

# PROCEDIMIENTO PARA VALIDACIÓN DE SERVICIOS A LOS AFILIADOS DEL SEGURO POPULAR.

## AUTORIZACIÓN

### RÚBRICA

ELABORÓ: OSWALDO GARCÍA MORALES  
MÉDICO GENERAL EN PROYECTOS EN GESTIÓN MÉDICA.

### RÚBRICA

APROBÓ: DR. DAGOBERTO GARCÍA MEJÍA  
DIRECTOR DE CONTRATACIÓN Y GARANTÍA DE SERVICIOS DE SALUD A LA PERSONA

### RÚBRICA

AUTORIZÓ: DR. ANTONIO CRUCES MADA  
DIRECTOR GENERAL DEL REPSS

*Dirección General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud.*

	CÓDIGO:	DOM-P307-D1_001
FECHA DE	DOCUMENTACIÓN:	27 DE MAYO DEL 2014
	ACTUALIZACIÓN:	02 DE DICIEMBRE DEL 2015
	AUTORIZACIÓN	19 DE FEBRERO DEL 2015
	NIVEL DOCUMENTAL:	II
	CLAVE:	VERSIÓN:

Sello

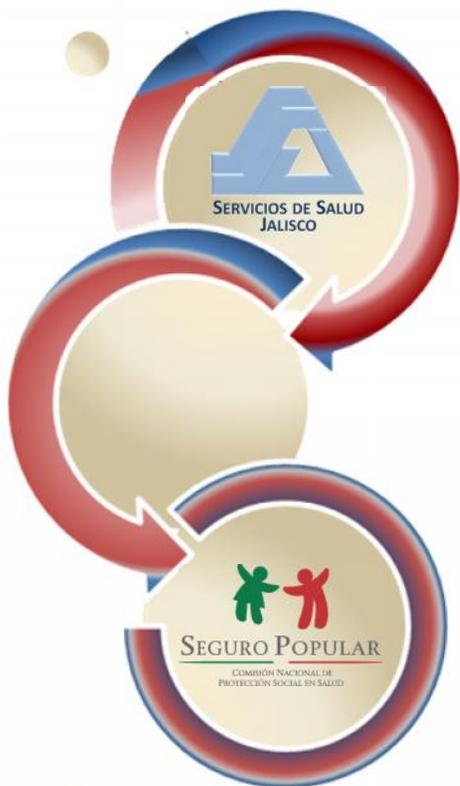
**DOCUMENTO DE REFERENCIA.**

El Presente procedimiento Sí cumple con lo establecido en la Guía Técnica para Documentar Procedimientos.

Sello

Este documento es vigente y está actualizado porque responde a las necesidades actuales de la unidad, y no hay uno nuevo que lo sustituya.

Responsable de la información: Dirección General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud.  
Responsable de la Publicación: Depto. de Organización y Métodos  
14 abril 2016





## 1.- Objetivo

Plasmar las actividades que se realizan para validar los servicios otorgados a los afiliados del Seguro Popular por las unidades de la RED de prestadores; con el fin de dar continuidad al trámite administrativo.

### Límites del procedimiento:

Inicia en el momento en que se recibe al afiliado en las unidades y termina en el momento en que se realiza la validación médica y se turna a la dirección de financiamiento.

## 2.- Alcance

### Áreas que intervienen:

Módulo de atención y orientación, Gestor Médico, caja, administración de las unidades, Dirección de contratación y garantía de servicios de salud de la persona, departamento de garantía de salud a la persona, encargada de seguro médico siglo XXI, encargada de gastos catastróficos, encargada de portabilidad.

## 3.- Reglas de Operación

- Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todos los Centros de Responsabilidad y la Dirección de Contraloría del Organismo.
  - Un procedimiento es **vigente** mientras no haya uno nuevo que lo supla o sustituya; por lo tanto se sigue aplicando aunque las fechas de autorización no correspondan a los del mes y año en curso, ni los nombres de los directivos a los que ostentan el cargo en la actualidad. Los documentos son institucionales.
  - Un procedimiento **actualizado** es aquel que está vigente que responde a las necesidades y dinámica actual del Organismo.
  - Un procedimiento es **obsoleto** cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales del Organismo o éste, se encuentra en desuso.
  - Un procedimiento es **dictaminado** favorablemente, cuando éste cumple con los lineamientos establecidos en la guía técnica correspondiente.
- Es responsabilidad del administrador de la unidad prestadora del servicio enviar al gestor médico el listado nominal y documentación soporte establecidos en los contratos, convenios o acuerdos de gestión vigente.
- El gestor médico o el encargado de Seguro Médico Siglo XXI y gastos catastróficos debe confirmar por medio del expediente clínico y en base a la normatividad vigente que los servicios reportados por la unidad sean realmente los realizados.
- Es responsabilidad del Director de contratación y garantía de servicios a la persona enviar la validación médica a la dirección de financiamiento.

