

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

PROCEDIMIENTO DE AUTORIZACIÓN , REGISTRO, Y RECUPERACION DE VALORES POR TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS			
POR CONVENIO DE PAGO EN LOS HOSPITLES DE ESPECIALIDADES Y REGIONAL DEL NORTE			
OBJETIVO: MANTENER EL REGISTRO REAL DE ATENCIONES POR TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS POR CONVENIO DE PAGO			
APROBADO POR LA DIRECCION EJECUTIVA EN MEMORANDUM No. 1104-DE-IHSS DEL 9 DE MARZO 2009.			
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
SOLICITANTE	1	SE PRESENTA AL AREA DE CONVENIOS	.- El solicitante se presenta al àrea de convenios a solicitar informaciòn para recibir tratamiento de Hemodialisis por medio de convenio de pago.
ENCARGADA AREA DE CONVENIOS	2	SOLICITA REMISION DEL ESPECIALIS-TA	.- Solicita al peticionario la Remisiòn del Mèdico, Diagnòs-tico y el tratamiento que requiere el paciente .- Revisa y analiza la documentaciòn presentada por el so-licitante
	3	ESTABLECE EL COSTO ESTIMADO	.- Establece el costo estimado de lo que implicarìa el trata-miento indicado por el medico y se lo comunica al solici-tante para saber si acepta o no los costos
	4	ELABORA Y ENVIA MEMORANDO A GERENCIA DEL HOSPITAL	.- Si acepta la estimaciòn de los costos elabora memo - do solicitando autorizaciòn para elaboraciòn de Convenio Pago a la Gerencia del Hospital.

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
GERENCIA HOSPITAL	5	AUTORIZA TRATAMIENTO	.-En el memorando debe especificar el costo estimado del tratamiento, y adjuntar fotocopias de remisión del médico, diagnóstico así como el tratamiento indicado al paciente .- Envía memorando a la Gerencia del Hospital .- La Gerencia del Hospital , analiza la documentación y autoriza, mediante memorando, el tratamiento de Hemodialisis por convenio de pago. .- Envía respuesta al Area de Convenios
ENCARGADA AREA DE CONVENIOS	6	CITA AL PACIENTE	.- Se comunica con el paciente, informándole que el tratamiento ha sido autorizado. .- Cita al paciente, indicándole el día y hora en que debe presentarse para elaborar el Convenio de Pago correspondiente, informándole la documentación que debe traer
SOLICITANTE	7	SE PRESENTE A LA CITA INDICADA	.- Se presenta a la Oficina de Convenios, donde recibe información de la documentación que debe llenar y los documentos que debe adjuntar
ENCARGADA AREA DE CONVENIOS	8	ENTREGA FORMULARIO Y LISTA DE DOCUMENTOS PARA SER LLENADOS	.- Entrega el formulario de solicitud de servicios el que debe ser llenado por el solicitante y los dos avales ,asi

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			como adjuntar sus documentos personales y constancia de trabajo, la misma documentación para los dos avales. .- El formulario debe contener la información siguiente: I.- Datos del solicitante responsable * Nombre completo * Número de Identidad * Salario mensual * Telefono domicilio / Celular * Dirección del domicilio * Nombre de la Institución o empresa en que labora * Dirección del lugar de trabajo y teléfono II.- Datos del Paciente * Nombre completo del paciente * Número de identidad * Teléfono domicilio/ celular

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			* Medico que lo remite * Parentesco con el responsable * Diagnostico III. Datos de los avales * Nombre completo del aval no.1 * Nùmero de identidad * Telèfono domicilio/ Celular * Direcciòn del domicilio * Nombre de la Instituciòn o Empresa donde labora * Direcciòn del lugar de trabajo y no. De telèfono * Salario * Igual informaciòn para el aval no.2 * Firma del solicitante responsable y de los avales .- Para uso exclusivo del àrea de convenios .-Observaciones

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
ENCARGADA AREA DE CONVENIOS	10	RECIBE Y REVISA DOCUMENTOS	.- Hora y fecha de Recepciòn de solicitud .- Nombre completo de quien recibe la solicitud .- Aprobada por .- Fecha de aprobaciòn NOTA: Esta solicitud no es v`alida sin la firma y sello del Area de Convenios y del Gerente Administrativos y de Servicios Generales .- Junto con la documentaciòn (requisitos) entrega los costos estimado para efectos de verificaciòn por parte del paciente, para la elaboraciòn del Contrato de Convenio de Pago .- Revisa la documentaciòn para la elaboraciòn del contrato de convenio de pago .- Indica al solicitante que se presente al Banco a depositar el costo estimado de la atenciòn requerida y regrese con los comprobantes de pago .- Saca fotocopia del comprobante de deposito y lo adjunta a la documentaciòn

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
	11	ELABORA MEMORANDO DE INGRESO AL PACIENTE	.- Elabora memorando para la Unidad de Hemodialisis indicando el número de convenio y se le de ingreso para que se programe las citas al paciente conforme a lo indicado por el medico tratante.
	12	ELABORA CONVENIO DE PAGO	.- El convenio de pago deberá contener, entre otra la información siguiente: * Nombre del responsable * Estado Civil * Número de la tarjeta de Identidad * Domicilio * Lugar de trabajo (acompañar constancia de trabajo y sueldo) * Nombre del paciente * Cantidad depositada en Banco *Nombre de los dos (2) avales * Dirección de los avales

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
	13	DISTRIBUCIÓN DE CONVENIO DE PAGO	* Lugar de trabajo (acompañar constancia de trabajo y fotocopia de documentos personales * Fecha de suscripción del convenio * Número del memorando de autorización * Número de recibo de pago del Banco * Firma del responsable * Firma de los dos avales (ver formulario no.2) .- Una vez firmado el convenio de pago, tanto por la Gerencia del Hospital como por el interesado se procederà a la distribución del mismo de la forma siguiente: + Original : Area de Convenios + Còpia : Interesado + Còpia : Registros Contables + Còpia : Sub-Gerencia administrativa y Serrvicios Generales + Còpia : Unidad de Hemodialisis

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
ENCARGADA DEL AREA DE CONVENIOS	17	REALIZA ANOTACIONES	- El número de recibo lo registra en la cópia del convenio si el tratamiento continúa, el proceso de registro de tratamiento y medicamentos aplicados se continúan manejando para su recuperación posterior. - De haber faltado al cumplimiento de sus obligaciones se notificarà a la Gerencia del Hospital y a la Unidad de Hemodialisis para suspender el tratamiento del paciente.
	18	FIN DEL PROCEDIMIENTO	
kp/lc/if/emma			