



GUÍA PARA EL PROVEEDOR



¿Ayuda con su Plan de Salud del Gobierno?



ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO

Línea libre de cargos
1-800-981-2737
TTY 787-474-3389

Tabla de Contenido

1.	Elegibilidad	5
1.1	Elegibilidad para los beneficiarios y MA-10	5
1.2	Fecha de Vigencia	5
1.3	Culminación de la Elegibilidad	6
1.4	El deber de verificar la elegibilidad	6
2.	Funciones de afiliación y desafiliación	7
2.1	Fecha efectiva de inscripción	7
2.2	Beneficiarios Duales Elegibles	7
2.3	Terminación de la inscripción	8
2.4	Auto-inscripción	9
2.5	Beneficiarios recién nacidos	9
2.6	Procedimiento de re-inscripción	9
2.7	Cancelación de inscripción	10
2.8.	Cancelación de inscripción (Desafiliación) iniciada por el beneficiario	12
2.9.	Estándares o expedita	14
3.1	Directrices Anticipadas	16
3.2	Derecho a cambiar de Grupo Médico Primario (GMP) y de Médico de Cuidado Primario (PCP, por sus siglas en inglés):	20
3.3	Derecho a la privacidad del Beneficiario Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por su nombre en inglés)	22
3.4	Copagos	22
4.1	Necesidades Médicas	25
4.2	Procedimientos experimentales o cosméticos	25
5.	Farmacia	58
5.1	Farmacia y servicios de las cubiertas	60
5.2.	Medicamentos excluidos del beneficio de Farmacia	61
5.3.	Información relevante para nuestros proveedores	62
5.4	Formulario para el Programa de Beneficios de Farmacia	66
5.5.	Proceso de Solicitud de Excepciones	67
5.6	Investigaciones de posibles casos de fraude	70
5.7.	Información de contacto del Departamento de Farmacia	70

6. Programa de Mejoramiento y Ejecución de Calidad	71
6.1 Programa de Evaluación de Calidad y Mejoramiento en la Ejecución	71
6.2 Junta Consultiva	72
6.3 Proyectos de Mejoramiento en Ejecución	72
6.4 Programa de Calidad para las Salas de Emergencia	73
6.5 Programa de Mejoramiento de Cuidado de la Salud	74
6.6 Encuestas de Satisfacción de Proveedores y Beneficiarios	77
6.7 Evaluación Externa de Calidad	78
7.1 Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT)	78
7.2 Programa Prenatal	88
7.3 Programa de Salud y Bienestar	96
7.4 Manejo de cuidado	102
7.5 Protocolo de la Cubierta Especial	103
7.6. Programa de Manejo de Condiciones	108
7.7 Guías Clínicas	110
7.8 Estructura organizacional	111
8. Práctica de codificación y documentación clínica	113
8.1 Conceptos generales en documentación clínica	113
8.2 Conceptos generales en codificación y facturación	120
9. Integración de la salud física y mental	124
10. Manejo de Utilización	126
10.1 Autorizaciones y Referidos	126
10.2 Oportunidades de Preautorizaciones	127
10.3 InnovaMD	129
10.7 Registro Electrónico de Salud (EHR, por sus siglas en inglés)	134
Los proveedores necesitarán haber actualizado su Registro Electrónico de Salud (EHR, por sus siglas en inglés) a la versión 2015, el siguiente enlace indica las Guías para la Certificación,(https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Legislation/EHRIncentivePrograms/Downloads/TableofContents_EP_Medicaid_Stage3_2018.pdf).	
	134
11. Manejo de utilización intrahospitalaria	135
11.1 Visión	135
11.2 Descripción general	136

11.3 Descripción del programa de Revisión y Utilización Intrahospitalaria	137
11.5 Proceso de planificación de alta	143
11.6 Guías de cuidado médico	144
11.7 Centro de Cuidado Diestro de Enfermería (SNF) (servicio no cubierto)	144
11.8 Centro de Rehabilitación Física (Rehab) (servicio no cubierto)	145
11.9 Política de notificación de admisiones y altas médicas: nivel agudo, SNF y Rehabilitación (servicio no cubierto)	147
11.10 Política de evaluación de expedientes clínicos en la facilidad hospitalaria contratada	148
11.11 Política de revisión concurrente intrahospitalaria a nivel agudo y subagudo	149
11.12 Política de Notificación de Desviación	150
11.13 Política de revisión de admisiones retrospectivas	151
11.14 Política de días en no cumplimiento o ajustes de nivel de cuidado de una admisión	152
11.15 Política de Cierre de Casos con Alta Médica	153
11.16 Política de Evaluación Concurrente de Casos Admitidos con Estadía Prolongada en Sala de Emergencias (TAU)	153
11.17 Política de notificación de consultas médicas, especialistas o sub-especialistas	154
11.18 Política de reporte de eventos, HAC y SRAE	155
11.19 Política de reporte de condiciones especiales diagnosticadas en hospital.	155
11.20 Política de entrega de las cartas NDMC, NOMNC, DENC y DNOD	156
11.21 Transición de nivel de cuidado Clínico del Paciente Hospitalizado de Nivel Agudo a Subagudo (SNF/Rehab) o ambulatorio (exclusión de cubierta)	158
11.22 Autorización de Transporte No-Urgente, No-Emergencia (exclusión de cubierta)	160
11.23 Servicios hospitalarios de salud mental	160
11.24 Política de Quejas y Apelaciones (Proveedor Hospitalario)	160
11.25 Proceso de Re-Apelación	162
11.26 Definición y descripción del <i>Admitting Physician Program</i> (APP)	163
11.27 Política y proceso de "APP Exchange" (Intercambio de médico no participante de programa APP a médico participante de programa APP)	164
12. Proceso de contratación y red de proveedores	165
12.1 Sanciones o Multas Aplicables en Caso de Incumplimiento	165
12.2 Calificaciones de los proveedores	167
12.3 Red de Proveedores Preferidos	169
12.4 Credenciales del proveedor	170

12.5 Comité de Revisión de Credencialización y el proceso de decisión	175
12.6 Delegación	176
12.7 Confidencialidad	178
12.8 Proceso de reinstalación	178
12.9 Referencias regulatorias:	179
12.10 Definiciones:	179
12.11 Procedimientos	180
12.12 Desarrollo del Plan del Programa de Integridad	183
12.13 Referencias regulatorias	184
13. Responsabilidades, Deberes y Obligaciones del Proveedor	185
14. Cumplimiento	197
14.1 Programa de Cumplimiento:	197
14.2 Confidencialidad y Privacidad	199
14.3 Leyes y Regulaciones	200
14.4 Fraude, Desperdicio y Abuso (FWA, por sus siglas en inglés):	202
15. Sistema de Querellas	211
15.1. Proceso de Quejas	212
15.2. Proceso de Querellas	212
15.3. Proceso de Apelación	213
15.4 Derecho administrativo para audiencias	216
16.1 Proceso de reclamaciones	216
16.2 Calendario de Pagos	218
16.3 Tiempo para facturar	218
16.4 Proceso de reclamaciones no limpias (<i>Unclean Claims</i>)	219
16.5 Sistema de resolución de disputas	219
16.6 Recuperación financiera	220
17. Administración y Manejo	220
17.1 Horario de las Operaciones de Negocio	220
18. Acrónimos	222

1. Elegibilidad

1.1 Elegibilidad para los beneficiarios y MA-10

El Programa de Asistencia Médica (Medicaid) Puerto Rico determinó que una persona es elegible para MI Salud si se encuentra en la Forma MA-10 titulada "Notificación de acción tomada". Una persona que ha recibido un MA-10 se denominará en lo sucesivo como "beneficiario potencial". El beneficiario potencial puede acceder a los servicios médicos con la MA-10 como tarjeta de identificación de beneficiario temporero desde la fecha de certificación, aun cuando no ha recibido una tarjeta de identificación como beneficiario. MI Salud incorpora solamente a las poblaciones elegibles a los programas de Medicaid, Seguro de Salud para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés *Children Health Insurance Program*), y a la población estatal, los cuales recibirán una MA-10 que les permitirá acceder a una cubierta de beneficios y servicios médicos, utilizando la MA-10 como una tarjeta de identificación de beneficiario temporero.

1.2 Fecha de Vigencia

La fecha efectiva de elegibilidad para la población federal de Medicaid, y la población elegible para el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP) es la especificada en el formulario de MA-10, que es el primer día del mes en que el beneficiario potencial presenta su solicitud de elegibilidad en la Oficina del Programa de Asistencia Médica (Medicaid). La fecha de efectividad para la población estatal es la fecha en que se certifican en el Programa de Asistencia Médica (Medicaid). La población estatal no tiene el beneficio de retroactividad de cubierta.

Los beneficiarios serán elegibles para ser inscritos a partir de esa fecha. La fecha indicada en la MA-10 puede ser una fecha retroactiva de elegibilidad, que es hasta noventa (90) días naturales (calendario) antes del primer día del mes, en el que el beneficiario potencial presenta la solicitud de elegibilidad en la Oficina del Programa de Asistencia Médica (Medicaid). **Esto aplica a las poblaciones elegibles para Medicaid y del Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP) sólo en el tiempo durante el cual, los servicios pueden ser cubiertos con carácter retroactivo.** La fecha

efectiva de elegibilidad se encuentra especificada en el Formulario de MA-10, y ellos serán elegibles para inscribirse a partir de esa fecha.

Los empleados públicos y pensionados serán elegibles para inscribirse en MMM Multi Health de acuerdo con las políticas determinadas por el Gobierno de Puerto Rico, y su fecha efectiva de elegibilidad se determinará en base a dichas políticas. El Programa de Asistencia Médica (Medicaid) de Puerto Rico y ASES no juegan un papel en la determinación de la elegibilidad para los empleados públicos y pensionados.

1.3 Culminación de la Elegibilidad

Un beneficiario de Medicaid, del Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP) u otro beneficiario que se determine no elegible para MMM Multi Health, después de una re-determinación realizada por el Programa Medicaid Puerto Rico, permanecerán elegible para recibir los servicios médicos cubiertos bajo MMM Multi Health hasta la fecha cuando se tomó la decisión de la re-determinación negativa. Esta fecha se especificará en la MA-10 emitida por el Programa de Medicaid de Puerto Rico después que se tome la decisión de re-determinación negativa. Un beneficiario que es un empleado público o retirado del Gobierno de Puerto Rico seguirá siendo elegible hasta que lo desafilien de MMM Multi Health por la agencia estatal aplicable al Gobierno de Puerto Rico.

1.4 El deber de verificar la elegibilidad

Todos los proveedores contratados bajo MMM Multi Health pueden validar la elegibilidad de un paciente con su identificación de miembro. La misma proporcionará también el historial de la cubierta del paciente y acceso a imprimir el Certificado de Elegibilidad. La verificación de elegibilidad garantiza que toda la Red de Proveedores verificará la elegibilidad de los beneficiarios antes que el proveedor proporcione los servicios cubiertos. Esta verificación de elegibilidad es una condición para recibir el pago. Se requiere que el proveedor verifique la elegibilidad del beneficiario antes de proporcionar los servicios médicos o de realizar un referido. Los sistemas que apoyan el proceso de verificación de elegibilidad son:

Acceso InnovaMD – (www.innovamd.com)

MSO Provider Call Center Telephones:

787-993-2317(Área Metro)

1-866-676-6060 (libre de cargos)

Lunes a viernes, 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

2. Funciones de afiliación y desafiliación

2.1 Fecha efectiva de inscripción

Con la excepción del ejemplo proporcionado a continuación, el beneficiario, ya sea elegido o automático, se hará efectivo en la misma fecha que la Fecha Efectiva de Elegibilidad. Un recién nacido será auto-inscrito, con fecha efectiva de inscripción a su fecha de nacimiento. En el caso de que un beneficiario femenino que está incluido en la cubierta de un grupo familiar bajo MMM Multi Health como hija dependiente y queda embarazada, el beneficiario (embarazada) será referido al Programa de Asistencia Médica (Medicaid) de Puerto Rico. Ella establecerá una nueva familia con el diagnóstico de su embarazo y se convertirá en el jefe de hogar de la nueva familia.

La fecha Efectiva de la Inscripción de la nueva familia será la fecha cuando se diagnosticó el embarazo por primera vez, y la Beneficiaria será auto-inscrita a partir de esta fecha. La madre será auto-asignada al Grupo Médico Primario (GMP) y al Médico Primario (PCP) al que fue asignado antes de la re-inscripción.

Si un beneficiario de Medicaid o un CHIP los cuales son personas o miembros elegibles al MI Salud, pierden la elegibilidad de MMM Multi Health por un período de duración de menos de dos (2) meses, la inscripción en el Plan de MMM Multi Health será reinstalada. Una vez que ASES notifica la recertificación, MMM Multi Health auto-inscribirá a la persona con inscripción vigente a la fecha Efectiva de Elegibilidad.

2.2 Beneficiarios Duales Elegibles

Si es un beneficiario dual elegible, es su responsabilidad mantener su certificación para el Programa de Seguro de Salud del Gobierno (Medicaid) al día. Tienen que asistir

a la cita anual de recertificación e informar a MI Salud cualquier cambio en su elegibilidad para Medicaid.

En el momento de la inscripción, MMM Multi Health proporcionará a los beneficiarios potenciales que son elegibles para Medicaid y que también son elegibles para Medicare Parte A o Parte A y B ("beneficiarios duales elegibles") con la información acerca de los servicios de su cubierta y copagos. Los miembros de la población del Gobierno de Puerto Rico que son elegibles para Medicare no serán considerados beneficiarios elegibles duales.

Para los beneficiarios elegibles duales que reciben únicamente la Parte A de Medicare, MMM Multi Health proporciona cubierta regular, excluyendo los servicios cubiertos por la Parte A de Medicare (hospitalización). Sin embargo, MMM Multi Health cubrirá los servicios de hospitalización después que se haya alcanzado el límite de la cubierta de la Parte A de Medicare:

- MMM Multi Health no cubre los copagos o coaseguros de la Parte A de Medicare.
- Una vez que el beneficiario haya agotado el beneficio de hospitalización bajo Medicare, pagará los copagos y/o coaseguros aplicables a hospitalización bajo MI Salud.

2.3 Terminación de la inscripción

El plazo de inscripción será por un período de doce (12) meses consecutivos para todos los beneficiarios de MMM Multi Health, excepto en los casos en los que el programa de Medicaid de Puerto Rico haya designado un período de re-determinación elegible menor de doce (12) meses. Esto aplica a los beneficiarios elegibles para Medicaid o elegibles al CHIP. Ese mismo período, también será considerado el término de inscripción del beneficiario. Conforme al criterio del Programa de Medicaid de Puerto Rico el corto período de re-determinación elegible aplica cuando la beneficiaria está embarazada, cuando el beneficiario no tiene hogar (deambulante), o se anticipa un cambio en el estado del beneficiario.

2.4 Auto-inscripción

El proceso de auto-inscripción incluirá auto-designación de un PMG y un PCP. A un nuevo beneficiario que es dependiente de otro beneficiario de MMM Multi Health se le asignará automáticamente el mismo PMG y PCP de sus padres o cónyuge siendo este un beneficiario actual de MMM Multi Health.

2.5 Beneficiarios recién nacidos

Al MMM Multi Health enterarse de que un beneficiario es una mujer embarazada, actuará con prontitud enviándole por correo a la futura madre, un paquete de inscripción para el recién nacido. El paquete incluirá instrucciones de cómo registrar al recién nacido al programa de Medicaid de Puerto Rico dentro de los noventa (90) días naturales (calendario) después del nacimiento. La madre debe proporcionar evidencia de certificado de nacimiento y del nacimiento del niño. Además, se le incluirá una notificación a la futura madre informándole que al nacer el recién nacido este será auto-inscrito en MMM Multi Health y a menos que ella visite las oficinas de MMM Multi Health para seleccionar un PMG y el PCP, el niño será auto-asignado al PMG de la madre y a un PCP que será un pediatra. De igual manera, se le comunicará que tendrá noventa (90) días naturales después del nacimiento del niño para cancelar la inscripción del niño en el Plan o para cambiar el PMG y el PCP del niño, sin causa. Si la madre no ha seleccionado un PCP y un PMG al momento del nacimiento del niño, MMM Multi Health hará la selección dentro de un (1) día laborable después del nacimiento del bebé.

2.6 Procedimiento de re-inscripción

MMM Multi Health informará por escrito a los beneficiarios que son elegibles a los Programas de Medicaid, CHIP y a los miembros de la Población del Gobierno de Puerto Rico sobre una re-determinación inminente. Tales notificaciones serán proporcionadas noventa (90) días calendario, a los sesenta (60) días calendario, y a los treinta (30) días calendario, previo a la fecha de vigencia de la re-determinación. La carta informará al beneficiario que, él o ella están recertificado, y que su período de inscripción en el

plan, se renovará automáticamente; pero que, a partir de la fecha de recertificación, él o ella tendrán un período de noventa (90) días calendario en el que pueden retirarse del plan sin causa o puede cambiar su PMG y/o PCP.

2.7 Cancelación de inscripción

La cancelación de la inscripción se produce sólo cuando ASES o el Programa de Medicaid determina que el beneficiario ya no es elegible para MMM Multi Health, o cuando MMM Multi Health o el beneficiario solicita la cancelación de inscripción y es aprobada por ASES. La cancelación de la inscripción se efectuará por ASES, quien emitirá una notificación a MMM Multi Health. Dicha notificación, se entregará a través de la transferencia del expediente a MMM Multi Health sobre una base diaria, simultáneamente con la información de los beneficiarios potenciales dentro de los cinco (5) días calendario después de tomar una determinación final sobre la cancelación de la inscripción.

La decisión de la cancelación de inscripción es responsabilidad de ASES. Sin embargo, MMM Multi Health es el responsable de emitir la notificación a los beneficiarios sobre la cancelación de la inscripción. MMM Multi Health emitirá dicha notificación en persona o por correo tradicional al beneficiario dentro de los cinco (5) días laborables, después de haberse tomado la decisión final de la cancelación de la inscripción. Cada aviso de cancelación de inscripción incluirá la siguiente información:

- La fecha efectiva de cancelación de la inscripción.
- La razón de la cancelación de la inscripción.
- Los derechos de apelación del beneficiario, incluyendo la disponibilidad del Sistema de Quejas y el Proceso de Audiencia de Derecho Administrativo de ASES provistos por el Acta 72 de 7 de septiembre 1993
- El derecho a reinscribirse en MMM Multi Health al recibir una recertificación del Programa Medicaid Puerto Rico.

2.7.1 Si la cancelación de la inscripción aplica, entonces se realizará de acuerdo a los siguientes plazos:

- La cancelación de inscripción entrará en vigor a partir de la fecha efectiva especificada en la notificación que ASES enviará a MMM Multi Health indicando que el beneficiario ya no es elegible.
- Si ASES notifica a MMM Multi Health de la cancelación de la inscripción en o antes del último día laborable del mes en el que termina la elegibilidad, la cancelación de la inscripción será efectiva el primer día del mes siguiente.
- Cuando la cancelación de inscripción se efectúa a petición de MMM Multi Health o del beneficiario, la misma se hará efectiva no más tarde del primer día del segundo mes siguiente al mes de que MMM Multi Health o el beneficiario solicitaron la cancelación de la inscripción.
- Si ASES no toma una decisión sobre la solicitud de MMM Multi Health o del beneficiario antes de esta fecha, la cancelación de la inscripción se considerará concedida.

2.7.2 Si el beneficiario solicita la reconsideración de una cancelación de la inscripción a través del Sistema de Quejas de MMM Multi Health, el proceso del Sistema de Quejas se completará a tiempo, para permitir que la cancelación de inscripción (de ser aprobada) tome efecto de conformidad con el plazo establecido. De lo contrario, la fecha efectiva de cancelación de la inscripción sería:

- Cuando el beneficiario es internado en un hospital, ASES pospondrá la fecha efectiva de la cancelación de inscripción de modo que se produzca en el último día del mes en el que el beneficiario sea dado de alta del hospital, o el último día del mes siguiente al mes en el cual la cancelación de inscripción sería efectiva, cuál de las dos ocurra primero.

- Durante el mes en el que la beneficiaria está en el segundo o tercer trimestre del embarazo, ASES pospondrá la fecha efectiva de la cancelación de la inscripción de modo que se produce en la fecha del parto.
- Durante un mes en el que el beneficiario es diagnosticado con una enfermedad terminal, ASES pospondrá la fecha efectiva de la cancelación de la inscripción de modo que se produzca en el último día del mes siguiente.
- Para los empleados públicos y pensionados, la cancelación de inscripción se realizará de acuerdo a los plazos establecidos en la Carta Normativa emitida por ASES anualmente.

2.8. Cancelación de inscripción (Desafiliación) iniciada por el beneficiario

El beneficiario puede solicitar la cancelación de la suscripción de MI Salud sin causa durante los noventa (90) días naturales siguientes a la fecha de vigencia de la suscripción con MI Salud o la fecha en que MI Salud le envía la notificación de la suscripción, si ésta es posterior. El beneficiario puede solicitar la cancelación de la suscripción sin causa una vez cada doce (12) meses a partir de entonces. El beneficiario puede solicitar la cancelación de la suscripción en MI Salud con causa en cualquier momento. Las siguientes constituyen la causal de desafiliación por el beneficiario:

- El beneficiario se muda a una Región de Servicio no administrada por su Plan de Salud, o fuera de Puerto Rico;
- El beneficiario necesita servicios y no todos los servicios relacionados a su necesidad están disponibles dentro de la red. El PCP del beneficiario u otro Proveedor de la Red Preferida de Proveedores han determinado que recibir los servicios por separado representaría un riesgo innecesario para el beneficiario;
- Pobre calidad en el servicio;

- Falta de acceso a servicios cubiertos, o falta de proveedores experimentados en las necesidades de salud del beneficiario.

ASES tomará la decisión final sobre las solicitudes de desafiliación de los beneficiarios registrados. Un beneficiario que desee solicitar la cancelación de la suscripción deberá presentar una solicitud verbal o escrita al Plan de Salud o a ASES. Si se hace la petición al Plan de Salud, el Plan de Salud remitirá la solicitud a ASES, dentro de diez (10) días laborables siguientes a la recepción de la solicitud con una recomendación de la acción a ser tomada.

2.8.1 Las siguientes son razones aceptadas por el Plan de Salud para solicitar la desafiliación.

- La suscripción continua del afiliado en MI Salud afecta gravemente su capacidad de proveer servicios al beneficiario en particular o a otros asegurados;
- El beneficiario presenta un patrón de conducta disruptiva o agresiva que no es causada por una enfermedad actual;
- El uso de los servicios por el beneficiario constituye Fraude, Derroche, o Abuso (por ejemplo, el beneficiario ha prestado su tarjeta de identificación a personas que buscan servicios);
- El beneficiario se ha mudado de Puerto Rico o fuera de la Región de Servicio del Plan de Salud;
- El beneficiario ha sido colocado en un centro de cuidado a largo plazo o un centro de cuidado intermedio para personas con discapacidades en el desarrollo;
- La elegibilidad para Medicaid o CHIP del beneficiario ha cambiado a una categoría de inelegibilidad para el MI Salud; o
- El beneficiario ha muerto o ha sido encarcelado, lo que lo/la hace inelegible para Medicaid o CHIP, y de la misma manera inelegible para MI Salud.

- Si el beneficiario está desafiado de su Plan de Salud, perderá el acceso a los servicios bajo MI Salud.

2.8.2 Desafiliación solicitada por los beneficiarios de MI Salud:

1. Los beneficiarios del MI Salud pueden solicitar la cancelación de la inscripción por escrito:
 - a. Visitando nuestras oficinas regionales.
 - b. Enviando una solicitud escrita junto con una copia de una identificación válida por fax al 1-844-330-9330.
 - c. Por correo electrónico, escribiendo a:
Fullfilment-at-Enrollment-PSG@mmmhc.com
 - d. Por correo a la siguiente dirección:
PO Box 72010
San Juan, Puerto Rico 00936-7710
2. La solicitud recibida en las oficinas regionales o servicios para Miembros se enviará al correo electrónico de la lista de distribución.
3. El Departamento de Inscripción enviará las solicitudes a la oficina central del Programa de Asistencia Médica (Medicaid) para su procesamiento.
4. La cancelación oficial de la inscripción será recibida electrónicamente por Medicaid en los archivos de ASES.

*****Política ENR-16-004**

2.9. Estándares o expedita

El asegurado, el representante autorizado o el proveedor actuando en su representación pueden presentar una apelación, ya sea forma oral o por escrito de las siguientes maneras: comunicándose con el Centro de Llamadas de MI Salud libre de cargos al 1-844-336-3331, disponible de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Para audios impedidos, los servicios telefónicos TTY están disponibles llamando al (787) 999-4411; visitando en persona el Centro de Servicio más cercano a su residencia para

presentar su apelación o por escrito mediante correo regular, correo electrónico o facsímil. A menos que el asegurado solicite una apelación expedita, el asegurado, el representante autorizado del asegurado o el proveedor que actúa en nombre del asegurado debe tener el consentimiento por escrito del asegurado. Al momento de presentar una apelación verbal debe enviar la petición de apelación por escrito y firmada por el asegurado dentro de los diez (10) días calendarios posteriores a la presentación verbal, a menos que la apelación expedita, no se requiera seguimiento adicional.

2.9.1 Los requisitos del proceso de apelación serán:

- Manejar todos los tipos de apelaciones, incluyendo las apelaciones expeditas, a menos que se establezca lo contrario.
- El proceso de apelaciones deberá proporcionarle al asegurado, al representante autorizado del asegurado o al proveedor que actúa en representación del asegurado con el consentimiento por escrito del asegurado, tiempo razonable para presentar pruebas y alegatos de hecho o de derecho, en persona, así como por escrito. MMM deberá informar al asegurado el tiempo disponible para presentar una apelación expedita.
- El proceso de apelaciones deberá proporcionar al asegurado, al representante autorizado del asegurado o al proveedor que actúa en representación del asegurado con el consentimiento por escrito del asegurado, oportunidad, antes y durante el proceso de apelaciones, para evaluar el expediente del asegurado, incluyendo expediente médico, y cualquier otro documento y registro considerado durante el proceso de apelaciones y proporcionar copias de los documentos contenidos en el mismo sin costo alguno.
- El proceso de apelaciones incluirá como partes involucradas en la apelación al asegurado, el representante autorizado del asegurado, el proveedor que actúa en representación del asegurado con el consentimiento por escrito

del asegurado, o el representante legal del patrimonio de un asegurado que haya fallecido.

- MMM resolverá cada apelación estándar y proporcionará un aviso por escrito de la disposición, tan rápidamente como lo requiera la condición de salud del asegurado, pero no más de treinta (30) días calendarios a partir de la fecha en que MMM reciba la apelación.
- MMM establecerá y mantendrá un proceso de apelaciones expeditas cuando MMM determine (en base a una solicitud del asegurado) o el Proveedor indique (al hacer la solicitud en representación del asegurado) que el tiempo para una resolución estándar podría poner en grave peligro la vida o la salud del asegurado o la capacidad de alcanzar, mantener o recuperar la función máxima. El asegurado, el representante autorizado del asegurado o el proveedor que actúa en representación del asegurado con el consentimiento por escrito del asegurado pueden presentar una apelación expedita, ya sea de forma oral o por escrito.
- MMM resolverá cada apelación expedita y proporcionará un carta de resolución por escrito, tan pronto como lo requiera la condición médica del asegurado, pero no más de setenta y dos (72) horas después de que MMM reciba la apelación y haga los esfuerzos razonables de comunicación oral con el asegurado.

3. Derechos y Responsabilidades del Beneficiario

3.1 Directrices Anticipadas

Información sobre las Directrices Anticipadas, incluyendo los derechos de los beneficiarios a presentar directamente con ASES o con la Oficina del Procurador del Paciente en Puerto Rico. En cumplimiento con el 42 CFR 438.6 (i), la Ley N° 160 de 17 de noviembre de 2001 y 42 CFR 489.100, MMM Multi Health, LLC. ("MMM MH") mantendrá políticas y procedimientos escritos para las Directrices Anticipadas. Las Directrices Anticipadas serán incluidas en el Expediente Médico de cada Beneficiario.

MMM Multi Health proveerá estas políticas y procedimientos a todos los beneficiarios de dieciocho años (18) de edad en adelante y asesorará a los beneficiarios sobre:

1. Sus derechos bajo las leyes de Puerto Rico, incluyendo el derecho de aceptar o rechazar el tratamiento médico o quirúrgico y el derecho de formular sus directrices anticipadas; sobre las políticas de MMM Multi Health respetando la implementación de esos derechos, incluyendo una declaración de cualquier limitación concerniente a la implementación de las Directrices Anticipadas como una cuestión de conciencia. El derecho a recibir servicios de emergencias las veinticuatro (24) horas al día los siete (7) días de la semana.
2. El derecho del beneficiario de levantar una denuncia directamente con ASES o con la Oficina del Procurador del Paciente de Puerto Rico por el incumplimiento con los requisitos de las Directrices Anticipadas. La información debe incluir una descripción de las leyes de Puerto Rico y debe reflejar los cambios en las leyes tan pronto como sea posible, no más tarde de noventa (90) días calendarios después de la efectividad del cambio.
3. MMM Multi Health educará a su personal sobre las políticas y procedimientos de las directrices anticipadas, incluyendo las situaciones en las que estas pueden ser de utilidad para los beneficiarios, la responsabilidad que tiene el personal para educar a los beneficiarios sobre esta herramienta y asistirlos para hacer uso de ella.
4. MMM Multi Health educará a los beneficiarios acerca de su capacidad para dirigir su cuidado de salud utilizando las Directrices Anticipadas y designará específicamente qué miembros de su personal o los Proveedores de la Red son responsables de proporcionar esta educación.
5. MMM Multi Health proveerá a los beneficiarios con al menos treinta (30) días calendarios previo a la vigencia de cualquier cambio, una notificación escrita sobre las políticas concernientes a los derechos del beneficiario, tales como: el derecho que tiene el beneficiario de cancelar una inscripción, el derecho

de cambiar de Grupo Médico Primario (GMP) o de Médico Primario (PCP, por sus siglas en inglés), o cualquier otro cambio significativo listado en los Derechos y Responsabilidades del Beneficiario, independientemente si los cambios fueran causados por ASES o por MMM Multi Health.

6. Se evidenciará en el expediente de los beneficiarios los avances directivos en un lugar distinguido.
7. Las directrices anticipadas se relacionan con las preferencias del tratamiento y la designación de una persona que tome decisiones en un evento donde el beneficiario no pueda tomar decisiones médicas por sí mismo. Generalmente pueden ser un testamento, un poder legal por un abogado o apoderado de la salud:

- **Órdenes Médicas procesables:**

Esto comprende instrucciones escritas con relación a la iniciación, continuación, retención o retiro de formularios particulares para el tratamiento de soporte de vida.

- **Testamentos en vida:**

Documentos legales que indiquen una preferencia para algún tratamiento de soporte de vida y la terminación del cuidado de salud.

- **Sustituto para tomar decisiones:**

Un documento escrito sobre la designación de una persona para que tome decisiones a base de las opciones de los tratamientos médicos.

- **Declaración verbal:**

Esta declaración implica toda conversación con parientes o amistades sobre tratamientos de soporte de vida o terminaciones del cuidado de la salud documentados en expedientes/récords médicos. Es una designación realizada por un individuo que puede tomar decisiones por sí mismo. La evidencia de la declaración verbal

debe estar anotada en el expediente/récord médico durante el año de medición.

8. MMM Multi Health tendrá por escrito las políticas y procedimientos relativos a los derechos de los beneficiarios y cumplirá con todas las leyes federales y estatales aplicables. Además, cumplirá con las regulaciones que pertenecen a los derechos del beneficiario, incluyendo las establecidas en el 42 CFR 438.100, y la Carta de Derechos del Paciente de Puerto Rico según establece la Ley 194 de 25 de agosto de 2000 (según enmendada); la Ley de Salud Mental de Puerto Rico de 2 de octubre de 2000, según enmendada y aplicada; y la Ley 77 de 24 de julio 2013, que creó la Oficina del Procurador del Paciente. Estos derechos serán incluidos en el Manual del Beneficiario. Como mínimo, las políticas y procedimientos especificarán los Derechos del Beneficiario a:
 - a. Recibir información conforme a 42 CFR 438.10;
 - b. Ser tratado con respeto y con la debida consideración a su dignidad y privacidad;
 - c. Asegurar que todos los expedientes/récords médicos e información personal permanezcan confidencial;
 - d. Recibir información sobre opciones de tratamiento disponibles y alternativas presentadas de una manera apropiada para la condición y capacidad de entendimiento del beneficiario;
 - e. Participar en las decisiones relacionadas al cuidado de su salud, incluyendo el derecho de rechazar recibir el tratamiento;
 - f. Estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión utilizada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia, según se especifica en 42 CFR 482.13 (e).
 - g. Solicitar y recibir una copia de su expediente/récord médico en conformidad con el 45 CFR Partes 160 y 164, sub-partes A y E, y

- solicitar enmendar o corregir el expediente como se especifica en 45 CFR 164.524 y 164.526;
- h. Escoger un representante autorizado que pueda participar según sea apropiado en la toma de decisiones del cuidado de salud;
 - i. Proveer consentimiento informado;
 - j. Se suministre con servicios del cuidado de la salud, acorde con el 42 CFR 438.206 al 438.210;
 - k. Ejercer libremente sus derechos, incluyendo aquellos relacionados a presentar una queja o apelación y que el ejercicio de sus derechos no afectarán adversamente la manera en que el beneficiario es tratado;
 - l. Recibir información sobre los servicios cubiertos y cómo acceder a esos servicios y a la red de proveedores.
 - m. Estar libre de acoso por parte de MMM Multi Health o su red de proveedores con relación a controversias contractuales entre el MMM Multi Health y sus proveedores;
 - n. Participar en la comprensión de los problemas de salud física y mental, desarrollando mutuamente las metas de tratamiento según lo acordado entre proveedor y beneficiario;
 - o. No será responsable de las deudas de MMM Multi Health en caso de insolvencia; no será responsable por los servicios cubiertos provistos al beneficiario por los cuales ASES ni MMM Multi Health no paga al proveedor que suministra los servicios y no será responsable por pagos por servicios cubiertos suministrados bajo un contrato, referido y otros arreglos en la medida que esos pagos son en exceso de la cantidad que el beneficiario hubiese tenido que pagar si MMM Multi Health hubiera provisto los servicios directamente. Sólo es responsable de los costos de participación de acuerdo con el 42 CFR 447.50 al 42 CFR 447.60 según lo permitido por el plan estatal de

Medicaid y CHIP (por sus siglas en inglés) de Puerto Rico, CHIP y las leyes de Puerto Rico aplicables al beneficiario.

3.2 Derecho a cambiar de Grupo Médico Primario (GMP) y de Médico de Cuidado Primario (PCP, por sus siglas en inglés):

El beneficiario puede cambiar GMP y/o PCP (por sus siglas en inglés) asignado durante el período de noventa (90) días calendario. MMM Multi Health podrá ofrecer asistencia y consejería al beneficiario para seleccionar un PCP y GMP diferente. MMM Multi Health puede sugerirle a algunos beneficiarios a escoger un PCP en vez de o en adición de la siguiente manera:

- Se le recomendará a los beneficiarias que escojan un obstetra o ginecólogo como PCP;
- A los beneficiarios menores de veintiuno (21) años se les recomendará escoger un pediatra como PCP;
- Beneficiarios con condiciones crónicas incluyendo fallo del corazón o riñones, o diabetes se les recomendará escoger un internista como PCP.

MMM Multi Health brindará a todos los beneficiarios una tarjeta de identificación hecha de un material plástico y duradero. Esta tarjeta se les enviará a los beneficiarios por correo postal dentro de cinco (5) días calendarios luego de haber enviado la notificación de afiliación. La tarjeta del beneficiario debe incluir como mínimo la siguiente información:

- ✓ El logo de MMM Multi Health;
- ✓ Nombre del beneficiario;
- ✓ Fecha de nacimiento del beneficiario;
- ✓ La designación del beneficiario como elegible al Medicaid o CHIP u otra persona elegible;
- ✓ El número de identificación del beneficiario ya sea Medicaid o CHIP, si aplica;
- ✓ El número del grupo, si aplica;
- ✓ Si el beneficiario es elegible como dependiente;

- ✓ La relación del beneficiario con el beneficiario principal;
- ✓ La fecha de efectividad de inscripción con MMM Multi Health;
- ✓ El *Master Patient Identifier* (MPI, por sus siglas en inglés) o número de contrato;
- ✓ Los niveles de copagos para varios servicios fuera de PPN (por sus siglas en inglés) o Red de Proveedores Preferida y la garantía que no se le cargará ningún copago a beneficiarios elegibles a Medicaid o CHIP a menores de veintiuno (21) años o menos, bajo cualquier circunstancia;
- ✓ Los nombres del médico primario PCP y del GMP;
- ✓ El nombre y números de teléfono de MMM Multi Health;
- ✓ El número de la línea de servicio y consejería médica de MMM Multi Health, libre de cargos, disponible veinticuatro (24) horas al día, siete (7) días de la semana;
- ✓ Una notificación que indique que la tarjeta no puede utilizarse por otra persona que no sea el beneficiario identificado en ninguna circunstancia;
- ✓ Instrucciones para obtener servicios de emergencia.

1 3.3 Derecho a la privacidad del Beneficiario Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por su nombre en inglés)

La información de salud del Beneficiario es privada. La ley dice que ASES y MMM Multi Health deben proteger su información. ASES y MMM Multi Health pueden compartir su información para su atención, pagar sus reclamaciones de salud y ejecutar el programa. Pero no podemos compartir la información del beneficiario con otras personas a menos que el Beneficiario lo autorice. Si desea saber más sobre la información que tenemos, cómo podemos compartirla o qué hacer si no desea que su información de salud se comparta con ciertas personas, llame a MMM Multi Health:

Servicios al Beneficiario:

1-844-336-3331 (libre de cargos)

787-999-4411 (audioimpedidos)

lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

3.4 Copagos

¿Tiene que pagar copagos por visitar a un PCP, especialista, sala de emergencias, estadía en el hospital u otro tipo de servicio? ¿No es seguro? Consulte la tabla a continuación, vea la tarjeta de identificación o llame a:

MMM Multi Health al 1-844-336-3331 (llamada gratuita),
TTY 787-999-4411 (para personas con problemas de audición).

- No se pueden cobrar copagos a la población federal y de CHIP por el tratamiento de ninguna condición médica de emergencia o emergencia psiquiátrica;
- No se cobrarán copagos para niños de Medicaid y CHIP menores de dieciocho (18) años bajo ninguna circunstancia;
- Al utilizar la Línea de consulta médica de MI Salud, el Beneficiario puede evitar un copago por tales servicios.

La siguiente tabla muestra un desglose con los copagos que deberá pagar el Beneficiario, según los servicios recibidos y el tipo de cubierta que tiene de MI Salud:

Servicios	Federal				CHIPS		Población Estatal				*ELA
	100	110	120	130	220	230	300	310	320	330	400
HOSPITAL											
Admisiones	\$0	\$4	\$5	\$8	\$0	\$0	\$15	\$15	\$15	\$20	\$50
Guardería (Nursery Room)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
SALAS DE EMERGENCIAS											
Visita Sala de Emergencias (ER)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$10	\$15	\$20	\$20
Visita a sala de emergencias por situación que NO es	\$0	\$4	\$5	\$8	\$0	\$0	\$20	\$20	\$25	\$30	\$20

emergencia en un hospital, (por visita)												
Visita a sala de emergencias por situación que NO es emergencia en una sala de emergencia independiente, (por visita)	\$0	\$2	\$3	\$4	\$0	\$0	\$20	\$20	\$25	\$30	\$20	
Trauma	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
VISITAS AMBULATORIAS												
Médico de Cuidado Primario (PCP)	\$0	\$1	\$1.50	\$2	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$3	
Especialista	\$0	\$1	\$1.50	\$2	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$7	
Subespecialista	\$0	\$1	\$1.50	\$2	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$10	
Servicios PreNatales	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	
OTROS SERVICIOS												
Laboratorios de Alta Tecnología**	\$0	50¢	\$1	\$1.50	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%	
Laboratorios Clínicos**	\$0	50¢	\$1	\$1.50	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%	
Rayos X**	\$0	50¢	\$1	\$1.50	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%	
Pruebas Diagnosticas Especializadas**	\$0	\$1	\$1.50	\$2	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$6	40%	
Terapia Física	\$0	\$1	\$1.50	\$2	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$5	
Terapia Respiratoria	\$0	\$1	\$1.50	\$2	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$5	
Terapia Ocupacional	\$0	\$1	\$1.50	\$2	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$5	
Vacunas	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	
Cuidado a la Salud Infantil	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	
Dental												
Preventivo (Niño)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Preventivo (Adulto)	\$0	\$1	\$1.50	\$2	\$0	\$0	\$0	\$2	\$3	\$5	\$3	
Restaurativo	\$0	\$1	\$1.50	\$2	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$6	\$10	
Farmacia**												

Preferido (Children 0-21)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Preferido (Adult)	\$0	\$1	\$2	\$3	N/A	N/A	\$3	\$3	\$5	\$5	\$5
No-Preferido (Niño 0-21)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$10
No-Preferido (Adulto)****	\$0	\$3	\$4	\$6	N/A	N/A	\$8	\$8	\$10	\$10	\$10

* Código 400 en la columna del ELA se refiere a la población que se suscribe como empleados públicos del Gobierno de Puerto Rico.

** Aplicará sólo a las pruebas de diagnóstico. Los copagos no se aplicarán a las pruebas requeridas como parte de un servicio preventivo.

*** Los copagos se aplicarán a cada medicamento incluido en el mismo recetario. Excepción de Farmacia (niños 0- 21) no se aplicará a empleados del ELA código 400.

**** Los copagos para niños de 0-18 años de edad no son aplicables a Medicaid, Médico-indigentes elegibles del Estado Libre Asociado, y para niños inscritos en el Programa CHIP en el grupo de edad de 0-18. Los copagos pueden ser aplicados a mayores de 18.

4. Servicios Cubiertos por MMM Multi Health

4.1 Necesidades Médicas

Basándonos en la práctica específica generalmente aceptada por la condición médica o salud mental del beneficiario en el momento del tratamiento, los servicios médicamente necesarios son los que se relacionan con la prevención, diagnóstico y tratamiento de los deterioro de la salud; con la habilidad para lograr un crecimiento y desarrollo apropiado para la edad; o con la habilidad para alcanzar, mantener o ganar capacidad funcional. El escenario de los Servicios Médicamente Necesarios no debe ser más restrictivo que el que presenta el programa de Medicaid de Puerto Rico.

Además, los servicios deben ser:

- Apropriados y consistentes con el diagnóstico el proveedor que brinda el tratamiento y la omisión de lo que pueda afectar la elegibilidad del beneficiario en base a la condición médica del beneficiario.

- Compatibles con los estándares de una práctica médica aceptable en la comunidad.
- Brindados en un ambiente seguro, adecuado y costo-efectivo según el diagnóstico y la severidad de los síntomas.
- No tan solo para la conveniencia del beneficiario la conveniencia del proveedor o del hospital.

Para que un servicio sea médicamente necesario, no puede haber otros tratamientos efectivos, conservativos o menos costosos que no puedan ajustarse al servicio disponible.

4.2 Procedimientos experimentales o cosméticos

Bajo ninguna circunstancia MMM Multi Health cubrirá un procedimiento experimental o cosmético a menos que sea requerido por la Ley de Derechos del Paciente de Puerto Rico o alguna otra regulación o ley de Puerto Rico.

La reconstrucción del busto luego de una mastectomía y los procedimientos quirúrgicos que se determinen por los Servicios Médicamente Necesarios para tratar la obesidad mórbida no se procesarán bajo procedimientos cosméticos.

La reconstrucción del busto luego de una mastectomía y los procedimientos quirúrgicos que se determinen por los Servicios Médicamente Necesarios para tratar la obesidad mórbida no se procesarán bajo procedimientos cosméticos.