SELLO



**DOCUMENTO DE REFERENCIA.**

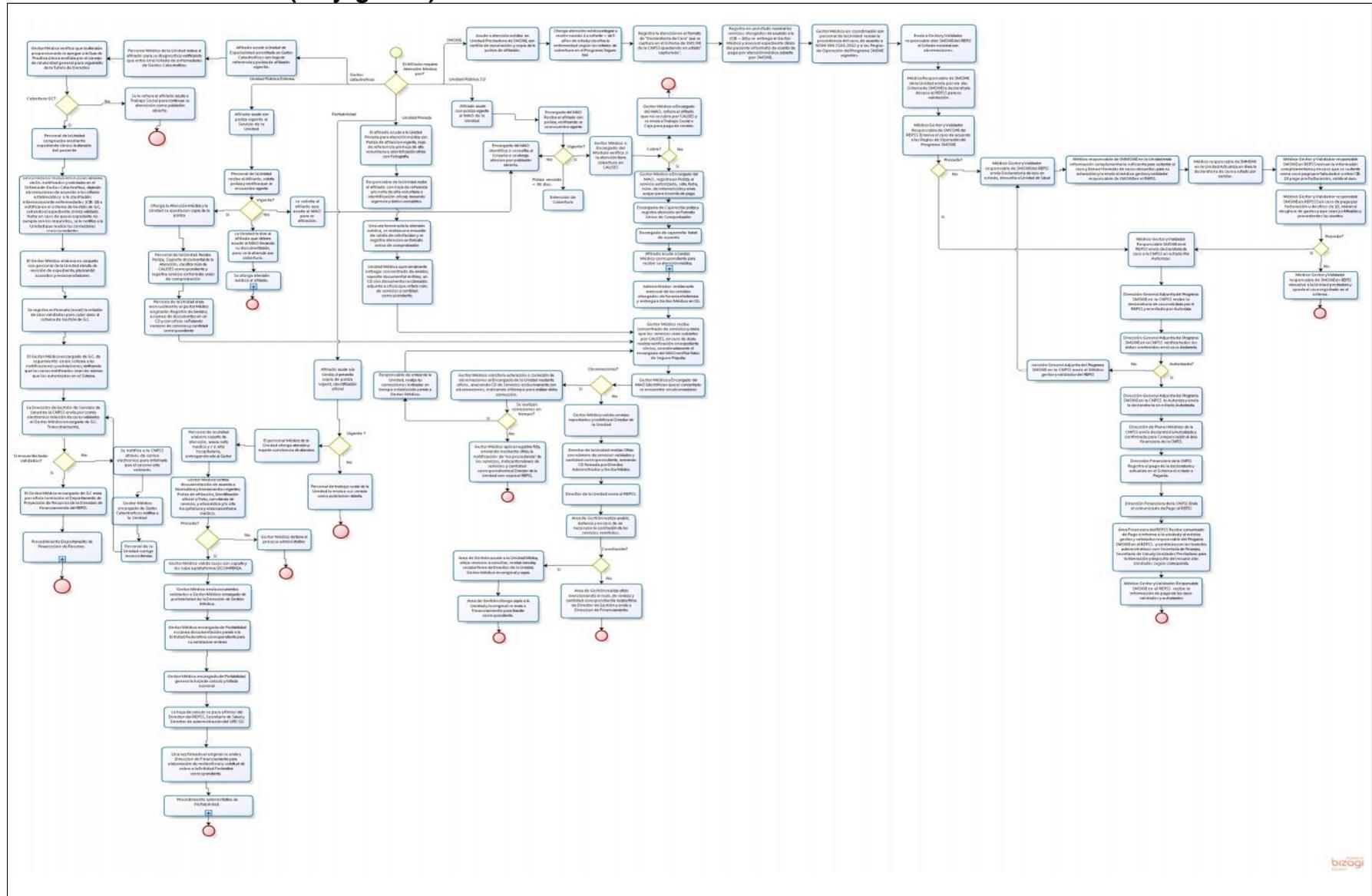


## 4.- Responsabilidades

Documento	Funciones
Documento	Funciones
Manual de Organización Específico de la Dirección General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud.	Funciones
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar que se otorguen de manera adecuada los servicios médico-quirúrgicos a los beneficiarios del Seguro Popular, para cumplir responsablemente con las intervenciones del CAUSES.</li> <li>• Vigilar los costos, las cuotas y los servicios sean los que se establecen en los Contratos, Convenios y Acuerdos de Gestión que se celebran con cada proveedor de servicios, pertenecientes a cada una de las redes del Seguro Popular Jalisco.</li> <li>• Garantizar a los afiliados el acceso oportuno y de alta calidad de los servicios médicos contemplados en el Sistema de Protección Social en salud: CAUSES, Gastos Catastróficos y Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), de acuerdo a la normatividad establecida.</li> <li>• Validar los Servicios otorgados a derechohabientes del Seguro Popular por los diversos proveedores (públicos y privados), para su autorización de pago, siempre y cuando se apeguen al CAUSES.</li> <li>• Supervisar la validación de los casos registrados en el Sistema de Gestión de Gastos Catastróficos (SIGG), a los Centros Regionales de Alta Especialidad (CRAE), para dar seguimiento al pago oportuno a las Unidades prestadoras de los Servicios.</li> <li>• Validar las atenciones otorgadas a beneficiarios del Seguro Popular de Salud por los diversos proveedores públicos y privados de las redes para su correspondiente autorización de pago.</li> <li>• Verificar y vigilar costos, cuotas y servicios otorgados por proveedores conforme a la normatividad aplicable para autorizar el pago adecuado conforme a contratos y acuerdos de gestión.</li> <li>• Dar a conocer a los proveedores las incidencias de las facturas no autorizadas de servicios médicos brindados a beneficiarios para su corrección y pago oportuno.</li> <li>• Analizar y revisar incidencias de las atenciones de acuerdo a servicios y costos que se envían por los prestadores de servicios, establecidos en los contratos y acuerdos de gestión, para dar cumplimiento al CAUSES.</li> <li>• Revisar los expedientes clínicos en las unidades prestadoras de servicios para comprobar que se hayan otorgado los servicios y tratamientos de acuerdo al CAUSES.</li> <li>• Verificar que los servicios contratados en las regiones sanitarias y hospitales regionales cumplan con el CAUSES, Contratos, Convenios y Acuerdos de Gestión.</li> </ul>



## 5.- Modelado de Proceso (Flujograma)



SELLO



**DOCUMENTO DE REFERENCIA.**





### 6.- Desarrollo:

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD														
