



GUÍA DE PROVEEDORES

2025

Contenido

MSOG-PE-QRG-250-072525-S	5
1. ELEGIBILIDAD	5
1.1 Elegibilidad para los Beneficiarios y Notificación de Decisión	5
1.3 Culminación de la Elegibilidad	8
1.4 El Deber de Verificar la Elegibilidad	9
2. INSCRIPCIÓN Y DESAFILIACIÓN	10
2.1 Fecha de Vigencia de la Inscripción	10
2.2 Inscritos con doble elegibilidad (<i>Dual Eligibles</i>)	11
2.3 Terminación de la inscripción	12
2.4 Autoinscripción	12
2.5 Inscripción de Recién Nacidos	12
2.6 Notificación de Recertificación	13
2.7 Cancelación de la inscripción	14
2.8 Cancelación de la Inscripción iniciada por el Beneficiario:	16
2.9 Solicitudes de Apelaciones Estándares o Expeditas	19
3. DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL BENEFICIARIO	21
3.1 Selección de Proveedores por parte del Beneficiario	21
3.2 ¿Cómo puede ver a su Médico Primario (PCP, por sus siglas en inglés)?	23
3.3 Turnos Preferenciales:	24
3.4 Directrices Anticipadas	24
3.5 Derecho a Cambiar de Grupo Médico Primario (GMP) y de Médico de Cuidado Primario (PCP, por sus siglas en inglés):	29
3.6 Derecho a la Privacidad del Beneficiario Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA)	31
3.7 Derecho a Segunda Opinión	32
3.8 Copagos y Coaseguros	33
4. SERVICIOS CUBIERTOS POR MMM MULTIHEALTH	39
4.1 Necesidades Médicas	39
4.2 Procedimientos Experimentales o Cosméticos	40
4.3 Servicios Cubiertos, Servicios Excluidos y Funciones Administrativas	40
4.3.10 Servicios Dentales	53
5. Farmacia	76

5.1 Farmacia y Servicios de las Cubiertas	76
5.2. Medicamentos Excluidos del Beneficio de Farmacia.....	78
5.3. Información Relevante para Nuestros Proveedores	79
5.4 Cubierta de Medicamentos para el Programa de Beneficios de Farmacia	84
5.5. Proceso de Solicitud de Excepciones	85
5.6 Investigaciones de Posibles Casos de Fraude.....	91
5.7. Información de Contacto del Departamento de Farmacia	92
6. PROGRAMA DE MEJORAMIENTO Y EJECUCIÓN DE CALIDAD.....	92
6.1 Objetivos	93
6.2 Programa de Evaluación de Calidad y Mejoramiento en la Ejecución	93
6.3 Junta Asesora.....	94
6.4 Proyectos de Mejoramiento de Desempeño	94
6.5 Programa de Iniciativas de Calidad para la Sala de Emergencia.....	96
6.6 Programa de Mejoramiento de Cuidado de la Salud.....	97
6.7 Programa de Bienestar	99
6.8 Encuestas de Satisfacción de Proveedores y Beneficiarios	100
6.9 Evaluación Externa de Calidad	101
7. FUNCIONES ADMINISTRATIVAS Y CLÍNICAS	101
7.1 Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT)	101
Propósito	101
7.2 Programa Prenatal.....	114
7.3 Programa de Salud y Bienestar	124
7.4 Manejo de cuidado	129
7.5 Protocolo de la Cubierta Especial.....	131
7.6. Programa de Manejo de Cuidado Complejo	137
7.7 Guías Clínicas:	140
7.8 Estructura Organizacional	140
7.9 Programa de Manejo de Heridas	142
8. CODIFICACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.....	144
8.1 Práctica de documentación y codificación clínica.....	144
8.2 Conceptos generales en documentación clínica.....	144
8.3 Conceptos generales de facturación y codificación	158
9. MODELO INTEGRADO DE SALUD MENTAL Y MEDICINA PRIMARIA	175

9.1 Modelo de Colocación.....	175
9.2 Modelo de Colocación Inversa.....	179
9.3 Departamento de Servicios y Determinantes Sociales de la Salud (DS&DSS).....	180
10. MANEJO DE UTILIZACIÓN	186
10.1 Autorizaciones y Referidos.....	186
10.2 Puntualidad de Preautorizaciones.....	188
10.3 InnovaMD	191
10.4 Centro de Llamadas de Servicio al Proveedor (<i>Provider Call Center</i>).....	197
10.5 Servicios del Sistema Interactivo de Voz (IVR).....	198
10.6 Grupo de Apoyo de InnovaMD	198
10.7 Expediente de Salud Electrónico (EHR, por sus siglas en inglés)	199
11. MANEJO DE UTILIZACIÓN INTRAHOSPITALARIA	200
11.1 Visión	200
11.2 Descripción General	200
11.3 Metas	201
11.4 Descripción del Programa de Revisión y Utilización Intrahospitalaria	202
11.5 Organización:	205
11.6 Definición de Conceptos:	206
11.7 Guías de Cuidado Médico	209
11.8 Política de Notificación de Admisiones y Altas Médicas: Nivel Agudo, SNF y Rehabilitación (servicio no cubierto).....	210
11.9 Política de Notificación de Recién Nacidos:	213
11.10 Política de Evaluación de Expedientes Clínicos en la Facilidad Hospitalaria.....	213
11.11 Política de Revisión Concurrente Intrahospitalaria a Nivel Agudo y Subagudo	215
11.12 Política de Notificación de Desviación.....	216
11.13 Política de Revisión de Admisiones Retrospectivas.....	216
11.14 Política de días en no cumplimiento o ajustes de nivel de cuidado de una admisión.....	218
11.15 Política de Cierre de Casos con Alta Médica	222
11.16 Política de Evaluación Concurrente de Casos Admitidos con Estadía Prolongada en Sala de Emergencias.....	222
11.17 Política de notificación de consultas médicas: especialistas o subespecialistas	223
11.18 Política de reporte de eventos, HAC y SRAE.....	224
11.19 Política de Reporte de Condiciones Especiales Diagnosticadas en Hospital.....	225

11.20 Política de consultas y procedimientos de estudios de servicios para médicos no participantes	227
12. PROCESO DE CONTRATACIONES Y RED DE PROVEEDORES.....	228
12.1 Sanciones o Multas Aplicables en Caso de Incumplimiento	228
12.2 Calificaciones de los proveedores	230
12.3 Red de Proveedores Preferidos.....	233
12.4 Credenciales del proveedor.....	235
12.5 Comité de Revisión de Credencialización y el proceso de decisión	240
12.6 Educación y Capacitación de Proveedores.....	241
12.7 Delegación	242
12.8 Confidencialidad	245
12.9 Proceso de reinstalación	245
12.10 Definiciones:.....	246
12.11 Procedimientos.....	248
12.12 Desarrollo del Plan de Integridad del Programa	251
12.13 Monitoreo de licencias y credenciales	252
12.14 Portal de Registro de Proveedores (PEP)	253
13. RESPONSABILIDADES, DEBERES Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR.....	256
14. CUMPLIMIENTO.....	273
14.1 Programa de Cumplimiento:	273
14.2 Confidencialidad y Privacidad:	278
14.3 Leyes y Regulaciones.....	279
14.4 Fraude, Pérdida y Abuso (FWA, por sus siglas en inglés):	283
14.5 Plan de Competencia Cultural:.....	306
14.6 Adiestramientos y Educación:.....	310
14.7 Retracción de Pago:	311
15. SISTEMA DE QUERELLAS	313
15.1 Proceso de Quejas	314
15.2 Proceso de Querellas.....	315
15.3 Proceso de Apelación	316
15.4 Derecho a Vistas Administrativas.....	318
16. RECLAMACIONES	318
16.1 Proceso de reclamación.....	318
16.2 Calendario de Pagos.....	322

16.3 Tiempo para facturar	322
16.4 Proceso de Reclamaciones no Limpias (<i>Unclean Claims</i>)	323
16.5 Sistema de Resolución de Disputas	324
16.6 Recuperación Financiera	324
17. ADMINISTRACIÓN Y MANEJO	325
18. DEFINICIONES	326
19. ACRÓNIMOS	327
ANEJOS	335
1. Formulario Cubierta Especial	336
2. Flujograma para la Prueba de Hepatitis C	340
3. Itinerario de Eventos Educativos para los beneficiarios sobre Hepatitis C	341
4. Formulario de Consultas y Referidos	342

MSOG-PE-QRG-250-072525-S

1. ELEGIBILIDAD

1.1 Elegibilidad para los Beneficiarios y Notificación de Decisión

El Programa Medicaid Puerto Rico (PRMP) determina que una persona es elegible para Plan Vital si cuenta con la certificación del formulario “Notificación de Decisión” (antes conocido como MA-10). Esta persona se denominará en lo sucesivo "beneficiario potencial". El beneficiario potencial puede acceder a los servicios médicos con su evidencia del formulario Notificación de Decisión. Este

documento funciona como tarjeta de identificación temporera para el beneficiario desde la fecha de certificación, aun cuando no haya recibido una tarjeta de identificación como beneficiario. Plan Vital incorpora solamente a los beneficiarios de Medicaid, Seguro de Salud para Niños (*Children Health Insurance Program - CHIP*), y la población estatal, los cuales recibirán el documento Notificación de Decisión, que permite acceder a una cubierta de beneficios y servicios médicos. También provee una cubierta a los Empleados Públicos (ELA) que escogen Plan Vital como su cubierta médica principal, llenando una solicitud de ingreso al plan.

El 15 de noviembre de 2020, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) aprobaron cambios a las tablas de nivel de indigencia para proveer cobertura a la población debido a la pandemia de COVID-19. Estos cambios hacen posible que un mayor número de personas cualifique para recibir la cubierta de Medicaid. La expiración de esta cobertura temporera tiene fecha del 31 de octubre de 2023.

El Programa Medicaid Puerto Rico y ASES no juegan papel alguno en la determinación de la elegibilidad para los empleados públicos y pensionados. MSO of Puerto Rico, LLC no se opone a no proporcionar una Referencia o Autorización Previa para un servicio cubierto debido a una objeción por motivos morales o religiosos. Sin embargo, si el MSO de Puerto Rico, o un proveedor opta por no proporcionar, no reembolsar o no proporcionar una Referencia o Autorización Previa para un servicio cubierto debido a una objeción por motivos morales o religiosos, el plan deberá:

- 1.1.1 Notificar a la ASES dentro de los ciento veinte (120) Días Calendario antes de adoptar la política con respecto a cualquier servicio.

1.1.1.1 MMM Holdings reconoce que tales objeciones se tendrán en cuenta en el cálculo de las tarifas pagadas al Contratista y, cuando se realicen durante un período de contrato, pueden servir como base para el nuevo cálculo de las tarifas pagadas.

1.1.1.2 Si MMM Holdings, MSO of Puerto Rico, LLC y/o su compañía subsidiaria no cubren los servicios de consejería o referencia debido a objeciones morales o religiosas y optan por no proporcionar información a los afiliados sobre cómo y dónde obtener dichos servicios, ASES debe proporcionar esa información a los Afiliados.

1.1.2 Notificar al miembro dentro de los noventa (90) días calendario posteriores a la adopción de la política con respecto a cualquier servicio; y

1.1.3 Notifique a los miembros y a los posibles inscritos antes y durante la inscripción.

Los proveedores que se opongan a proporcionar una referencia o a prestar un servicio cubierto debido a una objeción por motivos morales o religiosos, deben notificar al MSO de Puerto Rico para que el plan siga el proceso de comunicación definido anteriormente.

1.2 Fecha de Vigencia

La fecha efectiva de elegibilidad para los beneficiarios de Medicaid, Seguro de Salud para Niños (CHIP) y la población estatal está especificada en el formulario de Notificación de Decisión. La fecha indicada puede ser una fecha retroactiva de elegibilidad, que es hasta tres (3) meses antes del primer día del mes en que el beneficiario potencial presenta la solicitud de elegibilidad en la

Oficina del Programa Medicaid Puerto Rico. Solo los servicios para las poblaciones de Medicaid y CHIP pueden cubrirse retroactivamente. Cada mes de retroactividad será evaluado individualmente.

La fecha de vigencia para la población estatal es la fecha en que se certifiquen en el Programa Medicaid Puerto Rico (PRMP). Esta población no tiene el beneficio de la cobertura retroactiva.

La fecha efectividad de elegibilidad para los beneficiarios que han recertificado es la fecha inmediatamente posterior al vencimiento del período de doce (12) meses.

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 determinar

1.3 Culminación de la Elegibilidad

La cancelación de la inscripción ocurre solo cuando el Programa Medicaid de Puerto Rico (PRMP) determina que un beneficiario ya no es elegible para el Plan VITAL; o cuando la cancelación es solicitada por el MCO o beneficiario, y la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) la apruebe. La población de acogida temporal y la población de violencia doméstica no pueden darse de baja de su Plan de GHP con inscripción automática.

Un beneficiario de Medicaid, del Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP) u otro beneficiario que se determine no elegible para MMM Multihealth, después de una redeterminación realizada por el Programa Medicaid Puerto Rico, permanecerá elegible para recibir los servicios médicos cubiertos bajo MMM Multihealth hasta la fecha cuando se tomó la decisión de la redeterminación negativa. Esta fecha se especificará en la Notificación de Decisión emitida por el Programa

Medicaid de Puerto Rico después de que se tome la decisión de redeterminación negativa. Un beneficiario que es empleado público o retirado del Gobierno de Puerto Rico seguirá siendo elegible hasta que la agencia de gobierno estatal lo desafilie de MMM Multihealth, siempre y cuando mantenga el pago de la prima aplicable al día.

1.4 El Deber de Verificar la Elegibilidad

Todos los proveedores contratados bajo MMM Multihealth deben validar la elegibilidad de un paciente con su identificación de beneficiario. La misma proporcionará el historial de la cubierta del paciente y acceso a imprimir el Certificado de Elegibilidad. Este proceso garantiza que toda la Red de Proveedores verifique la elegibilidad de los beneficiarios antes de proporcionar 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),

Centro de Llamadas de Servicio al Proveedor de MSO:

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. INSCRIPCIÓN Y DESAFILIACIÓN

2.1 Fecha de Vigencia de la Inscripción

Al recibir los avisos de inscripción, el Asegurador deberá cumplir con el proceso de Inscripción automática y emitir al beneficiario un aviso informándole el Grupo Médico Primario (GMP) y Médico de Atención Primaria (PCP), por sus siglas en inglés) que tiene asignados, y sus derechos para cambiar el GMP o PCP sin causa durante el período de inscripción abierta establecido por ASES. Cada año, dichos cambios pueden solicitarse a través del asesor de inscripción designado de ASES. Los beneficiarios pueden cambiar su asegurador (MCO) con causa en cualquier momento a través del consejero de inscripción elegido por ASES.

El aviso de inscripción que emite el Asegurador indicará claramente la fecha efectiva de inscripción. Este explicará que el beneficiario tiene derecho a recibir los servicios cubiertos a través del Asegurador. El aviso informará al beneficiario de su derecho limitado a cancelar su inscripción, y sobre el derecho del beneficiario a seleccionar un PCP diferente o cambiar los GMP. También alentará al beneficiario a buscar esta opción si no está satisfecho con la atención o los servicios.

Todos los beneficiarios deben ser notificados al menos anualmente de sus derechos de cancelación voluntaria de la inscripción. Dicha notificación debe explicar el proceso para ejercer este derecho de cancelación voluntaria, así como las alternativas disponibles para el beneficiario en función de sus circunstancias específicas.

Si un beneficiario o persona elegible para Medicaid o CHIP pierde la elegibilidad para MMM Multihealth, será tratado como nuevo beneficiario al momento de la reinscripción. Tras la

notificación del Programa Medicaid Puerto Rico (PRMP) de la recertificación, MMM Multihealth inscribirá automáticamente a la persona, con una inscripción efectiva a partir de la nueva fecha de efectividad de elegibilidad.

2.2 Inscritos con doble elegibilidad (*Dual Eligibles*)

Es responsabilidad de los beneficiarios con doble elegibilidad mantener actualizada su certificación con el Programa Medicaid Puerto Rico (PRMP). Debe asistir a la cita anual de recertificación e informar al plan de salud sobre cualquier cambio en su elegibilidad para Medicaid.

En el momento de la inscripción, MMM Multihealth proporcionará los posibles beneficiarios que son elegibles para Medicaid y también son elegibles para Medicare Parte A o Parte A y Parte B (“Inscritos doblemente elegibles”) la información sobre sus servicios cubiertos y copagos. Los miembros de la población estatal que son elegibles para Medicare no se considerarán inscritos con doble elegibilidad.

A los beneficiarios con doble elegibilidad inscritos en la Parte A de Medicare, MMM Multihealth les brinda cobertura regular, excluyendo los servicios cubiertos por Medicare Parte A (hospitalización). Sin embargo, MMM Multihealth cubrirá los servicios de hospitalización después de que se haya alcanzado el límite de cobertura de Medicare Parte A:

1. MMM Multihealth no cubrirá los copagos ni el coaseguro de la Parte A de Medicare.
2. Cuando el beneficiario doblemente elegible haya consumido el beneficio de hospitalización bajo Medicare, pagará los copagos o coaseguros aplicables a la hospitalización bajo Plan Vital.

2.3 Terminación de la inscripción

El plazo de inscripción será un período de doce (12) meses consecutivos para todos los inscritos de MMM Multihealth, excepto en los casos en que el Programa de Medicaid de Puerto Rico (PRMP) haya designado un período de redeterminación de elegibilidad menor a doce (12) meses para un inscrito que es elegible para Medicaid o CHIP; ese mismo período también se considerará el término de inscripción del beneficiario. Tal período de redeterminación de elegibilidad acordado puede aplicarse, a discreción del Programa de Medicaid de Puerto Rico (PRMP), cuando una afiliada está embarazada, el beneficiario no tiene hogar o se anticipa un cambio de circunstancia del beneficiario.

2.4 Autoinscripción

MMM Multihealth recibirá del Programa Medicaid Puerto Rico (PRMP) el registro de elegibilidad, incluyendo el PCP y PMG asignado. Si el beneficiario potencial no selecciona un PCP y PMG, MMM Multihealth ejecutará el proceso de inscripción automática que incluirá la asignación automática de un PMG y un PCP. Un nuevo beneficiario dependiente de un beneficiario actual de MMM Multihealth se asignará automáticamente al mismo grupo médico (GMP) en el cual su padre o cónyuge es un beneficiario actual con MMM Multihealth.

2.5 Inscripción de Recién Nacidos

MMM Multihealth enviará un paquete de inscripción para recién nacidos a la futura madre para que inscriba al recién nacido en el Programa Medicaid de Puerto Rico (PRMP) dentro de los noventa (90) días calendario posteriores al nacimiento, al enterarse de que una beneficiaria es una futura madre; notificándole que el recién nacido se inscribirá automáticamente en MMM

Multihealth; informándole que, a menos que visite la oficina de MMM Multihealth para seleccionar un GMP y un PCP, el niño será asignado automáticamente al GMP de la madre y a un PCP (pediatra); e informarle que tendrá noventa (90) días calendario después del nacimiento del niño para cancelar su inscripción en el Plan o cambiar el GMP y PCP del niño, sin causa. Si la madre no ha hecho una selección de PCP y GMP en el momento del nacimiento del niño, MMM Multihealth, dentro de un (1) día hábil de recibir el archivo de elegibilidad, asignará automáticamente al recién nacido a un PCP (pediatra) y al GMP de la madre.

2.6 Notificación de Recertificación

MMM Multihealth informará a los beneficiarios que son elegibles para Medicaid y CHIP, y miembros de la población estatal de una redeterminación inminente a través de notificaciones escritas. Dichos avisos se proporcionarán noventa (90) días calendario, sesenta (60) días calendario y treinta (30) días calendario antes de la fecha programada de la redeterminación. El aviso informará al beneficiario que, si es recertificado, su período de inscripción en el plan se renovará automáticamente; pero que, a partir de la fecha de certificación, tendrá un período de noventa (90) días calendario en el que podrá cancelar su inscripción en el plan, sin causa, o puede cambiar su selección de GMP y / o PCP sin tener que decir la causa.

El aviso informará a los beneficiarios que la pérdida de elegibilidad con el Programa Medicaid Puerto Rico (PRMP) cancelará el acceso a servicios a través de Plan Vital por no acudir a su cita de certificación.

2.7 Cancelación de la inscripción

La cancelación de la inscripción ocurre solo cuando el Programa Medicaid Puerto Rico (PRMP) determina que un beneficiario ya no es elegible para MMM Multihealth; o es solicitado y aprobado por Medicaid. La cancelación de la inscripción será efectuada por Medicaid, y notificarán a MMM Multihealth a través de la transferencia de archivos a MMM Multihealth diariamente con información sobre posibles beneficiarios dentro de los cinco (5) días calendario posteriores a la determinación final de la cancelación de la inscripción.

Las decisiones de cancelación de la inscripción son responsabilidad del Programa Medicaid de Puerto Rico (PRMP). Sin embargo, MMM Multihealth emitirá un aviso a los beneficiarios de la cancelación de la inscripción a través de una persona o por correo tradicional al beneficiario dentro de los cinco (5) días laborables de una decisión final de cancelación. Cada aviso de cancelación de inscripción incluirá información sobre:

- La fecha efectiva de cancelación de la inscripción;
- El motivo de la cancelación de la inscripción;
- Los derechos de apelación del beneficiario, incluyendo la disponibilidad del sistema de apelaciones y del proceso de Audiencia de derecho administrativo de ASES, según lo dispuesto por la Ley 72 del 7 de septiembre de 1993.
- El derecho de volver a inscribirse en MMM Multihealth al recibir una recertificación del Programa Medicaid de Puerto Rico (PRMP).

Si corresponde; la cancelación de la inscripción se realizará de acuerdo con los siguientes plazos:

1. La cancelación de la inscripción entrará en vigor a partir de la fecha efectiva de cancelación especificada en el aviso del Programa Medicaid Puerto Rico (PRMP) a MMM Multihealth de que un beneficiario ya no es elegible.
2. Si el Programa Medicaid Puerto Rico (PRMP) le notifica a MMM Multihealth la cancelación de la inscripción en o antes del último día hábil del mes en que finaliza la elegibilidad, esta será efectiva en la fecha de finalización recibida en el archivo de elegibilidad.
3. Cuando la cancelación de la inscripción se efectúa a pedido de MMM Multihealth o de la persona inscrita, la cancelación entrará en vigor a más tardar el primer día del segundo mes siguiente al mes en que MMM Multihealth o la persona inscrita solicitó la cancelación de la inscripción.
4. Si ASES no toma una decisión sobre MMM Multihealth o la solicitud del beneficiario antes de esta fecha, la cancelación de la inscripción se considerará otorgada.
5. Si el beneficiario solicita la reconsideración de una cancelación de la inscripción a través del Sistema de Apelaciones de MMM, el proceso de Apelación se completará a tiempo para permitir que la cancelación (si se aprueba) tome efecto de acuerdo con este plazo. De lo contrario, la fecha de efectividad de la cancelación de la inscripción sería así:
 - a) Cuando el beneficiario esté hospitalizado, ASES pospondrá la fecha efectiva de cancelación de la inscripción para que ocurra el último día del mes en que el beneficiario sea dado de alta del hospital o el último día del mes siguiente al

mes en el que la cancelación de la inscripción sería efectiva, lo que ocurra antes.

- b) Durante el mes en el que la beneficiaria se encuentra en el segundo o tercer trimestre del embarazo, ASES pospondrá la fecha efectiva de cancelación de la inscripción para que ocurra en la fecha del parto.
- c) Durante el mes en el que una persona inscrita es diagnosticada con una condición terminal, ASES pospondrá la fecha efectiva de cancelación de la inscripción para que ocurra el último día del mes siguiente.
- d) Para los empleados públicos y pensionados que son otras personas elegibles referidas, la cancelación de la inscripción se realizará de acuerdo con los plazos establecidos en una Carta Normativa emitida por ASES anualmente.

2.8 Cancelación de la Inscripción iniciada por el Beneficiario:

Una persona inscrita puede solicitar la cancelación de la inscripción en Plan Vital sin causa durante los noventa (90) días calendario posteriores a la fecha efectiva de inscripción o la fecha en que Plan Vital envía un aviso de la inscripción, lo que ocurra más tarde. Un beneficiario puede solicitar la cancelación de la inscripción sin causa cada doce (12) meses a partir de entonces.

Un beneficiario puede solicitar la cancelación de la inscripción en Plan Vital por causa en cualquier momento. Lo siguiente constituye causa de cancelación de la inscripción por parte del beneficiario:

1. Si el beneficiario ha fallecido o se ha mudado fuera de Puerto Rico, por lo que no es elegible para Medicaid o CHIP, o no es elegible para el Plan Vital;

2. El beneficiario necesita que se presten servicios relacionados al mismo tiempo, y no todos los servicios relacionados están disponibles dentro de la red. El PCP del beneficiario u otro proveedor en la red de proveedores preferidos ha determinado que recibir el servicio por separado expondría al beneficiario a un riesgo innecesario;
3. Mala calidad de la atención; o
4. Falta de acceso a los servicios cubiertos o falta de proveedores con experiencia en el tratamiento de las necesidades de atención médica del beneficiario.

El Programa Medicaid Puerto Rico (PRMP) tomará la decisión final sobre las solicitudes de desafiliación de los beneficiarios. Una persona inscrita que desee solicitar desafiliación debe enviar una solicitud por escrito a ASES o al Plan de Salud. Si la solicitud se realiza al Plan de Salud, este remitirá la solicitud a Medicaid dentro de los diez (10) días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud y se enviará una copia a ASES. El Programa Medicaid Puerto Rico (PRMP) tomará la decisión final y notificará la desafiliación en los archivos electrónicos de elegibilidad.

Las siguientes son razones aceptables para que el Asegurador (MCO) solicite la cancelación de la inscripción:

1. La inscripción continua del beneficiario en el Plan Vital perjudica seriamente la capacidad de proporcionar servicios al beneficiario en particular u otros inscritos;
2. El beneficiario demuestra un patrón de comportamiento disruptivo o abusivo que no es causado por una enfermedad actual;
3. El uso de servicios por parte del beneficiario constituye fraude, despilfarro o abuso (por ejemplo, el beneficiario ha prestado su tarjeta de identificación de beneficiario a otras personas para buscar servicios).

4. El beneficiario se mudó de Puerto Rico.
5. El beneficiario se coloca en un centro de atención de enfermería a largo plazo o en un centro de atención intermedia para discapacitados del desarrollo;
6. La categoría de elegibilidad para Medicaid o CHIP del beneficiario cambia a una categoría no elegible para el Plan Vital;
7. El beneficiario ha fallecido o ha sido encarcelado, por lo que no es elegible para Medicaid o CHIP o no es elegible para el Plan Vital.
8. Si se cancela su inscripción en su Plan de Salud, perderá el acceso a los servicios del Plan Vital.

Cancelación de la inscripción solicitada por los beneficiarios del Plan Vital:

1. Los beneficiarios del Plan Vital pueden solicitar la cancelación de la inscripción por escrito:
 - Visitando una de nuestras oficinas regionales
 - Enviando la solicitud por escrito, junto con una copia de una identificación válida al fax **1-844-330-9330**
 - Por correo electrónico, escribiendo a Fullfilment-at-EnrollmentPSG@mmmhc.com
 - Correo postal a la siguiente dirección:
PO Box 72010,
San Juan, PR 00936-7710.
2. La solicitud recibida en las Oficinas Regionales o Servicios al Beneficiario se enviará al listado de distribución por correo electrónico.
3. El Departamento de Matrícula enviará las solicitudes a la oficina central del Programa Medicaid de Puerto Rico (PRMP) para su procesamiento.

4. La cancelación oficial de la inscripción se recibirá electrónicamente de Medicaid en los archivos de elegibilidad.

***** Importante *****

El proceso de solicitar cancelación voluntaria del plan NO SE APLICA a la población bajo Vital X (población bajo el Programa de Adopción y población bajo el programa de Violencia de Género).

2.9 Solicitudes de Apelaciones Estándares o Expeditas

El beneficiario, su Representante Autorizado o el Proveedor que actúa en representación del beneficiario, con el consentimiento escrito del beneficiario, pueden presentar una apelación, dentro de un periodo de sesenta (60) días calendario a partir de la fecha de la Notificación Adversa emitida por el Plan para presentar una Apelación. Las Apelaciones pueden ser presentadas oralmente comunicándose al Centro de Llamadas del Plan Vital, libre de cargos al 1-844-336-3331. Para audio impedidos, los servicios telefónicos TTY están disponibles llamando al 787-999-4411. Nuestros Representantes están disponibles de lunes a viernes de 7:00 am a 7:00 pm. Pueden escribirnos al correo electrónico: AGPLANVITAL@MMMHC.COM o a través del facsímil: 1-844-990-1990. También pueden escribir a la siguiente dirección: MMM - Departamento Apelaciones & Querellas PO Box 72010 San Juan PR 00936-7710.

Los requisitos del proceso de apelación serán:

1. Manejar todos los tipos de apelaciones, incluyendo las apelaciones expeditas, a menos que se establezca lo contrario.

2. El proceso de apelaciones deberá proporcionarle al beneficiario, al representante autorizado del beneficiario o al proveedor que actúa en representación del beneficiario con el consentimiento por escrito del beneficiario, tiempo razonable para presentar pruebas y alegatos de hecho o de derecho, en persona, así como por escrito. MMM Multihealth deberá informar al beneficiario el tiempo disponible para presentar una apelación expedita.
3. El proceso de apelaciones deberá proporcionar al beneficiario, al representante autorizado del asegurado o al proveedor que actúa en representación del beneficiario con el consentimiento por escrito del beneficiario, oportunidad, antes y durante el proceso de apelaciones, para evaluar el expediente del beneficiario, 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.
4. El proceso de apelaciones incluirá como partes involucradas en la apelación al beneficiario, el representante autorizado del beneficiario, el proveedor que actúa en representación del beneficiario con el consentimiento por escrito del beneficiario, o el representante legal del patrimonio de un beneficiario que haya fallecido.
5. MMM Multihealth resolverá cada apelación estándar y proporcionará un aviso por escrito de la disposición, tan rápidamente como lo requiera la condición de salud del beneficiario, pero no más de treinta (30) días calendario a partir de la fecha en que MMM Multihealth reciba la apelación.

6. MMM Multihealth establecerá y mantendrá un proceso de apelaciones expeditas cuando determine (a base de una solicitud del beneficiario) o el Proveedor indique (al hacer la solicitud en representación del beneficiario) que el tiempo para una resolución estándar podría poner en grave peligro la vida o la salud del beneficiario o la capacidad de alcanzar, mantener o recuperar la función máxima. El beneficiario, representante autorizado o el proveedor que actúa en representación del beneficiario con el consentimiento por escrito del beneficiario, puede presentar una “querrela acelerada”, ya sea de forma oral o por escrito.
7. MMM Multihealth resolverá cada querrela acelerada y proporcionará una carta de resolución, tan pronto como lo requiera la condición médica del beneficiario, pero no más de veinticuatro (24) ~~72~~ horas después de que MMM Multihealth reciba la querrela y haga los esfuerzos razonables de comunicación oral con el beneficiario.

3. DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL BENEFICIARIO

3.1 Selección de Proveedores por parte del Beneficiario

Cuando una persona se registra con MMM Multihealth, LLC, (“MMM Multihealth”), debe elegir un Médico de Cuidado Primario (PCP, por sus siglas en inglés). Esta es la persona principal que verá durante la mayor parte de su cuidado médico. Incluye chequeos, tratamiento para resfriados y/o gripe, problemas de salud y exámenes de salud. Su PCP puede encontrar y tratar problemas de salud de forma temprana. Él o ella tendrán sus registros médicos. El PCP puede realizar todo el cuidado médico del paciente, y PCP realizará un seguimiento de todo el cuidado médico que reciba. *****IMPORTANTE*** El proceso de selección de PCP y PMG NO SE APLICA a la población**

bajo Vital X (población bajo el Programa de Adopción y Población bajo el Programa de Violencia de Género).

Los médicos que se consideran PCP son:

- Generalistas
- Médicos de Familia
- Pediatras
- Ginecólogos / Obstetras
- Médicos Internistas

El paciente debe elegir un PCP para cada miembro asegurado de su familia. Los miembros de su familia pueden tener diferentes PCP. Pacientes del sexo femenino mayores de 12 años, también pueden elegir un Ginecólogo para que sea su PCP. Si está embarazada, el PCP podría ser su obstetra durante el embarazo. Cuando termine el embarazo, la paciente debe volver con su médico habitual, pero su ginecólogo seguirá ocupándose de sus necesidades ginecológicas. El paciente puede elegir un Pediatra o un Médico de Familia para un recién nacido o se le asignará uno.

Para elegir su PCP, el paciente debe llamar a: MMM Multihealth al 1-844-336-3331 (libre de cargos), TTY 787-999-4411 (Para personas con discapacidad auditiva). **Si no elige un Médico Primario (PCP, por sus siglas en inglés), MMM Multihealth asignará uno para el paciente a través del proceso de auto asignación.**

El Grupo Médico Primario (GMP) es un grupo de médicos que ayudan a organizar sus servicios de cuidado médico y trabajan con MMM Multihealth para asegurarse de que el paciente reciba la

atención que necesita. Su tarjeta de identificación muestra el nombre de su PCP y el número y nombre del GMP.

3.2 ¿Cómo puede ver a su Médico Primario (PCP, por sus siglas en inglés)?

Si necesita una cita, el paciente debe llamar a su PCP. Es importante que mantenga sus citas con su PCP. Si no puede hacerlo por alguna razón, el paciente debe llamar a la oficina del PCP de inmediato para avisarles. Si su PCP es nuevo, el paciente debe conocerlo, y es aún más importante si ha estado recibiendo atención o tratamiento de un médico diferente. Si se siente bien, debe llamar para hacerse una evaluación con su PCP.

A. Antes de ir a la primera cita, es importante que el paciente recuerde:

1. Pedirle a su médico anterior que le proporcione sus registros médicos, sin ningún costo, para llevar sus registros médicos a su nuevo PCP durante su primera visita. Esto ayudará al nuevo PCP a conocer sobre su salud.
2. Llamar a su PCP para programar su cita.
3. Tener su tarjeta de identificación lista cuando llame.
4. Indicar que es beneficiario de MMM Multihealth y proveer su número de identificación.
5. Escribir la fecha y hora de su cita. Si es un paciente nuevo, usted como proveedor puede pedirle que se presente temprano, y que anote la hora en que le pide que esté en su oficina.
6. Hacer una lista de preguntas que desea hacerle al médico, y enumerar cualquier problema de salud que tenga.

7. Si necesita transportación hasta el lugar de la cita y no tiene otra manera de llegar, el paciente debe llamar a MMM Multihealth o a su municipio. Ellos pueden ayudarle a llevarlo.

B. Durante la cita, el paciente debe:

1. Llevar una lista de todos sus medicamentos y preguntas para que el médico pueda aclarar y contestar sus dudas.
2. Llegar a tiempo a su visita. Si no puede asistir, llamar a su PCP para obtener una nueva cita.
3. Llevar su tarjeta de identificación. El Médico Primario (PCP, por sus siglas en inglés) puede tomar una copia de la misma.

3.3 Turnos Preferenciales:

La política de exigir a los proveedores de la red que den prioridad al tratamiento de los beneficiarios de los municipios de Vieques y Culebra, para que un proveedor pueda verlos dentro de un plazo de tiempo razonable, después de llegar a la oficina del proveedor. Este tratamiento de prioridad es necesario debido a las ubicaciones remotas de estos municipios y al mayor tiempo de viaje requerido para que sus residentes busquen atención médica.

3.4 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 Multihealth mantendrá políticas y procedimientos escritos para las Directrices Anticipadas. Las Directrices Anticipadas serán incluidas en el expediente médico de cada

beneficiario. MMM Multihealth proporcionará políticas y procedimientos nivel de lectura de cuarto (4to) grado en inglés y español a todos los beneficiarios de dieciocho (18) años en adelante y les informará sobre 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 Multihealth 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 emergencia las veinticuatro (24) horas al día los siete (7) días de la semana.

1. 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 calendario después de la efectividad del cambio.
2. MMM Multihealth 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.
3. MMM Multihealth 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.

4. MMM Multihealth proveerá a los beneficiarios al menos treinta (30) días calendario previo a la vigencia de cualquier cambio, una notificación escrita sobre las políticas concernientes a los derechos del beneficiario, 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 Multihealth.
5. Las directrices anticipadas se evidenciarán en el expediente de los beneficiarios en un lugar prominente.
6. 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:

a) 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.

b) Testamentos en vida:

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

c) 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.

d) 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.

7. MMM Multihealth 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) Tener todos los récords médicos e información personal confidencial;
- d) Recibir información sobre las opciones disponibles y alternativas de tratamiento, presentadas de manera apropiada a la condición y capacidad de entendimiento del beneficiario;
- e) Participar en las decisiones relacionadas con el cuidado de su salud, incluyendo el derecho a rechazar 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 récord médico en conformidad con el 45 CFR Partes 160 y 164, subpartes 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) Recibir servicios del cuidado de la salud, acorde con el 42 CFR 438.206 al 438.210;
- k) Ejercer libremente sus derechos, incluyendo aquellos relacionados con presentar una queja o apelación y que el ejercicio de sus derechos no afectará 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 Multihealth o su red de proveedores con relación a controversias contractuales entre MMM Multihealth y sus proveedores;
- n) Participar en la comprensión de los problemas de salud física y mental, desarrollando mutuamente las metas de tratamiento;
- o) No será responsable de las deudas de MMM Multihealth en caso de insolvencia; no será responsable por los servicios médicos cubiertos provistos al beneficiario por los cuales ni ASES ni MMM Multihealth le pague al Proveedor que presta 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 superen la cantidad que el beneficiario hubiese tenido que pagar si MMM Multihealth 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 y según es permitido por el Plan Estatal de Medicaid y CHIP (por sus siglas en inglés) de Puerto Rico según corresponda al Afiliado.

3.5 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 asignado durante el período de noventa (90) días calendario. MMM Multihealth podrá ofrecer asistencia y consejería al beneficiario para seleccionar un PCP y GMP diferente. MMM Multihealth puede sugerirles a algunos beneficiarios escoger un PCP en vez de la siguiente manera:

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

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

- a) El logo de MMM Multihealth;
- b) Nombre del beneficiario;
- c) Fecha de nacimiento del beneficiario;
- d) La designación del beneficiario como elegible al Medicaid o “CHIP” (por sus siglas en inglés) u otra persona elegible;
- e) El número de identificación del beneficiario ya sea Medicaid o “CHIP” (por sus siglas en inglés), si se aplica;
- f) El número del grupo, si se aplica;
- g) Si el beneficiario es elegible como dependiente;
- h) La relación del beneficiario con el beneficiario principal;
- i) La fecha de efectividad de inscripción con MMM Multihealth;
- j) El *Master Patient Identifier* (MPI) o número de contrato;

- k) Los niveles de copagos para varios servicios fuera de la Red de Proveedores Preferida (PPN, por sus siglas en inglés) y la garantía de que no se les cargará ningún copago a beneficiarios elegibles a Medicaid o “CHIP” (por sus siglas en inglés) a menores de veintiún (21) años o menos, bajo cualquier circunstancia;
- l) Los nombres del médico primario (PCP, por sus siglas en inglés) y del GMP;
- m) El nombre y números de teléfono de MMM Multihealth;
- n) El número de la línea de servicio y consejería médica de MMM Multihealth, libre de cargos, disponible veinticuatro (24) horas al día, siete (7) días de la semana;
- o) Una notificación que indique que la tarjeta no puede utilizarse por otra persona que no sea el beneficiario identificado, en ninguna circunstancia;
- p) Instrucciones para obtener servicios de emergencia.

