

# MANUAL DEL **USUARIO**

**FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES  
SOCIALES DEL MAGISTERIO**

# CONTENIDO

	Página
<b>MANUAL DEL USUARIO</b>	
PRESENTACIÓN DE LA EMPRESA.....	<b>5</b>
MISIÓN.....	<b>6</b>
VISIÓN .....	<b>7</b>
PRINCIPIOS FUNDAMENTALES .....	<b>8</b>
DISPOSICIONES VIGENTES EN EL RÉGIMEN	
EXCEPCIONAL DE SALUD DEL MAGISTERIO .....	<b>9</b>
A. Usuarios del Servicio .....	<b>9</b>
B. Procedimiento para la inscripción de beneficiarios .....	<b>11</b>
C. Desafiliación o pérdida de la calidad de Beneficiario.....	<b>17</b>
D. Suspensión .....	<b>18</b>
E. Atención de Usuarios con Radicación Permanente Fuera de la Región Sede .....	<b>19</b>
F. Derechos y Deberes de los docentes, beneficiarios y cotizante(s) dependiente(s) .....	<b>20</b>
G. Cobertura de Transporte .....	<b>23</b>
H. Traslado a otra entidad prestadora del fondo.....	<b>26</b>
I. Servicios farmacéuticos (medicamentos) .....	<b>27</b>
J. Exclusiones.....	<b>28</b>
K. Incapacidades.....	<b>30</b>
L. Reembolso.....	<b>37</b>
M. Estándares de Calidad .....	<b>40</b>
N. Generalidades .....	<b>42</b>

# PRESENTACIÓN DE LA EMPRESA

FIDUPREVISORA S.A. se encarga de administrar los recursos destinados para la prestación de los servicios de salud del régimen de excepción el cual se origina en la ley 91 de 1989 que crea el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio FOMAG, con el fin de asegurar la protección de las necesidades en salud de los docentes y garantizar sus prestaciones económicas; además, propende por el mejoramiento continuo en la calidad de los servicios que ofrecen los contratistas médico asistenciales en todo el territorio nacional.

# MISIÓN FOMAG

Garantizar el cumplimiento y principios sociales en salud de los docentes activos, pensionados y sus beneficiarios en todo el Territorio Nacional, adoptando un modelo de atención integral con enfoque preventivo, de Medicina Familiar y gestión integral del riesgo para incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de la familia y la comunidad, permitiéndoles un estado saludable y el pleno disfrute de la prolongación de la vida en condiciones de respeto mutuo y convivencia pacífica, familiar y comunitaria.

# **VISIÓN** FOMAG

Ser reconocidos a nivel nacional como una institución innovadora en modelos exitosos de atención en salud, comprometida con la seguridad integral, necesidades y expectativas de sus usuarios, a través de la contratación y supervisión estricta de los prestadores de servicios médico asistenciales en el cumplimiento de los estándares de calidad definidos por FIDUPREVISORA S.A.

# PRINCIPIOS FUNDAMENTALES

- Se mantiene el Régimen de Excepción para los docentes y sus beneficiarios.
- No existencia de copagos y cuotas moderadoras para atención o tratamiento de los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio y sus beneficiarios.
- Atención y tratamiento de todo tipo de patologías sin restricción, con excepción de las establecidas en los pliegos de Condiciones (ver exclusiones literal J).
- No existencia de periodos 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.
- Cobertura de todos los medicamentos necesarios para el tratamiento de las patologías, excepto lo establecido en el literal J.
- Cobertura Nacional.

# DISPOSICIONES VIGENTES EN EL RÉGIMEN EXCEPCIONAL DE SALUD DEL MAGISTERIO

## A. USUARIOS DEL SERVICIO

**Cotizantes:** Todas aquellas personas nacionales o extranjeras, residentes en Colombia, vinculadas al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (docentes activos y pensionados).

Los sustitutos pensionales siempre y cuando no coticen al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**El Grupo familiar básico:** El cual esta conformado por instrucción expresa del Consejo Directivo del Fondo Nacional del Magisterio, en las Convocatorias Públicas – Selección Abreviada No. 001 y 003 de 2008, por las siguientes personas:

- Cónyuge o compañera(o) permanente siempre y cuando no esté afiliado a otro Régimen de Excepción o al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Hijos menores de 18 años.
- Los hijos de los afiliados entre 18 y 25 años que dependan económicamente del afiliado y que cursen estudios formal y de educa-

ción para el trabajo y desarrollo humano con base en lo establecido en el Decreto 2888 de 2007, previa presentación de recibo y pago de matrícula del periodo que se curse.

- Los hijos del afiliado, sin límite de edad, cuando tengan una incapacidad permanente y dependan económicamente del afiliado.
- Los nietos del docente hasta los primeros 30 días de nacido, cuando la hija del docente sea beneficiaria del afiliado.
- Padres de cotizantes solteros sin hijos y dependan económicamente de éste y no le asista la obligación de estar afiliados a otro régimen de excepción o al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Padres de cotizantes que dependan económicamente de éste, que no les asista la obligación de estar afiliados a otro régimen de excepción o al Sistema General de Seguridad Social en Salud, y que ellos no tengan como beneficiarios a hijos, cónyuge o compañero(a) permanente.

Se entiende que existe dependencia económica cuando una persona recibe de otra los medios necesarios para su congrua subsistencia. Los límites de las edades se entienden de la siguiente manera:

- Tiene 18 años, hasta el día que cumple 19 años.
- Tendrá cobertura hasta el día que cumple 26 años.

