savia SALUD EPS	FORMATO SOLICITUD DE TECNOLOGÍAS NO CUBIERTAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC (Procedimientos)	Código	FO-RS-41
		Versión	01
		Fecha	22/08/2017
		Página	1 de 1

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD (IPS, Independiente o ESE)

Nombre del Prestador:			**Fecha Diligenciamiento (DD/MM/AAAA):**	
NIT:	**Código Habilitación:**	**Departamento:**	**Municipio:**	**Código Municipio:**
Nombre Médico Tratante:	**Registro:**	**Especialidad:**	**La IPS tiene la capacidad de prestar la tecnología solicitada?** SI:_____ NO:_____	

II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Nombre del Usuario:			**Tipo Documento Identificación:** CC___ TI___ RC___ MS___ PA___ CE ___ CN___ AS___ SC___ CD__ PR___				**Número Identificación:**
Ámbito de la Atención:	**Ambulatorio No Priorizado:**	**Ambulatorio Priorizado:**	**Hospitalario Domiciliario:**	**Hospitalario Internación:**	**Urgencias:**	**Paciente con enfermedad huérfana?** SI___ NO___	**Cuál?**

III. DIAGNÓSTICO QUE GENERA LA SOLICITUD

CIE Diagnóstico Principal: _____	**Descripción:** _____	**Requiere soporte nutricional?** SI___ NO_____
CIE Diagnóstico Relacionado 1: _____	**Descripción:** _____	
CIE Diagnóstico Relacionado 2: _____	**Descripción:** _____	

Descripción del caso clínico y justificación de la tecnología solicitada

IV. PROCEDIMIENTOS

Procedimiento NO PBS Solicitado

No	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CUPS

CANTIDAD SOLICITADA	FRECUENCIA DE USO	Única	Sucesiva

EXISTE SUSTITUTO DEL PROCEDIMIENTO SOLICITADO? SI ☐ NO ☐

Justifique la razón por la cual no existe sustituto

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

Procedimiento del PBS que lo reemplaza o sustituye

No	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CUPS

CANTIDAD SOLICITADA	FRECUENCIA DE USO	Única	Sucesiva

NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE Y ESPECIALIDAD **FIRMA** **REGISTRO**

A LA SOLICITUD FAVOR ANEXAR: COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA Y FORMULA U ORDEN DEL SERVICIO