3.6 Derecho a la Privacidad del Beneficiario Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA)

La información de salud del Beneficiario es confidencial. La ley indica que la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) y MMM Multihealth debe proteger su información. ASES y MMM Multihealth pueden compartir la información del Beneficiario para su atención médica, para pagar sus reclamaciones de salud y ejecutar el programa de cuidado de salud. Pero no podemos compartir la información del beneficiario con otras personas a menos que el Beneficiario lo autorice, o el uso o la divulgación sea permitida por la Ley HIPAA. Si desea saber más sobre qué información tenemos, cómo podemos compartirla o qué hacer si el beneficiario

no desea que su información de salud se comparta con ciertas personas, llame a MMM Multihealth:

Servicios al Beneficiario:

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

787-999-4411 (audio impedidos)

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

3.7 Derecho a Segunda Opinión

Todo asegurado bajo la cubierta de Plan Vital tiene el derecho a solicitar una segunda opinión médica;

MMM MH proporcionará una segunda opinión en cualquier situación en la que exista una duda con respecto a un diagnóstico, las opciones de cirugía o los tratamientos alternativos de una afección de salud cuando lo solicite cualquier Inscrito, o un padre, tutor u otra persona que ejerza una responsabilidad de custodia sobre el Inscrito.

La segunda opinión será proporcionada por un proveedor de la red cualificado o, si un proveedor de la red no está disponible, MMM MH coordinará con un proveedor fuera de la red de ser necesario.

La segunda opinión se proporcionará sin costo alguno para el beneficiario.

El médico primario deberá proveer los referidos necesarios para que el beneficiario pueda obtener una segunda opinión, según sea necesario.

MMM MH cuenta con esta información adicional sobre la Segunda Opinión en la página web

<https://www.multihealth-vital.com/proteccion.html>

Manual del beneficiario

Guía del proveedor

Políticas internas

The screenshot shows the MMH Vital website interface. At the top left is the MMH multihealth logo. Next to it is the Vital logo with the tagline 'Salud en tus manos GOBIERNO DE PUERTO RICO'. On the right, there is a search bar and a 'tamaño texto' (font size) selector with options S, M, L. Below the logos is a horizontal navigation menu with buttons for: Inicio, Elegibilidad, Beneficios, Red de Proveedores, Formulario de Medicamentos, Apelaciones y Quejeras, Para tu protección, Educación y Prevención, Contáctanos, and Términos Importantes. Below this is another row of buttons: Proveedores and Sobre Nosotros. On the left side, there is a vertical menu with buttons for: TUS DERECHOS, TUS RESPONSABILIDADES, DIRECTRICES ANTICIPADAS, FRAUDE Y ABUSO, REGISTRO DE CUIDADORES, and REGLA DE INTEROPERABILIDAD. The main content area features a large blue banner with the text 'PARA SU PROTECCIÓN' and an image of a stethoscope. Below the banner is a section titled 'TUS DERECHOS' with the heading 'Usted tiene el derecho a:' followed by a bulleted list of rights.

TUS DERECHOS

Usted tiene el derecho a:

- Ser tratado con respeto y de una manera digna.
- Recibir información escrita de su Aseguradora en inglés y español y traducida a cualquier otro idioma. También tiene derecho a recibir información escrita en un formato alterno. Después, usted tiene el derecho de recibir toda la información escrita en el futuro en ese mismo formato o idioma, a menos que usted le diga lo contrario a su Aseguradora.
- Recibir información sobre su Aseguradora, facilidades de cuidado de salud, profesionales del cuidado de la salud, servicios de salud cubiertos, y cómo acceder a los servicios.
- Elegir su Grupo Médico Primario, su PCP, y otros doctores y proveedores dentro de su Red de Proveedores Preferidos.
- Escoger un dentista y farmacia dentro de la red de su Aseguradora.
- Comunicarse con sus doctores cuando usted lo desee y en privado.
- Recibir el cuidado médicamente necesario que es correcto para usted, cuando lo necesita. Esto incluye recibir servicios de emergencia, 24 horas al día, 7 días a la semana.
- Que se le explique en una manera fácil de entender sobre su cuidado y todos los diferentes tipos de tratamiento que podrían trabajar para usted, no importa lo que cuesten o incluso si no están cubiertos.
- Ayuda para tomar decisiones sobre su cuidado de salud. Usted puede rechazar el cuidado.
- [Pedir una segunda opinión para un diagnóstico o plan de tratamiento.](#)
- Hacer una Directriz Anticipada. [Vea aquí para más información.](#)

3.8 Copagos y Coaseguros

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

MMM Multihealth al 1-844-336-3331 (llamada gratuita),

TTY: 787-999-4411 (para personas con problemas de audición).

1. No se cobrarán copagos a la población federal de dieciocho (18) años del Programa de Seguro de Salud para Niños, "CHIP" (por sus siglas en inglés) por el tratamiento de ninguna condición médica de emergencia o emergencia psiquiátrica;
2. No se cobrarán copagos para niños de Medicaid y "CHIP" (por sus siglas en inglés) menores de veintiún (21) años en ninguna circunstancia;
3. Al utilizar la línea de consulta médica de MMM Multihealth, 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 MMM Multihealth:

PAQUETE DE BENEFICIOS, COPAGOS Y COASEGUROS – efectivo enero 2023*											
PAQUETE DE BENEFICIOS Y SERVICIOS PARA SALUD MENTAL, DESORDEN DE USO DE SUBSTANCIAS, MEDICO/QUIRURGICO	Federal				CHIPs		Commonwealth				*ELA
	100	110	120	130	220	230	300	310	320	330	400
SERVICIOS DE HOSPITALIZACION	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$15	\$15	\$15	\$20	\$50
Admisiones	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$15	\$15	\$15	\$20	\$50
(Guardería) Nursery	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Hospitalizaciones de Salud Conductual	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Servicios de Desintoxicación	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Servicios de salud conductual para pacientes hospitalizados en institución para enfermedades mentales (IMD)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL											
Evaluación, detención y tratamiento de individuos, parejas, familias y grupos	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Servicios Ambulatorios con psiquiatra, psicólogo y trabajadores sociales	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Servicios Hospitalarios para trastornos por abuso de sustancias y alcohol	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Servicios Ambulatorios para trastornos por abuso de sustancias y alcohol	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Servicios Ambulatorios Intensivos	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Servicios de intervención de emergencia o crisis	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Clínicas de medicina inyectada de larga duración	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Escort/professional assistance and ambulance services	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

Servicios de Prevención y educación secundaria	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Tratamiento del trastorno por déficit de atención	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Tratamiento abuso de sustancias	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Tratamiento de adicción de opioides	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Hospitalización parcial	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Terapia Electroconvulsiva (EC)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Pruebas Psicológicas/ Neuropsicológicas	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
SERVICIOS DE SALUD PREVENTIVA												
Cuidado del bebe	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Vacunación	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Examen de audición	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Evaluación y chequeo nutricional	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Pruebas clínicas y laboratorio	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$6	20%	
Educación nutricional, oral y de salud física	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Salud reproductiva /planificación familiar	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Examen físico anual para diabéticos	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Certificados de Salud	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Servicios de Pruebas Diagnósticas	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$6	40%	
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN AMBULATORIA												
Terapia física	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$5	
Terapia ocupacional	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$5	
Terapia del habla	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$5	
SALA DE EMERGENCIA (ER)												
Visita a Sala de Emergencias (ER)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$10	\$15	\$20	\$20	

Servicios que No son de emergencia proporcionados en la sala de emergencias de un hospital, (por visita)	\$0	\$4	\$5	\$8	\$0	\$0	\$20	\$20	\$25	\$30	\$20
Servicios que No son de emergencia proporcionados en una sala de emergencias 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
SERVICIOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS											
EPSDT/ detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos <21	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Visitas de médicos de atención primaria, incluidos los servicios de enfermería	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$3
Tratamiento especializado	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$7
Tratamiento subspecializado	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$10
Visitas de médico al hogar	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$10
Terapias respiratorias	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$5
Servicios de Anestesia (excepto epidural)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$5
Servicios de Radiología	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Servicios de Patología	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Cirugía	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Cirugía Ambulatoria en facilidades de servicio	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Servicios de Enfermería	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Esterilización	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Prótesis	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Equipo de Ostomía	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Servicios de transfusión de sangre y plasma sanguíneo	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Servicios pacientes enfermedad renal crónica nivel 1 o nivel 2	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Trasplantes de piel, hueso y córnea	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%

Veklury (remdesivir) para COVID-19	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Reconstrucción de Senos después de Mastectomía	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Procedimientos quirúrgicos para tratar la obesidad mórbida	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Respiradores y ventiladores mecánicos	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Equipo Médico Duradero	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Servicios de Transporte de Emergencia	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Servicios Prenatales y de maternidad	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
OTROS SERVICIOS											
Laboratorios High-Tech**	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Exámenes de Diagnóstico Especiales**	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$6	40%
SERVICIOS DENTALES											
Preventivos (Niños)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Preventivos (Adultos)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$3	\$5	\$3
Restaurativos	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$6	\$10
SERVICIOS DE FARMACIA											
Preferida (Niños 0-21)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$5
Preferida (Adulto)****	\$0	\$1	\$2	\$3	\$0	\$0	\$3	\$3	\$5	\$5	\$5
No-Preferida (Niños 0-21)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$10
No-Preferida (Adulto)****	\$0	\$3	\$4	\$6	\$0	\$0	\$8	\$8	\$10	\$10	\$10

Leyenda::

v=Cubierto por el MCO para el paquete de beneficios específico

NA=No cubierto por el MCO para el paquete de beneficios específico

P=Ingresado, OP=Ambulatorio, EC=Cuidado de Emergencia, PD=Medicamento recetado

PA=Preautorización es requerida

*****IMPORTANTE*****

***Los copagos y/o coaseguros NO SE APLICAN a niños menores de 21 años ni mujeres embarazadas.**

Copagos dentro de la red preferida = \$0.00.

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

***** Copagos y/o coaseguros se aplican a cada medicamento incluido en la receta.**

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

4. SERVICIOS CUBIERTOS POR MMM MULTIHEALTH

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 del 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:

1. Apropriados y consistentes con el diagnóstico del proveedor que brinda el tratamiento y la omisión de lo que pueda afectar la elegibilidad del beneficiario a base de la condición médica del beneficiario.
2. Compatibles con los estándares de una práctica médica aceptable en la comunidad.

3. 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, o la conveniencia del proveedor o del hospital.

4. No principalmente cuidado de custodia (por ejemplo, cuidado de crianza).

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

En ninguna circunstancia MMM Multihealth 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.

4.3 Servicios Cubiertos, Servicios Excluidos y Funciones Administrativas

4.3.1 Servicios Preventivos

1. Laboratorios y exámenes de diagnóstico médicamente necesarios apropiados para la edad, sexo y estado de salud del beneficiario, incluidos entre otros:

- a) Revisión de cáncer de próstata y ginecológico de acuerdo con la práctica médica aceptada, incluidas pruebas de Papanicolaou (para beneficiarias mayores de dieciocho (18) años, mamografías (para afiliados mayores de

cuarenta (40) años y pruebas de antígeno prostático específico (PSA) cuando sea médicamente necesario; y

- b) Detección del cáncer de colon a través de sigmoidoscopia y colonoscopia en adultos de cincuenta (50) años o más, clasificados en grupos de riesgo según la práctica médica aceptada.

2. Proveer los siguientes servicios preventivos como servicios cubiertos bajo el Programa de Cuidado para Niños Saludables:

- a) Vacunas
- b) Examen de la vista
- c) Examen de audición
- d) Evaluación y revisión nutricional
- e) Una evaluación anual certificada por el proveedor.

3. Otros servicios que sean necesarios durante los primeros dos años de vida de un infante.

4.3.2 Servicios de Exámenes Diagnósticos

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.

Laboratorios clínicos, incluyendo, pero no limitados 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.

1. Laboratorios de alta tecnología
2. Rayos X

3. Electrocardiogramas
4. Terapia de radiación (requiere preautorización)
5. Patología
6. Examen sobre la función de los pulmones y gases arteriales
7. Electroencefalograma.
8. Servicios de diagnóstico para beneficiarios que presenten síntomas de desorden de aprendizaje.
9. Servicios relacionados con el código de diagnóstico incluido en el Manual de Diagnóstico de Desórdenes Mentales.

Los siguientes servicios no se considerarán como exámenes de diagnósticos cubiertos por el Plan Vital.

1. Estudios de polisomnografía
2. Laboratorios clínicos procesados fuera de Puerto Rico

4.3.3 Servicios de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios

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, fisiatra o quiropráctico).
3. Terapia Ocupacional sin límites
4. Terapia del habla sin límites.

4.3.4 Servicios Médicos y Quirúrgicos

MMM Multihealth proporcionará los siguientes servicios médicos y quirúrgicos como servicios cubiertos:

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 cuando es referido por un médico primario seleccionado si está fuera de la Red Preferida de Proveedores.
4. Tratamiento de un subespecialista cuando 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. Cirugías
11. Servicios de un centro de cirugía para pacientes ambulatorios
12. Servicios de enfermería
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:
- 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 antihemofílico (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.
17. Enfermedad renal crónica en niveles 1 y 2 se definen de la siguiente manera:
- a) Nivel 1: Filtración Glomerular (GFR-ml/min. por 1.73m^2 por superficie de área corporal) sobre 90; daño leve cuando la proteína está presente en la orina.
 - b) Nivel 2: GFR entre 60 y 89, significa una disminución leve en la funcionalidad del riñón.
 - c) Cuando el GFR disminuye a menos de 60 ml/min. por 1.73m^2 , el beneficiario se referirá a un nefrólogo para el manejo adecuado de la condición. El beneficiario se registrará bajo la Cubierta Especial.

18. Trasplantes de piel, hueso y córnea

19. 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.

20. Los respiradores mecánicos y los ventiladores con suministro de oxígeno están cubiertos sin límites, tal como lo requieren las leyes locales para los afiliados menores de veintiún años (21). Todo el equipo médico duradero (DME) no está cubierto; sin embargo, DME puede ser cubierto caso por caso bajo un proceso de excepciones.

21. Los abortos están cubiertos en los siguientes casos:

- a) La vida de la madre estaría en peligro si el feto se lleva a término;
- b) Cuando el embarazo es resultado de una violación o incesto; y
- c) Si la gestación se lleva a término, se causaría un daño grave y duradero a la madre, según lo certificado por un médico.

4.3.5 Servicios de transportación para las emergencias

- 1. MMM Multihealth proveerá servicios de transportación para las emergencias, incluyendo, pero sin limitarse a transportación marítima y terrestre, en situaciones de emergencia bajo servicios cubiertos.
- 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. MMM Multihealth no puede imponer límites a lo que constituye una condición médica de emergencia o una emergencia psiquiátrica sobre la base de listas de diagnósticos o síntomas.
6. Los servicios de transportación aérea se proveen y son pagados por ASES bajo un contrato aparte. MMM Multihealth coordinará la provisión de transporte aéreo de emergencia en nombre de sus beneficiarios cuando sea medicamente necesario utilizando el proveedor designado por el Gobierno de Puerto Rico.
7. 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 Multihealth.
8. 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.

4.3.6 Servicios de Emergencia

A. Los servicios de emergencia incluyen lo siguiente, sin limitaciones:

1. Visitas a la sala de emergencias, incluyendo atención médica y servicios necesarios y de rutina.
2. Servicios de trauma.
3. Uso de la sala de operaciones.
4. Terapias respiratorias
5. Tratamientos con especialistas y subespecialistas 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 sanguíneo sin limitaciones, incluyendo:
 - 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 VIII antihemofílico.
 - 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.

B. Servicios de emergencia dentro y fuera de Puerto Rico

1. Será para todos los beneficiarios, a lo largo de todo Puerto Rico, sin importar si la emergencia se da en una sala de emergencias que está o no bajo nuestra red de proveedores.
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 emergencias fuera de Puerto Rico, las cuales no forman parte de nuestra red de proveedores.

4.3.7 Servicios Prenatales y de Maternidad

El Plan Vital proveerá los siguientes servicios para la maternidad y estado prenatal como servicios cubiertos:

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 solo durante la hospitalización.
9. Sala maternal y cuidado rutinario para recién nacidos.
10. Servicios de circuncisión y dilatación para recién nacidos.
11. Transportación para recién nacidos a instalaciones terciarias cuando sea necesario.
12. Asistencia de un pediatra durante el parto.
13. Servicios de parto provistos en centros de obstetricia independientes.
14. MMM Multihealth 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:
 - a) Una tarjeta de cuidado prenatal para documentar los servicios utilizados.
 - b) Consejería relacionada a las pruebas de VIH.
 - 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 postparto utilizando la escala de Edinburg de depresión postnatal. Consejería postparto 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 para su cuidado), lactancia, etapas del parto, cuidado sobre la salud oral, planificación familiar, cuidado al recién nacido, entre otros.
15. MMM Multihealth 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 le presentará informes trimestrales relacionados a la utilización de los servicios bajo este programa.
16. MMM Multihealth 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:
- 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, solo 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.

4.3.8 Servicios de Post-Estabilización

MMM Multihealth 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 Multihealth para que conste el proceso y procedan a pagar.

4.3.9 Servicios para Hospitalizaciones

MMM Multihealth proveerá servicios de hospitalización incluyendo lo siguiente:

1. Acceso a los servicios de un/a enfermero/a.
2. Acceso a un cuarto semiprivado (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, gasas, yesos o algún otro material para sanar heridas o asuntos terapéuticos.
9. Servicios para el mantenimiento del cuidado terapéutico, incluyendo el equipo necesario para ofrecer este servicio.
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.
11. Suministro de oxígeno, anestésicos y otros gases incluyendo la administración de estos.
12. Terapia respiratoria sin limitaciones.
13. Servicios de rehabilitación mientras el beneficiario está hospitalizado, incluyendo terapia física, ocupacional o del habla. Servicio no cubierto se autoriza por necesidad médica.
14. Uso de las instalaciones para cirugías ambulatorias.
15. Servicios de transfusiones de sangre y plasma sanguínea sin limitaciones incluyendo:
 - 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 VIII antihemofílico.
- 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.

4.3.10 Servicios Dentales

MMM Multihealth proveerá los siguientes servicios dentales como servicios cubiertos:

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 **primarios luego de una** Pulpotomía.
4. Servicios dentales preventivos **y diagnósticos** para adultos.
5. Servicios restaurativos dentales para adultos.
6. Un **(1)** examen oral comprensivo por año.
7. Un **(1)** examen periódico cada seis meses.
8. Un **(1)** examen oral **limitado cada seis meses**.
9. Una **(1)** serie **completa** de radiografías intraorales, incluyendo **radiografías de mordida**, cada tres años.
10. Una **(1)** radiografía intraoral **periapical inicial**.
11. Hasta **cinco (5)** radiografías intraorales **periapicales adicionales**.
12. Una **(1)** radiografía de mordida de un lado por año.

13. Una **(1)** radiografía de mordida para ambos lados por año.
14. Una **(1)** radiografía panorámica cada tres años.
15. Una **(1)** limpieza cada seis meses para adultos.
16. Una **(1)** limpieza cada seis meses para niños.
17. Una **(1)** aplicación **tópica** de **barniz de fluoruro** cada seis **(6)** meses para beneficiarios menores de **veintiún (21)** años.
18. Una **(1)** aplicación tópica de flúor - **(excluyendo el barniz) para beneficiarios menores de diecinueve (19) años.**
19. Selladores de fisuras **una (1) vez por diente, de por vida**, para beneficiarios hasta los **catorce (14)** años siempre que sea necesario (incluyendo **dientes deciduos** molares hasta los **ocho (8)** años cuando sea médicamente necesario por la tendencia a las caries).
20. **Restauraciones en amalgama.**
21. Restauraciones **en resina.**
22. **Tratamiento de canal (Root Canal) para dientes anteriores y premolares.**
23. Tratamiento paliativo.
24. **Extracciones dentales, remoción de dientes impactados y remoción de residuales de raíces.**
25. **Incisiones quirúrgicas de drenaje.**
26. Servicios Generales Complementarios, **incluyendo sedaciones y atención en hospitales para beneficiarios hasta los veintiún (21) años de edad o adultos con necesidades especiales.**

4.3.11 Servicios básicos para la Salud Mental

A. Los servicios básicos para la Salud Mental incluyen lo siguiente:

1. Evaluación, monitoreo y tratamiento a individuos, parejas, familias y grupos.
2. Servicios ambulatorios con psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y consejeros en abuso de sustancias.
3. Servicios ambulatorios o de hospitales para el abuso o desorden de sustancias y alcohol.
4. Servicios ambulatorios de salud mental en Grupos Médicos Primarios.
5. Consultas y evaluaciones de salud mental en hospitales de medicina primaria.
6. Hospitalización por salud mental.
7. Servicios ambulatorios intensivos.
8. 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).
9. 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.
10. Clínicas médicas para las inyecciones duraderas.
11. Asistencia o escolta profesional para servicios de ambulancia cuando sea necesario.
12. Servicios de prevención o educación secundaria.

13. Cubierta de Farmacia y acceso a medicamentos para un máximo de 24 horas, de acuerdo con la Ley Núm. 408.
14. Laboratorios clínicos cuando sean médicamente necesarios.
15. 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.
16. Tratamiento para el abuso de sustancias controladas.
17. Consultas psiquiátricas y psicológicas a beneficiarios hospitalizados.

B. Los siguientes servicios están excluidos de la Cubierta Básica:

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, iridólogos u osteópatas.
6. Certificados de salud, excepto como se menciona en los servicios preventivos.
7. Servicios de anestesia epidural.

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 Multihealth (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 vasovasostomía o algún otro procedimiento para restaurar el proceso de procreación.

C. 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

b. Dilatación y expulsión

c. Inyección intra-amniótica

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

e. Uno o más supositorios vaginales (por ejemplo, Prostaglandina) con dilatación y legrado o evacuación.

f. Uno o más supositorios vaginales (por ejemplo, Prostaglandina) con histerectomía (omitiendo la expulsión médica).

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 de Plan de Salud Vital.
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 Plan de Salud Vital.

D. Los siguientes medicamentos están excluidos de los servicios de farmacias:

1. 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.

E. Emergencias psiquiátricas

1. MMM Multihealth no denegará el pago para un tratamiento de condición de emergencia médica o para una emergencia psiquiátrica, incluyendo los casos en los 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 Multihealth 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 Multihealth tenga un tratamiento o monitoreo de la llegada a sala de emergencias.

3. Cuidado clínico, según sea necesario, en el caso de una emergencia psiquiátrica en un entorno de sala de emergencias.

F. Tratamiento para el abuso de sustancias

1. MMM Multihealth 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
- c. Visitas extendidas a oficinas.
- d. Visitas cortas a oficinas
- e. Pruebas y/o entrevistas para el diagnóstico psiquiátrico – paciente nuevo
- f. Terapia individual con evaluaciones médicas y manejo de esta
- g. Manejo farmacológico
- h. Toxicología para las drogas en la orina
- i. Panel para medir el metabolismo en pruebas de sangre
- j. CBC/Pruebas de sangre

- k. Examen TB para la piel, pero sólo en conjunto con una prescripción de Buprenorfina para el tratamiento de la adicción a narcóticos.
 - l. Examen del VIH, pero sólo en conjunto con una prescripción de Buprenorfina para el tratamiento de la adicción a narcóticos.
 - m. Panel de Hepatitis, pero sólo en conjunto con una prescripción de Buprenorfina para el tratamiento de la adicción a narcóticos.
 - n. Consejería individual
 - o. Consejería grupal
 - p. Evaluación de la salud mental por un médico no profesional
 - q. Servicios para el alcohol y el abuso de sustancias, un plan de tratamiento de desarrollo y modificación
2. MMM Multihealth 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 las credenciales del proveedor, los cuales se archivan por MMM Multihealth.

3. MMM Multihealth 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.

4.3.12 Cubierta Especial

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 del Plan Vital.
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:
 - a) Servicios de cuidado intensivo o coronario sin limitaciones.
 - b) Cirugía maxilar
 - c) Procedimientos neuroquirúrgicos o cardiovasculares, incluyendo marcapasos, válvulas y cualquier otro instrumento o aparato artificial (requieren preautorización).

- d) Diálisis peritoneal, hemodiálisis, y servicios relacionados (se requiere preautorización).
- e) Pruebas de laboratorios clínicos o patológicos que requieren ser enviados fuera de Puerto Rico para procesar (requiere preautorización).
- f) Servicios en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, sin limitaciones.
- g) Radioisótopos, quimioterapias, radioterapias y tratamientos de cobalto.
- h) Tratamiento para condiciones gastrointestinales, alergias y servicios de nutrición para pacientes autistas.

5. Procedimientos y pruebas de diagnósticos cuando sean médicamente necesarios requieren preautorización:

- a) Tomografía computadorizada
- b) Prueba de resonancia magnética
- c) Cateterismos cardíacos
- d) Prueba de *Holter*
- e) Prueba *Doppler*
- f) *Stress Test*
- g) Litotricia
- h) Electromiografía
- i) Prueba Topográfica para Emisión Computadorizada (SPECT, por sus siglas en inglés)
- j) Prueba de Ortopantomografía (OPG, por sus siglas en inglés)
- k) Impedancia Plestimográfica

- l) Procedimientos neurológicos, cerebrovasculares y cardiovasculares, invasivos y no invasivos.
 - m) Imágenes nucleares Diagnósticos endoscópicos
 - n) Diagnósticos endoscópicos
 - o) Estudios generales
6. Hasta quince (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.
7. Anestesia general, incluyendo tratamientos dentales para niños con condiciones especiales.
8. Cámara Hiperbárica
9. 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.
10. Tratamiento para las siguientes condiciones luego de que se confirme el resultado de los laboratorios y se haya establecido un diagnóstico:
- a) VIH positivo y/o síndrome de inmunodeficiencia adquirido (SIDA) (servicios de hospitalización o 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).

- b) Tuberculosis
- c) Lepra
- d) Lupus
- e) Fibrosis cística
- f) Cáncer
- g) Hemofilia
- h) 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) Escleroderma
- j) Esclerosis múltiple
- k) Hipertensión Pulmonar
- l) Condiciones como causas de un daño hecho a sí mismo o como resultado de un delito o negligencia por un beneficiario.
- m) 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 definidos de la siguiente manera:
 - i. Nivel 3 – Filtración Glomerular (GFR-ml/min. per1.73m² 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.

n. Anemia Aplásica

o. Artritis Reumatoidea

p. Autismo

q. Cernimiento Auditivo Neonatal

rr. Discinesia Ciliar Primaria

s. Enfermedad Inflamatoria Intestinal

t. Esclerosis Lateral Amiotrófica

u. CHF -Etapa III y IV

v. PKU- Fenilcetonuria

w. Hepatitis C

x. Paladar Hendido/ Labio Fisurado

y. Post- Trasplantes

11. Los medicamentos necesarios para el tratamiento ambulatorio de tuberculosis, lepra y hepatitis C se incluyen en la cubierta especial. También se incluye los medicamentos para el tratamiento ambulatorio o la hospitalización de beneficiarios con diagnóstico de SIDA o beneficiarios con VIH, con la excepción de los inhibidores de proteasa que serán proporcionados por los centros CPTET. Los

costos incurridos por el medicamento contra la hepatitis C no son parte de las tarifas de prima aplicables y serán desembolsados por la ASES.

4.3.13 Servicios de Farmacia

1. Los servicios proporcionados por farmacias de MMM Multihealth, incluyen los siguientes:
 - a) Despacho de medicamentos que están cubiertos por el Plan Vital.
 - b) El Listado de Medicamentos Preferidos (PDL por sus siglas en inglés) sirve como guía para los proveedores en la toma de decisiones sobre medicamentos en una cobertura costo-efectiva.
2. Entre los formularios desarrollados por ASES están los siguientes:
 - a) Salud física
 - b) Dental
 - c) Nefrología
 - d) Ob/Gyn
 - e) Oncología
 - f) VIH / SIDA
 - g) Subformulario de salud física
 - h) Formulario de emergencia integrado (FEI)
 - i) Salud mental:
 - Subformulario de salud mental
 - j) Listado de medicamentos no preferidos (NPDL)

- k) En algunos casos, algunas excepciones al proceso, medicamentos que no están incluidos en la PDL o la NPDL.
- 3. MMM Multihealth no impondrá restricciones más allá de las establecidas en el PDL, NPDL o cualquier otro formulario de medicamento aprobado por ASES.
- 4. Los medicamentos Hormonales cubiertos por el Plan Vital serán cubiertos a los beneficiarios sin importar el género. Los medicamentos Hormonales, se cubrirán a participantes mayores de 18 años. El paciente puede recibir sus tratamientos hormonales recetados a través de su Médico Primario.

A. Rol del Manejador de Beneficios de Farmacia (PBM)

- 1. Los servicios de farmacia son administrados principalmente por un Manejador de Beneficios de Farmacia (PBM, por sus siglas en inglés) bajo contrato con ASES. MMM Multihealth trabajará con el PBM y con el Administrador del Programa de Farmacia (PPA, por sus siglas en inglés) seleccionado por ASES para garantizar la prestación de los servicios de farmacia exitosa.
- 2. Entre otras medidas, para mejorar la cooperación con el PBM, el Plan Vital:
 - a) Trabajaré con el PBM para mejorar el flujo de información y desarrollar protocolos para compartir información.
 - b) Estableceré, en consulta con el PBM, los procedimientos para transferir fondos para el pago de Reclamaciones a la red de farmacias de acuerdo con el ciclo de pagos especificado por el PBM.
 - c) Coordinaré con el PBM para establecer protocolos de servicio al cliente con respecto a los servicios de farmacia.

B. Medicamentos para el tratamiento del VIH / SIDA

1. Los medicamentos cubiertos para el VIH / SIDA pueden ser identificados en los formularios publicados por ASES.
2. Debido a un acuerdo entre el Departamento de Salud y ASES, los beneficiarios diagnosticados con VIH / SIDA pueden acceder a los medicamentos a través de las farmacias de comunidad contratadas. MMM Multihealth no está en riesgo por la cobertura de estos medicamentos.
3. Informará a los proveedores para que refieran a los beneficiarios para quienes estos medicamentos son clínicamente necesarios a los Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTET) u organizaciones comunitarias, donde el beneficiario puede ser evaluado para determinar si es elegible para el Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés).

C. Programa de manejo del formulario

1. Seleccionará dos (2) miembros de su personal para formar parte de un comité interfuncional, el Comité Financiero de Beneficios de Farmacia, encargado de maximizar el *rebate*. El Comité evaluará las recomendaciones sobre el PDL, del Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T, por sus siglas en inglés) y el PPA, y finalmente desarrollará y revisará el PDL de vez en cuando bajo la dirección de ASES y el PPA.
2. MMM Multihealth seleccionará a un miembro de su personal para que participe en un subcomité interfuncional encargado de maximizar el *rebate*. El subcomité

tomará recomendaciones sobre el PDL del Comité de P&T y finalmente creará y administrará el PDL.

4.3.14 Plan de Bienestar

1. Con el fin de avanzar en las metas para fortalecer los cuidados preventivos que integran servicios para la salud física, dental y conductual a todo beneficiario elegible, y proveyendo educación para la salud, MMM Multihealth desarrollará su Plan de Bienestar.
2. El Plan de Bienestar incluirá una estrategia para la coordinación con agencias gubernamentales de Puerto Rico, integrándonos a los esfuerzos de prevención de enfermedades y esfuerzos educativos del Departamento de Salud, el Departamento de la Familia y el Departamento de Educación. El Plan de Bienestar incorporará estrategias para llegar a todos los beneficiarios, incluidos aquellos que viven en áreas remotas.
3. El Plan de Bienestar presentará estrategias para alentar a los beneficiarios a:
 - a. Buscar un chequeo anual de salud;
 - b. Usar de manera apropiada los servicios del Plan Vital, incluyendo la línea Clínica de Servicio;
 - c. Buscar cernimiento de salud de la mujer, que incluye mamografías, Papanicolaou, cernimiento cervical, y pruebas de infecciones de transmisión sexual;
 - d. Mantener un peso corporal saludable, a través de una buena nutrición y ejercicio;

- e. Buscar un chequeo dental anualmente;
 - f. Buscar cernimiento relacionado con la salud conductual;
 - g. Buscar atender las necesidades médicas y de desarrollo de niños y adolescentes, incluyendo las vacunas;
 - h. Recibir educación relacionada con el diagnóstico y tratamiento de diagnósticos de alto riesgo, que incluyen:
 - i. Depresión;
 - ii. Esquizofrenia;
 - iii. Trastorno de Bipolaridad;
 - iv. Trastorno de déficit de atención y Trastorno de déficit de atención con hiperactividad;
 - v. Abuso de sustancias,
 - vi. Trastorno de ansiedad
4. MMM Multihealth se asegurará de que su plan de bienestar alcance, como mínimo, el ochenta y cinco por ciento (85%) de los beneficiarios de MMM Multihealth. Para lograr este objetivo, MMM Multihealth, en conformidad con los requisitos de la Ley HIPAA y las normas y reglamentos en virtud de esta, utilizará anuncios de bienestar, campañas y / o seminarios, que incluyen ferias de salud, actividades educativas, visitas a beneficiarios y otros.

4.3.15 Cubierta y Beneficios Relacionados con el COVID-19

- MMM Multihealth ha tomado las medidas necesarias para garantizar que los pacientes, las instalaciones de atención médica y los laboratorios clínicos de Puerto Rico estén preparados para responder al COVID-19.
- MMM Multihealth cubrirá los servicios de laboratorio ordenados por el médico.
- No se aplicará copago alguno por este servicio al beneficiario, independientemente del tipo de cubierta que tenga.
- La vacuna no tendrá costo alguno para los beneficiarios y proveedores de servicio por el periodo que establezca el CDC.

A. Aspectos destacados de la hoja de datos de Medicaid y del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP):

- MMM Multihealth cubrirá los servicios de pruebas y diagnóstico y los servicios de laboratorio y rayos X. Proporcionará los servicios hospitalarios para los beneficiarios hospitalizados y ambulatorios.
- Brindará cubierta de atención hospitalaria para niños y mujeres embarazadas inscritos en CHIP. Las preguntas específicas sobre los beneficios cubiertos deben dirigirse a la agencia estatal correspondiente de Medicaid y CHIP.

B. Código *Telehealth, Virtual Check In, E-Visits* COVID-19

1. Los expedientes médicos en telemedicina deben mantenerse iguales que los demás expedientes de salud.
2. La documentación específica necesaria varía según el nivel de interacción.

3. La facilidad de servicio de salud que utiliza la información telemedicina para tomar una decisión sobre el tratamiento del paciente debe cumplir con todos los estándares.
4. El expediente médico debe incluir:
 - La necesidad de evaluación
 - Consentimiento informado
 - Documentación del evento (independientemente del medio utilizado)
 - Autenticación de las entradas al expediente.

C. Codificación para facturar al Plan por la Vacuna contra el COVID-19

1. Los proveedores tendrán el derecho de facturar por los servicios de aplicación de la vacuna, lo cual incluye la inoculación, información específica sobre la conservación de la vacuna, orientación del paciente y rastreo para permitir la segunda dosis, así como las dosis de refuerzo.
2. El costo para la administración de esta vacuna será uno uniforme para todo proveedor debidamente certificado y registrado que cumpla con los requisitos establecidos por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) y el Departamento de Salud de Puerto Rico (DS) para la vacuna contra el COVID-19.
3. La ASES basándose en la información ofrecida por CMS, ha establecido las tarifas y códigos para la administración de las vacunas contra el COVID-19 y el refuerzo para la población adulta y pediátrica.

D. Pruebas de laboratorio para que los laboratorios realicen pruebas a los pacientes para detectar el COVID-19

1. La Orden Administrativa Núm. 451 (OA 451) del Secretario de Salud, emitida el 16 de junio del 2020, establece instrucciones específicas para el pago de las pruebas COVID-19 mientras dure la emergencia provocada por la pandemia. El Centro de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), también ha emitido guía sobre la cobertura de Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) lo cual exige a los estados que cubran, sin costos compartidos, todas las pruebas de diagnóstico y detección que sean consistentes con las recomendaciones de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés).
2. La ASES establece que los proveedores deberán expedir a los beneficiarios de Vital, las órdenes médicas que sean necesarias para satisfacer pruebas de detección que cumplan con las condiciones de exposición y/o riesgos establecidos por el Departamento de Salud de Puerto Rico y/o aquellos indicados por el CDC o CMS.
3. Expedir ordenes médicas para pruebas de diagnóstico que no estén en este marco y que atiendan otras necesidades individuales de actividad social, entretenimiento o actividades de asueto, conlleva una utilización inapropiada de los recursos médicos disponibles en el país. Por lo que todo proveedor debe ejercer su criterio médico basado estrictamente en el acceso a los servicios medicamente necesarios y la realidad actual de la pandemia COVID-19.

4. Además, la práctica inapropiada de expedir ordenes médicas sin una determinación de necesidad médica válida, puede conllevar auditorías por parte de las aseguradoras y/o agencias reguladoras que proveen los fondos federales para los servicios Medicaid-Vital.
5. La ASES informa que, todas las pruebas que cumplan con el requisito de necesidad médica, según lo estipulado en la OA 451 y/o los criterios establecidos por los CDC adoptados por CMS, debidamente expedidos por el proveedor médico, deben ser pagaderas a los laboratorios clínicos participantes del Plan Vital, **libres de copagos y deducibles al beneficiario.**
6. La ASES ha determinado que el Plan de Salud del Gobierno Vital estará cubriendo ocho (8) pruebas caseras (*OTC, over the counter*) por persona para su población asegurada.
7. Luego de agotado el beneficio de las ocho (8) pruebas, el beneficiario podrá acceder pruebas adicionales con una orden médica. El médico es responsable de realizar una evaluación clínica para determinar la necesidad médica del beneficiario para el uso de la prueba casera COVID-19 al expedir dicha orden.

5. Farmacia

5.1 Farmacia y Servicios de las Cubiertas

MMM Multihealth provee servicios de cubierta de farmacia, incluyendo los siguientes:

1. Todos los costos relacionados con los medicamentos prescritos a los beneficiarios, con excepción de los copagos correspondientes a los beneficiarios cuando se aplique.
2. Listado de medicamentos Preferidos (PDL, por sus siglas en inglés) y Listado de Medicamentos no Preferidos (NPDL, por sus siglas en inglés) cubiertos por el Plan Vital. La ASES puede asignar diferentes niveles de copagos y/o éditos de manejo de utilización dentro de los medicamentos bajo su cubierta de farmacia.
3. Se puede utilizar una solicitud de excepción para (i) medicamentos preferidos incluidos en el PDL y que están sujetos a éditos de manejos de utilización (como terapia escalonada, límites de cantidad o dosis, o requisitos de preautorización), cuando el proveedor desee para evitar tales restricciones, (ii) medicamentos no preferidos (NPDL) que no forman parte del PDL, o (iii). si el proveedor demuestra que ninguna de las alternativas en el PDL o NPDL no son clínicamente viables para el paciente.
4. Si se prescribe un medicamento dentro del PDL se manejará siguiendo el protocolo clínico aprobado y establecido por ASES. Si el médico desea eludir las restricciones de manejo de utilización, es requerido someter una justificación clínica que establezca las razones clínicas de por qué el medicamento solicitado atiende la necesidad medica del paciente.

