evaluación de las prestaciones observadas durante el Proceso de Evaluación Automática (PEA) que puedan ser reevaluadas para efectos de reembolso de corresponder, según el mecanismo de pago predefinido por el Seguro Integral de Salud;



Que, mediante el Informe N° 011-2016-SIS-OGPPDO-UOC-BACN, el Informe N° 053-2016/SIS-OGPPDO-UOC-BACN y el Informe N° 067-2016/SIS-OGPPDO-UOC-BACN de Vistos, la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Desarrollo Organizacional emite opinión técnica favorable respecto al proyecto de Directiva Administrativa propuesto por la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones;



Con el visto bueno del Jefe Adjunto, del Secretario General, del Gerente de la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones, del Director General de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Desarrollo Organizacional y de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica; y,



De conformidad con lo establecido en el numeral 11.8 del artículo 11 del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 011-2011-SA y su modificatoria aprobada por Decreto Supremo N° 002-2016-SA;

SE RESUELVE:



Artículo 1.- Aprobar la Directiva Administrativa N° 005-2016-SIS/GREP-V.02, "Directiva Administrativa que establece el Proceso de Reconsideración de las Prestaciones del Seguro Integral de Salud" y sus tres (03) Anexos que forman parte integrante de la presente Resolución Jefatural.

Artículo 2.- Dejar sin efecto la Resolución Jefatural N° 090-2010/SIS que aprobó la Directiva N° 02-2010-SIS/GO, "Directiva que establece el Proceso de Reconsideración de Prestaciones del Seguro Integral de Salud", sus Anexos y sus modificatorias.



Artículo 3.- Encargar a Secretaría General la publicación de la presente Resolución Jefatural en el Diario Oficial "El Peruano" y la coordinación con la Oficina General de Tecnología de la Información para su publicación en el Portal Institucional del Seguro Integral de Salud.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese.


JULIO SEGUNDO ACOSTA POLO
Jefe del Seguro Integral de Salud



PERÚ

Ministerio
de Salud

Seguro Integral de Salud

MINISTERIO DE SALUD

SEGURO INTEGRAL DE SALUD

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 005-2016-SIS/GREP-V.02

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE
RECONSIDERACIÓN DE LAS PRESTACIONES DEL SEGURO INTEGRAL DE
SALUD

AGOSTO 2016

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE RECONSIDERACIÓN DE LAS PRESTACIONES DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

1. FINALIDAD

Permitir que las prestaciones brindadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) que sean observadas durante el Proceso de Evaluación Automática (PEA), puedan ser reevaluadas para efectos de reembolso de corresponder, según el mecanismo de pago predefinido por el Seguro Integral de Salud.

2. OBJETIVO

Establecer los procedimientos y requisitos para la reevaluación de las prestaciones observadas durante el Proceso de Evaluación Automática del Seguro Integral de Salud.

3. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Directiva es de aplicación obligatoria en:

- 3.1. Órganos y unidades funcionales del Seguro Integral de Salud - SIS.
- 3.2. Las Direcciones de Salud - DISAs o las que hagan sus veces; Direcciones Regionales de Salud - DIRESAs; Gerencias Regionales de Salud - GERESAs e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS públicas, privadas y mixtas, en el marco de los Convenios o Contratos, según corresponda.

4. BASE LEGAL

La presente Directiva Administrativa se fundamenta dentro del marco legal siguiente:

- 4.1. Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 020-2014-SA.
- 4.2. Decreto Legislativo N° 1163, Decreto Legislativo que aprobó disposiciones para el Fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.
- 4.3. Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprobó el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.4. Decreto Supremo N° 030-2014, que aprobó el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1163, que aprueba disposiciones para el Fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.
- 4.5. Decreto Supremo N° 010-2016-SA, que aprobó disposiciones para las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Públicas.
- 4.6. Decreto Supremo N° 011-2011-SA, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud y su modificatoria aprobada por Decreto Supremo N° 002-2016-SA.
- 4.7. Resolución Jefatural N° 026-2015-SIS, que aprobó la Directiva Administrativa N° 001-2015-SIS/OGPPDO-V.01, "Directiva Administrativa sobre Normas para la Elaboración o Actualización, Aprobación, Difusión, Implementación y Evaluación de las Directivas Administrativas del Seguro Integral de Salud".
- 4.8. Todas aquellas normas vigentes y aplicables que el Ministerio de Salud y el Seguro Integral de Salud hayan emitido y emitan en el marco de sus competencias.