La incapacidad permanente de los hijos mayores de 19 años corresponde a lo establecido en el Decreto 1346 de 1994 y las normas que lo aclaren o lo modifiquen.



En el evento en que el docente desee incluir a su cónyuge o compañero (a) permanente y sus padres se encuentren afiliados como beneficiarios deberá, para que estos continúen recibiendo los servicios médicos asistenciales, surtir el procedimiento establecido para la vinculación de padres cotizantes dependientes; esto es realizando los aportes mensuales al FOMAG, según lo establecido por el Consejo Directivo del FOMAG.

Si existe la figura “matrimonio pedagógico” es decir ambos cotizan al fondo, uno de los dos asume la afiliación de su grupo familiar primario y el otro cotizante asume la afiliación de sus padres como beneficiarios.

## **B. PROCEDIMIENTO PARA LA INSCRIPCIÓN DE BENEFICIARIOS**

La inscripción del beneficiario al servicio de salud requiere, en todos los casos, el diligenciamiento por parte del afiliado, del formulario de inscripción. El contratista deberá realizar la verificación de la inscripción de los beneficiarios de los servicios de salud.

Igualmente el afiliado o beneficiario debe presentar la siguiente documentación que acredita las condiciones legales para su inscripción:

- Para acreditar la calidad de cónyuge, el registro civil del matrimonio.
- Para acreditar la calidad de compañero(a) permanente, declaración juramentada del afiliado y compañero(a) en la que se manifieste que la convivencia es igual o superior a dos años. En este evento

la sustitución por un nuevo compañero con derecho a ser inscrito, exigirá el cumplimiento del término antes indicado.

- Para acreditar la calidad de hijos menores de 19 años de edad, el registro civil en donde conste el parentesco.
- Para acreditar la calidad de padres, el registro civil en donde conste el parentesco.
- Para acreditar la calidad de estudiante de los hijos entre 19 y 25 años, que dependan económicamente del afiliado y que cursen estudios formal y de educación para el trabajo y desarrollo humano con base en lo establecido en el Decreto 2888 de 2007, previa presentación de recibo y pago de matrícula del periodo que se curse.
- Para acreditar la incapacidad permanente de los hijos mayores de 19 años con esta condición, se debe presentar certificación expedida en concordancia con lo establecido en el Decreto 1346 de 1994 y las normas que lo aclaren o lo modifiquen.

Para todos los efectos, la entrega de los documentos anteriormente relacionados es suficiente para acreditar la condición de beneficiario de acuerdo con las normas legales. En todo caso se entenderá afiliado y con derecho a la prestación de servicios todo beneficiario a partir del diligenciamiento y reporte del formato de inscripción y contará con quince (15) días calendario para completar la documentación respectiva. Si cumplido ese plazo no allega los documentos no podrá ser atendido hasta que certifique la afiliación.

Se entiende por hijos: (i) Los nacidos dentro del matrimonio o unión marital de hecho; (ii) Los de cada uno de los integrantes del matrimonio o unión marital de hecho.

### **Afiliación de padres de docentes como cotizantes dependientes.**

Pueden inscribirse los padres de docentes activos y/o pensionados que tengan como beneficiarios inscritos a esposo (a), compañero(a) permanente y/o hijos, mediante el pago de un aporte mensual adicional según el grupo etario y cumpliendo con los siguientes requisitos:

- Acreditar parentesco como padre o madre del docente afiliado al FNPSM.
- No pertenecer al Sistema General de Seguridad Social ni a ningún régimen especial.
- Certificar dependencia económica del padre con respecto a su hijo docente y que el padre o madre no goce de pensión alguna.
- Cumplir con el procedimiento de inscripción definido en el presente reglamento.

El docente interesado en inscribir a su(s) padre(s) para que sea(n) usuario(s) de este servicio, deberá diligenciar el formulario de inscripción diseñado por FIDUPREVISORA S.A., el cual debe hacer llegar a la Gerencia de Servicios en Salud, incluyendo los siguientes documentos:

- Registro civil de nacimiento del docente.

- Fotocopia legible de la cédula de ciudadanía del docente.
- Fotocopia legible de la cédula de ciudadanía del (los) padre(s).
- Fotocopia del desprendible de nómina del último mes del docente.
- Diligenciar el formato que se encuentra publicado en la página Web [www.fomag.gov.co](http://www.fomag.gov.co)
- Declaración de dependencia económica de cada uno de los padres que desee inscribir como cotizantes dependientes.
- Declaración que su(s) padre(s) no goza(n) de ningún tipo de pensión.
- Autorización del descuento por nómina del valor del aporte por cada uno de los padres que desee vincular, donde conste su firma y huella dactilar.

Una vez establecido por FIDUPREVISORA S.A. la pertinencia de la inscripción y previa verificación de los documentos, informará sobre el particular a las entidades y personas involucradas en el proceso, es decir a:

- Secretaría de Educación o ente nominador
- Contratista médico asistencial
- Docente

En el caso en el que no cumplan con los requisitos, se informará al correo electrónico o dirección indicados por el docente en el formulario de inscripción, la falla presentada para que subsane los errores y remita los documentos que se requieran, o se informará su aprobación o negación.

Cumplidos los anteriores requisitos, FIDUPREVISORA S.A. notificará vía correo electrónico y escrito al contratista de la afiliación inmediata, el

cotizante dependiente recibirá la atención médico asistencial a través de la entidad contratista prestadora de salud en el lugar de residencia. A partir del envío del correo electrónico comenzará el descuento por nómina, pensión o consignación directa en las cuentas establecidas por Fiduciaria y el Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio de los valores correspondientes, según grupo etario.