5. Si se prescribe un medicamento fuera del PDL, pero dentro del NPDL, el medicamento se manejará como una solicitud de excepción. Todas las evaluaciones deberán evidenciar la necesidad médica y deberán ser justificadas por el médico que prescribe a los pacientes.
 - a) Médico debe evidenciar que todas las alternativas en el PDL están contraindicadas. La Organización de Manejo de Cuidado (MCO, por sus siglas en inglés) solicitará copia del historial médico del paciente que evidencie la alegada contraindicación o el médico debe proveer literatura científica suficiente para probar que al tomar una de las alternativas dentro del PDL resultaría en repercusiones serias de salud para el paciente; o
 - b) Paciente ha experimentado reacciones adversas severas a todas las alternativas dentro del PDL; o
 - c) Fallo terapéutico a todas las alternativas disponible dentro del PDL, sea por ineffectividad de la terapia o porque afecta o empeora la condición o enfermedad del paciente.
6. Si un medicamento fuera del PDL y fuera del NPDL es prescrito, éste estará sujeto al proceso de excepción.
 - a) El proveedor debe evidenciar que todas las alternativas dentro del PDL y el NPDL están contraindicadas.
 - b) El MCO solicitará copia del historial médico del paciente que evidencie la alegada contraindicación o el médico debe proveer literatura científica suficiente para probar que al tomar una de las alternativas dentro del PDL y NPDL resultaría en repercusiones serias de salud para el paciente;

- c) Paciente ha experimentado reacciones adversas severas a todas las alternativas dentro del PDL y el NPDL. El MCO solicitará copia del historial médico del paciente que evidencie la alegada reacción adversa; o
 - d) Fallo terapéutico a todas las alternativas disponible dentro del PDL y el NPDL, sea por ineffectividad de la terapia o porque afecta o empeora la condición o enfermedad del paciente,
7. MMM Multihealth no puede imponer restricciones a los medicamentos recetados disponibles, más allá de las contempladas en el PDL, NPDL, o cualquier otro formulario de medicamentos aprobado por ASES

5.2. Medicamentos Excluidos del Beneficio de Farmacia

1. Medicamentos que promueven la fertilidad, medicamentos para usos cosméticos o para el crecimiento del pelo, medicamentos para el control de peso (anorexia, pérdida de peso o aumento de peso), medicamentos para el alivio de síntomas de tos y catarro, la mayoría de las vitaminas y minerales, medicamentos que se obtienen sin receta médica o *over the counter* (OTC, por sus siglas en inglés), a menos que el medicamento este específicamente incluido en la cubierta del Plan Vital.
 - Tratamientos indicados para la psoriasis, acné, rosácea y vitíligo NO se consideran cosméticos.
2. Medicamentos para los cuales el fabricante busca exigir como una condición para la venta de este, que pruebas asociadas al uso del medicamento o cualquier servicio para

monitoreo se compren u obtengan directamente del fabricante o de quien ellos designen.

3. Medicamentos que no son prescritos para una indicación médicamente aceptada.
4. Medicamentos que son prescritos para tratar una condición que no está cubierta bajo el Plan Vital.
5. 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:

1. Algunos medicamentos recetados pueden estar sujetos a preautorización. La mayoría de las preautorizaciones son trabajadas por MMM Multihealth; 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, por sus siglas en inglés) y decidido en consulta con MMM Multihealth, cuando aplique.
2. MMM Multihealth se asegura de que la preautorización de servicios de farmacia se trabaje dentro del tiempo establecido por ASES:
 - a) La evaluación y solicitud de documentos necesarios para aprobar o denegar una receta a través del proceso de preautorizaciones 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, solicitudes incompletas que no contengan la información mínima requerida para poder evaluar la misma serán devueltas a la farmacia solicitante, proveedor que prescribe o proveedor de atención médica por fax o correo electrónico, para completar lo antes posible y dentro de las 24 horas. 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.

b) La información mínima requerida para la evaluación de un medicamento es la siguiente:

- i. Receta
- ii. Justificación clínica que detalle la necesidad del medicamento prescrito.
- iii. Periodo de duración de la terapia según establecido por el protocolo clínico.
- iv. 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

c) En una situación de emergencia, MMM Multihealth 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. MMM Multihealth debe evaluar la solicitud para determinar, en base a la información presentada, si el paciente está en una situación de emergencia. Dicha evaluación debe ser realizada utilizando el juicio clínico apropiado y no se utilizará para denegar un suministro de emergencia de 72 horas del medicamento solicitado si de hecho existe una emergencia.

3. Las recetas prescritas por un proveedor que está fuera de la Red Preferida (PPN, por sus siglas en inglés) solo pueden despacharse si la receta está autorizada y firmada por el Médico Primario (PCP) del beneficiario u otro PCP que pertenezca al grupo médico primario del beneficiario (GMP).

4. MMM Multihealth utiliza medicamentos bioequivalentes aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés), clasificados "AB" y autorizados por las regulaciones. MMM Multihealth 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.

MMM Multihealth observa los siguientes límites de tiempo con respecto a los medicamentos recetados:

1. Medicamentos para condiciones crónicas serán cubiertos por un máximo de treinta (30) días calendario y por tiempo adicional, si es médicamente necesario. Medicamentos para condiciones agudas, serán cubiertos por un máximo de quince (15) días calendario. Para condiciones de salud mental severas, prescritas por proveedor de salud mental contratado, serán cubiertas por un máximo de treinta (30) días calendario, por recomendación de un proveedor, un mínimo de quince (15) días calendario será prescrito con el propósito de reevaluar el cumplimiento y la tolerancia. Según la cubierta de la ASES, una receta puede ser repetida hasta cinco (5) veces.
2. Para los medicamentos de mantenimiento que requieren una preautorización, la misma será efectiva por el término especificado por el proveedor o durante seis (6) meses, a menos que existan contraindicaciones o efectos secundarios.
3. 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 preautorización, pero están sujetos a revisión por personal clínico. Los cambios del medicamento utilizado pueden requerir una preautorización.

Consideraciones especiales, en cooperación con entidades gubernamentales de Puerto Rico que no son ASES, manejan la cobertura de medicamentos para las siguientes condiciones:

1. Algunos medicamentos anticonceptivos los provee el beneficio de farmacia de MMM Multihealth, solo 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.
2. Las instrucciones para las recetas, cuyos medicamentos son para el tratamiento de condiciones crónicas en niños con necesidades especiales de salud:
 - a) 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.
 - b) De ser médicamente necesario, recetas adicionales podrían ser cubiertas.
3. 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.
4. Medicamentos recetados deben ser dispensados según el período de tiempo establecido por la Ley de Farmacia de Puerto Rico, cuando el beneficiario somete la prescripción para su dispensación.

5.4 Cubierta de Medicamentos para el Programa de Beneficios de Farmacia

A. ¿Qué es el Listado de Medicamentos Preferidos (PDL) de Plan Vital?

La administración de Seguros de Salud (ASES) es la agencia responsable de establecer y evaluar la cubierta de medicamentos del Plan Vital. Bajo el beneficio de farmacia los medicamentos cubiertos se pueden identificar en el Listado de Medicamentos Preferidos (PDL, por sus siglas en inglés). Además, la cubierta de farmacia cuenta con un Listado de Medicamentos No Preferidos (NPDL, por sus siglas en inglés) como alternativa cuando los medicamentos en PDL no preferidos son para nuestros beneficiarios. La cubierta del beneficio de farmacia de Plan Vital 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 PDL solo como referencia.

B. ¿Cómo se crea el Listado de Medicamentos Cubiertos de Plan Vital?

ASES, a través de su Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T), evalúa y determina los medicamentos que son incluidos en el PDL y NPDL. MMM Multihealth cuenta con una representación en el Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T por sus siglas en inglés) de ASES para proveer recomendaciones clínicas de los medicamentos que serán incluidos en el PDL o NDPL y aquellos medicamentos que estarán excluidos del listado de Medicamentos en Cubierta de Plan Vital. Todos los cambios al listado de medicamentos cubiertos se publican en nuestros sitios web: www.MultiHealth-vital.com

C. ¿Qué contiene el Listado de Medicamentos No Preferido (NPDL)?

Listado de medicamentos que no ha sido incluida en el PDL, pero si han sido evaluadas por el Comité de Farmacia & Terapéutica (P&T) de ASES. Medicamentos que no estén incluidos en el NPDL pueden ser cubiertos por mecanismo de excepción, a menos que estén excluidos por ley.

D. ¿Puede cambiar el PDL y NPDL?

Sí, los listados PDL y NPDL pueden cambiar. Todo cambio podrá ser visto en nuestras páginas web: www.multihealth-vital.com

5.5. Proceso de Solicitud de Excepciones

Se recomienda a los médicos recetar medicamentos que están en el Listado de Medicamentos Preferidos en Cubierta (PDL) de Plan Vital siempre que sea posible.

1. MMM Multihealth cubre medicamentos que no están incluidos en el PDL y **que están incluidos en el** Listado de medicamentos No Preferidos (NPDL) a través de un proceso de excepción.
 - a. Si un medicamento que no se encuentra en el PDL, pero sí en el NPDL es prescrito y procesado en la farmacia, la farmacia recibirá el siguiente mensaje de rechazo:
 - **75 - Prior Authorization Required**
 - b. **... For Exceptions PA Fax 1.866.349.0514 PA required for this drug.. Drug on Non Preferred Drug List (Non PDL). Exception request required. Validate other alternatives in PDL before proceeding..** Si aun así la farmacia desea proceder con

la evaluación del medicamento, la solicitud debe incluir la siguiente información estándar:

- Receta
 - justificación clínica y necesidad médica para el medicamento prescrito.
 - duración esperada del tratamiento
- c. El médico que prescribe debe proveer justificación clínica por **escrito y firmada** indicando la razón o los motivos clínicos por las cuales el medicamento solicitado es clínicamente necesario para tratar la enfermedad o condición médica del beneficiario. La justificación médica debe indicar que la droga prescrita debe ser aprobada en base a que:
- Paciente ha experimentado serias reacciones adversas a las todas las alternativas disponibles en el PDL o;
 - Fallos terapéuticos a todas las alternativas en el PDL, ya sea porque esas alternativas fueron ineficaces o podrían afectar adversamente la salud o condición del paciente.
- d. Solicitudes incompletas, serán devuelta al médico por fax, o email para completar dentro de **veinticuatro (24) horas**.
- e. El resultado de la determinación será notificado dentro de las veinticuatro (24) horas; el beneficiario, la farmacia y el médico que prescribe.
- f. 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.
- g. 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.
- h. 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.
- i. Si es inactivada se notificará por escrito a la farmacia y al médico que prescribe.
- j. 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 PDL, 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

2. MMM Multihealth cubre medicamentos que no están incluidos en el PDL ni en el NPDL 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.
 - a. Si un medicamento que no se encuentra en el PDL ni en el NPDL es prescrito y procesado en la farmacia, la farmacia recibirá el siguiente mensaje de rechazo:
 - b. **70 - Product Service Not Covered** Si aun así procede la evaluación del medicamento, la misma debe incluir la siguiente información estándar:
 - Receta
 - Justificación clínica y necesidad médica para el medicamento prescrito.
 - Duración esperada del tratamiento, según lo requiera el protocolo del medicamento.

El médico que prescribe debe proveer justificación clínica por **escrito y firmada** indicando la razón o los motivos clínicos por los cuales el medicamento solicitado es clínicamente necesario para tratar la enfermedad o condición médica del beneficiario. Si el médico solicita una alternativa que no esté incluida en el PDL o en NPDL, su declaración de apoyo debe indicar que el medicamento recetado solicitado debería ser aprobado a base de lo siguiente:

- Todas las opciones en PDL y NPDL para el medicamento recetado están contraindicadas con los medicamentos que el paciente ya está tomando. La MCO debe requerir evidencia de que existe tal contraindicación, o que el médico pueda proveer literatura científica que demuestre que hay una fuerte posibilidad de efectos adversos graves a la salud, como resultado de tomar medicamentos alternativos.

- c. Si el médico solicita una alternativa que no esté incluida en el PDL o en NPDL, su declaración de apoyo debe indicar que el medicamento recetado solicitado debería ser aprobado a base de lo siguiente:
- Todas las opciones en PDL y NPDL para el medicamento recetado están contraindicadas con los medicamentos que el paciente ya está tomando. La MCO debe requerir evidencia de que existe tal contraindicación, o que el médico pueda proveer literatura científica que demuestre que hay una fuerte posibilidad de efectos adversos graves a la salud, como resultado de tomar medicamentos alternativos; o
 - Paciente ha experimentado serias reacciones adversas a todas las alternativas disponibles en el PDL y el NPDL;
 - Fallos terapéuticos a todas las alternativas en el PDL y el NPDL, ya sea porque esas alternativas fueron ineficaces o podrían afectar adversamente la salud o condición del paciente.
- d. Solicitudes incompletas, serán devuelta al médico por fax, o email para completar dentro de **veinticuatro (24) horas**.
- e. El resultado de la determinación será notificado dentro de las veinticuatro (24) horas; el beneficiario, la farmacia y el médico que prescribe.
- f. 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.
- g. 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.
- h. 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.
- i. Si es inactivada se notificará por escrito a la farmacia y al médico que prescribe.
- j. 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 PDL, 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

- k. MMM Multihealth cubre medicamentos que no están incluidos en el PDL ni en el NPD L 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.

5.6 Investigaciones de Posibles Casos de Fraude

El Departamento de Farmacia de MMM Multihealth 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 se compartirá con el personal de cumplimiento de MMM Multihealth, 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:

1. Utilización de medicamentos controlados

- a) *Doctor / Pharmacy Shopping* (recetas de medicamentos controlados para el mismo beneficiario, prescritas por múltiples médicos y/o despachadas por múltiples farmacias.)

MMM Multihealth ha establecido mecanismos de denuncia tales como:

- Línea directa Ethics-Point (1-844-356-3956);

- Dirección de correo electrónico (VITALSIU@mmmhc.com) para Proveedores, Subcontratistas, Beneficiarios y público en general. Las personas o entidades pueden denunciar de forma anónima fraudes, despilfarros, abusos o conductas indebidas.

Nadie debe ser objeto de ningún tipo de represalia basada únicamente en la buena fe o la intención honesta de denunciar una presunta infracción.

5.7. Información de Contacto del Departamento de Farmacia

UNIDAD CLÍNICA / FARMACIA

Centro de llamadas de farmacia (preautorizaciones de medicamentos)	
Teléfono	<ul style="list-style-type: none"> • 1-844-880-8820 (libre de cargos) • 787-523-2829
Fax Farmacia	<ul style="list-style-type: none"> • 1-866-349-0514
Fax Códigos J	<ul style="list-style-type: none"> • 787-300-4897
Páginas de Internet	
MMM Multihealth	www.multihealth-vital.com
InnovaMD	www.innovamd.com

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, y tiene como meta principal 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.

6.1 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 un cuidado de salud apropiado, que conduzcan a mejores resultados para nuestra población.
- 4) Mantener alianzas con agentes o proveedores que maximicen nuestra capacidad de brindar servicios y beneficios de salud apropiados.

6.2 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 con medidas de calidad específicas y de mejoramiento en ejecución, basadas en estándares clínicos aceptados nacionalmente y considerando investigaciones recientes en el área de garantía en calidad. Algunos de los elementos que comprenden el QAPI serán descritos en las próximas secciones.

6.3 Junta Asesora

La Junta Asesora consta de representantes de todas las poblaciones del Plan de Salud Vital de MMM Multihealth; como asegurados, familiares y proveedores, entre otros, que se reúnen de manera trimestral. Los participantes de la Junta Asesora contribuirán en la solución de situaciones relacionadas con 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 Asesora, según conciernan al programa de Medicaid de Puerto Rico. MMM Multihealth fomentará una representación equitativa de sus participantes en términos de raza, género, población especial servidas por el Plan de Salud Vital. MMM Multihealth informará a ASES con anticipación de diez días calendario sobre las reuniones que se llevarán a cabo y mantendrá un registro de todos los intentos de invitar e incluir a sus representantes en las reuniones, de los asistentes y de las actividades discutidas durante las reuniones de la Junta Asesora. El listado de asistencia y las actas de la Junta estarán disponibles para ASES diez días calendario posteriores a la fecha de la reunión. Los participantes de la Junta Asesora contribuirán activamente en las discusiones y ninguno deberá dominar el foro de discusión, para así fomentar un ambiente inclusivo y participativo.

6.4 Proyectos de Mejoramiento de Desempeño

Los Proyectos de Mejoramiento de Desempeño (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 de Desempeño (QAPI, por sus siglas en inglés), según

descritos en el 42 CFR 438.330. El fin primario de estos proyectos es alcanzar un efecto favorable y positivo en los resultados de salud y satisfacción del beneficiario. Estos han sido diseñados para lograr, a través de mediciones e intervenciones continuas, mejoras significativas en las áreas de cuidado clínico para la evaluación de la salud renal e identificar sus primeras etapas de enfermedad, aumentar la detección de depresión, ansiedad y trastornos por uso de sustancias y en mejorar los resultados para los beneficiarios con diabetes y en áreas administrativas de *Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment (EPSDT)* y de integración del cuidado físico y mental.

A. Los Pasos para diseñar un Programa de Mejoras de Desempeño son:

- 1) Seleccionar la necesidad de acuerdo con la situación actual y la situación deseada con el propósito de lograr un beneficio medible para el beneficiario.
- 2) Establecer metas y objetivos específicos, medibles, alcanzables, orientados a resultados y basados en fechas de ejecución (*SMART Objectives*, por su acrónimo en inglés).
- 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 Conjunto de datos e información sobre la efectividad de la atención médica (HEDIS® por sus siglas en inglés) y las Métricas Básicas para Adultos y Niños (ACCM, por sus siglas en inglés).
- 4) Implementar intervenciones diseñadas a lograr la mejora en calidad.
- 5) Evaluar la efectividad de las intervenciones.
- 6) Planificar e iniciar actividades para sostener o mejorar el desempeño.

- 7) Documentar la metodología utilizada para recolectar data (incluyendo las fuentes) y los pasos que se siguieron para asegurar que la data es válida y confiable.
- 8) Recopilar y analizar apropiadamente datos precisos y válidos que demuestren una mejora en la calidad.

Para más 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:

<https://www.medicaid.gov/medicaid/quality-of-care/medicaid-managed-care/external-quality-review/index.html>.

6.5 Programa de Iniciativas de Calidad para la Sala de Emergencia

MMM Multihealth diseñó un Programa de Calidad para las Salas de Emergencia (ER, por sus siglas en inglés) para identificar proactivamente los altos utilizadores de servicios de emergencia para situaciones que no son una emergencia, e 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, e informar a los Proveedores de Medicina Primaria sobre la identificación de los altos utilizadores o potenciales altos utilizadores de servicios de emergencia y sobre cómo referirlos al Programa.

- 4) Protocolos para la identificación de los altos utilizadores de servicios de emergencia inapropiados, referidos al Programa de Manejo de Cuidado para la evaluación de sus necesidades y posible identificación de un nivel de cuidado más apropiado.
- 5) Reportes trimestrales de utilización de Sala de Emergencia.
- 6) Proceso para asegurar la provisión de los servicios de salud física y mental en el nivel de cuidado más apropiado y según se identifique la necesidad.
- 7) Procesos para evaluar la efectividad del Programa de Calidad para las Salas de Emergencia, identificar las áreas de oportunidad, y realizar modificaciones al programa, según sea necesario, para mejorar la utilización de los servicios.
- 8) Proceso de mejora continua de ciclo rápido que incluye la evaluación de la eficacia de las intervenciones y sus ajustes a lo largo del período de la iniciativa.

6.6 Programa de Mejoramiento de Cuidado de la Salud

El Programa de Mejoramiento de Cuidado de la Salud se desarrolló para mejorar la calidad de los servicios provistos a los beneficiarios de MMM Multihealth. El programa de incentivos es parte del Programa de Evaluación de Calidad y Mejoramiento en la Ejecución (QAPI, por sus siglas en inglés). El Programa incluye:

- 1) Iniciativas para educar a los proveedores con relación a los requerimientos del Programa.
- 2) Estrategias para asegurar y monitorizar el cumplimiento con el Programa.

MMM Multihealth someterá a ASES la data para las medidas de desempeño estandarizadas dentro de los plazos especificados y de acuerdo con los procedimientos establecidos de recopilación de datos e informes, de ser solicitado. El Programa de Mejoramiento de Cuidado de

la Salud, según requerido, evaluará las siguientes tres (3) categorías de indicadores de desempeño:

- 1) Iniciativa de Condiciones Crónicas
- 2) Iniciativa de Población Saludable
- 3) Iniciativa de Calidad para Salas de Emergencia

16. A continuación, una breve descripción de cada categoría y sus métricas:

Iniciativa de Condiciones Crónicas	Enfocada en mejorar la salud de los beneficiarios con condiciones crónicas específicas y reducir la utilización asociadas a complicaciones de salud evitables.
	Población Medicaid/Federal, Estatal y CHIP
	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes • Asma
	Población Medicaid/Federal y Estatal
Iniciativa de Población Saludable	Estas se enfocan en el cuidado médico preventivo. Incluyen también a las poblaciones identificadas como de condiciones de alto costo y condiciones crónicas.
	Población Saludable
	<ul style="list-style-type: none"> • Cernimiento de Cáncer de Mamas - (BCS) • Cernimiento de Cáncer Cervical - (CCS) • Presión Arterial Controlada - (CBP)

	<ul style="list-style-type: none"> • Cernimiento de Diabetes en Pacientes con Esquizofrenia o Desorden Bipolar que usan antipsicóticos – (SSD) • Seguimiento luego de Hospitalización por Enfermedad de Salud Mental - (FUH)
	Acceso al Cuidado y Otra Utilización
	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a Cuidado Preventivo en Adultos – (AAP) • Evaluación Oral de Servicios Dentales – (OEV) • Cuidado Prenatal y Postparto – (PPC) • Visita preventiva los primeros 30 meses de vida (W30) • Visita preventiva de niños y Adolescentes (WCV)
Iniciativa 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 y permitir la intervención temprana para asegurar el uso apropiado de recursos y servicios.

6.7 Programa de Bienestar

MMM Multihealth ha diseñado un Programa de Bienestar para reforzar los servicios preventivos y proveer servicios integrados de salud mental, física, y dental a todos los beneficiarios y a su vez educarlos en temas de salud y bienestar. Estos programas incluyen estrategias para promover los esfuerzos educativos y la prevención de enfermedades. Incorporan métodos para alcanzar a todos los beneficiarios incluyendo los que residen en áreas remotas. Las actividades educativas son ofrecidas por profesionales licenciados y con conocimiento en los temas ofrecidos.

Entre las prácticas que MMM Multihealth quiere fomentar a sus beneficiarios a realizar como parte de su cuidado médico y prevención se encuentran:

1. Chequeo anual de salud.
2. Exámenes de salud de las mujeres como mamografías, pruebas de Papanicolau y examen cervical.
3. Evaluación de cáncer colorrectal.
4. Recibir la vacuna contra el COVID-19 y tomar otras medidas preventivas.
5. Utilizar adecuadamente los servicios del Plan de Salud del Gobierno (GHP por sus siglas en inglés), incluyendo la Línea de servicio de GHP.
6. Examen dental anual.
7. Atender las necesidades médicas y de desarrollo de niños y adolescentes.
8. Evaluación de salud conductual.
9. Recibir educación y tratamiento sobre los diagnósticos de alto riesgo que incluyen: Depresión; Esquizofrenia; trastornos bipolares; Trastorno por Déficit de Atención y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad; Abuso de sustancias; y trastornos de ansiedad.

6.8 Encuestas de Satisfacción de Proveedores y Beneficiarios

Las encuestas de satisfacción de proveedores y beneficiarios se realizan anualmente. La Evaluación del Consumidor de Proveedores de Salud (CAHPS, por sus siglas en inglés) y Resultados y Experiencia del Cuidado de la Salud (ECHO, por sus siglas en inglés) son dirigidas a los beneficiarios. Al igual que las encuestas de satisfacción de beneficiarios, la encuesta dirigida

a los proveedores es realizada por una entidad independiente, manteniendo siempre los protocolos de confidencialidad requeridos. Los resultados de estas encuestas son compartidos con ASES y a su vez, están disponibles para los beneficiarios y proveedores, según sean solicitados. Estos resultados se utilizan para monitorizar el servicio brindado, la calidad de éste y desarrollar nuevas estrategias enfocadas en mejorar la calidad de los servicios.

6.9 Evaluación Externa de Calidad

En cumplimiento con los requisitos federales establecidos en 42 CFR 438.358, ASES contrata la Organización para la Evaluación Externa de Calidad (EQRO, por sus siglas en inglés) para realizar evaluaciones anuales, externas e independientes de los resultados obtenidos en calidad, y el acceso oportuno a los servicios cubiertos. MMM Multihealth ha desarrollado y establecido actividades analíticas para evaluar la calidad del cuidado, los servicios provistos a los beneficiarios, y para identificar las oportunidades de mejoramiento del Programa de Calidad. El EQRO también auditará el desempeño de MMM Multihealth, los Proyectos de Mejoramiento de Desempeño (“PIP”) y el programa de medición de desempeño con respecto a los estándares de calidad basados en los criterios de CMS.

7. FUNCIONES ADMINISTRATIVAS Y CLÍNICAS

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

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 2021 del Departamento de Salud de Puerto Rico, por acuerdo contractual entre Plan Vital y MMM Multihealth. El alcance incluye educar al proveedor sobre los requisitos de servicio, el cumplimiento y la vigilancia de las medidas de calidad de EPSDT.

A. Alcance

Esta política se aplica a todos los proveedores de la red que proporcionan cuidados de rutina para beneficiarios elegibles de Medicaid o CHIP hasta el primer mes del cumpleaños número de 21.

B. Definiciones

1. 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).
2. 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.

3. El Programa EPSDT

Es el componente de Salud Infantil de Medicaid 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 hasta el primer mes del cumpleaños número 21 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 de este 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 cernimiento de visión, audición y servicios dentales, así como todos los demás servicios obligatorios y opcionales médicamente necesarios enumerados en los requisitos del contrato de Plan Vital, para corregir o mejorar defectos y enfermedades físicas, mentales y condiciones identificadas en una evaluación periódica de EPSDT.

C. Responsabilidades

1. Departamento de Servicios de Salud

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

2. Contrataciones y Relaciones con el Proveedor:

- a) El presidente es el responsable máximo de supervisar el proceso de contratación.
- b) El vicepresidente del Departamento de Contratación es responsable de supervisar los procesos de contratación.
- c) 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.

- d) El director de Contrataciones y Relaciones con el Proveedor es responsable de las operaciones diarias y del proceso de contratación.
- e) El AVP de Contrataciones es responsable de la supervisión de los procesos de contratación de especialistas, hospitales y los servicios ancilares.
- f) Los representantes de contrataciones se encargan de negociar profesionales de comportamiento y los proveedores organizacionales.

D. Procedimientos

1. Requisitos de Acuerdo Contractual del Proveedor

- a) El Grupo Médico Primario (PMG por sus siglas en inglés) y el médico de atención primaria (PCP por sus siglas en inglés) 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 por sus siglas en inglés) establecerá un proceso para monitorear e implementar intervenciones para los PMG y el PCP que no estén en cumplimiento.
- b) 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.
- c) 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.

- d) Los PCP deben asegurarse de que los beneficiarios reciban el cernimiento 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.
- e) Se proporcionan requisitos de codificación adecuados para garantizar el reporte de información exacta.
- f) Los requisitos están documentados en esta política como referencia para el tratamiento médico y el Departamento de Proveedores y Contratación.
- g) Los contratos también establecen que los servicios de EPSDT se proporcionan sin costo.
- h) 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.

- 2.** EPSDT y Departamento de Salud Pediátricos Servicios Preventivos del 2021 requieren las siguientes evaluaciones y servicios:

- a) Historial de salud y desarrollo, debe incluir: evaluación física, mental, emocional y de conducta, incluyendo los trastornos por abuso de sustancias.
- b) Medidas (altura, peso, índice de masa corporal, incluyendo circunferencia de la cabeza).
- c) 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).
- d) 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.
 - 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.
- e) Un examen físico integral sin ropa.
- f) Las vacunas de acuerdo con las directrices emitidas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (*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 Plan Vital. 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. También cubrirá el costo relacionado con la vacuna y la administración a todos los beneficiarios de EPSDT de 19-20 años.

- g) 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.
- h) 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.

- i) 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.
- j) 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
- k) Cernimiento visual que incluye servicios de diagnóstico y tratamiento para efectos visuales, que incluye espejuelos.
- l) Pruebas de tuberculosis, si se aplican.
- m) Cernimiento de audición periódica que incluye servicios de diagnóstico y tratamiento con dispositivos para el aumento de la comunicación e implantes.
- n) 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 con los beneficios del plan y de la necesidad médica.
- o) 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.
- p) 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.

- q) Los suplidos médicos incluyendo las tiras reactivas para la diabetes, cuando sean médicamente necesarios para niños y jóvenes menores de 21 años.
- r) El trasplante de órganos no está bajo los beneficios actuales para los inscritos en el marco del Plan de Salud del Gobierno (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 Plan Vital, pero podrían ser clínicamente necesarios, 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.
- s) 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.

- t) 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.

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

1. Los proveedores estarán orientados sobre lo siguiente:
 - a) Políticas y procedimientos de EPSDT.
 - b) Calendario de periodicidad de servicios preventivos que detalla la frecuencia, profundidad y amplitud de los servicios.
 - c) Beneficios de EPSDT y guías de servicios preventivos.
 - d) 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.
 - e) Beneficiarios nuevos en Plan Vital elegibles a CHIP deberán ser vistos en la oficina médica 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.
 - f) Actividades para la identificación de miembro de EPSDT.
 - g) Los servicios de calidad, las medidas y la comprensión y el seguimiento de los parámetros aplicables HEDIS.

- h) Los servicios se proporcionan sin costo, incluyendo referidos a *WIC, Early Head Start* y otros programas del Departamento de Salud de las intervenciones tempranas.
 - i) Coordinación de la transportación que no es de emergencia para promover el acceso a los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento necesarios.
2. Proveedores en el plan son notificados del programa EPSDT a través de las siguientes estrategias:
- a) Kit de proveedores nuevos para los proveedores de nueva contratación con información sobre cómo el Programa EPSDT trabaja con los beneficiarios.
 - b) Guía del proveedor Plan Vital.
 - c) Manual página web del proveedor Plan Vital.
 - d) Notas de consultorios médicos.
 - e) Visitas al proveedor por los ejecutivos de cuenta de la Red de Proveedores.
 - f) Informe mensual de los niños que deben someterse a cernimiento y vacunas.
3. 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.

F. Programación de citas y seguimiento

1. 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.

2. Las citas perdidas deben reprogramarse para asegurar que se cumplan los servicios preventivos del esquema de periodicidad.
3. Debe dar prioridad a visitas y cernimiento 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.

G. El cumplimiento de proveedores

1. Será monitoreado a través de:
 - a) Los informes de PCP en los beneficiarios que necesitan o tienen vencidos los servicios de EPSDT.
 - b) Auditorías al azar de reclamaciones EPSDT.
 - c) Auditorías de expedientes médicos.
 - d) Reporte CMS - 416.
2. Estos elementos de EPSDT son parte del programa de incentivos para médicos.

7.2 Programa Prenatal

A. 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 con 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.

B. Afiliación al programa

Por los requisitos contractuales de ASES, todas las mujeres embarazadas estarán incluidas en la Cubierta 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 Cubierta Especial Obstétrica. Los recibidos se enviarán al *software* de la plataforma de manejo clínico para revisar:

1. 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.
2. Las enfermeras de Manejo de Casos están avisadas de un caso nuevo para revisar si hay un recibo del referido dado.
3. 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.

4. 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.
5. 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.
6. La cubierta se proveerá retroactivamente a la fecha estimada de concepción, según determine el médico.
7. La elegibilidad de los beneficiarios se extenderá si la revisión de elegibilidad cae dentro del segundo o tercer trimestre.
8. 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.
9. Cualquier beneficiaria embarazada de Plan Vital que visita al obstetra o ginecólogo/a deberá recibir el cuidado prenatal lo antes posible, preferiblemente el mismo día de la visita inicial.
10. Las beneficiarias embarazadas deberán ser referidas a la Cubierta Especial Obstétrica si no están registradas en la misma.
11. 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.

C. 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.

Los servicios para tratamiento y diagnóstico prenatal deben incluir, pero no se limitan a lo siguiente:

1. Evaluación comprensiva – evaluación inicial que incluye la historia, sistemas de revisión y pruebas físicas.
2. 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.

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

1. Pruebas de embarazo.
2. Una tarjeta de cuidado prenatal para documentar los servicios utilizados.
3. Servicios médicos durante el embarazo y luego del mismo.
4. Consejería relacionada a las pruebas de VIH durante el primer y tercer trimestre.
5. Evaluación dental durante el segundo trimestre de embarazo.
6. Una inyección RhoGAM para todas las mujeres embarazadas que tengan un factor de RH negativo de acuerdo con el protocolo establecido.
7. Monitoreo de alcohol a las mujeres embarazadas con el instrumento 4P-Plus.

8. Asesoramiento y tratamiento para dejar de fumar.
9. 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.
10. Tratamiento de las condiciones que se atribuyan al embarazo o al parto cuando sea recomendado por un médico.
11. 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.
12. Anestesia excluyendo la epidural.
13. Uso de la incubadora sin limitaciones.
14. Servicios del monitoreo del feto sólo durante la hospitalización.
15. Sala maternal y un cuidado rutinario para recién nacidos.
16. Servicios de circuncisión y dilatación para recién nacidos.
17. Transportación para recién nacidos a instalaciones terciarias cuando sea necesario.
18. Asistencia de un pediatra durante el parto.
19. Servicios de parto provistos en centros de obstetricia independientes.
20. Monitoreo a la depresión postparto utilizando la escala de Edinburgh de depresión postnatal.
21. Consejería postparto y referidos al programa WIC.
22. Consejería voluntaria y confidencial para la salud reproductiva y la planificación familiar, incluyendo las circunstancias donde la beneficiaria sea menor de 18 años.

23. Los servicios de planificación familiar proveerán servicios para la educación y consejería para asistir a las mujeres a que tomen decisiones con la información necesaria y entender los métodos anticonceptivos.

24. Los beneficiarios que busquen servicios para la planificación familiar deberán ser aconsejados de los métodos disponibles a través del Departamento de Salud.

D. 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 siguientes temas de importancia:

1. Cuidado prenatal y postparto,
2. Lactancia,
3. Etapas del parto,
4. Salud oral,
5. Planificación familiar,
6. Cuidado del recién nacido
7. Tópicos sobre la salud mental, como:
 - a) violencia doméstica,
 - b) depresión postparto,

- c) dejar de fumar,
- d) abstención de uso y abuso del alcohol y sustancias controladas,
- e) crianza de los hijos,
- f) prevención y monitoreo de VIH,
- g) monitoreo socioemocional en los niños, entre otros.

Equipos concedores 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 Multihealth 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.

E. Programa de monitoreo

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

1. Número de beneficiarias embarazadas en Plan Vital por trimestre y edad.
2. Número de mujeres embarazadas afiliadas a Plan Vital 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 Multihealth 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. 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 Plan Vital 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 Plan Vital,

tras el contrato entre la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) y MMM Multihealth. Su meta es alcanzar el 85% de los beneficiarios de Plan Vital. 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:

1. Intervenciones en grupo
2. Talleres
3. Ferias de salud
4. Clínicas de cernimiento
5. Campañas educativas y/o eventos para la población en general
6. Plan de medios (radio/TV/prensa)

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:

1. Departamento de Salud de Puerto Rico
2. Secretaría Auxiliar para la Promoción de la Salud
3. Departamento de la Familia

4. Departamento de Educación
5. ASES
6. Programa de Asistencia Médica (Medicaid)
7. Municipios
8. 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:

Temas	Grupo Poblacional	Agencia Gubernamental que Colaborará	Escenarios
Chequeo de salud anual (incluyendo EPSDT para cuidado pediátrico) <ul style="list-style-type: none"> • Cernimiento y cuidado preventivo • Cernimiento de desarrollo • Cernimiento de factores de riesgo (físico y mental) • Inmunizaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Niños • Adolescentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Departamento de Salud de PR • Departamento de la Familia • Departamento de Educación • Agencias sin fines de lucro, tales como: Asociación Americana del Corazón 	<ul style="list-style-type: none"> • Oficinas Médicas (Facilidades de Colocación) • Agencias de Gobierno (Escuelas, <i>Head Start</i>, <i>Medicaid office</i>, etc.) • Comunidad-organizaciones de base de fe
Uso apropiado de los servicios* <ul style="list-style-type: none"> • Sala de Emergencias • Línea de enfermería • Importancia de la visita al médico primario • Líneas de servicio *Entre otros	<ul style="list-style-type: none"> • Adulto 	<ul style="list-style-type: none"> • Departamento de Salud de PR • Departamento de la Familia • ASSMCA 	<ul style="list-style-type: none"> • Oficinas Médicas (Facilidades de Colocación) • Agencias de Gobierno (<i>Medicaid office</i>, <i>WIC</i>, etc.) • Comunidad-organizaciones de base de fe
*Salud Física: <ul style="list-style-type: none"> • Asma • Diabetes 	<ul style="list-style-type: none"> • Adulto • Adolescentes • Niños 	<ul style="list-style-type: none"> • Departamento de Salud de PR 	<ul style="list-style-type: none"> • Oficinas Médicas (Facilidades de Colocación)

Temas	Grupo Poblacional	Agencia Gubernamental que Colaborará	Escenarios
<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión • Lesiones no intencionales • Influenza • Dengue • COVID-19 <p>*Entre otros</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Departamento de la Familia • Departamento de Educación • Agencias sin fines de lucro, tales como: Asociación Americana del Corazón 	<ul style="list-style-type: none"> • Agencias de Gobierno (Escuelas, Head Start, <i>Medicaid office</i>, etc.) • Comunidad-organizaciones de base de fe
Salud de la Mujer (mamografías, Papanicolaou, cernimiento cervical)	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres 	<ul style="list-style-type: none"> • Departamento de Salud de PR • Departamento de la Familia • Organizaciones sin fines de lucro (Ej. Susan G. Komen, American Heart Association) 	<ul style="list-style-type: none"> • Oficinas Médicas (Facilidades de Colocación) • Agencias de Gobierno (<i>Medicaid</i>, WIC, etc.) • Comunidad-organizaciones de base de fe
Infecciones de Transmisión Sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Adultos • Adolescentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Departamento de Salud de PR • Departamento de la Familia • Departamento de Educación • WIC • Colegios y Universidades 	<ul style="list-style-type: none"> • Oficinas Médicas • Agencias de Gobierno (Escuelas, <i>Medicaid office</i>, etc.) • Facilidades de Colocación Inversa • Comunidad-organizaciones de base de fe
Manejo de peso, nutrición y actividad física	<ul style="list-style-type: none"> • Adultos • Adolescentes • Niños 	<ul style="list-style-type: none"> • Departamento de Salud de PR • Departamento de la Familia • Departamento de Educación • Departamento de Recreación y Deportes 	<ul style="list-style-type: none"> • Oficinas Médicas • Agencias de Gobierno (Escuelas, <i>Head Start</i>, <i>Medicaid office</i>, etc.) • Facilidades de Colocación Inversa • Comunidad-organizaciones de base de fe

Temas	Grupo Poblacional	Agencia Gubernamental que Colaborará	Escenarios
Salud Reproductiva y Planificación Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Adultos • Adolescentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Departamento de Salud de PR • Departamento de la Familia • Departamento de Educación • Colegios y Universidades 	<ul style="list-style-type: none"> • Oficinas Médicas (Facilidades de Colocación) • Agencias de Gobierno • (Escuelas, <i>Medicaid office</i>, WIC, etc.) • Comunidad-organizaciones de base de fe
Cernimiento Dental Anual	<ul style="list-style-type: none"> • Adultos • Adolescentes • Niños 	<ul style="list-style-type: none"> • Departamento de Salud de PR • Departamento de la Familia • Departamento de Educación 	<ul style="list-style-type: none"> • Oficinas Médicas (Facilidades de Colocación) • Agencias de Gobierno (Escuelas, <i>Head Start</i>, <i>Medicaid office</i>, etc.) • Comunidad-organizaciones de base de fe
Salud Mental <ul style="list-style-type: none"> • Manejo de Estrés • Autoestima • Acoso escolar (<i>Bullying</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Adultos • Adolescentes • Niños 	<ul style="list-style-type: none"> • Departamento de Salud de PR • Departamento de la Familia • Departamento de Educación • ASSMCA 	<ul style="list-style-type: none"> • Oficinas Médicas (Facilidades de Colocación) • Agencias de Gobierno (Escuelas, <i>Head Start</i>, <i>Medicaid office</i>, etc.) • Comunidad-organizaciones de base de fe
Salud Mental (diagnósticos específicos y de alto riesgo) <ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Desórdenes de Bipolaridad • Esquizofrenia 	<ul style="list-style-type: none"> • Adultos • Adolescentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Departamento de Salud de PR • Departamento de la Familia • Departamento de Educación • ASSMCA 	<ul style="list-style-type: none"> • Oficinas Médicas (Facilidades de Colocación) • Facilidades de Colocación Inversa • Comunidad-organizaciones de base de fe

Temas	Grupo Poblacional	Agencia Gubernamental que Colaborará	Escenarios
<ul style="list-style-type: none"> • Desorden de Déficit de Atención e Hiperactividad • Desórdenes de Ansiedad • Abuso de Sustancias • Autismo 		<ul style="list-style-type: none"> • Organizaciones sin fines de lucro; La Alianza de Autismo de PR 	

A. 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, tales 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 la tasa anual de visitas.