4.3 Servicios cubiertos, servicios excluidos y funciones administrativas

Servicios cubiertos	
Servicios preventivos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vacunas 2. Examen de la vista 3. Examen de la audición 4. Evaluación y revisión nutricional 5. Laboratorios y exámenes de diagnóstico médicamente necesarios: <ol style="list-style-type: none"> a. Revisión de cáncer de próstata y ginecológico.

	<p>b. Detección del cáncer de colon a través de sigmoidoscopia y colonoscopia.</p> <p>6. Proveer los siguientes servicios preventivos como servicios cubiertos bajo el Programa de Cuidado para Niños Saludables:</p> <p>a. Una evaluación anual certificada por el proveedor.</p> <p>7. Otros servicios que sean necesarios durante los primeros dos años de vida de un infante.</p>
<p>Servicios de exámenes de diagnóstico</p>	<p>1. Servicios de diagnóstico y examinación para los beneficiarios menores de 21 años, son requeridos por el EPSDT según se indica en la Sección 1950(R) de la Ley del Seguro Social.</p> <p>2. Laboratorios clínicos, incluyendo pero no limitado a cualquier orden de laboratorios para propósitos de diagnosticar una enfermedad, aunque el diagnóstico final sea una condición o enfermedad cuyo tratamiento no sea un servicio cubierto.</p> <p>3. Laboratorios de alta tecnología</p> <p>4. Rayos X</p> <p>5. Electrocardiogramas</p> <p>6. Terapia de radiación (requiere preautorización)</p> <p>7. Patología</p> <p>8. Examen sobre la función de los pulmones y gases arteriales</p> <p>9. Electroencefalograma</p> <p>10. Servicios de diagnóstico para beneficiarios que presenten síntomas de desorden de aprendizaje.</p>

	<p>11. Servicios relacionados con el código de diagnóstico incluido en el Manual de Diagnóstico de Desórdenes Mentales.</p> <p>Los siguientes servicios no se considerarán como exámenes de diagnósticos cubiertos por el MI Salud.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estudios de polisomnografía 2. Laboratorios clínicos procesados fuera de Puerto Rico
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Servicios médicamente necesarios para pacientes ambulatorios y referentes a la rehabilitación para beneficiarios menores de 21 años, como requiere el EPSDT, bajo la Sección 1950(R) de la Ley del Seguro Social. 2. Terapia física (limitada a un máximo de 15 tratamientos por beneficiario por año, a menos que haya una preautorización de 15 tratamientos adicionales recomendados por un ortopedista). 3. Terapia ocupacional sin límites. 4. Terapia del habla sin límites.
<p>Servicios médicos y quirúrgicos</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisiones periódicas o tempranas, Servicios de Tratamientos o Diagnósticos (EPSDT), según se define en la Sección 1950(R) de la Ley del Seguro Social. 2. Visitas a los médicos primarios incluyendo servicios de enfermería. 3. Tratamiento de un especialista una vez es referido por un médico primario seleccionado si está fuera de la Red Preferida de Proveedores.

	<ol style="list-style-type: none">4. Tratamiento de un sub-especialista una vez es referido por un médico primario seleccionado si está fuera de la Red Preferida de Proveedores.5. Visitas de un médico cuando es médicamente necesario.6. Terapia respiratoria sin límites.7. Servicios de anestesia (excepto la epidural).8. Servicios de radiología.9. Servicios de patología.10. Cirugías11. Servicios de un centro de cirugía para pacientes ambulatorios.12. Servicios de enfermería práctica.13. Esterilización voluntaria del hombre y la mujer con edad legal, donde se le ha provisto la información necesaria sobre las implicaciones del procedimiento médico. Debe haber evidencia escrita sobre el consentimiento del beneficiario.14. Prótesis, incluyendo la provisión para todas las extremidades del cuerpo humano incluyendo las prótesis terapéuticas oculares, instrumentos segmentales, fusión de la columna en la escoliosis y la cirugía vertebral.15. Equipo de ostomía para pacientes ostomizados a nivel ambulatorio.16. Servicios de transfusiones de sangre y de plasma, sin limitaciones, incluyendo lo siguiente:<ol style="list-style-type: none">1. Radiación de sangre, plasma y sus derivados.2. Factor monoclonal IX con la certificación de un hematólogo certificado.
--	---

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Pureza intermedia que concentra el factor anti-hemofílico (Factor VIII). 4. Factor monoclonal de tipo anti-hemofílico con la autorización de un hematólogo certificado. 5. Complejo de protrombina activado (Auto flex y Feiba) con la autorización de un hematólogo certificado. <p>17. Enfermedad renal crónica en niveles 1 y 2 se definen de la siguiente manera:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nivel 1: Filtración Glomerular (GFR-ml/min. por 1.73m² por superficie de área corporal) sobre 90; daño leve cuando la proteína está presente en la orina. 2. Nivel 2: GFR entre 60 y 89, significa una disminución leve en la funcionalidad del riñón. 3. Cuando el GFR disminuye a menos de 60 ml/min. por 1.73m², el beneficiario se referirá a un nefrólogo para el manejo adecuado de la condición. El beneficiario se registrará bajo la Cubierta Especial. <p>18. Aunque los procedimientos cosméticos se excluyen de los servicios cubiertos, la reconstrucción luego de una mastectomía y procedimientos quirúrgicos médicamente necesarios para tratar obesidad mórbida no se considerarán como procedimientos cosméticos.</p>
<p>Servicios de transportación para las emergencias</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. MMM Multi Health proveerá servicios de transportación para las emergencias, incluyendo, pero sin limitarse a transportación marítima y terrestre, en situaciones de emergencia bajo servicios cubiertos.

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Los servicios de transportación para emergencias están disponibles las 24 horas del día, 7 días a la semana en todo Puerto Rico. 3. Los servicios de transportación para emergencias no requieren de una preautorización. 4. Hay que asegurarse de que la transportación de emergencias adecuada está disponible para todos los beneficiarios que estén bajo una situación o condición de emergencia médica o psiquiátrica o a quien las condiciones le requieren una transportación de emergencia debido a su localidad geográfica. 5. Los servicios de transportación aérea se proveen y son pagados por ASES bajo un contrato aparte. 6. En el caso de que un beneficiario sea transportado por ambulancia a una instalación que no está bajo la Red Preferida de Proveedores, y luego de ser estabilizado, es transportado por ambulancia a una instalación que está bajo la Red Preferida de Proveedores, los costos de la transportación provistos serán costeados por MMM Multi Health. 7. Los servicios de transportación de emergencia están sujetos a revisiones periódicas y/o auditorías aplicables a las agencias de gobierno y ASES para asegurar la calidad de los servicios.
<p>Servicios de emergencia</p>	<p>Los servicios de emergencia incluyen lo siguiente, sin limitaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Visitas a la sala de emergencias, incluyendo atención médica y servicios necesarios y de rutina. 2. Servicios de trauma.

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Uso de la sala de operaciones. 4. Terapias respiratorias 5. Tratamientos con especialistas y sub-especialistas cuando sea requerido por un médico de la sala de emergencias. 6. Anestesia 7. Material quirúrgico 8. Pruebas de laboratorios y Rayos X. 9. Servicios de post-estabilización. 10. Cuidado necesario en el caso de que haya una emergencia psiquiátrica en una sala de emergencias. 11. Medicinas y soluciones intravenosas que se utilicen en la sala de emergencias. 12. Transfusiones de sangre y los servicios de plasma sanguíneo sin limitaciones incluyendo: <ol style="list-style-type: none"> a. Radiación de sangre, plasma y sus derivados. b. Factor monoclonal IX con la certificación de un hematólogo certificado. c. Pureza intermedia que concentra el factor hemofílico hormiga (Factor VIII). d. Factor monoclonal de tipo antihemofílico con la autorización de un hematólogo certificado. e. Complejo de protrombina activado (Auto flex y Feiba) con la autorización de un hematólogo certificado. <p>Servicios de emergencia dentro y fuera de Puerto Rico</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Será para todos los beneficiarios, a lo largo de todo Puerto Rico, incluyendo aquellos fuera de la región de servicio de MMM Multi Health, sin importar si la
--	--

	<p>emergencia se da en una sala de emergencias que está o no bajo nuestra red de proveedores.</p> <p>2. Para los beneficiarios bajo Medicaid y CHIP, dentro o fuera de Puerto Rico, cuando los servicios son médicamente necesarios y no pueden ser anticipados, aunque la asistencia sea a salas de emergencia fuera de Puerto Rico, las cuales no forman parte de nuestra red de proveedores.</p>
<p>Servicios prenatales y de maternidad</p>	<p>El MI Salud proveerá los siguientes servicios para la maternidad y estado prenatal como servicios cubiertos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prueba de embarazo. 2. Servicios médicos durante el embarazo y luego del embarazo. 3. Servicios de médicos obstetras y enfermeras durante un parto natural o parto por cesárea. También incluye los servicios brindados por alguna complicación durante el parto. 4. El tratamiento a condiciones que se atribuyen al embarazo o el parto, cuando sea médicamente recomendado. 5. Hospitalización por un período de, al menos, 48 horas en casos de parto natural o al menos 96 horas en caso de un parto por cesárea. 6. Anestesia, excluyendo la epidural. 7. Uso de la incubadora sin limitaciones. 8. Servicios del monitoreo del feto sólo durante la hospitalización. 9. Sala maternal y un cuidado rutinario para recién nacidos. 10. Servicios de circuncisión y dilatación para recién nacidos.

	<p>11. Transportación para recién nacidos a instalaciones terciarias cuando sea necesario.</p> <p>12. Asistencia de un pediatra durante el parto.</p> <p>13. Servicios de parto provistos en centros de obstetricia independientes.</p> <p>14. MMM Multi Health implementará un programa de maternidad con el propósito de educar sobre cómo prevenir complicaciones durante y luego del embarazo y con el objetivo de disminuir las incidencias de partos prematuros o bebés con bajo peso. El programa incluirá, como mínimo, los siguientes componentes:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Una tarjeta de cuidado prenatal para documentar los servicios utilizados.b. Consejería relacionada a las pruebas de HIV.c. Pruebas de embarazo.d. Una inyección RhoGAM para todas las mujeres embarazadas que tengan un factor de RH negativo de acuerdo con el protocolo establecido.e. Monitoreo de alcohol a las mujeres embarazadas con el instrumento 4P-Plus o la prueba CAGE.f. Asesoramiento y tratamiento para dejar de fumar.g. Monitoreo a la depresión post-parto utilizando la escala de Edinburgh de depresión post-natal. Consejería post-parto y referidos al programa WIC.h. Evaluación dental durante el segundo trimestre de gestación.i. Talleres educativos concernientes a tópicos sobre el cuidado prenatal (y la importancia de las visitas médicas antes del parto y luego del parto
--	--

	<p>para su cuidado), lactancia, etapas del parto, cuidado sobre la salud oral, planificación familiar, cuidado al recién nacido, entre otros.</p> <p>15. MMM Multi Health se asegurará de que el 85% de las beneficiarias embarazadas reciban los servicios bajo el Programa Maternal y Prenatal. Presentará su plan de bienestar prenatal y maternal al Programa de Cuidado Maternal de ASES, a quienes les presentará informes trimestrales relacionados a la utilización de los servicios bajo este programa.</p> <p>16. MMM Multi Health proveerá consejería para la familia y la salud. Estos servicios se proveen de manera voluntaria y confidencial incluyendo las circunstancias en las que el beneficiario es menor de 18 años. Los servicios para la planificación familiar incluyen, como mínimo, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Educación y consejería necesaria para informar las opciones y métodos anticonceptivos.b. Pruebas de embarazo.c. Diagnóstico y tratamiento de infecciones transmitidas sexualmente; evaluación de esterilidad.d. Medicamentos orales anticonceptivos sólo cuando el propósito del tratamiento sea para manejar condiciones hormonales o disfunción en el ciclo menstrual.e. Información acerca de los servicios para planificación familiar a través del Departamento de Salud.
--	---

<p style="text-align: center;">Servicios de post-estabilización</p>	<p>1. MMM Multi Health cubrirá los servicios de post-estabilización obtenidos por cualquier proveedor, sin importar si el proveedor pertenece a la Red General o a la Red Preferida de Proveedores que se encargan de mantener la condición del beneficiario estable por una hora mientras se recibe la contestación de la solicitud de una preautorización. Los médicos que atiendan en la Sala de Emergencias o algún otro proveedor, son responsables de determinar si el beneficiario está suficientemente estabilizado como para transferirlo o darle de alta. Esa determinación se archivará para MMM Multi Health para que conste el proceso y procedan a pagar.</p>
<p style="text-align: center;">Servicios para hospitalizaciones</p>	<p>MMM Multi Health proveerá servicios de hospitalización incluyendo lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acceso a los servicios de un/a enfermero/a. 2. Acceso a un cuarto semi-privado (con una cama disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). 3. Acceso a un cuarto aislado por razones físicas o relacionadas a la salud mental. 4. Comida, incluyendo los servicios de nutrición. 5. Servicios regulares de un/a enfermero/a. 6. Uso especializado de las salas de operaciones, recuperación, maternidad o tratamientos sin limitaciones. 7. Medicamentos o agentes de contraste sin limitaciones. 8. Materiales disponibles como vendajes, gazas, yesos o algún otro material para sanar heridas o asuntos terapéuticos.

	<p>9. Servicios para el mantenimiento del cuidado terapéutico, incluyendo el equipo necesario para ofrecer este servicio.</p> <p>10. Exámenes diagnósticos especializados como electrocardiogramas, electroencefalogramas, gases arteriales, y otras pruebas especializadas que estén disponibles en el hospital y que sean necesarias durante la hospitalización del beneficiario.</p> <p>11. Suministro de oxígeno, anestésicos y otros gases incluyendo la administración de los mismos.</p> <p>12. Terapia respiratoria sin limitaciones.</p> <p>13. Servicios de rehabilitación mientras el beneficiario está hospitalizado, incluyendo terapia física, ocupacional o del habla.</p> <p>14. Uso de las instalaciones para cirugías ambulatorias.</p> <p>15. Servicios de transfusiones de sangre y plasma sanguínea sin limitaciones incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Radiación de sangre, plasma y sus derivados. b. Factor monoclonal IX con la certificación de un hematólogo certificado. c. Pureza intermedia que concentra el factor hemofílico hormiga (Factor VIII). d. Factor monoclonal de tipo antihemofílico con la autorización de un hematólogo certificado. e. Complejo de protrombina activado (Auto flex y Feiba) con la autorización de un hematólogo certificado.
<p>Servicios dentales</p>	<p>MMM Multi Health proveerá los siguientes servicios dentales como servicios cubiertos:</p>

	<ol style="list-style-type: none">1. Todos los servicios preventivos y correctivos para menores de 21 años y que requieran los mismos por el EPSDT.2. Terapia Pediátrica "Pulp" (Pulpotomía) para menores de 21 años.3. Coronas en "stainless steel" para dientes siguiendo con la Pulpotomía Pediátrica.4. Servicios dentales preventivos para adultos.5. Servicios restaurativos dentales para adultos.6. Un examen oral por año.7. Un examen periódico cada seis meses.8. Un examen oral definido para problemas que lo limiten.9. Una serie de radiografías intraorales incluyendo mordida, cada tres años.10. Una radiografía intraoral para periapical inicial.11. Hasta 5 sesiones adicionales para el tratamiento periapical inicial.12. Una radiografía de mordida de un lado por año.13. Una radiografía de mordida para ambos lados por año.14. Una radiografía panorámica cada tres años.15. Una limpieza cada seis meses para adultos.16. Una limpieza cada seis meses para niños.17. Una aplicación de fluoruro cada seis meses para beneficiarios menores de 21 años.18. Una aplicación de fluoruro de barniz cada seis meses para beneficiarios menores de 21 años.19. Selladores de fisuras para beneficiarios hasta los 14 años siempre que sea necesario (incluyendo residuos
--	--

	<p>molares hasta los 8 años cuando sea médicamente necesario por la tendencia a las caries).</p> <p>20. Restauración de la amalgama.</p> <p>21. Restauraciones de resina.</p> <p>22. "Root canal" o canal para la raíz del diente.</p> <p>23. Tratamiento paliativo</p> <p>24. Cirugías orales</p>
<p>Servicios básicos para la Salud Mental</p>	<p>Los servicios básicos para la Salud Mental incluyen lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación, monitoreo y tratamiento a individuos, parejas, familias y grupos. 2. Servicios ambulatorios con psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales. 3. Servicios ambulatorios o de hospitales para el abuso o desorden de sustancias y alcohol. 4. Hospitalización por la salud mental. 5. Servicios ambulatorios intensivos. 6. Acceso inmediato a intervenciones de emergencia o de crisis las 24 horas del día, los 7 días de la semana (los servicios fuera de Puerto Rico están disponibles sólo para beneficiarios bajo el Medicaid y CHIP). 7. Servicios para la desintoxicación para beneficiarios intoxicados con sustancias ilegales y que tengan en récord los resultados sobre el abuso de las sustancias, intentos de suicidio o un envenenamiento accidental. 8. Clínicas médicas para las inyecciones duraderas. 9. Asistencia o escolta profesional para servicios de ambulancia cuando sea necesario. 10. Servicios de prevención o educación secundaria.

	<p>11. Cubierto de Farmacia y acceso a medicamentos para un máximo de 24 horas, de acuerdo con la Ley Núm. 408.</p> <p>12. Laboratorios clínicos cuando sean médicamente necesarios.</p> <p>13. Tratamiento para beneficiarios diagnosticados con déficit de atención (con o sin hiperactividad). Esto incluye, pero no se limita a las visitas de neurólogos y pruebas relacionadas al tratamiento basado en el diagnóstico.</p> <p>14. Tratamiento para el abuso de sustancias controladas.</p> <p>Los siguientes servicios están <u>excluidos</u> de la Cubierto Básica:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Gastos para materiales o servicios de comodidad personal, como por ejemplo, uso de teléfonos, televisión o artículos higiénicos.2. Servicios brindados por familiares o parientes cercanos (padres, hijos, hermanos, abuelos, nietos o parejas).3. Tratamiento para el control del peso (obesidad o ganancia de peso) por razones estéticas. Como puede notar, los procedimientos que caen bajo la cubierta de necesidades médicas sí incluyen la obesidad mórbida. Por ende, no estará excluida.4. Medicamentos para deportes, terapia musical y medicina natural.5. Servicios, pruebas diagnósticas o tratamientos ordenados por naturópatas, naturistas, quiroprácticos, ideólogos u osteópatas.6. Certificados de salud, excepto como se menciona en los servicios preventivos.7. Servicios de anestesia epidural.
--	--

	<ol style="list-style-type: none">8. Tratamiento para el dolor crónico si este se ha determinado como uno de origen psicológico o psicosomático por un médico profesional.9. Servicios o pruebas de educación.10. Servicios de diálisis peritoneal o hemodiálisis (cubiertos bajo la Cubierta Especial, no la Cubierta Básica).11. Cuidado de hospicio.12. Servicios recibidos fuera de los límites territoriales de Puerto Rico, excepto como se provee en la parte de transportación de emergencia o servicios de emergencia.13. Gastos en los que incurrió para el tratamiento de condiciones donde resulta que los servicios no están cubiertos bajo MMM Multi Health (prescripciones de mantenimiento o las que sean requeridas por laboratorios clínicos para la continuidad de la estabilización de una condición de salud, al igual que emergencias, que pueden alterar los efectos antes mencionados, están cubiertos).14. Evaluaciones ordenadas por un juez con propósitos legales; pruebas psicológicas, psicométricas o psiquiátricas y las evaluaciones para obtener empleo o un seguro, o para propósitos de litigio.15. Gastos para viajes aun cuando está ordenado por un médico primario.16. Espejuelos, lentes de contacto y aparatos auditivos.17. Servicios de acupuntura.18. Renta o compra de equipo médico duradero, sillas de ruedas, o algún otro método de transportación para los impedidos, ya sea manual o eléctrico, y cualquier otro
--	--

gasto para la reparación o alteración del equipo mencionado, excepto cuando la vida del paciente dependa de estos servicios.

19. Procedimientos de cambio de sexo.

20. Trasplantes de órganos.

21. Tuboplastia o vasectomía o algún otro procedimiento para restaurar el proceso de procreación.

Lo siguiente está excluido de los servicios cubiertos de maternidad y prenatal:

1. Uso ambulatorio del monitor fetal.

2. Servicios de tratamientos para la infertilidad y/o relacionado con concebir por métodos artificiales.

3. Servicios, tratamientos u hospitalizaciones como resultado de un aborto provocado o asociado a complicaciones que no están cubiertas. Las siguientes se consideran como abortos provocados:

a. Dilatación y legrado (Código CPT 59840).

b. Dilatación y expulsión (Código CPT 59841).

c. Inyección intra-amniótica (Códigos CPT 59850, 59851, 59852).

d. Uno o más supositorios vaginales (por ejemplo Prostaglandin) con o sin dilatación cervical (por ejemplo, Laminar) incluyendo la admisión a hospitales y las visitas, el nacimiento del feto y secundinas (Código CPT 59855).

e. Uno o más supositorios vaginales (por ejemplo Prostaglandin) con dilatación y legrado o evacuación (Código CPT 59856).

	<p>f. Uno o más supositorios vaginales (por ejemplo Prostaglandin) con histerectomía (omitiendo la expulsión médica) (Código CPT 59857).</p> <p>4. Intervenciones para el diagnóstico diferencial hasta la confirmación del embarazo, no están cubiertos. Todo procedimiento luego de la confirmación del embarazo está cubierto bajo el riesgo del MI Salud.</p> <p>5. Servicios de las hospitalizaciones que pueden ser consideradas como servicios ambulatorios o para propósitos de diagnósticos solamente, no está bajo la cubierta de servicios bajo el MI Salud.</p> <p>6. Los siguientes medicamentos están excluidos de los servicios de farmacias:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Rebetrón o algún otro medicamento prescrito para un tratamiento de Hepatitis C (puede ser provisto por el Departamento de Salud, y ser referido a este departamento por un proveedor de la red. Este medicamento no será provisto por el MI Salud.b. Medicamentos despachados directamente a los beneficiarios por un proveedor que no tiene una licencia de farmacia, con la excepción de medicamentos que son tradicionalmente administrados en una oficina del doctor, como las inyecciones. <p style="text-align: center;">Emergencias psiquiátricas</p> <p>1. MMM Multi Health no denegará el pago para un tratamiento de condición de emergencia médica o para una emergencia psiquiátrica, incluyendo los casos en los</p>
--	---

que la ausencia de un trato inmediato no ha tenido resultados como se especifica en la definición acerca de una condición de emergencia médica o una emergencia psiquiátrica en este contrato y en 42 CFR 438.114(a).

2. MMM Multi Health no se rehusará a cubrir condiciones de emergencias médicas o emergencias psiquiátricas en las salas de emergencia que están en nuestra red de proveedores, hospitales o agentes fiscales que no notificaron al médico primario del beneficiario o del cual el beneficiario de MMM Multi Health tenga un tratamiento o monitoreo de la llegada a sala de emergencias.
3. Cuidado necesario en el caso de que haya una emergencia psiquiátrica.

Tratamiento para el abuso de sustancias

1. MMM Multi Health proveerá los servicios apropiados para los beneficiarios en necesidad de tener un tratamiento de Buprenorfina debido a un diagnóstico de adicción a narcóticos, donde se cubrirán todos los servicios relacionados con la evaluación, tratamientos y monitoreo de la adicción a narcóticos incluyendo:
 - a. Prescripciones para la Buprenorfina o algún otro medicamento en el listado de los Centros CPTET y organizaciones comunitarias que administren estos medicamentos como se incluye en el anejo 4 de este contrato sobre medicamentos apropiados, los cuales se incluyen en el PDL.
 - b. Examinación comprensiva médica (Código CPT 99205).

	<ul style="list-style-type: none">c. Visitas extendidas a oficinas (Código CPT 99215).d. Visitas cortas a oficinas (Código CPT 99211).e. Pruebas y/o entrevistas para el diagnóstico psiquiátrico – paciente nuevo (Código CPT 90801).f. Terapia individual con evaluaciones médicas y manejo de las mismas (Código CPT 90807).g. Manejo farmacológico (Código CPT 90862).h. Toxicología para las drogas en la orina (Código CPT 80100).i. Panel para medir el metabolismo en pruebas de sangre (Código CPT 80048).j. CBC/Pruebas de sangre (Código CPT 85025).k. Examen TB para la piel (Código CPT 86580), pero sólo en conjunto con una prescripción de Buprenorfina para el tratamiento de la adicción a narcóticos.l. Examen del HIV (Código CPT 86703), pero sólo en conjunto con una prescripción de Buprenorfina para el tratamiento de la adicción a narcóticos.m. Panel de Hepatitis (Código CPT 80074), pero sólo en conjunto con una prescripción de Buprenorfina para el tratamiento de la adicción a narcóticos.n. Consejería individual (Código CPT 90806).o. Consejería grupal (Código CPT 90853).p. Evaluación de la salud mental por un médico no profesional. (Código CPT H0031).q. Servicios para el alcohol y el abuso de sustancias, un plan de tratamiento de desarrollo y modificación (Código CPT T007).
--	---

	<ol style="list-style-type: none"> 2. MMM Multi Health tendrá proveedores adiestrados y certificados por la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA, por sus siglas en inglés) para proveer un tratamiento sobre la adicción de narcóticos. Este tratamiento y certificación a proveedores brindado por SAMHSA podrá ser evidenciado por (1) una copia de la carta emitida por SAMHSA al proveedor certificando en entrenamiento y certificación o (2) una copia de la Certificación de Registro de Sustancias Controladas emitida por la Drug Enforcement Administration con un número de identificación asignado al proveedor por SAMHSA. La evidencia de la certificación de SAMHSA se incluirá en los credenciales del proveedor, los cuales se archivan por MMM Multi Health. 3. MMM Multi Health establecerá y reforzará las relaciones (si son necesarias a través de memorandos de entendimiento) con ASSMCA, ADFAN, la Oficina de la Procuradora de la Mujer y otras entidades gubernamentales o sin fines de lucro, con la intención de mejorar los servicios de salud mental.
<p>Cubierta Especial</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. El beneficio de la Cubierta Especial está designado a proveer servicios para beneficiarios con necesidades de cuidado especiales como causa de enfermedades serias. 2. Los servicios de salud mental y física que la población autista necesita para acceder a especialistas como gastroenterólogos, neurólogos, alergistas y dentistas, son ofrecidos a través de la Cubierta Especial. 3. Los servicios provistos bajo la Cubierta Especial estarán sujetos a una preautorización por MI Salud.

	<p>4. La Cubierta Especial incluye los siguientes servicios que serán provistos a los beneficiarios que sólo tengan necesidades médicas para tratar la condición por la cual cualifica para esta cubierta:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Servicios de cuidado intensivo o coronario sin limitaciones.b. Cirugía maxilar <p>5. Procedimientos neuroquirúrgicos o cardiovasculares, incluyendo marcapasos, válvulas y cualquier otro instrumento o aparato artificial (requieren preautorización).</p> <ul style="list-style-type: none">a. Pruebas de laboratorios clínicos o patológicos que requieren ser enviados fuera de Puerto Rico para procesar (requiere preautorización).b. Servicios en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, sin limitaciones.c. Radioisótopos, quimioterapias, radioterapias y tratamientos de cobalto.d. Tratamiento para condiciones gastrointestinales, alergias y servicios de nutrición para pacientes autistas. <p>6. Procedimientos y pruebas de diagnósticos cuando sean médicamente necesarios requieren preautorización:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Tomografía computadorizadab. Prueba de resonancia magnéticac. Cateterismos cardíacosd. Prueba de <i>Holter</i>e. Prueba Dopplerf. <i>Stress Tests</i>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> g. Litotricia h. Electromiografía i. Prueba Topográfica para Emisión Computadorizada (SPECT) j. Prueba de Ortopantomografía (OPG) k. Impedancia Plestimográfica l. Procedimientos neurológicos, cerebrovasculares y cardiovasculares, invasivos y no invasivos. m. Imágenes nucleares n. Diagnósticos endoscópicos o. Estudios generales <p>7. Hasta 15 tratamientos físico-terapéuticos adicionales (más allá de lo que provee la Cubierta Básica) por beneficiario por año cuando lo indique un ortopeda o un médico luego de haber sido aprobada una preautorización solicitada.</p> <p>8. Anestesia general, incluyendo tratamientos dentales para niños con condiciones especiales.</p> <p>9. Cámara Hiperbárica</p> <p>10. Medicamentos inmunosupresores y laboratorios clínicos para los beneficiarios que requieran un tratamiento de seguimiento luego de una cirugía o un trasplante, para asegurar la estabilidad de la salud del beneficiario y para emergencias que puedan ocurrir luego de la cirugía.</p> <p>11. Tratamiento para las siguientes condiciones luego de que se confirme el resultado de los laboratorios y se haya establecido un diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. HIV positivo y/o síndrome de inmunodeficiencia adquirido (AIDS) (servicios de hospitalización o
--	--

	<p>ambulatorios están incluidos. No se requiere un referido o una preautorización para que el beneficiario acuda a sus visitas o tratamientos en las Clínicas de Inmunología Regional del Departamento de Salud o algún otro proveedor certificado).</p> <ul style="list-style-type: none">b. Tuberculosisc. Leprad. Lupuse. Fibrosis císticaf. Cáncerg. Hemofiliah. Menores con condiciones especiales, incluyendo las condiciones prescritas en el Manual de Códigos para Menores con un Diagnóstico de Necesidades Especiales (ver anejo 13), excepto asma y diabetes, las cuales están incluidas en el programa de Manejo de Condiciones, desorden psiquiátrico y discapacidades intelectuales.i. Esclerodermaj. Esclerosis múltiplek. Condiciones como causas de un daño hecho a sí mismo o como resultado de un delito o negligencia por un beneficiario.l. Condiciones renales crónicas en un nivel de 3, 4 y 5. (Niveles 1 y 2 están incluidos en la Cubierta Básica). Estos niveles de condiciones renales están definidas de la siguiente manera:
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> i. Nivel 3 – Filtración Glomerular (GFR-ml/min. per 1.73m² por el área de la superficie corporal) entre 30 y 59, una disminución moderada en la funcionalidad del riñón. ii. Nivel 4 – GFR entre medio de 15 y 29 se considera una disminución severa en la funcionalidad del riñón. iii. Nivel 5 – GFR bajo 15 se considera un fallo renal, lo que probablemente requiere diálisis o un trasplante de riñón. <p>12. Medicamentos requeridos para el tratamiento ambulatorio para la tuberculosis o lepra está incluido bajo la Cubierta Especial. Medicamentos para un tratamiento ambulatorio u hospitalización para AIDS de beneficiarios diagnosticados o que son HIV positivos también están incluidos, con la excepción de los inhibidores de la proteasa, ya que esto se proveerá por Centros CPTET.</p>
<p style="text-align: center;">Beneficios de farmacia</p>	<p style="text-align: center;">Servicios en farmacias</p> <p>1. Servicios provistos por farmacias bajo MMM Multi Health, incluyendo lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Todos los costos relacionados con medicamentos prescritos para beneficiarios, excepto cuando el copago aplique. b. Medicamentos que estén en el Formulario de Medicamentos en Cubierta de MI Salud o FMC. c. Los Formularios de Medicamentos en Cubierta de MI Salud (FMC) sirven de guía a los proveedores

	<p>en la toma de decisiones sobre medicamentos en la cobertura costo efectiva.</p> <p>d. Entre ellos se encuentra los siguientes:</p> <p>2. FMC Salud Física:</p> <p>Dental</p> <p>Nefrología</p> <p>Ob-Gyn</p> <p>Oncología</p> <p>VIH – SIDA</p> <p>Subfísico</p> <p>Formulario de Emergencia Integrado (FEI)</p> <p>FMC Salud Mental:</p> <p>Subformulario de Salud Mental</p> <p>a. Medicamentos incluidos en el Listado de Medicamentos Excluido (LME), pero no en el FMC.</p> <p>b. En instancias, algunas excepciones del proceso, drogas que no estén incluidas en el FMC o en el LME.</p> <p>3. MMM Multi Health no impondrá restricciones más allá de las que se establecen en el FMC, LME o algún otro formulario de medicamentos aprobados por ASES.</p> <p>Modelo del Manejo de los Beneficios de Farmacia</p> <p>1. Los servicios de farmacia son administrados principalmente por un Manejador de los Beneficios de Farmacia o PBM, por sus siglas en inglés, bajo un contrato con ASES. MMM Multi Health trabajará con el PBM al igual que la Administración del Programa de Farmacias (PPA, por sus siglas en inglés) seleccionado por</p>
--	--

ASES para asegurar la provisión exitosa de los servicios farmacéuticos.

2. Junto con otras medidas, debemos reforzar la cooperación con el PBM. Por esto, MI Salud:
 - a. Trabajaré con el PBM para mejorar el flujo de la información y desarrollar protocolos.
 - b. Estableceré, en consulta con el PBM, los procedimientos para transferir fondos para el pago de reclamaciones a la red de farmacia de acuerdo con el ciclo de pagos especificado por el PBM.
 - c. Coordinaré con el PBM el servicio que se establecerá para los clientes y el protocolo correspondiente a los servicios de farmacia.
 - d. Colaboraré con ASES para facilitar un proceso de transición amigable, desde el PBM, PPA y contratos que serán efectivos próximamente.

Medicamentos para el tratamiento de VIH/SIDA

Medicamentos excluidos:

1. Los siguientes medicamentos para HVIH/SIDA están excluidos del FMC de ASES: Viread®, Emtriva®, Truvada®, Fuzeon®, Atripla®, Epzicom®, Selzentry®, Intelence®, Isentress®, Edurant®, Complera® y Stribild®.
2. Debido a un acuerdo entre el Departamento de Salud y ASES, los beneficiarios diagnosticados con VIH/SIDA podrán adquirir los medicamentos antes mencionados a través de las clínicas del Departamento de Salud. MMM

Multi Health no se hace responsable por la cubierta de estos medicamentos.

3. Informar a los proveedores a referir a los beneficiarios, para quienes estos medicamentos son necesarios, a los Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTET) u organizaciones comunitarias, donde el beneficiario podrá ser monitoreado para determinar si es elegible al Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en ingles).
4. Un listado de los Centros CPTET y organizaciones comunitarias que administren estos medicamentos como se incluye en el anejo 4 de este contrato.

Programa del Manejo de Formularios

1. Seleccionar dos (2) miembros del personal para proveer servicios en un comité (Comité Financiero de los Beneficios de Farmacia) encargado de la maximización del reembolso. El Comité evaluará las recomendaciones con respecto al FMC y LME, de los Comités de P&T y PPA. Desarrollará y revisará el FMC o LME cuando sea necesario bajo la dirección de ASES y PPA.

MMM Multi Health seleccionará un miembro de su personal para servir como intermediario en el subcomité del manejo de la maximización del reembolso. Este subcomité tomará recomendaciones del FMC del Comité P&T y luego creará y manejará el FMC.

Servicios en farmacias

	<p>4. Servicios provistos por farmacias bajo MMM Multi Health, incluyendo lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Todos los costos relacionados con medicamentos prescritos para beneficiarios, excepto cuando el copago aplique.b. Medicamentos que estén en el Formulario de Medicamentos en Cubierta de MI Salud o FMC.c. Medicamentos incluidos en el Formulario Principal, pero no en el FMC.d. En instancias, algunas excepciones del proceso, drogas que no estén incluidas en el FMC o el Formulario Principal. <p>5. MMM Multi Health no impondrá restricciones en prescripciones disponibles más allá de las que se establecen en el FMC Formulario Principal o algún otro formulario de medicamentos aprobados por ASES.</p> <p>Modelo del Manejo de los Beneficios de Farmacia</p> <p>3. Los servicios de farmacia son administrados principalmente por un Manejador de los Beneficios de Farmacia o PBM, por sus siglas en inglés, bajo un contrato con ASES. MMM Multi Health trabajará con el PBM al igual que la Administración del Programa de Farmacias (PPA, por sus siglas en inglés) seleccionado por ASES para asegurar la provisión exitosa de los servicios farmacéuticos.</p> <p>4. Junto con otras medidas, debemos reforzar la cooperación con el PBM. Por esto, MI Salud:</p>
--	--

	<ul style="list-style-type: none">a. Trabajaré con el PBM para mejorar el flujo de la información y desarrollar protocolos para compartir la misma.b. Estableceré, en consulta con el PBM, los procedimientos para transferir fondos para el pago de reclamaciones a la red de farmacia de acuerdo con el ciclo de pagos especificado por el PBM.c. Coordinaré con el PBM el servicio que se establecerá para los clientes y el protocolo correspondiente a los servicios de farmacia.d. Colaboraré con ASES para facilitar un proceso de transición amigable, desde el PBM, PPA y contratos que serán efectivos el 1 de abril de 2015, lo que representa la fecha de implementación del contrato. <p style="text-align: center;">Medicamentos para el tratamiento de VIH/SIDA</p> <p style="text-align: center;"><u>Medicamentos excluidos:</u></p> <ul style="list-style-type: none">5. Los siguientes medicamentos para VIH/SIDA están excluidos del FMC de ASES: Viread®, Emtriva®, Truvada®, Fuzeon®, Atripla®, Epzicom®, Selzentry®, Intelence®, Isentress®, Edurant®, Complera® y Stribild®.6. Debido a un acuerdo entre el Departamento de Salud y ASES, los beneficiarios diagnosticados con VIH/SIDA podrán adquirir los medicamentos antes mencionados a través de las clínicas del Departamento de Salud. MMM Multi Health no se hace responsable por la cubierta de estos medicamentos.
--	---

	<p>7. Informar a los proveedores a referir a los beneficiarios, para quienes estos medicamentos son necesarios, a los Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTET) u organizaciones comunitarias, donde el beneficiario podrá ser monitoreado para determinar si es elegible al Programa de Asistencia de Medicamentos para SIDA (ADAP).</p> <p>8. Un listado de los Centros CPTET y organizaciones comunitarias que administren estos medicamentos como se incluye en el anejo 4 de este contrato.</p> <p style="text-align: center;">Programa del Manejo de Formularios</p> <p>2. Seleccionar 2 miembros del personal para proveer servicios en un comité (Comité Financiero de los Beneficios de Farmacia) encargado de la maximización del reembolso. El Comité evaluará las recomendaciones con respecto al FMC, de los Comités de P&T y PPA. Desarrollará y revisará el FMC cuando sea necesario bajo la dirección de ASES y PPA.</p> <p>3. MMM Multi Health seleccionará un miembro de su personal para servir como intermediario en el subcomité del manejo de la maximización del reembolso. Este subcomité tomará recomendaciones del FMC del Comité P&T y luego creará y manejará el FMC.</p>
	Funciones Administrativas
Manejo de Cuidado	<p>MI Salud será responsable del Manejo de Cuidado para los beneficiarios que demuestren una necesidad mayor incluyendo aquellos que tengan condiciones catastróficas, de alto costo, de alto riesgo o aquellos que requieran cuidado intensivo para</p>

	<p>asegurar la integración de las necesidades físicas y mentales.</p> <p>A los beneficiarios que presenten las siguientes condiciones se le ofrecerá el programa de Manejo de Cuidado y podrá decidir si se excluye del programa:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Beneficiarios identificados con necesidades de salud especiales y que cualifican para la Cubierta Especial.2. Beneficiarios diagnosticados con enfermedades mentales serias o una discapacidad emocional seria (SMI/SED).3. Beneficiarios identificados de un alto costo o de alto riesgo.4. Beneficiarios que se han presentado a salas de emergencia 7 a 12 veces en el mes. <p>El sistema de Manejo de Cuidado de MI Salud enfatizará en la importancia de la prevención, continuidad y coordinación del cuidado. El sistema defenderá y enlazará a los beneficiarios a los servicios necesarios que son provistos por proveedores y su localización. Las funciones del Manejo de Cuidado incluyen:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Manejador de cuidado certificado por Manejo de Cuidado asignado para cada beneficiario.2. Manejo de los beneficiarios para el acceso a los manejadores del cuidado que hayan sido examinados y aprobados por ASES.3. Beneficiarios identificados que tengan o puedan tener necesidades de salud mental incluyendo el uso de herramientas M-CHAT para el monitoreo y detección de autismo, ASQ, ASQ-SE, Escala de Conner (monitoreo de ADHS), DAST-10, GAD y PC-PTSD y otras herramientas
--	--

	<p>disponibles para el diagnóstico de desórdenes de salud mental.</p> <ol style="list-style-type: none">4. Evaluaciones físicas y mentales para el beneficiario que las necesite, utilizando evaluaciones estandarizadas dentro de 30 días calendario del referido de Manejo de Cuidado que ha sido evaluado y aprobado a mano por ASES.5. Desarrollo de un plan de cuidado de las necesidades evaluadas dentro de 60 días calendario.6. Asistencia y referidos para asegurar el acceso a proveedores.7. Coordinación del cuidado activo uniendo a los beneficiarios con los proveedores, servicios médicos, residenciales, sociales y otros tipos de servicios de apoyo cuando se consideren necesarios.8. Monitoreo de las necesidades de los beneficiarios y servicios adicionales a través de contacto personal o telefónico al menos trimestralmente (basados en alto o bajo riesgo).9. Continuidad y transición de servicios de cuidado.10. Documentación y seguimiento. <p>MMM Multi Health desarrollará unas políticas y procedimientos de Manejo de Cuidado que incluyen, como mínimo, los siguientes elementos:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Evaluación de necesidades individuales y diagnósticos.2. Desarrollo de un plan de tratamiento individual, según sea necesario, basado en las necesidades de la evaluación.3. Establecimiento de objetivos para tratamientos.
--	---

	<ol style="list-style-type: none">4. Monitoreo de resultados.5. Proceso para asegurar que los planes para tratamientos están revisados según solicitado.6. Estrategias que aseguren que todos los beneficiarios o representantes autorizados, al igual que especialistas del cuidado de los beneficiarios estén involucrados en el proceso de planificación de los tratamientos coordinados por el PCP.7. Desarrollo de procedimientos y criterios para los referidos de especialistas y sub-especialistas.8. Desarrollo de procedimientos para mantener los planes del cuidado de beneficiarios y los servicios referidos cuando el beneficiario cambia de proveedor.9. Capacidad para implementar, cuando sea indicado, las funciones del Manejo de Cuidado como evaluaciones para necesidades individuales, incluyendo el establecimiento de objetivos del tratamiento, seguimiento al tratamiento, monitoreo de los resultados o revisiones del plan de tratamiento.10. Procesos para referir a los beneficiarios a Manejo de Condiciones.11. Estos procedimientos deberán ser diseñados para incluir las consultas y coordinaciones realizadas por el PCP del beneficiario.12. MMM Multi Health someterá las políticas y procedimientos de Manejo de Cuidado a ASES para revisión y aprobación por escrito.
--	--

5. Farmacia

Es el departamento de Farmacia de MMM Multi Health quien trabaja en estrecha coordinación con el Administrador de Beneficios de Farmacia (PBM) contratado por ASES para garantizar que los servicios de farmacia proporcionados a sus beneficiarios inscritos, se basen en los estándares de más alta calidad, y que el mantenimiento de las operaciones esté en cumplimiento con los requisitos de ASES, CMS y cualquier otra ley o estatuto aplicable.

Para facilitar el procesamiento de reclamaciones, MMM Multi Health enviará al PBM diariamente, los datos de elegibilidad de los beneficiarios y proveedores.

El PBM es la entidad contratada por ASES para manejar el Programa de Beneficios de Farmacia de MMM Multi Health, y es responsable de administrar el procesamiento de reclamaciones, facilitar el proceso de administración de formulario, revisar y analizar la utilización de medicamentos, y administrar la red de farmacias. MMM Multi Health trabaja con el PBM, así como también con el Administrador del Programa de Farmacia (PPA, por sus siglas en inglés). Ambas entidades son seleccionadas por ASES, con el fin de garantizar la calidad en la prestación de los servicios de farmacia. MMM Multi Health está obligado a aceptar los términos y condiciones del contrato que ASES concedió al PBM y al PPA.