Tenga en cuenta que en su desprendible de nomina se haya efectuado el descuento, en caso contrario favor informar de inmediato a FIDUPREVISORA S.A. para notificar al ente nominador, con el fin de que no se acumulen dichos descuentos.

Es de resaltar, que dicha tarifa se incrementará en forma anual, por cambio de grupo etario o cuando lo determine el Consejo de Seguridad Social en Salud.

Si el docente no tiene afiliado a ningún beneficiario en su grupo familiar, es decir, esposo(a), compañero(a) permanente y/o hijos, independientemente de que sea casado, soltero y/o con hijos, podrá afiliar de manera directa a sus padres como beneficiarios sin que ello implique el pago de un aporte adicional.

### **Permanencia mínima del Cotizante Dependiente**

Durante el tiempo que se encuentre inscrito el beneficiario como cotizante dependiente, el docente se obliga a cancelar el costo del servicio como mínimo durante dieciocho (18) meses, autorizando al ente nominador y al Fondo a realizar los descuentos respectivos de su liquidación y/o de las prestaciones adeudadas, si a ello hubiere lugar.

Esta permanencia solo podrá suspenderse en los siguientes eventos:

- Cuando el educador sea desvinculado de forma definitiva del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, el docente debe informar por escrito a la Gerencia de Servicios en Salud anexando copia del respectivo Acto Administrativo.
- Por el fallecimiento de los padres que ostenten la calidad de cotizantes dependientes, para lo cual el docente debe notificar a FIDUPREVISORA S.A., a través del envío de la copia del registro o Certificado de defunción.
- Solicitud escrita presentada por el docente, una vez se hayan cumplido los dieciocho (18) meses de permanencia mínima.
- Cuando el padre cotizante dependiente adquiera pensión o algún tipo de ingreso que permita deducir la no dependencia económica hacia su hijo docente.
- Cuando el padre cotizante adquiera por cualquier motivo afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Si el docente decide desvincular a su(s) padre(s) antes de cumplirse el plazo de permanencia mínima definido en este numeral, sin que se hayan configurado las causales de desvinculación indicadas anteriormente, estará obligado a cancelar las cuotas mensuales que estuviesen pendientes hasta completar los dieciocho (18) meses de permanencia mínima.

Cuando se produzca la desvinculación del cotizante dependiente, éste tendrá derecho a recibir los servicios de urgencias durante el mes siguiente, contado a partir de la fecha de desvinculación informada por FIDUPREVISORA al contratista.

En caso de que el docente sea desvinculado de manera temporal del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, y desee mantener a sus padres como cotizantes dependientes, deberá (i) informar por escrito sobre el particular a la Gerencia de Servicios en Salud de FIDUPREVISORA S.A., y (ii) consignar oportunamente el valor del aporte mensual en el BANCO BBVA - cuenta de Ahorros No. 309-00240-0, a nombre de FIDUPREVISORA S.A. FONDO DEL MAGISTERIO, y sólo en caso de no tener acceso a esta entidad bancaria, la consignación deberá hacerse en el BANCO AGRARIO DE COLOMBIA Cuenta de Ahorros No. 4-0820-3-00306-3, a nombre de FIDUPREVISORA S.A. - FONDO DEL MAGISTERIO.

### **C. DESAFILIACIÓN O PÉRDIDA DE LA CALIDAD DE BENEFICIARIO**

Cuando el empleado o trabajador se retira en forma temporal o definitiva de la nómina del Magisterio, por causa distinta a haber adquirido el derecho a la pensión, tendrá cobertura médico asistencial durante tres (3) meses. Durante el primer mes de ese lapso, se le garantizará la atención integral y en los dos siguientes meses se le brindará la atención de urgencias y la atención integral relacionada con enfermedades crónicas y programas especiales, si está inscrito en ellos.

En el caso de los beneficiarios y el cotizante dependiente, estos tendrán únicamente un mes de servicios de urgencias. En el caso de desvinculación de una usuaria en estado de embarazo se le garantizará, a ella y al recién nacido, la atención hasta un (1) mes después del parto, en aspectos relacionadas con su gestación, parto y puerperio.

Cuando se compruebe por la entidad contratista o por FIDUPREVISORA S.A, la ocurrencia de un hecho extintivo de la calidad de beneficiario, el usuario que con conocimiento de su deber de información sobre este hecho no lo hizo oportunamente al contratista, este último ejecutará el procedimiento de desvinculación correspondiente, previa comunicación escrita al usuario, con un (1) mes de antelación. En el evento en que los hijos entre 19 y 25 años estudiantes, por incapacidad médica debidamente certificada por el médico tratante tenga que suspender sus estudios, el contratista debe garantizar los servicios médico asistenciales hasta que se restablezca la causa de salud que generó la incapacidad.

## **D. SUSPENSIÓN**

Es el periodo durante el cual la entidad responsable de los servicios médico asistencial de los educadores y sus beneficiarios, desactiva del sistema de salud a un usuario, previa la ocurrencia de cualquiera de los siguientes eventos:

- **Para el Afiliado:** Por comisiones no remuneradas como docente.
- **Para los Estudiantes Beneficiarios:** Cuando pasados seis (6) meses de la última acreditación de su derecho y no esté incurso en la causal de



pérdida o desafiliación, el contratista deberá garantizar los servicios médicos a los estudiantes beneficiarios como mínimo durante seis meses ininterrumpidos posteriores a la acreditación de derechos.