1.	Afiliado.	Identifica que tipo de atención requiere:														
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Atención?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Unidad SSJ</td> <td>Aplica actividad siguiente.</td> </tr> <tr> <td>Unidad externa de SSJ</td> <td>Aplica actividad 23.</td> </tr> <tr> <td>Unidad privada</td> <td>Aplica Actividad 29.</td> </tr> <tr> <td>Gastos catastróficos</td> <td>Aplica Actividad 34.</td> </tr> <tr> <td>Seguro Médico Siglo XXI</td> <td>Aplica Actividad 46.</td> </tr> <tr> <td>Portabilidad</td> <td>Aplica Actividad 68.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Atención?	Entonces.	Unidad SSJ	Aplica actividad siguiente.	Unidad externa de SSJ	Aplica actividad 23.	Unidad privada	Aplica Actividad 29.	Gastos catastróficos	Aplica Actividad 34.	Seguro Médico Siglo XXI	Aplica Actividad 46.	Portabilidad	Aplica Actividad 68.
		¿Atención?	Entonces.													
		Unidad SSJ	Aplica actividad siguiente.													
		Unidad externa de SSJ	Aplica actividad 23.													
		Unidad privada	Aplica Actividad 29.													
		Gastos catastróficos	Aplica Actividad 34.													
Seguro Médico Siglo XXI	Aplica Actividad 46.															
Portabilidad	Aplica Actividad 68.															
2.	Afiliado.	Acude a la unidad de segundo nivel de atención, en específico al Módulo de Atención y Orientación con póliza de afiliación vigente.														
3.	Encargado de MAO.	Recibe al afiliado con póliza de afiliación y verifica que se encuentre vigente:														
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Vigente?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td>Aplica actividad siguiente.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Aplica actividad 5.</td> </tr> <tr> <td>Póliza vencida &lt; 90 días</td> <td>Aplica actividad 6.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Vigente?	Entonces.	Si	Aplica actividad siguiente.	No	Aplica actividad 5.	Póliza vencida < 90 días	Aplica actividad 6.						
		¿Vigente?	Entonces.													
		Si	Aplica actividad siguiente.													
No	Aplica actividad 5.															
Póliza vencida < 90 días	Aplica actividad 6.															
4.	Gestor Médico ó Encargado del MAO.	Verifica que la atención solicitada y el diagnostico se encuentre en las enfermedades (CIE-9 MC y CIE-10) cubiertas en la versión vigente del CAUSES:														
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Cobertura en CAUSES?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>No</td> <td>Aplica actividad 7.</td> </tr> <tr> <td>Si</td> <td>Aplica actividad 8.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Cobertura en CAUSES?	Entonces.	No	Aplica actividad 7.	Si	Aplica actividad 8.								
¿Cobertura en CAUSES?	Entonces.															
No	Aplica actividad 7.															
Si	Aplica actividad 8.															