5. DISPOSICIONES GENERALES

5.1. Definiciones Operativas:

5.1.1 Cierre de Supervisión Médica Electrónica (Cierre de SME)

Es la actividad informática que cierra la etapa de Supervisión Médica Electrónica del Proceso de Evaluación Automática (PEA) en la fecha y hora límite predeterminadas para cada periodo de producción.

5.1.2 Proceso de Reconsideración

Es el conjunto de actividades que se inician cuando el prestador solicita la reevaluación de las prestaciones observadas por el PEA y otras prestaciones que la GREP considere pertinente, para efectos de financiamiento según el mecanismo de pago predefinido por el Seguro Integral de Salud.

5.1.3 Prestaciones Rechazadas

Son aquellas prestaciones solicitadas para reevaluación en las que como resultado del Proceso de Reconsideración se determina que incumplen parcial o totalmente los estándares establecidos en las normas técnicas, protocolos de atención, guías de práctica clínica, u otro documento normativo vigente y que no han sido debidamente sustentadas por el prestador, no siendo consideradas para el financiamiento según el mecanismo de pago predefinido.

5.1.4 Prestaciones Reconsideradas

Son las prestaciones observadas que como resultado del Proceso de Reconsideración, son consideradas válidas para el financiamiento de acuerdo al mecanismo de pago predefinido.

5.1.5 Inicio del Proceso de Reconsideración

Se inicia con el acceso del prestador (IPRESS) al aplicativo informático de reconsideraciones para el registro de sus solicitudes de reconsideración adjuntando el expediente de reconsideración.

5.1.6 Cierre del Registro de Solicitudes de Reconsideración

Establece la culminación del plazo para el registro de solicitudes de reconsideración por cada periodo de producción, está a cargo de la OGTI, que lo ejecuta previa comunicación recibida de la GREP mediante correo electrónico. Se produce al término del período de producción siguiente al mes en que se realizó el Proceso de Evaluación Automática.

5.1.7 Cierre del Proceso de Reconsideración

Es realizado de manera automática por la OGTI y se produce al término del plazo establecido para la evaluación de las solicitudes y sustentos para la reconsideración. Es comunicado por la GREP a la OGTI mediante correo electrónico.

6. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1. De la Retroalimentación de Prestaciones Observadas

Al culminar el Proceso de Evaluación Automática, la GMR y/o UDR entregará a la DISA/DIRESA/GERESA o Unidad Ejecutora en físico y medio magnético (CD, USB, correo electrónico u otro) el consolidado de prestaciones observadas durante este proceso.

6.2. De la presentación de las solicitudes de Reconsideración:

6.2.1. Las solicitudes de Reconsideración se presentarán en los siguientes casos:

a) FUA observado durante el PEA (PSA, SME).

No se presentará un nuevo FUA, ya que se podrá reconsiderar el FUA existente en el aplicativo.



- b) Otros criterios que la GREP estime pertinente, aún de períodos de producción cerrados.