La acreditación de derechos no se tomará desde la fecha de radicación del documento proveniente de la entidad educativa.

Se entenderá como fecha de terminación de derechos el corte del semestre año según el calendario educativo del programa en que se encuentre inscrito el estudiante.

## **E. ATENCIÓN DE USUARIOS CON RADICACIÓN PERMANENTE FUERA DE LA REGIÓN**

Teniendo en cuenta que existen beneficiarios que por fuerza mayor residen por fuera de la región del afiliado activo o pensionado, aquellos deberán inscribirse, para efectos de recibir la prestación de servicios, con el oferente a cargo de la región de residencia, así:

- El docente activo o pensionado deberá al momento de la inscripción de sus beneficiarios informar en el formulario establecido para tal fin el municipio de residencia de su beneficiario.
- En caso de existir en el municipio escogido dos o más prestadores de salud, el prestador de la región donde se esta realizando la afiliación deberá informar lo anterior al docente cotizante con el fin que este ejerza el derecho de libre elección. No se podrá coaccionar la escogencia de prestador alguno.

- Una vez diligenciado el formulario establecido con sus respectivos soportes, el prestador de la región del docente cotizante deberá digitar en el software los beneficiarios de otras regiones y enviarlo al contratista receptor con copia FIDUPREVISORA S.A.
- El único que puede elegir donde será afiliado su beneficiario es el docente cotizante, lo cual debe venir refrendado con la firma y huella de este último.
- El docente que resida en área rural y la dispersión poblacional le facilite el acceso geográfico a una cabecera municipal diferente a la de su municipio de residencia, podrá escoger para la atención básica una sede de atención del municipio más cercano, independientemente que ésta pertenezca a su departamento o región.
- El traslado se hace efectivo desde que se surte el trámite administrativo de reporte de la entidad de origen a la entidad receptora.

## **F. DERECHOS Y DEBERES DE LOS DOCENTES, BENEFICIARIOS Y COTIZANTE(S) DEPENDIENTE(S)**

### **Derechos**

- El usuario tiene derecho a elegir la entidad contratista por quien será atendido cuando haya más de un prestador en la misma región. Esta elección se puede hacer solo una (1) vez cada año, a través del mecanismo establecido por el Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio.

- El docente adquirirá el carné de afiliado y/o beneficiario a través de la página Web [www.fomag.gov.co](http://www.fomag.gov.co).
- Recibir información clara, precisa, veraz y actualizada sobre los servicios de salud, ubicación de sedes e instituciones y modelos de atención administrativos y asistenciales.
- Obtener la asignación de cita o turno para la atención, de manera ágil y oportuna.
- Recibir los servicios médicos de manera oportuna y con calidad.
- Recibir un trato digno por parte del personal que presta los servicios.
- Tener la opción de escoger de la red ofertada el o los profesionales e instituciones por quien será atendido.
- Ser atendido en instalaciones seguras y confortables.
- Ser referido para atención en un nivel de complejidad superior, cuando se requiera.
- Ser atendido de urgencia, fuera de la región sede, cuando se requiera.
- Ser escuchado y obtener respuesta adecuada y oportuna a las inquietudes y problemas que presente.
- Recibir indicaciones claras y precisas sobre auto cuidado, tratamientos y controles que debe seguir.
- Recibir los medicamentos de acuerdo a las necesidades de salud.
- Ser incluido en un programa de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad de acuerdo a su edad y/o riesgo de enfermedad.

## Deberes

Todos los usuarios deberán observar un comportamiento correcto en el proceso de atención, el cual incluye:

- El cotizante debe afiliar a su grupo familiar oportunamente y entregar de manera completa la documentación requerida.
- Reportar la novedad de cambio de afiliado a pensionado, de su domicilio y demás que puedan requerirse para poder recibir un buen servicio.
- Tratar en forma respetuosa y cortés a los agentes de salud.
- Colaborar en la conservación de los equipos y las instalaciones dispuestas en los sitios de atención.
- Estar informado de los servicios de salud, la ubicación de las zonas de atención, los horarios y los procesos administrativos de atención.
- Solicitar y usar de manera racional los servicios, esto es, utilizarlos cuando realmente requiera la solución de un problema de salud.
- Cumplir con los programas de control que le hayan establecido.
- Asistir a la consulta o servicio solicitado de manera cumplida, si no le es posible, cancelar oportunamente.
- Atender con responsabilidad y precisión las prescripciones e indicaciones médicas del profesional tratante.
- Procurar el auto cuidado integral de su salud.
- En el caso de los cotizantes dependiente su permanencia debe ser mínima de 18 meses.

## **G. COBERTURA DE TRANSPORTE**

En el evento que medie una remisión a otro centro de atención ubicado en un municipio diferente dentro y fuera de la región, el prestador asumirá los costos de desplazamiento del afiliado, siempre y cuando el costo sea superior a un salario mínimo diario legal vigente (1 SMDLV) por trayecto, a través de los medios de transporte, públicos y privados, existentes en la región, para lo cual se tendrá en cuenta el estado de salud del afiliado y los servicios requeridos, esto es, servicios de urgencia, hospitalarios o ambulatorios.

Se exceptúan los costos que se generen por el desplazamiento dentro de su municipio de origen.

### **Traslado de pacientes**

Los traslados de los pacientes tienen el objetivo de garantizar la continuidad de la atención y el acceso integral en todos los niveles de atención y tiene su origen en las remisiones de los diferentes servicios.

