



N° 149 -2008/SIS

RESOLUCION JEFATURAL

Lima, 01 AGO 2008

VISTOS: El Memorando N° 661-2008-SIS-GO de la Gerencia de Operaciones y el Informe N° 344-2008-SIS/OAJ de la Oficina de Asesoría Jurídica;

CONSIDERANDO:

Que, por Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, se creó el Seguro Integral de Salud, como Organismo Público Descentralizado del Ministerio de Salud, cuya visión es ser la institución que integra y contribuye al sistema de Aseguramiento Universal que garantiza el ejercicio pleno del derecho a la salud;

Que, el artículo 13° del Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 013-2002-SA, establece que el Jefe del Seguro Integral de Salud, debe diseñarlo, rediseñarlo y mejorarlo continuamente los procesos del SIS;

Que, mediante Decreto Supremo N° 004-2007-SA se establece el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias y los Componentes Subsidiado y Semisubsidiado del Seguro Integral de Salud, de aplicación obligatoria para todos los establecimientos que reciban financiamiento del SIS;

Que, el Decreto Supremo N° 003-2008-SA, establece el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias Garantizadas para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y Salud Materno Neonatal a ser aplicadas en el ámbito nacional;

Que, el numeral 7.1 Disposiciones Finales de la Directiva Administrativa N° 111-MINSA/SIS V.01. Directiva Administrativa que establece normas complementarias para la implementación del Decreto Supremo N° 004-2007-SA, aprobada por Resolución Ministerial N° 401-2007/MINSA, regula que el SIS emitirá disposiciones que resulten pertinentes a efecto de hacer uso del presupuesto asignado para la protección de las enfermedades de alto costo;

Que, resulta necesario contar con una normatividad específica sobre la Cobertura Prestacional de los Componentes Subsidiado y Semisubsidiado, y establecer los procedimientos para las prestaciones de los Casos Especiales, así como para las Enfermedades de Alto Costo y la Evaluación y Control de las prestaciones para el pago correspondiente, optimizando de esta manera los plazos y el cumplimiento de la normatividad vigente;

De conformidad a lo dispuesto en el inciso i) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2002-SA;



C. Espinoza B.



G. W. Alva J.



E. ESPINOZA A.

SE RESUELVE:



C. Espinoza B.

Artículo 1°.- Aprobar la Directiva Administrativa N° 03 -2008-SIS/J, "Directiva que regula la Cobertura y los Proceso de las Prestaciones de salud del Seguro Integral de Salud" y sus Anexos, que forman parte integrante de la presente Resolución.



E. ESPINOZA A.

Artículo 2°.- Encargar a la Gerencia de Operaciones implementar la Directiva aprobada en el artículo precedente.

Artículo 3°.- Encargar a la Secretaría General, en coordinación con la Oficina de Informática y Estadística, publicar la presente Resolución y la Directiva aprobada, en el portal de la página web del SIS.



G. W. Alva A.

Artículo 4°.- Dejar sin efecto toda disposición que se oponga a la Directiva aprobada en el artículo 1° de la presente Resolución Jefatural.

Regístrese y Comuníquese



ESTEBAN MARTÍN CHIOTTI KANESHIMA
Jefe del Seguro Integral de Salud (e)



MINISTERIO DE SALUD

SEGURO INTEGRAL DE SALUD

DIRECTIVA N° 03-2008-SIS-J

COBERTURA Y PROCESOS DE PRESTACIONES DE SALUD DEL SIS



G. W. Alva A.



E. ESPINOZA A.

Lima, Julio 2008

COBERTURA Y PROCESOS DE ATENCIONES DE SALUD DEL SIS
Directiva Administrativa N°03-2008-SIS/J

Jefe Institucional

Méd. Esteban Chiotti Kaneshima

Méd. Eddy Espinoza Alvarez

Méd. Roberto Romero Onofre

Gerente de Operaciones.

Subgerente de Operaciones.

Equipo técnico

Méd. Estrella Cerrón Salomé

Méd. Dino Cabrera Pinedo

Q.F. Carlos Reyes Bustamante

Méd. José Emilio Aldana Carrasco

Méd. Leoncio Freddy Pajuelo Koqui

Méd. Isabel Maurtua Urquizo

Méd. Moisés Rosas Febres

Supervisor Médico - Gerencia de Operaciones.

Supervisor Médico - Gerencia de Operaciones.

Profesional de Aseguramiento - Gerencia de Operaciones.

Supervisor Médico - Gerencia de Operaciones.

Supervisor Médico - Gerencia de Operaciones.

