INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
SUB-GERENCIA DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO PARA ARRENDAMIENTO Y PRESTAMO DE APARATOS Y ACCESORIOS ORTOPEDICOS A PACIENTES			
OBJETIVO: NORMATIZAR EL PROCESO PARA OTORGAR LOS APARATOS Y ACCESORIOS ORTOPEDICOS A PACIENTES DE LA			
CLINICA MEDICINA FISICA Y REHABILITACION, EN CALIDAD DE ARRENDAMIENTO Y/O PRESTAMO			
VALIDADO POR MEDICINA FISICA Y REHABILITACION MEDIANTE MEMO-144-UMFR-2006 DEL 9-05-06			
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
PACIENTE O RESPONSABLE	1	PRESENTA REQUERIMIENTO	<p>.- Se presenta a Trabajo Social, con la recetas extendida por el medico tratante</p> <p>Este formato especifica el tipo de accesorio o aparato ortopédico que necesita el paciente y el tiempo durante el cual debe ser utilizado.</p> <p style="text-align: center;">(Formato No. 1)</p>
	2	RECIBE RECETA	<p>.- Verifica la información contenida en la receta</p> <ul style="list-style-type: none"> * Verifica existencia del accesorio o aparato ortopédico solicitado * De no haber disponibilidad lo informa de esa manera al paciente o responsable y le orienta sobre otras opciones fuera del Instituto * De existir la disponibilidad del accesorio o aparato ortopédico solicitado, informa al paciente o responsable sobre los costos que deberá asumir los que se detallan al final de este procedimiento.
TRABAJO SOCIAL (CLINICA DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION)			

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
PACIENTE O RESPONSABLE	3	RECIBE INFORMACION SOBRE LOS COSTOS	<p>.- Si no esta de acuerdo con los costos, Trabajo Social realiza estudio socio-económico , mediante el cual justifica si procede, costos menores a los establecidos, informando al paciente o responsable, quien tomará la decisión correspondiente.</p> <p style="text-align: center;">(Formato No. 2)</p> <p>* Si el paciente o responsable no acepta los costos manifestados, el estudio socio-económico se traslada a la Jefatura de la Clínica de Medicina Física y Rehabilitación para que decida, dependiendo del aparato o accesorio de que se trate, si se asigna con o sin depósito.</p> <p>Si se asigna sin depósito, hace la respectiva anotación al final del estudio socio-económico, debidamente sellado y firmado</p> <p>.- Envía paciente a Trabajo Social (Continua con actividad 14)</p>
CLINICA DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION (TRABAJO SOCIAL)	4	PREPARA DOCUMENTACION	<p>.- Llena notificación de depósito el cual contiene la siguiente información:</p> <p>* Nombre del paciente o responsable</p> <p>* Número de afiliación</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			<ul style="list-style-type: none"> * Nombre y código del medico emisor * Cantidad del depósito en letras y números (si procede) * Fecha probable de devolución * Firma y sello de la Clínica de Medicina Física y Rehabilitación * Fecha, dirección y número telefónico (En caso de ser menor de edad, se deben incluir los datos de éste) <p style="text-align: center;">(Formato No. 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> .- Entrega al paciente o responsable la notificación de depósito, copia del estudio socio-económico (si es necesario) copia de receta y lo remite a la Coordinación de Negociación de Convenios.
PACIENTE O RESPONSABLE	5	RECIBE NOTIFICACION DE DEPOSITO Y ESTUDIO SOCIO-ECONOMICO (SI PROCEDE)	<ul style="list-style-type: none"> .- Se presenta a la Coordinación de Negociación de Convenios y entrega la documentación
COORDINACION DE NEGOCIACION DE CONVENIOS	6	AUTORIZA EL PAGO DEL DEPOSITO	<ul style="list-style-type: none"> .- Verifica los datos de la notificación y si estan todos correctos, otorga su Visto Bueno, firmando y sellando y remite

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
PACIENTE O RESPONSABLE	7	REALIZA EL PAGO	<p>al paciente o responsable a Caja Receptora a realizar el pago correspondiente</p> <p>.- Presenta documentación en caja receptora y efectúa el pago</p>
CAJA RECEPTORA	8	EMITE RECIBO DE PAGO	<p>.- Elabora recibo de pago y entrega original a paciente o responsable.</p> <p style="text-align: center;">(Formato No. 4)</p>
COORDINACION DE NEGOCIACION DE CONVENIOS	9	ELABORA CONTRATO	<p>.- En la notificación de Depósito, anota número de Recibo de Pago y fecha de emisión</p> <p>* Elabora Contrato, si procede, dependiendo del accesorio o aparato solicitado</p> <p>En la notificación, anota el número de Contrato y la fecha de emisión</p> <p>* Solicita al paciente o responsable la respectiva firma</p>
PACIENTE O RESPONSABLE	10	FIRMA CONTRATO	<p>* Firma contrato</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA (Formato No. 5)
COORDINACION DE NEGOCIACION DE CONVENIOS	11	ENTREGA COPIA DE CONTRATO	.- Entrega al paciente o responsable copia del Contrato, debidamente firmado, así como la copia de la Notificación de Depósito y el recibo de pago original y lo remite a la Clínica de Medicina Física y Rehabilitación a reclamar el aparato o accesorio
CLINICA DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION (TRABAJADORA SOCIAL)	12	ENTREGA APARATO O ACCESORIO	.- Una vez verificados los datos del paciente o responsable, llena el formato de Entrega y Recepción de Bienes el que contiene: * Fecha de entrega * Número de Contrato * Datos del responsable del Contrato * Número de identidad * Nombre y número de afiliación * Datos del paciente * Nombre y número de afiliación

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
<p>COORDINACION DE NEGOCIACION DE CONVENIOS</p>	<p>13</p>	<p>ARCHIVA DOCUMENTACION</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Descripción del bien * Estado del bien * Firma de recibido por parte del paciente o responsable * Firma del empleado que entrega el bien * Archiva la copia de notificación de Depósito y entrega al paciente el recibo de pago (original) <p style="text-align: center;">(Formato No. 1 y 6)</p> <p>.- Registra en el Cuadro " Control de Devolución de Aparatos- Medicina Física y Rehabilitación " los bienes asignados a cada paciente, consignando la fecha en que deberá hacer la devolución</p> <p style="text-align: center;">(Formato No. 1 y 6)</p> <p>.- Traslada a la Coordinación de Negociación de Convenios copia del Formato de Entrega y Recepción de Bienes</p> <p>.- La documentación generada por la asignación del aparato o accesorio se archiva hasta que este es devuelto, y se solicita el reintegro del valor dejado en depósito.</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
TRABAJADOR SOCIAL	14	HACE RECORDATORIO	.- Realiza llamadas para recordar al paciente o responsable sobre la fecha en que debe realizar la devolución del aparato o accesorio prestado
	15	FIN DEL PROCEDIMIENTO	

Ic/emma