La cobertura de los traslados de acuerdo con los servicios de origen es la que se discrimina a continuación:

- Para los servicios ambulatorios, cuando en razón al enfoque terapéutico se quiera de una técnica, práctica o especialidad que no exista en el municipio o por deficiencia sobreviniente de la red de servicios establecida por el contratista dentro de su oferta o en los casos de menores de 15 años, que requieran de la compañía de un familiar, el medio de transporte empleado para el acompañante

será el mismo que se emplee para el paciente, conforme a las condiciones de seguridad del transporte a utilizar.

- Para los casos de urgencias vitales dentro del municipio, del departamento, de la región y del país.
- Para los casos de pacientes hospitalizados que requieran de atención complementaria dentro del municipio, del departamento, de la región y del país.
- En los eventos en que los pacientes hospitalizados en tratamiento que sean remitidos de un lugar a otro diferente al de su lugar de residencia u origen o que sean menores de 15 años y que requieran de la compañía de un familiar, el medio de transporte empleado para el acompañante será el mismo que se emplee para el paciente, conforme a las condiciones de seguridad del transporte a utilizar.
- Cuando en el lugar de residencia del usuario, el contratista haya ofertado un servicio cualquiera, que no se encuentre siendo prestado por éste.
- Cuando el usuario resida en alguna de las zonas del país catalogadas como especiales, de conformidad con lo establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Para el presente Plan de Atención en Salud, el contratista asumirá el costo de desplazamiento dentro y fuera de la región cuando el médico general o el Médico Familiar solicite una remisión a un servicio que no se encuentre en el municipio de residencia del docente. Este desplazamiento se hará por medio de transporte público o privado terrestre, fluvial o aéreo, ida y vuelta.

No habrá cobertura de los costos de desplazamiento en los siguientes casos:

- Dentro de su municipio de origen.
- Dentro del municipio de referencia.
- Entre los municipios conurbados, las áreas metropolitanas y la capital
- Cuando se trata de servicios de urgencias toda vez que este va a cargo total del prestador.
- En los casos que el valor del transporte a reconocer, sea menor o igual a un (1) salario mínimo legal diario vigente en cada trayecto. Se entiende cada trayecto desde el lugar de origen hasta el lugar final de atención y viceversa. El traslado se hace primero al sitio más cercano al lugar de residencia donde se encuentre habilitado el servicio. En primera instancia, el traslado será por vía terrestre, a menos que no exista esta posibilidad o que el estado médico del paciente condicione su traslado por otro medio.

El Fondo del Magisterio reconocerá al Contratista el costo de los traslados fluvial y aéreo a través de facturación individual, cuando:

- No se cuente con la totalidad de la oferta de servicios dentro del municipio de residencia, lo cual debe ser certificado por la Secretaría de Salud del ente territorial.
- El municipio no esté localizado en zona señalada como especial.
- Sea imposible el traslado por vía diferente a la terrestre.

El contratista debe disponer de transporte de pacientes, contratado o propio, a través de ambulancias para que estos, según valoración médica, puedan acceder a los servicios de los diferentes niveles de atención o ser trasladados a sus lugares de origen cuando así lo requieran.

En los casos en que el docente o sus beneficiarios, NO deseen recibir un servicio habilitado ó prestado por el contratista en el municipio de residencia, el usuario deberá asumir el valor del transporte.

## **H. TRASLADO A OTRA ENTIDAD PRESTADORA DEL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO**

El docente activo y sus beneficiarios deberán permanecer como mínimo un (1) año con el actual prestador de servicios de salud cuando en la región existe más de una entidad Contratista.

En el caso que el docente activo o pensionado y sus beneficiarios cambien de domicilio a otra región cuya jurisdicción corresponda a otro contratista, se autorizará el cambio de inmediato; igualmente en los casos de desplazamientos forzosos o amenazados.

En todo caso la opción escogida por el docente activo o pensionado, no obliga a acudir a sus beneficiarios al mismo contratista elegido cuando estos residan en una región diferente.



## **I. SERVICIOS FARMACÉUTICOS (MEDICAMENTOS)**

Se deberán suministrar la totalidad de los medicamentos disponibles en el territorio nacional, que se encuentren aprobados por el INVIMA mediante registro o permiso especial (medicamentos vitales no disponibles), que sean formulados por el médico familiar, especialista y odontólogo adscritos a la red ofertada por el contratista.

Los medicamentos formulados se entregarán en presentación genérica de conformidad con la normatividad vigente. No obstante en los casos en los que de acuerdo con el criterio del médico tratante, éste formule en presentación comercial, se entregará por el contratista sin que haya lugar a la realización de un Comité Técnico Científico.

Se deberá garantizar la entrega inmediata de todos los medicamentos formulados a los usuarios, sin cambio de los mismos por parte de los funcionarios de farmacia, en especial aquellos que se derivan de los servicios de urgencias, programas de Promoción y Prevención y atención domiciliaria en los que se tiene la identificación de los pacientes y de sus necesidades terapéuticas.

Cuando se generen medicamentos pendientes, su entrega se realizará dentro de las 24 horas siguientes de un día hábil a la formulación del mismo, como caso excepcional.

En caso de no entregar los medicamentos dentro de las 24 horas, el afiliado al Fondo del Magisterio o los beneficiarios lo podrán comprar y será reembolsado por el Contratista a través de recobro soportado con

original de la fórmula médica expedida por cualquier IPS o médico que pertenece a la red del prestador, con el pendiente de la farmacia y la factura original.

