

CONTENIDO

	Página
OBJETIVO DE LA CARTILLA	3
1. LEGISLACIÓN MARCO DEL PLAN DE SALUD DEL MAGISTERIO	5
2. CARACTERÍSTICAS DEL MODELO MEJORADO DE SALUD DEL MAGISTERIO	5
3. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DEL MODELO MEJORADO ...	7
A. RÉGIMEN ESPECIAL	7
B. EQUIDAD	7
C. GARANTÍA DE LA CALIDAD INDIVIDUAL	8
D. ÁMBITO GEOGRÁFICO	8
4. QUIÉNES TIENEN DERECHOS A LOS SERVICIOS Y CÓMO ACCEDEN A ELLOS	9
1. COBERTURA DEL SISTEMA	10
2. ACREDITACIÓN	11
Cotizantes	11
Cónyuges	11
Compañera(o) permanente	11
Hijos hasta 18 años	11
Hijos de 19 a 25 años	12
Hijos mayores de 18 años con discapacidad permanente ...	12
Padres de docentes solteros sin hijos	12

Beneficiarios de sustitución pensional 13

3. PROCEDIMIENTO PARA INSCRIPCIÓN DE BENEFICIARIOS 13

4. PROCEDIMIENTO PARA INSCRIBIRSE Y SELECCIONAR ENTIDAD CONTRATISTA 14

5. CUÁLES SON LOS SERVICIOS 14

Atención básica 16

Atención de urgencias 16

Atención especializada 16

Ayudas diagnósticas 17

Complementación terapéutica 17

Suministro de medicamentos 17

Hospitalización y cirugía 17

Alto costo 18

Salud ocupacional 18

Accidentes de trabajo 19

Incapacidades 19

Reembolsos 19

Exclusiones 20

6. DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL EDUCADOR FRENTE AL MODELO MEJORADO DE SALUD 21

A. DERECHOS 21

B. DEBERES 23



OBJETIVO DE LA CARTILLA

Informar a la totalidad de usuarios del régimen de excepción de salud del Magisterio sobre las características del modelo de atención, para garantizar el conocimiento y utilización de los servicios y el pleno disfrute de todas sus ventajas.

Elaborado por Fiduprevisora S. A.
Dirección de Servicios en Salud

1. LEGISLACIÓN MARCO DEL PLAN DE SALUD DEL MAGISTERIO

La Ley 91 de 1989 crea el Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio como una cuenta de la Nación, con el fin de administrar los recursos de seguridad social de los docentes afiliados, que incluye la prestación de los servicios de salud y el pago de sus prestaciones económicas.

También establece que el Fondo debe ser administrado por una entidad fiduciaria. La prestación de los servicios médico-asistenciales se realiza a través de la contratación con entidades de salud de acuerdo con las instrucciones que imparte el Consejo Directivo del Fondo. Este sistema tiene carácter de excepcionado del Sistema de Seguridad Social de la Ley 100 de 1993.



2. CARACTERÍSTICAS DEL MODELO MEJORADO DE SALUD DEL MAGISTERIO INTEGRALIDAD

INTEGRALIDAD

El Régimen Especial de Salud del Magisterio en Colombia es un Plan Integral que involucra en primera instancia y como razón fundamental, a los docentes afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio y sus Beneficiarios, atendidos mediante un conjunto de beneficios de cobertura nacional, a través de contratistas habilitados para tal fin y seleccionados bajo el cumplimiento de altos estándares de calidad.