6.2.2. Motivos por los que se puede presentar un expediente para la reconsideración de una prestación:

- a. **Datos digitados en el aplicativo informático SIS diferentes a los registrados en el FUA en físico**, con la atención adecuadamente registrada y sustentada en la Historia Clínica, correspondiente a una prestación con manejo adecuado y según lo estipulado en las Guías de Práctica Clínica, la mejor evidencia científica disponible y/o normatividad vigente.
- b. **Registros errados en el FUA en físico que condicionaron un inadecuado registro de la prestación en el aplicativo informático SIS**, pero con procedimientos, actividades, medicamentos, cantidades y otros ítems debidamente brindados y respaldados en la Historia Clínica, correspondiente a una prestación con manejo adecuado y según lo estipulado en las Guías de Práctica Clínica, la mejor evidencia científica disponible y/o normatividad vigente.
- c. **No conformidad del prestador con el motivo de la observación, sin requerirse modificar el registro en el FUA en físico o el registro en el aplicativo informático SIS** (no incluye FUA con numeración duplicada), para lo que se deberá adjuntar el sustento basado en la mejor evidencia científica disponible y/o norma MINSA vigente, que justifique en forma expresa el registro encontrado u otros documentos, serán evaluados según el caso.
- d. **Omisión de datos en la digitación de la prestación en el aplicativo informático SIS**, con la atención adecuadamente registrada y sustentada en el FUA en físico y en la Historia Clínica, correspondiente a una prestación con manejo adecuado y según lo estipulado en las Guías de Práctica Clínica, la mejor evidencia científica disponible y/o normatividad vigente.
- e. **Otros**
Ejemplo: Falta de autorizaciones de cobertura extraordinaria, reconociéndose hasta el monto aprobado o cobertura regular debidamente sustentada, incluye procedimientos, actividades, medicamentos, cantidades y otros ítems debidamente brindados y registrados en la Historia Clínica, recetas, resultados del laboratorio u otro que corresponda a la prestación con manejo adecuado según lo estipulado en Guías de Práctica Clínica, la mejor evidencia científica disponible y/o normatividad vigente.

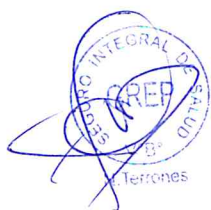
6.3. Del Procedimiento de registro en el aplicativo Informático de Reconsideración

De la solicitud de Reconsideración de Prestaciones Observadas a las IPRESS:

- 6.3.1. El personal responsable de la solicitud de reconsideración de la IPRESS, ingresa al módulo de Reconsideraciones accediendo al ítem de solicitud.
- 6.3.2. Se realiza la búsqueda del FUA observado en el módulo de Reconsideración (ingresando el número de FUA o seleccionándolo de la lista desplegable), teniendo en cuenta el período de reconsideración habilitado.

Por lo tanto, **NO SE GENERARA UN NUEVO NUMERO DE FUA.**

- 6.3.3. Se selecciona el FUA observado a reconsiderar, cargando toda la información del módulo del SME (Observación Total y/u Observación Parcial y otros que corresponda).



6.3.4. El prestador (IPRESS), según criterio de observación, realizará en el aplicativo, los cambios y/o modificaciones por cada prestación observada, dependiendo si ha tenido una observación parcial y/o una Observación Total considerando lo siguiente:

a) En el caso de Observación Total:

Se podrá cambiar y modificar cualquier campo registrado relacionado con el criterio de observación según precisiones establecidas por la GREP previamente; en el caso de campos dentro del FUA no ingresados en el aplicativo, estos no podrán ser modificados. Se deben visualizar las modificaciones realizadas.

b) En el caso de Prestaciones con Observación Total y Parcial a la vez:

Se procederá a cambiar y/o modificar los campos como una atención con Observación Total.

c) En el caso de Observaciones Parciales:

Solo podrá cambiar y/o modificar el campo observado, el resto de datos no podrán ser modificados.