No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD	
5.	Encargado del MAO.	Identifica si se re-afilia al Usuario o se le indica de manera verbal al afiliado acuda a Trabajo Social para continuar su atención como población abierta.	
6.		Determina si se le otorga extensión de cobertura de su vigencia de conformidad a lo establecido en el artículo del Reglamento del Sistema de Protección Social en Salud.	
7.	Gestor Médico ó Encargado de MAO.	Indica al Afiliado que la atención solicitada o diagnostico no tiene cobertura en el CAUSES, enviándolo a trabajo social o caja para pago por el servicio solicitado.	
8.		Registra en copia de Afiliación: <b>a)</b> Servicio autorizado, <b>b)</b> núm., de intervención del CAUSES, <b>c)</b> Fecha y <b>d)</b> Nombre ó firma de la persona que autoriza y sella, refiriéndole al afiliado acuda a caja de la Unidad con póliza autorizada para que sea exentado su pago.	
9.	Encargado de caja de la Unidad.	Recibe póliza autorizada y registra atención en formato único de comprobación.	
10.		Emite Ticket de exento e indica al afiliado acuda a servicio solicitado.	
11.	Personal Médico.	Otorga atención médica requerida.	
12.	Administrador de la Unidad.	Realiza corte mensual de los servicios otorgados de forma electrónica y entrega al Gestor Médico en CD mediante oficio especificando número de servicios y cantidad correspondiente, los primeros 5 días hábiles del mes posterior.	
13.	Gestor Médico.	<p>Recibe concentrado de servicios y revisa que los servicios registrados tengan cobertura en la versión vigente del CAUSES, llenado correcto del “<b>formato de comprobación de servicio</b>” (ver anexo 1), sin duplicidad de servicios, si existiese duda de algún registro, solicitará y verificará en expediente clínico, así mismo el encargado del MAO verificará los folios de afiliación en el DAP.</p> <p>Nota: El formato de comprobación de servicio a utilizar será acorde al tipo de servicio u hospital contratado.</p>	
14.	Gestor Médico y Encargado de MAO.	Identifican que el concentrado se servicios en el Formato de comprobación de servicios se encuentre sin observaciones:	
		¿Observaciones en el Formato?	Entonces.
		Si	<b>Aplica actividad siguiente.</b>
	No	<b>Aplica actividad 17.</b>	