ASPECTOS MEJORADOS:

Acatando las inquietudes de nuestros usuarios y conservando como meta de la prestación de servicios su satisfacción, se plantearon las siguientes mejoras:

- El plan de beneficios actual es superior al de otros sistemas de salud existentes en el país, toda vez que su cobertura es superior en medicamentos e insumos, abordaje integral de patologías y carencia de períodos mínimos de cotización y preexistencias; no obstante, presentaba diferencias de cobertura entre departamentos, lo cual se superó en el modelo mejorado, nivelándose por lo alto los beneficios en todo el territorio nacional.
- Anteriormente, en aquellos casos en los cuales el usuario no quedaba satisfecho con la calidad del servicio, no tenía opción de cambiar de prestador; respetando el derecho a la libre escogencia se estableció esta posibilidad tanto en la afiliación inicial como en el tiempo de permanencia con el contratista seleccionado.
- El hecho de que el docente tenga la oportunidad de elegir libremente la entidad contratista, promueve el mejoramiento continuo al interior de las instituciones prestadoras de servicios de salud, así como la sana competencia.
- Con el propósito de mejorar el nivel de control de la calidad de los servicios, se ha dado especial importancia al conocimiento por parte del usuario de sus derechos y deberes, teniendo como norte el uso racional de los servicios.
- Las mejoras hechas al plan de servicios no generan costos adicionales para el FNPSM ni para los maestros.



3. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DEL MODELO MEJORADO

A. RÉGIMEN ESPECIAL

- La excepcionalidad del régimen para los docentes y sus beneficiarios se mantiene.
- No existencia de copagos para ningún servicio, para los afiliados ni para los beneficiarios.
- No existencia de cuotas adicionales a los aportes de ley para atención o tratamiento de los afiliados al FNPSM o sus beneficiarios.
- Atención o tratamiento de todo tipo de patologías sin restricción, a los afiliados y sus beneficiarios.
- No períodos mínimos de cotización, lo que implica que tanto el docente como sus beneficiarios pueden ser atendidos sin restricción desde el primer día de afiliación al Fondo.



B. EQUIDAD

- Mejoramiento de la cobertura al equilibrarla por el nivel más alto, en la totalidad de las entidades territoriales.
- Unificación e integralidad en el plan de beneficios en todas las entidades territoriales, con el máximo de cubrimiento del régimen.

- El FNPSM recibe (para atención de las necesidades de salud) por cada educador el 12% del valor de su remuneración, que es aportado conjuntamente por el funcionario (4%) y por el Estado (8%).



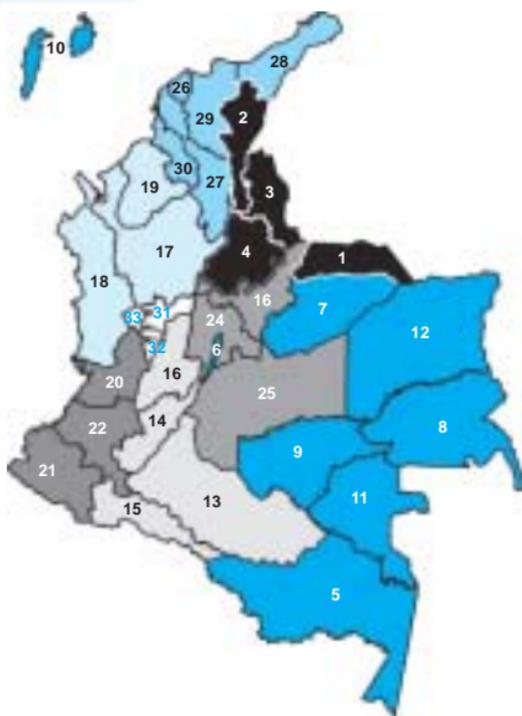
C. GARANTÍA DE CALIDAD INDIVIDUAL

- En cada región y de acuerdo con la oferta de servicios, se dispondrá de varias alternativas de prestadores para elección de los afiliados.
- Cambio de prestador en los períodos establecidos para tal fin, por insatisfacción con el servicio.
- Mejoramiento de la calidad del servicio para garantizar permanencia de los afiliados.
- Control directo por parte del usuario, por mayor divulgación de sus derechos.

D. ÁMBITO GEOGRÁFICO

Se amplía el territorio de prestación de servicios pasando de departamentos a regiones, lo que implica una ampliación de la red de servicios para los docentes y por ende mejor accesibilidad, oportunidad y calidad de los servicios.

A continuación se presentan los departamentos que inicialmente configuran las regiones determinadas para la prestación de los servicios, las que pueden ser sujetas a modificación según resulte conveniente para un mejor servicio de los docentes y de sus beneficiarios.