7.4 Manejo de cuidado

A. Proceso de evaluación

1. Propósito:

La aseguradora cuenta con un equipo de enfermeras y otros profesionales capacitados 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.

2. Metas del Programa de Manejo de Casos:

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

3. 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

A. Metas

Plan Vital determina que todo beneficiario que haya sido diagnosticado con alguna de las 24 condiciones establecidas por ASES tiene derecho a solicitar el Registro de Cubierta Especial. Está 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.

B. 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 VIH, el formulario de registro puede ser enviado también por el manejador de caso del Centro CPTET al cual pertenezca el beneficiario. Cuando el seguro reciba el Formulario de Cubierta Especial completado en todas sus partes y sus documentos, éste 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. 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.

C. 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.

D. Condiciones que se registran en la Cubierta Especial

Las condiciones que se registran en Cubierta Especial están definidas en el contrato del MMM

Multihealth con ASES:

1. Anemia aplásica
2. Albinismo
3. Artritis reumatoide
4. Autismo- Temporero y Permanente
5. Cáncer
6. Cernimiento Auditivo Neonatal
7. Enfermedad crónica del riñón (Estadías 3-5)
8. Esclerodermia
9. Esclerosis múltiple y esclerosis lateral amiotrófica
10. Fibrosis quística
11. Hemofilia
12. Lepra
13. Lupus eritematoso sistémico
14. Niños con condiciones especiales de salud (algunos diagnósticos son considerados como condiciones temporeras).
15. Paladar Hendido y/o Fisurado
16. Fenilcetonuria- PKU- Adultos
17. Fenilcetonuria- PKU- Niños
18. VIH/SIDA
19. Hipertensión Pulmonar

- 20. CHF- Etapa III & IV
- 21. Post-trasplantes
- 22. Tuberculosis
- 23. Enfermedad Renal Crónica
- 24. Hepatitis C
- 25. PCD - Discinesia Ciliar Primaria
- 26. Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII)
 - Enfermedad de Crohn
 - Colitis Ulcerativa
 - Colitis Indeterminada
- 27. Obstetricia

E. 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.

1. Condiciones persistentes

Son aquellas condiciones complejas en las cuales se espera que los beneficiarios se mantengan registrados mientras continúan siendo elegibles bajo Plan Vital. 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 aplásica
- 2. Albinismo

3. Artritis reumatoide
4. Autismo- Temporero y Permanente
5. Enfermedad crónica del riñón (Estadios 3-5)
6. Tuberculosis
7. Esclerosis múltiple y esclerosis lateral amiotrófica
8. Fibrosis quística
9. Hemofilia
10. Lepra
11. Lupus
12. Lupus eritematoso sistémico
13. Esclerodermia
14. Post-trasplante
15. Fenilcetonuria- PKU- adultos
16. Fenilcetonuria- PKU- Niños
17. Hipertensión pulmonar
18. Niños con condiciones especiales de salud (algunos diagnósticos son considerados como condiciones temporeras).
19. Paladar Hendido y/o Fisurado
20. VIH/SIDA
21. PCD-Discinesia Ciliar Primaria

2. Condiciones Temporeras:

Son aquellas condiciones que, a diferencia de las persistentes, tienen un período definido de tiempo. Este período se define de acuerdo con el 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 que tienen necesidades de cuidado de salud.
3. Paladar Hendido y/o Fisurado
4. Pérdida Auditiva Neonatal
5. Cernimiento Auditivo Neonatal
6. HCV- Hepatitis C
7. CHF
8. Obstetricia

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

1. Tomografía computadorizada
2. Prueba de resonancia magnética
3. Catéteres cardíacos
4. Litotricia

5. Electromiografía
6. SPECT
7. Prueba de Ortopantomografía
8. Otros procedimientos neurológicos, cerebrovasculares y cardiovasculares (invasivos y no invasivos)
9. Imágenes nucleares
10. Endoscopia diagnóstica
11. Estudios genéticos
12. Pruebas de laboratorio patológicas y clínicas que requieren ser procesadas fuera de Puerto Rico.

F. Cubierta Especial - Registro de obstetricia

Para matricular a una beneficiaria en el Registro de Obstetricia, el proveedor debe completar la Forma de Registro OB. 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.

7.6. Programa de Manejo de Cuidado Complejo

A. Proceso de Intervención:

El Programa de Manejo de Cuidado Complejo 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. Diabetes 1 y 2
- c. Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)
- d. Hipertensión
- e. Obesidad mórbida
- f. Enfermedad renal crónica 1 & 2

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.

B. Integración de la salud mental

Como parte del proceso, a 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 con 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:

1. Plan de Cuidado Individual y Tratamiento

Dentro del Programa de Manejo de Cuidado Complejo, 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.

2. Monitoreo

- a) Auto manejo del beneficiario sobre su condición
- b) Salud preventiva

3. Manejo

- a) Comorbilidades
- b) Educación sobre estilos de vida saludables
- c) Educación sobre adherencia a medicamentos
- d) Referencias de salud mental, si es necesario

C. 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 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:

En nuestro Programa de Manejo de Cuidado, adoptamos y utilizamos guías de práctica clínica, aprobadas a nivel nacional (***Milliman Care Guidelines*** y ***SandFord Guidelines***). Dichas guías sirven de apoyo a los Médicos y Manejadores de Casos en la toma de decisiones como parte de la evaluación y determinación del caso; en aquellos que así lo requieran.

7.8 Estructura Organizacional

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

A. 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 en 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. Terapistas Respiratorios: Evalúan las necesidades y crean planes de cuidados para aquellos beneficiarios con condiciones crónicas; como, por ejemplo: Asma, COPD, etc.
7. 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.
8. 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.
 - Los 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:

CareManagementPSG@MMMMulti_Health.com

B. 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, reduce las amputaciones y la discapacidad, mejorando así en gran medida la calidad de vida de las personas a las que sirve.

7.9 Programa de Manejo de Heridas

Como parte de nuestro compromiso para continuar mejorando los servicios a los beneficiarios del Plan Vital, contamos con un equipo de trabajo dedicado para apoyarle en el proceso de preautorización y coordinación de dichos servicios.

1. Promueve las mejores prácticas en el cuidado de la piel con el fin de optimizar el pronóstico de la curación del paciente y mejorar la adherencia al tratamiento.
2. Ayuda a mejorar la calidad de vida del beneficiario.
3. Reduce la probabilidad de amputaciones y discapacidad.
4. Disminuye la utilización en los servicios de admisiones y visitas a Sala de Emergencia.

En el Programa de Curaciones de Piel, adoptamos y utilizamos guías de práctica clínica, aprobadas a nivel nacional (***Milliman Care Guidelines*** y ***SandFord Guidelines***). Dichas guías sirven de apoyo a los Médicos y Manejadores de Casos en la toma de decisiones como parte de la evaluación y determinación del caso; en aquellos que así lo requieran.

Toda solicitud de preautorización debe ser enviada al **Fax: 787 300-5519**.

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: CareManagementpsg@mmmhc.com y de necesitar enviar fotos como parte de la documentación puede hacerlo a: PAU-PSG-Wound-Care-Photo@mmmmhc.com.

8. CODIFICACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

8.1 Práctica de documentación y codificación clínica

La siguiente información incluye guías clave de documentación y codificación médica para ayudar a nuestros proveedores; sin embargo, los requisitos de codificación y documentación no se limitan al contenido de este documento. Cada proveedor es responsable de revisar los acuerdos contractuales, aplicar las guías oficiales y los recursos a su práctica médica diaria y estar actualizado sobre los cambios actuales.

8.2 Conceptos generales en documentación clínica

"Si no está documentado, no sucedió" es un principio en el ámbito de la atención médica (CMS, 2015). La documentación médica es un instrumento clave que se utiliza en la planificación, evaluación y coordinación de la atención al paciente tanto en el ámbito hospitalario como en el ambulatorio. El contenido del expediente médico es esencial para la atención del paciente, la acreditación y para propósitos de reembolso. Cada encuentro debe detallar la información pertinente al cuidado del paciente, la documentación del desempeño de los servicios facturables y debe servir como documento legal que describe un curso de tratamiento. Las auditorías periódicas, ya sean internas o externas, aseguran que el expediente sirva adecuadamente estos propósitos y cumpla con las regulaciones federales y estatales (Grider, 2011). Independientemente del Sistema de Expediente de Salud Electrónico (EHR, por sus siglas en inglés) o manuscrito, todo lo documentado en el expediente del paciente debe ser: legible para otro lector, confiable, preciso, completo, coherentes, claro y oportuno (Hess, 2015).

A. Por favor, tome en consideración los siguientes puntos clave (First Coast, 2006)

1. El plan espera que la documentación se genere en el momento del servicio o poco después. Las entradas demoradas dentro de un período de tiempo razonable (24-48 horas.) son aceptables para fines de aclaración, corrección de errores, la adición de información inicialmente no disponible y, si ciertas circunstancias inusuales impiden la generación de la nota en el momento del servicio. Las entradas tardías deben cumplir con las guías del anejo (*addendum*):
 - a. La fecha en que se modifica el registro.
 - b. Los detalles de la información modificada.
 - c. Una declaración de que la entrada es un anejo al expediente médico (no se debe agregar un anejo al expediente médico sin identificarlo como tal).
 - d. La fecha de la modificación del servicio.
 - e. Nombre legible y firma del proveedor que escribe el anejo o *addendum*.
2. El expediente médico no puede ser alterado. Los errores deben corregirse de forma legible para que el revisor pueda hacer una inferencia sobre su origen. Estas correcciones o adiciones deben estar fechadas, preferiblemente cronometradas, y estar iniciadas o firmadas de manera legible.
3. Las notas deben incluir el nombre del paciente y la fecha de servicio en cada página. El nombre, las credenciales, el número de licencia y la firma del proveedor también deben estar presentes.
4. Cada encuentro (nota) debe ser independiente, es decir, los servicios realizados deben documentarse desde el principio. Se considerarán las explicaciones escritas

- tardías (consulte las guías del apéndice más arriba). Estas solo sirven para aclarar y no se pueden usar para agregar y autenticar los servicios facturados y no documentados en el momento del servicio o para justificar retroactivamente la necesidad médica. Para eso, el expediente médico debe mantenerse con la entrada original que corrobora que el servicio se prestó y era médicamente necesario.
5. No utilice códigos en documentos clínicos; escriba en su lugar el diagnóstico y el servicio en terminología médica (palabras) y abreviaturas estándar. Verifique y llame a su operador de EHR si el programa no describe el diagnóstico o el procedimiento en un formato completo y aceptable.
 6. Común en EHR; No copie y pegue información médica de encuentro a encuentro. La atención del paciente debe verificarse individualmente para garantizar la precisión, evitando errores médicos y pagos excesivos.
 7. La documentación debe describir claramente cualquier otra información requerida por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), Códigos de Terminología Procesal Actual (CPT, por sus siglas en inglés), Sistema de Codificación para Procedimientos Comunes del Cuidado de Salud (HCPCS, por sus siglas en inglés) o Códigos para la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10, por sus siglas en inglés).

B. Siga estas guías adicionales para las notas escritas por redactores (personal de oficina) o dictado:

1. El nombre, la firma, el dictado y la fecha / hora de quien escribe deben estar presentes en la nota.

2. El proveedor debe revisar lo que está documentado por quien escribe y hacer una declaración que indique si está de acuerdo con la documentación.

C. Siga estas guías adicionales para estudiantes / residentes de medicina:

1. CMS requiere que el médico docente este físicamente presente durante las partes críticas o clave del servicio. Aquí hay algunas guías importantes, pero consulte el Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare, capítulo 12 para obtener más información:

- a. Asegúrese de que la atención proporcionada sea razonable y necesaria.
- b. Revise la atención brindada por el residente durante o inmediatamente después de cada visita. Esto debe incluir una revisión de la historia clínica del paciente, los hallazgos del residente en el examen físico, el diagnóstico del paciente y el plan de tratamiento (es decir, el registro de pruebas y terapias) y una declaración que indique si está de acuerdo con la documentación del residente.
- c. Documentar la extensión de su propia participación en la revisión y dirección de los servicios prestados a cada paciente.
- d. La entrada debe ser firmada y fechada por el médico docente.

D. Guías de documentación adicional para servicios de evaluación y manejo (E/M, por sus siglas en inglés):

1. Motivo del encuentro (*Chief complaint*).
2. Antecedentes médicos relevantes, pasados, sociales y familiares.
3. Examen físico pertinente; cualquier hallazgo anormal debe ser descrito.

4. Cualquier información objetiva revisada o interpretación de hallazgos en laboratorios o estudios de imagen.
5. Evaluación, impresión clínica, o diagnóstico.
6. Plan de cuidado para cada diagnóstico.
7. El progreso del paciente, la respuesta y los cambios en el tratamiento y la revisión del diagnóstico deben documentarse.
8. El tiempo debe ser documentado; especialmente el tiempo empleado en el asesoramiento o la coordinación del cuidado.
9. La documentación debe describir claramente cualquier otra información requerida por CMS, CPT, HCPCS o ICD-10. (ver imagen I).

Imagen I: Ejemplo de nota de progreso en cumplimiento

Progress Note

Name Juan del Pueblo Date 11/14/2013

S: Chief Complaint
Patient refers has abdominal pain and diarrhea x one week. He also has vomiting. Patient is DM II x 15 years.

O:
 BP 120/85 Pulse 72 Resp 20 Temp 37° Height 5'4 Wt 236 BMI 38.8

PHYSICAL EXAMINATION	WNL	I	DESCRIBE POSITIVE FINDINGS
Constitutional	X		
Eyes	X		
Ears, nose, mouth and throat	X		
Cardiovascular	X		
Respiratory	X		
Gastrointestinal		X	<u>Rib on palpation on RLQ</u>
Genitourinary	X		
Musculoskeletal	X		
Skin	X		
Neurologic	X		
Psychiatric	X		
Hematologic/Lymphatic/Immunologic	X		

Laboratories/Studies Results:

Assessment:
 1- RLR Abdominal pain 4- DM II
 2- Diarrhea
 3- Vomiting

Plan:
 1- Loperamide 4mg PO initially then 2mg PO after each loose stool
 2- Phenergan 12.5mg P.O q 4hrs
 3- Metformin 500mg PO bid
 4- Abdominal US, CBC, and SMA 6 ordered

Return to clinic in 1WK

[Signature] MD

E. Importancia de la documentación médica

La documentación es un aspecto importante en el cuidado del paciente y es utilizada para:

1. Coordinación de servicios
2. Comunicación entre médicos y profesionales de la salud.
3. Suministrar servicios correctos y suficientes.
4. Mejorar el cuidado del paciente.
5. Cumplir con las reglas federales y estatales.
6. Apoyar la información sometida a través de la facturación.
7. Reducir pagos inapropiados

i. Requisitos de una buena documentación

a. Correcta:	Que la información sea del paciente que se indica, no de otro.
2. Exacta:	Que los resultados tengan relación con la condición,
3. Legible:	Que se entienda la escritura,
4. Clara:	Expresar lo que realmente quiere decir,
1. Completa:	Todos los encasillados llenos y si no aplica escribir n/a,
2. Oportuna:	Que se refieran a tiempo los casos y se actúe efectivamente.

ii. Documentación básica requerida en una nota clínica de una visita

1. El documento debe estar legible y en palabras o abreviaturas estándares.

a. Como mínimo el expediente médico debe:

- Estar escrito de manera que toda persona que tenga algún acceso a él pueda leerlo sin error de interpretaciones, incluyendo al paciente.
- Escrito en bolígrafo (en el caso de los expedientes manuales).
- Escrito en un lenguaje claro.
- No puede tener alteraciones. El uso de tinta correctora está prohibido.

2. Nombre del paciente y del proveedor

a. En caso de que una nota de progreso sea extensa y tome más de una página, el nombre del paciente debe aparecer en todas las páginas.

- b. Debe existir una continuidad en la nota de progreso, es decir, debe ser fácilmente identificable el orden secuencial en una nota de progreso que consta de varios documentos o páginas.
3. Fecha de servicio
 - a. Debe aparecer en todas las páginas que ocupen la información de ese encuentro.
4. Razón de la visita (*Chief complaint*)
 - a. Se debe incluir la razón principal del paciente que está en busca de atención médica y qué es lo más preocupante para el paciente.
 - b. En el caso de los récords electrónicos, debemos evitar utilizar la frase *Non clinical visit*. Este tipo de aseveración indica que esta nota fue realizada por una razón que no incluye una evaluación clínica. Una buena nota podría ser invalidada solo por esto.
5. Evaluación y manejo de la condición
 - a. Se debe incluir toda condición que coexista en el encuentro y/o todo aquello que afecte el cuidado o el manejo de la condición principal.
6. Firma y credenciales del médico (MD)
7. Debe reflejar que proviene de un encuentro cara a cara con el paciente.
 - a. Para que un encuentro pueda ser validado como que fue cara a cara debe tener los siguientes aspectos:
 - Razón del encuentro
 - Vitales

- Examen físico

8. Tiene que estar acorde con guías oficiales ICD-10-CM, CPT, HCPCS y CMS.

iii. Formato de la documentación

Existen varios formatos de documentación, pero el más simple, y que cumple con los requerimientos necesarios es el formato SOAP. El formato SOAP es una manera en que los profesionales médicos proporcionan una documentación clara y concisa de la atención de un paciente. Es utilizado por una variedad de proveedores, incluyendo médicos, enfermeras, técnicos de emergencias médicas y proveedores de salud mental. El formato SOAP tiene la intención de examinar el bienestar y el progreso de un paciente desde varias perspectivas, en última instancia, le proporciona la mejor atención posible. (Ver Imagen II).

Imagen II – Ejemplo de formato SOAP

Chief Complaint: 23 year old male presents w/ a chief complaint of: "my lower left back jaw has been sore for the past few days"

S

History of Present Illness: Pt relates history of swelling for past 3 days, asymptomatic previously

Medical History:

Med Conditions	Medications	Allergies	Past Sx	Social Hx:
Asthma	Albuterol	None	Ear Lac 2009	Tobacco + ETOH +

Vitals: BP 123/78 HR 67 Temp 98.7

Clinical Exam

Extraoral: (Asymmetry, Swelling, Erythema, Pain, Parathesia, TMJ)

No asymmetry, no swelling. Patient points to exactly to #17 (FDI #38) for pain extraorally

O

Intraoral: (Swelling, Exudate, Erythema, Hemorrhage, Mobility, Occlusion, Pain, Biotype, Hard Tissues)

#16 (FDI #28) Supra erupted and occluding on pericoronal tissues of #17.

#17 Partially erupted, erythematous gingival tissue, no hemorrhage, slight exudate, fetid odor, pain to palpation pericoronal tissues #17

Radiology: (PA, Pano, CT)

Pano - #17 partial bony, vertically impacted molar. No IAN involvement.

Endodontic Testing
Tests: # # # #
Cold:
EPT:
Perc:
Palp:
Prob:
Mob:

A

Assessment:

1. Asthmatic - exercise induced
2. Smoker (1 ppd)
3. #16 supraerupted and occluding on opposing gingiva
4. #17 Pericoronitis

P

Plan: (Pericoronitis and timing of extractions can be controversial, This is for example purposes)

1. Extraction #16 today and/or operculectomy #17
2. Antibiotics x 10 days (Pen/Amox)
3. Extraction #17 -
4. Analgesics
 - b. Motrin 600 mg Q4-6h x 4 days
 - c. Tylenol 500mg Q4-6h x 4 days
 - d. Percocet T2 prn pain - Do not operate vehicles.
5. Followup (pm)

Treatment Rendered Today: Consent signed.

34mg Lidocaine + 0.017 mg epi. Operculectomy #17, Rx'd antibiotics, CHX 0.12% BID x 10 days, Reappointed for exo #17 under local anesthetic. Post surgical instructions.

F. Pasos para completar el formato SOAP

1. Subjetivo

- a) Cuente la historia desde la perspectiva del paciente. ¿Quién es él? ¿Cómo puede ser descrito su estado actual?
- b) Anote principalmente la primera queja del paciente. Durante esta etapa, se debe detallar la forma en que el paciente describe lo que siente. No deje nada fuera, ya que todo puede ser importante.
- c) Enliste las quejas específicas del paciente. ¿Vino de repente o había señales de advertencia? ¿Estaba lesionado? Si es así, ¿cómo y cuándo? ¿Dónde estaba cuando ocurrió? Averigüe si hay algo que hacer en el momento de la lesión o incidente para mejorar o cambiar sus síntomas.
- d) Incluya los antecedentes médicos del paciente. Esto es importante porque un caso aparentemente sin relación puede dar lugar a otro. Si su queja principal, por ejemplo, es la depresión, es pertinente un traumatismo craneal o encuentro anterior con la depresión.
- e) Haga un listado de medicamentos que toma actualmente o ha dejado de tomar.

2. Objetivo

- a) Dele su punto de vista. ¿Cuál fue su primera impresión del paciente? ¿Le pareció alerta y capaz de responder a las preguntas? ¿Su historia tiene sentido para usted? Si estuvo en la escena, ¿cuál fue su impresión del incidente?
- b) Documente los signos vitales del paciente, o en el caso de una consulta mental, un informe de su estado mental actual.

- c) Anote todo lo que descubra durante el examen físico, si la queja es de naturaleza física. Si la queja es de naturaleza mental, tome nota de todo lo que encuentre al pasar tiempo con el paciente.
- d) Documente las observaciones generales que tenga, tales como el comportamiento del paciente, el comportamiento y el estado de cualquier persona que viene con él, cómo está vestido, o si parece estar bajo la influencia de drogas o alcohol.

3. **Assessment (Evaluación)**

- a) Determine sus conclusiones basados en su encuentro con el paciente.
- b) Anote su posible diagnóstico o diagnósticos.
- c) Sintetice la información objetiva y subjetiva en relación con el paciente, manteniéndola breve.

4. **Plan**

- a) Desarrolle un plan de acción. ¿Qué es lo que considera que debe ser el siguiente paso tomado en su tratamiento?
- b) Participe en la siguiente etapa. Si es necesario, refiera al paciente a un especialista o programe una cita de seguimiento.
- c) Diseñe el enfoque que va a utilizar en el tratamiento de este paciente y escriba el por qué ha elegido esta ruta.

G. Problemas en la documentación

A pesar de todas las recomendaciones y guías, existen situaciones en las cuales la documentación podría ser invalidada o es tratada de manera incorrecta. Los problemas más comunes que se hallan en la documentación son los siguientes:

1. Omisiones de actos y documentación – Recuerde que “lo que no se documentó, no sucedió”. Existe una vieja creencia entre los médicos que establece que escribiendo lo mínimo en una historia clínica se evitan futuros reclamos. Esta creencia es falsa, ya que las omisiones son tan graves como los errores expresos.
2. Tardanzas en documentar la acción realizada – Mientras más tiempo se tarde en documentar lo sucedido en un encuentro, menos detalles recordará. De la misma manera, los datos serán menos confiables.
3. Contraindicaciones (medicamentos vs. condición)
4. Falta de supervisión: Paciente/Personal – Un expediente médico no debe ser dejado sin supervisión ya que contiene información altamente sensitiva.
5. Inconsistencia en la información: notas médicas vs. Enfermería
6. Instrucciones de dieta, actividad física – Muchas veces estas indicaciones son parte del manejo de las condiciones y no son documentadas.
7. Falta de legibilidad de información
8. Alteraciones aparentes o reales (tinta diferente, escribir sobre lo escrito, omitir información)
9. Correcciones inadecuadas (tachar incorrectamente, que no se vea lo escrito)
10. Falta de evidencia de quién realiza la corrección
11. Falta de evidencia de cuando se hace la corrección

12. Uso de abreviaturas no aprobadas

H. Récord Electrónico

El récord electrónico es una herramienta efectiva ya que facilita la legibilidad de la información y, la mayoría de las veces contiene un formato establecido que, si es utilizado adecuadamente, cumple con los requisitos necesarios para que la nota sea apropiada.

Sin embargo, hay un reto importante que debemos tener en consideración, el “copiar y pegar”. Evite el “copy-paste”. A esta práctica CMS le llama “cloning”. No traiga información de visitas pasadas al encuentro actual (a excepción de datos que permanecen como demográficos o historiales). Si lo hace, actualice la información. Es común encontrar información repetida de encuentro a encuentro durante todo el año: mismos vitales, medicamentos repetidos, mismos diagnósticos. También se han encontrado condiciones que han sido erradicadas documentadas como activas.

(Ver Imagen III)

Imagen III First Coast (CMS) copy-paste Newsletter 3rd quarter 2006

Requirements for the Payment of Medicare Claims—A Selection of Some Important Criteria (continued)

Cloning of Medical Notes

Documentation is considered cloned when each entry in the medical record for a beneficiary is worded exactly like or similar to the previous entries. Cloning also occurs when medical documentation is exactly the same from beneficiary to beneficiary. It would not be expected that every patient had the exact same problem, symptoms, and required the exact same treatment.

Cloned documentation does not meet medical necessity requirements for coverage of services rendered due to the lack of specific, individual information. All documentation in the medical record must be specific to the patient and her/his situation at the time of the encounter. Cloning of documentation is considered a misrepresentation of the medical necessity requirement for coverage of services. Identification of this type of documentation will lead to denial of services for lack of medical necessity and recoupment of all overpayments made.

8.3 Conceptos generales de facturación y codificación

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

ICD-10 es un conjunto de codificación aprobado para entidades cubiertas por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA), por sus siglas en inglés). La modificación clínica del conjunto de codificación (ICD-10-CM) se utiliza para informar enfermedades, trastornos, síntomas y afecciones médicas. El Sistema de Codificación de Procedimientos (ICD-10-PCS) se utiliza para informar los servicios de hospitalización (Parte A del hospital) - hospitales bajo contratos DRG. Ambos sistemas de codificación incluyen Directrices oficiales para la codificación y la presentación de informes que los proveedores deben aplicar en sus prácticas de codificación y documentación.

Además de los Conceptos Generales en Documentación Clínica anteriores, para la codificación ICD-10-CM, el proveedor debe documentar para cada encuentro:

1. Evaluación completa, diagnósticos coexistentes que incluyen la condición principal y sus complicaciones / manifestaciones.
2. La manera en que se está dirigiendo, tratando, monitoreando y/o evaluando el diagnóstico.
3. No codifique ni reporte el diagnóstico indicado como sospechoso (*rule out – R/O*) u otros términos similares que indiquen incertidumbre. Más bien, codifique signos, síntomas, resultados anormales de las pruebas u otra razón para el encuentro. Por favor refiérase a la Sección II. H de la ICD-10-CM Guías oficiales para Codificación y Reporte para instrucciones especiales para facilidades y pacientes hospitalizados.

4. Siempre codifique el resultado final de una prueba de diagnóstico o procedimiento. Si el resultado final es "normal", codifique los signos y/o síntomas.
5. Siempre codifique el diagnóstico postoperatorio de un procedimiento médico. No codifique el diagnóstico preoperatorio ya que se puede cambiar cuando se realiza el procedimiento.

Organización del ICD-10-CM

1. El ICD-10-CM consta de varias partes:

- a) **Guías especiales** – En esta sección hallarán guías generales (aplicables a todo el libro) y guías por capítulo. Es importante que lean las mismas ya que la información ofrecida en esta parte no se encuentra en ninguna otra parte del ICD-10 y afecta directamente la manera en que se codificará.
- b) **Índice (Volumen II)** – El mismo se encuentra en estricto orden alfabético. En esta sección la búsqueda es por condición, no por sistema anatómico. Aquí traduciremos el diagnóstico de palabras a códigos. El código dado tiene que ser confirmado en el listado tabular.
- c) **Tabla de Neoplasmas** – En la misma hallaremos los códigos asociados a algún tipo de cáncer: primario, secundario (metástasis), in situ, benigno, de comportamiento incierto o inespecífico. La misma también está diseñada en estricto orden alfabético. En dirección vertical hallaremos los sistemas anatómicos y verticalmente el tipo de neoplasma. (Ver tabla 1).
- d) **Tabla de drogas y químicos (para efectos adversos y envenenamiento)** – En esta tabla se encuentran, en orden alfabético, todo aquello que podría causar

algún tipo de efecto adverso. Verticalmente se encuentran las drogas y químicos y horizontalmente el tipo de efecto adverso o envenenamiento: envenenamiento accidental (no intencional), envenenamiento intencional (*self harm*), envenenamiento por asalto o criminal, envenenamiento indeterminado, efecto adverso (envenenamiento por causa terapéutica), *underdosing* (ver Tabla II).

- e) **Listado Tabular (Volumen I)** - Lista de códigos donde se confirmará el código sugerido por el índice. En esta sección, debe estar pendiente a símbolos e instrucciones adicionales aplicables a ese código o categoría. Estas instrucciones solo las verá en esta sección.

Tabla I - Tabla de neoplasias

	Primaria	Secundaria	In situ	Benigna	Comport. indeterminado	Sin especificar
• oído (externo)	C47.0	C79.89	-	D36.11	D48.2	D49.2
• ombligo	C47.4	C79.89	-	D36.15	D48.2	D49.2
• órbita	C69.6	C79.49	-	D31.6	D48.7	D49.2
• pabellón auricular (oído)	C47.0	C79.89	-	D36.11	D48.2	D49.2
• pantorrilla	C47.2	C79.89	-	D36.13	D48.2	D49.2
• pararectal	C47.5	C79.89	-	D36.16	D48.2	D49.2
• parauretral	C47.5	C79.89	-	D36.16	D48.2	D49.2
• paravaginal	C47.5	C79.89	-	D36.16	D48.2	D49.2
• pared abdominal	C47.4	C79.89	-	D36.15	D48.2	D49.2
• párpado	C47.0	C79.89	-	D36.11	D48.2	D49.2
• pecho (pared)	C47.3	C79.89	-	D36.14	D48.2	D49.2

Tabla II – Tabla de Efectos adversos y envenenamiento

Sustancia	Enven. Acidental	Enven. Autolítico	Enven. Agresión	Enven. Indeterminado	Efectos Adversos	Intra-dosificación
14-hidroxi-dihidro-morfinona	T40.2X1	T40.2X2	T40.2X3	T40.2X4	T40.2X5	T40.2X6
1-Propanol	T51.3X1	T51.3X2	T51.3X3	T51.3X4	-	--
2,3,7,8-Tetraclorodi-benzo-p-dioxina	T53.7X1	T53.7X2	T53.7X3	T53.7X4	-	--
2,4,5-T (ácido tricloro-fenoxiacético)	T60.1X1	T60.1X2	T60.1X3	T60.1X4	-	--
2,4,5-Triclorofenoxiacético, ácido	T60.3X1	T60.3X2	T60.3X3	T60.3X4	-	--
2,4-D (ácido diclorofeno-oxiacético)	T60.3X1	T60.3X2	T60.3X3	T60.3X4	-	--
2,4-diclorofenoxiacético-acético, ácido	T60.3X1	T60.3X2	T60.3X3	T60.3X4	-	--
2,4-dilisocianato de tolueno	T65.0X1	T65.0X2	T65.0X3	T65.0X4	-	--
2-desoxi-5-fluorouridina	T45.1X1	T45.1X2	T45.1X3	T45.1X4	T45.1X5	T45.1X6
2-Etoxietanol	T52.3X1	T52.3X2	T52.3X3	T52.3X4	-	--
2-Metoxietanol	T52.3X1	T52.3X2	T52.3X3	T52.3X4	-	--
2-Propanol	T51.2X1	T51.2X2	T51.2X3	T51.2X4	-	--
4-Aminobutírico, ácido	T43.8X1	T43.8X2	T43.8X3	T43.8X4	T43.8X5	T43.8X6
4-Aminofenol, derivados de	T39.1X1	T39.1X2	T39.1X3	T39.1X4	T39.1X5	T39.1X6
5-desoxi-5-fluorouridina	T45.1X1	T45.1X2	T45.1X3	T45.1X4	T45.1X5	T45.1X6
5-Metoxipsoraleno (5-MOP)	T50.991	T50.992	T50.993	T50.994	T50.995	T50.996
8-Aminoquinolina	T37.2X1	T37.2X2	T37.2X3	T37.2X4	T37.2X5	T37.2X6
8-Metoxipsoraleno (8-MOP)	T50.991	T50.992	T50.993	T50.994	T50.995	T50.996
Abeja (picadura) (veneno)	T63.441	T63.442	T63.443	T63.444	-	--
ABOB	T37.5X1	T37.5X2	T37.5X3	T37.5X4	T37.5X5	T37.5X6
Abrine	T62.2X1	T62.2X2	T62.2X3	T62.2X4	-	--

Estructura de los códigos

Los códigos de ICD-10-CM pueden contener de tres a siete caracteres, considerándose los primeros tres la categoría y los siguientes como subcategorías. Todos los códigos comienzan con una letra.

A. Pasos para codificar correctamente

A continuación, les ofreceremos unos pasos que le serán de utilidad al momento de codificar un diagnóstico:

1. Identifique la razón de la visita – Con esto nos referimos al motivo principal por el cual el paciente ha asistido a su oficina o a llegado a una facilidad. Este será su diagnóstico primario.

- a) Recuerde: Si la razón de la visita incluye signos y síntomas asociados a una condición manejada y documentada en el mismo encuentro, debe codificar solamente la condición.
2. Identifique el término principal en el diagnóstico.
 3. Localice el término principal en el índice del ICD-10.
 4. Revise cualquier sub-término bajo el término principal en el índice.
 5. Siga cualquier instrucción de referencia, como “see”, abreviaturas, referencias cruzadas, símbolos y corchetes.
 6. Verifique el código seleccionado en el listado tabular.
 7. Vaya a la categoría para cerciorarse de instrucciones adicionales.
 8. Asigne el código al más alto nivel de especificidad que le lleve la información diagnóstica documentada.
 9. Codifique el diagnóstico utilizando todos los elementos identificados.

Veamos el siguiente ejemplo:

- a) Paciente con *hipertensión arterial e historial de uso de tabaco* - Se le reorienta que debe dejar por completo la sal de mesa y seguir las indicaciones incluyendo tomar sus medicamentos antihipertensivos.

Paso 1 – Buscar en el índice

- Hypertension, hypertensive** (accelerated) (benign) (essential) (idiopathic) (malignant) (systemic) I10
- with
 - heart involvement (conditions in I51.4- I51.9 due to hypertension) —see Hypertension, heart
 - kidney involvement —see Hypertension, kidney
 - benign, intracranial G93.2
 - borderline R03.0
 - cardiorenal (disease) I13.10
 - with heart failure I13.0
 - with stage 1 through stage 4 chronic kidney disease I13.0
 - with stage 5 or end stage renal disease I13.2
 - without heart failure I13.10
 - with stage 1 through stage 4 chronic kidney disease I13.10
 - with stage 5 or end stage renal disease I13.11
 - cardiovascular
 - disease (arteriosclerotic) (sclerotic) —see Hypertension, heart
 - renal (disease) —see Hypertension, cardiorenal
 - chronic venous —see Hypertension, venous (chronic)
 - complicating
 - childbirth (labor) O10.92
 - with
 - heart disease O10.12
 - with renal disease O10.32
 - renal disease O10.22

Paso 2 – Confirmar en el listado tabular

I10 Essential (primary) hypertension

Includes: high blood pressure

hypertension (arterial) (benign) (essential) (malignant) (primary) (systemic)

Excludes1: hypertensive disease complicating pregnancy, childbirth and the puerperium (O10-O11, O13-O16)

Excludes2: essential (primary) hypertension involving vessels of brain (I60-I69)

essential (primary) hypertension involving vessels of eye (H35.0-)

Paso 3 – Verificar si hay instrucciones adicionales al principio de la categoría.

Hypertensive diseases (I10-I15)

Use additional code to identify:

exposure to environmental tobacco smoke (Z77.22)

history of tobacco use (Z87.891)

occupational exposure to environmental tobacco smoke (Z57.31)

- En este caso codificaríamos I10 y Z87.891.

Relación entre la documentación y la codificación

Una documentación adecuada y al mayor nivel de especificidad tendrá como consecuencia una codificación adecuada y apropiada que describa las condiciones del paciente en su nivel más alto.

Ejemplo:

Don Pedro va a su consulta para seguimiento de su condición de diabetes con enfermedad crónica del riñón estadio 4. Además, tiene hipertensión con fallo cardiaco. Estos diagnósticos fueron establecidos de acuerdo con laboratorios, estudios y referidos a especialistas en visitas cara a cara anteriormente con el paciente. Sin embargo, usted documenta solamente diabetes (sin la complicación) y la hipertensión (sin el fallo cardiaco). Su codificador enviará en la factura los códigos de diabetes sin complicación (E11.9) e hipertensión esencial (I10) en vez de los códigos asociados a las condiciones que don Pedro realmente tiene, pero no fueron documentadas. Esto no significa que don Pedro no tiene las condiciones complicadas ni que no va a gastar por las mismas. Esto

tendrá como consecuencia una asignación menor de fondos en la prima de don Pedro, basada en la información diagnóstica recibida, que no será suficiente para sustentar las condiciones reales de este paciente.