No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
15.	Gestor Médico/Administrador de la Unidad.	<p>Solicita a la unidad la aclaración o corrección únicamente de las observaciones mediante oficio, anexando CD exclusivamente de los servicios con observaciones, indicando número de servicios y cantidad correspondiente, indica que cuenta con 20 días hábiles a partir de su recepción para realizar dicha aclaración ó corrección, identifica si realizan las correcciones en tiempo establecido:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Correcciones?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>No</td> <td>Aplica actividad siguiente.</td> </tr> <tr> <td>Si</td> <td>Aplica actividad 13.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Correcciones?	Entonces.	No	Aplica actividad siguiente.	Si	Aplica actividad 13.
¿Correcciones?	Entonces.							
No	Aplica actividad siguiente.							
Si	Aplica actividad 13.							
16.	Gestor Médico.	<p>Aplica la Negativa ficta, notifica por medio de un escrito dirigido al Director de la unidad con copia al Director del REPSS la “<b>NO PROCEDENCIA</b>” de los servicios observados, indica en el escrito el número de servicios y cantidad correspondiente.</p> <p><b>Fin del procedimiento.</b></p>						
17.		<p>Valida los servicios correctamente reportados, notifica al Director de la Unidad mediante “<b>oficio</b>” especificando número de servicios validados y su cantidad correspondiente.</p>						
18.	Director de la Unidad.	<p>Elabora y firma Oficio en donde se especifica número de servicios validados y cantidad correspondiente, con firmas del administrador y Gestor Médico; anexa CD con información electrónica, envía al REPSS.</p>						
19.	Área de Gestión del REPSS.	<p>Realiza análisis de los servicios reportados: tipo de atenciones más frecuentes, incremento o decremento de reporte de servicios, realiza gráficos por tipo de servicios, balance mensual, estimado anual, proyecciones y propuestas emitiendo informe al Director de Gestión, se evalúa la necesidad de una conciliación de servicios:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Conciliación?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>No</td> <td>Aplica actividad siguiente.</td> </tr> <tr> <td>Si</td> <td>Aplica actividad 21.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Conciliación?	Entonces.	No	Aplica actividad siguiente.	Si	Aplica actividad 21.
¿Conciliación?	Entonces.							
No	Aplica actividad siguiente.							
Si	Aplica actividad 21.							
20.		<p>Realiza oficio mencionando el número de servicios y cantidad correspondiente, anexa CD, recaba firma del Director de Gestión y envía a la Dirección de Financiamiento.</p> <p><b>Fin del Procedimiento.</b></p>						
21.		<p>Acude a la Unidad Médica, coteja servicios a conciliar con expedientes clínicos, realiza minuta en original y copia y recaba firma del Director de la Unidad y Gestor Médico asignado.</p>						



No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
22.	Área de Gestión del REPSS.	Entrega copia de la minuta a la Unidad y original de la minuta se envía a la Dirección de Financiamiento para trámite correspondiente. <b>Fin del Procedimiento.</b>						
23.	Afiliado	Acude a la Unidad de la Red de Prestadores con póliza vigente para su atención.						
24.	Personal de la Unidad.	Recibe al Afiliado, solicita póliza de afiliación y verifica que se encuentre vigente: <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Vigente?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>No</td> <td><b>Aplica actividad siguiente.</b></td> </tr> <tr> <td>Si</td> <td><b>Aplica actividad 26.</b></td> </tr> </tbody> </table>	¿Vigente?	Entonces.	No	<b>Aplica actividad siguiente.</b>	Si	<b>Aplica actividad 26.</b>
¿Vigente?		Entonces.						
No		<b>Aplica actividad siguiente.</b>						
Si	<b>Aplica actividad 26.</b>							
25.	Solicita al afiliado que acuda al Módulo de Atención y Orientación de Seguro Popular para su re – afiliación, aplica <b>actividad 5.</b>							
26.	Personal Médico de la Unidad.	Otorga al afiliado atención Médica, quedándose con copia de la póliza de afiliación vigente.						
27.	Personal de la Unidad.	Recaba póliza de afiliación, soporte documental de la atención, clasifica en el número de la versión actualizada del CAUSES y registra el servicio en formato único de comprobación de forma adecuada y sin dejar celdas vacías.						
28.		Envía mensualmente al Gestor Médico asignado el registro de servicios en el formato de comprobación de servicios, escaneo de los documentos en un CD y un oficio señalando número de servicios con su cantidad correspondiente, <b>aplica actividad 13.</b>						
29.	Afiliado.	Acude a la Unidad Privada para atención médica con póliza de afiliación vigente, hoja de referencia y/o hoja de solicitud de segunda opinión médica e identificación oficial con fotografía y visto bueno por Gestor Médico.						
30.	Responsable de la Unidad.	Recibe al afiliado con la hoja de referencia y/o nota de alta voluntaria e identificación oficial, revisando vigencia y datos completos.						
31.	Personal Médico de la Unidad.	Otorga atención médica al afiliado.						
32.	Responsable de la Unidad.	Realiza <b>encuesta de salida de satisfacción</b> y registra la atención en formato de comprobación de servicios de manera adecuada y sin dejar celdas vacías.						