6.3.5. Se procede a adjuntar en el aplicativo informático el expediente de reconsideración que incluye los documentos escaneados que sustenten el levantamiento de las observaciones, siendo lo mínimo a presentar por cada FUA, lo siguiente:

- a) Copia escaneada del FUA original de la prestación observada (anverso y reverso, consolidado de consumos debidamente firmados y sellados de medicamentos, insumos y procedimientos)
- b) Declaración Jurada original escaneada en la cual el médico auditor y/o Jefe de la Oficina de Seguros y el representante legal de la IPRESS manifieste que la(s) copia(s) de los FUA(s) original(es) de la prestación observada y documentos del sustento individual son copia fiel de los originales, bajo responsabilidad administrativa. **Anexo 01.**
- c) Escaneo del Informe Médico, Epicrisis, o segmentos de la historia clínica que sustenten la prestación brindada (reporte operatorio, kardex de enfermería, otros que la GMR/UDR considere pertinente), consignando la Totalidad de diagnósticos, observando un correcto registro (incluye firmas y sellos del Médico tratante y/o Jefe de servicio).
- d) Detalle del Gasto, refrendado con firmas y sellos de los servicios involucrados (Imágenes, Laboratorio, Farmacia u otros). Los documentos como recetas, resultados de laboratorio, e imágenes, deben encontrarse legibles, sin enmendaduras, ni añadiduras y con datos requeridos completos.

6.3.6. Ingresada la información al Módulo de Reconsideraciones, se procederá a VALIDAR LOS CAMBIOS de la solicitud. Para que la solicitud de reconsideración se culmine se deberá seleccionar la opción ENVIAR, realizado este paso no se podrá modificar los registros ni la información remitida.

6.3.7. La DISA, DIRESA, GERESA, Unidad Ejecutora o la que haga sus veces, debe tomar las previsiones del caso para que las IPRESS que dependan de un Punto de Digitación sin acceso web puedan remitir el sustento individual para la Reconsideración de las prestaciones observadas a los puntos de digitación con acceso web y que éstos últimos realicen el registro de la solicitud de reconsideración en el aplicativo dentro de los plazos establecidos.

6.3.8. El plazo para el registro de las solicitudes de reconsideración en el Módulo correspondiente, es de cuarenta y cinco (45) días calendario luego de la entrega del consolidado de prestaciones observadas por parte la GMR y/o UDR. El plazo para el registro de solicitudes de reconsideración no será ampliado, salvo casos



relacionados con la funcionabilidad del aplicativo, previa autorización de la GMR; una vez vencido el plazo establecido para el registro de las solicitudes de reconsideración, todas las prestaciones observadas que no hayan sido presentadas para reconsideración serán rechazadas sin lugar a reclamo.

6.3.9. Realizada la solicitud, esta podrá ser visualizada y evaluada por la GMR/UDR correspondiente.

6.4. De la Evaluación de las Solicitudes de Reconsideración de Prestaciones en las UDRs y/o GMRs

6.4.1. La evaluación de la solicitud de reconsideración estará a cargo del Profesional Médico de Evaluación de las Prestaciones de la UDR o GMR quien evalúa los documentos adjuntos como son la documentación obligatoria, el sustento individual de las prestaciones con los requisitos y evidencias presentadas. Y se basa en la información ingresada en el aplicativo informático.

6.4.2. Seleccionado el FUA se procederá a evaluar el sustento remitido por la IPRESS de acuerdo a la observación planteada: Total, Total y parcial o Parcial, asimismo de aquellos FUAs que se consideren pertinentes según indicación de la GREP, y en caso no estar conformes deberá rechazarse la prestación consignando el criterio de rechazo respectivo. **Anexo 02.**

6.4.3. La(s) copia(s) escaneadas de las Historias Clínicas (o parte de ellas) enviada(s) como sustento para la reconsideración de prestaciones que no se ajusten a lo estipulado en la normatividad vigente en todo lo concerniente a la información requerida para la evaluación de la prestación por el SIS, serán consideradas como no válidas para el sustento, convirtiendo la prestación solicitada para reconsideración como prestación rechazada.

6.4.4. La evaluación incluye además del criterio de observación registrado, la pertinencia y congruencia de los registros de la prestación observada a través del módulo de reconsideración.