DEPARTAMENTO	GRUPO
1 ARAUCA	1
2 CESAR	
3 NORTE S/DER	
4 SANTANDER	
5 AMAZONAS	2
6 BOGOTÁ, D.C.	
7 CASANARE	
8 GUAINÍA	
9 GUAVIARE	
10 SAN ANDRÉS	
11 VAUPÉS	3
12 VICHADA	
13 CAQUETA	
14 HUILA	4
15 PUTUMAYO	
16 TOLIMA	
17 ANTIOQUIA	
18 CHOCÓ	5
19 CÓRDOBA	
20 CAUCA	
21 NARIÑO	6
22 VALLE	
23 BOYACÁ	7
24 CUNDINAMARCA	
25 META	
26 ATLÁNTICO	8
27 BOLÍVAR	
28 LA GUAJIRA	
29 MAGDALENA	
30 SUCRE	8
31 CALDAS	
32 QUINDIO	
33 RISARALDA	

4.

QUIÉNES TIENEN DERECHOS A LOS SERVICIOS Y CÓMO ACCEDEN A ELLOS

A continuación se definen las condiciones de cobertura de los contizantes y beneficiarios del régimen especial de salud del Magisterio.

1. COBERTURA DEL SISTEMA

DEFINICION DE QUIENES TIENEN DERECHO

- **Cotizantes:** Todos los docentes afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (activos y pensionados).
- Beneficiarios de sustitución pensional.
- Beneficiarios de cotizantes al Fondo:
 - El cónyuge del docente afiliado.
 - El compañero(a) permanente del docente afiliado, cuya unión sea superior a dos años.
 - Los hijos de los educadores hasta los 18 años.
 - Los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente y dependencia económica del afiliado.
 - Los hijos entre 19 y 25 años con dependencia económica total de los educadores afiliados y que acredite su condición de estudiante de dedicación exclusiva (se incluye en la cobertura el período vacacional académico).
 - Los padres de los educadores solteros y sin hijos mientras no estén pensionados y dependan económicamente de este.
 - Las hijas beneficiarias según coberturas anteriores y que se encuentren en estado de embarazo, así como su recién nacido hasta los primeros treinta días de edad.



2. ACREDITACIÓN

REQUISITOS Y DOCUMENTOS

Para acreditar su condición de afiliados o beneficiarios solo necesita cumplirse, según el caso, con los pasos descritos a continuación.

COTIZANTES

Los cotizantes del régimen especial de salud del Magisterio son los docentes (activos y pensionados) afiliados al FNPSM.



CÓNYUGES

1. Diligenciamiento del formulario de inscripción.
2. Registro civil de matrimonio.
3. Fotocopia de la cédula del cónyuge.

COMPAÑERA(O) PERMANENTE

1. Diligenciamiento del formulario de inscripción.
2. Declaración juramentada del afiliado y compañero (a) en la que manifiesten que la convivencia es igual o superior a dos (2) años. En este evento la sustitución por un nuevo compañero (a) con derecho a ser inscrito exigirá el cumplimiento del término antes indicado.

HIJOS HASTA 18 AÑOS: (Válido hasta el día que cumple 19 años)

1. Diligenciamiento del formulario de inscripción.
2. Registro civil de nacimiento de los hijos.
3. Fotocopia de documento de identidad.

HIJOS DE 19 A 25 AÑOS (Hasta cuando cumple 25 años)

1. Diligenciamiento del formulario de inscripción.
2. Registro civil de nacimiento de los hijos.
3. Fotocopia de cédula de ciudadanía de hijos.
4. Certificación de estudios expedida por establecimiento educativo (diurno).
5. Declaración del afiliado donde certifique que el hijo depende económicamente de él.

HIJOS MAYORES DE 18 AÑOS CON DISCAPACIDAD PERMANENTE

1. Diligenciamiento del formulario de inscripción.
2. Registro civil de nacimiento de los hijos.
3. Fotocopia de cédula de ciudadanía de hijos.
4. Certificado médico laboral (expedido por especialista en medicina laboral) de discapacidad permanente mayor del 70% (Decreto 1346/94).
5. Declaración del afiliado donde certifique que el hijo depende económicamente de él.