Las operaciones clínicas de farmacia de MMM Multi Health se llevan a cabo por un equipo de profesionales con experiencia en el MI Salud, compuesto por doctores en farmacia y técnicos de farmacia certificados y altamente capacitados para el manejo de intervenciones clínicas y en el diálogo efectivo con el equipo de proveedores que interviene en el cuidado de la salud. El equipo de Operaciones de Farmacia de MMM Multi Health se compone de la Unidad Clínica y la Unidad de Monitoreo de Denegaciones:

- **Unidad Clínica de Farmacia** - responsable de la evaluación y resolución de las solicitudes de determinación de cubierta recibidas.

- **Unidad de Monitoreo de Rechazos** - realiza el monitoreo del proceso de reclamaciones, para asegurarse de que las reclamaciones no son rechazadas de manera inapropiada en el punto de servicio, y que se basan en el Formulario de Medicamentos en cubierta de MI Salud (FMC), y los Protocolos aprobados por ASES.

MMM Multi Health cuenta con un especialista de utilización de farmacia dedicado a la revisión continua de la utilización de medicamentos con el propósito de coordinar con el PBM los temas que se discutirán con los grupos médicos en actividades educativas a través del Programa Académico del PBM y las visitas a las oficinas médicas de los Consultores de Prácticas Médicas (CPC por sus siglas en inglés) de MMM Multi Health. En estas actividades se discuten temas tales como la polifarmacia y sus implicaciones, y la utilización adecuada de medicamentos. Los análisis de utilización también nos permiten establecer programas con los pacientes para el tratamiento de condiciones tales como asma, depresión, diabetes y colesterol entre otros, con el fin de identificar oportunidades y establecer una disciplina que permita ofrecer a nuestros beneficiarios un Programa de Beneficios de Farmacia que garantice la calidad y efectividad de la terapia de medicamentos.

5.1 Farmacia y servicios de las cubiertas

MMM Multi Health provee servicios de cubierta de farmacia, incluyendo los siguientes:

- Todos los costos relacionados con los medicamentos prescritos a los beneficiarios, con excepción de los copagos correspondientes a los beneficiarios cuando se aplique.
- Los medicamentos que están en el Formulario de Medicamentos en Cubierta del MI Salud (FMC por sus siglas en español), es la lista de medicamentos preferidos y no preferidos cubiertos por el MI Salud, la ASES puede asignar diferentes niveles de copagos dentro del FMC.
- Si un medicamento fuera del FMC pero incluido dentro del Listado de Medicamentos por Excepción (LME) es prescrito, éste estará sujeto al mecanismo de excepción manejado por la aseguradora. Estos se evaluarán

conforme a la necesidad médica del paciente y deberán ser justificados por el médico del paciente.

- Médico debe evidenciar que todas las alternativas en el FMC están contraindicadas. El MCO solicitará copia del historial médico del paciente que evidencie la alegada contraindicación o médico debe proveer literatura científica suficiente para probar que al tomar una de las alternativas dentro del FMC representaría en repercusiones serias de salud para el paciente; o
 - Paciente ha experimentado reacciones adversa severas a todas las alternativas dentro del FMC; o
 - Fallo terapéutico a todas las alternativas disponible dentro del FMC, sea por ineffectividad de la terapia o porque afecta o empeora la condición o enfermedad del paciente.
- Si un medicamento fuera del FMC y fuera del Listado de Medicamentos por Excepción (LME) es prescrito éste estará sujeto al proceso de excepción.
 - El proveedor debe evidenciar que todas las alternativas dentro del FMC y el LME están contraindicadas.
 - El MCO solicitará copia del historial médico del paciente que evidencie la alegada contraindicación o médico debe proveer literatura científica suficiente para probar que al tomar una de las alternativas dentro del FMC representaría en repercusiones serias de salud para el paciente;
 - Paciente ha experimentado reacciones adversas severas a todas las alternativas dentro del FMC y el LME. El MCO solicitará copia del historial médico del paciente que evidencie la alegada reacción adversa; o
 - Fallo terapéutico a todas las alternativas disponible dentro del FMC y el LME, sea por ineffectividad de la terapia o porque afecta o empeora la condición o enfermedad del paciente ,

- MMM Multi Health no puede imponer restricciones a los medicamentos recetados disponibles, más allá de las contempladas en el FMC, LME, o cualquier otro formulario de medicamentos aprobado por ASES.

5.2. Medicamentos excluidos del beneficio de Farmacia

- Medicamentos para la Fertilidad, medicamentos para usos cosméticos o para el crecimiento del pelo, medicamentos para el alivio de síntomas de tos y catarro, la mayoría de las vitaminas y minerales que se obtienen con receta médica, medicamentos que se obtienen sin receta médica (OTC por sus siglas en inglés) a menos que el medicamento este específicamente incluido en la cubierta de MI Salud.
- Medicamentos para los cuales el fabricante requiere como una condición para la venta del mismo, que pruebas asociadas al uso del medicamento o cualquier servicio para monitoreo se compren u obtengan directamente del fabricante o de quien ellos designen.
- Medicamentos que no son prescritos para una indicación médicamente aceptada.
- Los medicamentos para el tratamiento de la Hepatitis C, debido a que los mismos se cubren a través de otros programas de salud del gobierno, no a través de Medicaid.
- Los medicamentos entregados directamente a los beneficiados por un proveedor que no tiene una licencia de farmacia, con la excepción de los medicamentos que se administran tradicionalmente en el consultorio de un médico, como por ejemplo las inyecciones.

5.3. Información relevante para nuestros proveedores

Las recetas ordenadas bajo los servicios del beneficio de farmacia podrían estar sujetas a las siguientes medidas para el manejo de utilización:

- Algunos medicamentos recetados pueden estar sujetos a pre-autorización. La mayoría de las pre-autorizaciones son trabajadas por MMM Multi Health;

- algunas son trabajadas por el PBM de acuerdo con las políticas y procedimientos establecidos por el Comité de Farmacia y Terapéutica de ASES (P&T) y decidido en consulta con MMM Multi Health, cuando aplique.
- MMM Multi Health se asegura de que la pre-autorización de servicios de farmacia se trabaje dentro del tiempo establecido por ASES:
 - La evaluación y solicitud de documentos necesarios para aprobar o denegar una receta a través del proceso de pre-autorizaciones debe trabajarse en un período de veinticuatro (24) horas desde el momento en que se recibe la solicitud para la autorización de la receta. Sin embargo, el periodo de las 24 horas no comienza hasta que la evaluación recibida contenga la información mínima requerida para poder evaluar la misma. De la petición no contener la información apropiada, la misma se le solicitará a médico que prescribe el cual tendrá hasta setenta y dos (72) horas adicionales para someter la información solicitada por escrito para su evaluación.
 - La información mínima requerida para la evaluación de un medicamento es la siguiente:
 - Receta
 - Justificación clínica que detalle la necesidad del medicamento prescrito
 - Periodo de duración de la terapia según establecido por el protocolo clínico.
 - Si la receta es para un medicamento controlado, la misma debe obtener la siguiente información:
 - Fecha de prescripción
 - Nombre y dirección de paciente
 - Edad de paciente
 - Nombre completo, dirección, número de teléfono y número de licencia de médico que prescribe

- Nombre de droga, dosis, cantidad y potencia
 - Instrucciones del medicamento
 - Número de Licencia del DEA
- En una situación de emergencia, MMM Multi Health puede autorizar al menos un suplido de setenta y dos (72) horas del medicamento solicitado siempre y cuando no sea un medicamento excluido por reglamentación. Una situación de emergencia significa que, la falta de acceso al medicamento solicitado puede poner en peligro la vida o salud del beneficiario o la habilidad de recuperar sus funciones.
- Las recetas prescritas por un proveedor que está fuera de la Red Preferida (PPN, por sus siglas en inglés) sólo pueden despacharse si la receta está autorizada y firmada por el Médico Primario (PCP) del beneficiario u otro PCP que pertenezca al grupo médico del beneficiario (GMP). Una contrafirma solicitada al PCP se debe obtener en un plazo de tres (3) días calendario después de recibirse la solicitud de la receta prescrita por el proveedor. Si la salud del beneficiario está en peligro, la misma se trabajará dentro de veinticuatro (24) horas o si el proveedor que prescribió una receta está dentro del PPN, MMM Multi Health no requerirá la contrafirma o referido del PCP.
- MMM Multi Health utiliza medicamentos bioequivalentes aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), clasificadas "AB" y autorizados por las regulaciones. MMM Multi Health no se negará a cubrir un medicamento de marca que tiene un genérico bioequivalente, los mismos se cubren a través del proceso de excepción si cumplen con las condiciones de este proceso. Si el medicamento no está disponible en el mercado, no se impondrá un pago adicional al beneficiario debido a que el medicamento bioequivalente no está disponible.

5.3.1 MMM Multi Health observa los siguientes límites de tiempo con respecto a los medicamentos recetados:

- Medicamentos para condiciones críticas serán cubiertos por un máximo de treinta (30) días calendario y por tiempo adicional, si es médicamente necesario. Medicamentos para condiciones crónicas o de salud mental severas, serán cubiertos por un máximo de treinta (30) días calendario, excepto al principio de la terapia en el que por recomendación de un proveedor, un mínimo de quince (15) días calendario será prescrito con el propósito de reevaluar el cumplimiento y la tolerancia. Bajo las órdenes de un médico, una receta puede ser repetida hasta cinco (5) veces.
- Para los medicamentos de mantenimiento que requieren una pre-autorización, la misma será efectiva por el término especificado por el proveedor o durante seis (6) meses, a menos que existan contraindicaciones o efectos secundarios.
- El proveedor que prescribió la receta volverá a evaluar la farmacoterapia dentro de noventa (90) días calendario después de haber recetado un medicamento de mantenimiento con el propósito de asegurarse del cumplimiento con las regulaciones, verificar la tolerancia y evaluar que la dosis es la apropiada. Los cambios de dosis no requerirán pre-autorización. Los cambios del medicamento utilizado pueden requerir una pre-autorización.

5.3.2 Los siguientes medicamentos para el tratamiento del VIH/SIDA están excluidos del PDL de ASES: Viread®, Emtriva®, Truvada, Fuzeon®, Atripla®, Epzicom®, Selzentry®, Intelence®, ISENTRESS®, Edurant®, Complera® y Stribild®.

- A través de un acuerdo entre el Departamento de Salud y ASES, los beneficiarios con diagnóstico de VIH/SIDA pueden tener acceso a los medicamentos antes mencionados a través de los Centros para el Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTET) del Departamento de Salud.

- Los proveedores deben referir al beneficiario que realmente necesite estos medicamentos a los Centros CPTET u organizaciones de base comunitaria, donde el beneficiario puede ser examinado para determinar si es elegible al Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (*Aids Drug Assistance Program*, ADAP por sus siglas en inglés).
- Algunos medicamentos anticonceptivos los provee el beneficio de farmacia de MMM Multi Health, sólo para el tratamiento de la disfunción menstrual u otras condiciones hormonales. Los anticonceptivos recetados para fines de planificación familiar serán proporcionados a través de las clínicas de PREVEN.
- Las instrucciones para las recetas, cuyos medicamentos son para el tratamiento de condiciones crónicas en niños con necesidades especiales de salud:
 - La terapia cubrirá el tratamiento por treinta (30) días calendario, y si es necesario se cubrirán hasta cinco (5) repeticiones de la receta original, según el juicio clínico de un proveedor certificado.
 - De ser médicamente necesario, recetas adicionales podrían ser cubiertas.
- Los medicamentos recetados deben ser dispensados por una farmacia bajo contrato con el PBM que se encuentra debidamente autorizada bajo las leyes de Puerto Rico, y es elegida libremente por el beneficiario. El PBM mantiene la responsabilidad de garantizar que la red de servicios de farmacia cumpla con los términos especificados por ASES.
- Medicamentos recetados deben ser dispensados según el período de tiempo establecido por la Ley de Farmacia de Puerto Rico.

5.4 Formulario para el Programa de Beneficios de Farmacia

5.4.1 ¿Qué es el Formulario de Medicamentos en Cubierta (FMC) de MI Salud?

En cumplimiento con cambios en la regulación federal del Centro de Servicios para Medicaid y Medicare (CMS) se revisó la lista de medicamentos en cubierta de MI Salud, antes conocida como Listado de Medicamentos Preferidos (PDL) y se clasificaron los medicamentos como preferidos y no preferidos. Además y como parte de la revisión se hicieron cambios para modificar requisitos y se incluyeron y eliminaron medicamentos en cubierta. Este formulario revisado se conocerá como **Formulario de Medicamentos en Cubierta de MI Salud (FMC)**. El mismo es vigente desde el 1 de julio de 2016. La cubierta del beneficio de farmacia de MI Salud establece el uso de genérico bioequivalente mandatorio como primera opción y se requiere la utilización de genéricos clasificados "AB" por la Administración de Droga y alimentos (FDA, por sus siglas en inglés). El nombre de marca, para medicamentos que tienen un genérico bioequivalente disponible, se menciona en el FMC sólo como referencia.

5.4.2 ¿Cómo se crea el Formulario de Medicamentos en Cubierta de MI Salud?

MMM Multi Health contará con una representación en el Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T) de ASES para la evaluación clínica de medicamentos que serán excluidos o incluidos en el Formulario de Medicamentos en Cubierta de MI Salud. Todos los cambios al FMC se publican en nuestros sitios web: www.multihealthpsg.com, o en nuestro portal de proveedor: www.innovamd.com.

5.4.3 ¿Qué contiene el Listado de Medicamentos por Excepción (LME)?

Lista de medicamentos que no ha sido incluida en el FMC, pero si han sido evaluadas y aprobadas por el Comité de Farmacia & Terapia (P&T) de ASES solo a ser cubiertos por mecanismo de excepción luego de cumplir con los criterios establecidos.

5.4.4 ¿Puede cambiar el FMC?

Sí puede cambiar. Todo cambio podrá ser visto en nuestras páginas web: www.multihealthpsg.com o en nuestro portal del proveedor: www.innovamd.com.

5.5. Proceso de Solicitud de Excepciones

Se recomienda a los médicos recetar medicamentos que están en el Formulario de Medicamentos en Cubierta (FMC) de MI Salud siempre que sea posible.

- MMM Multi Health cubre medicamentos que no están incluidos en el FMC y que están incluidos en el LME a través de un proceso de excepción.
 - Si un medicamento que no se encuentra en el FMC pero sí en el LME es prescrito y procesado en la farmacia, la farmacia recibirá el siguiente mensaje de rechazo:
 - *LME Drug: Exception request required. Validate other alternatives in FMC before proceeding.*
 - Si aun así se procede con la evaluación del medicamento la misma debe incluir la siguiente información standard:
 - receta
 - justificación clínica y necesidad médica para el medicamento prescrito
 - duración esperada del tratamiento
 - El médico que prescribe debe proveer justificación clínica por **escrito y firmada** indicando la razón o los motivos clínicos los cuales el medicamento solicitado es clínicamente necesario para tratar la enfermedad o condición médica del beneficiario:
 - Paciente ha experimentado serias reacciones adversas a las todas las alternativas disponibles en el FMC o ;
 - Fallos terapéuticos a todas las alternativas en el FMC, ya sea porque esas alternativas fueron ineficaces o podrían afectar adversamente la salud o condición del paciente.
 - Solicitudes incompletas, serán devuelta al médico por fax, o email para completar dentro de **veinticuatro (24) horas**.

- El resultado de la determinación será notificado dentro de las veinticuatro (24) horas; el beneficiario, la farmacia y el médico que prescribe.
- En una situación de emergencia, el MCO puede autorizar al menos un suplido de setenta y dos (72) horas del medicamento solicitado siempre y cuando no sea un medicamento excluido por reglamentación.
 - Una situación de emergencia significa que: la falta de acceso al medicamento solicitado puede poner en peligro la vida o salud del beneficiario o la habilidad de recuperar sus funciones.
- Si a una solicitud le falta información adicional para completar la evaluación, se le notificará al médico que la aseguradora le otorgará setenta y dos (72) horas para someter la información.
- Si la información adicional no es sometida dentro de las setenta y dos (72) horas, la solicitud puede ser inactivada a menos que previo a la expiración del tiempo el MCO confirma que la información disponible es suficiente para tomar una determinación.
- Si es inactivada se notificará por escrito a la farmacia y al médico que prescribe.
- Información adicional apropiada incluye pero no se limita a:
 - Diagnóstico
 - Datos o historial médico de paciente relevante
 - Documentación de uso previo a otras alternativas de terapias o medicamentos (incluyendo terapias, tiempo de uso y resultados clínicos)
 - Justificación médica como: *contraindicación a las alternativas disponibles en el FMC, reacción adversa a los medicamentos en formulario, evidencia de fallo terapéutico a las alternativas, medicamento no cubierto en el formulario para un diagnóstico en específico*

- *Resultados de laboratorio ,si son requeridos en el protocolo*
- MMM Multi Health cubre medicamentos que no están incluidos en el FMC ni en el LME siempre y cuando el medicamento no se encuentre en una fase experimental y que el mismo haya sido aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés) para el tratamiento de la condición de salud del beneficiario.
 - Si un medicamento que no se encuentra en el FMC ni en el LME es prescrito y procesado en la farmacia, la farmacia recibirá el siguiente mensaje de rechazo:
 - *Non- FMC/LME Drug. Exception request required. Validate other alternatives in FMC/LME before proceeding.*
 - Si aun así se procede con la evaluación del medicamento la misma debe incluir la siguiente información standard:
 - receta
 - justificación clínica y necesidad médica para el medicamento prescrito
 - duración esperada del tratamiento
 - El médico que prescribe debe proveer justificación clínica por **escrito y firmada** indicando la razón o los motivos clínicos los cuales el medicamento solicitado es clínicamente necesario para tratar la enfermedad o condición médica del beneficiario.
 - Paciente ha experimentado serias reacciones adversas a las todas las alternativas disponibles en el FMC y el LME ;
 - Fallos terapéuticos a todas las alternativas en el FMC y el LME, ya sea porque esas alternativas fueron ineficaces o podrían afectar adversamente la salud o condición del paciente.

5.6 Investigaciones de posibles casos de fraude

El Departamento de Farmacia de MMM Multi Health tiene un alto compromiso en apoyar el plan comprensivo del Departamento Corporativo de Cumplimiento para la prevención, detección y corrección de posibles casos de fraude, desperdicio o abuso relacionados al beneficio de farmacia. Si algún caso es identificado o referido al Departamento por un empleado, beneficiario, farmacia o médico, la información del mismo se compartirá con el personal de cumplimiento de MMM Multi Health, del PBM y también con ASES para determinar las acciones que se deban tomar sobre estos casos. Regularmente, se llevan a cabo auditorías de reclamaciones y análisis de utilización para identificar cualquier patrón que pueda representar fraude, desperdicio o abuso, como por ejemplo:

- Utilización de medicamentos controlados
 - *Doctor/Pharmacy Shopping* (recetas de medicamentos controlados para el mismo beneficiario, prescritas por múltiples médicos y/o despachadas por múltiples farmacias.)
- Utilización de medicamentos de marca en lugar del genérico.

5.7. Información de contacto del Departamento de Farmacia

UNIDAD CLINICA FARMACIA	
CENTRO DE LLAMADAS DE FARMACIAS (PREAUTORIZACIONES DE MEDICAMENTOS)	
TELEFONO	<ul style="list-style-type: none"> ● 1-844-880-8820 (LIBRE DE CARGOS) ● 787-523-2829
FAX SALUD FISICA	<ul style="list-style-type: none"> ● 1-844-997-9950 ● 1-844-997-9960
FAX SALUD MENTAL	<ul style="list-style-type: none"> ● 1-844-990-9940
FAX CODIGOS J (J CODES)	<ul style="list-style-type: none"> ● 787-300-4897
PAGINAS DE INTERNET	

6. Programa de Mejoramiento y Ejecución de Calidad

El Programa de Mejoramiento y Ejecución de Calidad provee una estructura para la provisión de cuidado de calidad para todos los beneficiarios, su meta primaria es mejorar el estado de salud de los beneficiarios y en instancias donde no sea posible mejorar el estado de salud, mantener su estado de salud corriente, implantando medidas para prevenir algún deterioro mayor.

Objetivos:

- 1) Realizar actividades de mejoramiento de calidad y proyectos de mejoramiento de ejecución con metas detalladas y con un cumplimiento medible.
- 2) Evaluación continua de la calidad de los servicios ofrecidos para promover mejoramiento tangible en la ejecución.
- 3) Esfuerzos enfocados en minimizar las barreras que puedan impedir la provisión continua de cuidado de salud apropiado, para así conducir mejores resultados para nuestra población.
- 4) Mantener alianzas con sectores interesados en la población que servimos que maximicen nuestra capacidad de proveer servicios y beneficios de salud apropiados.

6.1 Programa de Evaluación de Calidad y Mejoramiento en la Ejecución

El Programa de Evaluación de Calidad y Mejoramiento en la Ejecución (QAPI, por sus siglas en inglés) se estableció especificando medidas de calidad y de mejoramiento en ejecución basadas en estándares clínicos aceptados nacionalmente y considerando investigaciones recientes sobre garantía en calidad. Algunos de los elementos que estructuran el Programa de Evaluación de Calidad y Mejoramiento en la Ejecución serán descritos en las secciones subsiguientes.

6.2 Junta Consultiva

La Junta Consultiva es un foro de discusión abierto a representantes y participantes de MI Salud; tales como asegurados, familiares, proveedores, entre otros, de MMM Multi Health. Dicho foro se reúne trimestralmente. Los participantes de la Junta Consultiva de MMM Multi Health aportarán en la solución de situaciones relacionadas a la manera en que se proveen los servicios, la calidad de todos los servicios cubiertos (por ejemplo, salud mental, salud física), derechos de los beneficiarios, responsabilidades, resolución sobre las apelaciones y querellas de los beneficiarios y las necesidades de los grupos representados por los participantes de la Junta Consultiva, según conciernan al programa de Medicaid de Puerto Rico. MMM Multi Health fomentará una representación equitativa de sus participantes en términos de raza, género, población especial servidas por el del MI Salud.

MMM Multi Health mantendrá un récord de los participantes y de las actividades discutidas durante las reuniones de la Junta Consultiva. Los participantes de la Junta Consultiva necesitan contribuir activamente en las discusiones. Ninguno debería dominar el foro de discusión, para así fomentar un ambiente inclusivo y participativo.

6.3 Proyectos de Mejoramiento en Ejecución

Los Proyectos de Mejoramiento en Ejecución (PIP, por sus siglas en inglés) son consistentes con los estatutos del gobierno federal y estatal, las regulaciones y los requisitos del Programa de Evaluación de Calidad y Mejoramiento en la Ejecución (QAPI, por sus siglas en inglés), según descritos en el 42 CFR 438.330. El fin primario de los Proyectos de Mejoramiento en Ejecución es alcanzar un efecto favorable y positivo en los resultados de salud y satisfacción del beneficiario. Estos proyectos fueron diseñados para lograr, a través de mediciones e intervenciones continuas, mejoras significativas en las áreas de cuidado clínico y administrativas.

6.3.1 Pasos para diseñar un Programa de Mejoras de Desempeño:

- 1) Seleccionar la necesidad de acuerdo a la situación actual y la situación deseada con el propósito de lograr un beneficio medible para el beneficiario.

- 2) Establecer metas y objetivos inteligentes (SMART Objectives, por su acrónimo en inglés) que sean específicos, medibles, alcanzables, orientados a resultados y con fechas límites de ejecución.
- 3) Crear indicadores de calidad que permitan el rastreo del desempeño y mejoras con el pasar del tiempo o seleccionar indicadores estandarizados del desempeño como por ejemplo *HEDIS* ®.
- 4) Identificar la población del proyecto a través de una muestra probabilística, no probabilística o seleccionar el universo.
- 5) Implementar intervenciones diseñadas a lograr la mejora en calidad.
- 6) Recopilar y analizar apropiadamente datos precisos y válidos que demuestren la mejora en calidad.
- 7) Evaluar la efectividad de las intervenciones.

Para mayor información sobre los Protocolos de la Organización del Manejo de Cuidado y Revisión de Calidad Externa (EQRO, por sus siglas en inglés) puede acceder a

<http://www.medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Topics/Quality-of-Care/Quality-of-Care-External-Quality-Review.html>

6.4 Programa de Calidad para las Salas de Emergencia

MMM Multi Health diseñó un Programa de Calidad para las Salas de Emergencia para identificar proactivamente los altos utilizadores de servicios de emergencia para situaciones que no son una emergencia, incluye estrategias que permiten una intervención temprana, para así asegurar la utilización apropiada de los servicios y recursos.

El Programa de Calidad para las Salas de Emergencia incluye los siguientes componentes:

- 1) Un sistema para rastrear, monitorizar y crear reportes sobre los beneficiarios que utilizaron altamente los servicios de emergencia para situaciones que no eran de emergencia.
- 2) Criterios para definir situaciones que no son de emergencia.

- 3) Componentes educativos para informar a los beneficiarios sobre el uso apropiado de los servicios de emergencia y como accederlos; para informar a los Proveedores de medicina Primaria sobre la identificación de los altos utilizadores o potenciales altos utilizadores de servicios de emergencia y sobre como referirlos al plan.
- 4) Protocolos para la identificación de los altos utilizadores de servicios de emergencia inapropiados, para referirlos al Programa de Manejo de Cuidado para la evaluación de sus necesidades y posible identificación de un nivel de cuidado más apropiado.
- 5) Proceso para asegurar la provisión de los servicios de salud física y salud mental en el nivel de cuidado más apropiado y según sea identificada la necesidad.
- 6) Procesos para evaluar la efectividad del Programa de Calidad para las Salas de Emergencia, identificar las áreas de oportunidad, y modificar el programa, según sea necesario, para mejorar la utilización de los servicios.

6.5 Programa de Mejoramiento de Cuidado de la Salud

El Programa de Mejoramiento de Cuidado de la Salud, según requerido por ASES, evaluará las siguientes cuatro (4) categorías de indicadores de desempeño:

- 1) Iniciativas de Condiciones de Alto Costo de Cuidado
- 2) Iniciativas de Condiciones Crónicas
- 3) Iniciativas de Población Saludable
- 4) Iniciativas de Calidad para Salas de Emergencia

6.5.1 A continuación una breve descripción de cada categoría y sus métricas:

Iniciativas para Condiciones de Alto Costo de Cuidado	Enfocadas en mejorar el estado de salud de la población con las condiciones identificadas por ASES como de alto costo. Estas incluyen tanto a la población en general como a los participantes del programa CHIP.
	Población en General
	<ul style="list-style-type: none"> ● Cáncer

	<ul style="list-style-type: none"> ● Enfermedad Renal Crónica en Etapa Terminal ● Esclerosis Múltiple ● Artritis Reumatoide
	Participantes del Programa CHIP
	<ul style="list-style-type: none"> ● Cáncer ● Niños y Jóvenes con Necesidades de Salud Especiales ● Hemofilia ● Autismo
Iniciativas de Condiciones Crónicas	<p>Persigue mejorar la salud de los beneficiarios con condiciones crónicas específicas y reducir la utilización asociadas a complicaciones de salud evitables.</p>
	Población en General
	<ul style="list-style-type: none"> ● Diabetes ● Asma ● Fallo Cardíaco Severo ● Hipertensión ● Enfermedad Pulmonar Crónica ● Depresión Crónica ● Desórdenes de Abuso de Sustancias ● Enfermedades Mentales Serias (no depresión)
	Participantes del Programa CHIP
	<ul style="list-style-type: none"> ● Diabetes ● Asma ● Desorden de Déficit de Atención e Hiperactividad
Iniciativas de Población Saludable	<p>Estas se enfocan en el cuidado médico preventivo. Incluyen también a las poblaciones identificadas como de condiciones de alto costo y condiciones crónicas.</p>
	Población Saludable

	<ul style="list-style-type: none"> ● Índice de Masa Corporal en el adulto - (ABA) ● Evaluación de Peso, Educación Nutricional y Actividad Física para Niños y Adolescentes - (WCC) ● Estatus de Inmunizaciones en Niños - (CIS) ● Cernimiento de Cáncer de Mamas - (BCS) ● Cernimiento de Cáncer Cervical - (CCS) ● Cernimiento de Clamidia en Mujeres - (CHL) ● Cernimiento de Cáncer Colorectal - (COL) ● Manejo de Medicamentos Antidepresivos -(AMM) ● Cernimiento de Diabetes en Pacientes con Esquizofrenia – (SSD) ● Seguimiento luego de Hospitalización por Enfermedad de Salud Mental - (FUH) ● Tratamiento Apropiado en Niños con Infección del Tracto Respiratorio Superior - (URI)
	Acceso al Cuidado
	<ul style="list-style-type: none"> ● Acceso a Cuidado Preventivo en Adultos – (AAP) ● Acceso a Cuidado Preventivo en Niños y Adolescentes - (CAP) ● Visita Anual al Dentista – (ADV) ● Cuidado Post-Parto – (PPC)
	Otras Medidas de Utilización
	<ul style="list-style-type: none"> ● Frecuencia de Visitas para el Cuidado Pre Natal – (FPC) ● Visitas de Rutina en los Primeros 15 Meses de Vida – (W15) ● Visitas de Rutina del Adolescente – (AWC) ● Frecuencia de Procedimientos Selectivos – (FSP)

	<ul style="list-style-type: none"> ● Cuidado Ambulatorio – (AMB) ● Identificación del Uso de Alcohol y Drogas – (IAD) ● Utilización de Servicios de Salud Mental – (MPT)
Iniciativas de Calidad para Salas de Emergencia	Desarrollado para reducir el uso inapropiado de servicios de sala de emergencia para situaciones que no son una emergencia.
	<ul style="list-style-type: none"> ● Programa de manejo clínico diseñado para identificar y atender la posible utilización inapropiada de la sala de emergencia.

6.6 Encuestas de Satisfacción de Proveedores y Beneficiarios

Las encuestas de satisfacción se realizan anualmente. Las encuestas de satisfacción para los beneficiarios son la Evaluación del Consumidor de Proveedores de Salud (CAHPS por sus siglas en inglés) y la de Resultados y Experiencia del Cuidado de la Salud (ECHO, por sus siglas en inglés). Al igual que las encuestas de satisfacción de beneficiarios, la encuesta de satisfacción de los proveedores es realizada por una entidad independiente, manteniendo así la debida confidencialidad. Los resultados de estas encuestas son compartidos con ASES. A su vez, los resultados de dichas encuestas están disponibles para los beneficiarios y proveedores, según sean solicitados. Los resultados de las encuestas se utilizan para monitorizar el servicio brindado, la calidad del mismo y para desarrollar nuevas estrategias enfocadas en mejorar la calidad de los servicios.

6.7 Evaluación Externa de Calidad

ASES contrata una Organización para la Evaluación Externa de Calidad (EQRO, por sus siglas en inglés) para realizar unas evaluaciones anuales, externas e independientes de los resultados obtenidos en calidad, oportunidades y accesos a servicios cubiertos para cumplir con los requisitos federales establecidos en 42 CFR 438.358. Las actividades analíticas para evaluar la calidad del cuidado, los servicios provistos a los

beneficiarios, y para identificar las oportunidades de mejoramiento para el programa de Calidad deben estar establecidas y desarrolladas.

7. Función Clínica y Administrativa

7.1 Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT)

7.1.1 Propósito

Orientar a nuestros proveedores contratados en los servicios requeridos de EPSDT conforme con las guías preventivas de salud de la Academia Americana de Pediatría (AAP) Bright Futures Standards of Care y las Guías de Servicios Pediátricos Preventivos 2018 del Departamento de Salud de Puerto Rico, por acuerdo contractual entre MI Salud y MMM Multi Health. El alcance incluye educar al proveedor sobre los requisitos de servicio, el cumplimiento y la vigilancia de las medidas de calidad de EPSDT.

7.1.2 Alcance

Esta política se aplica a todos los proveedores de la red que proporcionan cuidados de rutina para beneficiarios elegibles de Medicaid o CHIP menores de 21 años.

7.1.3. Definiciones

- *Bright Futures* - Iniciativa de prevención nacional que promueve el cuidado de salud y la prevención de enfermedades utilizando un enfoque basado en el desarrollo para hacer frente a las necesidades de salud de los niños en el contexto de la familia. El Departamento de Salud de Puerto Rico ha adaptado el Programa de Periodicidad *Bright Futures* para ayudar a los proveedores de salud y servir de guía para la atención preventiva pediátrica (adjunto).
- EPSDT - El acrónimo EPSDT significa:
 - **Temprano / Early:** Identificar problemas a tiempo, a partir del nacimiento.

- **Periodicidad** / *Periodic*: Evaluación periódica de salud infantil en intervalos apropiados para su edad.
- **Cernimiento** / *Screening*: Evaluación física, mental, desarrollo, división y otras pruebas para detectar problemas potenciales basándose en las directrices aprobadas.
- **Diagnóstico** / *Diagnosis*: Realizar pruebas diagnósticas y detección de riesgo.
- **Tratamiento** / *Treatment*: Control, corrección y reducción de problemas de salud encontrados.

- **El Programa EPSDT es el componente de Salud Infantil de Medicaid**

Está diseñado para atender las necesidades de salud física, mental y del desarrollo.

EPSDT es un conjunto de servicios obligatorios y beneficios para todos los individuos menores de 21 años que están inscritos en Medicaid. Todos los servicios deben estar dirigidos a prevenir, tratar o mejorar los problemas, condiciones físicas, mentales o del desarrollo. Estos servicios deben ser ofrecidos por proveedores certificados las veces que sea necesario, y la duración del mismo debe estar basada en la necesidad médica. EPSDT se centra en la continuidad de la atención mediante la evaluación de las necesidades de salud, proporcionando pruebas preventivas, iniciando referencias y completando el tratamiento y el seguimiento médico recomendado. Este servicio incluye cernimientos de visión, audición y servicios dentales, así como todos los demás servicios obligatorios y opcionales médicamente necesarios enumerados en los requisitos del contrato de MI Salud, para corregir o mejorar defectos y enfermedades físicas, mentales y condiciones identificadas en una evaluación periódica de EPSDT.

7.1.4 Responsabilidades

7.1.4.1 Departamento de Servicios de Salud

- El Director General de Salud (DGS) es responsable de las actividades médicas de los directores médicos y proveedores, garantizando al

mismo tiempo un uso adecuado de las directrices médicas en las operaciones.

- El Vicepresidente de Operaciones Clínicas (VP) es en última instancia responsable del proceso de Gestión de Servicios, junto con los objetivos corporativos estratégicos.
- Los directores y gerentes son responsables de las operaciones y el establecimiento de planes de mejora como se considere apropiado del día a día.
- El gerente y el supervisor son responsables de supervisar el personal y garantizan la ejecución correcta de la política y el procedimiento.
- El personal de manejo de casos es responsable de ayudar a los proveedores como se detalla en la política y el procedimiento, y de mantener la documentación de casos disponibles para los procesos de auditoría.

7.1.4.2 Contrataciones y relaciones con el proveedor:

- El presidente es el responsable máximo de supervisar el proceso de contratación.
- El vicepresidente del Departamento de Contratación es responsable de supervisar los procesos de contratación.
- El director de Desarrollo y Cumplimiento de Contratación de la Red de Proveedores es responsable de las operaciones diarias y de monitorear la adaptación de la red.
- El director de Contrataciones y Relaciones con el Proveedor es responsable de las operaciones diarias y del proceso de contratación.
- El AVP de Contrataciones es responsable de la supervisión de los procesos de contratación de especialistas, hospitales y los servicios ancilares.
- Los representantes de contrataciones se encargan de negociar profesionales de comportamiento y los proveedores organizacionales.

7.1.5. Procedimientos

7.1.5.1 Requisitos de acuerdo contractual del proveedor

- El Grupo Médico Primario (PMG) y el médico de atención primaria (PCP) deben implementar procesos para asegurar la detección adecuada para la edad y la coordinación de servicios cuando se identifican las necesidades de los beneficiarios. Se anima a los proveedores a utilizar herramientas estándar de detección y chats, y completar entrenamientos para el uso de las mismas. La Organización de Manejo de Caso (MCO) establecerá un proceso para monitorear e implementar intervenciones para los PMG y el PCP que no estén en cumplimiento.
- Responsabilidades del Proveedor de Cuidado de Salud para EPSDT de CMS y ASES se estipulan en los contratos de proveedores de la red y del grupo médico.
- La Guías del Departamento de Salud de Servicios Preventivos Pediátricos del 2018 junto con la política requerida establecen un proceso de seguimiento sobre las citas o las citas perdidas de los beneficiarios. Las mismas son compartidas con el PCP.
- Los PCP deben asegurarse de que los beneficiarios reciban el cumplimiento de salud requerido de acuerdo con el calendario. Los intervalos de servicios representan los requisitos mínimos, y cualquiera de los servicios que determine el PCP que sean médicamente necesarios deben ser proporcionados, independientemente del intervalo.
- Se proporcionan requisitos de codificación adecuados para garantizar el reporte de información exacta.
- Los requisitos están documentados en esta política como referencia para el tratamiento médico y el Departamento de Proveedores y Contratación.

- Los contratos también establecen que los servicios de EPSDT se proporcionan sin costo.
- Cada municipio en Puerto Rico tiene una variedad de servicios de transporte gratuitos disponibles para ayudar a los beneficiarios a llegar a sus citas médicas para servicios que no son de emergencia. La oficina del proveedor puede ayudar a los beneficiarios con la oficina municipal local. Si tal servicio no está disponible, el PCP puede referir esos beneficiarios al programa de gestión de atención para la evaluación y coordinación, según sea necesario.

7.1.5.2 EPSDT y Departamento de Salud Pediátricos Servicios Preventivos del 2018 requieren las siguientes evaluaciones y servicios:

- Historial de salud y desarrollo, debe incluir: evaluación física, mental, emocional y de conducta, incluyendo los trastornos por abuso de sustancias.
- Medidas (altura, peso, índice de masa corporal, incluyendo circunferencia de la cabeza).
- La detección temprana, referido, tratamiento para condiciones de salud mental y uso de sustancias por medio del uso de herramientas apropiadas para la edad (MCHAT, ASQ: SE-2, CRAFF, PHQ-9 y otros cuestionarios aprobados).
- La evaluación del estado nutricional ayuda a los beneficiarios de EPSDT a mejorar su salud con la intervención nutricional que puede incluir:
 - Evaluación nutricional inicial con un seguimiento y asistencia nutricional hasta completar los 5 años de edad.
 - Proporcionar el formulario y evaluaciones que sean necesarias para la iniciación en el Programa WIC a aquellos niños que requieren asistencia nutricional y suplemento especial.

- Evaluaciones nutricionales proporcionadas por un nutricionista dietista contratado cuando es ordenado por el PCP.
 - Estas evaluaciones se deben realizar como parte de las pruebas de detección de EPSDT especificadas en el esquema de periodicidad ordenadas por el PCP.
- Un examen físico integral sin ropa.
- Las vacunas de acuerdo con las directrices emitidas por el *Advisory Committee on Immunization Practices* (ACIP). Las vacunas en sí son proporcionadas y pagadas por el Departamento de Salud Programa de Inmunización para el Medicaid y CHIP. La vacuna es administrada por el proveedor elegible en MI Salud. El plan cubrirá el costo relacionado con la administración de la vacuna en el marco del programa de tarifas establecido por ASES para el beneficiario de EPSDT hasta los 18 años de edad. También cubrirá el costo relacionado con la vacuna y la administración a todos los beneficiarios de EPSDT de 19-20 años.
- Pruebas de laboratorio: el proveedor debe garantizar que los beneficiarios reciben exámenes de salud requeridos conforme con lo previsto. Los intervalos de servicio representan los requisitos mínimos, y cualquier servicio determinado por el PCP que sea médicamente necesario, debe ser proporcionado independientemente del intervalo.
- Pruebas de plomo para la detección de la presencia de toxicidad. La proyección estará compuesta por dos (2) componentes: evaluación de riesgo verbal y análisis de sangre para plomo. La evaluación de riesgo debe ser completada en cada visita EPSDT a los nueve (9) meses de edad y al año uno (1), dos (2), tres (3), cuatro (4), cinco (5) y siete (7) de edad. Independientemente del riesgo, el PCP ordenará prueba de

detección de plomo en la sangre de todos los niños EPSDT admitidos entre los doce (12) y veinticuatro (24) meses de edad . Si a la edad de 6 años no hay registro de un análisis de sangre anterior, debe realizarse una.

- El PMG y el PCP deben implementar protocolos para coordinación de la atención para beneficiarios con niveles de plomo en la sangre para garantizar el seguimiento necesario. La repetición de pruebas, la coordinación y la transición de un niño que tiene un nivel en sangre elevado a otro proveedor especialista, según sea necesario.
- La educación en salud es un componente necesario de servicios de detección e incluye orientación anticipada. La educación en salud y consejería a los padres/tutores así como los niños, son requeridos y diseñados para ayudar en la comprensión de qué esperar en términos de desarrollo del niño, y para proveer información sobre los beneficios de estilos de vida saludables, prácticas y prevención de accidentes y enfermedades en los siguientes temas:
 - Lactancia
 - Silla de Seguridad para el niño en el auto
 - Ambiente libre de humo
 - Accidentes y prevención de lesiones
 - Protección UV
 - Actividad física
 - Dieta saludable
 - La prevención de enfermedades de transmisión sexual y el VIH
 - Examen oral
 - Evaluación de riesgo de caries
 - Evaluación radiográfica dental
 - Profilaxis y el fluoruro tópico

- Administración de fluoruro
- Cernimiento visual que incluye servicios de diagnóstico y tratamiento para defectos visuales, que incluye espejuelos.
- Pruebas de tuberculosis, si se aplican.
- Cernimiento de audición periódica que incluye servicios de diagnóstico y tratamiento con dispositivos para el aumento de la comunicación e implantes.
- Cernimiento oral tan pronto salga su primer diente y no después de doce (12) meses, destinado a mantener la salud oral y la identificación de la patología oral, incluyendo caries y/o lesiones orales, llevada a cabo por los médicos y especialistas dentales. Los servicios también incluyen barniz de fluoruro, servicios de emergencia para aliviar el dolor dental, tratamiento contra infección y la restauración dental. Los proveedores deben cumplir con el *Preventive Dental Periodicity Schedule*. Otros servicios dentales pueden estar cubiertos de acuerdo a los beneficios del plan y de la necesidad médica.
- Servicios de planificación familiar se proporcionarán a las adolescentes sexualmente activas en edad reproductiva. Estos servicios incluyen orientación y educación sobre el embarazo y prevención de enfermedades de transmisión sexual. El acceso a los métodos anticonceptivos está disponible bajo el programa de planificación familiar establecido en todas las regiones.
- Otros servicios - Manejo de Casos está disponible a través del Programa de Manejo de Casos en el que todos los niños con necesidades especiales son sometidos a un registro especial de acuerdo con el diagnóstico médico identificado. El registro proporcionará acceso a la atención necesaria, sin la necesidad de referido del PCP de los proveedores especializados, clínicas,

procedimientos quirúrgicos y médicos, laboratorios y todas las pruebas necesarias, así como la medicación.

- Los suplidos médicos incluyendo las tiras reactivas para la diabetes, cuando sean médicamente necesarios para niños y jóvenes menores de 21 años.
- El trasplante de órganos no está bajo los beneficios actuales para los inscritos en el marco del GHP con excepción de trasplante de córnea, hueso y piel. Cuando tales servicios sean necesarios, la coordinación con el Departamento de Salud se lleva a cabo por el equipo de manejo del plan a través de la cubierta especial. La misma está identificada para cubrir los servicios que no están contemplados en la cubierta de MI Salud, pero podrían ser clínicamente necesarios, tales como trasplantes de órganos, servicios fuera de Puerto Rico, incluyendo territorio de Estados Unidos, equipos médicos como asientos de automóviles adaptados y suplementos nutricionales debido a las restricciones dietéticas complementarias para condiciones especiales.
- EPSDT permite la cobertura para los artículos o servicios que sean médicamente necesarios y no están cubiertos por Medicaid. Los servicios especiales EPSDT pueden ser preventivos, de diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.
- Los médicos deben proporcionar estos servicios de una manera cultural y lingüísticamente competente, teniendo en cuenta las creencias culturales y/o barreras de idioma o limitaciones, y diversos grupos étnicos.