## **J. EXCLUSIONES**

Se consideran exclusiones aquellos procedimientos no contemplados dentro del plan de atención de este régimen de excepción y que se describen a continuación.

- Tratamientos de infertilidad. Entiéndase como los tratamientos y exámenes cuyo fin único y esencial sea el embarazo y la procreación.
- Tratamientos y medicamentos relacionados con la disfunción sexual masculina y femenina.
- Tratamientos considerados estéticos, cosméticos o suntuarios y los no encaminados a la restitución de la funcionalidad perdida por enfermedad.
- Todos los tratamientos quirúrgicos y medicamentos considerados experimentales o los no autorizados por las sociedades científicas debidamente reconocidas en el país, así se realicen y suministren por fuera del territorio Nacional.
- Se excluyen expresamente todos los tratamientos médico quirúrgicos realizados en el exterior.
- Se excluyen todos los medicamentos no autorizados por el INVIMA o el ente regulador correspondiente que no se comercialicen en el territorio Nacional. Exceptuando los incluidos en el decreto 481

del 2004 (medicamentos vitales no disponibles)

- Tratamientos de ortodoncia.
- Tratamientos de rehabilitación oral.
- Tratamientos con Prótesis Dentales.
- Tratamientos para la obesidad, con fines estéticos, entendiéndose en estos las intervenciones de todo tipo que no sean indicadas para el tratamiento de la obesidad mórbida o los encaminados a restituir la funcionalidad endocrina.
- El contratista no podrá formular o suministrar medicamentos cuya comercialización haya sido suspendida por una autoridad competente a nivel nacional.
- No se suministrarán artículos suntuarios, cosméticos, complementos vitamínicos (excepto los relacionados con los Programas de Promoción y Prevención) líquidos para lentes de contacto, tratamientos capilares, champús, 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. Los antisolares y cremas hidratantes serán cubiertas cuando sean necesarios para el tratamiento de la patología integral del paciente.
- Glucómetro, tirillas para glucómetro y calzado Ortopédico.
- Los pañales de niños y adultos.
- Medicamentos y procedimientos derivados de la atención por medicina alternativa

- Todo lo que no está explícitamente excluido se considera incluido

En caso de existir complicaciones posteriores a la realización de cualquier actividad, intervención o procedimiento derivados de las exclusiones del pliego de condiciones, el usuario asumirá los costos de la misma, ejemplo complicaciones de las cirugías estéticas.

## K. INCAPACIDADES

- **Incapacidad:** es el estado de inhabilidad física o mental de un docente que le impide desempeñar en forma temporal o permanente su profesión u oficio

Las incapacidades se clasifican según el origen y la consecuencia del evento que las causa y de acuerdo con la Legislación Nacional vigente:

### Por origen:

- **Enfermedad Común:** Toda enfermedad o patología, accidente o muerte, que no hayan sido clasificados o calificados como de origen profesional, se consideran de origen común.
- **Enfermedad Profesional:** Texto original del Código Sustantivo del Trabajo: ARTÍCULO 200. DEFINICION DE ENFERMEDAD PROFESIONAL.  
1. Se entiende por enfermedad profesional todo estado patológico que sobrevenga como consecuencia obligada de la clase de trabajo que desempeña el trabajador o del medio en que se ha visto obligado a trabajar, bien sea determinado por agentes físicos, químicos o biológicos.

- **Accidente de Trabajo:** Texto original del Código Sustantivo del Trabajo: ARTÍCULO 199. DEFINICION DE ACCIDENTE. Se entiende por accidente de trabajo todo suceso imprevisto y repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo y que produzca al trabajador una lesión orgánica o perturbación funcional permanente o pasajera, y que no haya sido provocado deliberadamente o por culpa grave de la víctima.

Decisión 584 de Comunidad Andina de 2004. Accidente de Trabajo. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aun fuera del lugar y horas de trabajo. Las legislaciones de cada país podrán definir lo que se considere accidente de trabajo respecto al que se produzca durante el traslado de los trabajadores desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa.

### **Por consecuencia:**

CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO. Artículo 203.

- **Incapacidad temporal:** cuando el trabajador no puede desempeñar su trabajo por algún tiempo.

- **Incapacidad permanente parcial:** cuando el trabajador sufre una disminución definitiva pero apenas parcial en sus facultades.
- **Incapacidad permanente total:** cuando el trabajador queda inhabilitado para desempeñar cualquier clase de trabajo remunerativo
- **Gran Invalidez:** cuando el trabajador no solamente queda incapacitado para desempeñar cualquier clase de trabajo, sino que tiene que ser valido por otro para realizar las funciones esenciales de la vida.

LEY 776 de 2002

- **Incapacidad Temporal:** Artículo 2° aquella que según el cuadro agudo de la enfermedad o lesión que presente el afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales, le impida desempeñar su capacidad laboral por un tiempo determinado
- **Incapacidad permanente parcial.** Artículo 5° Se considera como incapacitado permanente parcial, al afiliado que, como consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, presenta una disminución definitiva, igual o superior al cinco por ciento 5%, pero inferior al cincuenta por ciento 50% de su capacidad laboral.

- **Invalidez.** Artículo 9o. Para los efectos del Sistema General de Riesgos Profesionales, se considera inválida la persona que por causa de origen profesional, no provocada intencionalmente, hubiese perdido el cincuenta por ciento (50%) o más de su capacidad laboral de acuerdo con el Manual Único de Calificación de Invalidez vigente a la fecha de la calificación.