Supervisor Médico - Gerencia de Operaciones.

Profesional Racionalización Oficina Planeamiento y Desarrollo.

Colaboración

Méd. María Yauri Rimache

Méd. Italo Donadio Caro

Méd. Salvador Caro Pacheco

Méd. Narciso Miranda Ruíz

Representante de la ODSIS HNeIE

Representante de la ODSIS Lima Norte

Representante de la ODSIS Callao

Supervisor Médico ODSIS Lima Este



E. ESPINOZA A.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 03 -2008-SIS/J

COBERTURA Y PROCESOS DE PRESTACIONES DE SALUD DEL SIS

1. FINALIDAD

Precisar la cobertura y regular los procesos de prestaciones de salud financiadas por el SIS, que son brindados por los prestadores de salud a sus asegurados.

2. OBJETIVOS

2.1 Establecer la cobertura de prestaciones de salud reconocidas por el SIS.

2.2 Definir los procesos de las prestaciones de salud que son financiadas por el SIS.

3. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Directiva es de aplicación obligatoria en los siguientes organismos:

- Seguro Integral de Salud y sus instancias Desconcentradas a nivel Nacional.
- Direcciones Regionales de Salud (DIRESAs), Direcciones de Salud (DISAs) y Establecimientos de Salud en general incluyendo a las Comunidades Locales de Administración de Salud (CLAS).
- Proveedores que brinden servicios de salud autorizados por el SIS.

4. BASE LEGAL

La presente Directiva se fundamenta dentro del marco jurídico siguiente:

- Ley N° 26842, "Ley General de Salud".
- Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud" que crea al SIS como OPD del MINSA.
- Ley N° 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y Contraloría General de la República.
- Decreto Supremo N° 009-2002-SA, inciso i) del Artículo 11° del ROF del SIS, que faculta al Jefe del SIS a expedir Resoluciones Jefaturales dentro del ámbito de su competencia.
- Decreto Supremo N° 004-2007-SA, establece el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias de aplicación obligatoria para todos los Establecimientos de Salud que reciben financiamiento del Seguro Integral de Salud.
- Decreto Supremo N° 003-2008-SA, establece el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias Garantizadas para la reducción de la desnutrición crónica infantil y salud materno neonatal.
- Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA y Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contra Referencia.
- Resolución Ministerial N° 769-2004/MINSA y Norma Técnica de Categorización de Establecimientos.
- Resolución Ministerial N° 1753-2002-SA/DM, que aprueba el SISMED.
- Resolución Ministerial N° 367-2005/MINSA, que modifica la directiva del SISMED.
- Resolución Ministerial N° 414-2005/MINSA, aprueba el Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales.



COBERTURA Y PROCESOS DE PRESTACIONES DE SALUD DEL SIS
Directiva Administrativa N°03-2008-SIS/J

- Resolución Ministerial N° 725-2005/MINSA, que aprueba las Tarifas del Seguro Integral de Salud y sus definiciones Operacionales.
- Resolución Ministerial N° 645-2006/MINSA, sobre la Adquisición de Medicamentos fuera del PNME.
- Resolución Ministerial N° 315-2007/MINSA, que aprueba la "Directiva Administrativa N° 110-2007-MINSA/ DGSP- V.01 para la Implementación de Flujogramas de Atención de Afiliados del Seguro Integral de Salud en los Establecimientos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 316-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 056-MINSA/SIS-DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Implementación del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias en el Marco del Plan de Aseguramiento Universal en Salud en los Establecimientos del Ministerio de Salud a Nivel Nacional".
- Resolución Ministerial N° 401-2007/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 111-MINSA/SIS-V.01 "Directiva Administrativa que establece Normas Complementarias para la implementación del Decreto Supremo No 004-2007-SA".
- Resolución Ministerial N° 422-2007/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 112-2007-MINSA/SIS-V.0.1: "Directiva Administrativa que regula el proceso de pago para las Prestaciones del Seguro Integral de Salud -SIS".
- Resolución Ministerial N° 776-2004/MINSA, que aprueba la NT N° 0022-MINSA/DGSP-V.01 "Norma técnica de la historia clínica de los establecimientos de salud del sector público y privado"
- Resolución Ministerial N° 277-2008/MINSA, que amplía el Listado priorizado de intervenciones sanitarias del Anexo N° 01 del Decreto Supremo N° 04-2007-SA.
- Resolución Ministerial N° 193-2008/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud para la implementación del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias Garantizadas para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y Salud Materno Neonatal.
- Resolución Jefatural N° 060-2008/SIS, que aprueba la Directiva N° 002-2008-SIS-J que regula los procesos operativos del Seguro Integral de Salud.