7.1.5.3. Educación e iniciativas de alcance a proveedores relacionada a EPSDT

- Los proveedores estarán orientados sobre lo siguiente:
 - Políticas y procedimientos de EPSDT.

- Calendario de periodicidad de servicios preventivos que detalla la frecuencia, profundidad y amplitud de los servicios.
 - Beneficios de EPSDT y guías de servicios preventivos.
 - La importancia de la salud integral preventiva y consultas de atención en el desarrollo de la historia que incluirá historial clínico, examen físico, medidas de desarrollo, laboratorios de prevención, el autismo y la detección de depresión y sistema de seguimiento para garantizar el cumplimiento.
 - Beneficiarios nuevos en MI Salud elegibles a CHIP deberán ser vistos en la oficina medica dentro de los primeros 90 días desde su inscripción y en el caso de los recién nacidos deben recibir servicios en las primeras 24 horas en el hospital.
 - Actividades para la identificación de miembro de EPSDT.
 - Los servicios de calidad, las medidas y la comprensión y el seguimiento de los parámetros aplicables HEDIS.
 - Los servicios se proporcionan sin costo, incluyendo referidos a *WIC*, *Early Head Start* y otros programas del Departamento de Salud de las intervenciones tempranas.
 - Coordinación de la transportación que no es de emergencia para promover el acceso a los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento necesarios.
- Proveedores en el plan son notificados del programa EPSDT a través de las siguientes estrategias:
 - Kit de proveedores nuevos para los proveedores de nueva contratación con información sobre cómo el Programa EPSDT trabaja con los beneficiarios.
 - Manual del proveedor MI Salud.
 - Manual página web del proveedor MI Salud.
 - Notas de consultorios médicos.

- Visitas al proveedor por los ejecutivos de cuenta de la Red de Proveedores.
- Informe mensual de los niños que deben someterse a cernimientos y vacunas.
- El ejecutivo de cuentas de la Red de Proveedores llevará a cabo sesiones de orientación para los proveedores de EPSDT y ofrecerán apoyo continuo respecto a la administración de la atención preventiva EPSDT, facturación, los componentes necesarios de una proyección completa EPSDT, y la importancia de la difusión y la educación de EPSDT, los beneficiarios elegibles y sus familias.

7.1.5.4 Programación de citas y seguimiento

- Utilizando su sistema actual, el proveedor es responsable de programar espacios para los servicios de EPSDT. Los informes mensuales van a complementar los esfuerzos de los proveedores en la identificación de beneficiarios que necesitan atención y que requieren citas.
- Las citas perdidas deben reprogramarse para asegurar que se cumplan los servicios preventivos del esquema de periodicidad.
- Debe dar prioridad a visitas y cernimientos iniciales para los niños recién inscritos elegibles a CHIP, dentro de los noventa (90) días calendario y dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al nacimiento a todos los recién nacidos dentro del ámbito hospitalario.

7.1.5.5 El cumplimiento de proveedores

- Será monitoreado a través de:
 - Los informes de PCP en los beneficiarios que necesitan o tienen vencidos los servicios de EPSDT.
 - Auditorías al azar de reclamaciones EPSDT.
 - Auditorías de expedientes médicos.
 - Reporte CMS - 416.

- o Estos elementos de EPSDT son parte del programa de incentivos para médicos.

7.2 Programa Prenatal

7.2.1 Propósito del Programa Prenatal

Desarrollado para dirigir satisfactoriamente todas las preocupaciones de la salud maternal y de los niños. Se dirigirá a trabajar con un rango de condiciones, factores de riesgo, salud mental y un sistema de salud que afecte la salud, bienestar y la calidad de vida de la mujer y sus hijos. Aunque el proceso se ha trabajado, el número de nacimientos prematuros continúa siendo inaceptablemente alto. Los bebés que nacen bajo peso y el alza de nacimientos por cesárea también son temas de preocupación. Nuestro reto y objetivo principal es enfatizar en la prevención, continuidad y coordinación del cuidado a toda hora en su camino a la salud y la recuperación. Los programas estándar se han desarrollado de acuerdo a los requisitos contractuales de ASES, las guías de la *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) para el cuidado pre y postnatal, al igual que otras guías nacionales para la práctica de obstetricia para beneficiarios de Medicaid.

7.2.2 Afiliación al programa

Por los requisitos contractuales de ASES, todas las mujeres embarazadas estarán incluidas en la Cubierto Especial Obstétrica. Los PCP o el ginecólogo/a obstetra deberán referir a las beneficiarias que sean elegibles utilizando las herramientas apropiadas aplicando los criterios de la Cubierto Especial Obstétrica. Los recibidos se enviarán al software de la plataforma de manejo clínico para revisar:

- Los casos pueden ser identificados cuando un beneficiario requiere obtener una preautorización para unos servicios clínicos de un set específico, prescripciones de medicamentos o procedimientos según solicitados por el PCP o especialista.

- Las enfermeras de Manejo de Casos están avisadas de un caso nuevo para revisar si hay un recibo del referido dado.
- Las enfermeras de Manejo de Casos que están asignadas al Programa de Obstetricia dirigirán una evaluación del criterio de elegibilidad para confirmar si el caso referido cuenta con los criterios clínicos para ser admitido al programa.
- En caso de que uno de los referidos no cuente con los criterios clínicos para entrar al programa, se enviará una carta de denegación al beneficiario y al PCP indicando las razones de la denegación.
- Si el referido cumple con todos los criterios, el beneficiario será registrado en el programa dentro de 72 horas. Se enviarán cartas de aprobación al proveedor y al beneficiario para brindar una notificación apropiada.
- La cubierta se proveerá retroactivamente a la fecha estimada de concepción, según determine el médico.
- La elegibilidad de los beneficiarios se extenderá si la revisión de elegibilidad cae dentro del segundo o tercer trimestre.
- Los beneficiarios registrados serán referidos al Programa de Manejo de Cuidado y Bienestar Prenatal para las intervenciones y la estratificación inicial como edad, documentación del historial médico hecha por el obstetra o ginecólogo/a y el estado actual de la enfermedad o condiciones.
- Cualquier beneficiaria embarazada de MI Salud que visita al obstetra o ginecólogo/a deberá recibir el cuidado prenatal lo antes posible, preferiblemente el mismo día de la visita inicial.
- Las beneficiarias embarazadas deberán ser referidas a la Cubierta Especial Obstétrica si no está registrada en la misma.
- El 100% de los beneficiarios incluidos en la Cubierta Especial Obstétrica recibirán un paquete educacional sobre la importancia del cuidado pre y postnatal al igual que los requisitos del EPSDT para su bebé.

7.2.3 Servicios prenatales y postparto

Todos los beneficiarios afiliados a la Cubierta Especial Obstétrica tienen acceso garantizado a todos los obstetras/ginecólogos/as para los servicios del cuidado de la salud pre y postnatal. Los médicos que se especialicen en obstetricia y ginecología deberán proveer servicios de cuidado prenatal comprensivo de acuerdo con los estándares de la práctica profesional como indica la AAP y la ACOG.

- 7.2.3.1** Los servicios para tratamiento y diagnóstico prenatal deben incluir, pero no se limitan a lo siguiente:
- Evaluación comprensiva – evaluación inicial que incluye la historia, sistemas de revisión y pruebas físicas.
 - Pruebas de laboratorio estándares y especiales – basado en las recomendaciones de la AAP/ACOG, las pruebas de laboratorio estándares y especiales se realizarán cuando la beneficiaria esté en un período de gestación recomendable.

Las mujeres embarazadas con problemas médicos, obstétricos o psicológicos deberán tener visitas más frecuentes a su médico o tener referidos de servicios prenatales especializados. Esta necesidad está mayormente por el proveedor de cuidado prenatal considerando las necesidades individuales de la mujer, la naturaleza y severidad de sus problemas y el plan de cuidado y tratamiento. Las mujeres embarazadas que tienen un criterio de 17-P tienen una importancia particular para ayudarlas a reducir las probabilidades de tener un parto antes del término de gestación.

Debido a la correlación entre la pobre salud oral y los resultados del período de gestación, el ginecólogo/a obstetra deberá hacer una evaluación de las necesidades orales de la mujer durante la primera visita de cuidado prenatal. Las mujeres embarazadas que se identifiquen con este problema, deberán ser referidas a un dentista lo antes posible. Las mujeres embarazadas deberán visitar a un dentista en su segundo trimestre de embarazo. El proveedor de

cuidado prenatal debe educarla sobre la importancia de la salud oral y que el cuidado dental es seguro durante el embarazo.

El proveedor de cuidado prenatal debe calendarizar una cita postparto basándose en las necesidades de la mujer de acuerdo con el itinerario recomendado de la AAP/ACOG entre el día #21 y #56 luego del parto (aproximadamente 4-6 semanas luego del parto pero no más tarde de ocho semanas luego del parto; las mujeres de embarazos de alto riesgo o con complicaciones o que su parto fue por cesárea, deberán visitar al médico dentro de 7 a 14 días del parto). La visita incluirá también un espacio para el historial y examen físico para evaluar el estado actual de la beneficiaria y cómo se ha adaptado al recién nacido.

7.2.3.2 La visita también incluirá, pero no se limitará a lo siguiente:

- Pruebas de embarazo.
- Una tarjeta de cuidado prenatal para documentar los servicios utilizados.
- Servicios médicos durante el embarazo y luego del mismo.
- Consejería relacionada a las pruebas de HIV durante el primer y tercer trimestre.
- Evaluación dental durante el segundo trimestre de embarazo.
- Una inyección RhoGAM para todas las mujeres embarazadas que tengan un factor de RH negativo de acuerdo con el protocolo establecido.
- Monitoreo de alcohol a las mujeres embarazadas con el instrumento 4P-Plus.
- Asesoramiento y tratamiento para dejar de fumar.
- Servicios de una enfermera de obstetricia y un médico durante el parto natural o cesárea y servicios para trabajar con cualquier complicación que surja durante el parto.
- Tratamiento de las condiciones que se atribuyan al embarazo o al parto cuando sea recomendado por un médico.

- Hospitalización por un período de al menos 48 horas en caso de un parto natural y al menos 96 horas de hospitalización en los casos de cesárea.
- Anestesia excluyendo la epidural.
- Uso de la incubadora sin limitaciones.
- Servicios del monitoreo del feto sólo durante la hospitalización.
- Sala maternal y un cuidado rutinario para recién nacidos.
- Servicios de circuncisión y dilatación para recién nacidos.
- Transportación para recién nacidos a instalaciones terciarias cuando sea necesario.
- Asistencia de un pediatra durante el parto.
- Servicios de parto provistos en centros de obstetricia independientes.
- Monitoreo a la depresión postparto utilizando la escala de Edinburgh de depresión postnatal.
- Consejería postparto y referidos al programa WIC.
- Consejería voluntaria y confidencial para la salud reproductiva y la planificación familiar, incluyendo las circunstancias donde la beneficiaria sea menor de 18 años.
- Los servicios de planificación familiar proveerá servicios para la educación y consejería para asistir a las mujeres a que tomen decisiones con la información necesaria y entender los métodos anticonceptivos.
- Los beneficiarios que busquen servicios para la planificación familiar, deberán ser aconsejados de los métodos disponibles a través del

7.2.4 Programa de Manejo de Cuidado y Bienestar Prenatal

El Programa de Manejo de Cuidado y Bienestar Prenatal proveerá unas estrategias e intervenciones para las beneficiarias embarazadas.

Los acercamientos del equipo serán vía telefónica, consejería presencial, talleres educativos y grupos de apoyo. Las estrategias de salud poblacional se aplicarán

en las comunicaciones al beneficiario para aconsejarlos sobre los temas de importancia del cuidado prenatal y post-parto, lactancia, etapas del parto, salud oral, planificación familiar, cuidado del recién nacido y tópicos sobre la salud mental, violencia doméstica, depresión post-parto, dejar de fumar, abstención de uso y abuso del alcohol y sustancias controladas, crianza de los hijos, prevención y monitoreo el HIV, monitoreo socioemocional en los niños, entre otros.

Equipos conocedores de este campo proveerán oportunidades para participar en sesiones de bienestar pre y postnatal en colaboración con agencias, oficinas médicas y otras organizaciones comunitarias.

Todos los beneficiarios incluidos en la Cubierta Especial Obstétrica recibirán un paquete educacional sobre la importancia del cuidado pre y postnatal al igual que los requisitos del EPSDT para los niños.

Se les ofrecerá a los beneficiarios de alto riesgo pertenecer al Programa de Cuidado Prenatal para que puedan manejar las preocupaciones particulares de la salud y bienestar para mejorar los resultados del embarazo. Un equipo de enfermeras de cuidado prenatal dirigirá unas evaluaciones estandarizadas para el cuidado prenatal sobre los riesgos que puedan surgir para la mamá y el bebé desde el comienzo del embarazo para quienes participen del Programa de Manejo de Cuidado Prenatal. La evaluación de riesgos incluye, pero no se limita a:

1. Análisis de las características individuales que afectan un embarazo, como factores genéticos, nutricionales, ambientales, salud mental, psicosocial, y antecedentes de factores de riesgos obstétricos, fetales y médicos/quirúrgicos previos y actuales.
2. A las embarazadas inscritas que reciben el 17P, se les proporcionará un cuidado de seguimiento intensivo para ayudarla en la coordinación de sus servicios, educación sobre los riesgos asociados al parto prematuro, así como promover el cumplimiento del tratamiento.

La identificación de los riesgos para la salud del comportamiento es parte integral de la evaluación y como tal, se administrará a todos los beneficiarios del Programa de Manejo de Cuidado Prenatal. Las evaluaciones incluirán:

1. 4P Plus

2. Edinburgh

Las evaluaciones completadas se utilizarán para desarrollar el plan de cuidado individual integral a los beneficiarios. Los planes de cuidado individual se desarrollarán en conjunto con los beneficiarios dependiendo de los problemas que se identifiquen como el resultado de las evaluaciones de riesgos iniciales y continuos.

Las mujeres identificadas con preocupaciones de salud mental serán referidas a los Servicios de Salud Mental de MMM Multi Health para ser canalizadas. Los referidos serán rastreados para dar seguimiento a los informes requeridos por el contrato.

A los beneficiarios que participen del Programa de Cuidado Prenatal se les ofrecerá asesoramiento sobre los riesgos de fumar durante el embarazo. Aquellos que se reporten como fumadores activos recibirán una oferta de consejería telefónica sobre cómo dejar de fumar o se referirán a una línea para dejar de fumar (¡Déjalo Ya!) del Departamento de Salud de Puerto Rico. Los beneficiarios que requieran mayor asesoramiento serán referidos al Departamento de Servicios de Salud Mental.

Basándonos en el plan de cuidado y riesgos del beneficiario, las enfermeras de cuidado pre y postnatal brindarán educación basada en la evaluación de las necesidades individuales de la mujer embarazada. Las enfermeras se centrarán en la capacidad de la mujer embarazada para comprender la información y el uso de los materiales adecuados a las necesidades educativas, culturales y lingüísticas del beneficiario, así como su historial de gestación. El plan se actualizará de forma rutinaria con la mujer embarazada, su familia y las personas afiliadas al equipo de cuidado de salud, según sea necesario.

7.2.5 Programa de monitoreo

7.2.5.1 Según requiere el contrato, MMM Multi Health someterá unos reportes trimestrales indicándole a ASES lo siguiente:

1. Número de beneficiarias embarazadas en MI Salud por trimestre y edad.
2. Número de mujeres embarazadas afiliadas a MI Salud por trimestre y edad, que se hicieron la prueba de VIH.
3. Número de mujeres embarazadas examinadas por el abuso de sustancias con la herramienta de detección 4P Plus, así como el número de casos referidos a los proveedores de salud mental para el asesoramiento y tratamiento para dejar de fumar.
4. Número de mujeres embarazadas que están bajo el monitoreo de cuidado postparto para depresión con la herramienta de Edinburgh, así como el número de casos referidos al proveedor de salud mental con una puntuación de Edinburgh de 10 o más.
5. Número de mujeres embarazadas que recibieron intervenciones educativas.

MMM Multi Health colaborará con grupos médicos y obstetras/ginecólogos para desarrollar las intervenciones efectivas para atender a las mujeres embarazadas y en edad reproductiva. A través de las estrategias de salud de la población, manejo de casos vía telefónica y el acceso a servicios de atención pre y postnatales mediante una red contratada, una amplia gama de intervenciones se llevará a cabo para ayudar a satisfacer los requisitos de divulgación contractuales.

7.2.5.2 Las estrategias incluirán:

1. Materiales educativos
2. Talleres y sesiones educativas
3. Presentaciones de atención primaria
4. Colaboraciones con agencias estatales como WIC y *Early Head Start* y otras organizaciones basadas en la comunidad privada o pública.

5. Campañas de mensajes dentro de la infraestructura de la línea de servicio de MI Salud o la *Triage Line*.

7.3 Programa de Salud y Bienestar

Se desarrolla con el fin de promover los objetivos de fortalecimiento en los servicios de prevención, brindando información sobre salud física y mental a los beneficiarios de MI Salud, tras el contrato entre la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) y MMM Multi Health. Su meta es alcanzar el 85% de los beneficiarios de MI Salud. Un elemento clave para el éxito de las iniciativas es el establecimiento de un equipo multidisciplinario. Este equipo ofrece intervenciones específicas basadas en las necesidades de la población (niños, adolescentes, adultos y adultos mayores). Las intervenciones han sido diseñadas para apoyar y promover la integración de la salud física y mental en una variedad de escenarios y eventos de alcance comunitario. Estas intervenciones son ofrecidas utilizando diversas estrategias educativas, como:

- a) Intervenciones en grupo
- b) Talleres
- c) Ferias de salud
- d) Clínicas de cernimiento
- e) Campañas educativas y/o eventos para la población en general
- f) Plan de medios (radio/TV/prensa escrita)

Una parte importante de estas intervenciones es trabajar en colaboración con los organismos gubernamentales con el fin de maximizar los esfuerzos en beneficio de los beneficiarios de cada región. Esta colaboración se centra en el establecimiento de estrategias de intervención que apoyen la integración de la salud física y mental. Específicamente, el Programa de Salud y Bienestar coordina esfuerzos con las siguientes agencias:

- Departamento de Salud de Puerto Rico
- Secretaría Auxiliar para la Promoción de la Salud
- Departamento de la Familia
- Departamento de Educación

- ASES
- Programa de Asistencia Médica (Medicaid)
- Municipios
- Organizaciones de base comunitaria

Este programa utiliza el siguiente proceso en diversos escenarios para fomentar la colaboración, y beneficia a la población con variedad de temas e intervenciones:

Tópico	Población	Escenarios
Examen de Salud Anual (incluye EPSDT para el cuidado infantil)	<ul style="list-style-type: none"> • Adultos • Adolescentes • Niños 	<ul style="list-style-type: none"> • Oficinas médicas (facilidades de colocación) • Agencias gubernamentales (escuelas, Head Start, oficinas de asistencia médica, etc.) • Organizaciones de base comunitaria y de fe
Uso apropiado de las salas de emergencia	<ul style="list-style-type: none"> • Adultos • Adolescentes • Niños 	<ul style="list-style-type: none"> • Oficinas médicas (facilidades de colocación) • Agencias gubernamentales (escuelas, Head Start, oficinas de asistencia médica, etc.) • Organizaciones de base comunitaria y de fe
*Salud física: <ul style="list-style-type: none"> • Asma • Diabetes • Hipertensión 	<ul style="list-style-type: none"> • Adultos • Adolescentes • Niños 	<ul style="list-style-type: none"> • Oficinas médicas (facilidades de colocación) • Agencias gubernamentales (escuelas, Head Start,

<ul style="list-style-type: none"> ● Fallo cardíaco congestivo ● Influenza ● Dengue ● Zika <p>*Entre otros</p>		<p>oficinas de asistencia médica, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Organizaciones de base comunitaria y de fe
<p>Salud de la mujer (mamografías, pruebas de Papanicolau, cáncer cervical)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Mujeres 	<ul style="list-style-type: none"> ● Oficinas médicas (facilidades de colocación) ● Agencias gubernamentales (escuelas, Head Start, oficinas de asistencia médica, etc.) ● Organizaciones de base comunitaria y de fe
<p>Infecciones de transmisión sexual</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Adultos ● Adolescentes 	<ul style="list-style-type: none"> ● Oficinas Médicas (Facilidades de colocación) ● Agencias gubernamentales (escuelas, Head Start, oficinas de asistencia médica, etc.) ● Organizaciones de base comunitaria y de fe
<p>Manejo de peso, nutrición y actividad física</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Adultos ● Adolescentes ● Niños 	<ul style="list-style-type: none"> ● Oficinas médicas (facilidades de colocación) ● Agencias gubernamentales (escuelas, Head Start, oficinas de asistencia médica, etc.)

		<ul style="list-style-type: none"> • Organizaciones de base comunitaria y de fe
Salud reproductiva y planificación	<ul style="list-style-type: none"> • Adultos • Adolescentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Oficinas médicas (facilidades de colocación) • Agencias gubernamentales (escuelas, Head Start, oficinas de asistencia médica, etc.) • Organizaciones de base comunitaria y de fe
Examen dental anual	<ul style="list-style-type: none"> • Adultos • Adolescentes • Niños 	<ul style="list-style-type: none"> • Oficinas médicas (facilidades de colocación) • Agencias gubernamentales (escuelas, Head Start, oficinas de asistencia médica, etc.) • Organizaciones de base comunitaria y de fe
Salud mental <ul style="list-style-type: none"> • Manejo del estrés • Autoestima • <i>Bullying</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Adultos • Adolescentes • Niños 	<ul style="list-style-type: none"> • Oficinas médicas (facilidades de colocación) • Agencias gubernamentales (escuelas, Head Start, oficinas de asistencia médica, etc.) • Organizaciones de base comunitaria y de fe
Salud mental (diagnósticos específicos y de alto riesgo) <ul style="list-style-type: none"> • Depresión 	<ul style="list-style-type: none"> • Adultos • Adolescentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Oficinas Médicas (Facilidades de colocación)

<ul style="list-style-type: none"> ● Desorden bipolar ● Esquizofrenia ● Desorden de atención e hiperactividad ● Desorden de ansiedad ● Abuso de sustancias ● Autismo 		<ul style="list-style-type: none"> ● Agencias gubernamentales (escuelas, Head Start, oficinas de asistencia médica, etc.) ● Organizaciones de base comunitaria y de fe
--	--	--

7.3.1 Programa para Uso Apropriado de las Salas de Emergencia

Este programa está diseñado para identificar altos utilizadores de los servicios de sala de emergencia (incluyendo salud mental) para situaciones no emergentes, y permite realizar intervenciones tempranas con el fin de asegurar la utilización adecuada de los servicios y recursos.

Ofrece actividades e intervenciones a los beneficiarios, como:

1. Campañas educativas para educar a los beneficiarios sobre opciones de atención médica disponibles, cuando su proveedor de servicio primario no se encuentre disponible.
2. Intervenciones de cuidado coordinado.
3. Intervenciones con el proveedor de atención primaria para identificar altos utilizadores o potenciales altos utilizadores de las salas de emergencia.

El programa para uso apropiado de las salas de emergencia está dirigido a la disminución de 5% de la tasa anual de visitas.

Contacto	Posición	Teléfono	E-mail
Zoraya Moreno	Care Management Director	(787) 622-3000 ext. 8389	Zoraya.Moreno@mmmhc.com
María del C. Díaz Ramos	Wellness-Prenatal-EPSTD Program Manager	(787) 622-3000 ext. 3672 (787) 692-2061	Maria.Diaz3@mso-pr.com

Marisol García	Wellness Supervisor	(787) 622-3000 ext. 3104 (787) 407-3523	Marisol.Garcia-Torres@mmhc.com
Edithmar Gustavo	Wellness Supervisor	(787) 622-3000 ext. 3252 (787) 918-5992	Edithmar.GustavoRuiz@mmhc.com

7.4 Manejo de cuidado

7.4.1 Proceso de evaluación

7.4.1.1 Propósito:

La aseguradora cuenta con un equipo de enfermeras y otros profesionales capacitado para brindar apoyo a través de nuestros Programas de Manejo para todo beneficiario registrado en Cubierta Especial. Estos programas sirven también como un apoyo al cuidado clínico que su beneficiario recibe. Hable con sus beneficiarios de Cubierta Especial e invíteles a registrarse y participar de los mismos. Estos programas están diseñados con un enfoque holístico donde se pretende que el beneficiario tome control del manejo de su condición para que logre sus metas de salud. **Metas del Programa de Manejo de Casos:**

Programa de Manejo de Casos:

1. Proveer apoyo y educación a beneficiarios identificados con condiciones crónicas o complejas.
2. Programa desarrollado con un enfoque holístico, dirigido a promover cambios saludables en hábitos y estilos de vida.
3. Sirven de alianza en la coordinación de cuidado, cuando sea necesario.
4. Integran herramientas de cernimiento de salud física y mental, como parte de los criterios para definir el plan de cuidado.
5. Desarrollan un plan de cuidado individualizado para cada beneficiario participante.

7.4.2 Alcance

El Programa de Manejo de Casos ofrece múltiples alternativas para el manejo de cuidado de aquellos beneficiarios identificados como alto riesgo. Un manejador de caso a cargo del caso realiza intervenciones basadas en el Plan de Cuidado Individualizado.

Nuestra filosofía en el Manejo de Cuidado es un enfoque a nivel multidisciplinario y en colaboración con enfermeros profesionales, trabajadores sociales y psicólogos con el fin de optimizar la participación del beneficiario dentro del programa.

7.5 Protocolo de la Cubierta Especial

7.5.1 Metas

MI Salud determina que todo beneficiario que haya sido diagnosticado con alguna de las 17 condiciones establecidas por ASES, tiene derecho a solicitar el Registro de Cubierta Especial. Esta cubierta le ofrece mayor acceso a los servicios requeridos para manejar su condición de manera que pueda llevar un mejor control clínico y una mejor calidad de vida. Es importante orientarle sobre el proceso de solicitud del Registro de Cubierta Especial y sus detalles. Si desea más información detallada refiérase a la Carta Normativa 15-1112.

7.5.2 Identificación de los beneficiarios

El proceso para matricular beneficiarios en el Registro de Cubierta Especial es sencillo, siempre y cuando usted llene el Formulario de Registro de Cubierta Especial y cumpla con los criterios clínicos ya determinados para cada una de las condiciones e incluya la documentación de apoyo requerida. La solicitud de matrícula al Registro puede ser enviada tanto por un proveedor especialista como por el médico primario (PCP). En el caso de HIV, el formulario de registro puede ser enviado también por el manejador de caso del centro de inmunología al cual pertenezca el beneficiario.

Una vez la aseguradora reciba el Formulario de Cubierta Especial completado en todas sus partes y sus documentos, ésta hará la determinación de aprobar, solicitar

información adicional o denegar la matrícula al registro. La aseguradora mantendrá comunicación telefónica con el beneficiario para mantenerle informado sobre el estatus de la solicitud. De la misma forma, la aseguradora notificará al proveedor que solicitó la cubierta, cuál es la determinación final del caso. Tan pronto el caso sea aprobado, el beneficiario recibirá una carta de certificación de Cubierta Especial. Este documento incluye información relacionada a la efectividad de su cubierta en el registro y a los servicios a los cuales tiene acceso. Si la matrícula al registro fue solicitada por un especialista, la aseguradora le notificará al médico primario del beneficiario a través de carta y una llamada, la determinación final de la solicitud. La aseguradora debe realizar una determinación final sobre la matrícula al Registro de Cubierta Especial dentro de un período de 72 horas en los casos normales o de 24 horas en los casos de HIV o casos definidos como expeditos. Para su conocimiento, el tiempo se considera a partir del momento en que se haya recibido toda la documentación **requerida** para cada condición, según definido en la tabla de Cubierta Especial.

Una vez el proveedor envíe toda la información requerida y el caso es evaluado y aceptado, la Cubierta Especial tendrá fecha de efectividad retroactiva a la fecha en que el especialista haya establecido el diagnóstico o a la fecha de la patología.

7.5.3 Plan de Cuidado Individual y Tratamiento

Dentro del Programa de Manejo de Cuidado, un profesional de la salud y enfermeros especializados desarrollan un plan de cuidado individualizado para cada uno de los beneficiarios participantes. Este equipo de profesionales integra herramientas de curtimiento de salud física y mental, como parte de los criterios para definir el plan de cuidado individualizado.

7.5.4 Condiciones que se registran en la Cubierta Especial

Las condiciones que registran en Cubierta Especial están definidas en el contrato del MMM Multi Health con ASES:

1. Anemia aplásica

2. Artritis reumatoide
3. Autismo
4. Cáncer
5. Enfermedad crónica del riñón (Estadías 3-5)
6. Esclerodermia
7. Esclerosis múltiple y esclerosis lateral amiotrófica
8. Fibrosis quística
9. Hemofilia
10. Lepra
11. Lupus eritematoso sistémico
12. Niños con condiciones especiales de salud (algunos diagnósticos son considerados como condiciones temporeras).
13. Phenylketonuria- PKU- Niños
14. Post- Transplante
15. Phenylketonuria- PKU- de Adultos
16. HIV/SIDA
17. Cáncer
18. Obstetricia

7.5.4.1 Período de efectividad del registro

ASES define las condiciones de Cubierta Especial como **condiciones persistentes** o **condiciones temporeras**. Estas definiciones y sus condiciones son las que determinan el período de tiempo de efectividad del registro.

❖ **Condiciones persistentes**

Son aquellas condiciones complejas en las cuales se espera que los beneficiarios se mantengan registrados mientras continúan siendo elegibles bajo MI Salud. Esto significa que la Certificación que recibe el beneficiario tendrá fecha de inicio de su registro pero no tendrá fecha de terminación. Las condiciones definidas como persistentes son:

1. Anemia aplástica
2. Artritis reumatoide
3. Enfermedad crónica del riñón (Estadías 3-5)
4. Esclerodermia
5. Esclerosis múltiple y esclerosis lateral amiotrófica
6. Fibrosis Cística
7. Hemofilia
8. Lepra
9. Lupus
10. Lupus Eritematoso Sistémico
11. Tuberculosis
12. Post- Transplante
13. Phenylketonuria- PKU- de Adultos
14. Phenylketonuria- PKU- Niños
15. Niños con condiciones especiales de salud (algunos diagnósticos son considerados como condiciones temporeras).
16. HIV/SIDA

◆ Condiciones temporeras

Son aquellas condiciones que a diferencia de las persistentes, tienen un período definido de tiempo. Este período se define de acuerdo al plan de tratamiento que el especialista establece para el beneficiario, según su condición. Sepa que si su beneficiario requiere un período adicional para completar su tratamiento, usted o el especialista debe enviar la documentación requerida, antes del vencimiento del registro, para solicitar una extensión del período de la cubierta. Las condiciones definidas como temporeras son:

1. Cáncer

2. Algunas condiciones asociadas con niños con necesidades de cuidado de salud.

7.5.4.2 Algunos de los servicios que requieren preautorización aun cuando el beneficiario se encuentre bajo una Cubierta Especial, son:

- a. Tomografía computarizada
- b. Prueba de resonancia magnética
- c. Catéteres cardíacos
- d. "Holster Test"
- e. "Doppler Test"
- f. Prueba de estrés
- g. Litotricia
- h. Electromiografía
- i. SPECT
- j. Prueba de Ortopantomografía
- k. Otros procedimientos neurológicos, cerebrovasculares y cardiovasculares (invasiva y no invasiva)
- l. Imágenes nucleares
- m. Endoscopia diagnóstica
- n. Estudios genéticos
- o. Pruebas de laboratorio patológicas y clínicas que requieren ser procesadas fuera de Puerto Rico.

7.5.4.3 Cubierta Especial - Registro de obstetricia

Para matricular a una beneficiaria en el Registro de Obstetricia, el proveedor debe completar la Forma de Registro OB (incluido en este comunicado). Esta forma puede ser completada y enviada tanto por su médico primario (PCP) como por el ginecólogo obstetra. Como parte del proceso de registro cada solicitud debe

tener la Forma OB y la evidencia positiva de embarazo (resultado de laboratorio o sonograma).

Tan pronto el caso sea registrado, la beneficiaria recibirá una certificación del Registro de Obstetricia a vuelta de correo. Este documento incluye la fecha de efectividad de la cubierta y una descripción de los servicios a los cuales tiene acceso.

- **Período de efectividad del Registro Obstétrico:**

El registro será efectivo a partir de la fecha de su última menstruación (LMP) hasta 56 días después de la fecha estimada de parto (EDD). En caso de que el embarazo tenga una terminación por aborto antes de la semana 20, la duración de la cobertura será hasta 30 días después de la fecha del aborto. Si la terminación es después de la semana 20, la duración de la cubierta será hasta 56 días después de la fecha del aborto.

- **Pérdida de elegibilidad durante el período del registro:**

Todo beneficiario que ha perdido elegibilidad MI Salud por un período mayor de un (1) año, estará obligado a presentar una nueva certificación del proveedor de servicios médicos para evidenciar el plan de tratamiento que esté recibiendo, con el fin de reactivarlo en el Registro de Cubierta Especial. Si el beneficiario ha perdido elegibilidad por un período menor de doce (12) meses, será reintegrado en el registro sin necesidad de documentación o certificaciones adicionales, a menos que se especifique otra limitación o requisito en el registro específico al que pertenece.

7.6. Programa de Manejo de Condiciones

7.6.1 Proceso de intervención:

El Programa de Manejo de Condiciones cuenta con un equipo de enfermeras y otros profesionales de la salud para brindar apoyo a todos aquellos beneficiarios que

sean identificados con condiciones crónicas y que sean elegibles para participar en el Programa. Las condiciones son las siguientes:

- a. Asma
- b. Depresión
- c. Diabetes 1 y 2
- d. Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)
- e. Hipertensión
- f. Obesidad Mórbida
- g. Enfermedad renal crónica

Los beneficiarios son categorizados en 3 niveles de sub-estratificación utilizando algoritmos que son incorporados a través de un estimado general individualizado y la documentación médica disponible.

Los niveles de estratificación representan el nivel de severidad en que se encuentra la condición del beneficiario. La escala es Leve, Moderado, Alto y Severo y mide la intensidad de las interacciones, que el Manejador de Cuidado, realizará al beneficiario; esto puede incluir llamadas telefónicas, envío de material educativo, etc.

7.6.2 Integración de la salud mental

Como parte del proceso, todo beneficiario matriculado en el programa, se le realizará un estimado de PHQ-9 (herramienta para identificar síntomas relacionados a la depresión). Si los resultados reflejan síntomas de depresión, el beneficiario será referido al Departamento de Salud Mental para el proceso correspondiente.

Se exhorta a los beneficiarios a comunicarse con sus médicos primarios en relación a su condición de salud y tratamiento. El manejador de cuidado es el enlace entre el beneficiario y su médico para promover la adherencia al plan de tratamiento. El programa promueve lo siguiente:

7.6.3 Plan de Cuidado Individual y Tratamiento

Dentro del Programa de Manejo de Cuidado, un profesional de la salud y enfermeros especializados desarrollan un plan de cuidado individualizado para cada uno de los beneficiarios participantes. Este equipo de profesionales integra herramientas de curtimiento de salud física y mental, como parte de los criterios para definir el plan de cuidado individualizado.

7.6.3.1 Monitoreo

1. Auto manejo del beneficiario sobre su condición
2. Salud preventiva

7.6.2.2 Manejo

1. Comorbilidades
2. Educación sobre estilos de vida saludables
3. Educación sobre adherencia a medicamentos
4. Establecer Planes de Cuidado la necesidad.

7.6.3 Definiciones

1. **Beneficiarios elegibles:** Los beneficiarios identificados como que cumplen criterios para participar en el programa.
2. **Proceso voluntario:** Proceso mediante el cual, el beneficiario decide ingresar al Programa de Manejo de Condiciones.
3. **Rehúso:** Proceso mediante el cual el beneficiario rechaza participar del programa del Programa de Manejo de Condiciones.
4. **Manejador de cuidado:** Profesional de la salud que evalúa, planifica y coordina los servicios para satisfacer las necesidades del beneficiario.

7.7 Guías Clínicas

Adoptamos unas guías de práctica clínica aprobadas nacionalmente como base de nuestro Programa de Manejo de Cuidado. Las guías clínicas se desarrollan de forma sistemática; las declaraciones basadas en la evidencia que ayudan a los médicos a

tomar decisiones sobre la atención sanitaria adecuada en circunstancias clínicas específicas. La eficacia de los resultados es determinada por la evidencia científica, o en ausencia de evidencia científica, la opinión de expertos y las normas profesionales. Los Programas de Manejo de Cuidado han adoptado las directrices clínicas de fuentes reconocidas. Las guías de práctica clínica son examinadas y revisadas anualmente. Los médicos o especialistas realizarán una revisión de la investigación y la literatura antes de la adopción de directrices. Tras la notificación de nueva información, toda la información de protocolo se someterá a una revisión de la fuente de información y una evaluación de costos y beneficios para los beneficiarios en términos de la capacidad para mejorar los resultados antes de la decisión de implementar el cambio.

7.8 Estructura organizacional

El personal profesional del Programa de Manejo de Cuidado está compuesto por médicos, enfermeras, trabajadores sociales, nutricionistas, educadores de salud y otros. Los beneficiarios de los funcionarios administrativos apoyan todas las funciones.

7.8.1 Roles y responsabilidades

1. **Director médico:** Supervisa el desarrollo de guías clínicas, la resolución de problemas clínicos y la implementación de la educación del médico relacionado con el programa.
2. **Trabajador social:** Ayuda en la implementación de los referidos a nivel social y servicios a la comunidad, así como evaluaciones en el hogar según sea necesario.
3. **Nutricionista:** Evalúa las necesidades nutricionales y crea planes nutricionales individualizados para los beneficiarios.

4. **Educadora de salud:** Desarrolla, implementa y evalúa las actividades de educación de un participante e identifica los recursos y las organizaciones de la comunidad en relación con comorbilidades como diabetes, CHF, trastornos cardiovasculares, etc.
5. **Manejador de cuidado:** Evalúa, facilita, planifica y aboga por las necesidades de salud de forma individual, incluyendo la identificación y el suministro de soluciones de administración de cuidados alternativos, coordinación de recursos y referidos de los beneficiarios.
6. **Analista de datos:** Monitorea e identifica posibles candidatos a través de la data. Supervisa y evalúa los resultados de las actividades del programa. Ayuda en la producción de informes y evalúa los datos de reclamaciones y los monitoreos de la contención de costos.
7. **Medidas de resultado:** El Programa de Manejo de Cuidado utiliza indicadores para determinar el éxito de las intervenciones para los beneficiarios y los profesionales. A través de un proceso de revisión anual, los puntos de referencia se identifican y se establecen metas para el año siguiente. Los indicadores se miden contra objetivos sobre una base anual. Indicadores para el programa incluyen el costo y la calidad.

Si desea más información puede comunicarse a la línea de Servicios al Proveedor:

787-993-2317 (Área Metro) o 1-866-676-6060 (libre de cargos)

Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

También puede escribirnos a:

7.8.2 Programas de apoyo a la salud:

La siguiente tabla representa los programas de apoyo adicionales para el Manejo de Cuidado:

Programa de Apoyo a la Salud	Descripciones Generales
Programa para dejar de fumar	Diseñado para ayudar a los beneficiarios que desean dejar de usar productos de tabaco, así como los que han dejado de usar productos de tabaco para prevenir una recaída.
Haciendo Contacto	Línea de consultoría médica disponible 24 horas al día los 7 días a la semana, 365 días al año..
Cuidado de Heridas	Ayuda a mejorar las tasas de curación de heridas crónicas, reducir las amputaciones y la discapacidad, por lo tanto en gran medida, mejora la calidad de vida de aquellos a quienes sirve..

8. Práctica de codificación y documentación clínica

La siguiente sección incluye guías claves en documentación y codificación médica para asistir a nuestros proveedores. Sin embargo, estas guías no se limitan al contenido aquí expresado. Cada proveedor es responsable de revisar acuerdos contractuales, aplicar guías oficiales y recursos necesarios para el manejo diario de su práctica incluyendo cualquier actualización en la industria o agencias reguladoras.

8.1 Conceptos generales en documentación clínica

“Si no hay documentación, nunca ocurrió”, esto es un dicho muy común en la industria de salud y expresa la importancia de la documentación clínica (CMS, 2015).

La documentación clínica es clave en la planificación, evaluación y coordinación del cuidado de salud del paciente. Su contenido es utilizado como instrumento legal y justificación de pago de servicios médicos (Grider, 2011). Esto aplica indistintamente si es documentada en forma tradicional (a mano) o en formato electrónico. Su contenido debe ser de calidad, legible, preciso, completo, consistente, claro, a tiempo y confiable (Hess, 2015).

8.1.1 Tome en consideración los siguiente puntos claves (First Coast, 2006):

- El encuentro, incluyendo visitas médicas y cirugías, entre otros servicios, debe ser documentado y completado entre 24-48 horas de la fecha de haber brindado el servicio (First Coast, 2006).
- Si necesita corregir o añadir información luego de dicho intervalo de tiempo, siga las siguientes instrucciones:
 - No borre o altere el documento original, en el caso de récords electrónicos (EHR) el sistema se supone no se lo permita.
 - En formatos tradicionales (a mano), escriba una tilde para anular alguna información junto con sus iniciales y fecha de haber hecho la gestión.
- Si va a añadir mucha información se recomienda que haga un *addendum* que incluya la siguiente información:
 - Indique que esta clarificación es un *addendum*
 - Fecha de cuando está haciendo el *addendum*
 - Describa la información que quiera clarificar
 - La fecha de servicio y el servicio que está clarificando
 - Nombre y firma del proveedor con sus credenciales y licencia
- Tanto las correcciones como el *addendum* no debe ser la norma en la documentación del servicio, sino excepciones. Abuso de estas prácticas pueden causar que se invalide la documentación.
- Todo documento debe incluir nombre del paciente y proveedor legible en cada página. Además, identificadores del paciente como

sexo, edad, fecha de nacimiento o número de record. El proveedor debe firmar, colocar sus credenciales (ej. MD) y número de licencia.

- Cada encuentro debe contener toda la información sin necesidad de hacer referencia a otros encuentros. A esto CMS le llama “stand-alone” (FirstCoast, 2006).

- Debe documentar en terminología médica (palabras). Evite el uso de códigos de ICD-10-CM/PCS, CPT, HCPCS II o abreviaciones no estándares para describir el diagnóstico y el servicio prestado. Tampoco debe usar símbolos para describir una condición y evite describir condiciones presentes y crónicas como historiales; ej. Historial de DM.

- ¿Por qué no debe usar los códigos en la documentación? Tanto los códigos como sus descripciones son creados para procesamientos de pagos, manejo de data y estadísticas. Las descripciones incluidas en los códigos pueden no incluir toda la información necesaria para describir a cabalidad el diagnóstico (Coding Clinic). Por ejemplo; el código E78.4 identifica en su descripción “other hyperlipidemia”, clínicamente no existe “otra” hiperlipidemia. Se espera que el proveedor describa qué otro tipo de hiperlipidemia, ej. *Hiperlipidemia combined familiar*.

- Evite el *copy-paste* o *cloning* de información entre encuentros. Según CMS, la documentación es considerada como *copy-paste* cuando es parecida o igual a encuentros anteriores entre el mismo o diferentes pacientes (FirstCoast, 2006).

- Documentación debe incluir información requerida por CMS, CPT, HCPCS o ICD-10.

8.1.2 Siga las siguientes guías adicionales para notas clínicas documentadas por *scribers* (cualquier persona que no sea el proveedor) o a través de dicción:

- Nombre y firma del *scribe*. Fecha y hora de cuándo se hizo el documento.
- El proveedor debe revisar lo documentado por el *scribe* y documentar que está de acuerdo con la información.