6.4.5. Realizada la evaluación se procederá a registrar el resultado como reconsiderado o rechazado. Para que el procedimiento se culmine deberá seleccionar la opción GUARDAR. Realizado este paso no se podrá modificar los registros ni la información remitida.

6.4.6. Las solicitudes de reconsideración presentadas por la DISA, DIRESA, GERESA, Unidad Ejecutora o IPRESS o quien haga sus veces, serán evaluadas por la UDR/GMR en un lapso de cuarenta y cinco (45) días calendario una vez ingresada la solicitud en el Modulo.

6.4.7. Si durante un determinado período de producción no se culmina con la evaluación de la totalidad de los FUA estos pasarán al siguiente periodo de producción teniendo como prioridad, en la evaluación, las solicitudes más antiguas. Asimismo, de acumularse dos meses de solicitudes las GMR deberán realizar la redistribución de solicitudes de reconsideración entre las UDRs de su jurisdicción a fin de cumplir con los plazos de evaluación establecidos.

6.4.8. Las prestaciones observadas que después de ser evaluadas sean consideradas válidas serán registradas en el aplicativo informático como prestaciones reconsideradas y las prestaciones observadas no reconsideradas, quedarán en el aplicativo como prestaciones rechazadas.



- 6.4.9.** El aplicativo presentará la opción de Ingreso y Evaluación Grupal para los casos de aquellas solicitudes de reconsideración con un mismo criterio de observación.
- 6.4.10.** Al registrarse el rechazo de una prestación evaluada, automáticamente se presentará un menú de opciones que permita identificar y grabar el motivo o causa del rechazo y únicamente si el motivo de rechazo fuera "Otros" se abrirá una ventana donde se deberá consignar la razón que motiva el rechazo de la solicitud de reconsideración.
- 6.4.11.** Las Gerencias Macro Regionales deberán tomar las precauciones necesarias y de ser el caso, tomar medidas preventivas tales como redistribución de solicitudes de reconsideración entre las UDR de su jurisdicción, entre otras, a fin de culminar con la evaluación de las prestaciones pendientes.
- 6.4.12.** Si durante la evaluación de la reconsideración se requiere modificar y/o ampliar el sustento remitido para alguna prestación esta podrá ser subsanada por la IPRESS en el periodo establecido por el Profesional Médico de Evaluación de las Prestaciones de la UDR o GMR, no pudiendo superar el periodo del cierre de reconsideración, adjuntando los sustentos a través del módulo de reconsideraciones. Solo podrá realizarse una vez por FUA.
- 6.4.13.** El Director de UDR y/o Gerente Macro Regional o quien haga sus veces, serán responsables de las prestaciones no evaluadas oportunamente, (siempre y cuando el incumplimiento de las evaluaciones no sea a causa de factores externos como por ejemplo: falla del servidor, implementación tardía de los aspectos informáticos y otros justificables).

6.5. Del cierre, valorización y reconocimiento de pago

- 6.5.1.** La Oficina General de Tecnología de la Información realiza el cierre de la reconsideración, procede a valorizar de acuerdo a los algoritmos establecidos por la GNF habilita el reporte de los resultados de la evaluación de las solicitudes de reconsideración en el Módulo de Reconsideraciones y remite el Informe a la GNF adjuntando en medio magnético el resultado de la valorización.
- 6.5.2.** La Gerencia de Negocios y Financiamiento realiza la verificación de la aplicación del algoritmo a la valorización de los FUA reconsiderados y emite el Informe de su competencia para efecto del reconocimiento del pago a las UE / IPRESS.
- 6.5.3.** El resultado de la evaluación de las prestaciones solicitadas para reconsideración se consignan en el reporte del PEA del período en curso.
- 6.5.4.** La GMR o UDR comunica y entrega a la DISA, DIRESA, GERESA, Unidad Ejecutora o IPRESS autorizada o quien haga sus veces en el ámbito de su jurisdicción, los resultados del proceso de reconsideración con el reporte del PEA.
Anexo 03.