5. DISPOSICIONES GENERALES.

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS

5.1.1. Listado priorizado de intervenciones sanitarias (LPIS).

Conjunto de intervenciones preventivas, recuperativas y de rehabilitación, de aplicación obligatoria en los establecimientos de salud que reciban financiamiento del SIS, y a las que tienen acceso todos los asegurados del SIS, e incluye a los componentes Subsidiado y Semisubsidiado.

5.1.2. Atenciones No Incluidas en el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (NO LPIS).

Son todas aquellas atenciones no incluidas en el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias y que a la vez no constituyen exclusiones específicas.

5.1.3. Enfermedad de Alto Costo.

Se denominan Enfermedades de Alto Costo, aquellas que generen un gasto mayor de 2.5 UIT hasta un tope de 5.0 UIT por caso, tanto del LPIS como NO LPIS.

5.1.4. Casos Especiales

Son Casos Especiales aquellas atenciones del Componente Subsidiado del SIS que requieren financiamiento mayor de 5.0 UIT, las atenciones de emergencia con estancia mayor de 30 días, las atenciones del Anexo 2 en caso de presentar un costo



mayor de 2.5 UIT (en caso de neoplasias, mayor de 1.5 UIT), así como aquellos casos no contemplados en los ítems 5.1.1., 5.1.2. y 5.1.3 de la presente directiva.

Los casos especiales no aplican para el componente semisubsidiado.

5.1.5. Sub componente Prestacional

Son los medicamentos, insumos y/o procedimientos requeridos para las atenciones de salud reconocidas por el SIS, que el Aplicativo Informático no permite el ingreso para su reporte.

5.2. SOBRE LA COBERTURA PRESTACIONAL

5.2.1. En el Componente Subsidiado

- La cobertura para los niños, adolescentes, gestantes y adultos focalizados, además de las prestaciones contenidas en el LPIS, comprende todas aquellas enfermedades del NO LPIS hasta un monto de 5.0 UIT.
- La cobertura para los adultos no focalizados, además de las prestaciones contenidas en el LPIS, comprende aquellas enfermedades NO LPIS que se encuentran listadas en el Anexo 2 de la presente directiva. hasta un monto de 2.5 UIT (en caso de neoplasias hasta 1.5 UIT).

5.2.2. En el Componente Semisubsidiado

- Los niños, adolescentes, gestantes tienen cobertura de atención de salud de las intervenciones incluidas en el LPIS y enfermedades NO LPIS, hasta el tope monetario establecido en el contrato correspondiente.
- A los adultos menores de 65 años, le corresponde la cobertura de atención de salud incluida en el LPIS, hasta el tope monetario establecido en el contrato correspondiente.
- Los beneficios señalados serán aplicables a los asegurados con contrato vigente o activo, así como aquellos que suscriban nuevos contratos.

5.3. SOBRE LAS PRESTACIONES

5.3.1. DE LA COMUNICACIÓN DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO (LPIS)

1. El prestador comunicará semanalmente por vía magnética, para conocimiento a la ODSIS respectiva, las prestaciones del LPIS que conllevan un importe mayor de 2.5 UIT, mediante un consolidado.
2. La ODSIS evaluará las prestaciones reportadas de acuerdo a los procesos de evaluación y validación prestacional correspondientes.



5.3.2. DE LA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE ATENCIÓN

La solicitud de autorización de atención con financiamiento del SIS será presentada por el prestador a la ODSIS correspondiente, en los siguientes casos:

- Enfermedad de Alto Costo (Atención No LPIS).
- Caso Especial.

5.3.2.1. Requisitos para solicitar autorización como Enfermedad de Alto Costo (NO LPIS):



- a. La solicitud deberá ser realizada por el establecimiento prestador que tiene a su cargo la atención al paciente.
- b. Deberá solicitarse obligatoriamente a más tardar 72 horas antes de superar el monto de 2.5 UIT.
- c. Documentación a presentar:
 1. Solicitud dirigida a la ODSIS correspondiente, señalando nombre del paciente, diagnóstico, tratamiento y/o procedimiento, y monto solicitado.
 2. Informe médico completo, señalando el/los diagnóstico(s) del paciente y el sustento del plan de trabajo elegido (conducta terapéutica y elección de procedimientos de ayuda diagnóstica).
 3. Desagregado de costos del monto solicitado.
 4. Copia del Contrato o Ficha de Afiliación al SIS.

