

Conozca en qué consiste la movilidad entre regímenes de salud

Fecha de publicación: 11/19/2014

La movilidad entre regímenes establecida por el Gobierno Nacional, permite a las personas que presenten cambios o intermitencias en sus condiciones laborales o socioeconómicas seguir en su EPS siempre y cuando se encuentren identificados en la **Dirección Nacional de Planeación -DNP-** régimen subsidiado nivel Sisbén 1 y 2. Establecido por el **Decreto 3047 de 2013**.

La movilidad entre regímenes, no permite afiliar a nuevos usuarios al Régimen Subsidiado de Salud, esta, sólo aplica para usuarios que al 27 de Junio de 2014 se encontraban activos como cotizantes o beneficiarios y que su nivel del Sisbén sea 1 o 2; además, que posterior a esta fecha pierden su condición en el Régimen Contributivo, es decir, para cotizantes que pierdan la capacidad de pago y para beneficiarios queden excluidos por cualquier motivo.

Es importante aclarar que los usuarios quedarán activos los afiliados que acorde a la consulta del DNP se encuentren en nivel 1 y 2 del Sisbén.

Si el usuario manifiesta que es de nivel I o II de Sisbén, pero no aparece activo en el Régimen Subsidiado, debe solicitar una certificación emitida por el DNP o ente territorial de su municipio en la cual registra el nivel de Sisbén.

Los usuarios no necesitan carné para la prestación de los servicios, acorde con lo establecido en la Ley 1438 de 2011.

En el régimen subsidiado no aplican las cuotas moderadoras y solo los usuarios nivel 2 del Sisbén tendrán un copago máximo del 10% sobre el valor del servicio con los siguientes toques:

- Para una misma enfermedad o evento \$ 308.000 (medio salario mínimo mensual legal vigente).

- Si el usuario es atendido por distintas enfermedades o eventos, la suma de los copagos no puede ser superior a \$616.000 (Un salario mínimo legal vigente).

En los siguientes casos no se generan copagos:

1. Control prenatal, la atención del parto y sus complicaciones.
2. Servicios de Promoción y Prevención.
3. Programas de control en atención materno infantil.
4. Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles.
5. Enfermedades catastróficas o de alto costo.
6. La atención de urgencias.
7. La consulta médica, odontológica y consulta por otras disciplinas no médicas, exámenes de laboratorio, imagenología, despacho de medicamentos cubiertos en el POS-S y consulta de urgencia.
8. Prescripciones regulares dentro de un programa especial de atención integral de patologías.