

INSTRUCCIONES PARA SERVICIOS NO CUBIERTOS POR LAS EAPB

1. Los servicios cubiertos para el paciente serán los que haya contratado el asegurador con la E.S.E. En el caso de que el paciente requiera atención en servicios no contratados con la Institución, el paciente será direccionado a otra IPS de acuerdo con la red de atención presentada por el asegurador. Este proceso siempre será mediado por una autorización por parte del asegurador.
2. Los servicios no habilitados no pueden ser prestados por la Institución, por lo cual la autorización de la atención se debe gestionar a través del asegurador y es éste quien, de acuerdo con su red contratada, determina a qué IPS direcciona el paciente para dar continuidad a su atención.
3. Si perteneces al Régimen Contributivo o Subsidiado y la prestación o servicio no tiene cobertura PBS, sino que corresponde a la cobertura No PBS, la prescripción la hará el médico tratante por la plataforma MIPRES, según normatividad vigente del Ministerio de Salud y Protección Social.
4. Según la resolución 318 de 2023 de Minsalud, entre los procedimientos que no se pueden solicitar a través de la EPS están: el rejuvenecimiento vaginal, el engrosamiento de pene, dermoexfoliación, fecundación in vitro, inseminación artificial, liposucción, mamoplastia, rinoplastia y más.
5. Servicios y tecnologías en salud conexos, así como las complicaciones que surjan de las atenciones en los eventos y servicios que cumplan los criterios de exclusión señalados en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.
 - Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas.
 - Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica.
 - Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica.
 - Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente.
 - Que se encuentren en fase de experimentación.
 - Que tengan que ser prestados en el exterior.

En el contexto anterior, los servicios o tecnologías que cumplen con esos criterios son explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Estos servicios deben ser cubiertos en su totalidad por el paciente; en caso de no estar de acuerdo, puede hacer uso de su derecho a segunda opinión a través del asegurador, o de su derecho a interponer una tutela.