5.3.2.2. Requisitos para la solicitar autorización como Caso Especial:

- a. El paciente no debe encontrarse en situación de emergencia médica (excepto en los casos especiales solicitados por estancia superior a 30 días de las emergencias) para recibir el tratamiento médico y/o quirúrgico, procedimiento, etc.
- b. La solicitud deberá ser realizada por el establecimiento prestador que va a brindar la atención al paciente.
- c. Documentación a presentar:
 1. Solicitud dirigida a la ODSIS correspondiente señalando nombre del paciente, diagnóstico, tratamiento y/o procedimiento solicitado y monto.
 2. Informe médico completo señalando el/los diagnóstico(s) del paciente y el sustento del plan de trabajo elegido (conducta terapéutica y elección de procedimientos de ayuda diagnóstica).
 3. Desagregado de costos del monto solicitado.
 4. Copia del Contrato o Ficha de Afiliación al SIS.
 5. Autorización de Enfermedad de Alto Costo (sólo en caso de No LPIS mayor a 5.0 UIT).
 6. Constancia de Comunicación de Enfermedad de Alto Costo (En caso de LPIS mayor a 5.0 UIT) a la ODSIS respectiva.



5.3.3. DEL REPORTE DE LAS PRESTACIONES PARA PAGO

5.3.3.1. Consideraciones Generales:

Toda prestación deberá ser consignada en el Formato de Atención del SIS. Los Formatos de Atención deben ser reportados en el aplicativo informático del SIS a más tardar el último día del mes siguiente de la fecha de alta.

En el caso de Enfermedades de Alto Costo (NO LPIS) y Casos Especiales, el prestador deberá registrar en el Formato de Atención el número de autorización y el monto solicitado para pago.

Los establecimientos de salud, deberán registrar en los formatos de atención el consumo de medicamentos, insumos y procedimientos incurridos durante las

prestaciones. Los establecimientos de nivel II y III, en lugar de registrar todo el consumo en el Formato de Atención, podrán adjuntar a éste, un reporte de consumo que contengan los mismos datos del formato de atención, firmado y sellado por personal responsable correspondiente, a fin de sustentar el gasto reportado en el aplicativo informático.

En todos los casos deberá mantenerse 2 formatos: uno en el punto de digitación y otro en la historia clínica, almacenados de acuerdo a las normas de auditoría. Los formatos de atención de las atenciones reportadas ya no serán enviados al SIS.

La determinación del monto a reembolsar por las prestaciones reportadas estará sujeta a los procesos de evaluación y validación de prestaciones y otros procedimientos establecidos en las Directivas correspondientes.

5.3.3.2. Reporte de Atenciones LPIS:

Todas las prestaciones LPIS deberán ser ingresadas en el aplicativo informático del SIS, no siendo necesaria la presentación de solicitud de reembolso mediante expediente.

En los establecimientos de nivel II y III, los formatos de atención con el detalle de medicamentos, insumos y procedimientos (cuya copia es remitida a los Puntos de Digitación) deberán permanecer en las historias clínicas de todos los pacientes asegurados del SIS, así como la tabla consolidada y disgregada de consumo valorizado (Anexo 3). En los establecimientos de menor nivel de atención deberá permanecer el Formato de Atención en la Historia Clínica.

La comunicación de Enfermedades de Alto Costo (remitidos por el Establecimiento de salud a la ODSIS) y las autorizaciones emitidas por el SIS para la atención de Casos Especiales deberán permanecer en las Historias Clínicas.

5.3.3.3. Reporte de Atenciones NO LPIS:

Las atenciones NO LPIS en niños, adolescentes, gestantes y adultos focalizados y las contenidas en el Anexo 2 para adultos no focalizados, serán reportadas para solicitud de reembolso en el aplicativo informático del SIS, no siendo requisito la presentación de solicitud de reembolso mediante expediente.

Los formatos de atención con el detalle de medicamentos, insumos y procedimientos (cuya copia es remitida a los Puntos de Digitación) deberán permanecer en las historias clínicas de todos los pacientes asegurados del SIS así como la tabla consolidada y disgregada de consumo valorizado (Anexo 3).

Las autorizaciones emitidas por el SIS para la atención de las Enfermedades de Alto Costo y Casos Especiales deberán permanecer en las Historias Clínicas.

5.3.3.4. Reporte de Sub - Componentes Prestacionales

En caso que el sistema informático no permita el registro de algún medicamento, insumo específico y/o procedimientos, utilizado en alguna prestación cubierta por el SIS, se solicitará el reembolso mediante expediente, adjuntando:

- a. Informe Médico o Epicrisis.
- b. Formato de Atención.
- c. Anexo 3 correspondiente.
- d. Copia de la Boleta de Venta o Factura en caso de haber sido adquirido a un tercero.