Ejemplo de documentación con áreas de oportunidad

- Observe un momento la siguiente nota de progreso:

		Case of 73 y/o fem pt complain of chest pain of "stabbing" type last Tuesday while walking, also chest palpitations.
Alb. @		HRP 150/85 HR 66
Cox. @		Gen. HADZ
phos. @		Heart: r/r
⊕ FURP	⊕ O.S.A	Lung: granly clear
⊕ TM	⊕ Bell's Palsy	Ext: trace edem on both legs
⊕ CVA	⊕ TIA (2008)	
⊕ MI	⊕ Pt on Coumadin	
⊕ PCI	⊕ PVC'S	mess
no dents		- ASA 8/11
⊕ Argra Pablis		Sputoid 8/11
		2000 Long
		Neurotin 100
		Clinical 200
		- Ateridol 25
NO present Hosp		Impress: pt refering Chest pain → possible costochondritis EKG NSR, NO Ischemia evidence. Chest palpitations

Entendiendo, para este análisis, que esta nota cuenta con los identificadores de paciente, la fecha de servicio y la firma y credenciales del proveedor; aun así, podemos identificar varias áreas de mejoramiento en la misma:

1. Legibilidad – Esta nota carece de legibilidad clara en todas sus partes.

2. Formato – No existe una consistencia ordenada en los datos expuestos.
3. Medicamentos – Hay tratamiento sin condiciones asociadas.
 - a. Neurontin
 - b. Synthroid
4. Condiciones – Hay documentación de condiciones agudas y otras asociadas
 - a. CVA (*Cerebrovascular accident*)
 - b. MI (*Myocardial Infarction*)
 - c. *Chest pain, palpitations, costochondritis, angina pectoris*
5. Documentación ambigua – RT leg DVT en Coumadin
 - a. No hay especificación de si la condición es crónica o historial. Recuerde que no se puede inferir cronicidad por la existencia de un tratamiento, La palabra “crónico” debe estar documentada.

A. Recomendaciones para obtener mayor especificidad al codificar

¿Qué se necesita documentar?

Los conceptos básicos para documentar (dependiendo de la condición) son los siguientes:

1. Lateralidad (derecho, izquierdo, bilateral).
2. Especificidad sobre el lugar anatómico.
3. Trimestre y semanas de gestación.
4. Tipo de diabetes
 - Además, debe indicar si utiliza insulina y/o medicamentos orales.
5. Conocer las complicaciones o condiciones de comorbilidad.

6. Describir la severidad, agudo o crónico o conocer otros parámetros.

B. Recomendaciones para obtener mayor especificidad al codificar neoplasmas

1. Comportamiento (Primario, secundario, benigno, in situ)
2. Lateralidad
3. Especificar lugar anatómico
4. Otras condiciones asociadas a la malignidad (anemia, deshidratación, entre otras)
5. Complicaciones asociadas al neoplasma
6. Tratamiento activo
 - a) Si el paciente no recibe tratamiento por alguna razón, por ejemplo, su edad, debe estar documentado
 - b) Si el paciente no recibe tratamiento porque rechaza el mismo esto debe ser documentado.

C. Recomendaciones para obtener mayor especificidad al codificar diabetes

1. Tipo (I, II, secundaria).
 - a) Si no se encuentra documentación del tipo de diabetes esta debe ser codificada como tipo II.
2. Control
 - a) *Inadequate control*
 - b) *Out of control*
 - c) *Poorly controlled*
 - d) *Hypoglycemia*
 - e) *Hyperglycemia*

3. Uso de insulina (si aplica)
4. Manifestaciones

D. Recomendaciones para obtener mayor especificidad al codificar uso abuso y/o

dependencia de sustancias

1. Esta sección se categoriza por jerarquías: uso, abuso y dependencia; siendo dependencia la más grave.
2. Si el paciente padece más de una condición de la jerarquía, codifique solamente la más grave. Por ejemplo, si el paciente usa y abusa de una sustancia, codifique solamente el abuso.
3. Identifique el tipo de droga o sustancia.
4. Describa la frecuencia de uso o si la misma está en remisión.
5. En el caso de la nicotina, describa el modo de uso: cigarrillos, tabaco, pita, entre otras.
6. Cualquier síndrome de retirada o *withdrawal*
7. Cualquier condición asociada. Por ejemplo, cirrosis alcohólica.
8. Cualquier desorden mental asociado.
9. Manejo y/o tratamiento.

E. Recomendaciones para obtener mayor especificidad al codificar depresión

1. Documentación de episodio
 - a. Único
 - b. Recurrente
 - c. En remisión

- Parcial
- Completa

2. Documentación de severidad

- a. Leve
- b. Moderada
- c. Severa

- Sin eventos psicóticos
- Con eventos psicóticos

3. Cualquier condición o diagnóstico asociado

4. Manejo y/o tratamiento.

- a. En el caso de que la condición se encuentre en remisión, no requiere tratamiento.

F. Recomendaciones para obtener mayor especificidad al codificar Fallo Cardíaco

1. Documentar severidad

- a. Aguda
- b. Crónica
- c. Aguda en Crónica

2. Documentar tipo

- a. Sistólico
- b. Diastólico
- c. Combinado

3. Causada o asociada por:

- a. Hipertensión

- b. Cirugía
 - c. Enfermedad valvular
 - d. Enfermedad cardíaca reumática
 - Endocarditis (valvitis), Pericarditis o Miocarditis
 - e. Otra (especifique)
4. Manejo y/o tratamiento

G. Recomendaciones para obtener mayor especificidad al codificar Enfermedad Renal

Crónica (CKD)

1. Documente el estadio del CKD
 - a. Enfermedad Renal Crónica, etapa 1
 - b. Enfermedad Renal Crónicas, etapa 2 (leve)
 - c. Enfermedad Renal Crónica, etapa 3 (moderada)
 1. Enfermedad Renal Crónica, etapa 3A (eGFR entre 45 y 59)
 2. Enfermedad Renal Crónica, etapa 3B (eGFR entre 30 y 44)
 - d. Enfermedad Renal Crónica, etapa, 4 (severa)
 - e. *Chronic Kidney Disease, stage 5*
 - f. Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD)
2. Indique cualquier condición causante, como diabetes o hipertensión.
3. Documente si el paciente es dependiente de diálisis o tiene una fístula, aunque no se esté dializando al momento.
 - a. *Chronic Renal Failure* sin un estadio documentado será codificado como *Chronic Kidney Disease, unspecified*.

4. Manejo y/o tratamiento

H. Recomendaciones para obtener mayor especificidad al codificar embarazos

1. Especificar el trimestre

- a. Primero (menos de 14 semanas, 0 días)
- b. Segundo (de 14 semanas, 0 días hasta menos de 28 semanas, 0 días).
- c. Tercero (de 28 semanas, cero días, hasta el parto)

2. Especificar *preterm labor / delivery*

3. Diabetes gestacional necesita documentación especificando la dieta o control con insulina.

I. Recomendaciones para obtener mayor especificidad al codificar recién nacidos

1. Nacimiento:

a. En hospital

- Parto natural
- Cesárea

b. Fuera del hospital

2. Documente cualquier condición de la madre que afectó al recién nacido.

3. Especifique la edad gestacional y peso del recién nacido.

4. Especifique condiciones congénitas y/o adquiridas

J. Recomendaciones para obtener mayor especificidad al codificar asma

1. Tipo

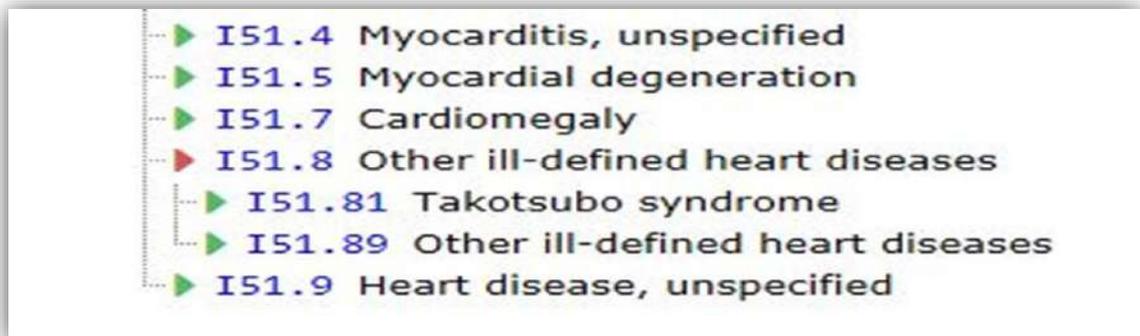
- a. *Mild persistent*
- b. *Moderate persistent*
- c. *Severe persistent*

- d. *Other* (especifique)
- 2. Estado de la condición
 - a. Aguda
 - b. Con estatus asmático
 - c. Sin complicación
- 3. Condiciones asociadas (si alguna)
- 4. Manejo y/o tratamiento

K. Recomendaciones para obtener mayor especificidad al codificar hipertensión

- 1. Para esta condición existen unas guías importantes que debe saber:
 - a) Asume causa y efecto entre códigos de CKD (N18-) y HTN
 - b) No asuma causa y efecto entre condiciones cardíacas, a excepción de CHF
(ver imagen VI) A menos que lo documente como tal. Ejemplo: *hypertensive cardiomegaly*.

Imagen VI – Condiciones cardíacas que no se puede asumir que están relacionada a HTN, a menos que el proveedor así lo documente.



2. Documente el tipo de hipertensión
 - a) Esencial
 - b) Con complicaciones cardiacas
 - Sin fallo cardiaco
 - Con fallo cardiaco
 - c) Con complicaciones renales
 - *CKD stage I-IV*
 - *CKD stage V or ESRD*
 - d) Combinada (con complicaciones cardiacas y renales)
 - Sin fallo y con *CKD stage I-IV*
 - Con fallo y con *CKD stage I-IV*
 - Sin fallo y con *CKD stage V o ESRD*
 - Con fallo y con *CKD stage V o ESRD*
 - e) Secundaria
 - Tiene que indicar la condición causante
 - f) Por embarazo
 - g) Urgencia o emergencia hipertensiva (más frecuente en hospital)

3. Documente la toma de presión y el resultado

4. Manejo y/o tratamiento

L. Recomendaciones para evaluar el desempeño en su práctica

1. Desarrolle un programa de cumplimiento interno.
2. Desarrolle una política de documentación en el expediente médico.

3. Cree un formato estándar para sus expedientes.
4. Realice auditorías internas.
5. Seleccione una muestra de expedientes para revisar.
6. Utilice los resultados de la auditoría para el mejoramiento de su práctica.

M. Recordatorio

La base de todo el proceso de codificación es la documentación. Una documentación clara y concisa, escrita al mayor nivel de especificidad posible, tendrá como consecuencia una práctica saludable, en cumplimiento y con los elementos necesarios para ofrecerle al paciente un servicio de calidad y excelencia. Todo depende de usted.

N. Referencias

1. *Centers for Medicare and Medicaid Services, Department of Health and Human Services. 2016. 1995 and 1997 Guidelines for Evaluation and Management Services.*
Extraído de: <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNEdWebGuide/EMDOC.html>
2. Diseño de la CIE-10. Extraído de
<http://ais.paho.org/cie/index.asp?xml=ciedesign.htm>
3. First Coast 2006. Medicare B Update! Newsletter 3rd Quarter 2006 Vol. 4 Num. 3.
Extraído de: https://medicare.fcso.com/Publications_B/2006/141067.pdf.
4. Grider, Deborah J. 2011. Medical Record Auditor: Documentation rules and rationales, with exercises, 3rd edition. Chicago, IL: AMA.
5. Hess, Pamela Carroll. 2015. Clinical Documentation Improvement: Principles and Practice. Chicago, IL: AHIMA.

6. ICD-10-CM (International Classification of Diseases, Tenth Revision, Clinical Modification). Extraído de: <https://searchhealthit.techtarget.com/definition/ICD-10-CM>
7. ACR. 2014. Practice Parameter for Communication of Diagnostic Imaging Findings. Extraído de: https://www.acr.org/~media/ACR/Documents/PGTS/guidelines/Comm_Diag_Imaging.pdf.
8. CMS. 2017. National Correct Coding Initiatives. Extraído de: <https://www.cms.gov/Medicare/Coding/NationalCorrectCodInitEd/index.html>

9. MODELO INTEGRADO DE SALUD MENTAL Y MEDICINA PRIMARIA

9.1 Modelo de Colocación

El contrato existente entre MMM Holdings y ASES establece las guías de Colocación, dirigidas a la integración completa de la salud física y mental y requiere la colocación de un psicólogo u otro tipo de proveedor de salud mental en cada Grupo Médico Primario (GMP). Dependiendo del tamaño del grupo, serán la cantidad de horas semanales disponibles y requeridas al proveedor de salud mental. GMP con un total de 1,000 vidas o menos se les requerirá un total de 4 horas semanales presenciales por un proveedor de salud mental. Para los grupos con más de 1,000 vidas habrá un incremento regulatorio de 4 horas semanales adicionales por cada 1,000 vidas

asignadas. El GMP deberá proveer un espacio de oficina para que el proveedor de salud mental pueda llevar a cabo sus intervenciones con los beneficiarios.

El proveedor de salud mental deberá estar presente y disponible para proporcionar evaluación, identificación, consulta, y servicios de salud mental para los beneficiarios. También podrá llevar a cabo intervenciones cortas (entre 4 a 6 sesiones) o según sea requerido. A través de este modelo, los médicos, proveedores de salud mental y otros miembros del equipo de salud, colaboran en la provisión de un plan de cuidado integrado a beneficiarios. En este contexto, la comunicación entre médicos y los proveedores de salud mental es medular para la colaboración y la integración.

Algunas de las situaciones que pueden ser abordadas por el proveedor de salud mental, en colaboración con el médico primario del beneficiario pueden ser beneficiarios con signos de depresión o ansiedad, beneficiarios con condiciones crónicas, beneficiarios que presentan problemas de adherencia al tratamiento médico, beneficiarios con condiciones de desarrollo, de comportamiento o psiquiátricas, beneficiarios que enfrentan eventos estresantes como perder a otro significativo, que son cuidadores, beneficiarios con factores estresantes y/o situacionales familiares, escolares o laborales, identificación y derivación de beneficiarios con adicciones a drogas, alcohol o tabaco. (En este caso deberán evaluar y referir al próximo nivel de cuidado).

En el caso de que un GMP no cumpla con el modelo de colocación, según requerido, el mismo puede estar sujeto a sanciones y penalidades las cuales varían desde la notificación de no cumplimiento hasta la cancelación del contrato del Grupo Médico.

Vidas asignadas a Médicos Primarios	Grupos	Mínimo de cantidad de horas semanales requeridas por proveedor de salud mental en el Grupo Médico Primario
1,000 vidas o menos		4 horas semanales
1,001 a 2,000 vidas		8 horas semanales
2,001 a 3,000 vidas		12 horas semanales
3,001 a 4,000 vidas		16 horas semanales
4,001 a 5,000 vidas		20 horas semanales
5,001 a 6,000 vidas		24 horas semanales
6,001 a 7,000 vidas		28 horas semanales
7,001 a 8,000 vidas		32 horas semanales
8,001 a 9,000 vidas		36 horas semanales
9,001 a 10,000 vidas		40 horas semanales

ASES también requiere la colocación de un psicólogo u otro tipo de proveedor de salud conductual en hospitales de medicina física. La Sala de Emergencias será responsable de identificar las necesidades de los afiliados y coordinar el acceso adecuado a los servicios de salud física y mental. El Modelo de Colocación deberá incorporarse al ambiente de hospitalización física con la intención de brindar continuidad de servicios, con base en la provisión de un plan integrado a los pacientes según lo establece el Código Mental de Puerto Rico, Ley Núm. 408 de 2 de octubre de 2000, según enmendada, y la carta de Derechos y Responsabilidades de los Pacientes de Puerto Rico. El proveedor de salud mental estará presente y disponible para brindar evaluación, identificación, consulta y otros servicios de salud mental. A través de este modelo, médicos, proveedores de salud mental y otros miembros del equipo interdisciplinario colaboran en la provisión de un plan de medicina integral para los pacientes. En este contexto, la comunicación entre médicos y proveedores de salud mental es importantes para la colaboración y la integración.

Las situaciones que pueden ser abordadas por un proveedor de salud mental en colaboración con el personal médico en el escenario intrahospitalario pueden incluir, entre otras:

- Pacientes con signos de depresión o ansiedad
- Pacientes en el programa de alto costo/alta necesidad
- Pacientes con condiciones crónicas
- Pacientes que presentan problemas de adherencia al tratamiento médico
- Pacientes con trastornos psiquiátricos, conductuales y del desarrollo
- Pacientes que enfrentan eventos estresantes como la pérdida de un ser querido, divorcio, cuidado u otros.
- Paciente con situaciones estresantes familiares, escolares o laborales
- Identificación de pacientes con adicción a las drogas, el alcohol o el tabaquismo
- Pacientes referidos como altos utilizadores de la sala de emergencias asociados a condiciones de salud mental
- Paciente que busca servicios de salud mental por iniciativa propia
- Educación para pacientes, comunidad o personal

Requisitos de cumplimiento para el Modelo de Colocación en el escenario intrahospitalario:

MMM garantizará el acceso al servicio por parte de proveedores de salud mental a todo paciente que se encuentre hospitalizado por servicios agudos en hospitales de medicina física y que requiera, por recomendación médica, evaluación de un psicólogo u otro tipo de proveedor de salud de mental. El equipo multidisciplinario debe tener en su equipo a estos profesionales, ya sea en guardia diaria (*on Call*) o dentro de su facultad.

Se requerirá un plan de acción correctiva para cada GMP y Hospital que no cumpla con esta fase del Modelo de Colocación.

9.2 Modelo de Colocación Inversa

En conformidad con las disposiciones del Código de Salud Mental de Puerto Rico, la Ley Núm. 408 de 2 de octubre de 2000, según enmendada, y la Declaración de Derechos y Responsabilidades del Paciente de Puerto Rico, nos comprometemos a promover la integración de salud física y mental, con el fin de mejorar la eficacia del programa y la calidad de vida de nuestros afiliados.

El modelo de colocación inversa es un modelo de atención integrada en el cual los servicios médicos están disponibles para afiliados que reciben tratamiento en escenarios de salud mental. Se sabe que los pacientes con diagnósticos de condiciones médicas crónicas o agudas y salud mental, corren un mayor riesgo de salud y requieren atenciones médicas en ambos escenarios. Personas con enfermedad mental grave tienen altos niveles de comorbilidad con condiciones médicas, en comparación con el resto de la población, como por ejemplo un mayor riesgo de diabetes, obesidad y colesterol alto, debido al uso de algunos medicamentos antipsicóticos de segunda generación (Milbank Memorial Fund, 2010).

Bajo el modelo de colocación inversa, un médico está ubicado a tiempo parcial o completo en una facilidad de salud mental con el propósito de monitorear la salud física de los pacientes. Los afiliados bajo el Registro de Condiciones Severas se beneficiarán de esta integración al tener sus necesidades físicas y de salud mental atendidas en una misma facilidad. Aquellos pacientes que oficialmente se encuentran bajo el Registro de Condiciones Severas, recibirán todos los servicios médicos de atención primaria en la facilidad de salud mental. Afiliados con condiciones de salud mental y que visiten la facilidad pueden recibir consultas médicas igualmente, no obstante, el

médico sólo puede prescribir recetas limitadas y referir a estos afiliados a su Grupo Médico Primario (GMP) para el debido seguimiento.

Al desarrollar la plena integración de la salud física y mental, ASES requiere la ubicación de un **DOCTOR** en medicina en cada de los siguientes escenarios de salud mental:

- Clínicas o instalaciones para pacientes ambulatorios: un médico 5 días, 4 horas por día.
- Unidades de hospitalización parcial: un médico 2 días por semana, 4 horas por día.
- Estabilización de habitaciones: un médico *on call* a diario.
- Hospitales psiquiátricos: un médico *on call* a diario.
- Unidades de tratamiento de adicciones: un médico 3 días a la semana, 4 horas por día.

En el caso de que la facilidad de salud mental no cumpla con el Modelo de Colocación Inversa, según requerido, puede estar sujeta a sanciones y penalidades que varían desde la notificación de incumplimiento hasta la cancelación del contrato.

9.3 Departamento de Servicios y Determinantes Sociales de la Salud (DS&DSS)

El Departamento de Servicios y Determinantes Sociales de la Salud (DS&DSS) tiene como propósito manejar y canalizar los determinantes sociales de la salud (DSS), problemas de salud que afectan comunidades, así como necesidades sociales a través de intervenciones sociales grupales e individuales, tanto con beneficiarios como con sus recursos de apoyo o cuidadores para superar barreras, promover la justicia social, lograr mejores resultados de salud y calidad de vida. Cada caso es evaluado y manejado de forma

individual de manera que las intervenciones puedan ser dirigidas a las necesidades y prioridades específicas de cada beneficiario. El DS&DSS ofrece sus servicios de manera voluntaria y los beneficiarios pueden optar por culminar su participación en cualquier momento; para recibir estos servicios las fuentes de referido pueden ser recursos comunitarios, personal de hospitales, médicos, personal de departamentos internos, beneficiarios, familiares o sus cuidadores, grupos médicos, reportes internos, entre otros.

El DS&DSS tiene dos metodologías de atención para manejar los DSS de sus beneficiarios para las cuales Trabajadores Sociales licenciados realizan evaluaciones sociales holísticas que permiten establecer planes de cuidado más certeros. En ambos escenarios dentro del DS&DSS se utilizan herramientas de evaluación basadas en el modelo biopsicosocial; la diferencia radica en el nivel de cuidado que cada situación representa. La evaluación biopsicosocial realizada mediante llamada telefónica es administrada por un Trabajador Social adscrito a la Unidad de Alcance, mientras que la evaluación biopsicosocial presencial es administrada por un Manejador de Casos en Trabajo Social (MCTS) adscrito al Programa de Trabajo Social. En los casos en los que durante una evaluación telefónica se identifica la necesidad de un manejo de casos más extenso, el beneficiario es referido a un MCTS para una coordinación de visita al hogar.

Los casos que representan una mayor complejidad se benefician de una evaluación más comprensiva y un manejo de casos a largo plazo (evaluación biopsicosocial presencial). Fuentes de referidos como proveedores, profesionales de la salud, recursos de apoyo y

auto referidos son considerados como situaciones complejas que deben beneficiarse de intervenciones que incluyan el modo presencial. Referidos de menor complejidad se trabajan a través de intervenciones telefónicas con una evaluación biopsicosocial más corta y un manejo de casos a corto plazo. Estos referidos son recibidos a través de reportes como la Evaluación Anual de Salud (AHA) y la Evaluación Anual de Riesgo (HRA).

Los MCTS comprenden las peculiaridades de las comunidades y las necesidades de la población atendida. Ellos se encuentran inmersos en la comunidad y se localizan por zonas de manera que se les facilite llegar donde se encuentran los afiliados para servir de cabilderos, y enlace para los afiliados y su sistema de apoyo. El DS&DSS cuenta con un Banco de Recursos alrededor de la Isla que facilita la identificación de servicios disponibles para atender los DSS más apremiantes; esta herramienta está disponible para todo el equipo de trabajo de forma tal que cualquier empleado pueda canalizar ágilmente cualquier situación que pueda identificar. Tanto los Trabajadores Sociales de la Unidad de Alcance como los MCTS fungen como parte de un equipo multidisciplinario compartiendo información relacionada a los DSS y barreras identificadas lo que complementa y robustece las intervenciones del plan de cuidado centralizado que está integrado por diferentes programas clínicos.

El DS&DSS provee los siguientes beneficios y servicios para nuestros afiliados:

- Visitas de los MCTS a agencias de la comunidad, proveedores, Grupos Médicos, oficinas médicas, clínicas y residencias de beneficiarios para canalizar las necesidades identificadas.

- Colaboración con programas internos para manejar los DSS de los beneficiarios.
- Establecimiento de acuerdos y colaboraciones con programas y recursos comunitarios que puedan apoyar y garantizar una continuidad de cuidado, así como el uso apropiado de los recursos comunitarios.
- Una evaluación holística de las condiciones de salud del afiliado, sistema de apoyo y recursos disponibles en la comunidad.
- Manejar situaciones de beneficiarios en necesidad de servicios sociales, con situaciones médicas de salud, que presenten soledad o tengan un pobre sistema de apoyo, así como necesidad de servicios de asistencia social. El equipo de Trabajo Social finalmente determina si existe la necesidad de coordinaciones de servicios clínicos, terapéuticos, evaluaciones médicas, incluyendo referidos y coordinaciones inmediatas a los servicios que se encuentren disponible.
- Intervenciones con individuos y familias para evaluar sus intereses, necesidades y facilitar la identificación de programas que puedan asistirles.
- Desarrollar e implementar un plan de cuidado con intervenciones y metas específicas para canalizar las necesidades sociales y clínicas de los beneficiarios.
- Evidenciar los seguimientos correspondientes a las coordinaciones, referidos y acuerdos establecidos para monitorear el progreso del plan de cuidado y

asegurar el manejo adecuado de los problemas identificados en un tiempo prudente.

- Discusiones de caso con el equipo interdisciplinario para obtener recomendaciones y retroalimentación en la elaboración de un plan de cuidado certero y alcanzable.
- Completar intervenciones e interacciones con familiares, médicos primarios, cuidadores y otras personas que formen parte del sistema de apoyo y que estén involucrados en el manejo del cuidado de la salud del afiliado.
- Hacer extensivos los servicios y referidos para incluir miembros de la familia.
- Apoyar en la elaboración de un Plan de Emergencias.
- Participar en el proceso de transición de cuidado del afiliado para garantizar que se integre en la planificación consideraciones relacionadas al hogar y al manejo de condiciones.
- Canalizar las emergencias sociales inmediatamente con las agencias gubernamentales pertinentes.

Los siguientes factores son los criterios de inclusión establecidos para identificar los afiliados más vulnerables:

Factores Sociales

- Deambula
- Inhabilidad para el autocuidado debido a:

- No cuenta con un cuidador
 - Falta de apoyo o recursos familiares
- Problemas relacionados a inhabilidad para comprar o preparar alimentos
- Vive en condiciones infrahumanas (situaciones extremadamente inadecuadas para mantener la salud y bienestar de un ser humano)
- Auto negligente con su cuidado debido a:
 - No acude a seguimiento médico
 - No cumple con recomendaciones médicas (dieta, instrucciones, medicamentos o tratamientos)
- Problemas de transportación para satisfacer necesidades de cuidado médico y/o para cubrir sus necesidades básicas
- Situación insegura en el hogar debido a:
 - Requiere relocalizar muebles
 - Problemas de electricidad
 - Espacios inapropiados para movilidad
 - Problemas de salubridad en la comunidad
- Problemas financieros para mantener seguimiento médico

Factores Clínicos (al menos, debe cumplir con un criterio social)

- Necesita una coordinación de servicios clínicos
- Múltiples admisiones
- Múltiples visitas a salas de emergencias debido a un cuidado inapropiado o por falta de recursos (financieros o humanos)

- Múltiples readmisiones
- Manejo inadecuado de heridas
- No adherencia a tratamiento
- No adherencia a medicamentos

El DS&DSS tiene como meta apoyar a sus beneficiarios para recuperar un nivel óptimo de salud promoviendo el apoderamiento, mejorando el manejo de condiciones, facilitando el acceso y conocimiento de los recursos disponibles, manejando las necesidades clínicas y sociales con los proveedores apropiados de manera costo efectiva.

10. MANEJO DE UTILIZACIÓN

Una iniciativa de MMM Multihealth busca garantizar que los Servicios Cubiertos proporcionados a los beneficiarios cumplan con los estándares y requisitos establecidos por el contrato o un programa similar desarrollado o establecido por ASES, y de conformidad con ellos. MMM Multihealth brindará asistencia a los beneficiarios y proveedores para garantizar la utilización adecuada de los recursos. MMM Multihealth tendrá por escrito las políticas y procedimientos de administración de la utilización incluidos en las Pautas para proveedores.

10.1 Autorizaciones y Referidos

MMM Multihealth no requiere referido de un PCP cuando un beneficiario busca atención de un proveedor de la red PPN de MMM Multihealth. En el caso de 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 Multihealth, pero fuera del PPN.
2. Para el beneficiario acceder a un proveedor fuera de la red (con la excepción de servicios de emergencia).
3. 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 Multihealth emitirá un referido administrativo en 24 horas de acuerdo con el proceso establecido.
5. Ni MMM Multihealth o ningún proveedor puede imponer un requisito de que las remisiones se someterán a la aprobación de los comités, juntas, directores médicos, etc. MMM Multihealth 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 cuando esté disponible para tratar al beneficiario.
7. MMM Multihealth se asegurará de que los PMG 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.
 8. Si el sistema de referidos desarrollado por MMM Multihealth requiere el uso de medios electrónicos, dicho sistema se instalará en la oficina del proveedor.
 9. Se incluye la solicitud de referido en caso de necesitar llenar el mismo manualmente.
(favor de ver el documento en el anejo #4)

El referido es válido por un período de 90 días, desde la fecha de emisión.

10.2 Puntualidad de Preautorizaciones

MMM Multihealth se asegurará de que se proporcione autorización previa para el beneficiario en los siguientes plazos, incluidos los días festivos y fuera del horario comercial normal:

1. La decisión de otorgar o denegar una preautorización no debe exceder setenta y dos (72) horas desde el momento de la solicitud de autorización de servicio del beneficiario para todos los servicios cubiertos; excepto que, cuando MMM Multihealth o el Proveedor del beneficiario determine que la vida o la salud del beneficiario podría verse en peligro por un retraso en el acceso a los servicios, la preautorización debe proporcionarse tan rápidamente como la salud del beneficiario lo requiera, y no más tarde de veinticuatro (24) horas de la solicitud de autorización de servicio.

2. MMM Multihealth podrá, a su discreción, conceder una prórroga del tiempo permitido para las decisiones de preautorización por hasta catorce (14) días calendario, cuando: El Beneficiario, o el Proveedor, solicite la extensión; o MMM Multihealth justifica a ASES la necesidad de la extensión con el fin de recopilar información adicional, de modo que la extensión es en el mejor interés del beneficiario.
3. Si se amplía el plazo de tiempo, MMM Multihealth debe informar por escrito al beneficiario de la razón detrás de la concesión de la extensión e informar al beneficiario del derecho a presentar una querrela si no está de acuerdo con esa decisión. El aviso de la determinación debe enviarse tan rápidamente como la condición de salud del beneficiario lo requiera y no más tarde de la fecha de vencimiento de la extensión.
4. Para los servicios que requieren preautorización por MMM Multihealth, la solicitud de autorización de servicio será presentada de inmediato por el Proveedor para la aprobación de MMM Multihealth, de modo que la Autorización Previa pueda ser proporcionada dentro del plazo de tiempo.
5. MMM Multihealth someterá a ASES los criterios clínicos que se utilizarán para los servicios que requieren autorización previa. ASES aprobará previamente por escrito dichos criterios clínicos del Manejo de la Utilización.
6. MMM Multihealth se asegurará de que el PMG cumpla con las normas establecidas en esta sección sobre referidos, de modo que los beneficiarios no estén obligados a cambiar el PMG para obtener una orden.

7. Cualquier denegación, retraso irrazonable o racionamiento de los Servicios Médicamente Necesarios al beneficiario está expresamente prohibido. MMM Multihealth garantizará el cumplimiento de esta prohibición de los Proveedores de Red o cualquier otra entidad relacionada con la prestación de Servicios de Salud Conductual al beneficiario del Plan Vital. En caso de que MMM Multihealth viole esta prohibición, MMM Multihealth estará sujeto a las disposiciones del Artículo VI, Sección 6 de la Ley 72 y 42 CFR 438 Subparte I (Sanciones).
8. MMM Multihealth empleará profesionales con licencia adecuada para supervisar todas las decisiones de preautorización y especificará el tipo de personal responsable de cada tipo de Autorización Previa en sus políticas y procedimientos. Cualquier decisión de denegar una Solicitud de Autorización de Servicio o de autorizar un servicio en una cantidad, duración o alcance menor que sea menor que el solicitado será tomada por un Proveedor que posea la experiencia clínica apropiada para tratar la condición del beneficiario. Para solicitudes de autorización para servicios dentales, solo los dentistas con licencia están autorizados a tomar tales decisiones.
9. Ni un referido, ni una preautorización será requerida para ningún Servicio de Emergencia, no importa si el Proveedor está dentro de la PPN, y a pesar de si hay en última instancia una determinación de que la condición para la cual el beneficiario buscó tratamiento en la sala de emergencias no era una Condición Médica de Emergencia o Emergencia Psiquiátrica.

10. MMM Multihealth no requerirá una preautorización o un referido para servicios dentales excepto para cirugía maxilofacial, que requiere Autorización Previa de un PCP.
11. MMM Multihealth requerirá preautorización para entregar una receta de medicamentos para ciertos medicamentos especificados en la FMC. Requiere la Contrafirma del PCP del beneficiario para entregar una receta escrita por un Proveedor que no está en el PPN. Cualquier preautorización o contrafirma requerida para los Servicios de Farmacia se llevará a cabo dentro de los plazos de tiempo proporcionados.

10.3 InnovaMD

InnovaMD es una Plataforma de Cuidado Coordinado diseñada para complementar los servicios necesarios entre pacientes, proveedores y socios de negocios para permitirles trabajar en conjunto en el manejo de situaciones médicas. 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 formar parte de la plataforma de InnovaMD el proveedor puede intercambiar información médica y administrativa, regida bajo las más estrictas regulaciones que garantizan el 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.

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

A. 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, pre-autorizaciones, 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 la opción de conceder al personal de su oficina acceso a InnovaMD como sus delegados para que puedan trabajar en su nombre (*On Behalf*).
8. Permite tener más de un rol como por ejemplo (Especialista, PCP, entre otros) para facilitar su navegación dentro de la plataforma de InnovaMD.
9. Administradores de Grupos Médicos Primarios y PCPs 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. Protege la información clínica del paciente según requerido por regulaciones HIPAA.

B. Herramientas y Funcionalidades Disponibles:

Herramientas y funcionalidades disponibles para los proveedores contratados en InnovaMD:

1. ***Beneficiary Center*** – permite a los PCPs manejar el panel médico de forma más eficiente proveyendo fácil acceso a *Clinical Profile*, solicitar servicios como Referidos, Preautorizaciones (entre otros) 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 beneficiario y obtener la siguiente información: *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. ***Provider Directory*** – permite realizar búsqueda de todos los proveedores que pertenecen a nuestra red, activos y contratados. Los proveedores pueden filtrar por Doctores y Profesionales de la Salud, Facilidades Médicas y Centros de Apoyo de Medicina Primaria. La búsqueda puede incluir, especialidad, nombre, localidad,

código postal, entre otros. Los resultados incluyen información de: dirección y teléfonos de oficinas, mapa y otros detalles.

5. **Clinical Viewer** - permite a los proveedores acceso a datos clínicos a través de InnovaMD. 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 Multihealth.

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

6. **Office Advantage** – los proveedores pueden ver y administrar qué incentivos corresponden a su personal de oficina. Además, permite al personal de la oficina ver un panel que contiene información sobre sus pagos de incentivos recibidos por usar InnovaMD.

7. **Office Advantage Rewards** – el personal de la oficina puede ver y canjear premios para usar el portal InovaMD.
8. **ICD10 Aid Tool** – facilita a los proveedores y al personal al realizar búsquedas con traducción de codificación.
9. **Formulary Search** – proporciona los medicamentos cubiertos por el plan de acuerdo con la categoría y el nombre del medicamento seleccionado.
10. **Claim Status** - permite a los proveedores buscar y ver el estado de todas las reclamaciones.
11. **Document Center** – los proveedores pueden ver y buscar sus documentos, guías clínicas, documentos generales y publicaciones digitales publicados.
12. **Learning Center** – los proveedores pueden ver las lecciones publicadas.
13. **News** – los proveedores pueden ver y buscar noticias importantes publicadas.
14. **Events** – los proveedores pueden ver los próximos eventos y pueden registrarse si es necesario.
15. **Quality Improvement Monthly Statement (QIMS)**
 - a) Permite a los proveedores:
 - Ver calificación de calidad bruta: el resultado de la parte C, la parte D y el total. Además, permite que los proveedores vean un gráfico YOY (año tras año): este gráfico compara el desempeño del proveedor en función de su resultado estrella en este momento en comparación con el año pasado.

- Ver el progreso de la calificación bruta hasta la fecha (año a día): este gráfico muestra cómo se ha movido su ejecución entre la Parte C y la Parte D.
- Ver todas las medidas en evaluación para el año de calificación y cuáles de ellas están clasificadas por debajo del objetivo o cumplen con el objetivo.

b) Muestra un listado de beneficiarios en incumplimiento con la medida seleccionada. Se muestran otras medidas de incumplimiento para el beneficiario seleccionado.

c) Guardar e imprimir el *Quality Statement*.

d) Exportar extracto en formato Excel.

16. Hospital Census – Esta funcionalidad permite a los proveedores hacer un seguimiento de los pacientes durante y después de un ingreso en un hospital. Además, pueden identificar si los pacientes fueron admitidos, dados de alta o readmitidos.

a) Los proveedores pueden ver lo siguiente:

- Listado de beneficiarios admitidos
- Listado de beneficiarios dados de alta
- Listado de beneficiarios readmitidos
- Tipo de contrato del hospital con el plan
- Notas clínicas transcritas al ingreso por el auditor de MSO
- Exportar extracto del Censo en formato Excel.

Para más información visite:

1. Portal de InnovaMD en www.innovamd.com o
2. 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) o

Correo electrónico a InnovaMDAlert@mmmhc.com

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

Los proveedores del Plan Vital tienen disponibles los servicios de nuestro centro de llamadas el cual brinda servicios de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. 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

787-993-2317 (Área Metro)
1-866-676-6060 (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, pagos y preautorizaciones, 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 participantes de la red 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 InnovaMD. 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 lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. y pueden contactarlos a través de nuestro Centro de Llamadas.

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

Los proveedores necesitan cumplir con los siguientes requisitos de ASES:

- 1. Utilizar un Sistema de Expediente de Salud Electrónico Certificado (CEHRT, por sus siglas en inglés).** El CEHRT debe contar con la última certificación vigente, de la Oficina del Coordinador Nacional, actualmente, deben estar actualizados con la versión *ONC 2015 Edition Cures Update*

Para verificar si el EHR que está utilizando en su oficina está certificado, puede acceder al siguiente enlace: <https://chpl.healthit.gov/#/search>.

- 2. Programado de Prescripción de Medicamentos Electrónica**

El sistema de expediente electrónica debe tener la funcionalidad activa para realizar prescripciones de medicamentos de forma electrónica. Estas recetas se deben generar durante el período del contrato de un año.

- 3. Interoperabilidad**

Promover el intercambio de información de salud a través de CEHRT interoperable y la implementación de infraestructura que permita el intercambio de información de salud (HIT/HIE). Los datos mantenidos deben estar disponibles para facilitar la creación y el mantenimiento de registros médicos acumulativos y deben permitir que aplicaciones de terceros recuperen reclamos adjudicados, datos de encuentros, datos clínicos, incluidos

resultados de laboratorio e información sobre la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios y actualizaciones de dicha información, si aplicable. La conexión de cualquier aplicación de terceros a una API debe ser consistente con la regla de seguridad HIPAA.

- 4. Cumplir con los requisitos del Programa Promoviendo la Interoperabilidad para proveedores de Medicaid.**

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 nivel de responsabilidad y cooperación entre proveedores y las facilidades que provee 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 que incluyen, entre otros:

- a. Notificación de número de caso
- b. Revisión de admisiones
- c. Revisión concurrente
- d. Revisión retrospectiva

- e. Planificación de alta
- f. Manejo de caso individualizado

La administración de las Redes de Proveedores de MMM Multihealth para el Plan Vital son delegado a inHealth Management, LLC Esto incluye las áreas de revisión médica, procesos de utilización intrahospitalaria, autorización de estadías en niveles agudo y subagudo para servicios de salud física de adultos y pediátricos, así como los servicios de salud mental aguda y parcial.

El Departamento de Revisión y Utilización Intrahospitalaria de inHealth Management, LLC trabaja en conjunto con proveedores médicos para determinar la necesidad médica, costo-efectividad y calidad de servicios prestados a nivel intrahospitalario.

