

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 documentaciòn para los dos avales. .- El formulario debe contener la informaciòn siguiente: I.- Datos del solicitante responsable * Nombre completo * Nùmero de Identidad * Salario mensual * Telefono domicilio / Celular * Direcciòn del domicilio * Nombre de la Instituciòn o empresa en que labora * Direcciòn del lugar de trabajo y telèfono II.- Datos del Paciente * Nombre completo del paciente * Nùmero de identidad * Telèfono 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 pa- ciente, 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 Servicios Generales + Còpia : Unidad de Hemodialisis

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y SERVICIOS GENERALES	14	RECIBE COPIA DE CONVENIO	+ Còpia : Expediente + Còpia : Archivo .- Con la còpia del convenio, instruye al servicio de Hemodialisis para que lleve control de las aplicaciones y medicamentos aplicados, a fin de contar con registros actualizados. .- En los dos (2) primeros dias del mes remite informe a la àrea de convenios para elaborar el respectivo estado de Cuenta.
	15	ELABORA ESTADO DE CUENTA	.- Con los datos enviados por la Sub-Gerencia Administrativa , elabora el respectivo Estado de Cuenta, con el proposito de que el suscriptor del Convenio conozca si se han hecho gastos adicionales que deberà hacer efectivo al recibir la notificaciòn correspondiente
SUSCRIPTOR DEL CONVENIO DE PAGO	16	CANCELA VALORES ADEUDADOS	.- En el banco cancela el valor indicado en la notificaciòn .- Recibe original y còpia del recibo y los presenta en el àrea de convenios para que se realicen los registros respectivos.

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
ENCARGADA DEL AREA DE CONVENIOS	17	REALIZA ANOTACIONES	- El número de recibo lo registra en la còpia 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			