5.4. DE LAS RESPONSABILIDADES ASOCIADAS AL PROCESO DE EVALUACIÓN DE PRESTACIONES PARA PAGO

La solicitud de financiamiento de Enfermedad de Alto Costo, Caso Especial y Sub Componente Prestacional deberá ser presentada por el establecimiento de salud a cargo de la atención del asegurado sólo a la ODSIS correspondiente.

Las ODSIS evaluarán y autorizarán de ser el caso, las solicitudes de Enfermedades de Alto Costo NO LPIS. Las solicitudes de Casos Especiales serán evaluadas por las ODSIS y elevadas a la Gerencia de Operaciones con opinión e informe sobre autorizaciones previas, en caso de haber sido otorgadas.

5.5. DEL PROCESO DE CONTROL

La Gerencia de Operaciones actuará como instancia dirimente, en caso que existan controversias entre el prestador y la ODSIS correspondiente derivadas de la evaluación y validación de las atenciones.

6. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

6.1 El pago en hospitales II-1 y II-2 para las siguientes prestaciones, se realizará por componente de gestión y de reposición, según la Directiva de Pago y del Proceso de Evaluación de Prestaciones:

- a. Atención de emergencia (457)
- b. Atención de emergencia con observación (458)
- c. Internamiento en establecimiento sin intervención quirúrgica (460)
- d. Internamiento en establecimiento con intervención quirúrgica mayor (461).
- e. Internamiento en UCI (463)

6.2 Los casos excepcionales, casos especiales, levantamientos de rechazo y servicios no tarifados aún pendientes de evaluación, también serán evaluados por las ODSIS, quienes solicitarán el reembolso respectivo directamente a la Gerencia de Financiamiento.

6.3 Las atenciones financiadas por el SIS en el componente subsidiado serán brindadas por el prestador en forma gratuita en su totalidad (medicamentos, insumos, procedimientos, atenciones en los diferentes servicios, Informe médico, apertura de historia clínica, tarjeta de atención, etc.).

6.4 Las atenciones financiadas por el SIS en el componente semisubsidiado serán brindadas por el prestador en forma gratuita, a excepción de los autorizados por el SIS (copago y deducibles).



Anexo N° 1
Estructura del Listado Priorizado de Intervenciones
(D.S. N° 004-2007/SA y DS N° 003-2008/SA).

A. Intervenciones Preventivas

1. Inmunizaciones en niños, adolescentes y adultos según las normas del MINSA. (D.S. N° 004-2007/SA y D.S. N° 003-2008-SA).
2. Atención integral del niño y adolescente (D.S. N° 004-2007/SA y D.S. N° 003-2008-SA).
3. Prevención y Detección de trastornos de la agudeza visual y ceguera en niños (D.S. N° 004-2007-SA).
4. Prevención de caries, según normas del MINSA (D.S. N° 004-2007-SA).
5. Salud reproductiva (consejería y planificación familiar) según normas del MINSA.(D.S. N° 04-2007/SA y D.S. N° 003-2008-SA).
6. Control prenatal del embarazo (D.S. N° 004-2007-SA).
7. Detección, consejería, prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA (D.S. N° 004-2007/SA).
8. Detección de problemas en salud mental.(D.S. N° 004-2007/SA)
9. Atención para la detección precoz de neoplasia (mama, cuello uterino y próstata).(D.S. N° 004-2007/SA)
10. Suplemento de micronutrientes para niños menores de 5 años y gestantes (D.S. N° 004-2007/SA y D.S. N° 003-2008-SA)
11. Detección, consejería, prevención de enfermedades infecciosas que afecten el curso normal de la gestación y el estado nutricional de los niños menores de 5 años (D.S. N° 003-2008-SA)
12. Evaluación del Estado Nutricional y consejería nutricional (D.S. N° 003-2008/SA)