PADRES DE DOCENTES SOLTEROS SIN HIJOS

1. Formulario de inscripción.
2. Registro civil de nacimiento del afiliado.
3. Fotocopia de cédula de ciudadanía de los padres.
4. Declaración del afiliado donde certifique la dependencia económica total de sus padres.
5. Declaración del afiliado donde certifique que los padres no están pensionados.

RECIÉN NACIDOS HIJOS DE LAS BENEFICIARIAS (Durante los primeros 30 días)

1. Formulario de inscripción.
2. Certificado de nacido vivo o registro civil de nacimiento del menor.
3. Fotocopia de documento de identidad de madre beneficiaria (Hija del afiliado).
4. Declaración del afiliado en donde certifique que la madre del menor dependen económicamente de él.

BENEFICIARIOS DE SUSTITUCIÓN PENSIONAL

1. En caso de que no estén inscritos llenar el formulario de inscripción.
2. Fotocopia de los documentos de identificación de los sustitutos.
3. Certificado de Fiduciaria La Previsora de su calidad de sustituto(s) pensional(es).

3. PROCEDIMIENTO PARA INSCRIPCIÓN DE BENEFICIARIOS

Los afiliados deben realizar los trámites de acreditación de sus beneficiarios ante la entidad contratista elegida y/o secretarías de educación territoriales, entregando toda la documentación requerida, según lo indicado en el numeral 2 de este manual.

La entidad contratista, en un plazo no mayor a diez (10) días contados a partir de la entrega de los documentos, deberá verificar la información suministrada y carnetizar al afiliado y sus beneficiarios.



4. MECANISMO PARA INSCRIBIRSE Y SELECCIONAR ENTIDAD CONTRATISTA

Fiduciaria La Previsora presentará en cada región como alternativas de selección las entidades que hayan cumplido con todos los requisitos técnicos, administrativos y financieros para garantizar la adecuada prestación de servicios; es un deber del afiliado seleccionar una entidad contratista e inscribirse, en el término establecido para ello. Si el afiliado no hace uso de su derecho de seleccionar entidad contratista, Fiduciaria La Previsora hará la asignación pertinente.

5. CUÁLES SON LOS SERVICIOS

Los afiliados y beneficiarios del régimen especial de salud del Magisterio tendrán derecho a los servicios tanto preventivos como curativos para el mantenimiento de su salud, e incluye acciones en:

- Promoción de estilos de vida saludables.
- Identificación precoz de patologías.
- Adecuada valoración y orientación de problemas derivados de actividad ocupacional.
- Educación en hábitos ergonómicos y prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- Tratamiento oportuno y adecuado de los problemas de salud.
- Rehabilitación integral de la incapacidad acontecida por causa de enfermedad general o profesional.
- Para atender las necesidades en cada una de las áreas mencionadas, el sistema ofrece la prestación de los siguientes servicios:

- Plan Integral de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, según los perfiles epidemiológicos de cada región. A grupos y problemas específicos tales como:
 - Programas dirigidos a poblaciones especiales: madre, niño, trabajador, adulto mayor, pensionados, discapacitados.
 - Programas de salud general: alimentación y nutrición, salud oral, salud mental, prevención de accidentes.
 - Programas para la prevención, protección y control de enfermedades prevalentes dentro del perfil de morbimortalidad de la región.
- En el grupo constituido por las usuarias en estado de embarazo, parto o puerperio, actividades tales como: Controles prenatales, preparación física y psicológica para el parto a través del curso psicoprofiláctico, educación para la lactancia y el afecto, control y seguimiento posparto, inmunizaciones.
- En el grupo de menores constituido por los beneficiarios hasta los 18 años de edad inclusive, actividades tales como:
 - Seguimiento y evaluación del crecimiento y desarrollo psicomotor y afectivo.
 - Protección específica contra las enfermedades inmunoprevenibles.
 - Prevención y control de caries dental y enfermedad periodontal.
 - Diagnóstico precoz y tratamiento clínico de los defectos de la audición, el lenguaje, la visión, la locomoción.
- En el grupo de adultos, las siguientes actividades: identificación, seguimiento y control de enfermedades crónicas, control odontológico periódico, consulta de seno, prevención, identificación, seguimiento y control de enfermedades prevalentes.