6.6. Otras Disposiciones Específicas.-

- 6.6.1.** Las Prestaciones observadas que serán reconsideradas deben cumplir con las siguientes condiciones:
- 6.6.1.1.** Que la prestación no haya pasado por un proceso previo de reconsideración.



- 6.6.1.2. Que el Formato Único de Atención (FUA) original escaneado no presente agregados, enmendaduras, ni añadiduras, ni borrones.
 - 6.6.1.3. Que el Formato Único de Atención (FUA) original escaneado permita evidenciar las firmas y sellos del personal que atendió, la firma y/o huella digital de usuario o apoderado en el anverso y en el reverso del FUA en los casos que corresponda.
 - 6.6.1.4. Que la atención se encuentre registrada en la Historia Clínica, la que deberá estar de acuerdo con la normatividad vigente correspondiente en todo lo concerniente a la información requerida para evaluación de la prestación por el SIS.
- 6.6.2. Las prestaciones rechazadas como resultado del proceso de Reconsideración de Prestaciones no se encuentran sujetas a nueva solicitud de reconsideración por el prestador de servicios de salud. Por otro lado, las prestaciones reconsideradas pueden ser sujetas a evaluación presencial posterior.
- 6.6.3. Los Formatos Únicos de Atención originales de las prestaciones observadas deben permanecer en el punto de digitación y una (01) copia en la historia clínica a disposición del personal del SIS.

7. RESPONSABILIDADES

- 7.1. La Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones es el Órgano responsable de brindar asistencia técnica a las GMR y UDR a nivel nacional, en materia de lo dispuesto en la presente Directiva, así como de emitir opinión técnica respecto a las observaciones que pudiesen generarse a partir de la misma.
- 7.2. La Gerencia de Negocios y Financiamiento es el Órgano responsable de la actualización del algoritmo aplicado a la valorización de los FUA reconsiderados así como de emitir opinión técnica respecto a las observaciones que pudiesen generarse a partir de las mismas.
- 7.3. Las GMR y UDR son responsables de gestionar los recursos humanos necesarios para el cumplimiento del Proceso establecido en la presente Directiva y atender los requerimientos de evaluación de solicitudes de Reconsideración oportunamente.
- 7.4. Las GMR son responsables del monitoreo permanente y término del proceso dentro de los plazos establecidos, así como del cumplimiento de la presente Directiva Administrativa en las UDR de su jurisdicción.
- 7.5. Las UDR y/o GMR son responsables de evaluar el cien por ciento (100%) de solicitudes presentadas para reconsideración dentro de los plazos establecidos registrando los resultados de la evaluación en el Módulo de Reconsideraciones del aplicativo SIASIS.
- 7.6. La Oficina General de Tecnología de la Información es responsable de diseñar e implementar las adecuaciones necesarias en el aplicativo de Reconsideraciones del SIASIS, así como otras aplicaciones informáticas que puedan ser requeridas en relación al proceso y que permitan el adecuado desarrollo del proceso de reconsideraciones establecido en la presente Directiva dentro de los plazos establecidos, en coordinación con la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones.
- 7.7. La Oficina General de Tecnología de la Información es responsable de incorporar los resultados de la evaluación de las solicitudes de Reconsideración a los reportes de resultados del PEA y asimismo es responsable del mantenimiento y actualización del aplicativo.
- 7.8. Las UDR y las GMR son responsables de la difusión de la presente Directiva Administrativa dentro de sus respectivas jurisdicciones.