B. Intervenciones Recuperativas

1. Atención del recién nacido (normal y complicado) y prematuridad (CIE 10: P00-P96)
2. Recuperación de trastornos de la agudeza visual en niños (sólo incluye estrabismo y catarata) (CIE 10: H50.9, H26.9), en adolescentes, adultos y adultos mayores solo catarata (H25, H26.0 y H26.1)
3. Atención del parto y puerperio normal. (CIE 10: O80)
4. Atención del parto y puerperio complicados, incluye cesárea (CIE 10: O00-O99 excepto O80).
5. Diagnóstico y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas (CIE 10: J00-J22). Además en ámbito CRECER Asma bronquial infantil: J45 según CIE-10 (D.S. N° 003-2008-SA)
6. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda y parasitosis (Incluidas en el ítem N° 07)
7. Diagnóstico y tratamiento de enfermedades infecciosas y transmisibles (además incluye Tratamiento de VIH Sida en niños, adolescentes, gestantes y adultos*). CIE 10: A 00-A99, B00-B95. [excepto B90-B94], G00-G02, G04.2, G06-G07, H00.0, H01.0, H10.0, H10.3, H60.0, H60.0-H60.3, H66.0, H70.0, K04.1, K04.2, K04.4, K04.6, K04.6, K11.3, K12.2, K14.0, L00, L01.0, L02-L04, L05.0, L08, L30.3, M00, M01, N10, N34.0
8. Diagnóstico y manejo de lesiones traumáticas de tejidos blandos (curación y sutura). Traumatismos, heridas superficiales de cabeza, cuello, tórax, abdomen y extremidades (S00-S01, S10-S11, S20-S21, S30-S31, S40-S41, S50-S51, S60-S61, S70-S71, S80-S81, S90-S91).
9. Diagnóstico y tratamiento de esguinces, luxaciones y fracturas de extremidades.(CIE 10 : S42-S43, S52-S53, S62-S63, S72-S73,S82-S83, S92-S93).
10. Diagnóstico y tratamiento de las emergencias médicas y quirúrgicas hasta su estabilización y/o hasta por un periodo de 30 días
11. Condiciones médicas agudas del aparato digestivo (no oncológicas), Enteritis y colitis no infecciosas (K50-K52), Otras enfermedades de los intestinos (K55-K63), Trastorno de la vesícula biliar, vías biliares y del páncreas (K80-K87)



COBERTURA Y PROCESOS DE PRESTACIONES DE SALUD DEL SIS
Directiva Administrativa N°03-2008-SIS/J

12. Atención quirúrgica desde el primer nivel de atención (patología quirúrgica de referencia ambulatoria de acuerdo al nivel de complejidad): Procedimientos de cirugía menor especializada y no especializada, Hernias, Amigdalitis crónica, Hiperplasia prostática, Hidatidosis, Malformaciones congénitas, Vesícula y Vías biliares, Útero-trompa y Anexos.
13. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades carenciales en niños, adolescentes y gestantes.(D.S. N° 003-2008/SA) tenemos las Anemias nutricionales (D50-D53), Desnutrición (E40-E46), (E50-E63)
14. Transplante Renal (Z94.0).

*Según la RM N° 316/MINSA la OGA MINSA financia el tratamiento VIH para los adultos.

C. Intervenciones de Rehabilitación

Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención (según CIE:10 Z50.8) Atención por Otros Procedimientos de Rehabilitación. CIE -10: Z50.1
--

Exclusiones específicas del Seguro Integral de Salud

Son daños (según codificación CIE-10) que el Seguro Integral de Salud no financia (para los componentes subsidiado y semisubsidiado) a excepción de algunos casos sociales evaluados y autorizados por el SIS como Caso Especial (Según DS N° 004-2007-SA y RM N° 277-2008/MINSA):

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS	Código CIE - 10
Secuelas de enfermedades infecciosas y parasitarias.	B91 – B94
Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos.	G80 – G83
Complicaciones de la atención médica y quirúrgica no clasificada en otra parte.	T80 – T88
Secuelas de traumatismo, envenenamientos y de otras consecuencias de causas externas.	T90 – T98 (excepto T95 y T96)
Lesiones autoinflingidas.	X60 – X84
Agresiones.	X85 – Y09
Complicaciones de la atención médica y quirúrgica.	Y40 - Y84
Cirugía profiláctica, estética o cosmética, atención por procedimiento de rehabilitación, donantes de órganos, personas en contacto en servicios de salud para procedimientos no realizados, convalecencia.	Z40 – Z48; Z50 – Z54 (excepto Z50.1 y Z51)
Implantes, injertos, dispositivos, prótesis y dependencias de máquinas y otros.	Z95 – Z99, (excepto Z96 y Z98)
Secuelas de causas externas de morbilidad y mortalidad	Y85 – Y89
Atención fuera del territorio nacional	



Anexo N° 2

Daños no incluidos dentro del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias, que serán cubiertos por el SIS para Adultos No Focalizados, de monto hasta 2.5 UIT.