8.1.3 Siga las siguientes guías adicionales para residentes de medicina:

CMS requiere que el *teaching physician* este físicamente durante momentos claves o críticos del servicio. Aquí algunas guías pero debe hacer referencia al Cap. 12 del *Medicare Claims Processing Manual*:

- El *teaching physician* que el servicio sea razonable y necesario.
- El *teaching physician* debe revisar el cuidado provisto por el residente durante o inmediatamente después del residente haber brindado el servicio. Debe haber documentación de revisión del historial médico del paciente y de cualquier hallazgo del residente durante el examen físico. Además la documentación debe incluir información de que el *teaching physician* revisó los diagnósticos y el tratamiento establecido por el residente; y si usted como *teaching physician* está de acuerdo con la documentación del residente.
- El *teaching physician* debe documentar su porción y participación durante el servicio.
- Toda documentación del residente debe ser contrafirmada y fechada por el *teaching physician*.

8.1.4 Documentación adicional para servicios de evaluación y manejo (E/M):

Según CMS, la necesidad médica es el criterio principal junto con los requisitos individuales del CPT/HCPCS para escoger y pagar un código de E/M. Es inapropiado facturar un código de E/M de un nivel más alto cuando la necesidad médica justifica uno más bajo. El volumen de documentación no debe ser el criterio para

escoger un código de E/M. El servicio debe ser documentado durante o rápidamente luego de haber brindado el mismo para mantener un récord médico más certero a los servicios prestados y diagnósticos del paciente.

8.1.4.1 La siguiente información debe estar documentada en cada encuentro de E/M con el paciente:

- Razón de la visita (encuentro o queja principal [*chief complaint*])
- Historial presente, pasado, social y familiar relevantes al encuentro
- Examen físico pertinente con notación de cualquier hallazgo anormal
- Cualquier data objetiva revisada, interpretada como laboratorios o de imagen
- Impresión clínica con diagnósticos
- Plan de tratamiento para cada diagnóstico
- Progreso en la salud del paciente como respuesta a cambios en tratamientos o cualquier revisión diagnóstica
- Tiempo debe ser documentado, sobre todo cuando el código exige el mismo o si realizó consejería o coordinación de cuidado
- La documentación debe claramente describir cualquier información requerida por CMS, CPT, HCPCS o ICD-10

8.1.4.2 El proveedor debe de escoger una de las siguientes guías de E/M:

- 1995 *Documentation Guidelines for Evaluation and Management Services*.

Recuperado en:

<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNEdWebGuide/Downloads/95Docguidelines.pdf>

- 1997 *Documentation Guidelines for Evaluation and Management Services*. Recuperado en:

<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNEdWebGuide/Downloads/97Docguidelines.pdf>

- Guías adicionales provistas por CMS:

<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/Downloads/eval-mgmt-serv-guide-ICN006764.pdf>

8.1.5 Guías adicionales de documentación para cirujanos o cualquier proveedor que realice procedimientos quirúrgicos (Grider, 2011):

- ❖ Reportes de cirugías deben incluir al menos lo siguiente:
 - Si se aplica, nombre del co-cirujano o médico que asiste durante el procedimiento
 - Indicaciones para realizar el procedimiento y diagnósticos pre y posquirúrgicos
 - Posición y *draping* del paciente
 - Tipo de anestesia y su administración
 - Descripción detallada del procedimiento: *surgical approach*, identificación de incisiones, instrumentos usados, anomalías, homeostasis, cierre del área intervenida y cualquier otra información pertinente.
 - Condición del paciente al terminar el procedimiento
 - La documentación debe claramente describir cualquier información requerida por CMS, CPT, HCPCS o ICD-10.

8.1.6 Guías adicionales de documentación para radiólogos o cualquier proveedor que realice estudios de imagen o diagnósticos/*screenings* (ACR, 2014):

❖ Los siguientes componentes deben estar en el reporte; sin embargo, haga referencia a asociaciones profesionales o regulaciones oficiales para más detalles:

- Demografía (identificadores del paciente)
- Información clínica relevante
- Cuerpo del reporte
- Procedimientos y materiales
- Hallazgos
- Limitaciones potenciales
- Issues clínicos
- Comparación entre estudios y reportes
- Impresión (conclusión o diagnósticos)
- Reporte debe estar en un formato estandarizado generado por una computadora
- La documentación debe claramente describir cualquier información requerida por CMS, CPT, HCPCS o ICD-10
 - Haga referencia a la sección 9.2.3 si los servicios provistos incluyen cateterización, inyecciones en las articulaciones, biopsias entre otros procedimientos. Estos servicios quizás requieran ambos documentos para cumplir con regulaciones de documentación -un reporte de cirugía y uno de interpretación de imagen.
 - Para ordenes médicas haga referencia a la sección 9.2.5

8.1.7 Guías adicionales de documentación para laboratorios clínicos o cualquier proveedor que realiza estos servicios:

Documentación en los reportes de laboratorios deben claramente describir cualquier información requerida por CMS, CPT, HCPCS or ICD-10.

8.1.7.1 Documentación en las ordines médicas:

- Según CMS, una orden puede ser hecha a través de una de las siguientes vías de comunicación:
 - Un documento escrito y firmado por el médico o profesional de salud el cual es entregado a la facilidad a través del paciente u otra persona, correo tradicional, email, fax u otra vía electrónica. Documentación en el récord médico del paciente debe demostrar la intención de ordenar y la necesidad médica del estudio.
 - Llamada telefónica del médico o profesional de salud. Ambos, el médico o profesional de salud y el laboratorio deben documentar la llamada en cada copia del récord médico del paciente. Al igual que otras vías de comunicación, se requiere que el médico o profesional de salud documente la intención de hacer la orden y la necesidad médica para la misma.

8.2 Conceptos generales en codificación y facturación

8.2.1 *International Classification of Diseases 10th Rev. (ICD-10)*

Es una de las clasificaciones aprobadas por la ley HIPAA para las entidades cubiertas bajo dicha regulación. La modificación clínica de esta clasificación (ICD-10-CM) es usada para reportar enfermedades, desordenes, trastornos, síntomas y otras condiciones médicas. La versión *Procedure Coding System* (ICD-10-PCS) es usada para reportar servicios intrahospitalarios por instituciones como hospitales y otras con acuerdos contractuales como DRG. Ambos sistemas de codificación incluyen guías oficiales (*Official Guidelines for Coding and Reporting*) que deben ser aplicadas por los proveedores en sus prácticas de codificación, facturación y documentación.

En adición a los Conceptos generales en documentación clínica arriba expuestos, el proveedor debe seguir las siguientes guías de ICD-10-CM para cada encuentro:

- Un *assessment* completo que incluya diagnósticos que coexistan en el encuentro como condiciones causantes, complicaciones y manifestaciones de enfermedades.
- Cómo el diagnóstico está siendo tratado, monitoreado o evaluado.
- No codifique diagnósticos estipulados por el médico o profesional de salud como sospechosos, *rule-out* o cualquier otro término que indique incertidumbre. Codifique los signos, síntomas, resultados anormales de estudios o cualquier otra razón para el encuentro clínico en estas circunstancias. Haga referencia a la Sección II. H de las guías de *ICD-10-CM Official Guidelines for Coding and Reporting* para instrucciones específicas a facilidades intrahospitalarias.
- Siempre codifique el resultado final del estudio diagnóstico o procedimiento. Si el resultado final es “normal”, codifique los signos y síntomas o razón para realizar el mismo.
- Siempre codifique el diagnóstico postoperatorio del procedimiento. No codifique el diagnóstico preoperatorio ya quizás pudo haber cambiado luego del procedimiento haberse completado.

8.2.2 Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes de Cuidado de Salud (HCPCS por sus siglas en inglés):

Es una de las clasificaciones aprobadas por la ley HIPAA para las entidades cubiertas bajo dicha regulación. Esta clasificación se utiliza para reportar servicios ambulatorios (*outpatient*) y por profesionales de la salud. El primer nivel de HCPCS es *Current Procedure Terminology, Fourth Edition* (CPT), el cual es creado y mantenido por la *American Medical Association* e incluye tres tipos de códigos y modificadores. CPT contiene los códigos más usados y comunes para reportar servicios y procedimientos médicos. Por otro lado, el nivel II (común y simplemente llamado “HCPCS”) contiene códigos alfanuméricos que identifican en su mayoría servicios de ambulancia, equipos médicos, *supplies* entre otros

servicios brindados por profesionales de la salud. El HCPCS es creado y mantenido por CMS y otras instituciones de la industria de la salud.

Según CMS, los proveedores deben codificar y facturar los procedimientos o servicios con los códigos CPT/HCPCS que identifiquen los servicios prestados. Los proveedores no pueden codificar por separado servicios o procedimientos ya incluidos en otro código (*unbundle*). Algunos ejemplos donde el proveedor **debe evitar**:

- ✓ Facturar múltiples códigos HCPCS/CPT cuando un código ya describe todos los servicios prestados.
- ✓ Fragmentar servicios.
- ✓ Separar servicios bilaterales en códigos unilaterales.
- ✓ Codificar por separado servicios que son parte integral de un procedimiento.

Proveedores deben evitar tanto sobre codificar (*upcoding*) como no codificar (*downcoding*). Si un código HCPCS/CPT describe todos los componentes realizados por el proveedor, el mismo debe ser reportado y no otro que describa menos componentes. Un código HCPCS/CPT debe ser codificado si todos sus componentes fueron realizados y documentados.

Proveedores deben reportar las unidades de los servicios provistos correctamente. Cada código de HCPCS/CPT tiene una unidad definida para efectos de facturación. Los proveedores no deben reportar unidades que no concuerden con la establecidas por cada código HCPCS/CPT.

8.2.3 Políticas del Plan, acuerdos contractuales y referencias de la industria de salud

- ❖ Estas políticas deben ser también aplicadas cuando se codifican y facturan servicios médicos. Algunas referencias se enlistan a continuación:
 - *Medicare National Coverage Determinations (Pub. 100-03)*

- o *Medicare Local Coverage Determinations*
- o *Medicare Claims Processing Manual (Pub. 100-04)*
- o *CMS Evaluation and Management Service Guide*
- o *National Correct Coding Initiative Policy Manual for Medicare Services*

Importante, cada código transmitido en un formato de facturación médica (ej. 1500) debe ser la traducción literal de lo que fue documentado para el mismo paciente y fecha de servicio en la nota clínica, diagnóstica, procedimiento o reporte. El código facturado debe estar en cumplimiento con las guías expuestas en este documento. Para ello se recomienda educación continua y actualización periódica en cada práctica de cada proveedor para mantener el nivel más óptimo de calidad y cumplimiento.

8.2.4 Record keeping

Todos los servicios facturados pueden ser sujetos a futuras auditorías por el Plan o agencias regulatorias. Por lo tanto, proveedores deben seguir regulaciones HIPAA para con el récord médico de cada paciente, esto incluye mantener copia del mismo hasta 6 años luego de la última fecha de servicio provisto.

Cada proveedor es responsable de proporcionar copia del récord médico del paciente por el cual prestó el servicio. Inclusive servicios prestados en otra facilidad que no es la del proveedor. Por ejemplo, el proveedor prestó un servicio de E/M en el hospital (código 99223), el proveedor es responsable de llevarse copia de la nota clínica de dicha visita intrahospitalaria a su oficina y tenerla disponible a la hora de ser solicitada por el Plan o agencia regulatoria.

8.2.5 Referencias

- *Centers for Medicare and Medicaid Services, Department of Health and Human Services. 2016. 1995 and 1997 Guidelines for Evaluation and Management Services.*

Recuperado de:

<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNEdWebGuide/EMDOC.html>

- *First Coast*. 2006. *Medicare B Update! Newsletter 3rd Quarter 2006 Vol. 4 Num. 3*. Recuperado de: https://medicare.fcso.com/Publications_B/2006/141067.pdf
- Grider, Deborah J. 2011. *Medical Record Auditor: Documentation rules and rationales, with exercises, 3rd edition*. Chicago, IL: AMA
- Hess, Pamela Carroll. 2015. *Clinical Documentation Improvement: Principles and Practice*. Chicago, IL: AHIMA
- ACR. 2014. *Practice Parameter for Communication of Diagnostic Imaging Findings*. Recuperado de: https://www.acr.org/~media/ACR/Documents/PGTS/guidelines/Comm_Diag_Imaging.pdf
- CMS. 2017. *National Correct Coding Initiatives*. Recuperado de: <https://www.cms.gov/Medicare/Coding/NationalCorrectCodInitEd/index.html>

9. Integración de la salud física y mental

Según el contrato existente entre ASES y MMM Multi Health, debemos procurar que los servicios de salud física y salud conductual, mejor conocido como el **modelo integrado**, estén totalmente integrados, para garantizar una óptima detección, prevención y tratamiento de condiciones de salud física y de salud mental. A través del Modelo de Colocación, los Grupos Médicos Primarios (GMP) facilitarán la colocación de un psicólogo con licencia profesional o un trabajador social con maestría y licencia profesional en cada facilidad. El proveedor de servicios de salud conductual estará presente y disponible para proveer evaluación, consulta y servicios de salud conductual a sus beneficiarios.

Los criterios mínimos de acceso semanal requieren que por cada 5,000 beneficiarios asignados a cada GMP, haya disponible un proveedor de salud mental cuatro (4) horas semanales. Para los GMP cuya membresía sea menor de 1,000 beneficiarios no se les requerirá un mínimo de horas para el proveedor de salud mental. El proveedor de

servicios de salud conductual ubicado en el GMP realizará evaluaciones de cernimiento, intervención en crisis y psicoterapia limitada, entre cuatro (4) y seis (6) sesiones, de acuerdo a las necesidades del beneficiario.

MMM Multi Health se asegurará de que los servicios prestados cumplen con el código de Salud Mental, Ley 408 de Salud Mental, y la ley de Declaración de Derechos del Paciente de Puerto Rico, así como otras leyes aplicables federales y de Puerto Rico.

En el caso de GMP que tienen menos de 1,000 beneficiarios asignados, no se les requerirá tener un proveedor de salud mental disponible. En estos casos, el GMP podrá referir al beneficiario a otro GMP con mayor capacidad y que tenga un proveedor de salud mental disponible para consultas. Este modelo de colocación virtual tiene como objetivo proporcionar acceso a servicios de salud mental y coordinar los niveles de servicios necesarios. Los proveedores de salud mental estarán disponibles para consulta y discusión de casos.

En caso de que un GMP no permita colocar un psicólogo licenciado o trabajador social con maestría licenciado en el marco del GMP para el tiempo mínimo requerido como se explicó anteriormente, MMM Multi Health notificará a ASES y solicitará al GMP en cuestión un plan de acción correctiva (CAP, por sus siglas en inglés). El GMP debe presentar el CAP a la entidad correspondiente dentro de los siete (7) días desde la recepción de la notificación de la necesidad de acción correctiva. MMM Multi Health deberá evaluar y aprobar o negar el CAP dentro de siete (7) días de la fecha de recibo. Los GMP con un CAP aprobado deberán cumplir con los términos del mismo y lograr la colocación del proveedor de salud mental en los plazos establecidos.

De una misma manera, MMM Multi Health garantizará un modelo de cuidado integrado en el que los servicios de salud física estén disponibles para beneficiarios siendo tratados en contextos de salud mental, conocido como **Modelo de Colocación Inversa**. Este modelo es uno de servicios integrados en el que servicios médicos están disponibles en facilidades de salud mental. Se ha conocido que pacientes con comorbilidades, incluyendo condiciones médicas agudas o crónicas y diagnósticos de

salud conductual, corren un mayor riesgo en aumentar los costos y la utilización de los servicios de salud. Las personas con condiciones de salud mental crónicas tienen altos niveles de comorbilidad médica, en comparación con la población en general.

En el modelo de colocación inversa un médico primario provee servicios médicos a tiempo parcial o a tiempo completo en un centro de salud conductual para monitorear la salud física de los pacientes. Los requisitos para la colocación inversa según los estipula ASES son las siguientes:

1. Unidades de servicios ambulatorios (clínicas) deben tener al menos un (1) PCP colocado cuatro (4) días por semana, durante cuatro (4) horas.
2. Unidades de servicios de adicción deben tener PCP colocado al menos tres (3) días por semana, durante cuatro (4) horas.
3. Unidades de hospitalización parcial debe tener al menos un (1) PCP colocado dos (2) días por semana, durante cuatro (4) horas.
4. Unidades de estabilización y hospitales psiquiátricos deben tener un PCP para consulta (en llamada) a diario.

10. Manejo de Utilización

Un servicio realizado por MMM Multi Health que trata de garantizar que los servicios cubiertos provistos se ajustan, y bajo su caso, normas y requisitos establecidos en el contrato, o un programa similar desarrollado, establecido o administrado por ASES. MMM Multi Health proveerá asistencia a los beneficiarios y proveedores para garantizar la utilización adecuada de los recursos. MMM Multi Health escribirá Políticas de Manejo de Utilización y procedimientos señalados en la Guía de Proveedores.

10.1 Autorizaciones y Referidos

MMM Multi Health no requiere referido de un PCP cuando un beneficiario busca atención de un proveedor de la red PPN de MMM Multi Health. En el caso que el proveedor no esté en la red PPN, el médico primario debe someter una solicitud de referido electrónico para el proveedor especialista contratado. MSO ofrecerá al PCP la

alternativa de generar un referido electrónico a través de InnovaMD o IVR, sin ningún costo al proveedor. El PCP debe proveer copia del referido al paciente. Un referido del PCP se requerirá:

1. Para que el beneficiario pueda acceder a los servicios de especialidad dentro de la red general del MMM Multi Health pero fuera del PPN.
2. Para el beneficiario acceder a un proveedor fuera de la red (con la excepción de servicios de emergencia).
3. Un referido para cualquier red general o servicios fuera de la red, se proveerá durante la misma visita con el PCP, pero no más tarde de las veinticuatro (24) horas de la solicitud del beneficiario.
4. Cuando un proveedor no haga el referido en el plazo requerido o se niegue a hacer un referido, MMM Multi Health emitirá un referido administrativo de acuerdo al proceso establecido.
5. Ni MMM Multi Health o ningún proveedor puede imponer un requisito de que las remisiones se someterán a la aprobación de los comités, juntas, directores médicos, etc. MMM Multi Health hará cumplir estrictamente esta directriz y emitirá referidos administrativos siempre que lo considere necesario por razones médicas.
6. Si los requisitos de acceso del proveedor de este contrato no pueden ser desarrollados dentro del PPN en treinta (30) días desde la solicitud del beneficiario para el servicio cubierto, el PMG referirá al beneficiario a un especialista dentro de la red general, sin la imposición de copagos. Sin embargo, el beneficiario volverá al especialista una vez que este esté disponible para tratar al beneficiario.
7. MMM Multi Health se asegurará de que los PMG's cumplan con las reglas establecidas en la sección concerniente a los referidos, por lo que el beneficiario no será forzado a cambiar el PMG con el propósito de obtener los referidos necesarios, imponer cuotas mínimas o restringir servicios a proveedores subcontratados para servicios médicamente necesarios

(laboratorio, farmacias y otros servicios). De igual modo, cualquier denegación, demora irrazonable o racionamiento de servicios a los pacientes, está prohibido.

El referido es válido por un período de 60 días, desde la fecha de emisión.

10.2 Oportunidades de Preautorizaciones

MMM Multi Health se asegurará de proveer una preautorización para el beneficiario en los siguientes plazos, incluyendo días festivos y horario fuera de horas laborales:

1. La decisión de conceder o denegar una preautorización no debe exceder de setenta y dos (72) horas desde el momento de la solicitud de autorización de servicio del beneficiario para todos los servicios cubiertos. Cuando MMM Multi Health o el proveedor del beneficiario determine que la vida o la salud del beneficiario podría estar en peligro por un retraso en el acceso a los servicios, la preautorización se debe proveer de forma expedita por la salud del beneficiario, y no más tarde de veinticuatro (24) horas a partir de la solicitud de servicio de autorización.
2. MMM Multi Health presentará criterios clínicos de gestión de utilización a ASES sobre los servicios que se utilizarán y que requiere preautorización. ASES aprobará previamente por escrito los criterios clínicos como gestión de utilización.
3. MMM Multi Health se asegurará de que el PMG cumple con las normas establecidas en la presente sección sobre referidos, por lo que los beneficiarios no están obligados a cambiar de PMG para obtener un referido.
4. Si el sistema de referido que se desarrolla por MMM Multi Health requiere el uso de medios electrónicos, tal sistema se instalará en las oficinas de proveedores.
5. Cualquier negación, demora injustificada, o el racionamiento de los servicios médicamente necesarios para los beneficiarios está expresamente prohibida. MMM Multi Health velará por el cumplimiento de esta prohibición de

proveedores de la red o de cualquier otra entidad relacionada con la prestación de servicios de salud mental para los beneficiarios. En caso de que MMM Multi Health viole esta prohibición, estará sujeto a las disposiciones del artículo VI, sección 6 de la Ley 72 y 42 CFR Sub-parte I (Sanciones).

6. MMM Multi Health empleará una licencia apropiada de profesionales para supervisar todas las decisiones de preautorización y especificará el tipo de personal responsable para cada tipo de preautorización en sus políticas y procedimientos. Cualquier decisión para denegar una solicitud de autorización de servicio o autorizar un servicio en una cantidad, duración o alcance que es inferior a la solicitada, será realizada por un proveedor que posee la experiencia clínica adecuada para el tratamiento de la condición del beneficiario. Para las solicitudes de servicio de autorización para servicios dentales, sólo los dentistas con licencia están autorizados a tomar tales decisiones.
7. Ni un reenvío ni preautorización serán requeridos para cualquier servicio de emergencia, sin importar si el proveedor está dentro del PPN, y sin perjuicio de la existencia de una determinación en última instancia, que la condición para la cual el beneficiario buscó tratamiento en la sala de emergencia no fuese de emergencia médica o psiquiátrica.
8. MMM Multi Health no requerirá una preautorización o un referido para servicios dentales, excepto para la cirugía maxilofacial, que requiere preautorización de un PCP.

10.3 InnovaMD

InnovaMD es una Plataforma de Cuidado Coordinado diseñada para unir pacientes, proveedores y socios de negocios para permitirles trabajar en conjunto. InnovaMD utiliza una plataforma eficiente de redes, segura y potente que sirve como punto de encuentro para todos los sectores dentro de la industria de la salud.

Al unirse a InnovaMD tienen la libertad de intercambiar instantáneamente información médica y administrativa, regidas bajo las más estrictas regulaciones que garantizan cumplimiento con la privacidad y confidencialidad.

A través de una fórmula basada en mayor interoperabilidad combinada con un flujo efectivo de información médica, InnovaMD se convierte en una herramienta extremadamente valiosa que mantiene a la industria de cuidado médico bien preparada mientras provee servicios de alta calidad a los pacientes para que reciban el mejor tratamiento de calidad.

InnovaMD también es el canal de comunicación preferido entre proveedores y el MSO.

10.3.1 Beneficios

1. Permite a los proveedores manejar su panel médico más eficientemente utilizando la funcionalidad de *Beneficiary Center*.
2. Facilita una plataforma eficiente de comunicación entre el grupo de profesionales de la salud que manejan el paciente.
3. Búsqueda y opciones de filtros están disponibles a través de todas las aplicaciones mejoradas permitiendo un uso uniforme e intuitivo.
4. Capacidad para manejar múltiples sesiones de beneficiarios seleccionados durante la creación y envío de solicitudes de servicios, referidos, preautorizaciones, encuentros, entre otros.
5. Funcionalidades integradas para solicitar servicios tales como Referidos y Preautorizaciones.
6. *Info Center* sirve como un repositorio centralizado de documentos administrativos *Document Center*, *Clinical Guidelines*, módulos educativos (*Learning Center*), informes (*My Documents*).
7. Proveedores tienen opción de conceder al personal de su oficina acceso a InnovaMD y transicionar su rol inicial de contactos a delegados.
8. Usuario conectado despliega más información de acuerdo al rol o roles para facilitar su intercambio dentro de InnovaMD.
9. Administradores de Grupos Médicos Primarios PCP pueden beneficiarse de la disponibilidad del *Beneficiary Center*.
10. Los PCP pueden añadir información adicional de contactos dentro del perfil del beneficiario.

11. Acceso seguro y personalizado a información clínica y financiera.
12. Comunicación simplificada, segura y confidencial con el proveedor.
13. Plataforma de interoperabilidad.
14. Protege la información clínica del paciente según requerido por regulaciones HIPAA.

10.3.2 Herramientas y Funcionalidades Disponibles:

Lo siguiente es una lista de algunas de las herramientas y funcionalidades disponibles para los proveedores contratados:

1. **Beneficiary Center** – Permite a los PCP manejar el panel médico más eficiente al proveer acceso más fácil a *Clinical Profile*, solicitar servicios como Referidos, Preautorizaciones, etc., para uno o más beneficiarios simultáneamente.
2. **Beneficiary Eligibility** – Permite a todos los proveedores validar la elegibilidad del paciente haciendo búsqueda con el número de identificación del del beneficiario y obteniendo *Demographic Information, Benefit Plan Information, Patient Coverage Information, Eligibility History* y acceso a imprimir la Certificación de Elegibilidad.
3. **Practice Center** – Permite a todos los proveedores una vista centralizada de los servicios referidos por su práctica.
4. **Providers Directories** – Permite a todos los proveedores acceso a todos los proveedores activos y contratados. Proveedores pueden filtrar por Doctores y Profesionales de la Salud, Facilidades Médicas y Centros de Apoyo de Medicina Primaria (CAMP). La búsqueda puede incluir, especialidad, nombre, localidad, código postal, entre otros. Los resultados incluyen información tales como direcciones y teléfonos de oficinas, mapa y otros detalles.

10.3.3 *Clinical Viewer*

Clinical Viewer es la funcionalidad que permite a los proveedores acceso a datos clínicos a través de InovaMD. Esta funcionalidad tiene la capacidad de transmitir

electrónicamente información clínica entre una variedad de sistemas de cuidado de salud para consolidar los datos clínicos que adquieren un nuevo significado para el tratamiento de los pacientes y resultados médicos al mejorar el cuidado ofrecido por MMM Multi Health.

▪ **Beneficios:**

1. Provee un resumen actualizado y preciso relacionado a los datos clínicos del beneficiario.
2. Permite al proveedor acceso directo a información relacionada con los resultados de laboratorios, rayos-x, etc. de los pacientes y reduce las tardanzas en recibir los resultados de sus pacientes.
3. Evita duplicidad de terapias, dosis, pruebas y procedimientos.
4. Asegura la claridad y precisión en los diagnósticos y recetas.
5. Está alineado con los requisitos del Gobierno Federal en el manejo del expediente médico electrónico.

Para más información:

Portal de InnovaMD en www.innovamd.com o contacte al

Grupo de Apoyo de InnovaMD:

Lunes a viernes

7:00 a.m. a 7:00 p.m.

787-993-2317 (Área Metro)

1-866-676-6060 (libre de cargos)

Correo electrónico a InnovaMDAlert@mmmhc.com.

10.4 Centro de Llamadas de Servicio al Proveedor (*Provider Call Center*)

Los proveedores de MI Salud tienen disponibles los servicios de nuestro centro de llamadas el cual brinda servicios de 7:00am a 7:00pm. El centro de llamadas le puede ofrecer servicios relacionados a verificación de elegibilidad, estado de reclamaciones,

preautorizaciones, pagos, entre otros, y sirve a proveedores de servicio primario, especialistas, profesionales de la salud, facilidades de servicios ancilares, dentistas y hospitales. A continuación se incluyen los números telefónicos para acceder los Representantes del centro de llamadas de servicio al proveedor.

Centro de llamadas de servicio a proveedores	787-993-2317 (Área Metro) 1-866-676-6060 (libre de cargos)
Centro de llamadas de Servicio a proveedores de servicio dentales	787-522-5699 (Área Metro) 1-877-522-0670 (libre de cargos)

10.5 Servicios del Sistema Interactivo de Voz (IVR)

El sistema interactivo de voz (IVR, por sus siglas en inglés), está disponible para todos nuestros proveedores. A través de este sistema los proveedores podrán obtener información automatizada las veinticuatro (24) horas, los siete (7) días de la semana. Es conveniente, fácil de usar y rápido. Además, el sistema provee la información que necesita al momento de manera confidencial. Los servicios disponibles a través de este sistema son: verificación de elegibilidad, referidos, pre-autorizaciones entre otros.

10.6 Grupo de Apoyo de InnovaMD

El portal de InnovaMD es una excelente herramienta para compartir información de la salud de las vidas asignadas con otros proveedores dentro de la industria de la salud. El portal ha sido desarrollado en una plataforma altamente segura y eficiente cumpliendo con estrictas regulaciones que garantizan el cumplimiento de la privacidad y la confidencialidad.

Los proveedores, podrán verificar la elegibilidad del beneficiario, crear, revisar e imprimir referidos y preautorizaciones. Además, podrán verificar su historial de pagos, revisar e imprimir noticias, formularios y guías, entre otros.

El uso del portal es libre de costo y está disponible las veinticuatro (24) horas del día los siete (7) días de la semana, y puede accederlo en www.innovamd.com

Para ofrecer un servicio completo, contamos con personal técnico en el Grupo de Apoyo de InnoVA MD. Este personal dedicado les ofrece a nuestros proveedores soporte técnico orientación, educación y todo el apoyo necesario durante el proceso de registro y navegación a través de nuestro portal. El horario de este equipo también se ofrece de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. y pueden contactarlos a través de nuestro Centro de llamadas.

2 10.7 Registro Electrónico de Salud (EHR, por sus siglas en inglés)

- 3 Los proveedores necesitarán haber actualizado su Registro Electrónico de Salud (EHR, por sus siglas en inglés) a la versión 2015, el siguiente enlace indica las Guías para la Certificación, (https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Legislation/EHRIncentivePrograms/Downloads/TableofContents_EP_Medicaid_Stage3_2018.pdf).

Y, cumpla con los requisitos del Programa para Promover la Interoperabilidad de Medicaid (ver a continuación). Es muy probable que estos requisitos se modifiquen en algún momento de octubre de 2018.

(https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Legislation/EHRIncentivePrograms/Downloads/TableofContents_EP_Medicaid_Stage3_2018.pdf)

Los profesionales elegibles para Medicaid deberán promover los objetivos y medidas de la etapa 3 del programa de interoperabilidad para el 2018:

Objetivos y medidas para profesionales elegibles para Medicaid	
1.	<u>Proteger la información de salud electrónica protegida</u> creada o mantenida por la tecnología certificada de registro electrónico de salud (CEHRT, por sus

	siglas en inglés) a través de la implementación de salvaguardas técnicas, administrativas y físicas apropiadas.
2.	Generar y transmitir recetas electrónicamente permitidas .
3.	Implementar intervenciones de apoyo a la decisión clínica enfocadas en mejorar el desempeño en condiciones de salud de alta prioridad.
4.	Uso de entrada de pedidos del proveedor informático de medicamentos, laboratorio y diagnóstico de órdenes por imagen introducidas directamente por cualquier profesional del cuidado de la salud con licencia, asistente médico acreditado, o un miembro del personal médico acreditado a realizar y las obligaciones equivalentes de un asistente médico acreditado, que puede entrar pedidos en el registro médico, según las guías estatales, locales y profesionales.
5.	<u>Acceso electrónico del paciente:</u> el hospital elegible o el hospital de acceso crítico (CAH, por sus siglas en inglés) brindan a los pacientes (o representante autorizado) acceso electrónico oportuno a su información de salud y a educación específica para el paciente.
6.	<u>Atención de Cuidado Coordinado:</u> use CEHRT para interactuar con los pacientes o sus representantes autorizados sobre el cuidado del paciente.
7.	<u>Intercambio de información médica:</u> el hospital elegible o CAH proporcionará un resumen del record del cuidado cuando refiere a un paciente a otro lugar de cuidado, o cuando recibe un paciente o el primer encuentro de un paciente de un paciente nuevo, e incorpora un resumen de la información de cuidado de otros proveedores en el EHR usando las funciones de CEHRT.
8.	<u>Informes de salud pública:</u> el hospital elegible o CAH participará activamente con una agencia de salud pública o un registro de datos clínicos para enviar datos electrónicos de salud pública de manera significativa utilizando CEHRT, excepto donde esté prohibido, y de acuerdo con la ley y la práctica aplicable.

Además, entre los requisitos se encuentran los eCQM (https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Legislation/EHRIncentivePrograms/Downloads/CQM_Table.pdf).

11. Manejo de utilización intrahospitalaria

11.1 Visión

El objetivo principal es garantizar la excelencia en la prestación de servicios médicos necesarios con el mayor sentimiento de responsabilidad y cooperación entre proveedores, facilidades y la compañía.

11.2 Descripción general

El manejo de utilización médica intrahospitalaria es un proceso diseñado con el objetivo de monitorear un conjunto de componentes integrados, pero no limitados a:

- ✓ Notificación de número de caso
- ✓ Revisión de admisiones
- ✓ Revisión concurrente
- ✓ Revisión retrospectiva
- ✓ Planificación de alta
- ✓ Manejo de caso individualizado

La administración de las redes de proveedores de MMM Multi Health para las regiones noreste y sureste de MI Salud fue delegada a MSO of Puerto Rico, LLC (MSO). Esto incluye las áreas de revisión médica, procesos de utilización y autorización de estadías en los servicios de salud física de adultos y pediátrica así como los servicios de salud mental aguda y parcial.

El Departamento de Revisión y Utilización Intrahospitalaria de MSO trabaja en conjunto con proveedores médicos para determinar necesidad médica, costo-efectividad y calidad de servicios prestados a nivel intrahospitalario. Toda determinación se realiza conforme a los estándares vigentes en la industria, acuerdos

contractuales existentes y guías de manejo clínico basadas en evidencia médica actualizada.

El proceso abarca aquellos servicios prestados en un nivel de cuidado intrahospitalario, agudo y la transición entre estos al hogar. Esto con el propósito de que nuestros beneficiarios reciban una recuperación óptima en el nivel de cuidado necesario y con el cuidado apropiado para maximizar los beneficios de su cubierta médica.

11.2.1 Metas:

- Evaluar todo caso admitido a una facilidad hospitalaria de manera concurrente o retrospectiva.
- Uso de guías de manejo clínico para autorizar toda admisión a nivel de cuidado subagudo y servicios ancilares.
- Implementación de guías de manejo clínico para agilizar la prestación de servicios médicos y promover la excelencia en el manejo de beneficiarios.
- Mediar en la comunicación efectiva entre la facilidad, médicos y otros proveedores de servicio para identificar posibles necesidades del beneficiario durante el período de admisión y promover una planificación de alta efectiva y eficiente.
- Identificar desviaciones y eventos prevenibles que puedan perjudicar la salud o recuperación óptima del beneficiario.

11.3 Descripción del programa de Revisión y Utilización Intrahospitalaria

El programa está diseñado con el propósito de evaluar el universo de admisiones de forma concurrente y retrospectiva en toda institución intrahospitalaria. Los siguientes principios gobiernan el programa:

1. El principal oficial médico, directores médicos, vicepresidente de operaciones clínicas y demás componentes del departamento tienen la

responsabilidad de administrar el programa de revisión y utilización intrahospitalaria.

- Las políticas y procedimientos diseñados por el Departamento de Revisión y Utilización Intrahospitalaria son revisadas y aprobadas por el principal oficial médico. MSO se reserva el derecho de revisar periódicamente estas políticas y procedimientos.
 - La dirección médica del departamento tiene la responsabilidad de determinar necesidad médica de servicios según las políticas y procedimientos vigentes del programa. Toda determinación clínica/médica será sustentada por la aplicación de guías de cuidado clínico basadas en evidencia médica actualizada. Actualmente se están utilizando MCG. MSO se reserva el derecho de elegir las guías de cuidado clínico que utilizará en su proceso de revisión concurrente y retrospectiva de los casos admitidos en facilidades contratadas.
2. El Departamento de Revisión y Utilización Intrahospitalaria también será responsable de identificar tendencias de sobre utilización o baja utilización de servicios mediante el monitoreo de referidos, data de encuentros, farmacia, revisión de expedientes y solicitud de autorizaciones.
 3. MSO asigna la responsabilidad del proceso de revisión concurrente y retrospectiva a un personal clínico profesional (CRN y SCR), altamente calificado y con vasta experiencia en el escenario hospitalario y de utilización médica. El CRN y SCR recibe apoyo directo del director médico asociado a MI Salud, el cual tomará la decisión final de aprobar o denegar el servicio prestado.
 4. MSO se reserva el derecho de reasignar el personal de CRN y SCR a las facilidades hospitalarias contratadas. Este proceso de cambio de ruta o facilidad se realiza cada seis (6) meses o a discreción y necesidad de la compañía.

5. Todo servicio que haya sido determinado por la dirección médica como uno no médicamente necesario o no cubierto bajo el contrato vigente del beneficiario, será denegado. Proveedores tendrán el derecho y la oportunidad de solicitar una reconsideración sobre cualquier determinación adversa a través del Departamento de Apelaciones y Querellas (A&G) de MI Salud/MMM Multi Health. El proveedor debe cumplir con los procesos de pre-desviación y discusión de casos según establecidos en este
6. Todo proveedor de servicio tendrá derecho a someter una reconsideración a partir de 30 días luego del cierre del caso. Para la solicitud de reconsideración por parte del proveedor hospitalario, este deberá someter toda documentación completa (copia fiel y exacta de expediente médico, carta donde indique razones por las que entienden se deben validar los días en no cumplimiento) requerida al Departamento de Apelaciones y Querellas. La reconsideración debe estar firmada por un médico licenciado para ejercer la medicina en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

En MSO estamos comprometidos con brindar servicios médicos de excelencia. Trabajamos en estrecha colaboración con los departamentos de utilización de las instituciones contratadas y los médicos del paciente durante el período de admisión para brindarle el mayor beneficio al paciente. Para lograr este objetivo, nuestras decisiones de manejo de utilización son basadas en la prontitud y necesidad médica de los servicios brindados basados en la aplicación de las guías de cuidado clínico autorizadas por la compañía en el momento de la revisión. **MSO no compensa a las personas asignadas a la revisión y manejo de utilización por denegar servicios ni provee incentivos financieros por aprobar o denegar servicios solicitados.**

11.3.1 Organización:

1. Director médico asociado a MI Salud

- a. Profesional de la salud especializado en el campo de la medicina, certificado y licenciado por el Tribunal Examinador de Médicos para

poder ejercer la práctica de la medicina en Puerto Rico.

- b. Nuestro AIMD es un médico generalista. Además contamos con diversos especialistas y sub-especialistas que apoyan las decisiones y determinaciones médicas durante los procesos de revisión de los casos hospitalizados.
- c. El AIMD es el único responsable de tomar la decisión de señalar y determinar los días en no cumplimiento en los servicios o estadía hospitalaria. Toda decisión es apoyada por la utilización de las guías de manejo clínico aprobadas por MSO al momento de la revisión o prestación de los servicios.

2. Enfermero de revisión concurrente (CRN)

- a. Profesional de la salud con experiencia mínima de 3 años en área clínica, con licencia emitida por la Junta de Licenciamiento de Disciplinas Médicas de Puerto Rico.
- b. Nuestros enfermeros de revisión concurrente son profesionales con extensa experiencia clínica que han sido certificados y adiestrados en la aplicación de las guías de cuidado clínico autorizadas por la compañía. Nuestro personal de CRN realiza el proceso de auditoría concurrente y retrospectiva validando el cuidado médico a base de la documentación brindada en el expediente médico.
- c. El personal de CRN puede aprobar servicios siempre y cuando cumplan con todos los criterios establecidos por las guías autorizadas en el momento de la revisión o prestación de servicio.
- d. El personal de CRN es responsable de detectar desviaciones en el tratamiento médico o en funciones administrativas, refiriendo las mismas al AIMD para su acción correspondiente.

3. Revisor concurrente senior (SCR)

- a. Profesional de la salud con un doctorado en medicina con experiencia mínima de 3 años en la revisión de utilización médica.

- b. Nuestros revisores concurrentes *senior* son profesionales con extensa experiencia clínica certificados y adiestrados en la aplicación de las guías de cuidado clínico autorizadas por la compañía. Nuestro personal de SCR realiza el proceso de auditoría concurrente y retrospectiva validando el cuidado médico a base de la documentación brindada en el expediente médico.
- c. El personal de SCR puede aprobar servicios siempre y cuando cumplan con todos los criterios establecidos por las guías autorizadas en el momento de la revisión o prestación de servicio.
- d. El personal de SCR es responsable de detectar desviaciones en el tratamiento médico o en funciones administrativas, refiriendo las mismas al AIMD para su acción correspondiente.

4. Unidad de Planificación de Alta (DPU)

- a. Unidad creada por la compañía para brindarle apoyo a las CRN y SCR a los departamentos de trabajo social y utilización de las instituciones con el propósito de facilitar y agilizar el proceso de transición de una hospitalización al hogar o centro de continuidad de cuidado designado.
- b. Los equipos de DPU, TU, CRN, SCR y nuestro personal de MSO actuarán como ente de apoyo en el proceso de planificación de alta con el proveedor hospitalario y el médico de cabecera.
- c. El proveedor hospitalario y el médico de cabecera son responsables de llevar a cabo el proceso de planificación de alta, realizar referidos necesarios y transmitir los mismos no menos de tres (3) días calendario antes de la fecha del alta.
- d. El proveedor hospitalario coordinará la transición de cuidado del hospital al hogar o centro designado con personal de DPU.

11.3.2 Definición de conceptos:

1. Proceso de revisión concurrente:

- a. Proceso por el cual el CRN y/o SCR asignado a la institución evalúa físicamente el expediente clínico en la facilidad hospitalaria durante el período de admisión del paciente. Se define como concurrente aquella revisión de expediente que ocurra antes de la fecha de alta del paciente. El CRN y/o SCR debe tener contacto con el expediente médico aunque sea una vez para que se considere una revisión concurrente antes del alta del paciente.

2. Proceso de notificación de desviación:

- a. Fase intermedia de comunicación durante el proceso de concurrencia entre el CRN, SCR o el AIMD y el proveedor hospitalario o médico de cabecera.
- b. Nuestro CRN, SCR o AIMD le informará de manera verbal y escrita al personal asignado por la institución o al médico de cabecera, cualquier tipo de desviación clínica o administrativa que deba ser corregida de forma inmediata por el proveedor hospitalario o médico de cabecera.
- c. El proveedor tendrá un período no mayor de dos (2) días laborables a partir de la notificación para presentar evidencia de la corrección de la desviación o discusión directa con el CRN, SCR o AIMD para justificar dicha desviación.
- d. El objetivo del proceso es mantener el flujo de información, promoviendo la discusión clínica de casos para facilitar el manejo de los mismos y minimizar posibles denegaciones al hospital o médico al momento del cierre del caso.
- e. En un caso dado de alta, que fue visto por el CRN, SCR durante el proceso de revisión concurrente, el proveedor hospitalario tiene el derecho a evocar el proceso de desviación de los últimos días de la admisión (fin de semana o días feriados) que no fueron auditados por el CRN y/o SCR en un plazo no mayor de noventa (90) días calendario

a partir de la fecha del alta.

f. Este proceso no aplica a la revisión de casos retrospectivos.

6. Proceso de Revisión Retrospectiva:

- a. Proceso por el cual el CRN, SCR asignado a la institución evalúa físicamente el expediente clínico en la facilidad hospitalaria posterior a la fecha del alta. Se define como retrospectiva aquella revisión o primer contacto con el expediente que ocurra después de la fecha de alta. Durante este proceso, el paciente está físicamente ausente de la facilidad ya sea por alta médica, transferencia a otra institución, alta en contra de recomendación médica o muerte.
- b. La facilidad tendrá un período no mayor de noventa (90) días calendario posterior a la fecha de alta para presentar el expediente a nuestro CRN, SCR sin penalidad administrativa por exceder dicho período.
- c. De presentar un expediente caducado noventa (90) días calendario posterior a la fecha de alta, el mismo no será auditado por nuestro personal. Se ponchará el expediente con la recomendación de una denegación administrativa sujeto a acuerdos contractuales entre MMM Multi Health y la facilidad contratada existentes en el momento de los servicios prestados.
- d. El proceso de notificación y discusión de desviaciones identificadas en estos expedientes no procederá en los casos evaluados retrospectivamente.