8. DISPOSICIONES FINALES

- 8.1. Para el caso de las prestaciones realizadas en el marco de Convenios o Contratos que el Seguro Integral de Salud - SIS suscriba con las IPRESS y servicios médicos de apoyo, el Proceso de reconsideración se realizará de acuerdo a las cláusulas establecidas en dichos Convenios o Contratos respectivamente.
- 8.2. El Fondo Intangible Solidario de Salud – FISSAL podrá diseñar y proponer nuevos criterios de presentación, sustento y evaluación de las solicitudes de reconsideración en el marco de los convenios o contratos que suscribe.
- 8.3. Las GMR/UDR podrán aceptar reconsideraciones que no incluyan los documentos mínimos indicados en el numeral 6.3.5 para los casos que consideren pertinentes bajo un mismo criterio de observación.
- 8.4. De ser necesario, el SIS mediante documento oficial y previos informes técnicos podrá establecer mecanismos especiales para aprobar expedientes pendientes de reconsideración, bajo criterios que podrán considerar, entre otros, el valor de la atención y los plazos de presentación a través del aplicativo informático.
- 8.5. Cuando las UDR no cuenten con Profesional Médico de Evaluación de las Prestaciones para la realización del Proceso de Reconsideración, lo asumirá el Sub Gerente o Director de la UDR en caso de ser médico, en su defecto las evaluaciones serán asumidas por el profesional médico de la GMR correspondiente, de no contar con dicho profesional el Gerente Macro Regional podrá designar a otro Profesional Médico de Evaluación de las Prestaciones de su jurisdicción y de no poder realizarse de esta manera comunicará a la GREP para que se realicen las acciones que permitan el cumplimiento de las evaluaciones de solicitudes de reconsideraciones.
- 8.6. Para las prestaciones observadas por duplicación que aún estén pendientes a la fecha de emisión de la presente Directiva Administrativa del Proceso de Reconsideración se podrá presentar como sustento la copia del documento de distribución de la numeración de los formatos de atención remitido por las DIRESA/GERESA/DISA/UE o las que hagan sus veces, las reconsideraciones pendientes de solicitud a la entrada en vigencia deberán cumplir con lo indicado en la presente Directiva Administrativa.
- 8.7. Mientras no entre en funcionamiento el nuevo módulo de Reconsideración, el Proceso de Reconsideración se seguirá realizando según las disposiciones de la Resolución Jefatural N° 090-2010/SIS-GO y sus modificatorias.
- 8.8. Los aspectos no contemplados en la presente Directiva Administrativa que mejoren u optimicen la operatividad y/o soporte informático del procedimiento de Reconsideración y garanticen su cumplimiento serán implementados mediante documento oficial por la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones en coordinación con la Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI).
- 8.9. La Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI) en un plazo de noventa (90) días calendario posterior a la publicación de la presente Directiva deberá realizar las adecuaciones y actualizaciones informáticas necesarias en el aplicativo de Reconsideraciones que permitan su operatividad y cumplimiento.

9. ANEXOS

- Anexo 01:** Declaración Jurada de documentos sustentatorios de la Solicitud de Reconsideración.
- Anexo 02:** Criterios para la Reconsideración de las Prestaciones.
- Anexo 03:** Flujograma del Proceso de Reconsideración de las Prestaciones del Seguro Integral de Salud.



ANEXO N° 01

DECLARACIÓN JURADA DE DOCUMENTOS SUSTENTARIOS DE LA SOLICITUD DE RECONSIDERACIÓN

Yo,.....
Cargo y/o responsable:..... Con D.N.I. N°.....

Efectúo la presente **DECLARACIÓN JURADA** de que los **DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ESCANEADOS SON COPIA FIEL DEL ORIGINAL**, con el propósito de dar cumplimiento a las normas legales y reglamentarias relativas a la autenticidad de la información y demás normas complementarias, ampliatorias y conexas.