DAÑOS	CODIGO CIE-10	
Asma Bronquial	J45.0 Asma predominantemente alérgica J45.0 Asma alérgica extrínseca J45.0 Asma atópica J45.0 Bronquitis alérgica J45.0 Fiebre del heno con asma J45.0 Rinitis alérgica con asma J45.1 Asma no alérgica J45.1 Asma idiosincrásica	J45.1 Asma intrínseca no alérgica J45.8 Asma mixta J45.9 Asma J45.9 Asma de aparición tardía J45.9 Bronquitis asmática J46.X Estado asmático J46.X Asma aguda severa
Enfermedades benignas de mama	D24.0 Tumor benigno de la mama D24.0 Tumor benigno de partes blandas de la mama D24.0 Tumor benigno del tejido conjuntivo de la mama	N60.0 Quiste solitario de la mama N60.0 Quiste de la mama N60.2 Fibroadenosis de mama
Infección urinaria	N39.0 Infección de vías urinarias N10.X Nefritis tubulointersticial aguda N10.X Nefritis intersticial infecciosa aguda N10.X Pielitis aguda N10.X Pielonefritis aguda N12.X Nefritis tubulointersticial N12.X Nefritis intersticial i N12.X Pielitis N12.X Pielonefritis N30.0 Cistitis aguda N30.3 Trigonitis N30.3 Uretrotrigonitis N30.8 Absceso de vejiga	N30.9 Cistitis N34.0 Absceso uretral N34.0 Absceso de glándula de cowper N34.0 Absceso de glándula de litre N34.0 Absceso periuretral N34.0 Absceso glándula uretral N34.1 Uretritis no gonocócica N34.1 Uretritis no venérea N34.2 Meatitis uretral N34.2 Úlcera de uretra (meato) N34.2 Uretritis N34.2 Uretritis postmenopausica N37.0 Uretritis por cándida
Litiasis urinaria	N20.0 Cálculo del riñón N20.0 Cálculo lycopodiforme N20.0 Cálculo o piedra renal N20.0 Nefrolitiasis N20.0 Piedra en riñón N20.1 Cálculo del ureter N20.1 Piedra uretérica N20.2 Cálculo del riñón con cálculo del uréter	N20.9 Cálculo urinario N20.9 Pielonefritis calculosa N21.0 Cálculo en la vejiga N21.0 Cálculo en divertículo de vejiga N21.0 Cálculo en vejiga urinaria N21.1 Cálculo en la uretra N21.9 Cálculo de las vías urinarias inferiores
Enfermedad inflamatoria pélvica	N74.3 Enfermedad inflamatoria pélvica femenina por gonococos A54.2 Pelvipерitonitis gonocócica y otras infecciones gonocócicas genitourinarias (LPIS)	N74.4 Enfermedad inflamatoria pélvica femenina por clamidias A56.1 Infección del pelvipерitoneo y otros órganos genitourinarios debida a clamidias (LPIS)
Infecciones de la piel	M72.6 Fasceitis necrotizante A49.1 Infección estreptocócica N49.9 Trastorno inflamatorio del órgano genital masculino N49.9 Absceso del órgano genital masculino N49.9 Carunco del órgano genital masculino N49.9 Furúnculo del órgano genital masculino L02.0 Absceso cutáneo, furúnculo y carunco de la cara L02.1 Absceso cutáneo, furúnculo y carunco del cuello	L03.0 Perioniquia L03.1 Celulitis de axila L03.1 Celulitis de cadera L03.1 Celulitis de hombro L03.2 Celulitis de la cara L03.3 Celulitis del tronco L03.3 Celulitis de espalda (cualquier parte) L03.3 Celulitis de ingle



COBERTURA Y PROCESOS DE PRESTACIONES DE SALUD DEL SIS
Directiva Administrativa N°03-2008-SIS/J