Toda determinación de necesidad médica se realiza conforme a las normas generalmente aceptadas en la práctica médica, incluyendo aquellas acogidas en las Guías de Manejo Clínico (basadas en evidencia médica actualizada), la idoneidad clínica del servicio o procedimiento, la evidencia clínica debidamente documentada en el expediente, los estándares vigentes en la industria y los acuerdos contractuales existentes.

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

11.3 Metas

1. Evaluar todo caso admitido a una facilidad hospitalaria de manera concurrente o retrospectiva.

2. Aplicar el criterio de necesidad médica conforme a los criterios descritos en este manual.
3. Promover la comunicación efectiva entre la facilidad, médicos y otros proveedores de servicio para identificar posibles necesidades del beneficiario durante el período de admisión.
4. Promover una planificación de alta efectiva y eficiente.
5. Identificar desviaciones y eventos prevenibles que pudieran perjudicar la salud o recuperación óptima del beneficiario.

11.4 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, AIMD (Director Médico Asociado Intrahospitalario), vicepresidente de operaciones clínicas y demás componentes del departamento tienen la responsabilidad de administrar el programa de revisión y utilización intrahospitalaria.
2. Las políticas y procedimientos diseñados por el Departamento de Revisión y Utilización Intrahospitalaria son revisados y aprobados por el *Vicepresidente* de inHealth Management, LLC, quien se reserva el derecho de revisar periódicamente dichas políticas y procedimientos.
3. El departamento tiene la responsabilidad de validar la necesidad médica de servicios conforme a los criterios dispuestos en esta guía.

4. Toda la determinación clínica / médica está respaldada por evidencia actualizada, basada en guías de cuidado médico. Actualmente, MMM Holdings, LLC y inHealth Management, LLC poseen las guías MCG que se utilizan en la evaluación de los casos concurrentes y retrospectivos admitidos en las facilidades.
5. El Departamento de Revisión y Utilización Intrahospitalaria también será responsable de identificar tendencias de sobreutilización o pobre utilización de servicios mediante el monitoreo de referidos, data de encuentros, datos de farmacia, revisión de expedientes y solicitud de autorizaciones.
6. inHealth Management, LLC asigna la responsabilidad del proceso de revisión concurrente y retrospectiva al personal auditor altamente calificado y con vasta experiencia en el escenario hospitalario y/o de utilización médica. El auditor clínico recibe apoyo directo del director médico asociado intrahospitalario, quien tomará la decisión final de aprobar el servicio o, por el contrario, tomará una determinación adversa.
7. inHealth Management, LLC se reserva el derecho de reasignar el auditor clínico a las facilidades hospitalarias. Este proceso de cambio de ruta o facilidad se realiza a discreción y necesidad de la compañía.
8. Todo servicio que haya sido determinado por la dirección médica como no médicamente necesario o no cubierto bajo el contrato vigente del beneficiario, será determinado de forma adversa. De igual forma las determinaciones adversas por razón contractual y/o administrativa.

9. Los proveedores tendrán el derecho y la oportunidad de realizar una apelación sobre cualquier determinación adversa a través del Departamento de Apelaciones y Querellas (A&G) de MMM Multihealth para el Plan Vital. El proveedor debe cumplir con los procesos de pre-desviación y discusión de casos según fueron establecidos en esta guía para que se proceda a evaluar la apelación.
10. Todo proveedor de servicio tendrá derecho a someter una apelación a partir de 30 días después del cierre del caso. Para la solicitud de apelación por parte del proveedor hospitalario, este deberá someter toda documentación requerida y completa (copia fiel y exacta de expediente médico, carta que indique razones por las que entienden se debe validar los días en no cumplimiento) al Departamento de Apelaciones y Querellas. La apelación debe estar firmada por un médico licenciado para ejercer la medicina en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
11. En inHealth Management, LLC estamos comprometidos con brindar servicios médicos de excelencia. Trabajamos en estrecha colaboración con los departamentos de utilización de las instituciones 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 necesidad médica de servicios brindados a tiempo, conforme a las guías de cuidado autorizadas por la compañía al momento de la revisión.
12. inHealth Management, LLC no compensa a las personas asignadas a la revisión y manejo de utilización por determinación adversa de servicios, ni provee incentivos financieros por aprobar o determinar de forma adversa los servicios solicitados.

11.5 Organización:

A. Director Médico Asociado Intrahospitalario (AIMD)

1. 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.
2. Nuestros AIMD son médicos internistas. Además, contamos con diversos especialistas y subespecialistas que apoyan las decisiones y determinaciones médicas durante los procesos de revisión en los casos hospitalizados.
3. Los AIMD son los únicos responsables de tomar determinaciones adversas clínicas en servicios o estadias hospitalarias.
4. Todas las decisiones se respaldan mediante el uso de guías de cuidado médica aprobadas por inHealth Management, LLC en el momento de la revisión o cuando se presta un servicio.

B. Auditor Clínico

1. Profesional de la salud especializado en enfermería, con experiencia mínima de dos (2) años en área clínica, con licencia y certificación emitidas por la Junta de Licenciamiento de Disciplinas Médicas de Puerto Rico.
2. Nuestros Auditores Clínicos 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.
3. El Auditor Clínico realiza el proceso de auditoría concurrente y retrospectiva

validando el cuidado médico a base de la documentación brindada en el expediente médico.

4. El personal de auditoría puede aprobar los servicios siempre que cumplan con todos los criterios autorizados en las guías de cuidado médicos en el momento de la revisión o cuando se prestan los servicios.
5. El Auditor Clínico puede aprobar servicios en primera instancia.
6. El Auditor Clínico es responsable de detectar desviaciones en el tratamiento médico o en funciones administrativas. Todos los criterios clínicos son referidos al AIMD para su acción correspondiente.

11.6 Definición de Conceptos:

A. Proceso de Revisión Concurrente

Proceso en que el auditor clínico asignado a la institución evalúa físicamente el expediente clínico en la facilidad hospitalaria o a través del récord electrónico de salud vía remoto durante el período de admisión del paciente. Se define como concurrente a aquella revisión de expediente que ocurra antes de la fecha de alta del paciente.

El auditor clínico debe tener contacto con el expediente médico por lo menos en una ocasión antes del alta del paciente, para que se considere una revisión concurrente.

B. Proceso de notificación de desviación:

1. Fase intermedia de comunicación durante el proceso de concurrencia entre el auditor clínico y el proveedor hospitalario o médico que admite.
2. El auditor clínico notifica la desviación clínica o administrativa 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 que admite también será notificada.

3. El objetivo del proceso es mantener el flujo de la información y promoviendo la discusión clínica de los casos, para facilitar su manejo y minimizar posibles determinaciones adversas al hospital o al médico al momento de cerrar el caso
4. Una vez que el caso esté disponible para el cierre, el Auditor Clínico evaluará el caso en su totalidad; después de que se hayan identificado los días en incumplimiento, se enviará una carta de discusión del caso indicando todos los días.
5. La facilidad tendrá un período no mayor a noventa (90) días de calendario posterior a la fecha del alta para presentar el expediente a nuestros auditores clínicos, sin penalidad administrativa por exceder dicho período.
6. De presentar un expediente caducado tras noventa (90) días de calendario posterior a la fecha del alta, el mismo no será auditado por personal de inHealth Management, LLC. Se procederá a cerrar el caso con la recomendación de una determinación adversa administrativa.
7. Este proceso no se aplica a la revisión de casos retrospectivos.

C. Proceso de Revisión Retrospectiva:

1. Se define como retrospectiva a 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, alta administrativa o muerte.

2. La facilidad tendrá un período no mayor a noventa (90) días de calendario posterior a la fecha del alta para presentar el expediente a nuestros auditores clínicos, sin penalidad administrativa por exceder dicho período.

D. Proceso de Planificación de Alta

1. En este proceso se realiza un análisis biopsicosocial y holístico de las necesidades del paciente en una forma holística durante el período de admisión por un profesional capacitado en el área de la salud.
2. El proveedor hospitalario y el médico de cabecera son los responsables del inicio, desarrollo e implementación de este proceso.
3. Cualquier desviación del proveedor hospitalario que dilate este proceso y extienda la estadía del paciente, podrá causar una determinación adversa administrativa del pago de los días en exceso.
4. El proveedor hospitalario le brindará instrucciones escritas a todo paciente al darle de alta, incluyendo el *Important Discharge Notice*, según la regulación de CMS y ASES.
5. 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).
6. Siempre que exista un acuerdo entre las partes, un planificador de alta de MSO of Puerto Rico, LLC, puede tener acceso al paciente y sus familiares para ayudar a coordinar el proceso de planificación de altas hospitalarias, que incluye la

reconciliación de medicamentos, educación para la condición de 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.

11.7 Guías de Cuidado Médico

Desde la década de los noventa, las guías clínicas han sido desarrolladas y publicadas para promover la adopción de la mejor evidencia en la práctica clínica.

1. Las guías son típicamente publicadas por asociaciones nacionales, sociedades profesionales y agencias gubernamentales, por tanto, sus recomendaciones se basan en el consenso, incluyen múltiples opciones basadas en evidencia y no se adhieren necesariamente a prácticas específicas o sistemas de prestación de servicios de salud locales.
2. Las guías clínicas son utilizadas por el médico y otros profesionales de salud para tratar pacientes con diagnósticos o condiciones específicas de acuerdo con la medicina apoyada por evidencia.
3. ASES endosa la utilización de estas guías en la revisión de expedientes médicos para sustentar la autorización de servicios. Actualmente, con el paciente en mente, la guía utilizada y aprobada por inHealth Management, LLC es MCG.
4. Esta guía es utilizada para ayudar a identificar las mejores prácticas aceptadas en la medicina y para mejorar el cuidado del paciente basado en criterios médicos actualizados y sostenidos por el estado de conocimiento de la ciencia y la práctica prevaleciente en la medicina.

5. 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.
6. inHealth Management, LLC se reserva el derecho de seleccionar las guías de cuidado médico según las necesidades del negocio y en beneficio del asegurado.

11.8 Política de Notificación de Admisiones y Altas Médicas: Nivel

Agudo, SNF y Rehabilitación (servicio no cubierto).

A. Admisiones:

1. El proveedor hospitalario es responsable de notificar diariamente las admisiones a los coordinadores del departamento vía telefónica a través del siguiente número telefónico: 1-833-950-4360 y/o email inpatient@inHealthpr.com utilizando la planilla adjunta (Ver Anejo A).
2. La planilla de notificación de admisiones y altas debe incluir el número de identificación del afiliado, nombre y apellidos del afiliado, nombre completo del médico que le admitió, código de diagnóstico de admisión (ICD10), fecha de admisión, fecha de alta, habitación, tipo de admisión y disposición final del paciente, incluyendo fallecidos.
3. El proveedor tendrá un máximo de tres (3) días de calendario a partir de la fecha de admisión para notificar la misma al departamento *Inpatient* de inHealth Management,

LLC y solicitar el número de caso.

4. El departamento de *Inpatient* de inHealth Management, LLC 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 inHealth Management, LLC notificará el número de caso al proveedor hospitalario vía telefónica o fax antes de las primeras veinticuatro (24) horas de la fecha de la solicitud del proveedor. inHealth Management, LLC 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.
5. El número de caso asignado no garantiza el pago de la admisión, y el mismo está sujeto a la revisión del expediente por el Auditor Clínico.
6. Notificación de Decisión Tomada (Notificación de Decisión - Solicitud de Beneficios Médicos) conocida como MA-10 debe estar acompañada de: notificación de acción tomada sobre solicitud o reevaluación, hoja informativa de admisión, número de identificación del afiliado, nombre y apellidos del afiliado, nombre completo del médico que le admitió, código de diagnóstico de admisión (ICD10), fecha de admisión, fecha de alta, habitación y tipo de admisión. Se otorgarán quince (15) días laborables a partir de la fecha de emisión de la notificación de acción tomada sobre solicitud o reevaluación para notificación de la admisión.

7. Se otorgarán noventa (90) días de calendario para ser reportada la admisión a partir de la fecha de alta o la determinación adversa de algún plan médico (Medicare, Medicaid, plan privado, etc.).
8. inHealth Management, LLC no es responsable por el pago de los servicios prestados a un afiliado cuando el mismo no es elegible para la fecha de prestación de servicios.

B. Altas:

1. El proveedor hospitalario es responsable de notificar diariamente las altas de pacientes a los coordinadores del departamento de *Inpatient* en un período no mayor de dos (2) días de calendario a partir de la fecha de alta del paciente.
2. CMS vigila que los beneficiarios obtengan una atención médica de calidad. inHealth Management, LLC garantiza que el paciente reciba los servicios adecuados durante la admisión y luego del alta hospitalaria.
3. Como parte del proceso, el proveedor hospitalario debe notificar la disposición al alta y enviar el resumen de alta de forma electrónica y/o a través de innova MD. La disposición del paciente incluye la notificación del paciente que fallece durante su estadía hospitalaria. La disposición del alta se hace mediante correo electrónico (inpatient@inHealthpr.com) o a través del fax 787-999-1744.

A. Horario para notificación:

El horario regular de oficina es de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 4:30 p.m.

Durante los fines de semana y días feriados las admisiones y altas se pueden notificar mediante correo electrónico inpatient@inHealthpr.com o al fax (787-999-1744), utilizando la planilla para estos propósitos (ver Anejo A).

El número de referencia de las admisiones notificadas los fines de semana y días feriados será brindado el próximo día laborable.

11.9 Política de Notificación de Recién Nacidos:

1. Con el propósito de cumplir con las regulaciones de ASES, los hospitales deben completar el formulario establecido para la notificación de partos y recién nacidos en un período no mayor de veinticuatro (24) horas laborables, y enviarlo al correo electrónico: inpatient@inHealthpr.com o al fax: 787-999-1744.
2. El hospital podrá contactar al personal de MMM Vital al 1-833-950-4360 aclarar dudas o preguntas relacionadas al proceso de notificación de recién nacidos.
3. El personal del departamento de *Inpatient* colocará el formulario en el archivo de Dakota en el folder *Compliance PSG- Audit and Reporting* y luego elige *Newborn Notification*. Toda la información recopilada en un período de veinticuatro (24) horas laborables o menos será depositada en dicho archivo. El personal de cumplimiento recopila la data y la envía a ASES para el debido proceso utilizando la planilla para estos propósitos

11.10 Política de Evaluación de Expedientes Clínicos en la Facilidad

Hospitalaria

1. El proveedor hospitalario es responsable de tener las facilidades físicas adecuadas para que se pueda cumplir con el proceso de revisión de expedientes de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 5:30 p.m.

2. El proveedor hospitalario debe contar con personal para atender al Auditor Clínico según el horario de visitas establecidas y acordadas entre la institución contratada de inHealth Management, LLC.
3. La revisión concurrente de los auditores clínicos será asignada con base en el volumen de afiliados admitidos en la institución por inHealth Management.
4. El proveedor hospitalario debe cumplir con los procesos antes mencionados para evitar demora en la evaluación de expedientes concurrentes o incremento en cantidad de casos retrospectivos.
5. El proveedor hospitalario debe presentar un censo o lista de los casos de beneficiarios hospitalizados de MMM Vital al personal Auditor Clínico de inHealth Management, LLC 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* según estipulado por regulaciones de ASES.
6. El personal del hospital debe notificar todas las admisiones y altas a los Auditores Clínicos.
7. El proceso de revisión concurrente para los casos admitidos debe iniciarse el primer día de hospitalización.
8. El proveedor hospitalario es responsable de presentar al auditor clínico el cien por ciento (100%) de los casos admitidos durante sus visitas a la facilidad, incluyendo admisiones en sala de emergencias

9. Los casos no presentados por el proveedor hospitalario al personal auditor clínico estarán sujetos a determinación adversa si la documentación médica del expediente no sustenta los días incurridos.
10. Cualquier período luego de la estabilización de una admisión por un proveedor médico no participante de InHealth Management, LLC podrá ser determinada de forma adversa en su totalidad si esta no es transferida al servicio de un médico participante de la red.
11. El médico no participante realizará la transferencia del cuidado médico a un facultativo participante en la facilidad
12. El personal del hospital participante colaborará con InHealth Management, LLC para que el médico no participante transfiera los servicios médicos de forma efectiva a otro facultativo participante de la red de InHealth Management, LLC 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

1. Los casos revisados concurrentemente serán evaluados por los auditores clínicos y estos discutirán cualquier desviación clínica o administrativa con el proveedor hospitalario.
2. El proceso de determinar la necesidad médica mediante la revisión concurrente continuará de acuerdo con los criterios establecidos en este manual.
3. La prioridad en la evaluación de los expedientes por parte del plan será el proceso

concurrente, seguido del proceso retrospectivo.

11.12 Política de Notificación de Desviación

1. Fase intermedia de comunicación durante el proceso de concurrencia entre el auditor clínico, proveedor hospitalario y/o médico que admite.
2. El proceso de notificación para la desviación podría aplicarse al proveedor hospitalario, proveedor médico, o ambas partes. El proceso dependerá de si la desviación es administrativa, clínica o una combinación de ambas.
3. Luego de la notificación verbal y escrita por parte del auditor clínico al personal asignado por el hospital de una posible desviación (determinación adversa), el proveedor hospitalario brindará información clínica adicional que justifique la estadía.
4. Dicha información deberá ser presentada al auditor clínico con la evidencia clínica o administrativa para la aprobación o determinación adversa de servicios de los días cuestionados.

11.13 Política de Revisión de Admisiones Retrospectivas

1. Revisión retrospectiva se considera a todo aquel expediente que no haya sido presentado durante la estadía del paciente.
2. El auditor clínico evaluará el expediente posterior a la fecha de alta.
3. La facilidad tendrá un período no mayor de noventa (90) días de calendario posterior a la fecha de alta para presentar dicho expediente al auditor clínico sin penalidad de determinación adversa por exceder el período asignado.

4. Este proceso podrá estar sujeto a acuerdos contractuales vigentes y escritos entre ambas partes (InHealth Management, LLC y la institución contratada) al momento de la prestación de los servicios.
5. El auditor clínico o el coordinador verificará la elegibilidad del caso retrospectivo y notificará el mismo al proveedor para las fechas de prestación de los servicios.
6. De presentar un expediente posterior al período asignado noventa (90) días de calendario luego del alta, el caso no será auditado. Se procederá con una determinación adversa administrativa.
7. En casos retrospectivos admitidos en la facilidad hospitalaria bajo Medicare original u otros planes médicos que sean determinados adversamente, el proveedor deberá facilitar al auditor clínico evidencia de la determinación adversa para poder iniciar el proceso de revisión.
8. El proveedor hospitalario tendrá un período no mayor de noventa (90) días de calendario a partir de la fecha de recibo de la determinación adversa de Medicare original u otro plan médico para presentar el caso al auditor clínico.
9. De presentar un expediente posterior al período asignado, luego del recibo de la determinación adversa por Medicare original u otro plan médico, el caso no será auditado. Se procederá a cerrar el expediente notificando una determinación administrativa adversa.
10. El proceso para determinar la necesidad médica durante el cierre de admisiones retrospectivas continuará conforme a los criterios dispuestos en este manual.

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

1. Fase intermedia de comunicación durante el proceso de concurrencia entre el auditor clínico, proveedor hospitalario y/o médico que admite.
2. El auditor clínico es responsable de iniciar la evaluación del expediente clínico e identificar posibles desviaciones que afecten el manejo o la estadía del paciente mediante la aplicación de guías médicas aprobadas por InHealth Management, LLC en que se brindaron los servicios.
3. El auditor clínico hará su evaluación de acuerdo con la evidencia documentada en el expediente clínico al momento de la evaluación.
4. Se activará el proceso de notificar la desviación al proveedor hospitalario o médico y se le informará de manera escrita y verbal al personal asignado por la institución. Es responsabilidad de la institución hospitalaria interactuar con su facultad médica para promover la fluidez de la información, así como una documentación legible y apropiada que sustente la estadía y el nivel de cuidado indicado.
5. El auditor clínico tomará en consideración solamente la evidencia documentada en el expediente clínico al momento de la evaluación.
6. El auditor clínico discutirá con el AIMD las potenciales desviaciones clínicas que podrán causar días en no cumplimiento, determinación adversa de servicios o visitas médicas de subespecialistas.
7. Al momento del cierre del expediente, el auditor clínico recibirá el expediente médico en su totalidad y codificado para que se realice el proceso de revisión de utilización médica correspondiente.

8. Durante el proceso de cierre, el auditor clínico le notificará al proveedor los días en no cumplimiento clínicos y/o ajuste de nivel. El proveedor hospitalario tendrá diez (10) días de calendario a partir del momento en que el caso es colocado en discusión para presentar evidencia, de modo que el caso pueda ser completado.

a. Estratificación de la determinación adversa (Razón específica de la Determinación Administrativa Adversas):

A continuación, algunas razones para determinaciones administrativas adversas, pero no limitadas a:

- i. El pago de un médico por servicios profesionales, no se verá afectado debido a una determinación administrativa adversa realizada al proveedor hospitalario.
- ii. Retrasos en la respuesta a las consultas que pueden afectar el largo de estadía. Las consultas deben responderse en 24 horas a partir de la orden médica.
- iii. Omisión o retrasos en la administración de medicamentos o procedimientos ordenados por un médico autorizado, que pueden incurrir en días cama prolongados.
- iv. Omisiones de tratamiento que pueda producir complicaciones en la condición del afiliado, por lo tanto, incurrir en días cama adicionales.
- v. Servicios no disponibles en el hospital que implica la coordinación con otro proveedor hospitalario, por lo tanto, podría prolongar la estadía del afiliado o interferir con una decisión médica de alta.

- vi. Cambios clínicos repentinos en la condición del afiliado, documentado previamente en el expediente médico y el personal de salud de la institución no realizó ninguna acción y/o gestión.
 - vii. No hay disponibilidad de consultores especializados, necesarios dentro de la admisión.
 - viii. Falta de coordinación de alta hospitalaria, el cual puede ocasionar una estadía hospitalaria prolongada.
 - ix. No cumple con el nivel de cuidado adecuado de acuerdo con el uso de las guías de cuidado médico y aprobado por MMM Holdings, LLC.
 - x. No hay disponibilidad de camas en el hospital, por lo tanto, los afiliados se mantienen en la sala de emergencias.
- b. Estratificación de la determinación adversa (Razón específica de la Determinación Clínica Adversas):

A continuación, algunas razones para determinaciones clínicas adversas, pero no limitadas a:

- i. Visitas del médico no completadas o no documentadas en el expediente médico, después de 24 horas a partir del día de la auditoría.
- ii. El expediente médico no refleja la documentación clínica relevante a la severidad en condición y la intensidad del tratamiento.
- iii. No proporcionar un nivel de cuidado adecuado o el nivel de cuidado no es el apropiado basado en las guías de cuidado médicas aprobadas por MMM Holdings, LLC.

9. Es responsabilidad del proveedor completar el proceso de discusión de casos en o antes de los diez (10) días de calendario. El auditor clínico completará el proceso de revisión y entregará al proveedor la carta y/o reporte de notificación final que indica los días aprobados o denegados a la fecha del cierre del expediente.
10. Si el proveedor no presenta evidencia clínica en los diez (10) días de calendario que justifique la estadía y nivel de cuidado, prevalecerá la determinación adversa de días o ajuste de nivel.
11. El auditor clínico referirá todo cuestionamiento clínico al AIMD a través del sistema electrónico de InHealth Management, LLC. El AIMD aplicará su criterio clínico utilizando como referencia las guías de cuidado clínico establecidos por la compañía para su determinación final.
12. Si el proceso de notificar la desviación y/o discusión de caso no se lleva a cabo entre el auditor clínico, institución o el proveedor médico donde no se evidencie la documentación que justifique la estadía y/o el nivel de cuidado prevalecerá la determinación adversa o ajuste de nivel.
13. El auditor clínico completará el proceso de revisión del caso y entregará al proveedor la carta de notificación final o un reporte con el resumen de los casos completados indicando los días aprobados o determinados adversamente a la fecha del cierre del expediente.
14. El proceso de notificación y discusión de desviaciones identificadas en estos expedientes no procederá en los **casos evaluados retrospectivamente**.

11.15 Política de Cierre de Casos con Alta Médica

1. El proveedor presentará los casos con alta médica al auditor clínico para el cierre del caso en un período no mayor de noventa (90) días de calendario a partir de la fecha del alta.
2. Este proceso podrá estar sujeto a acuerdos contractuales vigentes y escritos entre ambas partes (InHealth Management, LLC y la institución contratada) al momento de la prestación de los servicios.
3. El auditor clínico entregará por escrito al proveedor la notificación de días autorizados, días en no cumplimiento o ajustados por nivel de cuidado.
4. Si el proveedor hospitalario no presenta al auditor clínico los expedientes de los casos con alta médica en o antes de los noventa (90) días de calendario a la fecha de alta, el caso será cerrado administrativamente por determinación adversa.

11.16 Política de Evaluación Concurrente de Casos Admitidos con Estadía

Prolongada en Sala de Emergencias

1. Este proceso se aplicará solo a proveedores cuyo contrato con MSO establezca contratación de servicios de Sala de Emergencia.
2. Se aplicarán criterios de evaluación y políticas vigentes del departamento de revisión y utilización intrahospitalaria de InHealth Management, LLC, políticas de notificación de desviación, política de casos retrospectivos y políticas de notificación de días en no cumplimiento o ajustes de nivel de cuidado.
3. El auditor clínico aplicará alcance de las cláusulas contractuales de la prestación de los

servicios médicos al paciente. La aprobación o determinación adversa de servicios por no cumplir con los criterios establecidos en Sala de Emergencia, ajustes de nivel de cuidado o visitas médicas de subespecialista estará sujeto a la prestación de los servicios según la necesidad clínica del paciente.

4. Las facilidades hospitalarias con contrato con el MSO de tipo *Perdiem* que no tengan contrato de Sala de Emergencia o acuerdos contractuales escritos y vigentes a la prestación de servicios médicos los días en 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 determinación adversa por razón administrativa contractual.
5. El proveedor sin contrato Sala de Emergencia tendrá hasta las 11:59 p.m. del día de admisión médica para transferir el caso admitido al nivel de cuidado ordenado para que no sea señalado como determinación adversa administrativa contractual.
6. Las admisiones con estadías prolongadas en sala de emergencias no podrán exceder el tiempo estipulado según el contrato. Los días en exceso serán señalados como como determinación adversa administrativa contractual.

11.17 Política de notificación de consultas médicas: especialistas o subespecialistas

1. 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.
2. 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 determinación adversa por razón administrativa al hospital.

3. Este proceso podrá estar sujeto 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

1. Se define el evento centinela, HAC o SRE, como todo evento clínico prevenible que ocurra durante una hospitalización y que no haya sido identificado como condición presente al momento de admisión (POA), o que haya sido adquirido en el hospital según establecido por el Manual de CMS y ASES.
2. Se generará un mecanismo para la prevención de pago por los días y servicios de hospitalización incurridos por estos eventos prevenibles.
3. El proveedor hospitalario permitirá el acceso a los expedientes clínicos para la investigación de cualquier evento centinela, HAC o SRE, dentro de los primeros cinco (5) días laborables de ocurrido el evento para permitir al plan responder dentro de los diez (10) días establecidos por CMS y ASES. El evento también será comunicado al auditor clínico de InHealth Management, LLC por parte del proveedor.
4. El proveedor hospitalario estará disponible para atender a un representante de InHealth Management, LLC y/o MMM Holdings, LLC de ser necesario en la discusión del caso y señalamientos.
5. Los casos de eventos centinelas o *Serious Reportable Adverse Events* serán evaluados en toda revisión concurrente y retrospectiva.

6. Para más información sobre la regulación de eventos centinelas, POAs, HAC o SRAE, por favor acceda a la siguiente dirección, donde encontrará además la lista actualizada de las condiciones consideradas como SRAE: <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/HospitalAcqCond>
7. MSO se reserva el derecho a implementar la política de eventos centinelas, HACs o SRAE, según regulaciones o nuevos cambios de CMS

11.19 Política de Reporte de Condiciones Especiales Diagnosticadas en Hospital

- Se define como condición especial a toda aquella condición crónica o congénita que requiera atención médica especializada, según definida por el Plan de Salud del Gobierno - Vital (ver lista) que haya sido diagnosticada dentro del período de admisión intrahospitalaria.
- El proveedor hospitalario permitirá al auditor clínico el acceso al expediente clínico, datos relevantes y otros estudios que avalen y certifiquen el diagnóstico de dicha condición para permitir al plan reportar al PCP y ASES.
- El PCP o especialista procederá a solicitar la cubierta especial a ASES que le corresponda al beneficiario según fuera necesario.
- Los casos con condiciones especiales serán evaluados por los auditores clínicos en toda revisión de manera concurrente y retrospectiva, según aplique.
- Lista de condiciones especiales:

- Adultos con fenilcetonuria
- Anemia aplásica
- Artritis reumatoide
- Autismo
- Cáncer
- Escleroderma
- Esclerosis múltiple
- Esclerosis Amiotrófica Lateral (ALS, por sus siglas en inglés)
- Fibrosis quística
- Hipertensión pulmonar
- Hemofilia
- Lepra
- Lupus
- Fallo renal crónico (estadio 3,4 y5)
- Niños con condiciones especiales
- Obstetricia
- Post trasplante de órganos
- Tuberculosis
- Hepatitis C
- CHF-Etapas III y IV
- Sordera en neonatos
- Discinesia Ciliar Primaria (PCP, por sus siglas en inglés)

- VIH/SIDA

11.20 Política de consultas y procedimientos de estudios de servicios para médicos no participantes

1. MMM Vital debe recibir de los proveedores no participantes una solicitud de autorización para todos los componentes profesionales y el componente técnico del procedimiento solo si el procedimiento se elimina del contrato de *per diem*, capitados, etc. En los casos del hospital para servicios, estudios, consultas y procedimientos clínicamente indicados para los beneficiarios, MMM Vital debe administrar, revisar, tomar una decisión clínica e informar la decisión a los proveedores no participantes de manera oportuna para asegurar que todas las solicitudes estén siendo coordinadas y realizadas, asegurando así el bienestar del afiliado.
2. El proveedor no participante o la instalación hospitalaria debe enviar por fax al 787-999-1744 la solicitud de autorización antes de proporcionar los servicios, excepto cuando el servicio se considera una emergencia. Debe incluir al menos órdenes médicas, diagnósticos, códigos de procedimientos, información demográfica del paciente, instalación donde se realizará el procedimiento o se proporcionará el servicio, información de contacto del proveedor que solicita, NPI y el número de fax a donde se debe enviar el documento de autorización o determinación adversa de servicios.
3. Los coordinadores del departamento de *Inpatient* deben enviar inmediatamente los documentos recibidos al auditor clínico, supervisor de utilización médica y al AIMD

asignados al hospital.

4. El AIMD debe tomar la decisión dentro de veinticuatro (24) horas basándose únicamente en criterios clínicos. En los casos en que hay un médico contratado que puede realizar tales servicios o procedimientos, el AIMD puede recomendar un cambio a un proveedor contratado.
5. El coordinador del departamento de *Inpatient* debe generar a través del sistema electrónico una comunicación oficial inmediata al proveedor solicitante.
6. Los proveedores pueden hacer una apelación expedita para una decisión adversa siguiendo los días de calendario y procesos establecidos por InHealth Management, LLC.
7. Los proveedores deben enviar la autorización por escrito al Departamento de Reclamaciones.

12. PROCESO DE CONTRATACIONES Y RED DE PROVEEDORES

12.1 Sanciones o Multas Aplicables en Caso de Incumplimiento

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

Nuestro Departamento de Credenciales verifica qué proveedores están excluidos, así como el listado de proveedores que optan por estar fuera de Medicaid/Medicare, mensualmente; imprime y archiva copia de los informes disponibles en los siguientes enlaces:

http://oig.hhs.gov/fraud/exclusions/supplement_archive.asp

http://medicare.fcso.com/Opt_out/

Si el Departamento de Credenciales tiene conocimiento o identifica algún proveedor excluido o que se ha salido de Medicare/Medicaid, el coordinador de credenciales notifica inmediatamente al Departamento de Manejo de la Red para el debido proceso de cancelación de ese proveedor en la red del Plan Vital. Las razones específicas para considerar la exclusión de un proveedor son las siguientes:

- 1001.201 - Convicción relativa a fraude en un programa o al sistema de atención médica.
- 1001.301 - Convicción relativa a la obstrucción de una investigación.
- 1001.401 - Convicción respecto a 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 - Reclamaciones excesivas o suministro de artículos y servicios innecesarios o de calidad inferior.
- 1001.801- Fallo de las HMO (Health Maintenance Organization) y CMP (Civil Monetary Penalties) al recetar artículos y servicios médicamente necesarios.

- 1001.901 – Reclamaciones falsas o indebidas.
- 1001.951 – Fraude, sobornos y otras actividades prohibidas.
- 1001.952 – Excepciones
- 1001.1001-Exclusión de entidades de propiedad o controladas por una persona sancionada.
- 1001.1051 - Exclusión de los individuos que son propietarios o tienen interés de controlar 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 – Fallar en el pago de préstamos o becas de educación.
- 1001.1601 - Violaciones a las limitaciones de cargos del médico.
- 1001.1701 - Facturar por servicios de asistente de cirugía en operaciones de cataratas.

MMM Multihealth no hará pagos a un proveedor que ha sido excluido a base de sanciones de Medicare, Medicaid o CHIP existentes, con excepción de servicios de emergencia.

12.2 Calificaciones de los proveedores

Proveedores de la red de VITAL a quienes los beneficiarios podrán acceder sin ningún requisito de referido o preautorización y prestar los servicios a VITAL a los beneficiarios sin imponer copagos, y cumplen con los requisitos de la red que se describen en el Artículo 9 de este

documento. VITAL 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.

Calificaciones y Categorías de los Proveedores

Médico primario, especialistas y ancilares	
Médicos	<p>1. Una persona con licencia para ejercer como doctor(a) en medicina en Puerto Rico, ya sea como PCP o en el área de especialidad en la que él o ella proveerá servicios médicos a través de un contrato con VITAL; es un proveedor inscrito en el Programa Medicaid Puerto Rico, y 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicina General • Medicina Interna • Geriatría • Medicina Familiar • Pediatría <p>2. Otras especialidades consideradas Medicina Primaria en circunstancias especiales, son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obstetricia y Ginecología • Hematología • Nefrología
Ancilares	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de Salud Federal Certificados (FQHC) • Hospital • Clínica de Salud Rural (RHC) • Instalaciones no hospitalarias • Escuelas de medicina

Médico primario, especialistas y ancilares	
	<ul style="list-style-type: none"> • Facilidad de desintoxicación • Centro de intervención a corto plazo • Instalaciones de rayos X • Laboratorios clínicos • Proveedores y facilidades para servicios de salud mental • Proveedores de servicios especializados • Centros de urgencias y salas de emergencia • 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.
Especialistas	<ul style="list-style-type: none"> • Oftalmólogos • Radiólogos • Endocrinólogos • Nefrólogos • Neumólogos • Otorrinolaringólogos • Cardiólogos • Urólogos • Gastroenterólogos • Reumatólogos • Dermatólogos • Oncólogos • Neurólogos • Especialistas en Enfermedades Infecciosas • Ortopedas

Médico primario, especialistas y ancilares	
	<ul style="list-style-type: none"> • Fisiatras (Medicina Física y Rehabilitación) • Cirujanos generales • Podiatras
Aliados de la Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Optómetras • Quiroprácticos • Patólogos del Habla • Nutricionistas • Terapistas físicos
Proveedores de salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Psiquiatras • Psicólogos Clínicos o consejeros • Trabajadores Sociales • Consejeros de adicción certificados • Facilidades de salud conductual

12.3 Red de Proveedores Preferidos

La Red de Proveedores Preferidos (PPN o Preferred Provider Network, por sus siglas en inglés) se refiere a un grupo de proveedores contratados para que los beneficiarios de VITAL 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 de servicios a los beneficiarios de VITAL. El objetivo del Modelo de PPN es aumentar el acceso a los proveedores, mejorar la calidad de atención para los beneficiarios, mejorar la continuidad de la atención, y facilitar el intercambio efectivo de

información personal de salud entre los proveedores y MMM Multihealth. El PPN se puede dividir en dos categorías:

1. Un PPN General contratado por MMM Multihealth, disponible para todos los beneficiarios inscritos.
2. Un PPN más limitado, contratado directamente a través de un Grupo de Médicos Primarios (GMP). Esta red puede ser accedida si el beneficiario escoge un médico primario de este grupo médico.

Se le permitirá al beneficiario recibir servicios de todos los proveedores que se encuentran dentro de la Red de Proveedores Preferidos sin referido de su PCP. Además, todo beneficiario que reciba una receta de un proveedor de la Red Preferida puede ordenar la misma en la farmacia sin necesidad de tener la firma de su médico primario.

Algunos beneficiarios podrían notar que su GMP tiene su propia Red Preferida, aparte de la Red Preferida general. Ellos pueden acceder a estos proveedores sin necesidad de un referido de su PCP, así como obtener una receta sin tener que pedir la firma de su PCP. Los proveedores de la Red Preferida del GMP pueden estar localizados en instalaciones del GMP.

A través del modelo PPN, MMM Multihealth deberá mejorar el acceso al cuidado de salud de los beneficiarios, mientras mejora la calidad de servicio de manera costo-efectiva. VITAL es un programa integrado que incluye ambos: servicios de salud física y mental, y también debe explicar los conceptos de Grupo Médico Primario y de la Red Preferida de Proveedores. 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 están incluidos en la red general o en la red preferida de su grupo médico primario.

12.4 Credenciales del proveedor

A. Inscripción en el Programa Medicaid-Puerto Rico:

Según el requisito de contrato de ASES (Administración de Seguros de Salud), MSO necesita verificar que todos los proveedores de la red para el Plan de Salud Vital sean proveedores inscritos en Medicaid de acuerdo con el requisito de divulgación, evaluación e inscripción del proveedor que requiere el 42 CFR parte 455, subpartes B y E, según fue incorporado en 42 CFR 438.608 (b). Si por alguna razón, el proveedor solicitante no está inscrito como Proveedor de Medicaid, el Departamento de Credenciales de MSO no puede comenzar con el proceso de credencialización. El proveedor debe asegurarse primeramente de 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 un listado de proveedores que han solicitado y que han sido aprobados semanalmente. Nosotros utilizaremos este listado 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 su registro en Medicaid con el estado cada 5 años.

B. Requisitos para la credencialización y recredencialización:

1. Se les requiere credencialización a:

Todos los médicos que proveen servicios a los beneficiarios de MMM Multihealth y los demás tipos de proveedores que brindan servicios a los beneficiarios de MMM Multihealth, y todos los otros tipos de proveedores que tienen permiso para ejercer de forma independiente bajo las leyes de Puerto Rico incluyendo, pero no limitado a: hospitales, centros de rayos X, laboratorios clínicos, y centros de servicios ambulatorios.

2. No se les requiere credencialización a:

Aquellos proveedores que bajo ciertas circunstancias brindan servicios bajo la supervisión directa de un médico autorizado, los proveedores de facultad de hospitales que proveen servicios a los beneficiarios, categorizados como incidentes de servicios hospitalarios.