11.5 Proceso de planificación de alta

- a) El proceso de planificación de alta es aquel donde se realiza un análisis bio-sicosocial de las necesidades del paciente de una forma holística durante el período de admisión por un profesional capacitado en el área de salud.
- b) El proveedor hospitalario y el médico de cabecera son los responsables del

- inicio, desarrollo e implementación de este proceso.
- c) Cualquier desviación del proveedor hospitalario que dilate este proceso y extienda la estadía del paciente, podrá causar una denegación administrativa del pago de los días en exceso.
 - d) El proveedor hospitalario le brindará a todo paciente instrucciones escritas a su alta incluyendo el *Important Discharge Notice* y DNOD según la regulación de CMS y ASES.
 - e) El proveedor hospitalario le brindará a todo paciente un resumen de alta de su hospitalización. Será responsabilidad del paciente hacerle llegar este resumen a su médico primario (PCP).
 - f) Siempre y cuando haya un acuerdo entre las partes, un planificador de alta de MSO puede tener acceso al paciente y sus familiares para ayudar a coordinar el proceso de planificación de alta hospitalaria que incluye la reconciliación de medicamentos, educación para la salud, seguimiento a citas médicas con el PCP o especialista y cualquier servicio que requiera coordinación con el plan de salud al momento del alta del paciente.

11.6 Guías de cuidado médico

- a) CMS endosa la utilización de guías de manejo clínico en la revisión de expedientes médicos y para sustentar autorización de servicios. Actualmente, entre las guías utilizadas y aprobadas por MSO se encuentra MCG, esta es utilizada para la revisión clínica de expedientes y autorización de servicios que estén cubiertos bajo el MI Salud.
- b) Todo el personal del Departamento de Revisión y Utilización Intrahospitalaria ha sido debidamente instruido en la utilización y aplicación de las guías. Las guías y el adiestramiento del personal son revisados periódicamente.
- c) MSO se reserva el derecho de seleccionar las guías de cuidado médico según las necesidades del negocio y en beneficio del beneficiario.

11.7 Centro de Cuidado Diestro de Enfermería (SNF) (servicio no cubierto)

- a) Facilidad hospitalaria de nivel de cuidado subagudo especializada en el cuidado diestro de enfermería y con apoyo de rehabilitación física. El paciente ya ha superado la fase aguda de su condición y se encuentra en plena recuperación de su condición.
- b) Dichos servicios tienen que ser autorizados por el Departamento de Revisión y Utilización Intrahospitalaria de MSO previo a la admisión al centro ya que son servicios no cubiertos bajo MI Salud.
- c) La autorización a dicho centro se pudiera generar por excepción luego de la evaluación clínica del expediente y aplicación de los criterios establecidos por las guías autorizadas validando la necesidad meritoria del servicio.
- d) Como parte de la evaluación clínica del expediente, el mismo debe incluir un estimado previo a admisión y/o traslado. Este debe ser realizado por un especialista en medicina física y rehabilitación. Necesita incluir una descripción detallada de la condición actual del paciente, la necesidad de terapia de rehabilitación y el tratamiento médico. El mismo debe hacerse dentro de un período de 48 horas previo a la admisión al Centro de Cuidado Diestro de Enfermería.
- e) Un examen previo de admisión que incluya todos los elementos necesarios, pero que se realizó más de 48 horas previo al traslado, podría aceptarse. Se necesitaría hacer una actualización para documentar el estado médico y funcional del paciente dentro de las 48 horas anteriores inmediatas al traslado.
- f) La facilidad de cuidado diestro de enfermería deberá proveer la información completa y detallada. La misma debe incluir, pero no se limita a nivel funcional anterior al evento o condición que llevó al paciente a necesitar rehabilitación intensiva, nivel esperado de mejoría y la duración prevista del tiempo necesario para alcanzar este nivel de mejoría. Debe incluir también una evaluación de riesgo del paciente a complicaciones clínicas, las

- condiciones que causaron la necesidad de rehabilitación, tratamientos indicados (terapia física, ocupacional, del habla y lenguaje o prótesis/órtesis), duración estimada, destino previsto al alta, cualquier necesidad que se anticipe posterior al alta y cualquier otra información pertinente a las necesidades del paciente.
- g) La facilidad de rehabilitación deberá proveer una evaluación posterior a la admisión, realizada dentro de un período máximo de 24 horas inmediatas a la admisión. La misma deberá ser realizada por un médico especialista en medicina física y rehabilitación, y debe incluir el estado del paciente al momento de la admisión. Esta evaluación tiene como propósito compararla con la documentación de pre-admisión y comenzar el desarrollo del curso esperado de tratamiento del paciente con la información ofrecida por el equipo interdisciplinario.

11.8 Centro de Rehabilitación Física (Rehab) (servicio no cubierto)

- a) Facilidad especializada en rehabilitación física intensiva, según la definición del manual de proveedor de CMS. El paciente ha superado la fase aguda de su condición, se encuentra en plena recuperación y su meta está enfocada en la rehabilitación física.
- b) Dichos servicios tienen que ser autorizados por el Departamento de Revisión y Utilización Intrahospitalaria de MSO previo a la admisión al centro ya que son servicios no cubiertos bajo MI Salud.
- c) La autorización a dicho centro se pudiera generar por excepción luego de la evaluación clínica del expediente y aplicación de los criterios establecidos por las guías autorizadas, políticas y procedimientos validando la necesidad meritoria del servicio.
- d) Como parte de la evaluación clínica del expediente, el mismo debe incluir para cualquier diagnóstico, un estimado previo a la admisión y traslado (*preadmission screening*) realizado por un especialista en medicina física y rehabilitación. Debe incluir una descripción detallada de la condición actual

- del paciente, la necesidad de terapia de rehabilitación y el tratamiento médico. El mismo debe hacerse dentro de un período de 48 horas previo a la admisión al centro de rehabilitación.
- e) Se podría aceptar un examen previo de admisión (*preadmission screening*) que incluya todos los elementos necesarios, pero que se realizó más de 48 horas previo al traslado. Se requerirá una actualización para documentar el estado médico y funcional del paciente dentro de las 48 horas anteriores inmediatas al traslado.
 - f) La facilidad de rehabilitación deberá proveer la información completa y detallada. La misma debe incluir, pero no se limita a nivel funcional anterior al evento o condición que llevó al paciente a necesitar rehabilitación intensiva, nivel esperado de mejoría y la duración prevista del tiempo necesario para alcanzar este nivel de mejoría. Debe incluir también una evaluación de riesgo del paciente a complicaciones clínicas, las condiciones que causaron la necesidad de rehabilitación, los tratamientos indicados (terapia física, ocupacional, del habla y lenguaje o prótesis/órtesis), duración estimada, destino previsto al alta, cualquier necesidad que se anticipe posterior al alta y cualquier otra información pertinente a las necesidades del paciente.
 - g) La facilidad de rehabilitación deberá proveer una evaluación posterior a la admisión, realizada dentro de un período máximo de 24 horas inmediatas a la admisión. La misma deberá ser realizada por un médico especialista en medicina física y rehabilitación y debe incluir el estado del paciente al momento de la admisión. Esta evaluación tiene como propósito compararla con la documentación de pre-admisión y comenzar el desarrollo del curso esperado de tratamiento del paciente con la información ofrecida por el equipo interdisciplinario.

11.9 Política de notificación de admisiones y altas médicas: nivel agudo, SNF y Rehabilitación (servicio no cubierto)

1. Admisiones:

- a) El proveedor hospitalario es responsable de notificar diariamente las admisiones a los coordinadores del departamento vía telefónica a través de los siguientes números telefónicos: 787-622-3000, ext. 8369, 8368, 8372, 8368, 8371, 8362, 8364, 8374, 8304, 8295, 8334 y 8367. Además, pueden notificar las admisiones y altas vía fax al 787-999-1744, utilizando la planilla que les fue entregada.
- b) La planilla de notificación de admisiones y altas debe incluir: número de identificación del afiliado, nombre y apellidos del afiliado, nombre completo del médico que admitió, código de diagnóstico de admisión (ICD9 o ICD10), fecha de admisión, fecha de alta, habitación y tipo de admisión.
- c) El proveedor tendrá un máximo de tres (3) días calendario a partir de la fecha de admisión para notificar la admisión al Departamento de Revisión y Utilización Intrahospitalaria de MSO para solicitar el número de caso.
- d) El Departamento de Revisión y Utilización Intrahospitalaria de MSO realizará el proceso de verificación de elegibilidad del beneficiario con el plan a la fecha de la prestación de los servicios médicos. De ser elegible, el coordinador de MSO notificará el número de caso al proveedor hospitalario por vía telefónica o fax antes de las primeras veinticuatro (24) horas de la fecha de la solicitud del proveedor. MSO no es responsable por el pago de los servicios prestados a un beneficiario cuando el mismo no es elegible para la fecha de prestación de servicios.
- e) El número de caso asignado no garantiza el pago de la admisión y el mismo está sujeto a la revisión del expediente por el personal de CRN, SCR.

2. Altas:

- a) El proveedor hospitalario es responsable de notificar todas las altas de pacientes de MI Salud a MMM Multi Health a MSO en un período de 24 horas laborable de la fecha de alta del paciente a través de los números de teléfono ya mencionados.

3. Horario para notificación:

- a) El horario de oficina regular es lunes a viernes de 7:00 a.m. a 5:00 p.m.
- b) Además, pueden notificar las admisiones y altas los fines de semana vía fax al 787-999-1744, utilizando la planilla que les fue entregada. El número de referencia de las admisiones notificadas los fines de semana será brindado el próximo día laborable.

11.10 Política de evaluación de expedientes clínicos en la facilidad hospitalaria contratada

- a) El proveedor hospitalario es responsable de tener las facilidades físicas adecuadas para que el CRN, SCR pueda cumplir con el proceso de revisión de expedientes de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
- b) El proveedor hospitalario debe contar con personal para atender los CRN, SCR según el horario de visitas establecidas y acordadas entre la institución y MSO.
- c) La revisión concurrente de nuestros CRN / SCR será asignada basadas en el volumen de afiliados admitidos en la institución.
- d) El proveedor hospitalario debe cumplir con los procesos antes mencionados para evitar dilatación en la evaluación de expedientes concurrentes o incremento en cantidad de casos retrospectivos.
- e) El proveedor hospitalario debe presentar un censo o lista de los casos hospitalizados de beneficiarios de MMM Multi Health al personal de CRN, SCR de MSO en o antes de las 8:30 a.m. de cada día laborable. Este censo debe incluir todos los casos posparto y los bebés nacidos (aunque sean bebés en buen estado de salud) que estén en el *nursery*.

- f) El proveedor hospitalario debe notificar las nuevas admisiones y altas al personal de CRN y/o SCR.
- g) El proceso de revisión concurrente de los casos admitidos se debe iniciar con la evaluación del primer día de hospitalización.
- h) El proveedor hospitalario es responsable de presentar al CRN, SCR el 100% de los casos admitidos durante sus visitas a la facilidad incluyendo admisiones en salas de emergencia y TAU.
- i) Los casos no presentados por el proveedor hospitalario a nuestro personal de CRN, SCR estarán sujetos a denegación si la documentación médica del expediente no sustenta los días incurridos.
- j) Cualquier período de pos-estabilización de una admisión por un proveedor médico no participante de MSO, podrá ser denegada en su totalidad, si no es transferida al servicio de un médico participante de la red.
- k) El médico no participante realizará el proceso de transferencia de cuidado médico a un facultativo de la facilidad participante.
- l) El personal del hospital participante cooperará con MSO para que el médico no participante transfiera los servicios médicos de forma efectiva a otro facultativo participante de la Red de MSO sin que se vean afectados los servicios ni la continuidad del tratamiento al paciente.

11.11 Política de revisión concurrente intrahospitalaria a nivel agudo y subagudo

- a. Los casos revisados concurrentemente serán evaluados por los CRN, SCR y estos discutirán cualquier desviación clínica o administrativa con el AIMD. Luego, el AIMD aplicará las guías de cuidado clínico establecidas y notificadas por la compañía para la determinación final.
- b. El proceso de determinación de necesidad médica mediante la revisión concurrente continuará de acuerdo a las políticas y procedimientos según establecidos en este manual. El director médico **NO** alterará los procesos de determinación de necesidad médica y se continuarán

aplicando las Guías de Cuidado MCG.

- c. La prioridad en la evaluación de expedientes de parte del plan será el proceso concurrente, secundariamente el retrospectivo.

11.12 Política de Notificación de Desviación

- a. El proceso de notificación de desviación aplica a los casos visto en concurrencia
- b. El proceso de notificación de desviación podría aplicarse al proveedor hospitalario, proveedor médico o ambas partes. El proceso dependerá si la desviación es administrativa, médica o una combinación de ambas.
- c. Luego de la notificación verbal y escrita de parte de nuestro CRN, SCR o AIMD al personal asignado por el hospital de una posible desviación (denegación), el proveedor hospitalario o médico tendrá un período no mayor de dos (2) días laborables, comenzando en la fecha de notificación, para brindar información clínica adicional que justifique la estadía.
- d. Dicha información se debe notificar a nuestro CRN, SCR o AIMD y presentar la evidencia clínica o administrativa para la aprobación o denegación de servicios o días cuestionados.
- e. Si el proveedor hospitalario o médico no brinda la información adicional y no presenta la documentación necesaria para tomar una determinación en el tiempo definido, la decisión inicial de la desviación procederá como determinación final, luego de la discusión entre el CRN, SCR y AIMD asignado al caso.

11.13 Política de revisión de admisiones retrospectivas

- a. El personal de CRN y/o SCR evaluará físicamente el expediente clínico en el área designada por la facilidad hospitalaria posterior a la fecha de alta.
- b. La facilidad tendrá un período no mayor de noventa (90) días calendario posterior a la fecha de alta para presentar dicho expediente al personal

de CRN y/o SCR sin penalidad de denegación por exceder el período asignado.

- Este proceso podrá estar sujeto a acuerdos contractuales vigentes y escritos entre ambas partes (MSO y la institución contratada) al momento de la prestación de los servicios.

c. El CRN y/o SCR verificará la elegibilidad del caso retrospectivo y notificará el mismo al proveedor para las fechas de prestación de servicios.

d. De presentar un expediente posterior al período asignado, el caso no será

auditado por nuestro CRN y/o SCR. Se procederá a ponchar el expediente indicando una denegación administrativa y estará sujeto a las políticas y procedimientos del Departamento de Reclamaciones de MSO.

e. Este proceso podrá estar sujeto a acuerdos contractuales vigentes y escritos entre ambas partes (MSO y la institución contratada) al momento de la prestación de los servicios.

f. En casos retrospectivos con denegaciones de Medicare Original u otros planes médicos, el proveedor deberá proveer a nuestro CRN y/o SCR, evidencia de la misiva de denegación como evidencia para iniciar el proceso de revisión.

g. El proveedor hospitalario tendrá un período no mayor de noventa (90) días calendario a partir de la fecha de recibo de la denegación de Medicare Original u otro plan médico para presentar el caso al CRN y/o SCR.

h. De presentar un expediente posterior al período asignado luego del recibo de la denegación por Medicare Original u otro plan médico, el caso no será auditado por nuestro CRN y/o SCR. Se procederá a ponchar el expediente indicando una denegación administrativa y estará sujeto a acuerdos contractuales entre MMM Multi Health y la facilidad contratada existentes en el momento de los servicios prestados.

- i. El proceso de determinación de necesidad médica durante el cierre de admisiones retrospectivas continuará de acuerdo a las políticas y procedimientos según establecidos en este manual. El AIMD **NO** alterará los procesos de determinación de necesidad médica y se continuará aplicando las Guías de Cuidado MCG.

11.14 Política de días en no cumplimiento o ajustes de nivel de cuidado de una admisión

- a. El CRN y/o SCR es responsable de iniciar la evaluación del expediente clínico e identificar posibles desviaciones que afecten el manejo o la estadía del paciente, aplicando las guías de cuidado clínico aprobadas por MSO al momento de la prestación de servicios.
- b. El CRN y/o SCR tomará en consideración solamente la evidencia documentada en el expediente clínico al momento de la evaluación.
- c. Se activará el proceso de notificación de desviación con el proveedor hospitalario o médico y se le notificará verbalmente al personal asignado por la institución sobre la desviación. Es responsabilidad de la institución hospitalaria interactuar con su facultad médica para promover la fluidez de información, documentación legible y apropiada que sustente la estadía y el nivel de cuidado indicado. La facilidad hospitalaria cuenta con 10 días calendario para el diálogo de los casos que tienen señalamiento.
- d. El CRN y/o SCR discutirá diariamente con el AIMD las potenciales desviaciones que podrán causar días en no cumplimiento, denegación de servicios o visitas médicas.
- e. Si el proceso de notificación de desviación no se lleva a cabo por la institución o el proveedor médico, y no se evidencia documentación que justifique la estadía y el nivel de cuidado, prevalecerá la determinación de días en no cumplimiento o ajuste de nivel.
- f. El CRN y/o SCR completará el proceso de revisión del caso y entregará al proveedor la carta de notificación final de los casos completados

indicando los días aprobados o denegados a la fecha del cierre del expediente.

11.15 Política de Cierre de Casos con Alta Médica

a. El proveedor cooperará con la prestación de los casos con alta médica al CRN y/o SCR para el cierre del caso en un período no mayor de noventa (90) días calendario a partir de la fecha del alta.

- Este proceso podrá estar sujeto a acuerdos contractuales vigentes y escritos entre ambas partes (MSO y la institución contratada) al momento de la prestación de los servicios.

b. El CRN y/o SCR entregará por escrito al proveedor la notificación de días autorizados, días en no cumplimiento o ajustados por nivel de cuidado.

c. Si el proveedor hospitalario no presenta al CRN y/o SCR los expedientes de los casos con alta médica, en o antes de los noventa (90) días calendario a la fecha de alta, el AIMD recomendará denegación de los días no auditados por razón administrativa.

11.16 Política de Evaluación Concurrente de Casos Admitidos con Estadía Prolongada en Sala de Emergencias (TAU)

a. Esta política aplicará sólo a proveedores cuyo contrato con MSO establezca contratación de servicios de TAU (*Transitional Admission Unit*).

b. Se aplicarán criterios de evaluación y políticas vigentes del Departamento de Revisión y Utilización Intrahospitalaria de MSO, políticas de notificación de desviación, política de casos retrospectivos y políticas de notificación de días en no cumplimiento o ajustes de nivel de cuidado.

c. El CRN y/o SCR aplicará el alcance de las cláusulas contractuales de la prestación de los servicios médicos al paciente. La aprobación o denegación de servicios por no cumplir con los criterios establecidos en TAU, ajustes de nivel de cuidado o visitas médicas recaerá exclusivamente en el AIMD.

d. Las facilidades hospitalarias con contrato MSO de tipo *per diem* que no

tengan contrato de TAU o acuerdos contractuales escritos y vigentes a la prestación de servicios médicos, los días que el paciente permanezca en las facilidades de sala de emergencias sin ser transferido al nivel de cuidado según las órdenes médicas, serán señalados como días en no cumplimiento por el AIMD por razón administrativa.

- El proveedor sin contrato TAU tendrá hasta las 12:00 a.m. (medianoche) del día de admisión médica para transferir el caso admitido al nivel de cuidado ordenado para que no sea señalado como día en no cumplimiento.
- e. Las admisiones con estadías prolongadas en salas de emergencia y ubicadas en la unidad contratada por el TAU no podrán exceder de veinticuatro (24) horas a partir de la fecha y hora de la orden médica en dicha unidad. Esto puede variar dependiendo a lo estipulado en el contrato. Los días en exceso serán señalados como días en no cumplimiento por el AIMD por razón administrativa.

11.17 Política de notificación de consultas médicas, especialistas o sub-especialistas

- a. El proveedor hospitalario tendrá un período no mayor de veinticuatro (24) horas a partir de la fecha y hora de la orden médica para que el paciente sea evaluado por el médico consultor.
- b. Si el consultor excede las veinticuatro (24) horas establecidas y realiza recomendaciones o ajustes que alteren el tratamiento o la estadía del paciente, los días en retraso serán determinados como días en no cumplimiento por el AIMD por razón administrativa.
- c. Esta política podrá estar sujeta a acuerdos contractuales vigentes entre el proveedor hospitalario y MSO en la fecha de la prestación de servicios.

11.18 Política de reporte de eventos, HAC y SRAE

- a. Se define el evento, HAC o SRAE como todo lo relacionados a Calidad de

- Cuidado, condición adquirida y/o evento clínico prevenible que ocurra durante una hospitalización y que no haya sido identificado como condición presente al momento de admisión (POA) que haya sido adquirido en el hospital según establecido por el manual de CMS y ASES.
- b. El proveedor hospitalario permitirá el acceso a los expedientes clínicos para la investigación de cualquier evento, HAC o SRAE dentro de los primeros 5 días laborables. El plan responderá dentro de los 10 días establecidos por CMS y ASES. El evento también será comunicado al CRN y/o SCR de MSO por parte del proveedor.
 - c. El proveedor hospitalario estará disponible para atender un representante de MSO de ser necesario en la discusión del caso y los señalamientos.
 - d. Los casos de eventos centinelas o *Serious Reportable Adverse Events* serán evaluados en toda revisión concurrente y retrospectiva.
 - e. Para más información sobre la regulación de eventos, HAC o SRAE, por favor acceda a la siguiente dirección donde encontrará además la lista actualizada de las condiciones consideradas como SRAE:

www.cms.gov
 - f. MSO se reserva el derecho a implementar la política de eventos, HAC o SRAE según regulaciones o nuevos cambios de CMS.

11.19 Política de reporte de condiciones especiales diagnosticadas en hospital.

- a. Se define como condición especial toda aquella condición crónica o congénita que requiera atención médica especializada según definida por MI Salud (ver lista) que haya sido diagnosticada dentro del período de admisión intrahospitalaria.
- b. El proveedor hospitalario permitirá al CRN y/o SCR el acceso al expediente clínico y datos relevantes y otros estudios que avalen y certifiquen el diagnóstico de dicha condición para permitir al plan reportar el mismo al PCP y ASES.

- c. El PCP procederá a solicitar la cubierta especial a ASES que le corresponda al beneficiario según fuera necesario.
- d. Los casos con condiciones especiales serán evaluados por los CRN y/o SCR en toda revisión de manera concurrente y retrospectiva cuando corresponda el caso.
- e. **Listado de condiciones especiales:**
 - VIH/SIDA
 - Tuberculosis
 - Lepra
 - Lupus
 - Escleroderma
 - Esclerosis múltiple
 - Fibrosis quística
 - Cáncer
 - Hemofilia
 - Anemia aplástica
 - Artritis reumatoide
 - Autismo
 - Fallo renal crónico (Estadio 3,4 & 5)
 - Obstetricia
 - Estatus post trasplante de órganos
 - Niños con condiciones especiales

11.20 Política de entrega de las cartas NDMC, NOMNC, DENC y DNOD

A. NDMC:

- Bajo regulación federal de CMS, la entrega al beneficiario de esta notificación escrita es responsabilidad del CRN y/o SCR de MSO en estrecha colaboración con el proveedor. Esta regulación aplica a facilidades hospitalarias de nivel agudo.
- Las razones de entrega de una NDMC se especifican en el manual de

CMS.

B. NOMNC:

- La entrega al beneficiario de esta notificación escrita bajo regulación federal de CMS es responsabilidad del CRN y/o SCR de MSO en estrecha colaboración con el proveedor hospitalario. Esta regulación aplica a las facilidades hospitalarias de nivel subagudo SNF/Rehab. (Servicio no Cubierto)
- La entrega de una NOMNC al beneficiario tiene que ser realizada dos (2) días calendario antes de la fecha programada de la alta médica.
- Las razones de la entrega de una NOMNC se especifican en el manual de CMS.

C. DENC:

- *Detailed Explanation of Non Coverage*, carta detallada de no cubierta.
- La entrega al beneficiario de esta notificación escrita bajo regulación federal es responsabilidad del CRN y/o SCR en estrecha colaboración con el proveedor.
- Esta regulación aplica a las facilidades hospitalarias de nivel subagudo SNF/Rehab).
- Si el beneficiario o su representante no están de acuerdo con la decisión del plan especificado en la carta NOMNC, puede realizar un proceso de reconsideración escrito o vía telefónica a ASES antes de las 12:00 p.m. del día siguiente a la fecha de entrega de la carta.
- ASES se comunicará con el plan o personal del Departamento de Revisión y Utilización Intrahospitalaria de MSO para que entregue al beneficiario la notificación de DENC en las próximas horas, pero no más tarde del siguiente día calendario.
- El representante del plan puede entregar, si estima necesario, la notificación de DENC al momento de la entrega de NOMNC.
- Las razones para entregar una NOMNC se especifican en el manual

de CMS.

D. DNOD:

- *Detailed Notice of Discharge*, carta detallada entregada al beneficiario o representante autorizado que apela su alta a ASES.
- La notificación provee una explicación detallada de por qué el hospital y el plan están de acuerdo con el médico de cabecera de que los servicios intrahospitalarios deben terminar en la fecha de la comunicación.
- Es responsabilidad del hospital entregar esta notificación al beneficiario o representante autorizado en o antes de las 12:00 m. del día siguiente a la notificación de ASES al plan de una reconsideración.

11.21 Transición de nivel de cuidado Clínico del Paciente Hospitalizado de Nivel Agudo a Subagudo (SNF/Rehab) o ambulatorio (exclusión de cubierta)

1. SNF/Rehab Center planificada y no planificada:

- a. Los servicios de SNF/Rehab tienen que ser autorizados por el Departamento de Revisión y Utilización Intrahospitalaria de MSO, antes de la admisión, en coordinación con el CRN y/o SCR o AIMD y el proveedor hospitalario previo a la transferencia del caso.
- b. El AIMD de MSO aplicará los criterios y guías correspondientes para determinar necesidad médica de los servicios basándose en la evidencia documentada en la solicitud de autorización.
- c. Los casos tienen que ser transferidos sólo a facilidades contratadas con MSO y con previa autorización del plan.
 - Si el caso es transferido sin previa autorización, el mismo podrá ser denegado en su totalidad por el AIMD.
- d. La solicitud de servicios de SNF/Rehab debe ser notificada no menos de dos (2) días calendario antes de la fecha de alta del nivel agudo. La misma debe ser acompañada de toda la evidencia

clínica necesaria y plan de rehabilitación del paciente para facilitar la evaluación y autorización del mismo.

2. Servicios ambulatorios planificados y no planificados:

- a. Los servicios para la transición a nivel ambulatorio requieren ser autorizados por la unidad de DPU de MSO.
- b. Los servicios solicitados serán evaluados conforme a las guías establecidas en el momento de la solicitud del servicio.
- c. El proveedor médico y hospitalario son responsables de la planificación del alta del paciente y puede utilizar como ente facilitador al CRN y/o SCR, DPU y demás componentes del Departamento de Revisión y Utilización Intrahospitalaria de MSO.
- d. Todo servicio o equipo médico duradero tiene que ser solicitado en el formato establecido por MSO. El mismo debe ser solicitado al 1-844-337-3332 (libre de cargos), un proveedor médico participante de la Red de Proveedores de MSO que brinda servicios a beneficiarios de MI Salud o MMM Multi Health en o antes de tres (3) días calendario a la fecha probable de la alta médica.

Teléfonos de contacto de DPU:

- PAU 1-844-330-8330
- DPU 1-844-550-3550
- Disponibilidad de los servicios del DPU son de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. y fuera de horas laborables. Llamando al 1-844-330-8330

11.22 Autorización de Transporte No-Urgente, No-Emergencia (exclusión de cubierta)

- a. Toda solicitud de servicio de transporte No-Urgente/No-Emergencia debe ser dirigida a la Unidad de PAU y/o DPU vía fax al:

- PAU 1-844-220-3220
- DPU 1-844-550-3550

b. Para el estatus de una solicitud de transporte, comuníquese al 1-844-330-1330 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. y fuera de horas laborables.

11.23 Servicios hospitalarios de salud mental

- a. Los servicios hospitalarios para el manejo de condiciones de salud mental son contratados por MSO.
- b. Estos servicios deben ser autorizados por MSO.
- c. El proveedor hospitalario y médico de cabecera del caso en nivel agudo o subagudo son responsables de iniciar y completar el proceso de coordinación de estos servicios y la transferencia y continuidad de salud mental. Los números contactos son:
 - 1-866-676-6060 (libre de cargos)
 - Fax: 1-844-990-6990

11.24 Política de Quejas y Apelaciones (Proveedor Hospitalario)

- a. El proveedor tiene el derecho de someter una apelación por cualquier determinación adversa que se genere de parte del plan al Departamento de Apelaciones y Querellas, siempre y cuando cumpla con los procesos antes expuestos incluyendo el proceso de desviación y discusión de casos concurrentemente.
- b. El proceso de apelación es uno en el que se evalúa el expediente sometido en su totalidad, por lo que puede resultar en mayor número de días con determinación adversa, revocación y/o modificación de la determinación existente para el mismo. La misma es realizada por un AIMD que no estuvo envuelto en la determinación original del caso.
- c. El proveedor tendrá un período no mayor de treinta (30) días calendario de la fecha del cierre del expediente evaluado concurrentemente o

retrospectivamente para iniciar el proceso de reconsideración formal de manera escrita. La carta debe ser exponiendo los motivos con evidencia para validar los días en no cumplimiento y firmada por un médico licenciado para ejercer la medicina en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

- d. El proveedor deberá enviar dentro del período de tiempo designado, copia fiel y exacta del expediente, incluyendo notas de progreso, órdenes médicas, interpretación de laboratorios y otros documentos relacionados junto a una carta de apelación indicando las razones de dicha apelación y evidencia de justificación adicional de servicios o procedimientos a la siguiente dirección:

Dirección postal:

Departamento de Apelaciones y Querellas (MI Salud)
PO Box 72010
San Juan, PR 00936-7710

Dirección Física:

Edificio Fundación Ángel Ramos (Anexo),
Avenida Chardón, Hato Rey, PR 00936

- e. Si el proveedor no envía por escrito la solicitud para proceso de apelación a MMM Multi Health dentro del período predispuesto de treinta (30) días calendario, no se activará el proceso, se mantendrá la determinación inicial y se notificará al proveedor por escrito. El caso será desestimado.
- f. El Departamento de Apelaciones y Querellas tendrá un período no mayor de sesenta (60) días calendario para responder la solicitud.
- g. Un director médico de MMM Multi Health revisará toda la documentación sometida en la reconsideración y determinará si la admisión en su totalidad cumple criterio clínico basado en las MCG. MMM Multi Health determinará si se añaden días adicionales a la

denegación inicial.

11.25 Proceso de Re-Apelación

- a. Para considerar un caso en revisión de re-apelación del proveedor, deberá cumplir con los procesos de pre-desviación, discusión de casos y re-apelación. De no cumplir con lo establecido se desestimaré la solicitud de revisión de reconsideración y no será evaluada.
- b. El proveedor deberá presentar una solicitud por escrito acompañada de evidencia que justifique el servicio, no más tarde de diez (10) días laborables a partir de la notificación escrita de A&G.
- c. El proveedor tendrá un período no mayor de diez días (10) calendario a partir de la fecha de notificación de la determinación re-apelación.
- d. La solicitud será considerada si el proveedor envía una carta solicitando un proceso de revisión de re-apelación indicando las razones específicas y documentación adicional a la previamente sometida que justifique los servicios o procedimientos. De no recibir ningún tipo de información adicional que sustente los servicios a ser reconsiderados, la misma no se tomará en consideración y se desestimaré el caso. Esta documentación debe ser enviada a la siguiente dirección:

MMM Multi Health (MI Salud)

Dirección postal:

Departamento de Apelaciones y Querellas
PO Box 72010 San Juan, PR 00936-7710

Dirección Física:

Edificio Fundación Ángel Ramos (Anexo),
Avenida Chardón, Hato Rey, PR 00936

- e. El Departamento de A&G notificará la determinación de la solicitud por escrito vía correo regular, por facsímil o correo electrónico.
- f. El proveedor puede someter una disputa al plan 10 días después de la

notificación de determinación de la revisión de la re-apelación. MMM Multi Health tendrá 15 días para determinar. El proceso de disputa aplicará únicamente si el proveedor cumplió con los requisitos.

11.26 Definición y descripción del *Admitting Physician Program (APP)*

- a. Los APP son programas regionales avalados por grupos médicos (Grupos IPA), contratados por la compañía, que tienen privilegios en los diversos hospitales o instituciones alrededor de la Isla para la prestación de servicios intrahospitalarios.
- b. Los APP son médicos con las siguientes especialidades: medicina interna, geriatría, generalistas, pediatras o médicos de familia.
- c. Los detalles particulares de cada APP pueden variar por región según las necesidades de los médicos proveedores, instituciones participantes y de nuestros beneficiarios.
- d. El propósito fundamental de estos programas es promover la cubierta intrahospitalaria necesaria para que los beneficiarios de MI Salud MMM Multi Health reciban el tratamiento apropiado en el lugar y en el tiempo apropiado.
- e. Los APP y los grupos médicos a los cuales pertenecen son entes independientes y MSO se reserva el derecho de contratación o renovación de contrato con los grupos. Estas determinaciones contractuales están estrictamente atadas a los parámetros de calidad, prontitud, utilización, servicio y cooperación de estos grupos con las instituciones contratadas, PCP de la región y los beneficiarios a los que sirven.
- f. Los grupos médicos pertenecientes a programas de APP son responsables por:
 - Crear un programa de guardia para atender los pacientes en los distintos hospitales de la región.
 - Coordinar todo el manejo médico, proceso de alta y transición de nivel de cuidado de todo paciente a su servicio.

- Mantener comunicación con sus pares, institución hospitalaria, equipo de UM de MI Salud MMM Multi Health y PCP del paciente.
- Asegurar que la calidad del servicio no sea afectada atemperándose a las guías de manejo clínico y protocolos autorizados por el plan.
- Cubierta 24 horas al día 7 días a la semana para las emergencias.
- Entregar instrucciones claras y concisas a los pacientes al alta junto a un resumen de admisión.
- Enviar el resumen de admisión con la información pertinente de la hospitalización y resultado de estudios relevantes al PCP del beneficiario.

11.27 Política y proceso de “APP Exchange” (Intercambio de médico no participante de programa APP a médico participante de programa APP)

- a. Política y proceso que se aplicará a las instituciones donde existan médicos participantes de programas de manejo de cuidado intrahospitalario (APP).
- b. Si un médico no participante de dicho programa es consultado para evaluar y/o admitir un beneficiario de MMM Multi Health, deberá transferir el cuidado médico a un facultativo participante del programa luego de culminado el período de estabilización del beneficiario. El proceso de intercambio debe de ser activado por el médico no participante solamente durante el período pos-estabilización del beneficiario, asegurando el bienestar y la continuidad del manejo médico.
- c. El médico no participante o la institución deberá llamar, libre de cargos, al **1-855-944-9441** para asistencia en el proceso de intercambio de facultativo.
- d. De no lograr solucionar el intercambio en un período no mayor de una (1) hora de recibida la llamada, se procederá a brindar un número de

autorización al médico no participante y al hospital para poder facturar dichos servicios a MSO.

- Un número de autorización no es una garantía de pago y toda admisión estará sujeta a la evaluación y aplicación de criterios de necesidad médica según las guías clínicas autorizadas por e MSO (MCG).
- e. De no realizarse el proceso de intercambio durante las primeras 24 horas pos-estabilización del beneficiario, el caso podrá ser denegado administrativamente al hospital.
- f. El personal del hospital cooperará con MSO para que el médico no participante transfiera los servicios médicos de forma efectiva a un facultativo APP sin que se vean afectados los servicios ni la continuidad del tratamiento del paciente.

12. Proceso de contratación y red de proveedores

12.1 Sanciones o Multas Aplicables en Caso de Incumplimiento

ASES revisará cada contrato del proveedor ejecutado comparándolo con el modelo de contratos de prestación aprobado. ASES se reserva el derecho de cancelar los contratos de servicios o de imponer sanciones o cargos contra MMM Multi Health para la omisión de cláusulas exigidas en los contratos con los proveedores.

Nuestro Departamento de Credenciales verifica qué proveedores no están excluidos de la lista/Medicaid, Opt-Out Medicare, en base mensual, en los archivos de los informes disponibles en los siguientes enlaces:

- a. http://oig.hhs.gov/fraud/exclusions/supplement_archive.asp
- b. http://medicare.fcso.com/Opt_out/

Si el Departamento de Credenciales tiene conocimiento o identifica algún proveedor excluido o sancionado, el especialista de credenciales notifica inmediatamente al Departamento de Manejo de la Red para el debido proceso de cancelación de ese proveedor en la red de MI Salud.

Las razones específicas para considerar la exclusión de un proveedor son las siguientes:

- 1001.201 - Convicción relativa a programar un fraude de atención médica.
- 1001.301 - Convicción relativa a la obstrucción de una investigación.
- 1001.401 - Convicción respecto a las sustancias controladas.
- 1001.501 - Revocación de licencia o suspensión.
- 1001.601 - Exclusión o suspensión bajo un programa federal o estatal de salud médica.
- 1001.701 - Demandas excesivas o suministro de artículos y servicios innecesarios o de calidad inferior.
- 1001.801- Fracaso de las HMO y CMP para amueblar médicamente artículos y servicios necesarios.
- 1001.901 – Reclamaciones falsas o indebidas.
- 1001.951 – Fraude, sobornos y otras actividades prohibidas.
- 1001.952 – Excepciones
- 1001.1001-Exclusión de las entidades de propiedad o controladas por una persona sancionada.
- 1001.1051 - Exclusión de los individuos con la propiedad o interés de control en entidades sancionadas.
- 1001.1101 - No proveer la información de pago.
- 1001.1301 - No permitir acceso de inmediato.
- 1001.1401 - Acciones correctivas de violaciones a PPS.
- 1001.1501 - Préstamos o becas obligatorias de educación sanitaria.
- 1001.1601 - Violaciones a las limitaciones de cargos del médico.
- 1001.1701 - La facturación de los servicios de asistente de cirugía durante las operaciones de cataratas.

- MMM Multi Health no hará un pago a un proveedor que ha sido excluido de la participación en base a sanciones Medicare, Medicaid o CHIP existentes, con excepción de los servicios de emergencia.

12.2 Calificaciones de los proveedores

Un grupo de proveedores de la red de MI Salud podrán acceder sin ningún requisito de un referido o pre-autorización y prestar los servicios a MI Salud a los beneficiarios sin imponer copagos. MI Salud cumplirá con los requisitos especificados en el 42 CFR §438.207 (c), §438.214 y todos los requisitos de Puerto Rico aplicables en relación con las redes de proveedores.

12.2.1 Calificaciones y categorías de los proveedores

Médico primario, especialistas y ancilares	
Médicos	<ul style="list-style-type: none"> • Una persona con una licencia para ejercer la medicina como un MD o un DO en Puerto Rico, ya sea como PCP o en el área de especialidad en las que él o ella proveerá servicios médicos a través de un contrato con MI Salud, es un proveedor inscrito en el Programa Medicaid Puerto Rico. Tiene un número de registro válido de la Agencia de Control de Drogas y el Certificado de Sustancias Controladas de Puerto Rico, si es necesario, en su práctica. Ejemplos de PCP: <ul style="list-style-type: none"> • Medicina General • Medicina Interna • Geriatría • Medicina Familiar • Pediatría <p>Otro especialista a considerar bajo Medicina Primaria en circunstancias especiales, son los siguientes:</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obstetricia y Ginecología 2. Hematología 3. Gastroenterología 4. Nefrología
Ancilares	<ol style="list-style-type: none"> 1. Centros de Salud Federal Certificados (FQHC) 2. Hospital 3. Clínica de Salud Rural (RHC) 4. Mecanismo no hospitalario 5. Escuelas de medicina 6. Facilidad de desintoxicación 7. Centro de intervención a corto plazo 8. Instalaciones de Rayos X 9. Laboratorios clínicos 10. Los proveedores y facilidades para servicios de salud mental 11. Proveedores de servicios especializados 12. Centros de urgencias y salas de emergencia 13. Cualquier otro proveedor o instalación necesaria para ofrecer servicios cubiertos, excepto las farmacias, teniendo en cuenta las necesidades específicas de salud de la región de servicio.
Proveedores que no practican la medicina	<ul style="list-style-type: none"> ● Asistente de un médico ● Enfermera
Especialistas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Podiatras 2. Optómetras 3. Oftalmólogos 4. Radiólogos 5. Endocrinólogos

	<ol style="list-style-type: none"> 6. Nefrólogos 7. Pulmonólogos 8. Otorrinolaringólogos (PNE) 9. Cardiólogos 10. Urólogos 11. Gastroenterólogos 12. Reumatólogos 13. Dermatólogos 14. Oncólogos 15. Neurólogos 16. Enfermedades infecciosas 17. Ortopedas 18. Física y Rehabilitación (fisiatra) 19. Cirujanos generales 20. Quiroprácticos
Proveedores de salud mental	<ol style="list-style-type: none"> 1. Psiquiatra 2. Psicólogo Clínico o Consejería 3. Trabajadores Sociales ("RSU") 4. Gerentes de servicio 5. Consejeros de adicción certificados 6. Instalaciones de salud mental

12.3 Red de Proveedores Preferidos

La Red de Proveedores Preferidos (PPN, por sus siglas en inglés) se refiere a un grupo de proveedores contratados para que los afiliados de MI Salud puedan acceder a ellos sin la necesidad de un referido del PCP. Uno de los beneficios de usar los proveedores de la red preferida, es que el beneficiario no tiene que pagar el copago que le corresponde. El PPN está compuesto de médicos especialistas, laboratorios clínicos, facilidades de radiología, hospitales y los servicios de proveedores en los ancilares que le prestan servicios a los beneficiarios de MI Salud. El objetivo del Modelo de PPN es

aumentar el acceso a los proveedores, mejorar la calidad de atención para los afiliados, mejorar la continuidad de la atención, y facilitar el intercambio efectivo de información personal de salud entre los proveedores y MMM Multi Health.

El PPN se puede dividir en dos categorías:

- Un PPN General contratado por MMM Multi Health, disponible para todos los beneficiarios inscritos dentro de la región a la que pertenece (noreste o sureste).
- Un PPN más limitado, contratado directamente a través de un Grupo Individual de Médicos Primarios (PMG) de la región (noreste o sureste) a la que pertenece. Esta red puede ser accedida si el beneficiario escoge un médico primario de este grupo médico.

Se le permitirá al beneficiario ya sea de la región noreste o sureste, recibir servicios de todos los proveedores que se encuentran dentro de la Red de Proveedores Preferidos sin referido de su PCP. Al igual que si el beneficiario necesita una receta puede acceder a los proveedores de la Red Preferida sin el referido del PCP.

A través del modelo PPN, MMM Multi Health deberá mejorar el acceso al cuidado de salud de los beneficiarios, mientras mejora la calidad de servicio de manera costo-efectiva. MI Salud es un programa integrado que incluye ambos servicios de salud, físico y mental, y también debe explicar los conceptos de Grupo Médico Primario y de la Red de Proveedores Preferido.

La Red General estará formada por todos los proveedores disponibles a los beneficiarios, incluyendo aquellos proveedores que han sido designados como PPN y aquellos proveedores que no están incluidos en la red general o en un grupo médico primario de la red preferida.

12.4 Credenciales del proveedor

12.4.1 Inscripción en el Programa Medicaid-Puerto Rico:

Según el requisito de contrato de ASES, MSO necesita verificar que todos los Proveedores de la red para MI Salud sean proveedores inscritos en Medicaid de

acuerdo con el requisito de divulgación, evaluación e inscripción del proveedor de 42 CFR parte 455, subpartes B y E como incorporado en 42 CFR 438.608 (b).

Si por alguna razón, el proveedor solicitante no está inscrito como Proveedor de Medicaid, el proceso de credencialización no puede comenzar con el Departamento de Credenciales de MSO. El proveedor debe asegurarse primeramente por cumplir y satisfacer el requisito de inscripción de Medicaid antes de comenzar el proceso de credencialización inicial. El Departamento de Credenciales de MSO rechazará automáticamente toda solicitud de proceso de credencialización inicial sin la inscripción de Medicaid.

ASES emitirá a MSO una lista de proveedores que han solicitado y que han sido aprobados semanalmente. Nosotros utilizaremos esta lista para actualizar nuestros registros para validar qué proveedores de la red se han inscrito apropiadamente en Puerto Rico. Todos los proveedores deben asegurarse de revalidar con el estado cada 5 años.