	L02.2 Absceso cutáneo, furúnculo y carbunco del tronco L02.3 Absceso cutáneo, furúnculo y carbunco de glúteos L02.4 Absceso cutáneo, furúnculo y carbunco de miembros L02.9 Absceso cutáneo, furúnculo y carbunco L03.0 Celulitis de los dedos de la mano y del pie L03.0 Infección de uña L03.0 Oniquia L03.0 Paroniquia	L03.3 Celulitis de ombligo L03.3 Celulitis de pared abdominal L03.3 Celulitis de pared torácica L03.3 Celulitis de perineo L03.8 Celulitis de cabeza (cualquier parte, excepto cara) L03.8 Celulitis de cuero cabelludo L03.9 Celulitis L03.9 Linfangitis aguda
Blefaritis y orzuelo	H01.0, H00.0	
Chalazión	H00.1 Chalazión	
Conjuntivitis	H10.0 Conjuntivitis mucopurulenta	H10.9 Conjuntivitis
Epilepsia	G40.3 Epilepsia y síndromes epilépticos idiopáticos generalizados	
Colelitiasis	K80.1 Cálculo de la vesícula biliar con colecistitis K80.1 Cálculo del conducto cístico con colecistitis K80.1 Colecistitis con colelitiasis K80.1 Colecistolitiasis con colecistitis K80.1 Colelitiasis con colecistitis K80.1 Cólico (recurrente) de vesícula biliar con colecistitis K80.2 Cálculo de la vesícula biliar K80.2 Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis	K80.2 Cálculo del conducto cístico K80.2 Cálculo del conducto cístico sin colecistitis K80.2 Colecistolitiasis K80.2 Colecistolitiasis sin colecistitis K80.2 Colelitiasis K80.2 Colelitiasis sin colecistitis K80.2 Cólico (recurrente) de vesícula biliar K80.2 Cólico (recurrente) de vesícula biliar sin colecistitis
Síndrome de Espalda dolorosa	M54.3 Ciática M54.4 Lumbago con ciática M54.5 Lumbago	M54.6 Dolor en la columna dorsal M54.9 Dorsalgia
Fractura de columna y pelvis	S22.0 Fractura de vértebra torácica S22.0 Fractura de columna dorsal S22.1 Fractura múltiples de columna torácica S32.0 Fractura de vértebra lumbar S32.0 Fractura de columna lumbar	S32.3 Fractura del cóccix S32.5 Fractura del púbis S32.8 Fractura de columna lumbosacra S32.8 Fractura de isquion S32.8 Fractura de pelvis
Despistaje de Diabetes Mellitus	Código ARFSIS: 82947 Glucosa Basal	Código ARFSIS: 82951 Tolerancia Oral a la Glucosa
Despistaje de Dislipidemia	Código ARFSIS: 80061 Perfil lipídico (COLESTEROL TOTAL, HDL, LDL, VLDL, TRIGLICÉRIDOS Y LÍPIDOS TOTALES)	
Caries Dental	Código lista de servicios: 452 Obturación y curación simple (Hasta 03) Código lista de servicios: 453 Obturación y curación compuesta (Hasta 03)	Código lista de servicios: 454 Extracción dental (Hasta 02)
Neoplasias	Hasta un monto igual o menor de 1.5 UIT	



ANEXOS N° 3.3
REPORTE DE CONSUMO DE OXIGENO

Apellidos y Nombres:

Historia Clínica:

Servicio:

Diagnósticos:

Fecha	Volumen de Oxígeno (L/MINUTOS)	Tiempo de Aplicación	Total Consumido (Litros)	Costo por Litro	Valor Total
TOTAL					



Por la presente certifico que la cantidad de Oxígeno que se detalla líneas arriba ha sido consumido por el paciente:....., lo cual consta en los reportes de Enfermería.



NOTA: Certifico que los consumos de oxígeno los he verificado en la Historia Clínica que están consignados en la Hoja de Enfermería y evolución Médica

Firma y Sello
Jefe de Enfermeras del Servicio

COBERTURA Y PROCESOS DE PRESTACIONES DE SALUD DEL SIS
Directiva Administrativa N°23-2008-SIS/J



MINISTERIO DE SALUD
 SEGURO INTEGRAL DE SALUD

ANEXO N° 3.4

REPORTE DE CONSUMO

Apellidos y Nombres: Diagnóstico(s):
 Edad: Cama:
 Cod. Afiliación/Inscripción: Hist. Clínica N°:
 Fecha de Ingreso: Fecha de Alta: Pabellón:

N°	DESCRIPCIÓN/DETALLE	MEDICAMENTO			INSUMOS			LABORATORIO			Dx IMAGEN			OXIGENO(LITROS)					
		FF	Cant	Prec Unit	Monto	ODSIS	Cant	Prec Unit	Monto	ODSIS	Cant	Prec Unit	Monto	ODSIS	Cant	Prec Unit	Monto	ODSIS	
GASTO																			
SUB TOTAL																			
TOTAL SOLICITADO																			

Firma y Sello del Supervisor Médico de ODSIS
 (Evaluación Presencial)

* En Descripción: se detalla lo que corresponde a Medicamento (Ej. Amikacina), Insumos (Guantes Quirúrgicos), Dx Imagen (Rx, Eco, TAC), etc.
 * FF: Fórmula Farmacéutica o Presentación del medicamento; Cant: Cantidad; Prec: Precio Unitario; Costo: Costo Total