• Atención básica

Plan Integral de Atención en Medicina y Odontología en todos los niveles de complejidad, sin ninguna restricción, con apoyo asistencial según se requiera, con base en criterios de racionalidad técnico científica y acceso a la biotecnología disponible en el país, incluyendo trasplantes y/o tratamientos de enfermedades catastróficas o de alto costo sin ninguna restricción y tratamiento de alcoholismo a los afiliados cuya condición patológica afecte la prestación de servicios educativos.

• Atención de urgencias

El usuario tiene derecho a ser atendido por urgencias en todo el país, previa acreditación de derechos, presentando carné de afiliación y documento de identidad. En el caso de atenciones fuera de su región sede, el usuario debe informarse y asistir a la red que el contratista tenga implementada en las diferentes regiones del país, disponiendo de ambulancia u otro medio de transporte para su desplazamiento, si su condición clínica lo amerita.



• Atención especializada

Incluye las atenciones disponibles en el país en las diferentes especialidades y subespecialidades médicas y odontológicas.

La atención odontológica especializada involucra atenciones de Endodoncia, Odontopediatría, Periodoncia y Cirugía.

• Ayudas diagnósticas

- Laboratorio clínico básico y especializado.
- Imagenología básica y especializada.
- Electrodiagnóstico.
- Otros exámenes especializados.

• **Complementación terapéutica**

- Nutrición.
- Psicología.
- Terapias: Respiratoria, Física, del Lenguaje, Ocupacional.
- Ortóptica y pleóptica.
- Suministro de medicamentos del mercado nacional.
- Tratamientos especiales (entre otros: quimio y radioterapia, cobaltoterapia, antitumorales, tratamientos VIH, etc.).
- Transplantes de órganos.
- Prótesis y ortesis.
- Suministro de lentes.
- Transporte (ambulancia).

• **Suministro de medicamentos**

Suministro total de medicamentos autorizados por el Invima y que se comercialicen en el territorio nacional.

El propósito fundamental de contar con un Listado Básico de Medicamentos o Guía Terapéutica, no es otro sino el de introducir algunos mecanismos de control que permitan abordar efectivamente los problemas más frecuentemente evidenciados en el funcionamiento de este modelo.



El suministro de los medicamentos no está sujeto a restricción; esto es, si el profesional de la salud de la red del contratista indica justificadamente un medicamento, debe ser suministrado.

• **Hospitalización y cirugía**

La hospitalización se garantizará en habitaciones bipersonales, salvo cuando el estado clínico del paciente u otra indicación médica, determine la hospitalización en habitación unipersonal.

- Hospitalización para tratamiento médico no quirúrgico.
- Hospitalización para cirugía ambulatoria y con permanencia hospitalaria.

- **Alto costo**

No existen exclusiones, preexistencias ni periodos mínimos de cotización para la atención integral de todas las patologías denominadas de alto costo o catastróficas como Cáncer, VIH-SIDA, Insuficiencia Renal Crónica o Aguda, Patologías Cardiovasculares, Neurológicas y los trasplantes. Cualquier procedimiento que se realice o pueda realizarse en el país, como trasplantes, implantación de prótesis y demás actividad de alta complejidad, estarán incluidas dentro del plan de servicios de salud ofrecido a los usuarios, de acuerdo con el criterio y racionalidad técnico-científica del profesional tratante.

- **Salud ocupacional**

La entidad contratista deberá garantizar el desarrollo y funcionamiento del programa de salud ocupacional del magisterio, de acuerdo con las directrices impartidas por FiduPrevisora S.A. Este programa tiene como finalidad prevenir cualquier daño en la salud de los docentes derivada de su actividad laboral y generar una cultura de vida saludable al interior de las instituciones educativas que garantice un óptimo control de los riesgos profesionales.