12.4.2 Requisitos para la credencialización y re-credencialización:

A. Credencialización requiere:

- Todos los médicos que proveen servicios a los beneficiarios de MMM Multi Health y los demás tipos de proveedores que brindan servicios a los beneficiarios de MMM Multi Health, y todos los otros tipos de proveedores que tienen permiso para practicar de forma independiente bajo la ley Puerto Rico incluyendo, pero no limitado a: hospitales, instalaciones de rayos X, laboratorios clínicos, y proveedores de servicios ambulatorios.

B. Credencialización no es necesaria para:

- Los proveedores que están autorizados a brindar servicios bajo la supervisión directa de otro practicante ni los proveedores de los hospitales que proveen servicios a los beneficiarios de incidentes a los servicios hospitalarios, a menos que esos proveedores se

identifiquen por separado como proveedor a disposición de los beneficiarios; o estudiantes, residentes o becarios.

C. Los profesionales/proveedores que son invitados y/o desean formar parte de la red de proveedores de MSO para MI Salud, deberán:

- Cumplir primeramente con el requisito de la inscripción a través de la Administración de Seguros de Salud (ASES) y del programa Medicaid acorde al mandado de las leyes estatales y federales.
- Enviar al Departamento de Manejo de la Red una aplicación inicial completa para el proceso de evaluación y determinación de ingreso en la red. Una aplicación completa se compone de documentos vigentes y se define con los siguientes credenciales:
 - Formulario de solicitud firmado por proveedor solicitante
 - Evidencia inscripción al programa Medicaid
 - Certificado DEA
 - Seguro de impericia médica
 - Certificado de ASSMCA
 - Licencia expedida por el Departamento de Salud de Puerto Rico (Facilidad/Medico).

La selección de participación en la red se basará en una serie de factores, incluyendo pero no limitado a:

- ✓ Las necesidades de los beneficiarios, incluida la accesibilidad y disponibilidad.
- ✓ Las necesidades de la red.
- ✓ La finalización con éxito del proceso de credencialización.
- De ser aprobada la solicitud por el Departamento de Manejo de la Red y de recibirse toda la documentación antes mencionada de manera vigente definida como una aplicación completa, MSO podrá dar comienzo los 45 días calendario para el proceso de credencialización inicial.

- La aplicación y el paquete de solicitud deben tener 180 días naturales o menos para credencialización inicial y la re-credencialización, antes de su revisión y evaluación por el Comité de Credenciales y su determinación.
- Los profesionales/proveedores no serán incluidos como proveedores participantes hasta que se complete el proceso de credencialización inicial y se valide que cuentan con los estándares de calidad para ser participantes en la red de MI Salud.

MSO no discriminará a ningún médico sobre la base de la certificación o especialidad, la raza, el color, la identidad étnica/nacional, el género, la información genética, la edad, los idiomas, la orientación sexual, HIPAA, discapacidad o el tipo de procedimientos en los que el profesional se ha especializado.

El proceso de revisión para garantizar la no discriminación se realiza de manera proactiva, a través de un proceso de seguimiento continuo. Los miembros del Comité de Credenciales firman una certificación de que no practican la discriminación durante el proceso de credencialización. El Departamento de Credenciales monitorea las quejas sobre acusaciones de discriminación y presenta sus hallazgos al QIC.

Los reportes de la adecuación de la red se generan en una base anual. Después del análisis, una moratoria sobre clasificación específica proveedor puede ser efectiva si no hay necesidad de un proveedor específico en la red. A partir de entonces, la moratoria de nuevos médicos PCP (Médico General (GP), medicina interna (MI) y medicina familiar (PF), geriátrico, pediátricos y de obstetricia y ginecología (OB-GYN) no se aplicará teniendo en cuenta lo siguiente:

1. El PCP solicitante pasará a formar parte de un Grupo de MSO, y toda la documentación de su contratación ha sido aprobado por MSO.
2. Un PCP no contratado ofrece servicios en zonas donde no se provee servicios, pero donde se requiere atención por su especialidad (se aplica sólo a proveedores de IM y FP).

3. Un proveedor no contratado por IM o FP es un proveedor certificado por la Junta, que acepta la participación en el Programa Educativo Plan de Admitiendo Médicos (CHAMMP), cuando sea aplicable.
4. En casos en los que el proveedor recibe, hereda o compra una práctica de un médico que se retirará y que es actualmente miembro del MSO.

MSO mediante nuestro Departamento de Credenciales se verifica toda la información para la credencialización y re-credencialización a través de llamadas, documentación escrita y de búsqueda en portales de internet.

El proceso de verificación primaria incluye:

- ✓ Participación en el programa de Medicaid a través de ASES
- ✓ Una licencia válida y vigente para ejercer en Puerto Rico (Good Standing).
- ✓ Evidencia de la educación y la formación profesional.
- ✓ Información de la consulta del NPDB y HIPDB.
- ✓ Cualquier información relacionada a las sanciones y/o limitaciones a la licencia.
- ✓ Cualquier sanción o actividad Opt-Out por Medicare.
- ✓ Certificado de la DEA.
- ✓ Certificado de la AMSSCA.
- ✓ La licencia emitida por SARAFS para los proveedores institucionales

MSO of Puerto Rico, LLC o cualquiera de sus proveedores contratados no contratará, o empleará a cualquier individuo que haya sido excluido de participar en los programas federales y estatales.

MSO re-credencializará a los proveedores en o antes de treinta y seis (36) meses del ciclo de recredencialización que establece el contrato y las guías de CMS.

Cuando la verificación de fuente primaria no se ha recibido después de 15 días de la recepción de la solicitud, el proveedor será notificado de esto. Un proveedor no será credencializado después de cuarenta y cinco (45) días. Una carta será enviada al proveedor para notificar la decisión de cerrar el proceso y se le exhortara en volver a

presentar otra solicitud para garantizar el cumplimiento contractual que establece el contrato de ASES.

El proveedor tendrá el derecho de revisar y corregir la información de credenciales que ha suministrado a nosotros para propósito de su expediente. En base a una petición, todos los profesionales tienen el derecho a ser informados sobre el estado de su credencialización y aplicaciones de re-credencialización. Los profesionales reciben una notificación de estos derechos a través de la aplicación del proceso de credencialización y a su vez se les informa cómo comunicarse con la asistencia del Centro de Servicios al Proveedor para información adicional.

12.5 Comité de Revisión de Credencialización y el proceso de decisión

Todos los factores de tiempo de credencialización deben de estar en cumplimiento y dentro de los términos de tiempo establecidos por contrato y que son necesarios en el momento de la toma de decisión del Comité de Credenciales. Todos los expedientes evaluados por el Comité de Credenciales, se documentan bajo las categorías I, II, o III, cuentan con la verificación de fuente primaria, la historia de cualquier negligencia existente, la actividad de potenciales sanciones, identifica el estado de salud del médico para ejercer la medicina, cualquier antecedente histórico de pérdida o limitación de los privilegios. Todas estas actividades y las relacionadas a procesos disciplinarios se revisan tanto para la credencialización como para la re-credencialización. Los resultados de las inspecciones de oficina (mejor conocida como *site visit*) sólo se consideran para Médicos de Cuidado Primario con 10 o más vidas y psiquiatras con más de tres (3) reclamaciones en los últimos doce (12) meses. Los profesionales con menos de diez (10) vidas o tres (3) reclamaciones, cuando aplican, se excluyen del requisito, por lo que se emite una carta de esta exclusión, la cual se incluirá en el expediente de re-credencialización.

Los resultados e indicadores de calidad se consideran para todos los proveedores de la red cuando el Departamento de Calidad realiza hallazgos como resultado de los referidos recibidos del Departamento de Apelaciones y Querellas. Las aplicaciones de los proveedores que son evaluados por el personal de credenciales como archivos

"limpios" o sin hallazgos, son clasificados como Categoría I y de todas maneras son revisadas y aprobadas por el Comité de Credenciales. Para las categorías II y III, el comité revisa los potenciales hallazgos y en nivel de severidad que han sido identificados por el especialista de credenciales y determina la categorización del expediente con la determinación de aprobación y/o denegación. Todas las respuestas contestadas de manera afirmativa en el formulario de credencialización relacionado con los problemas de salud que pueden ser física o psicológicamente incapaz de realizar las funciones esenciales del puesto con o sin alojamiento, y demandas por negligencia que resulta en juicios individuales de \$100,000 o menos se revisan cuidadosamente por los directores médicos del comité de credenciales. El Comité de Credenciales tiene autonomía propia y criterio clínico para poder recomendar la aprobación sin condiciones, la aprobación con condiciones, negar la participación, o aplazar la decisión para una mayor investigación.

12.6 Delegación

Delegación es un proceso formal en el cual MSO da un grupo de proveedores o una entidad (delegado) la autoridad para realizar ciertas funciones en su nombre, de una manera consistente con las regulaciones aplicables.

Este proceso puede implicar la delegación de responsabilidades de credencialización, tales como: la recopilación de información, la verificación de todos o algunos de los elementos de credencialización, o puede incluir la delegación de la totalidad del proceso de credencialización, incluyendo la toma de decisiones. Otros procesos pueden delegarse tales como: preautorización de servicios médicos y procesamiento de reclamaciones, entre otros. También hay que señalar que una función se puede delegar total o parcialmente. La decisión de qué función puede ser considerada para la delegación, se determina por el tipo de contrato que tenga el proveedor de servicios con el MSO, así como la capacidad del proveedor o la entidad para realizar la función. Aunque el MSO puede delegar la autoridad para realizar una función, no puede delegar la responsabilidad.

Si un proveedor quiere delegar cualquiera de los servicios, tal delegación deberá ser

aprobada previamente por el MSO y se establece en un anejo el cual deberá incluir los siguientes requisitos:

1. Especificar las actividades delegadas, informes que debe someter y las garantías de desempeño.
2. La organización evalúa la capacidad de la entidad para llevar a cabo las actividades delegadas antes de la delegación. La organización debe documentar que ha aprobado las políticas y procedimientos de la entidad con respecto a la función delegada.
3. Acuerdos contractuales deben proporcionar para la cancelación de las actividades de la delegación en los casos en que el delegado no ha cumplido satisfactoriamente.
4. Especificar que el desempeño de las partes es supervisado por el MSO de manera continua.

Todos los contratos o acuerdos escritos deben especificar que la entidad, contratista o subcontratista deben cumplir con todas las leyes aplicables de Medicare y Medicaid, regulaciones, requisitos de información, y los requisitos de CMS.

El Programa de Delegación de MSO incorpora los siguientes requisitos, como mínimo:

1. Evaluación de la capacidad de la entidad para llevar a cabo las actividades delegadas o administrativas antes de la delegación.
2. El equipo de auditoría del Departamento de Delegación del MSO llevará a cabo auditorías presenciales para evaluar las actividades realizadas por las entidades delegadas.
3. Auditorías presenciales se llevarán a cabo conforme a las políticas y procedimientos, acuerdos contractuales y requisitos regulatorios.
4. Resultados de la auditoría serán reportados al Comité de Delegación del Plan de Salud.
5. MSO requiere acuerdos contractuales entre ambas partes por escrito antes de la delegación.

6. MSO evaluará la capacidad de la entidad para realizar funciones administrativas delegadas de manera continua, mediante auditorías anuales, y por medio de informes periódicos de seguimiento.
7. MSO utiliza herramientas de auditoría para evaluar y asegurar que la entidad cumpla con los requisitos regulatorios.
8. MSO requiere que toda entidad que no cumpla con los requisitos establecidos, someta un plan de acción correctivo. Un plan de acción correctivo es una respuesta formal por escrito que cita todas las deficiencias identificadas durante una auditoría o un monitoreo de rutina. Este plan se dirige a cada deficiencia y describe la acción correctiva requerida a la entidad.
9. Si una entidad delegada sigue en incumplimiento conforme a los requisitos de MSO, se reservan el derecho de tomar las acciones finales que pueden incluir, pero no están limitadas a:
 - o Cancelación de la delegación en su totalidad o parte de las funciones delegadas.
 - o Terminación de contrato.

Para obtener información más detallada sobre la delegación, puede comunicarse con MSO.

12.7 Confidencialidad

Toda la información obtenida en el proceso de credencialización se mantiene confidencial. Los documentos de credencialización, expedientes, actas del comité y los archivos de revisión por pares se mantienen de manera confidencial y custodiada bajo el Departamento de Credenciales. Sólo el personal autorizado por MSO tiene acceso a estos documentos.

12.8 Proceso de reinstalación

MSO no tiene un proceso de reinstalación. Una vez que una sanción se retira o ha caducado y el proveedor quiere participar en la red deberá presentar una nueva

solicitud al Departamento de Contrataciones y Relaciones con el Proveedor. La solicitud del proveedor necesita ser aprobada en el Comité de Evaluación. Si el comité acepta al proveedor, entonces el proceso de contratación y credencialización se iniciará.

12.9 Referencias regulatorias:

- a. 42 CFR §422.204(b)(2);Manual Ch.6 – Sección 60.3
- b. 42 CFR §422.204(b)(2)(iii);Manual Ch.6 – Sección 20.2
- c. 42 CFR §422.204(b)(1);Manual Ch.6 – Sección 70
- d. 42 CFR §422.205: Manual Ch. 6 – Sección 50
- e. NCQA Standards (2010)

12.10 Definiciones:

1. **Médicos de Cuidado Primario (PCP)** - un médico de medicina o de osteopatía. Los médicos de cuidado primario del plan se limitan a médico general, medicina interna, pediatra, ginecólogo obstetra y medicina familiar. El PCP posee habilidades y conocimientos que los califican para proveer atención integral médica, mantenimiento de la salud y los servicios de prevención para sus pacientes.
2. **Médicos especialistas**- médicos de medicina, médicos de osteopatía, que brindan servicios de atención especializada, incluyendo, pero no limitado a geriatras, cirujanos, obstetras/ginecólogos, cardiólogos, anestesiólogos, médicos de urgencias, patólogos y radiólogos, psiquiatras y los médicos que están certificados en medicina de la adicción.
3. **Especialistas de salud mental** - doctorado y/o nivel de maestría, psicólogos que están certificados o con licencia del estado, maestros clínicos/ trabajadores sociales de la red aplicable que son están certificados o con licencia del estado, nivel de maestría para trabajadores sociales que están certificados o con licencia del estado, especialistas en enfermería clínica con maestría o enfermeras psiquiátricas certificadas por el estado y con licencia

- del estado, y otros especialistas de salud mental que tienen licencia, certificado o registro por el estado para la práctica independiente. Los especialistas de salud mental representan la contribución de las ciencias de la conducta a la medicina y abarca un amplio campo de conocimiento y práctica.
4. **Quiroprácticos** - doctores en quiropráctica que brindan atención de afecciones musculoesqueléticas mediante la manipulación como una intervención primaria que incluye articulaciones de la columna vertebral y el sistema neuro-músculo-esquelético.
 5. **Podiatras** - los médicos de medicina en Podiatría que diagnostican y tratan, tanto quirúrgicamente, como dolencias de los pies, y las estructuras anatómicas de la pierna que regula las funciones de los pies, y la administración y la prescripción de medicamentos.
 6. **Especialistas dentales** - doctor en cirugía dental y doctor en medicina dental que brindan servicios especializados de atención dental incluyendo anestesiólogos dentales, patólogos orales y maxilofaciales, cirujanos maxilofaciales orales, radiólogos maxilofaciales orales y ortodoncistas.
 7. **Fisioterapeutas** - con nivel de maestría certificado por el estado o licencia del estado, son calificados para trabajar como médico general en la terapia física y puede ser contratado como profesional independiente en la práctica privada, hospitales, centros de rehabilitación, centros geriátricos, centros de medicina deportiva, los programas de promoción de la salud, la práctica privada, los programas comunitarios, y otros. Los fisioterapeutas proveen servicios a las personas y poblaciones para desarrollar, mantener y restaurar el máximo movimiento y la capacidad funcional.
 8. **Archivo de credenciales** - Una aplicación completa de credenciales donde los proveedores cumplieron con todos los criterios específicos incluyendo antecedentes de mala práctica, acción o sanción disciplinaria u otra información negativa obtenida durante el proceso de verificación.

12.11 Procedimientos

El Departamento de Credenciales contacta al proveedor aprobado en el Comité de Evaluación.

Si se producen cambios en la especialidad dentro de los 45 días de tiempo de inversión del proceso de credencialización, el Departamento de Credenciales contacta al proveedor para solicitarle una aplicación nueva con este cambio en especialidad.

El expediente completo con todas las verificaciones primarias y los requisitos de CMS incluye una aplicación profesional completa, firmada y fechada, e incluye, pero no se limita a las razones de la imposibilidad de realizar las funciones esenciales de la posición, con o sin adaptaciones, potenciales hallazgos de drogas ilegales, historial de la pérdida de la licencia y condenas por delitos graves, historial de la pérdida o limitación de privilegios y/o la actividad disciplinaria, certificación firmada por el proveedor solicitante sobre la exactitud e integridad de la información completada, la documentación de un certificado actual de licencia profesional vigente, evidencia de mala práctica corriente adecuada (\$100.000/\$300.000) sobre la aplicación profesional o copia del certificado, la evidencia de número NPI (de aplicación del proveedor sirve como certificado) resultados de la consulta, una copia de la consulta a OIG y GSA con sus resultados, la documentación de Medicare Opt Out y estatus del Formulario de Verificación, una copia de los resultados de verificación primaria de educación, certificación de privilegios clínicos en el hospital, certificado negativo de antecedentes penales, una copia del permiso de la DEA actual, informe de los resultados de la consulta de la NPDB y HIPDB, los resultados de la consulta de los ofensores sexuales y/o registro de abuso infantil, historial laboral, validación de los últimos 5 años de experiencia y no más de 6 meses de diferencia, aceptación/rechazo del proveedor y lista de verificación de credenciales.

Las listas de exclusión de OIG/GSA/Medicare están en revisión para identificar todos los proveedores excluidos por alguna de las siguientes razones:

1. Una condena relacionada con el fraude al programa o la asistencia de salud.
2. Convicción relacionada a la obstrucción de una investigación.

3. Convicción relacionada a las sustancias controladas.
4. Revocación de licencia o suspensión.
5. Exclusión o suspensión bajo un programa federal o estatal de salud.
6. Reclamaciones excesivas o suministro de elementos innecesarios o de calidad inferior de servicios.
7. Incumplimiento de las HMO y CMP para crear artículos y servicios médicos necesarios.
8. Reclamaciones falsas o incorrectas.
9. Fraude, sobornos y otras actividades prohibidas.
10. Exclusión de las entidades de propiedad o controladas por una persona sancionada.
11. Exclusión de las personas con interés de propiedad o de control en entidades sancionadas.
12. Falta de información de pago.
13. Fallos al permitir el acceso de inmediato.
14. Violaciones de acción correctiva de PPS.
15. Falta de pago de préstamos o becas como obligaciones de educación en salud.
16. Violaciones de las limitaciones en cargos del médico.
17. Facturación de los servicios de asistente de cirugía durante las operaciones de cataratas.

Si toda la documentación está completa según los requisitos de ASES/CMS y toda verificación de fuente primaria según la política establecida, el Departamento de Credenciales presentara la solicitud de credencialización al Comité de Credenciales para su debida aprobación. Si es denegado en comité, se envía una carta certificada al proveedor para notificar el motivo del rechazo. Para apelar, el proveedor deberá presentar una solicitud por escrito dentro de 30 días a partir de la fecha de la carta de rechazo en el comité de credenciales. Los datos del proveedor son entrados a la base de datos de contrato, lo que asegura la inclusión en los directorios de proveedores y

otros materiales para que los beneficiarios puedan acceder consistentemente con los datos de credencialización, incluyendo la educación, la capacitación, la certificación del consejo y de la especialidad.

Todas las apelaciones de proveedores serán discutidas en el Comité de Apelaciones para determinación final.

12.12 Desarrollo del Plan del Programa de Integridad

El expediente completo con todas las verificaciones primarias y los requisitos de CMS incluye una aplicación profesional completa firmada y fechada, e incluye, pero no se limita a las preguntas de Conflicto de Interés que forman parte de la aplicación. Es requisito que el proveedor complete las preguntas de Conflicto de Interés para informar de todas las personas que tienen un 5 por ciento o mayor participación (directa o indirecta) en otro proveedor o una empresa (sea para beneficio o sin fines de lucro), funcionarios y directores del proveedor/solicitante, todos los empleados que gestionan o el proveedor/solicitante (incluyendo secretarial, recepción, entre otros), todo el control que han gestionado, todo individuo con un interés de sociedad en el proveedor/solicitante, independientemente del porcentaje de la propiedad que la pareja tiene y/o funcionarios de delegados autorizados. En el caso de las organizaciones, se requiere que brinden un informe las corporaciones (lucro o sin fines de lucro), asociaciones y sociedades de responsabilidad limitada, organizaciones benéficas y/o religiosas y gubernamentales y/u organizaciones tribales.

Los hallazgos o cada conflicto de intereses sobre la base de la anterior, se envía al Departamento de Fraude, Pérdida y Abuso para el proceso correspondiente.

Las listas de exclusión OIG/GSA de Medicare son revisadas para identificar todos los proveedores excluidos por alguna de las siguientes razones:

1. Una condena relacionada con el fraude al programa o la asistencia de salud.
2. Convicción relacionada a la obstrucción de una investigación.
3. Convicción relacionada a sustancias controladas.
4. Revocación de licencia o suspensión.

5. Exclusión o suspensión bajo un programa federal o estatal de salud.
6. Reclamaciones excesivas o suministro de elementos innecesarios o de calidad inferior de servicios.
7. Incumplimiento de las HMO y CMP para crear artículos y servicios médicos necesarios.
8. Reclamaciones falsas o incorrectas.
9. Fraude, sobornos y otras actividades prohibidas.
10. Exclusión de las entidades de propiedad o controladas por una persona sancionada.
11. Exclusión de las personas con interés de propiedad o de control en entidades sancionadas
12. Falta de información de pago.
13. Fallos al permitir el acceso de inmediato.
14. Violaciones de acción correctiva de PPS.
15. Falta de pago de préstamos o becas como obligaciones de educación en salud.
16. Violaciones de las limitaciones en cargos del médico.
17. Facturación de los servicios de asistente de cirugía durante las operaciones de cataratas.

Esta validación se aplica para todas las credencializaciones y re-credencializaciones de los profesionales o personal en la organización de proveedores. Como seguimiento continuo, las exclusiones mensuales de la OIG y la lista de reinstauración son validadas en la base de datos de proveedores para evitar que cualquier proveedor excluido continúe como proveedor participante. Estos procesos incluyen a los proveedores no participantes para evitar hacer pagos hasta que el proveedor sea restablecido, si es aplicable.

12.13 Referencias regulatorias

1. 42 CFR §55.104
2. 42 CFR §55.105

3. 42 CFR §55.106

12.14 Monitoreo de licencias y credenciales

MSO tiene una políticas establecida para realizar un monitoreo continuo de la licencia y las credenciales para la red de proveedores participantes de MI Salud. Las credenciales se actualizan como mínimo anualmente y consisten en los siguientes documentos: Licencia JLDMPR/SARAFS, licencia DEA, seguro de impericia médica y licencia de ASSMCA. El objetivo de esta medida es garantizar que los MSO de los proveedores de la red cumplan con las reglamentaciones estatales y federales.

El proceso de monitoreo de licencias y credenciales es un proceso alterno de calidad al proceso de credencialización y recredencialización. Todos los proveedores participantes deberán asegurarse de mantener actualizadas las licencias y credenciales con MSO y estarán recibiendo una comunicación con sesenta (60) días de anticipación indicándole los documentos específicos que debe actualizar con nosotros y la fecha de vigencia que al día de hoy tienen las credenciales. El envío de las credenciales puede ser enviado a nosotros de las siguientes maneras:

Correo Regular	Departamento de Credenciales PO Box 71500 San Juan, P.R. 00936-8014
Correo electrónico	CredentialingUpdates@mso-pr.com
Fax	787-625-3374

Para MSO y el Departamento de Credenciales es esencial cumplir con todas las regulaciones de ASES y CMS, aquellos proveedores que no logren cumplir con este requisito podría ser causa de cancelación de contrato.

13. Responsabilidades, Deberes y Obligaciones del Proveedor

<input type="checkbox"/> Tipo de proveedor	Explicación

<p>Servicios de los médicos primarios</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Proporcionar los exámenes físicos a los beneficiarios con 21 años de edad o mayores dentro de los primeros 30 días calendario después de que el beneficiario haya solicitado el servicio, teniendo en cuenta ambas necesidades, la condición de salud médica y la mental. ● Efectuar exámenes médicos rutinarios para menores de 21 años. ● Proveer evaluaciones rutinarias de cuidado primario dentro de los treinta (30) días calendario a menos que el beneficiario solicite tiempo posterior a la fecha requerida. ● Proporcionar los servicios cubiertos dentro de los próximos 14 días calendarios posterior a la solicitud de servicio. ● Notificar y distribuir al paciente beneficiario información sobre las directrices anticipadas y de haber algún cambio en las leyes federales o estatales sobre las mismas, el médico primario debe de notificarlo dentro de los 90 días calendario después de la fecha de vigencia de los cambios. ● Proveer turnos preferenciales a los residentes de las islas de los municipios de Vieques y Culebra. Turnos preferenciales se refiere a una política que requiere que el proveedor le dé prioridad en el tratamiento a los beneficiarios de estos dos municipios. Por lo tanto, el proveedor debe atenderlos en un tiempo razonable después de que llega a su oficina. Este tratamiento prioritario es necesario debido a las ubicaciones remotas de ambos municipios donde el beneficiario se toma un tiempo largo de viaje (por la distancia) en busca de la atención médica. Este requisito fue establecido bajo las leyes No. 86 promulgada el 16 de agosto de 1997 (Arts. 1 al 4) y la Ley No. 200 promulgada el 5 de agosto de 2004 (Arts. 1 al 4).
---	---

- Establecer un calendario de servicio de cuidado primario o consultas. Estos pueden ser de lunes a sábado de 8:00 am a 6:00 pm. Los siguientes días de fiesta no tienen que cumplir con este requisito.
 - 1 de enero
 - 6 de enero
 - Viernes Santo
 - Día de Acción de Gracias
 - 25 de diciembre
- El grupo médico primario (GMP) tiene la facultad exclusiva de decidir si desea o no proporcionar los servicios de cuidado primario durante los días de fiesta mencionados anteriormente.
- Proveer personalmente las recetas médicas al beneficiario no más tarde de 40 minutos. Si la receta es solicitada por teléfono por un practicante, la misma debe estar lista no más tarde de 90 minutos. ASES recomienda que el proveedor implemente un sistema electrónico para las recetas.
- Coordinar las citas médicas primarias para los pacientes externos con condiciones de urgencia dentro de 24 horas.
- Ofrecer a los beneficiarios de MI Salud el mismo trato que se le ofrece a los beneficiarios que tienen planes médicos privados (comerciales) en referencia a las citas y horarios para recibir un tratamiento o consulta de cuidado de salud. ASES prohíbe a los proveedores de la red ofrecer citas y horarios diferentes a los beneficiarios elegibles a MI Salud.
- Ofrecer un trato equitativo para los beneficiarios de MI Salud para la entrega de referidos y solicitudes de preautorización. Los proveedores no pueden establecer días específicos para la

	<p>entrega de referidos ni para las solicitudes de preautorización a los beneficiarios de MI Salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Conforme a lo establecido en el contrato, el proveedor tiene prohibido negar los servicios médicos necesarios a los beneficiarios de MI Salud. ● Brindarle al beneficiario o a su representante autorizado la copia de su expediente médico sin cargos dentro de los 14 días después de haber recibido la solicitud por escrito. De necesitar copia del expediente el beneficiario o su representante autorizado puede solicitar la misma por escrito y el proveedor no cobrará cargos por esta solicitud. ● Asegurar y proteger toda la información del beneficiario, expediente médico, datos y elementos de los datos colectados, mantenidos o usados en la administración. Estos serán protegidos por el contratista de la divulgación no autorizada conforme a la ley de privacidad HIPPA y las normas de seguridad codificadas en 45 CFR Part 160 y 45 CFR Part 164, Subpart A, C y E. ● Establecer el pleno cumplimiento de los términos de colocación y colocación inversa. ● Apelar el rechazo de unos servicios de cuidado de salud médico a favor del beneficiario. MI Salud no tomará ninguna acción punitiva contra el proveedor que está solicitando una queja, apelación o una Ley de Audiencia Administrativa en representación de un beneficiario.
<p>Servicios de especialistas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Proporcionar los servicios al beneficiario dentro de los 30 días calendario después de que el beneficiario presentara su solicitud.

	<ul style="list-style-type: none">● Asistir al beneficiario de MI Salud sin cobrar copagos. El proveedor que es miembro de la Red de Proveedores Preferidos (PPN) prohibirá al especialista cobrar copagos a los beneficiarios de MI Salud.● Proveer turnos preferenciales a los residentes de las islas de los municipios de Vieques y Culebra. Turnos preferenciales se refiere a una política que requiere que el proveedor le dé prioridad en el tratamiento a los beneficiarios de estos dos municipios. Por lo tanto, el proveedor debe atenderlos en un tiempo razonable después de que llega a su oficina. Este tratamiento prioritario es necesario debido a las ubicaciones remotas de ambos municipios donde el beneficiario se toma un tiempo largo de viaje (por la distancia) en busca de la atención médica. Este requisito fue establecido bajo las leyes No. 86 promulgada el 16 de agosto de 1997 (Arts. 1 al 4) y la Ley No. 200 promulgada el 5 de agosto de 2004 (Arts. 1 al 4).● Proveer personalmente las recetas médicas al beneficiario no más tarde de 40 minutos. Si la receta es solicitada por teléfono por un practicante, la misma debe estar lista no más tarde de 90 minutos. ASES recomienda que el proveedor implemente un sistema electrónico para las recetas.● Ofrecer a los beneficiarios de MI Salud el mismo trato que se le ofrece a los beneficiarios que tienen planes médicos privados (comerciales) en referencia a las citas y horarios para recibir un tratamiento o consulta de cuidado de salud. Por esto, ASES prohíbe a los proveedores de la red ofrecer citas y horarios diferentes a los beneficiarios elegibles al MI Salud.● Ofrecer un trato equitativo para los beneficiarios de MI Salud para la entrega de referidos y solicitudes de preautorización.
--	---

	<p>Los proveedores no pueden establecer días específicos para la entrega de referidos ni para las solicitudes de preautorización a los beneficiarios de MI Salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Conforme a lo establecido en el contrato, el proveedor tiene prohibido negar los servicios médicos necesarios a los beneficiarios de MI Salud. ● Brindarle al beneficiario o a su representante autorizado la copia de su expediente médico sin cargos dentro de los 14 días después de haber recibido la solicitud por escrito. De necesitar copia del expediente el beneficiario o su representante autorizado puede solicitar la misma por escrito y el proveedor no cobrará cargos por esta solicitud. ● Asegurar y proteger toda la información del beneficiario, expediente médico, datos y elementos de los datos colectados, mantenidos o usados en la administración. Estos serán protegidos por el contratista de la divulgación no autorizada conforme a la ley de privacidad HIPPA y las Normas de Seguridad codificadas en 45 CFR Part 160 y 45 CFR Part 164, Sub part A, C y E. ● Apelar el rechazo de unos servicios de cuidado de salud médico a favor del beneficiario. MI Salud no tomará ninguna acción punitiva contra el proveedor que está solicitando una queja, apelación o una Ley de Audiencia Administrativa en representación de un beneficiario.
<p>Servicios dentales</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Proporcionar los servicios dentales al beneficiario dentro de los 60 días calendario después de recibir la solicitud. ● Asistir al beneficiario de MI Salud sin cobrar copagos. El proveedor que es miembro de la Red de Proveedores

	<p>Preferidos (PPN) prohibirá al especialista dental cobrar copagos a los beneficiarios de MI Salud.</p> <ul style="list-style-type: none">● Proveer turnos preferenciales a los residentes de las islas de los municipios de Vieques y Culebra. Turnos preferenciales se refiere a una política que requiere que el proveedor le dé prioridad en el tratamiento a los beneficiarios de estos dos municipios. Por lo tanto, el proveedor debe atenderlos en un tiempo razonable después de que llega a su oficina. Este tratamiento prioritario es necesario debido a las ubicaciones remotas de ambos municipios donde el beneficiario se toma un tiempo largo de viaje (por la distancia) en busca de la atención médica. Este requisito fue establecido bajo las leyes No. 86 promulgada el 16 de agosto de 1997 (Arts. 1 al 4) y la Ley No. 200 promulgada el 5 de agosto de 2004 (Arts. 1 al 4).● Proveer al paciente externo los servicios para una condición dental urgente dentro de 24 horas.● Ofrecer a los beneficiarios del MI Salud el mismo trato que se le ofrece a los beneficiarios que tienen planes médicos privados (comerciales) en referencia a las citas y horarios para recibir un tratamiento o consulta de cuidado de salud. ASES prohíbe a los proveedores de la red ofrecer citas y horarios diferentes a los beneficiarios elegibles al MI Salud.● Conforme a lo establecido en el contrato, el proveedor tiene prohibido negar los servicios médicos necesarios a los beneficiarios de MI Salud.● Brindarle al beneficiario o a su representante autorizado la copia de su expediente médico sin cargos dentro de los 14 días después de haber recibido la solicitud por escrito. De necesitar copia del expediente el beneficiario o su
--	--

	<p>representante autorizado puede solicitar la misma por escrito y el proveedor no cobrará cargos por esta solicitud.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Asegurar y proteger toda la información del beneficiario, expediente médico, datos y elementos de los datos colectados, mantenidos o usados en la administración. Estos serán protegidos por el contratista de la divulgación no autorizada conforme a la ley de privacidad HIPPA y las Normas de Seguridad codificadas en 45 CFR Part. 160 y 45 CFR Part 164, Subpart A, C y E.
<p>Hospitales y cuartos de emergencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Asegurarse de que los beneficiarios de MI Salud tienen igualdad de trato que los clientes de planes privados comerciales al momento de acomodarlos o instalarlos en una habitación de hospital o de emergencia. Colocar o instalar al beneficiario de MI Salud en una habitación de menos superioridad por razones de conveniencia económica, es motivo de que la institución sea sancionada por ASES por violación al contrato. ● Proveer al beneficiario servicios de emergencia, incluyendo al acceso a un nivel de cuidado apropiado dentro de 24 horas de haberse solicitado los servicios. ● Ofrecer a los beneficiarios del MI Salud no el mismo trato que se le ofrece a los beneficiarios que tienen planes médicos privados (comerciales) en referencia a las citas y horarios para recibir un tratamiento o consulta de cuidado de salud. ASES prohíbe a los proveedores de la red ofrecer citas y horarios diferentes a los beneficiarios elegibles al MI Salud.

	<ul style="list-style-type: none"> ● En una hospitalización o servicio extendido que exceda 30 días, el proveedor puede facturar y cobrar pagos por servicios rendidos al beneficiario por lo menos, uno por mes. ● Conforme a lo establecido en el contrato, está prohibido rechazar los servicios médicos necesarios al beneficiario de MI Salud . ● Brindarle al beneficiario o a su representante autorizado la copia de su expediente médico sin cargos dentro de los 14 días después de haber recibido la solicitud por escrito. De necesitar copia del expediente el beneficiario o su representante autorizado puede solicitar la misma por escrito y el proveedor no cobrará cargos por esta solicitud. ● Asegurar y proteger toda la información del beneficiario, expediente médico, datos y elementos de los datos colectados, mantenidos o usados en la administración. Estos serán protegidos por el contratista de la divulgación no autorizada conforme a la ley de privacidad HIPPA y las Normas de Seguridad codificadas en 45 CFR Part 160 y 45 CFR Part 164, Subpart A, C y E.
<p style="text-align: center;">Servicios de cuidado urgente</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ofrecerá y contará con personal suficiente para atender los servicios de cuidado urgentes durante los períodos extendidos de lunes a viernes de 6:00 p.m. a 9:00 p.m., en orden de proveer a los beneficiarios un mayor acceso a sus médicos primarios (PCP) y a los servicios de cuidado urgentes en cada región donde se otorgan los servicios. ● Ofrecer a los beneficiarios del MI Salud el mismo trato que se le ofrece a los beneficiarios que tienen planes médicos privados (comerciales) en referencia a las citas y horarios para recibir un tratamiento o consulta de cuidado de salud. ASES

	<p>prohíbe a los proveedores de la red ofrecer citas y horarios diferentes a los beneficiarios elegibles al MI Salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Conforme a lo establecido en el contrato, está prohibido rechazar los servicios médicos necesarios al beneficiario de MI Salud. ● Brindarle al beneficiario o a su representante autorizado la copia de su expediente médico sin cargos dentro de los 14 días después de haber recibido la solicitud por escrito. De necesitar copia del expediente el beneficiario o su representante autorizado puede solicitar la misma por escrito y el proveedor no cobrará cargos por esta solicitud. ● Asegurar y proteger toda la información del beneficiario, expediente médico, datos y elementos de los datos colectados, mantenidos o usados en la administración. Estos serán protegidos por el contratista de la divulgación no autorizada conforme a la ley de privacidad HIPPA y las Normas de Seguridad codificadas en 45 CFR Part 160 y 45 CFR Part 164, Subpart A, C y E.
<p>Diagnóstico de laboratorio</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Proporcionará imágenes de diagnóstico (Diagnostic imaging) y otras citas para realizarse pruebas en consonancia a la urgencia clínica, éstas no serán mayor a 14 días calendario, a menos que el beneficiario solicite una cita posterior. ● Establecer un sistema para pacientes “walk-in”. Si el beneficiario llega al laboratorio personalmente (“walk-in”) sin haber utilizado el sistema de citas, el tiempo de espera del beneficiario en la sala será en consonancia con la severidad de la necesidad clínica. ● Establecer disponibilidad de citas para la urgencia de un paciente externo que necesita un diagnóstico de laboratorio,

	<p>diagnóstico de imagen u otra prueba necesaria para establecer su diagnóstico. Esta cita se establecerá en consonancia con la emergencia clínica del beneficiario, pero no será mayor de 48 horas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ofrecer a los beneficiarios del MI Salud el mismo trato que se le ofrece a los beneficiarios que tienen planes médicos privados (comerciales) en referencia a las citas y horarios para recibir un tratamiento o consulta de cuidado de salud. ASES prohíbe a los proveedores de la red ofrecer citas y horarios diferentes a los beneficiarios elegibles al MI Salud. ● Conforme a lo establecido en el contrato está prohibido rechazar los servicios médicos necesarios al beneficiario de MI Salud. ● Brindarle al beneficiario o a su representante autorizado la copia de su expediente médico sin cargos dentro de los 14 días después de haber recibido la solicitud por escrito. De necesitar copia del expediente el beneficiario o su representante autorizado puede solicitar la misma por escrito y el proveedor no cobrará cargos por esta solicitud. ● Asegurar y proteger toda la información del beneficiario, expediente médico, datos y elementos de los datos colectados, mantenidos o usados en la administración. Estos serán protegidos por el contratista de la divulgación no autorizada conforme a la ley de privacidad HIPPA y las Normas de Seguridad codificadas en 45 CFR Part 160 y 45 CFR Part 164, Subpart A, C y E.
	<ul style="list-style-type: none"> ● Proveer el servicio de salud mental dentro de 14 días calendario después de la solicitud a menos que el beneficiario solicite tiempo posterior a la cita.

<p>Salud Mental</p>	<ul style="list-style-type: none">● Proveer servicios de salud mental a beneficiarios con condiciones de urgencia dentro de 24 horas.● Ofrecerá servicios de manejo de crisis, citas en persona (<i>face to face</i>) las cuales estarán disponibles dentro de dos horas. Los servicios de desintoxicación serán provistos inmediatamente conforme a la necesidad clínica del beneficiario.● Ofrecer a los beneficiarios del MI Salud el mismo trato que se le ofrece a los beneficiarios que tienen planes médicos privados (comerciales) en referencia a las citas y horarios para recibir un tratamiento o consulta de cuidado de salud. ASES prohíbe a los proveedores de la red ofrecer citas y horarios diferentes a los beneficiarios elegibles al MI Salud.● Establecer horarios extendidos en las facilidades de Salud Mental. Las facilidades de Salud Mental deben cubrir 12 horas al día, los 7 días de la semana. Las facilidades deben incluir una enfermera, un trabajador social y un psicólogo y/o psiquiatra.● Conforme a lo establecido en el contrato, está prohibido rechazar los servicios médicos necesarios al beneficiario de MI Salud.● Ofrecer un trato equitativo para los beneficiarios de MI Salud para la entrega de referidos y solicitudes de preautorización. Los proveedores no pueden establecer días específicos para la entrega de referidos ni para las solicitudes de preautorización a los beneficiarios de MI Salud.● Asegurar y proteger toda la información del beneficiario, expediente médico, datos y elementos de los datos
----------------------------	---

	<p>colectados, mantenidos o usados en la administración. Estos serán protegidos por el contratista de la divulgación no autorizada conforme a la ley de privacidad HIPPA y las Normas de Seguridad codificadas en 45 CFR Part 160 y 45 CFR Part 164, Subpart A, C y E.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Establecer el pleno cumplimiento de los términos de colocación y colocación inversa. ● Apelar el rechazo de unos servicios de cuidado de salud médico a favor del beneficiario. MI Salud no tomará ninguna acción punitiva contra el proveedor que está solicitando una queja, apelación o una Ley de Audiencia Administrativa en representación de un beneficiario.
--	--

14. Cumplimiento

14.1 Programa de Cumplimiento:

14.1.1 MMM Multi Health, LLC., estableció un Programa de Cumplimiento e Integridad Fraude, Desperdicio y Abuso "FWA", (por sus siglas en inglés) para garantizar que la organización y sus entidades de primer nivel, subcontratadas y relacionadas realicen negocios de manera que cumpla materialmente con los requisitos federales y estatales aplicables.

El Programa de Cumplimiento ha sido diseñado de acuerdo con los requisitos pertinentes y aplicables de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), la Oficina del Inspector General (OIG, por sus siglas en inglés), la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por su nombre en inglés), Administración de Seguros de Salud (ASES), la Oficina del Defensor de la Declaración de Derechos del Paciente del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, las Oficinas de los Comisionados de Seguros del Estado, entre otros. El objetivo principal es cumplir con los requisitos de

informes, identificar áreas de riesgo, prevenir FWA, identificar mala conducta e ineficiencias operativas, mejorar la calidad del servicio de atención médica y disminuir el costo de la atención médica.

El Programa de Cumplimiento proporciona un marco de esfuerzos de cumplimiento a nivel individual, departamental y de toda la empresa para aplicar a todo el personal y las funciones. Las políticas y los procedimientos detallados y los planes de trabajo desarrollados por los departamentos individuales deberán ajustarse al alcance del programa. El programa establece la existencia de un Oficial de Cumplimiento (CO) que tiene la responsabilidad general por los asuntos de cumplimiento. Sin embargo, todos los Empleados, Proveedores o Contratistas, Subcontratistas y Agentes siguen siendo responsables del cumplimiento de las leyes y regulaciones aplicables, así como de las políticas y procedimientos de MMM Multi Health.

El Programa de Cumplimiento contiene políticas y procedimientos relativos al negocio de MMM Multi Health, y todos sus beneficiarios. Este programa no pretende servir como el Programa de Cumplimiento para clientes o contratistas de MMM Multi Health, por lo que estos deben adoptar su propio programa. MMM Multi Health no asume la responsabilidad de desarrollar un Programa de Cumplimiento para sus Proveedores, Subcontratistas o Entidades relacionadas. Sin embargo, es responsabilidad de los Proveedores, Clientes, Contratistas, Subcontratistas y Entidades delegadas informar a MMM Multi Health cualquier incidente de incumplimiento, incidentes de FWA y violaciones de ley de manera oportuna.