No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
33.	Responsable de la Unidad.	Entrega en periodos quincenales los concentrados de servicios, soporte documental en físico, un CD con documentos escaneados, por medio de oficio en donde se mencione el número de servicios y la cantidad que corresponde por los mismos, <b>aplica actividad 13.</b>						
34.	Afiliado	Acude a Unidad de Especialidad acreditada en Gastos Catastróficos con hoja de referencia y póliza de afiliación vigente.						
35.	Personal Médico de la Unidad.	Realiza evaluación del afiliado, realiza diagnóstico y verifica que el mismo se encuentre en el listado del anexo 2 llamado enfermedades de Gastos Catastróficos en la versión vigente del CAUSES.						
36.	Gestor Médico.	Verifica que la atención proporcionada se apegue a la “ <b>Guía de Práctica clínica</b> ” emitida por el consejo de salubridad general, así como que el diagnóstico se encuentre en el listado del anexo 2 llamado enfermedades de Gastos Catastróficos en la versión vigente del CAUSES para seguimiento de la Tutela de Derechos:						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Cobertura GC?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td><b>Aplica actividad 37.</b></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Indica de manera verbal al afiliado acuda a Trabajo Social para continuar su atención como población abierta. <b>Fin de procedimiento.</b></td> </tr> </tbody> </table>	¿Cobertura GC?	Entonces.	Si	<b>Aplica actividad 37.</b>	No	Indica de manera verbal al afiliado acuda a Trabajo Social para continuar su atención como población abierta. <b>Fin de procedimiento.</b>
		¿Cobertura GC?	Entonces.					
Si	<b>Aplica actividad 37.</b>							
No	Indica de manera verbal al afiliado acuda a Trabajo Social para continuar su atención como población abierta. <b>Fin de procedimiento.</b>							
37.	Personal de la Unidad y Gestor Médico.	Comprueba mediante el expediente clínico la atención otorgada al paciente.						
38.	Gestor Médico.	Verifica aleatoriamente los diagnósticos notificados y validados en el Sistema de Gastos Catastróficos, registra en “ <b>Formato de verificación de expedientes de Gastos Catastróficos</b> ” (ver anexo 2), dejando observaciones de acuerdo a los criterios establecidos y a la clasificación internacional de enfermedades (CIE- 10) a notificar en el Sistema de Gestión de Gastos Catastróficos, plasma sello en el expediente clínico validado.  <b>Nota:</b> En caso de que el expediente no cumpla con los requisitos, se le notifica al responsable de la Unidad que realice las correcciones correspondientes.						
39.	Responsable de la Unidad.	Registra en formato Excel emitido por la Comisión Nacional de Protección en Salud, la relación de casos validados para subirlos al Sistema de Gestión de Gastos Catastróficos.						
40.	Gestor Médico encargado de Gastos Catastróficos.	Da seguimiento en el sistema a las notificaciones y validaciones, verifica que los casos notificados sean los mismos que fueron autorizados en el sistema.						

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
41.	La Dirección de Gestión de Servicios de Salud de la CNPSS.	Envía mediante correo electrónico la relación de los casos validados al gestor médico encargado de Gastos Catastróficos trimestralmente:						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Validados?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td><b>Aplica actividad 45.</b></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td><b>Aplica actividad siguiente.</b></td> </tr> </tbody> </table>	¿Validados?	Entonces.	Si	<b>Aplica actividad 45.</b>	No	<b>Aplica actividad siguiente.</b>
		¿Validados?	Entonces.					
Si	<b>Aplica actividad 45.</b>							
No	<b>Aplica actividad siguiente.</b>							
42.	Gestor Médico encargado de Gastos Catastróficos.	Notifica mediante correo electrónico al encargado del Fondo de Protección de Gastos Catastróficos de la Comisión de Protección Social en Salud, si el caso no se encuentra validado.						
43.		Notifica a la Unidad para que elabore la correspondiente corrección.						
44.	Personal de la Unidad	Realiza correcciones correspondientes y sube al Sistema de Gastos Catastróficos, <b>aplica actividad 41.</b>						
45.	Gestor Médico encargado de Gastos Catastróficos.	Envía por oficio la relación de los casos autorizados por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, al Departamento de Proyección de Recursos de la Dirección de Financiamiento del REPSS, <b>aplica procedimiento del Departamento de Proyección de Recursos.</b>  <b>Fin del Procedimiento.</b>						
46.	Beneficiario.	Acude a atención médica en unidad prestadora de SMSXXI, con cartilla de vacunación y copia de la póliza.						
47.	Personal Médico de la Unidad.	Otorga la atención médica integral a recién nacido ó a infante < de 5 años de edad y clasifica la enfermedad según los criterios de cobertura en el Programa Seguro Médico siglo XXI.						
48.	Médico Responsable de SMSXXI en la Unidad.	Registra la atención en el formato de “ <b>Declaratoria de Caso</b> ” que se captura en el Sistema de Seguro Médico Siglo XXI de la Comisión de Protección Social en Salud, quedando en estado capturada.						
49.		Registra en <b>listado nominal</b> los servicios otorgados de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades (CIE –10), entrega al Gestor Médico y anexa al expediente clínico del paciente el formato de exento de pago por atención médica cubierta por SMSXXI.						
50.	Gestor Médico y Personal Médico de la Unidad.	Revisa la procedencia del caso, de acuerdo a la norma vigente y a las Reglas de Operación del Programa SMSXXI vigentes.						
51.	Gestor Médico.	Envía a Médico Gestor y validador responsable de SMSXXI del REPSS el listado nominal con observaciones.						