## **Licencias**

- **Licencia de Maternidad:** Descanso remunerado por 12 semanas, en la época del parto.
- **Ley María:** Es el periodo a que tiene derecho el esposo o compañero permanente de la docente como licencia de paternidad, para acompañar a su esposa o compañera en el puerperio inmediato. Se concederán al padre ocho (8) días hábiles de licencia remunerada de paternidad.

## **PRESTACIONES ECONÓMICAS - REMUNERACIÓN EN CASO DE INCAPACIDAD**

- **Incapacidad por enfermedad común:** En los casos en los que la incapacidad sea calificada como una enfermedad de origen común, el reconocimiento económico durante los tres (3) primeros días, será del 100% del salario que devengue el docente en el momento de la incapacidad, a partir del cuarto (4) día hasta el día noventa (90) el reconocimiento será de dos terceras partes del sueldo, y la mitad por los noventa días siguientes.

- **Incapacidad por enfermedad Profesional y Accidente de Trabajo:** En los casos en los que la incapacidad sea calificada como una enfermedad profesional o un accidente de trabajo, el reconocimiento económico durante toda la incapacidad será del 100% del salario que devengue el docente en el momento de la incapacidad.

### **PENSIÓN DE INVALIDEZ - CUANTÍA DE LA PENSIÓN.**

- Cuando la pérdida de la capacidad laboral sea superior al 95%, el valor de la pensión será igual al 100% del último salario devengado por el docente.
- Cuando la pérdida de la capacidad laboral exceda el 75% sin pasar del 95%, la pensión será igual al 75% del último salario devengado por el docente.
- Cuando la pérdida de la capacidad laboral sea del 75%, dicha pensión será del 50% del último salario mensual devengado por el docente. (Aplicable a los afiliados en virtud de la Ley 91 de 1989 (antes del 27 de junio 2003.)
- Se reconocerá cuando la pérdida de la capacidad laboral sea del 50% o más.
- En todo caso la pensión por invalidez no podrá ser superior al 75% del I.B.L. ni inferior al salario mínimo mensual legal vigente. (Aplicable a los afiliados en vigencia de la ley 812 de 2003 (después del 27 de junio de 2003).
- Si producto de la enfermedad profesional o el accidente de trabajo el docente es calificado como pensionado por invalidez el reconocimiento económico será del 100% del salario que devengue el docente en el momento de la incapacidad.



## **Las competencias del contratista médico son:**

- Organizar y establecer los mecanismos para la calificación de origen y la pérdida de capacidad laboral de enfermedad común, profesional y accidente de trabajo.
- Expedir las incapacidades.
- Establecer programas de vigilancia epidemiológica (Voz, Salud mental y lesiones músculo esqueléticas).
- Asesorar a las Secretarías de Educación, rectores de colegio y docentes para mejorar las condiciones de trabajo.
- Revisiones periódicas a los pensionados por invalidez.
- Identificación temprana de la enfermedad de origen profesional.
- Prevención de accidentes de trabajo y enfermedad profesional.
- Rehabilitación de los pacientes con algún grado de discapacidad.
- Asesoramiento a las Secretarías de Educación, rectores de colegio y docentes para mejorar las condiciones de trabajo.
- Realizar exámenes de ingreso para ubicar al docente en un programa de Promoción y Prevención de acuerdo al riesgo que presente.
- Realizar exámenes de retiro de los docentes.
- Planear capacitaciones a los maestros y directivos docentes en temas de seguridad industrial.
- Informar diariamente, bien sea por medio electrónico o físico, a la Secretaría de Educación respectiva de las incapacidades expedidas y certificados de permanencia. .

- Llevar control de incapacidades, con el fin de definir la situación médica del docente.
- No transcribir incapacidades resultantes de procedimientos estéticos, ni de profesionales médicos que no pertenezcan a su red de prestadores.

### **Las competencias de la Secretaría de Educación son:**

- Recibir del contratista médico las incapacidades y llevar un control detallado sobre ellas, previendo las posibles pensiones de invalidez que puedan reconocerse. Y en calidad de ente nominador, requerir al docente y al contratista médico para definir el reintegro a las labores o en su defecto tramitar la pensión de invalidez.
- Revisar y aceptar la incapacidad como un acto médico y no como un acto administrativo.
- Informar al Rector del plantel educativo sobre la incapacidad del docente.
- Realizar el nombramiento para el reemplazo temporal del docente.
- Expedir Acto Administrativo de legalización de la licencia por incapacidad.

### **Las competencias de FIDUPREVISORA S.A.:**

- Recibir del Ente Territorial las solicitudes de reembolso de incapacidades con sus respectivos soportes.
- Validar la liquidación individual y el período de la incapacidad reportada por el ente territorial.

- Validar la información contenida en el formato consolidado.
- Liquidar y pagar.
- Si se presentan inconsistencias, FIDUPREVISORA S.A, realizará la devolución del expediente al ente territorial para que adelante las correcciones a que haya lugar.
- Validar de manera mensual, el informe detallado de incapacidades reportadas por el contratista médico correspondiente.
- Realizar control estadístico de las actividades que se han presentado en el mes e interactuar con el prestador médico para definir y efectuar seguimiento a los casos específicos.
- Control anual pensiones por Invalidez.

### **Las competencias del docente:**

- Cuidar su salud con responsabilidad.
- Cumplir estrictamente con el tratamiento instaurado por el médico tratante.
- Legalizar las incapacidades expedidas por su médico tratante.
- En el caso de los pacientes pensionados por invalidez, asistir anualmente a la revaloración por medicina laboral.