14.1.2 Adiestramientos y Educación:

MMM Multi Health reconoce que el Programa de Cumplimiento solo puede ser efectivo si se le comunica y explica al personal, Proveedores, Contratistas, Subcontratistas y Entidades delegadas sus requisitos. Con ese fin, MMM Multi Health requiere que todo el personal asista a programas de capacitación

específicos de forma periódica. Los requisitos de capacitación y programación son establecidos por MMM Multi Health y cada uno de sus afiliados en función de las necesidades y requisitos de cada afiliado. Los empleados son entrenados temprano en su empleo, anualmente y/o cuando así lo amerite, por algún cambio regulatorio o contractual. Los Proveedores también reciben educación y adiestramientos durante diferentes periodos en el año sobre temas regulatorios y requeridos en contrato.

Los programas de capacitación incluyen capacitación adecuada sobre estatutos federales y estatales, reglamentos, directrices, políticas y procedimientos establecidos en el Programa de Cumplimiento y Ética empresarial. Los programas de capacitación también incluyen sesiones que destacan el Programa de Cumplimiento, que resume las leyes de fraude y abuso, las leyes de autorreferencia de los médicos, el desarrollo de reclamos y los procesos de envío, las prácticas comerciales relacionadas que reflejan los estándares legales actuales. Toda la capacitación formal realizada como parte del Programa de Cumplimiento está documentada.

14.2 Confidencialidad y Privacidad

MMM Multi Health ha implementado una política de confidencialidad que exige a todos los Empleados, miembros del Comité de Cumplimiento y la Junta Directiva a firmar una declaración de confidencialidad basada en el compromiso de MMM Multi Health de salvaguardar la información protegida de salud ("PHI", por sus siglas en inglés) de afiliados y cumplir con las regulaciones federales y estatales. El acuerdo de servicios de Proveedores también incluye disposiciones que estipulan que cada Proveedor cumplirá con todas las provisiones de la ley HIPAA para mantener la confidencialidad, integridad y disponibilidad de PHI de los afiliados. Los Proveedores respetarán el carácter confidencial de la información contenida en los registros médicos y documentación de negocios, de acuerdo con todos los requisitos reglamentarios federales y estatales aplicables.

MMM Multi Health requiere que cada Proveedor adopte una política de confidencialidad en su oficina, y cumplan con todas las regulaciones federales y estatales de privacidad y seguridad aplicables. MMM Multi Health, así como los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) y ASES, monitorean a los Proveedores con respecto al manejo de PHI y la información confidencial. Las políticas, prácticas y procedimientos de privacidad, confidencialidad y seguridad de los Proveedores contratados son revisadas durante el proceso de contratación y credencialización que ocurre previo a la contratación y efectividad del contrato durante la visita de recolección e inspección de credenciales.

14.3 Leyes y Regulaciones

14.3.1 Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés):

Las disposiciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) aplican a la información de salud creada o mantenida por profesionales de la salud que participan en determinadas transacciones electrónicas, planes de salud y los centros de información de salud. La ley protege los expedientes médicos y otra información médica personal, ya sea en papel, electrónica o comunicaciones hechas de forma oral. Una entidad cubierta es un profesional de la salud que lleva a cabo ciertas transacciones reguladas por HIPAA (denominado como "Profesional de la Salud Cubierto"), un Centro de Información de la Salud, o un Plan de Salud.

Una entidad cubierta debe obtener la autorización por escrito de un individuo para cualquier uso o divulgación de información de salud protegida que no sea para el tratamiento, pago o cuidado de la salud o requerido bajo la ley HIPAA. Una entidad cubierta no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción, o beneficios de un individuo a si concede o no una autorización, excepto en circunstancias limitadas. La autorización debe ser escrita en términos específicos. La misma permite el uso y divulgación de información de salud protegida por la entidad cubierta que

solicita la autorización, o por un tercero. El Congreso de los Estados Unidos incluyó sanciones civiles y penales para las entidades cubiertas que hacen mal uso de PHI. Para las violaciones civiles, la Oficina de Derechos Civiles, puede imponer sanciones monetarias.

14.3.2 Código de Regulaciones Federales:

Las regulaciones federales requieren que una organización de cuidado coordinado para Medicaid como MMM Multi Health, debe establecer políticas y procedimientos para cumplir con todas las leyes federales y estatales con respecto a la confidencialidad, suscripción y divulgación de registros médicos, u otra información de salud. Las organizaciones deben salvaguardar la privacidad de cualquier información que identifica a un beneficiario en particular. La información de salud se define como cualquier información creada, transmitida, mantenida o grabado oralmente o por cualquier otro medio o forma, incluyendo en forma electrónica, que:

1. Sea creada o recibida por un Proveedor de servicios médicos, Plan de Salud, autoridad de Salud Pública, un Empleador, aseguradora de vida, Escuela y/o Universidad, o *Clearinghouse* (por su nombre en inglés).
2. Se relaciona con la salud o condición de un individuo física o mental pasada, presente o futura de un individuo, la provisión de cuidado de salud a un individuo; o el pago pasado, presente o futuro por la provisión de servicios de salud a un individuo (42 CFR. § 160.103).

14.3.3 Ley Del Estado:

En Puerto Rico, la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente (Artículo 11) establece que, entre otras cosas, un paciente puede tener plena confianza en que su información médica y de salud será mantenida en estricta confidencialidad por sus Proveedores de servicios de salud. Todo Proveedor y toda entidad aseguradora deberán tomar medidas para proteger la intimidad de sus pacientes, salvaguardando su identidad.

14.3.4 Acuerdos Contractuales:

Los acuerdos contractuales de MMM Multi Health con ASES requieren el cumplimiento con las regulaciones federales relacionadas a privacidad, confidencialidad y las reglas de simplificación administrativa de la Ley HIPAA. Estas reglas abordan la transmisión y divulgación de la información del paciente entre las entidades cubiertas. De acuerdo con las reglas, MMM Multi Health debe salvaguardar la información de salud protegida para limitar usos incidentales o divulgaciones hechas de conformidad a divulgaciones permitidas o requeridas de otra manera. La transmisión de información con los Proveedores se realizará solamente de acuerdo con la ley HIPAA. Similar a la obligación de los Proveedores de cumplir con leyes y regulaciones federales y del Estado Libre Asociado, un Proveedor debe registrarse por las provisiones del contrato que le apliquen a los acuerdos y deben mantener todas las garantías pertinentes.

14.4 Fraude, Desperdicio y Abuso (FWA, por sus siglas en inglés):

MMM Multi Health no tolerará actividades, conductas fraudulentas o abusivas en contra de los programas de atención médica estatal y federal. La organización ha establecido métodos para la prevención, detección, investigación y corrección de posible fraude, desperdicio y abuso, de acuerdo con todas las leyes y regulaciones aplicables, a través de una educación adecuada y la implementación de un Programa de Cumplimiento de Fraude, Desperdicio y Abuso, políticas y procedimientos, y un Plan de Integridad.

14.4.1 Definiciones:

1. **Fraude** - se refiere a un engaño intencional o tergiversación hecha por una persona con el conocimiento de que el engaño podría resultar en algún beneficio no autorizado para sí mismo o alguna otra persona. Esto afecta negativamente a los beneficiarios, planes de salud y los Proveedores y entidades que proveen servicios de salud.

Los tipos más comunes de fraude y abuso al Programa de Medicaid incluyen:

- Robo de identidad médica;
 - Facturar por servicios o artículos que no son médicamente necesarios;
 - Facturar por servicios o artículos no provistos;
 - *Upcoding* (por su nombre en inglés), facturar por un servicio más costoso que el que realmente se realizó, para obtener un pago más elevado;
 - *Unbundling* (por su nombre en inglés), se refiere a la práctica de facturar por separado múltiples componentes de un servicio cuando debería estar incluido dentro de un código global;
 - Facturar por servicios o artículos no cubiertos, como cubiertos;
 - *Kickback* (por su nombre en inglés), se define como solicitar, recibir, ofrecer o pagar una remuneración (incluyendo cobro de comisiones, sobornos o rebates) a cambio de referidos para artículos o servicios pagados por un programa de salud federal. Fraude del beneficiario, que incluye: fraude de elegibilidad, intercambio de tarjetas, *doctor Shopping* y desvío de medicamentos recetados.
2. **Abuso** - se define como las prácticas de los Proveedores que no son compatibles con las prácticas de negocio, fiscales y médicas y dan lugar a costos innecesarios para el programa Medicaid o en el reembolso de los servicios que no son médicamente necesarios o que no cumplen con los estándares profesionales reconocidos para el cuidado de salud. También incluye prácticas de beneficiarios que resultan en costo innecesario para el programa Medicaid. Algunos ejemplos son:
- Sobreutilización de servicios que no son médicamente necesarios, como el uso constante de la sala de emergencias en lugar de ir al médico primario;
 - Exceso de órdenes médicas para pruebas de diagnóstico que no tienen necesidad médica;

- Eximir al paciente del pago de deducible para atraer clientes.
3. **Pérdida o Despilfarro** - ocurre por la sobreutilización de los servicios, el uso indebido de los recursos u otras prácticas que, directa o indirectamente, resultan en costos innecesarios. Algunos ejemplos son:
- Prescribir medicamentos de alto costo en lugar de medicamentos genéricos o de menor costo;
 - Errores de facturación debido a los sistemas de facturación ineficientes;
 - Precios inflados por servicios o equipo.

14.4.2 Acta de Reclamaciones Falsas (*False Claims Act*, por su nombre en inglés):

La Acta de Reclamaciones Falsas se aplica a la presentación de reclamaciones por parte de los Proveedores de atención médica para el pago de Medicare, Medicaid y otros programas federales de atención médica. La Ley de Reclamaciones Falsas es el principal recurso civil del gobierno federal para reclamos impropios o fraudulentos.

La Acta de Reclamaciones Falsas prohíbe;

- Presentar a sabiendas o hacer que se presente ante el gobierno federal un reclamo falso o fraudulento de pago o aprobación;
- Hacer o utilizar a sabiendas, o hacer que se realice o utilice, un registro o una declaración falsa para que el gobierno pague o apruebe un reclamo falso o fraudulento;
- Conspirar para defraudar al gobierno por un reclamo falso o fraudulento permitido o pagado; y
- Hacer o usar a sabiendas, o hacer que se realice o use, un registro o declaración falsa para ocultar, evitar o disminuir la obligación de pagar o transmitir dinero o propiedad al gobierno.

Aplicación:

El Fiscal General de los Estados Unidos puede imponer acciones civiles por violaciones a la Ley de Reclamaciones Falsas. Como en la mayoría de las demás acciones civiles, el gobierno debe establecer su caso presentando la preponderancia de la evidencia en lugar de cumplir con el mayor cargo de la prueba que se aplica en los casos penales.

La Ley de Reclamaciones Falsas les permite a los particulares presentar acciones *qui tam* por violaciones de la Ley.

Protección para "denunciantes":

Si algún empleado/individuo tiene conocimiento o información de que tal actividad puede estar ocurriendo o puede haber tenido lugar, el empleado/individuo debe notificar a su supervisor o director, Oficial de Cumplimiento o la línea de *Ethics Point* (por su nombre en inglés) al 1-844-256-3953 o www.psg.ethicspoint.com, o escribiendo a la siguiente dirección de correo electrónico GHP_SIU@mmmhc.com. La información puede ser reportada anónimamente. Se alienta a los empleados a ponerse en contacto con su Supervisor o el Oficial de Cumplimiento si tienen preguntas sobre si ciertas prácticas violan la Ley Federal de Reclamaciones Falsas.

Además, la regulación federal y la política de MMM Multi Health prohíben cualquier represalia contra personas que de buena fe informen presuntas violaciones de estas leyes a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley o que presenten demandas por "denunciantes" en nombre del gobierno. Cualquier persona que crea que él o ella haya sido objeto de tal retribución o represalia también debe informarlo a *Ethics Point* (por su nombre en inglés).

Ley de Reparaciones Civiles contra el Fraude al Programa de 1986, (PFCRA, por sus siglas en inglés):

La Ley de Reparaciones Civiles de Fraude al Programa de 1986 (PFCRA, por sus siglas en inglés) autoriza a las agencias federales como el Departamento de Salud y

Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) a investigar y evaluar las sanciones por la presentación de reclamos falsos a la agencia. La conducta prohibida por la PFCRA (por sus siglas en inglés) es como la prohibida por la Ley de Reclamaciones Falsas. Por ejemplo, una persona puede ser responsable bajo PFCRA (por sus siglas en inglés) por hacer, presentar o enviar, o hacer que se haga, presentar, enviar, un reclamo que la persona sepa o tenga la razón para saber:

- Es falso, ficticio o fraudulento;
- Incluye o es respaldado por cualquier declaración escrita que afirme un hecho material que sea falso, ficticio o fraudulento;
 - Incluye o es compatible con cualquier declaración escrita que;
 - Omite un hecho material;
 - Es falso, ficticio o fraudulento debido a tal omisión; y
 - Es una declaración en la cual la persona que hace presenta dicha declaración tiene el deber de incluir tal hecho material; o
 - Es para el pago de la provisión de bienes o servicios que las personas no han proporcionado según lo reclamado.

Si una agencia del gobierno sospecha que se ha presentado un reclamo falso, puede designar a un funcionario investigador para que revise el asunto. El oficial investigador puede emitir una citación para adelantar la investigación o puede referir el asunto al Departamento de Justicia para los procedimientos bajo la Ley de Reclamos Falsos. Si, de acuerdo con el informe del funcionario investigador, una agencia llega a la conclusión de que se requieren medidas adicionales, puede emitir una queja (previa aprobación del Departamento de Justicia) con respecto a la reclamación falsa. Se llevaría a cabo una audiencia, siguiendo los procedimientos detallados de debido proceso establecidos en los reglamentos que implementan la PFCRA (por sus siglas en inglés).

Divulgación de Reclamos Falsos:

Según la Ley de Reclamaciones Falsas, la organización puede evitar daños triples y sanciones civiles si divulga al programa federal de atención médica relevante cualquier reclamación falsa o fraudulenta, y realiza la restitución adecuada de cualquier pago en exceso, dentro de los 30 días posteriores al descubrimiento del reclamo falso.

Educación:

MMM Multi Health proporciona capacitación regulatoria y capacitación de FWA a Empleados, Junta Directiva, Contratistas, Subcontratistas, incluidos los componentes que abordan la Ley de Reclamaciones Falsas, y también se brinda a los proveedores a través de varios tipos de actividades educativas realizadas por el Departamento de Red de Proveedores.

14.4.3 Ley de Auto-Referidos (Ley *Stark*, (por su nombre en inglés) / Estatuto contra el soborno:

El auto-referido, comúnmente conocido como la ley "Stark" (por su nombre en inglés), prohíbe a los médicos referir pacientes a "servicios de salud designados", pagados por Medicare o Medicaid, en una entidad en la que el médico o un familiar cercano tiene una relación financiera, a menos que se aplique una excepción. Las relaciones financieras incluyen propiedad, intereses de inversión y acuerdos de compensación.

14.4.3.1 Los "Servicios de Salud" designados son los siguientes:

- Servicios de Laboratorio Clínico;
- Terapia física, Terapia Ocupacional y Servicios de Patología del Habla;
- Radiología y otros servicios de imágenes;
- Servicios de Terapia de radiación y suplidos;
- DME y suministros;
- Equipos y suministros parenterales y enterales;
- Prótesis, aparatos ortopédicos, dispositivos protésicos y suministros;
- Servicios de salud en el hogar;

- Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios;
- Servicios de hospitalización y ambulatorios.

Las sanciones por violar la ley *Stark* (por su nombre en inglés) incluyen multas, así como la exclusión de participar en los programas de salud federal.

14.4.4 Estatuto contra el soborno (*Anti-kickback Statute*, por su nombre en inglés):

Es un delito que, de manera intencional, se ofrezca, pague, solicite o reciba alguna remuneración, para inducir que se realicen referidos para servicios pagados por un programa de salud federal. La remuneración puede ser cualquier cosa de valor que, además de dinero en efectivo, incluya, por ejemplo, alquiler gratuito, estancias en hoteles y comidas, y compensación excesiva por consultas médicas. El estatuto penaliza tanto a los que pagan los sobornos y los que ofrecen la remuneración, así como a quienes la solicitan o reciben. La intención de cada parte es un elemento clave de su responsabilidad en virtud de esta ley.

14.4.4.1 Estos sobornos o comisiones en el cuidado de la salud pueden conducir a:

- Sobreutilización de servicios;
- Aumento de los costos del programa;
- Corrupción de la toma de decisiones médicas;
- Dirección o desvío de pacientes;
- Competencia desleal.

Las sanciones incluyen multas, penas de cárcel, y la exclusión de la participación en los programas de salud federal. Los médicos que pagan o aceptan sobornos también se enfrentan a penas de hasta \$50,000 por cada incidente y hasta tres veces la cantidad remunerada.

Eliminar el Fraude, Abuso y Desperdicio (FWA) es una responsabilidad compartida de todos los involucrados en la provisión de los servicios de salud y servicios administrativos. Usted juega un papel vital en la protección de la integridad del Programa Medicaid. Para luchar contra el fraude y el abuso, necesita saber qué

debe vigilar para proteger su organización contra posibles prácticas abusivas, responsabilidad civil y actividad criminal. A continuación, se incluyen algunas recomendaciones para asegurar a minimizar los riesgos de FWA mientras que proporciona una atención de calidad a los asegurados.

- Conocer las normas y leyes que rigen los servicios de salud;
- Revisar la Lista de Individuos y Entidades Excluidos por la Oficina del Inspector General para validar que ningún empleado o contratista esté excluido;
- Implementar un Programa de Cumplimiento;
- Mantener los expedientes médicos documentados de manera exacta y precisa. Además, asegúrese que su documentación es compatible con las reclamaciones sometidas al Plan de Salud para pago;
- Asegúrese de que su facturación es precisa y correcta. Cuando somete una reclamación, usted está certificando que ha ganado el pago solicitado y ha cumplido con los requisitos de facturación. Algunos ejemplos de reclamaciones indebidas incluyen:
 - Facturar por servicios no provistos;
 - Facturar por servicios que no eran médicamente necesarios;
 - Facturar por servicios provistos por un empleado no calificado;
 - Facturar por servicios provistos por un empleado excluido de participar en los programas de salud federal;
 - Facturar de los servicios de tan baja calidad que son prácticamente inútiles;
 - Facturar por separado servicios ya incluidos en un código global, como, por ejemplo, facturar por un servicio de evaluación y manejo, el día después de una cirugía.

La Unidad de fraude y abuso del Programa de Cumplimiento del MI Salud de MMM Multi Health es responsable de detectar, prevenir, investigar y reportar a las agencias reguladoras, situaciones o denuncias de posible fraude, pérdida o

abuso. Para informar de alguna situación o alguna actividad sospechosa de potencial fraude, pérdida o abuso, o para preguntas sobre este tema, por favor póngase en contacto con la Unidad de FWA de MMM Multi Health a través de:

Línea Directa: 1-844-256-3953

Página web: www.psg.ethicspoint.com

Correo electrónico: GHP_SIU@mmmhc.com

14.4.4.2 Adiestramiento:

Bajo los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y los reglamentos de ASES, los Proveedores suscritos a los Programas de Medicaid están obligados a completar el adiestramiento anual de cumplimiento, fraude, pérdida y abuso. Usted recibirá una notificación de parte de nosotros concerniente al cumplimiento de este requisito.

14.5 Plan de Competencia Cultural:

Para poder trabajar eficazmente con personas de diferentes culturas, es imperativo valorar la importancia del origen étnico, la raza y la religión, en la prestación de servicios de salud. MMM Multi Health ha desarrollado un Plan de Competencias Culturales para garantizar que se satisfagan las necesidades únicas y diversas de todos los beneficiarios del MI Salud.

El objetivo es mejorar la comunicación con los beneficiarios que tengan barreras culturales o lingüísticas; disminuir las disparidades en los servicios de salud que reciben las minorías a las que servimos; y mejorar la comprensión entre empleados, contratistas y Proveedores en lo que respecta a la diversidad cultural y religiosa dentro de la población.

14.5.1 Para esto, el plan cubre los siguientes componentes:

- Análisis de datos - para recopilar información e identificar necesidades de la población a la que MMM Multi H sirve;

- Servicios lingüísticos - para desarrollar material escrito y coordinar servicios de interpretación entre otros;
- Creencias religiosas - para garantizar que los Empleados y los Proveedores sean sensibles y estén informados con respecto a las creencias religiosas;
- Educación de Proveedores;
- Medios electrónicos - para proporcionar acceso a la línea TTY / TDD para personas con discapacidad auditiva;
- Encuesta de Competencia Cultural - para aumentar la concienciación e identificar necesidades de adiestramiento.

15. Sistema de Querellas

De acuerdo con el 42 CFR Parte 438, Sub-parte F, MMM Multi Health cuenta con un Sistema de Querellas que incluye (i) un proceso de quejas, (ii) el proceso de querellas, (iii) el proceso de apelación, y (iv) el acceso al proceso de Audiencia Administrativa. MMM Multi Health designará, por escrito, a un oficial que tiene la responsabilidad principal de garantizar que las quejas, querellas y apelaciones se resuelven. MMM Multi Health cuenta con un sistema de querellas por escrito y las políticas y procedimientos que detallan el funcionamiento del Sistema de Querellas.

Como mínimo, las políticas y procedimientos del Sistema de Querellas de MMM Multi Health son las siguientes:

1. Procedimiento para la presentación de una queja, querella, o apelación, o el tiempo que puede solicitar Audiencia Administrativa ante ASES.
2. Procedimiento para el recibo, registro, seguimiento, revisión, presentación de informes, y resolución de querellas presentadas verbalmente, por escrito o en persona.
3. Proceso para solicitar una apelación expedita.

4. Proceso y período de tiempo para que un proveedor presente una querella, reclamo o apelación en representación de un beneficiario.
5. Proceso de notificar a los beneficiarios sobre su derecho a presentar una queja, querella o apelación ante la Oficina del Procurador del Paciente y cómo comunicarse con la Oficina del Procurador del Paciente.
6. Los procedimientos de compartir información con los proveedores, ASES y los beneficiarios relacionados a Apelaciones y Querellas.
7. Proceso y tiempo para notificar a los beneficiarios la resolución de la queja, querellas, y apelaciones, solicitud de tiempo adicional para revisión, y la denegación de la solicitud de una apelación expedita.
8. MMM Multi Health procesa cada queja, querella, o apelación conforme con los reglamentos de Puerto Rico y los requisitos federales legales y reglamentarios.

15.1. Proceso de Quejas

En el proceso de quejas se tramitan las expresiones de insatisfacción de los beneficiarios sobre cualquier asunto que no sea una acción que se resuelven en el punto de contacto en lugar de una querella formal. Un beneficiario o el representante autorizado del beneficiario pueden presentar una queja, ya sea oralmente o por escrito. Sin embargo, el tiempo para la resolución comienza con la fecha en que MMM Multi Health recibe la solicitud oral. El beneficiario o el representante autorizado del beneficiario pueden presentar una queja dentro de quince (15) días calendario después de la fecha de ocurrencia de la misma. MMM Multi Health resolverá la queja dentro de setenta y dos (72) horas en que se recibió la queja, ya sea oral o por escrito. Si la queja no se resuelve dentro de este término será tratada como una querella.

El Aviso de Disposición incluirá los resultados y la fecha de la resolución de la queja e incluirá notificación del derecho a presentar una querella o apelación y la información necesaria para permitir que el beneficiario solicite una Audiencia Administrativa, en su caso, incluyendo la información de contacto necesaria para solicitar una Audiencia Administrativa ante ASES.

15.2. Proceso de Querellas

Un beneficiario o representante autorizado del beneficiario puede presentar una querella en cualquier momento con MMM Multi Health o con la Oficina del Procurador del Paciente de Puerto Rico, ya sea oral o por escrito. Un proveedor no puede presentar una querella a menos que tenga el consentimiento del beneficiario por escrito. MMM Multi Health enviará acuse de recibo dentro de 10 días calendarios de haberlo recibido y a su vez enviará una notificación por escrito de la resolución de la querella lo más rápido posible si el estado de salud del beneficiario lo determine, pero no más tarde de noventa (90) días calendario a partir del día en que MMM Multi Health recibe la querella.

15.2.1 El Aviso de Disposición incluirá lo siguiente:

- Resolución de la querella
- Base de la resolución
- Fecha de la resolución

MMM Multi Health podrá extender el término para proveer una notificación por escrito de la disposición de una querella para un máximo de catorce (14) días calendario si el beneficiario solicita la extensión o MMM Multi Health demuestra (a satisfacción de ASES y a petición de éste) que existe la necesidad de obtener información adicional siempre y cuando sea en beneficio del beneficiario. Si MMM Multi Health extiende el término, debe notificar al beneficiario de la solicitud por escrito notificándole lo que motiva la solicitud de extensión.

15.3. Proceso de Apelación

El beneficiario, el representante autorizado del beneficiario, o el proveedor pueden presentar una apelación en forma oral o escrita. A menos que la apelación requiera revisión rápida, el beneficiario, representante autorizado del beneficiario, o el proveedor que actúa en representación del beneficiario con el consentimiento escrito firmado por parte del beneficiario, junto con la solicitud de apelación. La solicitud de una apelación verbal para una determinación adversa se tratan como apelaciones

(para establecer la posible fecha de presentación de la apelación), pero los beneficiarios deben confirmar por escrito dentro de los diez (10) días calendario de la presentación oral. Excepto cuando el asegurado solicite una apelación expedita que no se requiere documento escrito ni seguimiento adicional. Los requisitos del proceso de apelación serán aplicables para todos los tipos de apelaciones. El beneficiario, representante autorizado del beneficiario, o el proveedor que actúa en representación del beneficiario con el consentimiento escrito del beneficiario, puede presentar una apelación ante MMM Multi Health dentro los sesenta (60) días calendario a partir la fecha en MMM Multi Health de la notificación de la acción.

Las apelaciones deben presentarse directamente con MMM Multi Health. El proceso de apelación ofrece al beneficiario, representante autorizado del beneficiario, o el proveedor que actúa en representación del beneficiario con el consentimiento escrito del beneficiario, una oportunidad razonable para presentar información adicional por escrito o en persona. MMM Multi Health informa al beneficiario del tiempo disponible para ofrecer la información en caso de revisión expedita. El proceso de apelación ofrece al beneficiario, representante autorizado del beneficiario, o el proveedor que actúa en representación del beneficiario con el consentimiento de la persona inscrita por escrito, la oportunidad, antes y durante el proceso de apelación, de examinar el expediente incluyendo expedientes médicos, y cualquier otro documento a ser considerado durante el proceso de apelación. Proporcionar copias de los documentos contenidos en el mismo, sin costo alguno. MMM Multi Health resolverá la apelación estándar y enviará una notificación escrita de la disposición dentro de un periodo que no exceda treinta (30) días calendario desde la fecha en que MMM Multi Health recibe la apelación. MMM Multi Health establece y mantiene un proceso de revisión para las apelaciones expeditas, cuando MMM Multi Health determina (en base a una solicitud del beneficiario) o el proveedor indica (al hacer la solicitud en representación del beneficiario) que de tomarse el tiempo de resolución estándar podría poner en grave riesgo la vida del beneficiario, la salud o la capacidad para lograr, mantener o recuperar la función máxima. El beneficiario, representante autorizado del beneficiario,

o el proveedor que actúa en representación del beneficiario con el consentimiento escrito del beneficiario, puede presentar una querrela acelerada, ya sea oral o por escrito. MMM Multi Health resolverá la apelación expedita y proporciona un aviso de disposición, tan pronto el estado de salud del beneficiario lo requiera, y no podrá exceder setenta y dos (72) horas a la fecha en que MMM Multi Health recibe la apelación y debe realizar los esfuerzos razonables para proveer una notificación oral.

Si MMM Multi Health deniega la solicitud de un beneficiario para una apelación expedita, y ésta tiene un cambio de prioridad a una apelación estándar, debe realizar los esfuerzos razonables para brindar la notificación oral al beneficiario sobre el cambio de prioridad y dar seguimiento dentro de los dos (2) días calendario con un aviso escrito previo. Si el beneficiario no está de acuerdo con la decisión emitida, él o ella tiene el derecho de presentar una querrela acelerada y ésta se resolverá dentro de veinticuatro (24) horas. MMM Multi Health también realizará los esfuerzos razonables para proporcionar una notificación oral para la resolución de una revisión expedita de la apelación. MMM Multi Health podrá extender el plazo para la resolución estándar o expedita de la apelación hasta catorce (14) días calendario si el beneficiario, representante autorizado del beneficiario, o el proveedor que actúa en representación del beneficiario con el consentimiento escrito del beneficiario, solicita la extensión o MMM Multi Health demuestra (a satisfacción de ASES o del asegura) que existe la necesidad de información adicional y la forma en que la solicitud es en beneficio para el beneficiario. Si MMM Multi Health extiende el plazo, para la posible prórroga no solicitada por el beneficiario, se le enviará un aviso por escrito sobre la razón de la demora. MMM Multi Health informa al beneficiario del derecho a presentar una querrela si no está de acuerdo con la decisión de extender el plazo.

MMM Multi Health notifica por escrito de la notificación de la apelación para el beneficiario (y el proveedor, si el proveedor presentó la apelación en nombre del beneficiario), así como una copia a ASES en el plazo de dos (2) días laborables de la resolución.

- ❖ El aviso por escrito incluye:

1. Resultados y la fecha de la resolución de apelación.
2. Para las decisiones que no están enteramente a favor del beneficiario.
3. El derecho a solicitar una Ley de Audiencia Administrativa.
4. Cómo solicitar una Ley de Audiencia Administrativa.
5. El derecho a continuar recibiendo los beneficios mientras esté pendiente la Ley de Audiencia Administrativa.
6. Cómo solicitar la continuación de los beneficios.
7. Notificación si MMM Multi Health se mantiene en una audiencia.

15.4 Derecho administrativo para audiencias

MMM Multi Health es responsable de explicar el derecho del beneficiario y los procedimientos para una Vista de Audiencia Administrativa, incluyendo que el beneficiario debe agotar el proceso de queja, querrela y apelaciones de MMM Multi Health antes de solicitar una Vista de Audiencia Administrativa. Las partes en la Audiencia Administrativa incluyen a MMM Multi Health, así como el beneficiario o su representante autorizado, o el representante un estado donde el beneficiario ha fallecido. Si MMM Multi Health toma una acción, el beneficiario apela la acción y la resolución de la apelación no está a favor del beneficiario, el beneficiario puede solicitar la Vista de Audiencia Administrativa, donde ASES otorgará al beneficiario dicha audiencia. El derecho a la Audiencia de Derecho Administrativo, cómo obtenerla, y las reglas sobre quiénes pueden representar al beneficiario en dicha audiencia se le explica a la persona inscrita y por MMM Multi Health.

16. Codificación y procesamiento de reclamaciones

16.1 Proceso de reclamaciones

MSO recibirá reclamaciones de proveedores contratados y las procesará de manera oportuna y precisa. MMM Multi Health debe procesar reclamaciones a papel y electrónicas de acuerdo a los requisitos establecidos en el Contrato con el MI Salud. Los pagos de las facturas de servicios también se basarán en los términos

especificados en el contrato del proveedor. Los proveedores deben someter los encuentros electrónicos a MSO semanalmente.

16.1.1 Definiciones:

1. **Reclamaciones completas:** una reclamación recibida para adjudicación que puede ser procesada sin requerir información adicional del proveedor del servicio o de un tercero. Esto incluye reclamaciones con errores originados en el sistema de reclamaciones de MMM Multi Health y no incluye las reclamaciones de un proveedor que esté bajo investigación por fraude, pérdida y abuso, o una reclamación que se evalúa para determinar la necesidad médica.

- ✓ 95% de las reclamaciones completas se pagarán en 30 días a partir de la fecha de recibo.
- ✓ 100% de las reclamaciones completas se pagarán en 50 días a partir de la fecha de recibo.

2. **Reclamaciones sometidas incompletas:** es una reclamación por la que se requiere un documento adicional o correcciones de una fuente externa para que la reclamación sea pagadera. Esto incluye las reclamaciones de los proveedores que están bajo investigación por fraude, pérdida y abuso, o una reclamación que se examina para determinar la necesidad médica.

- ✓ El 90% de las reclamaciones incompletas se pagarán en 90 días a partir de la fecha de recibo.
- ✓ El 9% de reclamaciones incompletas serán pagadas en 6 meses (180 días) a partir de la fecha de recibido.
- ✓ El 1% de las reclamaciones incompletas se pagarán en un año (12 meses) desde la fecha de recibido.

3. Facturación correcta

Es importante seguir las guías de facturación establecidas por el *National Correct Coding Initiative*. Esto incluye y no se limita al uso correcto de los modificadores,

códigos incidentales, etc., estos editajes se tomarán en consideración al procesar sus facturas.

4. Reclamaciones electrónicas

MSO tiene la capacidad para aceptar transacciones electrónicas de reclamaciones a través de Inmediata o Assertus. Esta debe ser la primera alternativa para someter reclamaciones. Para someter las reclamaciones utilice el *Payer ID*:

MMM Multi Health 660653763

Si no es posible someter las reclamaciones a través de Inmediata o *Assertus*, debe enviar las reclamaciones a papel a la siguiente dirección:

MMM Multi Health

PO Box 71307

San Juan, PR 00936

5. Ajustes

En el evento que la reclamación sea denegada por cualquier motivo, el proveedor deberá re-someter dicha reclamación junto con la documentación aplicable a MSO consistente con los términos del acuerdo, y no más tarde de treinta (30) días*. Si el proveedor no re-somete con la documentación aplicable al MSO por servicios prestados dentro de dicho periodo de tiempo, la factura del proveedor con respecto a los servicios detallados se considerará cancelada.

El proveedor debe incluir toda la información de apoyo que puede ser considerada de vital importancia para la resolución del caso, incluyendo una lista de beneficiarios que participan en el caso de apelación. Por ejemplo: recibo de pago o pruebas, documentación médica adicional del beneficiario, HCFA 1500 y/o Formulario UB04, etc. MSO ha establecido un formato para solicitar un ajuste. Este formato debe ser incluido en todas las solicitudes de ajuste y no debe ser modificado.

***Para referencia del período de tiempo, favor de ver su contrato.**

16.2 Calendario de Pagos

MSO ejecutará un (1) ciclo de pagos por semana para el proveedor. Esto se aplica a la tasa por servicios de reclamaciones. Para los servicios de capitación, se generará un pago mensual.

16.3 Tiempo para facturar

El proveedor deberá presentar reclamaciones en o antes de noventa (90) días a partir de la fecha de servicio con toda la información requerida para recibir un pago correcto y a tiempo. En el caso de que la reclamación se someta a MSO con más de noventa (90) días después de la fecha de prestación de servicios cubiertos por el proveedor, se denegará la solicitud.

Según lo establecido en el contrato, el proveedor deberá someter las reclamaciones por formato electrónico. Para reclamaciones en papel, el proveedor debe presentar, junto con todos los documentos de apoyo aplicable (en su caso), a la siguiente dirección:

MMM Multi Health

PO Box 71307

San Juan, PR 00936

16.4 Proceso de reclamaciones no limpias (*Unclean Claims*)

A más tardar el quinto (5^{to}) día después de una reclamación recibida la cual se ha determinado que no cumple los requisitos de reclamación limpia la reclamación será suspendida y una carta de se enviará solicitando la información relevante para que la factura pueda ser considerada limpia.

El proveedor deberá enviar la reclamación con la información solicitada, de no más de noventa (90) días naturales.

Tras el recibo de toda la información solicitada al proveedor, MSO deberá completar el procesamiento de la reclamación, y finalizar (a un estatus pagado o denegado) dentro de los noventa (90) días naturales.

En las reclamaciones denegadas, si el proveedor no está de acuerdo con la determinación, deben seguir el proceso de ajuste que se define en la sección de procesamiento de reclamaciones.

16.5 Sistema de resolución de disputas

MSO ha establecido un proceso para resolver disputas relacionadas a la facturación, pagos y otras disputas administrativas entre proveedores y MMM Multi Health que surjan bajo contrato del proveedor. A través de este proceso el proveedor tiene oportunidad de someter su queja por escrito al MSO. MSO emitirá una decisión escrita en relación a la disputa del proveedor dentro de quince (15) días calendario del recibo de la queja escrita del proveedor. La decisión escrita de MSO que es en alguna manera adversa al proveedor, incluirá una explicación de los motivos para la decisión y una notificación de los derechos y procedimientos que el proveedor debe seguir para una audiencia administrativa legal con ASES.

16.6 Recuperación financiera

MMM Multi Health tiene un proceso para manejar las auditorías y determinar si se ha pagado una reclamación de forma incorrecta. Se identifican los pagos potenciales en exceso y se solicita el reembolso por parte del proveedor a través del sistema de pago. El proveedor tendrá un plazo de noventa (90) días naturales para apelar la determinación de la recuperación hecha por MSO.

17. Administración y Manejo

17.1 Horario de las Operaciones de Negocio

MI Salud será responsable de la administración y manejo de todos los requisitos y acorde con las normas de cuidado administrado de Medicaid de 42 CFR Parte 438. Dado que la inscripción se produce principalmente en las oficinas administrativas, MI Salud se asegurará de que sus oficinas administrativas están físicamente accesible a todos los beneficiarios y totalmente equipada para realizar todas las funciones relacionadas con la ejecución de este Contrato. MI Salud mantendrá oficinas administrativas en cada región de servicio. MI Salud se acomoda a cualquier petición

de ASES para visitar las oficinas administrativas de la MI Salud para asegurar que las oficinas son compatibles con los requisitos de la Ley de Discapacidades ("ADA") para los edificios públicos y con todas las demás reglas y regulaciones aplicables federales y estatales. MI Salud debe mantener una (1) oficina administrativa central y una oficina administrativa adicional en cada región de servicio cubierto por este contrato. La oficina de MI Salud se encuentra en el centro y en un lugar accesible a pie y por el tráfico de vehículos.

MI Salud puede establecer más de una (1) oficina administrativa dentro de cada una de sus regiones de servicio, sino que debe designar una (1) de las oficinas como la oficina administrativa central. Todas las comunicaciones escritas de MI Salud a los beneficiarios, deben contener la dirección del lugar identificado como el legal y oficina administrativa central con licencia. Esta oficina administrativa debe estar abierta al menos entre las 9:00 a.m. y 5:00 p.m. (hora del Atlántico), de lunes a viernes. Además, en conformidad con el plan de inscripción de promoción de MI Salud (véase la Sección 6.12), la oficina administrativa de MI Salud debe haber ampliado el horario abierto hasta las 7:00 p.m. (hora del Atlántico) al menos un (1) día hábil de la semana, y debe estar abierto (en la medida necesaria para permitir las actividades de inscripción) un sábado al mes de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. (hora del Atlántico). MI Salud se asegurará de que las oficinas cuenten con suficiente personal durante todo el plazo del contrato, para garantizar que los posibles beneficiarios puedan visitar la oficina para inscribirse en cualquier momento durante las horas de operación. Esta disposición se asegurará de que los beneficiarios y proveedores reciban una respuesta rápida y precisa a las consultas.

MMM Multi Health cuenta con un proceso para manejar la auditoría para determinar el hecho de que ha pagado una reclamación de forma incorrecta. Identificará un potencial sobrepago y solicitará el reembolso del proveedor a través del sistema de pago.

El proveedor tendrá un período de noventa (90) días naturales para apelar la determinación de la recuperación hecha por MSO.

18. Acrónimos

Los acrónimos incluidos en esta Guía de Proveedores caen bajo estos términos:

A&G	Appeals and Grievance – Apelaciones y Querellas
ACH	Automated Clearinghouse
ACIP	Advisory Committee on Immunization Practices
ADFAN	<i>Administración de Familias y Niños en Puerto Rico</i> , or Families and Children Administration in Puerto Rico
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AICPA	American Institute of Certified Public Accountants
AIMD	Associate Inpatient Medical Director
AP	Admitting Physician – Proveedor con privilegios intrahospitalarios
APP	Admitting Physician Program – Programa de Manejo y Cuidado Intrahospitalario.
Exchange	Intercambio de Facultativo no participante del Programa APP por facultativo participante del Programa APP.
ASES	Administración de Seguros de Salud, or Puerto Rico Health Insurance Administration.
ASSMCA	The Puerto Rico Mental Health and Against Addiction Services Administration or Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción.
ASUME	Minor Children Support Administration
BC-DR	Business Continuity and Disaster Recovery
CAHPS	Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems

CEO	Chief Executive Officer
CFO	Chief Financial Officer
CFR	Code of Federal Regulations
CHIP	Children's Health Insurance Program
CLIA	Clinical Laboratory Improvement Amendment
CMS	Centers for Medicare & Medicaid Services
CRN	Concurrent Review Nurse
CRIM	Center for the Collection of Municipal Revenues
DM	Disease Management
DME	Durable Medical Equipment
DNC	Días de no cumplimiento – Días denegados
DENC	Detailed Explanation of Non Coverage – Carta detallada de NO cubierta
DNOD	Detailed Notice of Discharge – Notificación detallada de alta
DOJ	The Puerto Rico Department of Justice
DPU	Discharge Planning Unit – Unidad de Planificación de Alta
ECHO	Experience of Care and Health Outcomes Survey
ECM	Electronic Claims Management
EDI	Electronic Data Interchange
EFT	Electronic Funds Transfer

EIN	Employer Identification Number
EMTALA	Emergency Medical Treatment and Labor Act
EPLS	Excluded Parties List System
EPSDT	Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment
EQRO	External Quality Review Organization
ER	Emergency Room
FAR	Federal Acquisition Regulation
FDA	Food and Drug Administration
FFS	Fee-for-Service
FQHC	Federally Qualified Health Center
FTP	File Transfer Protocol
HAC	Condición Adquirida en Hospital
HEDIS	The Healthcare Effectiveness Data and Information Set
HHS	US Department of Health & Human Services
HHS-OIG	US Department of Health & Human Services Office of the Inspector General
HIE	Health Information Exchange
HIO	Health Information Organization
HIPAA	Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996
HITECH	The Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act of 2009, 42 USC 17391 et. Seq

IBNR	Incurred-But-Not-Reported
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10th edition)
LEIE	List of Excluded Individuals and Entities
MAC	Maximum Allowable Cost
M-CHAT	Modified Checklist for Autism in Toddlers
MCG	Milliman Care Guidelines – Guías de Cuidado Milliman
MCO	Managed Care Organization
MD	Medical Doctor
MHSIP	Mental Health Statistics Improvement Program
MMIS	Medicaid Management Information System
NCQA	National Committee for Quality Assurance
NDMC	Notice of Denial of Medical Coverage – Carta para criterio del alta en nivel agudo
NEMT	Non-Emergency Medical Transportation
NPI	National Provider Identifier
NPL	National Provider List
NPPES	National Plan and Provider Enumeration System
NQMC	National Quality Measures Clearinghouse
ONCHIT	Office of the National Coordinator for Health Information Technology

OPP	Oficina del Procurador del Paciente
P&T	Pharmacy and Therapeutics
PBM	Pharmacy Benefit Manager
PCP	Primary Care Physician
PDL	Preferred Drug List
PHI	Personal Health Information
PIP	Performance Improvement Projects
PMG	Primary Medical Group
POA	Present on Admission – Condición presente al momento de ingresar
PPA	Pharmacy Program Administrator
PPACA	Patient Protection and Affordable Care Act
PPN	Preferred Provider Network
PRHIEC	Puerto Rico Health Information Exchange Corporation
QAPI	Quality Assessment Performance Improvement Program
QIP	Quality Improvement Procedure
RFP	Request for Proposals
RHC	Rural Health Center/Clinic
RMD	Director Médico Regional
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SAS	Statements on Auditing Standards

SCR	Senior Concurrent reviewer- Personal con doctorado dedicado a la revisión concurrente de expedientes médicos.
SMI/SED	Serious Mental Illness/Serious Emotional Disability
SNF	Skilled Nursing Facility – Centro de Cuidado Diestro de Enfermería
SRAE	Serious Reportable Adverse Event – Evento clínico prevenible o centinela.
SSN	Social Security Number
SUDs	Substance Use Disorders
TAU	Transitional Admission Unit – Unidad de Transición Contratada
TDD	Telecommunication Device for the Deaf
TPL	Third Party Liability
TU	Transportation Unit – Unidad de Transportación
UM	Utilization Management
US	United States of America
USC	United States Code