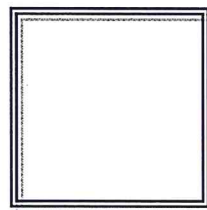
Declaro que los documentos que he ingresado en el Módulo de Reconsideraciones y es remitido a la UDR y/o GMR con ocasión de efectuar el proceso de **RECONSIDERACIÓN** provienen de la(s) fuente(s) siguiente(s):

- FUA original de la prestación observada.
- Campo de la Sección de Identificación del Paciente, Registro de la atención de salud y/o información complementaria (de ser necesario) de las secciones de la Historia Clínica correspondientes a la atención y de acuerdo a la categoría del establecimiento (Norma Técnica de Salud N° 021-MINSA/DGSP vigente);
- Receta con medicamentos entregados.
- Kárdex de enfermería con registro de medicamentos administrados.
- Detalle del gasto (obligatorio para prestaciones por consumo).
- Referencias Normativas que sustente la atención de salud. (Norma Técnica, Guía de Práctica Clínica, Directiva, otro).

Declaro que la información brindada antes mencionados por mi propia voluntad y/o por orden expresa de....., Director, Jefe o Gerente del establecimiento de salud....., sin coacción, intimidación o amenaza alguna, es verdadera.

Asimismo se autoriza al Seguro Integral de Salud - Gerencia de Riesgo y Evaluación de las Prestaciones, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en el presente documento, a realizar las acciones las administrativas pertinentes, según corresponda.

....., de del 201...



Huella Digital

Firma del Declarante
Sello con nombre de la entidad y cargo

V° B°

Firma del Representante legal de la IPRESS
Sello con nombre de la entidad y cargo



ANEXO N° 02

CRITERIOS PARA LA RECONSIDERACIÓN DE LAS PRESTACIONES

A. Criterios obligatorios (de faltar alguno se considerará como prestación rechazada):

1. Prestación ingresada en el aplicativo con el sustento respectivo debidamente escaneado.
2. Escaneo del FUA original sin enmendaduras, borrones, omisión de datos o llenado inadecuado según norma.
3. Documentos de sustento según corresponda con letra legible y llenados de acuerdo a normatividad vigente.

B. De la evaluación del sustento:

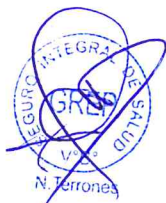
El sustento debe demostrar que la prestación ha sido brindada en forma adecuada; es decir que tiene como mínimo:

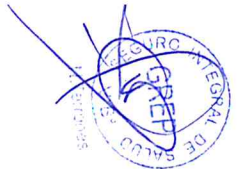
1. Concordancia entre los datos del paciente (sexo, edad, condiciones de internamiento o no, tiempo de hospitalización, otros) con el diagnóstico y/o el tratamiento y/o el procedimiento.
2. Concordancia entre el diagnóstico y el tratamiento (medicamento elegido).
3. Concordancia entre el diagnóstico y los procedimientos realizados.
4. Para el caso de las reconsideraciones solicitadas para rebatir el motivo de la observación, se deberá adjuntar el sustento basado en la mejor evidencia científica disponible (revisión sistemática, meta análisis u otro) y/o normativo (Normas MINSA, Protocolos institucionales aprobados y oficializados, Guías de Práctica Clínicas) y algún otro según sea el caso, que justifiquen en forma expresa el registro.

Es decir solo podrán ser reconsideradas aquellas prestaciones que habiéndose brindado en la forma adecuada hayan tenido errores en el llenado del FUA o en su digitación posterior.

C. No son motivos de reconsideración de prestaciones:

1. Cualquier motivo que intente avalar una prestación brindada en forma inadecuada: desabastecimiento de medicinas y/o insumos por ejemplo que quieran justificar tratamiento incompleto.
2. Entiéndase el término "inadecuada" como equivalente a no cumplir lo estipulado en las normas técnicas y/o guías de Práctica Clínica vigentes y/o sin evidencia científica (Ej. Medicamento adecuado pero en dosis incompleta, ausencia de medicamentos y/o procedimientos necesarios para la ejecución de una prestación, medicamento y/o procedimiento no coherente con el diagnóstico, entre otros).
3. Asimismo, no se considerará como válidas aquellas prestaciones con FUA sin sellos, firmas y/o huellas, según corresponda.





ANEXO N° 03
FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE RECONSIDERACIÓN DE LAS PRESTACIONES DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