### **L. REEMBOLSO**

Se define como la devolución al afiliado o beneficiario de una suma de dinero por gastos médicos incurridos como causa o consecuencia de las siguientes situaciones:

## **Urgencias vitales**

En los casos en los que debido a la grave situación médica el afiliado o el beneficiario deba acudir a un servicio de urgencias en una IPS por fuera de la red ofertada y como consecuencia de ello deba cancelar los servicios prestados, podrá solicitar la devolución del dinero.

El usuario o sus familiares deberán informar por cualquier medio conducente al contratista, dentro de los ocho (8) días calendarios siguientes a la ocurrencia de la urgencia

## **Casos de deficiencias o no prestación oportuna de servicios**

En los casos comprobados por la Gerencia de Servicios en Salud de FIDUPREVISORA S.A, de deficiencias en las atenciones o la no prestación oportuna de los servicios que haya conllevado a que el usuario utilice una red alterna a la ofertada, el afiliado o beneficiario podrá solicitar el respectivo reembolso al contratista.

## **Casos de medicamentos pendientes**

En caso de no recibir el suministro de los medicamentos dentro de las 24 horas, el afiliado o sus beneficiarios, lo podrán comprar y el valor del mismo deberá ser reembolsado por el contratista. Debe quedar registrada fecha y hora de solicitud y de generación del pendiente de la farmacia en la respectiva fórmula médica.

## Requisitos para la solicitud del reembolso

- Carta de solicitud.
- Fotocopia del documento de identificación.
- Original de la factura.
- Copia de la historia clínica del caso.
- Radicar los documentos dentro de los quince (15) días siguientes a la presentación del evento. Se exceptúan de esta obligación los pacientes que ingresaron por urgencias y por su alteración patológica o su estado de soledad y en general por todo impedimento demostrable se constituya la fuerza mayor o el caso fortuito para no informar.
- Demás soportes que considere pertinentes.

Para efectos de pago, el contratista se obliga a cancelar dentro de los 15 días siguientes a la fecha de presentación de la factura, los valores correspondientes a la atención. Queda entendido y así lo autoriza el contratista con la suscripción del contrato, que FIDUPREVISORA S.A. descontará la suma facturada cuando se supere el plazo establecido.

Las tarifas para el pago de reembolsos serán las SOAT vigentes, ajustadas acorde con las modificaciones que a esta disposición se hicieran, sin que medie contratación con el prestador, en los casos de contratos vigentes entre los prestadores a las tarifas allí pactadas.

Las tarifas en los casos de deficiencias o no prestación oportuna de servicios se hará de acuerdo con el monto en que el usuario haya incurrido.

## M. ESTÁNDARES DE CALIDAD

La entidad contratista deberá desarrollar procesos de auto evaluación a través de control de gestión, entendiéndolo como el conjunto de mecanismos de verificación y evaluación tendientes a procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas, dentro de los planes y las políticas trazadas por la dirección de cada entidad y en atención a sus metas y objetivos.

Uno de los estándares de calidad es el cumplimiento de la oportunidad de asignación de citas con odontología, medicina general y especialista según los siguientes parámetros:

HORARIO DE ATENCION		
CIUDADES CAPITALES	LUNES A VIERNES 7 AM - 7 PM	SABADOS 8 AM - 1 PM
MUNICIPIOS	8 AM - 6 PM	8 AM - 12 M

ESTANDARES DE CALIDAD		
OPORTUNIDAD EN CONSULTA MEDICA		
	CAPITAL	MUNICIPIOS
MEDICINA GENERAL	1 DIA	1 DIA
ODONTOLOGIA GENERAL	1 DIA	1 DIA

## ESPECIALIDADES BASICAS

CIRUGIA GENERAL	3 DIAS	5 DIAS
PEDIATRIA	3 DIAS	5 DIAS
MEDICINA INTERNA	3 DIAS	5 DIAS
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	3 DIAS	5 DIAS

## ESPECIALIDADES NO BASICAS ( y las demás no mencionadas en los demás grupos)

DERMATOLOGIA	5 DIAS	10 DIAS
FISIATRIA	5 DIAS	10 DIAS
NEUROLOGIA	5 DIAS	10 DIAS
OFTALMOLOGIA	5 DIAS	10 DIAS
ORTOPEDIA	5 DIAS	10 DIAS
OTORRINO	5 DIAS	10 DIAS
PSIQUIATRIA	5 DIAS	10 DIAS
UROLOGIA	5 DIAS	10 DIAS
SALUD OCUPACIONAL	5 DIAS	10 DIAS
CIRUGIA PLASTICA	5 DIAS	10 DIAS

## SUBESPECIALIDADES

ALERGOLOGIA	7 DIAS	15 DIAS
CARDIOLOGIA	7 DIAS	15 DIAS
ENDOCRINOLOGIA	7 DIAS	15 DIAS
INFECTOLOGIA	7 DIAS	15 DIAS
NEFROLOGIA	7 DIAS	15 DIAS
NEUMOLOGIA	7 DIAS	15 DIAS
NEUROLOCIRUGIA	7 DIAS	15 DIAS
ONCOLOGIA	7 DIAS	15 DIAS
REUMATOLOGIA	7 DIAS	15 DIAS
GASTROENTEROLOGIA	7 DIAS	15 DIAS

## **N. GENERALIDADES**

Si usted desea tener mayor información acerca del plan de beneficios consulte la página [www.fomag.gov.co](http://www.fomag.gov.co), en la sección Servicios de Salud.

No olvide nuestro call center 5940194 en la ciudad de Bogotá o la línea nacional 01800-919015.