Los afiliados del régimen especial de salud del Magisterio tendrán derecho a los servicios tanto preventivos como curativos para el mantenimiento de su salud laboral, e incluye acciones en:

- Detección de alteraciones en el sistema osteomuscular.
- Salud mental.
- Terapia de lenguaje.
- Tamizaje visual y auditivo.

- Planes de capacitación.
- Acciones de medicina laboral.
- Programas de vigilancia epidemiológica en Salud Ocupacional.
- Conformación de brigadas.
- Higiene y seguridad industrial.
- Medicina del trabajo.

• Accidentes de trabajo

En caso de accidente de trabajo, el afiliado deberá acercarse a la entidad seleccionada y presentar fotocopia del reporte del accidente, el cual deberá diligenciarse dentro de las 72 horas siguientes al evento. En caso de estar incapacitado secundariamente al accidente de trabajo, podrá enviar a un tercero con una autorización escrita, copia de documento de identidad y carnet, además de la incapacidad para hacer el trámite pertinente.

• Incapacidades

Para el trámite de incapacidades por cualquier tipo de patología, será la entidad contratista seleccionada la encargada del proceso.

Para valoración de enfermedad profesional, la entidad contratista orientará el abordaje integral, tanto diagnóstico, como terapéutico. Es de anotar que el usuario tiene derecho a la atención integral y oportuna por las alteraciones de origen laboral a través de un equipo humano idóneo para dicho fin. La entidad contratista reportará diariamente las incapacidades presentadas a la entidad territorial.

• Reembolsos

Si el usuario hace uso de los servicios por una red diferente de la establecida por el contratista, por razones claramente documentadas y justificadas por la entidad tratante, le serán reembolsados los costos

de dichas atenciones, siempre y cuando estén dentro de las coberturas previstas, teniendo como referencia las tarifas contenidas en el Decreto 2423 de 1996 (tarifas SOAT) ajustadas de acuerdo con las modificaciones que a esta disposición se hicieren.

Para efectos del reembolso, el usuario o familiares deberán:

- Informar al contratista dentro de los 8 días hábiles siguientes a los hechos de la urgencia presentada.
- Presentar solicitud de reembolso acompañada de la factura original de los servicios. Copia de la historia clínica con epicrisis (Resumen de atención).

• **Exclusiones**

Son las atenciones que no están incluidas en el plan de servicios.

- Tratamientos de infertilidad.
- Tratamientos y medicamentos relacionados con la impotencia y frigidez.
- Tratamientos considerados estéticos, cosméticos o suntuarios y los no encaminados a la restitución de la funcionalidad perdida por enfermedad.
- Todos los tratamientos quirúrgicos de medicamentos considerados experimentales o los no autorizados por las sociedades científicas debidamente reconocidas en el país.
- Se excluyen expresamente todos los tratamientos médico quirúrgicos que no puedan ser realizados en el país.
- Se excluyen todos los medicamentos no autorizados por el Invima como ente regulador de la comercialización de medicamentos.
- Tratamientos de ortodoncia no preventiva.
- Tratamientos de rehabilitación oral con fines estéticos.

- Tratamientos con prótesis dentales.
- Tratamientos para la obesidad con fines estéticos.
- Tratamientos de alcoholismo o drogadicción a los beneficiarios, excepto en sus fases agudas.
- Artículos suntuarios, cosméticos, complementos vitamínicos, líquidos para lentes de contacto, lágrimas artificiales, tratamientos capilares, champúes, jabones, leches, cremas hidratantes, antisolares, drogas para la memoria o impotencia sexual, edulcorantes o sustitutos de la sal, anorexígenos, enjuagues bucales, cremas dentales, cepillo y seda dental.

6. DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL EDUCADOR FRENTE AL MODELO MEJORADO DE SALUD

A. DERECHOS: Los usuarios tienen derecho a:

1. El usuario tiene derecho a elegir la entidad contratista para su atención y la de su grupo familiar.
Esta elección se puede hacer a través del mecanismo que para tal fin define Fidupervisora S.A.
2. Recibir oportunamente el carné de afiliado y/o beneficiario bajo la previa presentación de los documentos pertinentes.
3. Recibir información clara, precisa, veraz y actualizada sobre los servicios de salud, ubicación de sedes e instituciones y modelos de atención administrativos y asistenciales.
4. Obtener la asignación de cita o turno para la atención, de manera ágil y oportuna, según estos estándares. Consulta general: máximo 24 horas. Consulta especializada: máximo 5 días.

5. Recibir los servicios médicos de manera oportuna y con calidad.
6. Recibir un trato digno y cortés por parte del personal que presta los servicios.
7. Recibir los servicios en el sitio más próximo a su trabajo o su lugar de residencia, según la red contratada.
8. Opción de escoger de la red ofertada el o los profesionales e instituciones por quien ser atendido.
9. Ser atendido en instalaciones seguras y adecuadas.
10. Presentar peticiones y sugerencias en primera instancia, ante la dependencia nominada por la entidad contratista para atención al usuario, verbalmente o por escrito y obtener respuesta dentro de los quince días siguientes a su comunicación. Si la magnitud de la irregularidad lo amerita o en este lapso de tiempo no ha obtenido respuesta, deberá enviar copia de comunicación al Comité Regional que opere en su departamento. Si las dos instancias anteriores no han resuelto su inquietud, podrá dirigirse en última instancia al equipo de Dirección de servicios de salud de Fiduprevisora S.A, a través del cual se ejercen acciones de vigilancia, inspección y control sobre la Red de Prestación de Servicios.
11. Ser referido para atención en un nivel de complejidad superior, cuando se requiera, según criterio del médico tratante.
12. Ser atendido de urgencia (Condición que pone en riesgo inminente la vida o la integridad), fuera de la región sede, cuando se requiera.
13. Ser escuchado y orientado acertada y oportunamente respecto a su problemática de salud.
14. Recibir indicaciones claras y precisas sobre autocuidado, tratamientos y controles que debe seguir.
15. Recibir los medicamentos de acuerdo con las necesidades de salud.
16. El usuario tiene derecho a participar como veedor en la prestación de los servicios de salud.

B. DEBERES: Los usuarios deben:

1. El cotizante debe afiliarse a su grupo familiar oportunamente entregando de manera completa la documentación requerida.
2. Reportar la novedad de cambio de afiliado a pensionado, de su domicilio y demás que puedan requerirse para poder recibir un buen servicio.
3. Tratar en forma respetuosa y cortés a los agentes de salud.
4. Colaborar con la conservación de los equipos y las instalaciones dispuestas en los sitios de atención.
5. Estar informado de los servicios de salud, la ubicación, los horarios y los procesos administrativos de atención.
6. Reportar como novedad de manera oportuna la exclusión de sus beneficiarios por muerte, separación, cumplimiento de topes de edad o pérdida de su calidad de estudiante según el caso.
7. Acatar los tratamientos, controles e indicaciones prescritas, sin interferir de manera adversa con su manejo.
8. Cumplir puntualmente con los horarios fijados para citas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
9. Cancelar oportunamente la cita, si no es posible cumplirla.
10. Hacer uso racional del servicio, contribuyendo a la optimización de recursos.
11. Informar a la entidad contratista cualquier irregularidad percibida durante su proceso de atención, sea en el ámbito administrativo o asistencial.
12. Retroalimentar a la entidad contratista con mecanismos como encuestas de satisfacción y/o los estipulados por la misma, a fin de optimizar procesos y garantizar continuidad en el mejoramiento de los servicios.
13. Informar al profesional a quien compete, todo lo inherente a su condición de salud.

Señor (a) Docente:

Este es su régimen de salud; con su colaboración, no sólo garantizará su buen estado de salud, sino que contribuirá al mejoramiento continuo de nuestros procesos e instituciones para alcanzar el bienestar colectivo. Nos satisface velar por su calidad de vida.