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

1. Cumplir primeramente con el requisito de la inscripción a través de la Administración de Seguros de Salud (ASES) y del programa Medicaid acorde al mandato de las leyes estatales y federales.
2. Enviar al Departamento de Manejo de la Red una aplicación inicial completa junto a todas las credenciales de su profesión para el proceso de evaluación y determinación de ingreso en la red. Una aplicación completa se compone de documentos vigentes y se define con las siguientes credenciales:
 - Formulario de solicitud firmado electrónicamente por proveedor solicitante

- Evidencia de inscripción al programa Medicaid
- Certificado DEA (*Drug Enforcement Administration*)
- Seguro de impericia médica
- Certificado Sustancias Controladas Estatal (ASSMCA).
- Licencia expedida por el Departamento de Salud de Puerto Rico.

Además a estos documentos, debe enviar los demás requisitos según su especialidad, indicados en la sección de Solicitudes en la página web de MSO of PR, [Solicitudes | MSO \(mso-pr.com\)](https://www.mso-pr.com)

3. Los profesionales / proveedores no se incluirán en la red hasta que se complete el proceso de acreditación.

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

1. Las necesidades de los beneficiarios, incluida la accesibilidad y disponibilidad.
2. Las necesidades de la red.
3. El cumplimiento con éxito del proceso de credencialización.
4. De ser aprobada la solicitud por el Departamento de Manejo de la Red y de recibirse toda la documentación antes mencionada de manera vigente, MSO podrá dar comienzo a los 45 días calendario establecidos para el proceso de credencialización inicial.
5. Para obtener una determinación del Comité de Credenciales, la solicitud y todos los documentos requeridos deben tener 45 días calendario o menos para la credencialización inicial y 180 días para la recredencialización.

6. Los profesionales de la salud y/o proveedores no serán incluidos como proveedores en la red 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 del plan VITAL.

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

El proceso 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, comprometiéndose a no realizar discriminación durante el proceso de credencialización. El Departamento de Credenciales monitorea las quejas sobre alegaciones de discriminación y presenta sus hallazgos al comité de QIC.

Los reportes de la adecuación de la red se generan anualmente. Después del análisis, podría ponerse en efecto una moratoria sobre contratación específica para una especialidad si no hay necesidad de un proveedor específico en la red. A partir de entonces, la moratoria de nuevos médicos PCP (Generalista (GP), medicina interna (IM) y medicina familiar (FP), geriatras, pediatras y ginecólogos obstetras (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 aprobada por MSO.
2. Un PCP no contratado ofrece servicios en zonas que carecen de los servicios, pero donde se requiere atención por su especialidad.

3. En casos en los que el proveedor recibe, hereda o compra una práctica de un médico que se retirará y que es actualmente miembro de MSO.

MSO, mediante nuestro Departamento de Credenciales, verifica toda la información para la credencialización y recredencialización a través de llamadas, documentación escrita y de búsqueda en portales de Internet.

El proceso de verificación primaria incluye:

1. Participación en el programa de Medicaid a través de ASES.
2. Una licencia válida y vigente para ejercer en Puerto Rico (Good Standing).
3. Evidencia de la educación profesional.
4. Información del NPDB (*National Practitioner Data Bank*).
5. Cualquier información relacionada con las sanciones y/o limitaciones a la licencia.
6. Cualquier sanción activa de *Opt-Out* por Medicare.
7. Certificado de la DEA (*Drug Enforcement Administration*)
8. Certificado de Sustancias Controladas Estatal (ASSMCA)

MSO o cualquiera de sus proveedores en la red no contratará, o empleará a cualquier individuo que haya sido excluido de participar en los programas federales y estatales.

MSO recredencializará a los proveedores en o antes de treinta y seis (36) meses del ciclo de recredencialización según establecen el contrato y las guías de CMS.

Se le notificará al proveedor cuando la verificación de fuente primaria no se haya recibido después de 15 días de la recepción de la solicitud. Un proveedor no será credencializado después de cuarenta y cinco (45) días. Se le enviará una carta al proveedor para notificar la decisión de cerrar el proceso y se le exhortará en volver a presentar otra solicitud.

El proveedor tendrá el derecho de revisar la información de su expediente de credenciales, con la excepción del reporte de NPDB, que es solicitado por MSO como verificación primaria de apoyo a la credencialización y/o recredencialización del proveedor.

De ser peticionado, todos los proveedores tendrán el derecho a ser informados sobre el estatus de su credencialización y/o recredencialización. Todos los proveedores reciben una notificación de estos derechos a través de la solicitud 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 elementos de la documentación en proceso de credencialización deben estar en cumplimiento dentro de los 45 días para credencialización inicial y 180 días en proceso de recredencialización requeridos en el momento de la 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 las verificaciones primarias requeridas, historial de negligencias registro de sanciones, 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 con procesos disciplinarios se revisan tanto para la credencialización como para la recredencialización.

Se toman en cuenta resultados de visitas a localidades en caso de PCP con 10 vidas o más, o psiquiatras con más de 3 reclamaciones en los últimos 12 meses. Cuando sea aplicable, médicos

con menos de 10 vidas o 3 reclamaciones serán excluidos y se incluirá una carta acerca de esta exclusión en el archivo de su recredencialización.

Los resultados e indicadores de calidad se consideran para todos los proveedores de la red cuando el Departamento de Calidad presenta hallazgos como resultado de los referidos recibidos del Departamento de Apelaciones y Querellas.

Las solicitudes 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 todas las respuestas afirmativas en el formulario de credencialización, relacionadas con los problemas de salud que pueden mostrar que el solicitante es física o psicológicamente incapaz de realizar las funciones esenciales del puesto con o sin acomodo, y demandas por negligencia que resultan 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. Todos los proveedores que solicitan evaluación de nuestro comité de credenciales reciben una notificación escrita dentro de 5 días calendarios posterior a la fecha en la que se otorgó la determinación en el comité de credenciales.

12.6 Educación y Capacitación de Proveedores

El Departamento de Educación al Proveedor es responsable de proporcionar orientación inicial (mediante MSO University) a los nuevos proveedores contratados. Además, es responsable de ofrecer veinte (20) horas de crédito de educación continua, divididas en cinco (5) horas por

trimestre a nuestros proveedores del Plan Vital. Esta educación continua se proveerá en conjunto con las demás aseguradoras contratadas para el Plan Vital.

Utilizamos diversas metodologías cuando brindamos sesiones de capacitación para proveedores, incluidas sesiones en la web, talleres grupales, educación individualizada cara a cara, comunicaciones, boletines, revistas, módulos educativos y visitas a grupos médicos primarios y proveedores.

El departamento también documenta la participación del proveedor en la educación continua a la ASES para demostrar que los requisitos de educación y capacitación del proveedor se han cumplido.

12.7 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, 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 que pueden delegarse son la 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 grupo o entidad delegada con MSO, así como la capacidad de dicho grupo

o entidad para realizar la función.

Aunque 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 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 del 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. Los acuerdos contractuales deben contener disposiciones para la cancelación de las actividades de la delegación en los casos en que el delegado no ha cumplido satisfactoriamente.
4. Hay que especificar que el desempeño de las partes es supervisado por 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 Supervisión para la 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 de MSO llevará a cabo auditorías presenciales o en vivo a través de Webinar (*or live through Webinar*) para evaluar las actividades realizadas por las entidades delegadas.
3. Las auditorías presenciales y/o virtuales (*the on-site and/or web-based audits*) se llevarán a cabo conforme a las políticas y procedimientos de MSO y el Plan de Salud, acuerdos contractuales y requisitos regulatorios.
4. Los resultados de la auditoría serán reportados al Comité de Delegación del Plan de Salud.
5. MSO of Puerto Rico requiere acuerdos contractuales entre ambas partes por escrito antes de la delegación.
6. MSO of Puerto Rico 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 of Puerto Rico utiliza herramientas de auditoría para evaluar y asegurar que la entidad cumpla con los requisitos regulatorios.
8. MSO of Puerto Rico requiere que toda entidad que no cumpla con los requisitos establecidos someta un plan de acción correctiva. Un plan de acción correctiva 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, MSO se reserva el derecho de tomar las acciones finales que pueden incluir, pero no están limitadas a:

- a. Penalidades monetarias.
- b. Cancelación de la delegación en su totalidad o en parte de las funciones delegadas.
- c. Terminación de contrato.

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

Si usted es un proveedor que pertenece a una de nuestras entidades delegadas puede que alguno de los procesos descritos en este manual cambie. Es por esto, que le sugerimos a que se refiera a los procedimientos de su entidad.

12.8 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. Sólo el personal autorizado por MSO tiene acceso a estos documentos.

12.9 Proceso de reinstalación

MSO no tiene un proceso de reinstalación. Cuando 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.

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 Credentialing Standards (2010)

12.10 Definiciones:

1. **Médico de Cuidado Primario (PCP)** – Doctor(a) en medicina o en osteopatía. Los médicos de cuidado primario del plan se limitan a médico generalista, internista, pediatra, ginecólogo obstetra y medicina familiar. El PCP posee habilidades y conocimientos que le califican para proveer atención integral médica, mantenimiento de la salud y los servicios de prevención para sus pacientes.
2. **Médico especialista** – Doctor(a) en 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. **Especialista de salud mental** – Psicólogo con doctorado y/o nivel de maestría, que está certificado o con licencia del estado, trabajador social clínico con maestría para la(s) red(es) aplicable(s) que están certificados o con licencia del estado, especialista en enfermería clínica con maestría o enfermeras(os) de psiquiatría certificadas(os) por el estado y con licencia del estado; especialista de medicina de la adicción 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 abarcan un amplio campo de conocimiento y práctica.

4. **Quiropráctico** - Doctor en quiropráctica que brinda atención de afecciones musculoesqueléticas mediante la manipulación como una intervención primaria que incluye articulaciones de la columna vertebral y el sistema neuro-musculoesquelético.
5. **Podiatra** – Doctor en Medicina Podiátrica que diagnostica y trata, quirúrgicamente, dolencias de los pies, y las estructuras anatómicas de la pierna que regulan las funciones de los pies. Además, administra y prescribe medicamentos.
6. **Especialista dental** - Doctor en cirugía dental y doctor en medicina dental que brinda servicios especializados de atención dental, incluyendo anestesiólogos dentales, patólogos orales y maxilofaciales, cirujanos maxilofaciales orales, radiólogos maxilofaciales orales y ortodoncistas.
7. **Fisioterapeuta** - Profesional con nivel de maestría certificado por el estado o con licencia del estado, calificado para administrar terapia física general, y que puede ser contratado como profesional independiente en la práctica privada, hospitales, centros de rehabilitación, centros geriátricos, centros de medicina deportiva, programas de promoción de la salud, la práctica privada, 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 “limpio” de credenciales** - Una aplicación completa de credenciales donde los proveedores cumplieron con todos los criterios específicos, incluyendo el no tener antecedentes de negligencia, acción o sanción disciplinaria u otra información negativa obtenida durante el proceso de verificación; además, donde sea aplicable, una calificación aprobatoria como resultado de una visita a su localidad.
9. **La Regla de los 180 días** – Cuando se presenta el expediente de recredencialización del proveedor al Comité de Credenciales, la solicitud debe procesarse en o antes de seis meses.

12.11 Procedimientos

El Departamento de Credenciales se comunica con el proveedor aprobado en el Comité de Evaluación. Si en esa comunicación el proveedor informa cambios en la especialidad dentro de los 45 días del proceso de credencialización, el proveedor es orientado para que someta una solicitud nueva con este cambio en especialidad.

El expediente completo con todas las verificaciones primarias y los requisitos de CMS incluye una solicitud completa, firmada y fechada por el profesional, e incluye, pero no se limita a las razones de cualquier imposibilidad de realizar las funciones esenciales de la posición, con o sin acomodo, afirmación de la ausencia del uso 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 de 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 un seguro adecuado por negligencia (\$100.000/\$300.000) sobre la solicitud del profesional o copia del certificado, la evidencia de NPI (la solicitud del proveedor sirve como

certificado) resultados de la consulta, una copia de la consulta a la Oficina del Inspector General (OIG) y a la Administración de Servicios Generales (GSA) con sus resultados, la documentación de Medicare Opt Out y estatus de sanciones en el Formulario de Verificación (Anejo B), una copia de los resultados de verificación primaria de educación y certificaciones, certificación de privilegios clínicos en el hospital (la solicitud del proveedor sirve como certificado), certificado negativo de antecedentes penales, una copia del permiso de la DEA, informe de los resultados de la consulta de la NPDB y HIPDB, los resultados de la consulta sobre 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 inactividad, formulario de aceptación/rechazo del proveedor y listado de verificación de credenciales.

Las listas de exclusión de OIG (Oficina del Inspector General) /GSA (Administración de Servicios Generales por sus siglas en inglés) /Medicare se revisan para identificar a todos los proveedores excluidos por alguna de las siguientes razones:

1. Una condena relacionada con fraude al programa o la prestación de servicios de salud.
2. Convicción relacionada con sustancias controladas.
3. Revocación o suspensión de licencia.
4. Exclusión o suspensión bajo un programa federal o estatal de salud.
5. Reclamaciones excesivas o por proporcionar servicios o artículos innecesarios o de calidad inferior.
6. Incumplimiento de las HMO (*Health Maintenance Organization*) y CMP (*Civil Money Penalty*) en proveer artículos y servicios médicos necesarios.
7. Reclamaciones falsas o incorrectas.

8. Fraude, sobornos y otras actividades prohibidas.
9. Exclusión de las entidades de propiedad o controladas por una persona sancionada.
10. Exclusión de las personas con interés de propiedad o de control en entidades sancionadas.
11. Convicción relacionada con la obstrucción de una investigación.
12. Falta de información de pago.
13. Fallar en proveer acceso de inmediato.
14. Violaciones de acción correctiva de PPS.
15. Falta de pago de préstamos estudiantiles o compromisos relacionados con becas.
16. Violaciones a las limitaciones en cargos médicos.
17. Facturación por servicios de asistente de cirugía durante operaciones de cataratas.

Si toda la documentación está completa según los requisitos de ASES (Administración de Seguros de Salud) /CMS (*Centers for Medicare and Medicaid Services*) y toda verificación de fuente primaria según la política establecida, el Departamento de Credenciales presentará la solicitud de credencialización al Comité de Credenciales para su debida aprobación. Todos los solicitantes reciben notificación de la determinación dentro de dos días calendario, de parte del Comité de Credenciales. Si es denegado en comité, de igual modo se envía notificación al proveedor para notificar el motivo del rechazo. Para apelar, el proveedor deberá presentar una solicitud de apelación por escrito dentro de 30 días a partir de la fecha de la carta de rechazo del comité de credenciales.

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

12.12 Desarrollo del Plan de Integridad del Programa

El expediente completo con todas las verificaciones primarias y los requisitos de CMS incluye una solicitud completa firmada y fechada por el profesional, e incluye, pero no se limita a las preguntas de Conflicto de Interés que forman parte de la solicitud. Es requisito que el proveedor complete las preguntas de Conflicto de Interés para informar de todas las personas que tienen una participación (directa o indirecta) de 5 por ciento o más en un suplidor, solamente si el suplidor o proveedor solicitante es una corporación (con o sin fines de lucro), funcionarios y directores del proveedor/solicitante, todos los empleados administrativos del proveedor/solicitante (incluyendo personal secretarial, de recepción, entre otros), toda persona con control administrativo, todo individuo con un interés de sociedad en el proveedor/solicitante, independientemente del porcentaje de la propiedad que tenga el socio y/o funcionarios delegados autorizados. En el caso de las organizaciones, se requiere que brinden un informe de Corporaciones (con o sin fines de lucro), asociaciones y sociedades de responsabilidad limitada, organizaciones benéficas y/o religiosas, y organizaciones gubernamentales y/o tribales.

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

Esta validación se aplica para todas las credencializaciones y recredencializaciones de los profesionales o personal en la organización de proveedores. Como seguimiento continuo, las exclusiones mensuales de la OIG y el listado 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.

Referencias regulatorias

- a. 42 CFR §55.104
- b. 42 CFR §55.105
- c. 42 CFR §55.106

12.13 Monitoreo de licencias y credenciales

MSO tiene unas políticas establecidas para realizar un monitoreo continuo de la licencia y las credenciales para la red de proveedores participantes del Plan VITAL. Las credenciales se actualizan anualmente y constan, como mínimo, de los siguientes documentos: Licencia emitida por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico (JLDMPR) y/o Certificación emitida por la Secretaría Auxiliar para Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud (SARAFS), certificación emitida por la Administración para el Control de Drogas (DEA), seguro de impericia médica y certificado de registro emitido por el Departamento de Salud y su Oficina de Investigaciones de acuerdo a la Ley de Sustancias Controladas (ASSMCA). El objetivo de esta medida es garantizar que los proveedores de la red del MSO cumplan con las reglamentaciones estatales y federales.

El proceso de monitoreo continuo de licencias y credenciales es un proceso alterno de calidad y no sustituye al proceso de credencialización y recredencialización. Todos los proveedores participantes deberán asegurarse de mantener actualizadas sus 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 expiración de estas. El envío de las credenciales puede ser enviado a nosotros de las siguientes maneras:

Para	Correo Regular	Departamento de Credenciales PO Box 71500 San Juan, P.R. 00936-8014	MSO y el
	Correo electrónico	<u>CredentialingUpdates@mso-pr.com</u>	

Departamento de Credenciales es esencial cumplir con todas las regulaciones de ASES y CMS. No cumplir con estos requisitos podría ser causa de cancelación de contrato para proveedores participantes.

12.14 Portal de Registro de Proveedores (PEP)

Como parte del cumplimiento con las disposiciones del *Affordable Care Act* of 2010 (ACA), establece que las agencias estatales de Medicaid deben registrarse en *Medicaid Management Information System* (MMIS). A partir de abril de 2020, el programa de Medicaid de Puerto Rico (PRMP, por sus siglas en inglés) requerirá que todo proveedor que preste servicios de salud a la población de Medicaid deberá registrarse en el Portal de Registro de Proveedores (PEP, por sus siglas en inglés). Este requisito aplica a todo proveedor que brinde, facture, ordene, refiera, y/o prescriba cualquier servicio de salud a un beneficiario de Medicaid bajo Plan de Salud Vital y/o Medicare Advantage Platino. Para poder acceder visite el siguiente enlace, <https://www.medicaid.pr.gov/>.

A. ¿Qué puede suceder si no me registro o no registro todas mis localidades en el Portal de Medicaid PEP?

Como parte de la siguiente fase del Registro de Proveedores en el Portal de Medicaid (PEP), las siguientes reglas para la Facturación de Servicios Aplicarán Efectivo el 1ro de agosto de 2021:

1. Si el proveedor enviara apelación o disputa por denegación del servicio por falta de registro en Medicaid, y en efecto no ha obtenido el Medicaid ID, la factura permanecería denegada ya que el registro es compulsorio según la ley federal del *Affordable Care Act 2010*.
2. Si el proveedor se registra posteriormente, su elegibilidad con Medicaid solo aplicará a 90 días retroactivos a la fecha de registro por lo que, solo en el caso de excepciones establecidas por Medicaid, se podrá reprocesar la factura para pago, siempre y cuando cumpla con las reglas de facturación correspondientes.
3. Si quien rinde el servicio (*Rendering Provider*), no es el mismo que factura (*Billing Provider*), la factura debe incluir el *Rendering NPI* y el *Billing NPI*, y ambos proveedores deben estar registrados y aprobados en el PEP. Si el *Billing Provider* está registrado y el *Rendering Provider* no, o viceversa, el pago de la reclamación pudiera verse afectado.
4. Medicaid asigna un número único por localidad y por tipo de registro, por lo que la reclamación debe identificar la localidad donde se brindó el servicio. Si no registró la localidad donde rinde servicio al momento de facturar, el pago de la reclamación pudiera verse afectado.

5. Para Medicaid identificar que la localidad de servicio está registrada, requiere que la reclamación incluya el NPI del *Billing Provider*, la taxonomía y el ZipCode+4. En los casos en que aplique entrar el *Rendering*, requiere se incluya el *Rendering NPI*, taxonomía, y el ZipCode+4 de este proveedor.
6. (Campo) *Billing Provider Address*: Si el proveedor que rinde el servicio es el mismo proveedor que factura, debe reportar en este campo de la reclamación la localidad que registró en el PEP (loop 2010AA segmento N3 y N4) con su Zip Code +4. No puede entrar un P.O. Box en este campo. Si necesita reportar un P.O. Box, use el campo de *Pay-To Address*.

CAMPO	LOOP	SEGMENT	NOMBRE DEL CAMPO	NOTAS
93	2010AA	N403	<i>Billing Provider Postal Zone or Zip Code</i>	Entre el Código zip+4 que corresponde a la dirección física registrada en el PEP. Favor no entrar el sufijo 9998 predeterminado
83	2000A	PRV03	<i>Provider Taxonomy Code</i>	Entre el código de Taxonomía registrado en el PEP.

1. (Campo) *Service Facility Location Address*: Si el proveedor que rinde el servicio es distinto al proveedor que factura, reporte en este campo de la reclamación (loop 2310C segmento N3 y N4) la localidad que registró en el PEP asociada a ese grupo, con su Zip Code +4. No puede entrar un P.O. Box en este campo. Si necesita reportar un P.O. Box, use el campo de *Pay-To Address*.

CAMPO	LOOP	SEGMENT	NOMBRE DEL CAMPO	NOTAS
273	2310C	N4	<i>Service Facility Location City, State, Zip Code</i>	Entre el Código ZIP+4 que corresponde a la dirección física registrada en el PEP. Favor no entrar el sufijo 9998 predeterminado
265	2310B	PRV03	<i>Provider Taxonomy Code</i>	<i>Rendering Provider Taxonomy Code that is used for claims submitted with NPI.</i>

13. RESPONSABILIDADES, DEBERES Y OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR

Tipo de proveedor	Explicación
Servicios de los médicos primarios	<ol style="list-style-type: none"> 1) Proporcionar los exámenes físicos a los beneficiarios con 21 años 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. 2) Efectuar exámenes médicos rutinarios para menores de 21 años.

- 3) 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.
- 4) Proporcionar los servicios cubiertos dentro de los próximos 14 días calendarios posterior a la solicitud de servicio.
- 5) 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.
- 6) 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).

- 7) Establecer un calendario de servicio de cuidado primario o consultas. Estos pueden ser de lunes a sábado de 8:00 am a 6:00 p.m. 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
- 8) 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.
- 9) 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.
- 10) Coordinar las citas médicas primarias para los pacientes externos con condiciones de urgencia dentro de 24 horas.
- 11) Ofrecer a los beneficiarios de VITAL 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 VITAL.

12) Ofrecer un trato equitativo para los beneficiarios de VITAL 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 VITAL.

13) Conforme a lo establecido en el contrato, el proveedor tiene prohibido negar los servicios médicos necesarios a los beneficiarios de VITAL.

14) 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.

15) 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, Subpartes A, C y E.

16) Establecer el pleno cumplimiento de los términos de colocación y colocación inversa.

17) Apelar la denegación de unos servicios de cuidado de salud médico a favor del beneficiario. VITAL no tomará ninguna acción punitiva contra el proveedor que está sometiendo una queja, apelación o una Ley de Audiencia Administrativa en representación de un beneficiario.

BENEFICIARIOS CON PRUEBA DE HEPATITIS C POSITIVO

1. MMM Multihealth solicitará a los proveedores primarios, realizar la prueba de cernimiento para hepatitis C, al menos una vez en la vida para todos los adultos de 18 años en adelante y a las embarazadas durante cada embarazo.
2. También, realizará las pruebas regulares en personas con factores de riesgo, incluyendo usuarios de drogas inyectables.
3. La codificación estándar para las pruebas de cernimiento para hepatitis C, es la siguiente:

Descripción	Código CPT	
HCV Antibody test with reflex Quantitative HCV RNA test	86804	Bill by Laboratory when HCV Antibody Testing result Negative
HCV Antibody Testing	86803	Bill by Laboratory when HCV Antibody Testing result Positive
RNA (qualitative and quantitative)	87522	Bill together with HCV Antibody Testing when positive

4. MMM Multihealth instruirá a sus proveedores contratados bajo el Plan Vital en lo siguiente:
 - a) Identificar los pacientes con diagnóstico HCV confirmado.
 - b) Cuando los proveedores identifiquen los beneficiarios con este diagnóstico, se orientará al beneficiario sobre la importancia de realizarse la prueba.
5. MMM Multihealth establecerá un plan educativo con los proveedores primarios, para comenzar a realizar estas pruebas de cernimiento con agilidad para toda la población de 18 años en adelante.
6. Se les envió a todos los Proveedores del Plan Vital contratados por MSO of Puerto Rico un flujograma (Favor de ver el flujograma en Anejo #2) y un itinerario de eventos (Favor de ver itinerario en Anejo #3) desarrollado por ASES con el propósito de instruirlos de cómo deben dirigir e instruir a los beneficiarios luego de realizarles la prueba de hepatitis C si los resultados fueran positivos.
7. El proveedor primario, ante la sospecha de hepatitis C, debe ordenar lo que se denomina un *"HCV reflex testing"*. Con esta orden de prueba, el laboratorio automáticamente realizará la prueba de HCV RNA en aquellos casos en los que la prueba de anticuerpos resulte positiva, evitando que el beneficiario tenga que repetir su visita al laboratorio y pueda comenzar su tratamiento.

8. De tener un diagnóstico de hepatitis C, el proveedor primario deberá referir al paciente al especialista.
9. Luego de una evaluación individualizada del beneficiario, el proveedor especialista determinará si el beneficiario es candidato para el uso del medicamento por 8 semanas.
10. El proveedor prescribiente deberá enviar la receta y la hoja de solicitud de autorización completada (ver anejo #3) a la organización de salud del paciente, según se indique en su tarjeta del plan médico, con el propósito de adelantar el proceso de aprobación mientras el beneficiario acude a su farmacia.
11. La receta original deberá ser entregada al beneficiario, o enviar la misma electrónicamente a la farmacia, para su despacho. El número de fax de MMM Healthcare es 1-844-997-9950.
12. En caso de contraindicación absoluta a Mavyret, se evaluará la terapia más costo-efectiva bajo el mecanismo de excepción.
13. De igual manera, el beneficiario podrá recibir asistencia a través del programa **“Abbvie Contigo”**.
14. Será responsabilidad del proveedor informarle al beneficiario sobre el beneficio y apoyarle en la inscripción al programa mediante el número telefónico 1-855-266-8446 (8:00 am a 6:00 p.m.). Este programa está diseñado para apoyar al beneficiario durante su tratamiento.

	<p style="text-align: center;">COVID-19</p> <p>1) ASES exhorta a los proveedores médicos, centros de vacunación, facilidades primarias, farmacias, y otras facilidades de salud apropiadas, a que se orienten y se certifiquen como proveedores de la vacuna contra COVID-19. Información completa sobre los requisitos para la certificación y firma del acuerdo con los CDC se encuentra en la siguiente dirección electrónica del Departamento de Salud.</p> <p>http://www.salud.gov.pr/pages/coronavirus.aspx</p>
<p style="text-align: center;">Servicios de Especialistas</p>	<p>1) Proporcionar los servicios al beneficiario dentro de los 30 días calendario después de que el beneficiario presentara su solicitud.</p> <p>2) Asistir al beneficiario de VITAL sin cobrar copagos. El proveedor que es miembro de la Red de Proveedores Preferidos (PPN) prohibirá al especialista cobrar copagos a los beneficiarios de VITAL.</p> <p>3) 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 llegan a su oficina. Este tratamiento prioritario es</p>

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).

- 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.
- 5) Ofrecer a los beneficiarios de VITAL 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 VITAL.
- 6) Ofrecer un trato equitativo para los beneficiarios de VITAL 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 VITAL.

	<p>7) Conforme a lo establecido en el contrato, el proveedor tiene prohibido negar los servicios médicos necesarios a los beneficiarios de VITAL.</p> <p>8) 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.</p> <p>9) 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.</p> <p>10) Apelar el rechazo de unos servicios de cuidado de salud médico a favor del beneficiario. VITAL 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>
<p>Servicios dentales</p>	<p>1) Proporcionar los servicios dentales al beneficiario dentro de los 60 días calendario después de recibir la solicitud.</p>

- 2) Asistir al beneficiario de VITAL sin cobrar copagos. El proveedor que es miembro de la Red de Proveedores Preferidos (PPN) prohibirá al especialista dental cobrar copagos a los beneficiarios de VITAL.
- 3) 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).
- 4) Proveer al paciente los servicios para una condición dental urgente dentro de 24 horas.
- 5) Ofrecer a los beneficiarios del VITAL 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 VITAL.

	<p>6) Conforme a lo establecido en el contrato, el proveedor tiene prohibido negar los servicios médicos necesarios a los beneficiarios de VITAL.</p> <p>7) 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.</p> <p>8) 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, Subpartes A, C y E.</p>
<p>Hospitales y cuartos de emergencia</p>	<p>1) Asegurarse de que los beneficiarios de VITAL 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 VITAL 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.</p>

- 2) Proveer al beneficiario servicios de emergencia, incluyendo al acceso a un nivel de cuidado apropiado dentro de 24 horas de haberse solicitado los servicios.
- 3) Ofrecer a los beneficiarios del VITAL el mismo trato que se les 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 VITAL.
- 4) 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.
- 5) Conforme a lo establecido en el contrato, está prohibido rechazar los servicios médicos necesarios al beneficiario de VITAL.
- 6) 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.
- 7) 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

	<p>y las Normas de Seguridad codificadas en 45 CFR Part 160 y 45 CFR Part 164, Subpart A, C y E.</p>
<p>Servicios de Cuidado Urgente</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) 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. 2) Ofrecer a los beneficiarios del VITAL 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 VITAL. 3) Conforme a lo establecido en el contrato, está prohibido rechazar los servicios médicos necesarios al beneficiario de VITAL. 4) 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. 5) Asegurar y proteger toda la información del beneficiario, expediente médico, datos y elementos de los datos colectados, mantenidos o

	<p>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>
<p>Diagnóstico de laboratorio</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) 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. 2) 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. 3) Establecer disponibilidad de citas para la urgencia de un paciente externo que necesita un diagnóstico de laboratorio, 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. 4) Ofrecer a los beneficiarios del VITAL 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 VITAL.

- 5) Conforme a lo establecido en el contrato está prohibido rechazar los servicios médicos necesarios al beneficiario de Plan de Salud Vital.
- 6) 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.
- 7) 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.
- 8) Todos los proveedores deben estar en cumplimiento con la Política de Transmisión Rápida de Resultados en Límite de tiempo y Pareo de Reclamaciones. Los resultados deben ser enviados a MMM Multihealth no mayor de 3 días luego del resultado y al menos el 90% de los resultados deben ser enviados a MMM Multihealth. Una penalidad del 5% puede aplicar a estos proveedores en incumplimiento, después de 90 días de las reclamaciones sometidas.

Salud Mental

- 1) 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.
- 2) Proveer servicios de salud mental a beneficiarios con condiciones de urgencia dentro de 24 horas.
- 3) Ofrecerá servicios de manejo de crisis, citas en persona (*face to face*) las cuales estarán disponibles dentro de dos horas. Los servicios de desintoxicación serán provistos inmediatamente conforme a la necesidad clínica del beneficiario.
- 4) Ofrecer a los beneficiarios del VITAL 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 VITAL.
- 5) 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.
- 6) Conforme a lo establecido en el contrato, está prohibido denegar los servicios médicos necesarios al beneficiario de VITAL.
- 7) Ofrecer un trato equitativo para los beneficiarios de VITAL 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 VITAL.

- 8) 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.
- 9) Establecer el pleno cumplimiento de los términos de colocación y colocación inversa.
- 10) Apelar el rechazo de unos servicios de cuidado de salud médico a favor del beneficiario. Plan VITAL no tomará ninguna acción punitiva contra el proveedor que está sometiendo una queja, apelación o solicitando una Ley de Audiencia Administrativa en representación de un beneficiario.

14. CUMPLIMIENTO

14.1 Programa de Cumplimiento:

MMM Multihealth Vital ha establecido un Programa de Cumplimiento y Programa de Integridad Fraude, Desperdicio y Abuso (FWA, por sus siglas en inglés) para garantizar que la organización, sus entidades de primer nivel, proveedores, beneficiarios, entidades delegadas y subcontratadas

conduzcan negocios de manera que cumplan 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 sus siglas 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, la Oficina del Comisionado 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, que aplica a todo el personal y las funciones de todas las áreas operativas. 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, por sus siglas en inglés) que tiene la responsabilidad general por los asuntos de cumplimiento. Sin embargo, todos los empleados, proveedores, beneficiarios, contratistas, subcontratistas y agentes siguen siendo responsables del cumplimiento de las leyes y regulaciones aplicables, así como de las políticas y procedimientos de MMM Multihealth Vital. El Programa de Cumplimiento contiene políticas y procedimientos relativos al negocio de MMM Multihealth Vital y todos sus beneficiarios. Este programa no pretende servir como el Programa de Cumplimiento para, proveedores, clientes o contratistas, subcontratistas o entidades delegadas de MMM Multihealth Vital, por lo que estos

deben adoptar su propio programa. MMM Multihealth Vital no asume la responsabilidad de desarrollar un Programa de Cumplimiento para sus proveedores, subcontratistas o entidades relacionadas. Sin embargo, es responsabilidad de los proveedores, beneficiarios, clientes, contratistas, subcontratistas y entidades delegadas informar a MMM Multihealth Vital cualquier incidente de incumplimiento, incidentes de FWA y violaciones de ley de manera oportuna.

14.1.1 **Adiestramientos y Educación:**

MMM Multihealth Vital reconoce que el Programa de Cumplimiento solo puede ser efectivo si se le comunica y explica al personal, proveedores, beneficiarios, contratistas, subcontratistas y entidades delegadas sus requisitos. Con ese fin, MMM Multihealth Vital requiere que todo el personal asista a programas de capacitación específicos de forma periódica. Los requisitos de capacitación y programación son establecidos por MMM Multihealth Vital y cada uno garantiza y está basado en función de las necesidades y los requisitos de nuestros beneficiarios. Los empleados reciben adiestramientos dentro de los 90 días de haber sido contratados, 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; 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, Desperdicio 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. Empleados que no cumplan o no aprueben los adiestramientos requeridos pueden ser amonestados o recibir otro tipo de sanción según sea estipulado.

Los componentes esenciales del programa son:

1. Establecer procesos estándares y sistemas de operar;
2. Informar de forma continua y oportuna a la Junta Directiva, Oficial de Cumplimiento de Medicaid y Comité de Cumplimiento de MMM Multihealth, entidades regulatorias estatales y federales aplicables, el progreso del programa, efectividad, incidencias o riesgos detectados y las acciones correctivas tomadas;
3. Adiestrar y educar el personal, proveedores, beneficiarios, contratistas, subcontratistas y entidades relacionadas sobre aspectos regulatorios;
4. Mantener líneas efectivas de comunicación que permitan el libre acceso, sin temor a represalias, la alternativa de reportar bajo anonimato y de forma confidencial los incidentes de no cumplimiento a través de:
 - a) Línea de comunicación Hotline:
 - 1-844-256-3953 (proveedores, beneficiarios)
 - b) Buzones establecidos en las facilidades de MMM Multihealth para que se pueda depositar reportes;
 - c) Correos electrónicos:
 - VitalSIU@mmmhc.com y
 - d) A través de la página de Internet:
 - www.psg.ethicspoint.com (beneficiarios, proveedores),

e) Reportes escritos se pueden enviar a;

**Ave. Chardón 350
Suite 500
Torre Chardón
San Juan, P.R.
00918-2101**

**MMM Multihealth
P.O. BOX 72010
San Juan P.R.
00936-7710**

f) Si lo envía vía correo regular, el sobre debe indicar la palabra
“Confidencial”.

g) Todos los mecanismos antes descritos son administrados bajo estrictas
medidas de confidencialidad.

5. Establecimiento de Políticas y Procedimientos;
6. Adopción de procedimientos de disciplina;
7. Auditoría y Monitoreo;
8. Prevención, Detección e Investigación de incidentes relacionados a FWA;
9. Solicitud y monitoreo de planes de acción correctivos (CAP, por sus siglas en inglés);
10. Reporte de incidentes a los directivos de MMM Multihealth Vital y entidades estatales
y federales regulatorias;
11. Continua verificación de individuos y entidades que son excluidas de los programas
federales a través de las listas de OIG y GSA (SAM, por sus siglas en inglés);
12. Asegurar que se mantenga la privacidad, seguridad y confidencialidad de la
Información Protegida de Salud (PHI o PII, por sus siglas en inglés), regulada bajo la
ley HIPAA;

13. Cero tolerancias a la discriminación, en todos los niveles y relaciones de negocio incluyendo, pero no limitándose a los proveedores, empleados, contratistas, subcontratistas y entidades delegadas;
14. Colaboración continua en los esfuerzos delineados por las agencias federales para recuperar los fondos impactados en el área de la salud por el fraude, desperdicio y abuso;
15. Asegurar un trato justo y de calidad a los beneficiarios, entre otros aspectos.
16. Mantener un ambiente sano y de bienestar en todo momento.

14.2 Confidencialidad y Privacidad:

MMM Multihealth, LLC ha implementado una política de confidencialidad que requiere que todos los Empleados, los miembros del Comité de Cumplimiento y la Junta Directiva firmen una Declaración de Confidencialidad basada en el compromiso de MMM Multihealth de salvaguardar la información de salud protegida (PHI) de los Beneficiarios y el cumplimiento de las leyes federales y estatales y reglamentos El Acuerdo de servicio del proveedor también incluye disposiciones que establecen que cada proveedor cumplirá con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996, Ley Publica Numero 104-191, y sus reglamentos de implementación en 45 C.F.R. Partes 160, 162 y 164, según enmendada por la Ley de Tecnología de la Información de Salud Económica y Clínica (HITECH) de la Ley de recuperación y Reinversión Estadounidense de 2009, Ley Publica Numero 111-5 (colectivamente conocida como "HIPAA"), y cualquier ley y reglamento federal y estatal de privacidad y seguridad. Los proveedores deberán proteger la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información contenida en los

registros médicos y la documentación comercial, de conformidad con todos los requerimientos federales y estatales aplicables. .

MMM Multihealth requiere que cada proveedor adopte una política de confidencialidad para su consultorio y requiere que todos los miembros del personal cumplan con todas las normas de privacidad y seguridad aplicables. MMM Multihealth, así como los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles (OCR), monitorean a los proveedores con respecto al manejo de PHI e información confidencial. Las políticas, los procedimientos y las prácticas de los proveedores contratados relacionados con la privacidad, la confidencialidad y la seguridad de la información se revisan en las visitas de acreditación durante el proceso de contratación y antes de la fecha de vigencia. El siguiente es un resumen de las reglas y disposiciones aplicables relacionadas con la confidencialidad y privacidad de la información.

14.3 Leyes y Regulaciones

14.3.1 Ley de Transferencia y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Un propósito principal de las Reglas de privacidad de HIPAA es definir y limitar las circunstancias en las que las entidades cubiertas pueden usar o divulgar la información de salud protegida (PHI) de un individuo. Las disposiciones de privacidad de HIPAA aplican a la información de salud creada o mantenida por proveedores de atención médica que participan en ciertas transacciones electrónicas, planes de salud y cámaras de compensación de atención médica. El

estatuto protege la información de salud identificable individualmente, que está relacionada con la salud o condición física o mental pasada, presente o futura de un individuo, con la provisión de atención médica a un individuo o con el pago pasado, presente o futuro por la provisión de atención médica a una persona e identifica o podría identificar a la persona (45 CFR §160.103). Ejemplos de información de salud protegida por HIPAA son los registros médicos, ya sea en papel o electrónicamente.

Una entidad cubierta es un proveedor de atención médica que realiza ciertas transacciones en formato electrónico regulado por HIPAA (llamado aquí "proveedor de atención médica cubierto"), una cámara de compensación de atención médica o un plan de salud.