No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD	
52.	Médico Responsable de SMSXXI en la Unidad	Envía por medio del sistema de SMSXXI la declaratoria al REPSS para su validación.	
53.	Médico Gestor y Validador Responsable SMSXXI en el REPSS.	Revisa el caso de acuerdo a criterios de las Reglas de Operación del Programa SMSXXI y según proceda:	
		¿Apego a RO SMSXXI?	<b>Entonces.</b>
		Si	Valida el caso en línea, <b>aplica actividad 59.</b>
	No	Devuelva el caso a la Unidad prestadora para su revisión y aclaración. <b>Fin de procedimiento.</b>	
54.		Envía declaratoria de caso en estado de “ <b>vuelta a unidad de salud</b> ”.	
55.	Médico Responsable de SMSXXI en la Unidad.	Envía información complementaria suficiente para sustentar el caso y llena el formato de casos devueltos para su aclaración y lo envía al médico gestor y validador responsable de SMSXXI en el REPSS.	
56.		Actualiza en línea la “ <b>declaratoria de caso</b> ” a estado por validar.	
57.	Médico Gestor y Validador Responsable SMSXXI en el REPSS.	Revisa la información complementaria y en caso que se sustente como caso pago por tabulador u otros cie 10 pagos por facturación, valida el caso.	
58.		Si es caso de pago por facturación u de otros cie 10, revisa el desglose de gastos y que sean justificables y precedentes los montos.	
59.		Si no procede el caso, devuelve a la Unidad prestadora y queda el caso registrado en el sistema.  <b>Nota:</b> En caso de que no proceda se envía la declaratoria de caso a la CNPSS en estado Por Autorizar.	
60.		Recibe la declaratoria de caso validada por el REPSS y en estado por Autorizar.	
61.	Dirección General Adjunta del Programa SMSXXI en la CNPSS.	Verifica todos los datos contenidos en el caso declarado:	
		¿Autorizado?	<b>Entonces.</b>
		Si	Autoriza el caso en línea, <b>aplica actividad 62.</b>
	No	Envía al Médico Gestor y validador responsable del SMSXXI del REPSS, <b>aplica actividad 54.</b>	
62.		Envía la declaratoria en estado Autorizada en el sistema.	
63.	Dirección de Planes Médicos de la CNPSS	Envía declaratoria Autorizada y confirmada para Compensación al área financiera de la CNPSS.	



No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD								
64.	Dirección Financiera de la CNPSS.	Registra el pago de la declaratoria y actualiza en el Sistema el estado a Pagada.								
65.		Envía el comunicado de Pago al REPSS.								
66.	Área Financiera del REPSS.	Recibe comunicado de Pago e informa a la unidad y al médico gestor y validador responsable del Programa SMSXXI en el REPSS, continúa con los procesos administrativos con Secretaría de Finanzas, Secretaría de Salud y Unidades Prestadoras para la liberación y deposito del recurso a las unidades según corresponda.								
67.	Médico Gestor y Validador Responsable SMSXXI en el REPSS.	Recibe la información de pago de los casos validados y autorizados.								
68.	Afiliado de otro Estado.	<b>Fin de procedimiento.</b> Acude a la Unidad para recibir atención Médica, presentando una copia de la póliza de afiliación vigente, identificación oficial con fotografía.								
69.	Personal de recepción de la Unidad.	Recibe al afiliado e identifica si la póliza se encuentra vigente:								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Vigente?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td><b>Aplica actividad siguiente.</b></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Envía al servicio correspondiente como población abierta.</td> </tr> <tr> <td></td> <td><b>Fin de procedimiento.</b></td> </tr> </tbody> </table>	¿Vigente?	Entonces.	Si	<b>Aplica actividad siguiente.</b>	No	Envía al servicio correspondiente como población abierta.		<b>Fin de procedimiento.</b>
		¿Vigente?	Entonces.							
Si	<b>Aplica actividad siguiente.</b>									
No	Envía al servicio correspondiente como población abierta.									
	<b>Fin de procedimiento.</b>									
70.	Personal administrativo de la Unidad.	Recibe documentos.								
71.	Personal Médico de la Unidad.	Otorga la atención y llena constancia de atención.								
72.	Personal administrativo de la Unidad.	Elabora soporte de atención de cada paciente, anexando la nota médica y /o alta hospitalaria y se lo entregará al Gestor Médico para su revisión y validación de documentos.								
73.	Gestor Médico.	Verifica documentación de acuerdo a normativa y lineamientos vigentes, póliza de afiliación, identificación oficial c/foto, constancia de servicio y nota médica y /o alta hospitalaria y elabora informe médico.								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Procede?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td><b>Aplica actividad 75.</b></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Detiene el proceso administrativo.</td> </tr> <tr> <td></td> <td><b>Fin de procedimiento.</b></td> </tr> </tbody> </table>	Procede?	Entonces.	Si	<b>Aplica actividad 75.</b>	No	Detiene el proceso administrativo.		<b>Fin de procedimiento.</b>
		Procede?	Entonces.							
Si	<b>Aplica actividad 75.</b>									
No	Detiene el proceso administrativo.									
	<b>Fin de procedimiento.</b>									
74.		Valida los soportes documentales y suben los casos a la plataforma de <b>SICOMPENSA</b> .								



No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD
75.	Gestor Médico.	Envía los soportes documentales al Encargado de Portabilidad del REPSS para su escaneo.
76.	Encargado de portabilidad del REPSS.	Recibe documentos, escanea y se envían a cada Entidad Federativa para su validación en línea.
77.		Genera “ <b>hoja de cálculo</b> ” y listado nominal, una vez que se valide el servicio.
78.		Envía a firmas del Director del Secretario de Salud, Director del REPSS y Director General de Administración del OPD Servicios de Salud Jalisco.
79.		Envía original de documentos una vez signados a la Dirección de Financiamiento para su trámite correspondiente.
		<b>Fin del procedimiento en gestión.</b>

**7.- Colaboradores:**

PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS QUE LO ASESORÓ	
Asesorado por:	Lic. Laura Leticia Pérez Peralta.
PERSONAL DE LA UNIDAD QUE COLABORÓ EN LA DOCUMENTACIÓN	



## 8.- Definiciones:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
<b>CAUSES</b>	Catalogo Universal de Servicios de Salud. Emitido por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
<b>Validación</b>	Proceso por el cual se da validez a un servicio y garantiza que esté cumple con lo establecido en contratos, convenios y acuerdos de gestión celebrados.
<b>Comprobación de Servicios</b>	Manera mediante la cual se registran los servicios otorgados por parte de los prestadores, con autenticidad e integración de documentos.
<b>Verificación</b>	Proceso que “confirma” que, los servicios reportados sean realmente los realizados.
<b>Negativa ficta</b>	Es la respuesta en sentido negativo y tácita, por la ausencia de respuesta expresa y en plazo legal, a una solicitud o petición de un particular que pudiera constituir la creación o reconocimiento de derechos para éste; es decir que si se realiza una petición y no es contestada, en un plazo que no debe exceder del término, se entenderá que esta solicitud fue resuelta en sentido negativo, lo que se traduce en la Negativa Ficta.

## 9.- Documentos de Referencia:

Código	Documento
	Catalogo Universal de Servicios de salud.
	Reglas de Operación de Seguro Médico Siglo XXI.
	Reglas de Operación de Gastos Catastróficos.
	Convenio Interestatal 32 por 32.
	Convenios de Gestión, contratos y convenios.
	Reglamentos de la Ley General del Sistema de Protección Social en Salud.
	Manual de Organización Especifico de la Dirección General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud.

## 10.- Formatos Utilizados:

Código	Documento
Anexo 01	Formato de comprobación de servicio.
Anexo 02	Formato de verificación de expedientes de Gastos Catastróficos.



**11.- Descripción de Cambios**

No.	Fecha del Cambio	Referencia del cambio	Breve Descripción del Cambio
1.	28 enero 2015		Primera versión.
2.			
3.			
4.			



# ANEXOS