Generalmente, el uso y divulgación de información médica para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud que ocurren entre un proveedor y un plan médico, un "clearing house", otro proveedor, u otra compañía de seguros es permitido sin la necesidad de buscar una autorización del beneficiario. Por ejemplo, según HIPAA, la determinación de necesidad médica, la justificación de cargos y las actividades de revisión de utilización se incluyen dentro de la definición de pago; y la realización de actividades de evaluación y mejora de calidad, la revisión de las calificaciones de los proveedores de atención médica y la realización de programas de atención de fraude y abuso y de cumplimiento use incluyen dentro de la definición de operaciones de cuidado de salud.

Por otro lado, una entidad cubierta debe obtener la autorización por escrito de la persona para cualquier uso o divulgación de información de salud protegida que no sea para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, o que esté permitido de otro modo por la ley HIPAA y las entidades cubiertas deben hacer esfuerzos razonables para usar, divulgar o solicitar solo la

cantidad mínima de PHI necesaria para lograr el propósito previsto del uso, divulgación o solicitud. Una entidad cubierta no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad de beneficios a que una persona otorgue una autorización, excepto en circunstancias limitadas. La autorización debe estar escrita en un lenguaje sencillo y en términos específicos según lo exige la HIPAA y puede permitir el uso y la divulgación de la PHI por parte de la entidad cubierta que solicita la autorización o de un tercero.

Las entidades cubiertas deben asegurarse de que una autorización de usos y divulgaciones sea una autorización válida que cumpla con los requisitos de contenido según lo exige la Regla de Privacidad antes de que se haga cualquier uso o divulgación de información. Además, la regla de privacidad de HIPAA establece los derechos de las personas con respecto a su información de salud, como:

- Derecho a inspeccionar o solicitar una copia de su información protegida de salud,
- Derecho a corregir o modificar su información protegida de salud,
- Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales,
- Derecho a solicitar restricciones de usos y divulgaciones de su información médica protegida,
- Derecho a obtener una lista o informe de aquellos a quienes se ha compartido su información protegida de salud,
- Derecho a recibir una copia del Aviso de prácticas de privacidad que describe cómo se puede usar o divulgar su información de salud, en formato impreso o electrónico.

El Congreso de los EE. UU. estableció sanciones civiles y penales para las entidades cubiertas que hagan un mal uso de la información médica personal. Por otro lado, la oficina de Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) puede imponer sanciones civiles a las entidades cubiertas que no cumplan con un requisito de la Ley HIPAA.

14.3.2 Código de Regulaciones Federales

Las reglamentaciones federales requieren que una organización de proveedores de Medicaid, como MMM Multihealth, establezca procedimientos para cumplir con todas las leyes federales y estatales con respecto a la confidencialidad, inscripción y divulgación de registros médicos u otra información de salud. Las organizaciones deben salvaguardar la privacidad de cualquier información que identifique a un afiliado.

14.3.3 Ley del Estado

En Puerto Rico, la Declaración de Derechos del Paciente (Artículo 11) establece que un paciente tiene derecho a tener plena confianza en que su información médica y de salud se mantendrá estrictamente confidencial y que todos los Proveedores y aseguradores de salud tomarán las medidas necesarias para proteger la privacidad de sus pacientes a la hora de gestionar todos los documentos e información relacionados.

Asimismo, la Ley de Salud Mental de Puerto Rico (Ley Núm. 408 del 2 de octubre de 2000) requiere que los Proveedores mantengan en estricta confidencialidad, la información de salud mental de los pacientes contenida en el expediente médico y prohíben la divulgación de dicha información a terceros sin la autorización del paciente.

14.3.4 Acuerdos Contractuales

Los acuerdos de MMM Multihealth con ASES (Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico) exigen el cumplimiento de las normas federales en materia de privacidad, confidencialidad y reglas de simplificación administrativa HIPAA. Estas reglas abordan la transmisión y divulgación de información del paciente entre entidades cubiertas. De acuerdo con las reglas, MMM Multihealth debe salvaguardar la información de salud protegida para limitar los usos o divulgaciones incidentales de PHI realizados de conformidad con un uso o divulgación permitido o requerido de otro modo.

Además, la disposición del contrato de ASES establece que todos los registros médicos se tratarán de manera confidencial y solo se divulgarán para brindar la atención médica necesaria, para realizar funciones de control de calidad y funciones de revisión por pares, o según sea necesario para responder a una queja o apelación. La transmisión de información con los proveedores solo se realizará de acuerdo con la Ley HIPAA. En adición a la obligación de un proveedor de cumplir con las leyes y reglamentaciones federales y estatales aplicables, un proveedor debe cumplir con las disposiciones del contrato que se le aplican en los acuerdos y debe mantener todas las salvaguardas pertinentes para proteger la confidencialidad de la información de su paciente.

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

MMM Multihealth, cumple con su responsabilidad de implementar y administrar un Plan de Integridad del Programa Medicaid (PIP) para el Plan Vital. MMM Multihealth ha desarrollado un Plan de Cumplimiento e Integridad, así como políticas y procedimientos con el propósito de

establecer pautas para reducir el FWA, mejorar las operaciones de los Proveedores de atención médica y mejorar la calidad de los servicios.

El Plan de Integridad ayuda a MMM Multihealth a cumplir con su deber legal de brindar atención de calidad, abstenerse de enviar reclamaciones falsas e inexactas o información de costos a la Administración de Seguros de Salud (ASES), 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 Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés), la Oficina del Defensor de los Derechos de los Pacientes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, la Oficina del Comisionado de Seguros del Estado, entre otros.

14.4.1 Definiciones:

- 1. Fraude:** significa un engaño o tergiversación intencional hecha por una persona con el conocimiento de que el engaño podría resultar en algún beneficio no autorizado para él o para otra persona. Incluye cualquier acto que constituya fraude según las leyes federales o estatales aplicables.
- 2. Pérdida:** se produce cuando alguien hace gastos descuidados o extravagantes, incurre en gastos innecesarios o gestiona recursos de manera incorrecta. Esta actividad resulta en costos innecesarios. Puede o no proporcionar a la persona un beneficio personal. La pérdida es casi siempre el resultado de decisiones y prácticas de gestión deficientes o controles contables deficientes.
- 3. Abuso:** significa prácticas del proveedor que son inconsistentes con prácticas fiscales, comerciales o médicas sólidas y que resultan en un costo innecesario para el programa de Medicaid, o en el reembolso de servicios que no son médicamente

necesarios o que no cumplen con los estándares de salud reconocidos de cuidado. También incluye prácticas para los destinatarios que resultan en costos innecesarios para el programa de Medicaid.

4. **Agente:** significa cualquier persona a quien se le haya delegado la autoridad para obligar o actuar en nombre de un proveedor.
5. **Anónimo** - Dado sin nombre u otra información de identificación.
6. **Confidencial:** Revelado con la expectativa de que cualquier cosa hecha o revelada se mantendrá en privado. Las preocupaciones informadas se mantienen privadas en la medida permitida por la ley.
7. **Oficial de Cumplimiento Medicaid (CO):** el CO supervisa el cumplimiento, la integridad del programa, que funciona como un organismo independiente y objetivo que revisa y evalúa los problemas / inquietudes de cumplimiento dentro de la organización.
8. **Plan de Acción Correctiva (CAP, por sus siglas en inglés):** una notificación por escrito que describe los pasos obligatorios que deben implementarse para mantener el cumplimiento con los requisitos estatales, federales, NCQA, URAC y MMM Multihealth.
9. **Entidad descendente:** cualquier parte que celebre un acuerdo por escrito, aceptable para CMS, con personas o entidades involucradas con el beneficio de MA o el beneficio de la Parte D, por debajo del nivel del acuerdo entre un MAO o solicitante o un patrocinador del plan de la Parte D o solicitante y una entidad de primer nivel.

Estos acuerdos escritos continúan hasta el nivel del proveedor final de servicios de salud y administrativos.

10. Ley de Reclamos Falsos: esta ley permite a las personas ayudar a reducir el fraude contra el gobierno federal permitiéndoles presentar demandas de "denunciantes" en nombre del gobierno (conocidas como demandas "qui tam") contra grupos u otras personas que están defraudando al gobierno a través de programas, agencias, o contratos.

11. Ética: la disciplina de tratar con lo que es correcto y lo incorrecto, y con el deber y la obligación moral.

12. Mecanismos para reportar "FWA": las formas en que un empleado, proveedor, beneficiario u otro pueden reportar las acusaciones de FWA a MMM Multihealth. Los informes se pueden hacer de forma anónima y se mantienen confidenciales en la medida en que lo permita la ley.

13. HIPAA (*Health Insurance Portability and Accountability Act 1996*) - Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud. La Ley HIPAA es una ley federal que todos los planes de Salud y proveedores del cuidado de la salud, que entre sus propósitos tiene el velar por el cumplimiento de la protección de la Privacidad y Seguridad de toda la información de Salud de cada individuo. HIPAA es supervisada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) y aplicada por la Oficina de Derechos Civiles (OCR).

14. Integridad: la adhesión a un código moral, que se refleja en la honestidad y la armonía en lo que uno piensa, dice y hace.

- 15. Represalias:** una consecuencia negativa por algo hecho de buena fe. Esto puede incluir cosas como degradación, hostilidad, cambios adversos en los requisitos del trabajo u otras acciones indeseables por parte de un empleador, Supervisor o compañero de trabajo. Las represalias contra un empleado por una acción de buena fe están estrictamente prohibidas.
- 16. Desagregación:** una práctica fraudulenta en la cual los servicios del proveedor se desglosan en sus componentes individuales, lo que resulta en un pago más alto por parte del pagador.
- 17. Upcoding (por su término en inglés):** una práctica de asignar un código de facturación o diagnóstico que refleje un nivel falsamente alto de agudeza del paciente y servicio médico para generar un reembolso más alto del que el proveedor tendría derecho a acceder a sus registros médicos, solicitar una enmienda a sus registros y recibir una lista de individuos y / o entidades a quienes MMM Multihealth ha revelado su información.
- 18. Denuncia de irregularidades:** una persona que presenta una acción conforme a la ley de reclamos falsos se denomina informalmente denunciante. Una persona que expone cualquier tipo de información o actividad que se considere ilegal, no ética o no correcta dentro de una organización que sea privada o pública.
- 19. Contrato:** significa el acuerdo escrito entre ASES y MMM Multihealth para el Plan Vital compuesto por el contrato, cualquier adenda, apéndices, adjuntos o enmiendas al mismo.

- 20. Condena o condenado:** significa que un tribunal federal, estatal o local ha emitido una sentencia de condena, independientemente de si una apelación de esa sentencia está pendiente.
- 21. Entidad reveladora:** significa un Proveedor de Medicaid (que no sea un profesional individual o un grupo de profesionales) o un agente fiscal.
- 22. Exclusión:** significa que los artículos o servicios proporcionados por un Proveedor específico que ha defraudado o abusado del programa de Medicaid no serán reembolsados bajo Medicaid.
- 23. Grupo de Profesionales:** significa dos o más profesionales de la salud que practican su profesión en un lugar común (ya sea que compartan o no instalaciones comunes, personal de apoyo o equipo comunes).
- 24. Inmediatamente** - significa dentro de las veinticuatro (24) horas.
- 25. Interés de propiedad indirecta:** significa un interés de propiedad en una entidad que tiene un interés de propiedad en la entidad reveladora. Este término incluye una participación de propiedad en cualquier entidad que tenga una participación de propiedad indirecta en la entidad reveladora.
- 26. Plan de Integridad (PIP, por sus siglas en inglés):** significa el programa, los procesos y las políticas que cada entidad ha implementado para cumplir con los requisitos de integridad. El PIP se desarrollará de acuerdo con las regulaciones federales y estas pautas.
- 27. Contrato del Proveedor:** significa cualquier contrato por escrito entre MMM Multihealth y un proveedor que requiere que el proveedor ordene, refiera, brinde o

preste servicios cubiertos bajo este contrato. La ejecución de un Contrato de Proveedor convierte al proveedor en un Proveedor de la Red.

28. Parte interesada: significa la agencia estatal única, el sub-concesionario y todas las organizaciones contratadas para proporcionar administración y servicios de atención médica a los beneficiarios de Medicaid.

29. Suspensión: significa que los artículos o servicios proporcionados por un proveedor específico que ha sido condenado por un delito relacionado con el programa en un tribunal federal, estatal o local no serán reembolsados bajo Medicaid.

30. Terminación;

- a) El Proveedor de Medicaid o CHIP, un programa estatal de Medicaid o CHIP ha tomado una acción para revocar los privilegios de facturación del proveedor, y el proveedor ha agotado todos los derechos de apelación aplicables o el plazo para la apelación ha expirado; y
- b) Proveedor de Medicare, suplidores o profesional elegible, el programa de Medicare ha revocado los privilegios de facturación del Proveedor o suplidores, y el Proveedor ha agotado todos los derechos de apelación aplicables o el plazo para la apelación ha caducado.
- c) En los tres programas, no hay ninguna expectativa por parte del proveedor o suplidores o del programa estatal o de Medicare de que la revocación sea temporal.

- d) El proveedor, suplidores o las profesionales elegibles deberán reinscribirse con el programa correspondiente si desean que se restablezcan los privilegios de facturación.
- e) El requisito de terminación se aplica en los casos en que los proveedores, o profesionales elegibles fueron cancelados o se les revocaron sus privilegios de facturación por una causa.

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

El 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.

A. La Acta de Reclamaciones Falsas prohíbe;

1. Presentar a sabiendas o hacer que se presente ante el gobierno federal un reclamo falso o fraudulento de pago o aprobación;
2. 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;
3. Conspirar para defraudar al gobierno por un reclamo falso o fraudulento permitido o pagado; y
4. 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.

B. 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.

C. Protección para Denunciantes (*whistleblowers*):

La información puede ser reportada anónimamente. Además, la regulación federal y la política de MMM Multihealth 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 haya sido objeto de tal retribución o represalia también debe informarlo a *Ethics Point*.

D. 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 hacer, presentar o enviar, o hacer que se haga, presentar, enviar, un reclamo que la persona sepa o tenga la razón para saber:

- 1) Es falso, ficticio o fraudulento;
- 2) Incluye o es respaldado por cualquier declaración escrita que afirme un hecho material que sea falso, ficticio o fraudulento;
- 3) 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”.

E. 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.

F. Educación:

MMM Multihealth 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”, 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.

A. Los "Servicios de Salud" designados son los siguientes:

- 1) Servicios de Laboratorio Clínico;
- 2) Terapia física, Terapia Ocupacional y Servicios de Patología del Habla;
- 3) Radiología y otros servicios de imágenes;
- 4) Servicios de Terapia de radiación y suplidos;
- 5) Equipo Médico Duradero y suministros;
- 6) Equipos y suministros parenterales y enterales;
- 7) Prótesis, aparatos ortopédicos, dispositivos protésicos y suministros;
- 8) Servicios de salud en el hogar;
- 9) Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios;
- 10) Servicios de hospitalización y ambulatorios.

Las sanciones por violar la ley "Stark" 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 qué, 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, estadías 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. Estos sobornos o comisiones en el cuidado de la salud pueden conducir a:

- 1) Sobreutilización de servicios;
- 2) Aumento de los costos del programa;
- 3) Corrupción de la toma de decisiones médicas;
- 4) Dirección o desvío de pacientes;
- 5) 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.

14.4.5 Exclusión:

Los programas federales de atención médica no deben facturarse por artículos o servicios proporcionados, ordenados, prescritos o suministrados por una persona o entidad excluida. **42 U.S.C. § 1395 (e) (1) 42 C.F.R. § 1001.1901.**

14.4.5 Ejemplos de “FWA”:

1. **Fraude de Proveedores:**

- a) **Sobornos:** Acuerdos financieros ocultos entre varios proveedores de atención médica. Existe una variedad de acuerdos inapropiados en los que los proveedores brindarán algún beneficio material a cambio de otros proveedores que prescriban o usen sus productos o servicios. En la mayoría de los casos, tales acuerdos son ilegales. Se supone que los médicos deben

decidir el tratamiento más adecuado para sus pacientes sin tener en cuenta sus propios intereses financieros. Los contragolpes a menudo resultan en un tratamiento médicamente innecesario.

- b) Upcoding: un patrón de asignación de un código que refleja un nivel falsamente alto de agudeza del paciente y un servicio médico para generar un reembolso más alto que el que de otra manera recibiría el Proveedor.
- c) Facturación por servicios / suministros no proporcionados.
- d) Facturación por servicios médicamente innecesarios: facturar un patrón de servicios que no están justificados como razonables, necesarios y/o apropiados, basados en estándares clínicos de atención basados en evidencia y que se utilizan para generar un reembolso más alto.
- e) Codificación incorrecta: uso de códigos y modificadores incorrectos de CPT, CDT, ICD-10, DRG y HCPCS para tergiversar el servicio que se brindó para aumentar los ingresos.
- f) Doble facturación: presentar un cargo más de una vez, a menudo con una pequeña modificación, por el mismo servicio y paciente.
- g) Desagregación: la práctica de separar y facturar los componentes individuales de un servicio médico para aumentar los ingresos, en lugar de facturar correctamente con un código de procedimiento todo incluido.
- h) Declaración falsa de servicios / suministros: proporcionar un servicio, pero facturar a otro para obtener el reembolso.

- i) Sustitución de servicios: Facturación de un tipo de servicio o suministro, pero la prestación o la prestación de otro.
- j) Envío de documentos, direcciones, números de teléfono, etc. intencionalmente falsos.
- k) Uso excesivo de servicios: el uso excesivo de ciertos servicios que resulta en un tratamiento médicamente innecesario y en una ganancia financiera.

2. **Fraude en Farmacias**: medicamentos recetados que no se dispensan tal como están escritos: se dispensan otros medicamentos a los prescritos por el médico (por ejemplo, genérico vs. nombre de marca).

- a) División de recetas: separa las recetas en varios pedidos para buscar un reembolso adicional, como las tarifas de despacho.
- b) Drogas caducadas, falsas, diluidas o ilegales: dispensar tipos de drogas inapropiados a personas confiadas que podrían crear situaciones perjudiciales.
- c) Recetas no dispensadas o inexistentes: facturación de las recetas que no fueron dispensadas o recogidas por la parte deseada.
- d) Cebo y cambio: se produce cuando a una persona se le hace creer que un medicamento costará un precio, pero en el punto de venta, se le cobra una cantidad mayor a la persona.
- e) Facturación de recetas múltiples: facturar a múltiples pagadores por las mismas recetas, excepto cuando sea necesario, para la coordinación de las transacciones de beneficios.

- f) Nombre de marca frente a genérico: facturar un medicamento de marca más costoso cuando se dispensa una receta genérica menos costosa.
- g) Escasez de cantidad: dispensar menos de la cantidad prescrita sin disponer que se reciba el medicamento adicional sin cargo adicional.

3. **Fraude de Beneficiarios** - Sustancias controladas - Obtención de sustancias controladas de múltiples Proveedores / farmacias por razones que no son médicamente necesarias y / o para vender.

- a) Falsificación de recetas: alteración y / o falsificación de recetas para su uso o venta.
- b) Fraude de tarjetas de identificación: Préstamos, compartimos o vendemos sus tarjetas de identificación.
- c) Fraude de elegibilidad: tergiversar su elegibilidad para la cobertura

4. **Fraude de miembros de la fuerza laboral:**

- a) “Kickbacks / Stark” violación: recibir regalos o sobornos de los Proveedores de MMM Multihealth por bienes o servicios adquiridos por MMM Multihealth.
- b) Credenciales fraudulentas: falsifica las credenciales enviadas para el empleo.
- c) Inscripción fraudulenta y prácticas de comercialización: las prácticas de inscripción en los programas de salud federal y estatal están muy controladas. Un ejemplo sería; atraer a los miembros potenciales a inscribirse presentando información incorrecta sobre los beneficios.

- d) Malversación y robo: la apropiación de fondos de la compañía / Medicaid / Medicare por parte de un empleado para su propio uso o beneficio. Sub-utilización de servicios / beneficios: negar o limitar el acceso a los Servicios / Beneficios a los que el Beneficiario tiene derecho.
- e) Sub-utilización de servicios / beneficios: denegar o limitar el acceso a los servicios/ beneficios a los que tiene derecho el Beneficiario.

14.4.7 Investigación y Referencias:

La detección y prevención de FWA es responsabilidad de todos. MMM Multihealth cuenta con políticas y procedimientos establecidos y debidamente actualizados que abordan la prevención, detección e investigación de actividades sospechosas de incumplimiento. MMM Multihealth cuenta con mecanismos implementados para la detección de potenciales casos de FWA.

Se consideran los siguientes pasos;

- a) El Especialista de Cumplimiento Medicaid registra y tiene la responsabilidad de documentar el caso durante la investigación hasta que se considere completado / cerrado.
- b) Se considera una recopilación de datos durante las primeras veinticuatro (24) horas para determinar si se requiere una investigación preliminar. Se utiliza un listado de verificación interna para cubrir todos los elementos requeridos.

- c) La información se analiza y se compara, teniendo en cuenta el bienestar del beneficiario como la primera prioridad, los expertos en la materia aplicables de los departamentos / procesos operativos afectados y los datos almacenados por MMM Multihealth en sus sistemas;
- d) Cuando se hayan satisfecho todos los elementos del análisis de datos, la documentación, los expertos en la materia (si corresponde) las entrevistas / opiniones, se desarrolla un informe de investigación preliminar siguiendo los protocolos establecidos por MMM Multihealth y los requisitos de informe de ASES / Medicaid.

Luego, el caso pasa a la presentación de informes, teniendo en cuenta los requisitos de presentación de informes de ASES, el Oficial de Cumplimiento de Medicaid y los procesos de apoyo del Comité "FWA" de MMM Multihealth.

14.4.8 Respondiendo a posibles o detectadas violaciones:

MMM Multihealth se compromete a investigar cualquier incidente de incumplimiento significativo de las leyes y regulaciones federales o estatales aplicables; y otros tipos de mala conducta que amenazan o cuestionan la reputación de MMM Multihealth como una entidad honesta y confiable. Los incidentes y eventos fraudulentos o inapropiados detectados, pero no rectificados, pueden amenazar seriamente su reputación y poner en peligro su estatus legal. En este sentido, MMM Multihealth ha desarrollado procedimientos de auditoría interna y externa para alentar al empleado a presentar voluntariamente cualquier situación de FWA. Si después de una investigación, se determina que el caso no se confirmó, es un compromiso de MMM

Multihealth siempre, incluso durante la investigación, proteger diligentemente a la parte informante o la reputación del área afectada.

14.4.9 Colaboración con agencias federales y estatales:

MMM Multihealth cumple con las solicitudes de información de ASES, la Unidad Antifraude de Medicaid (MFCU, por sus siglas en inglés), la Oficina del Inspector General (OIG, por sus siglas en inglés), el Departamento de Justicia (DOJ, por sus siglas en inglés) o cualquier otra agencia federal o estatal o división del programa a cargo. De prevención y enjuiciamiento de casos relacionados con FWA de servicios bajo el programa Medicaid. MMM Multihealth cooperará completamente con las agencias federales y de Puerto Rico en las investigaciones de FWA y las acciones legales subsiguientes, ya sean administrativas, civiles o penales. Dicha cooperación incluirá la participación en reuniones, el suministro de la información solicitada, el acceso a los registros y el acceso a entrevistas con empleados y consultores, así como el personal para testificar en audiencias, juicios u otros procedimientos legales, según sea necesario.

MMM Multihealth notificará a ASES de cualquier participación en reuniones con otras Organizaciones de Atención Administrada (MCO), por sus siglas en inglés) con respecto al PIP y compartirá las actas de las reuniones con los temas de discusión e información. Si los resultados de la investigación de dichas reuniones se realizan, se administrarán siguiendo las políticas y procedimientos establecidos para las investigaciones de FWA, a menos que ASES, OIG-HHS u otra agencia gubernamental indique lo contrario. MMM Multihealth mantendrá a ASES informado de esas

investigaciones identificando los requisitos de informes de FWA y PIP. Si ASES requiere el estado de cualquier investigación en curso que resulte de dichas reuniones, se manejarán informes adicionales o información a través del Oficial de Cumplimiento de Medicaid o persona designada. MMM Multihealth cumple con las siguientes normas establecidas por las Unidades de Control de Fraude de Medicaid y / o agencias de cumplimiento de la ley;

- a. Todos los casos de sospecha de fraude del Proveedor se remiten a la unidad de la organización de antifraude / integridad;
- b. Si la unidad de antifraude / integridad determina que puede ser útil para cumplir con las responsabilidades de la unidad, cumpla con prontitud con una solicitud de la unidad para;
 - Acceso y copias gratuitas de, cualquier registro o información guardada por la organización o sus contratistas;
 - Datos informatizados almacenados por la organización o sus contratistas. Estos datos deben ser suministrados sin cargo y en la forma solicitada por la unidad;
 - Acceso a cualquier información guardada por los Proveedores a los que la organización tiene acceso autorizado. Al utilizar esta información, la unidad debe proteger los derechos de privacidad de los destinatarios;

- c. Comunicar a ASES y a otras agencias federales y estatales apropiadas, según sea necesario, los resultados preliminares dentro de los 2 días hábiles de haber completado la investigación;
- d. Al ser referido por la unidad, coordine con ASES y la agencia de aplicación de la ley apropiada antes de iniciar cualquier acción administrativa o judicial disponible para recuperar los pagos indebidos a un Proveedor.

14.4.10 Credenciales del Proveedor, evaluación e información de divulgación requerida:

La acreditación de Proveedores se considera una parte esencial del Plan de Integridad. Durante el proceso de credencialización inicial, cuando todas las credenciales se reúnen en un archivo, son evaluadas o revisadas por un Comité de Credenciales de MMM Multihealth. El comité puede recomendar la aprobación sin condiciones, la aprobación con condiciones, la participación denegada o la decisión posterior para una investigación adicional. Todos los solicitantes reciben una notificación por escrito dentro de los diez (10) días calendario después de que el comité haya emitido una decisión final.

MMM Multihealth notifica a ASES de cualquier acción adversa o negativa que se tome en una solicitud o acciones del Proveedor para limitar la capacidad del Proveedor para participar en el programa dentro de los cinco (5) días de la decisión. De conformidad con los requisitos legales y reglamentarios, MMM Multihealth ha establecido políticas y procedimientos para la selección de Proveedores antes de contratar. Los procedimientos

de selección e inscripción se realizarán según los requisitos de PPACA aplicables a las disposiciones de integridad del programa, que incluyen:

- a. Selección e inscripción mejoradas de Proveedores, Sección 6401;
- b. Terminación de la participación del Proveedor, Sección 6501;
- c. Divulgación del Proveedor de afiliación actual o anterior con el (los) Proveedor (es) excluido (s), Sección 6401; y
- d. Evaluación e inscripción del Proveedor.

MMM Multihealth también ha establecido políticas y procedimientos para garantizar que todos los proveedores y agentes fiscales cumplan con los requisitos de divulgación de información de conformidad con el Plan de Integridad del programa de Medicaid. Para esto, se realiza un proceso para actualizar los paquetes de inscripción del Proveedor, incluido el formulario de solicitud y los procedimientos de acreditación. A los Proveedores se les solicita un certificado de antecedentes penales (buen comportamiento, tal como se define en PR) y para identificar a los agentes o que manejan las condenas penales de los empleados. Se requieren las siguientes divulgaciones de los Proveedores, Agentes y Empleados durante el proceso de Inscripción, Contratación y / o Solicitud:

1. Propiedad, control y conflicto de intereses;
2. Transacciones de negocios;
3. Personas condenadas por delitos o conductas ilegales.

MMM Multihealth no aprobará un acuerdo o contrato del proveedor con un agente fiscal y terminará un acuerdo o contrato existente si el proveedor o el agente fiscal no divulgan la información requerida. Si MMM Multihealth recibe cualquier divulgación de condenas

penales de un proveedor o agente fiscal durante el proceso de acreditación, esta información se enviará a ASES y HHS-OIG dentro de los veinte (20) días hábiles.

14.4.11 Cancelación del Proveedor por inactividad:

MMM Multihealth ha establecido políticas y procedimientos para las cancelaciones de contratos de proveedores que incluyen el elemento de inactividad durante los últimos doce (12) meses consecutivos. Cualquier proveedor identificado, que haya estado inactivo durante el período establecido será cancelado. Se envía una comunicación al proveedor notificando la cancelación debido a inactividad, donde se le otorga al proveedor la oportunidad de demostrar evidencia de actividad de facturación durante ese tiempo.

14.4.12 Mecanismos para reportar:

MMM Multihealth también ha establecido mecanismos de información y para que los proveedores puedan reportar, tales como;

a) Línea de comunicación Hotline:

- 1-844-256-3953 (proveedores, beneficiarios)

b) Buzones establecidos en las facilidades de MMM Multihealth para que se pueda depositar reportes;

c) Correos electrónicos:

- VitalSIU@mmmhc.com y

d) A través de la página de Internet:

- www.psg.ethicspoint.com (beneficiarios, proveedores),

Cualquier empleado, director, proveedor, subcontratista, entidad delegada o beneficiario, que de buena fe crea que tiene conocimiento de una posible violación de este programa o sus políticas y procedimientos, debe informar sus hallazgos a MMM Multihealth. Las violaciones al programa o a sus políticas y procedimientos, o el no informar las infracciones conocidas del programa o sus políticas y procedimientos son una infracción grave de la política de MMM Multihealth que resulta en la imposición de acciones disciplinarias, que pueden incluir la terminación del empleo y / o relación de negocios. Ninguna persona debe ser sometida a forma alguna de represalia basada únicamente en la buena fe o la intención honesta de denunciar una sospecha de violación.

14.4.13 Suspensión de pagos en caso de FWA potencial:

MMM Multihealth suspende los pagos a los proveedores como un mecanismo para evitar el desembolso incorrecto de los pagos cuando existe una acusación creíble de fraude para la cual está pendiente una investigación, a menos que la agencia tenga una buena razón para no suspender los pagos o suspender el pago solo en parte.

14.5 Plan de Competencia Cultural:

MMM Multihealth ha establecido un Plan de Competencia Cultural integral para proporcionar un método estandarizado para asegurar que todos los servicios proporcionados sean culturalmente competentes para sus beneficiarios. La siguiente información proporciona una comprensión clara

de cómo funciona MMM Multihealth y describe cómo los empleados, directores, proveedores, contratistas, subcontratistas, entidades delegadas y sistemas dentro de MMM Multihealth proporcionarán servicios a personas de todos los orígenes culturales y étnicos, discapacidades e independientemente de género, orientación sexual, identidad de género, comunidades o religión "LGBTQ+" (Lesbiana, Gay, Bisexual, Transgénero, Queer+) de una manera que reconoce los valores, afirma y respeta el valor de las personas inscritas y protege y preserva la dignidad de cada persona. Su propósito principal es garantizar que se cumplan las necesidades únicas y diversas de todos los beneficiarios. El Plan de Competencia Cultural ha establecido los siguientes objetivos y metas;

A. Objetivos:

1. Identificar a los beneficiarios con posibles barreras culturales o lingüísticas para las cuales se necesitan métodos de comunicación alternativos;
2. Utilizar materiales educativos apropiados y culturalmente sensibles para cada tipo de restricción cultural, incluyendo raza, religión, identidad de género, expresión de género, orientación sexual real o percibida (LGBTQ+), origen étnico o idioma;
3. Disminuir las discrepancias en la atención médica recibida;
4. Asegurar que los recursos estén disponibles para cumplir con las barreras lingüísticas únicas y las barreras de comunicación que existen con ciertos beneficiarios;
5. Asegurar que los proveedores reconozcan la diversidad cultural y las necesidades de la población a la que sirven, considerando cualquier protocolo que deba adoptarse para garantizar una calidad adecuada de los servicios;

6. Asegurar que los proveedores reconocen las diversas creencias religiosas de la población a la que sirven;
7. Asegurar que los empleados, directores, junta directiva, proveedores contratados, contratistas y subcontratistas, entidades delegadas sean educados para valorar las diversas diferencias culturales, religiosas y lingüísticas en las organizaciones y la población a la que sirven;
8. Proporcionar mecanismos para evitar las barreras culturales;
9. Actuar como facilitador de los proveedores, entendiendo y asistiendo a las comunidades "LGBTQ+" (Lesbiana, Gay, Bisexual, Transgénero, Queer +), asegurando la accesibilidad de los servicios.
10. Aprender sobre las regulaciones estatales y federales relacionadas con el Plan de Competencia Cultural.
11. Todos los empleados reciben adiestramientos particulares por departamento encaminados a lograr un mayor entendimiento del tema y por ende, que puedan ofrecer el servicio de excelencia que los beneficiarios de MMM Multihealth merecen. Estos adiestramientos forman parte del Programa de Cumplimiento y se incluyen al inicio de la contratación y de manera anual, según sea necesario. Además, al final de cada año se realiza un cuestionario para poder conocer en qué aspectos hay que reforzar la educación.

B. Metas:

1. Mejorar la comunicación con los beneficiarios para quienes existen barreras culturales o lingüísticas.

2. Disminuir las disparidades en la atención médica que reciben las minorías a las que MMM Multihealth presta servicios.
3. Mejorar la comprensión sobre la diversidad cultural y religiosa dentro de la población atendida.
4. Crear más conciencia sobre valores, actitudes, creencias, diversidad e inclusión.
5. Expandir los esfuerzos de comunicación para asegurar la accesibilidad de los beneficiarios.

C. Componentes del Plan:

1. Análisis de Datos;
2. Servicios Lingüísticos
3. Creencias Religiosas
4. No Discriminación a población LGBTQ+
5. Educación a los Proveedores – Para asegurar los puntos mencionados anteriormente, los proveedores también reciben educación e información relacionada a las Competencias Culturales en los boletines. Además, el proveedor puede solicitar a través de Internet, por teléfono o en persona la copia impresa de este Plan sin costo alguno. La información también se publica en el sitio web de Proveedores de MMM Multihealth en <https://www.innovamd.com/>, un recurso para médicos y otros Proveedores contratados. El reclutamiento de personal de MMM Multihealth y los procesos de desarrollo de la Red de Proveedores están impulsados por la membresía y las necesidades culturales y de idioma de los miembros. Además, la capacitación en Competencia Cultural le permite al

proveedor realizar la capacitación a su propio ritmo. La capacitación aborda los mismos elementos descritos en este plan para la capacitación de los empleados. Finalmente, reconociendo que los proveedores pueden requerir asistencia para comunicarse con los beneficiarios que hablan otros idiomas además del español y el inglés, MMM Multihealth capacita a los proveedores para utilizar los servicios de traducción de MMM Multihealth a través de la orientación inicial, la Guía del Proveedor y las visitas continuas de relaciones con el proveedor.

6. MMM cuenta con servicio telefónico de Traducción para su oficina médica. A través de Transperfect, una organización que brinda soluciones mediante servicios de intérpretes entre el beneficiario y el proveedor de servicios de salud, o su personal, en su idioma de preferencia. Cuenta con sobre 170 idiomas, como inglés, español, italiano, portugués, francés, mandarín, y otros. Comuníquese con Servicios al Proveedor al 787-993-2317 (Área Metro), o al 1-866-676-6060 (libre de cargos). Recuerde que el horario de servicio es de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

7. Medios Electrónicos – Los beneficiarios tienen acceso a la línea TTY / TDD 787-999-4411 para servicios para personas con problemas de audición.

8. Encuesta de Competencia Cultural.

14.6 Adiestramientos y Educación:

MMM Multihealth está comprometido con los esfuerzos de educación para la Red de Proveedores existente. El departamento de Cumplimiento de Medicaid selecciona anualmente los temas regulatorios críticos que afectan a los Proveedores y sus pacientes. El material se

selecciona de los reguladores estatales y federales para mantener un proceso estandarizado y cumplir con los requisitos educativos de los Centros de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). Los siguientes temas son considerados, pero no limitados a:

1. Programa de Cumplimiento y Programa de Integridad (Fraude, Desperdicio y Abuso, FWA, por sus siglas en inglés);
2. Plan de Competencia Cultural;
3. Sistema de Quejas, Querellas y Apelaciones;
4. Programa Vital;
5. Directrices Anticipadas;
6. Ley de Privacidad y Seguridad (HIPAA, por sus siglas en inglés), entre otros temas regulatorios que sean requeridos brindarse.

14.7 Retracción de Pago:

MMM Multihealth ha establecido políticas y procedimientos para retener / retirar pagos a cualquier Proveedor identificado o Proveedor que cometió fraude o tergiversación intencional.

1) Base para la retención / retractación:

MMM Multihealth puede retener pagos por capitación o reclamos, en su totalidad o en parte, a un Proveedor al recibir evidencia confiable de que las circunstancias que dan lugar a la necesidad de una retención de pagos involucran fraude o tergiversación

intencional bajo la Programa de Medicaid. MMM Multihealth puede retener pagos sin notificar primero al proveedor de su intención de retener dichos pagos. Un proveedor puede solicitar, y se le debe otorgar, revisión administrativa cuando la ley estatal así lo requiera”.

2) Aviso de retención / retractación:

MMM Multihealth debe enviar un aviso de su retención / retractación de los pagos del programa dentro de los cinco (5) días de haber tomado dicha medida. El aviso debe establecer las alegaciones generales en cuanto a la naturaleza de la acción de retención / retractación, pero no es necesario que revele ninguna información específica sobre la investigación en curso. El aviso debe:

- Declarar que los pagos se están reteniendo de acuerdo con esta disposición;
- Indique que la retención / retractación es por un período temporal, y cite las circunstancias bajo las cuales se terminará la retención / retractación;
- Especificar, cuando sea apropiado, para qué tipo o tipos de pago (capitación o reclamos) la retención / retractación es efectiva; y
- Informar al Proveedor sobre el derecho a presentar pruebas escritas para que la agencia las considere”.

3) Duración de la retención / retractación:

”Todas las acciones de retención / retractación de pagos bajo esta sección serán temporales y no continuarán después de:

- La agencia o las autoridades fiscales determinan que no hay pruebas suficientes de fraude o tergiversación intencional por parte del Proveedor; o

- Se completan los procedimientos legales relacionados con el presunto fraude o tergiversaciones intencionales del Proveedor ".
- El Departamento de Cumplimiento de Medicaid de MMM Multihealth conservará la documentación de las acciones tomadas.

15. SISTEMA DE QUERELLAS

De acuerdo con el 42 CFR Parte 438, Sub-parte F, MMM Multihealth 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 designará, por escrito, a un oficial que tiene la responsabilidad principal de garantizar que las quejas, querellas y apelaciones se resuelven. El sistema de querellas de MMM incluye por escrito políticas y procedimientos que detallan el funcionamiento del Sistema de Querellas.

Como mínimo, las políticas y procedimientos del Sistema de Querellas de MMM establecen:

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 y apelaciones 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, querrela o apelación ante la Oficina del Procurador del Paciente y cómo comunicarse con la Oficina del Procurador del Paciente.
6. Proceso para el intercambio de información con Proveedores, ASES y los beneficiarios con respecto a quejas, querellas y apelaciones.
7. Proceso y tiempo para notificar a los beneficiarios la resolución de la queja, querrela y apelación, solicitud de tiempo adicional para revisión, y la denegación de la solicitud de una apelación expedita.
8. El Sistema de Querellas de MMM cumple con la Ley de Declaración de Derechos del Paciente y con la Ley Núm. 11 de 11 de abril de 2001 (conocida como la Ley Orgánica de la Oficina del Defensor del Paciente), en la medida en que dichas disposiciones no entren en conflicto con plantear un obstáculo a las regulaciones federales.
9. MMM procesa cada queja, querrela 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 resuelve en el punto de contacto en lugar de una querrela formal. Un beneficiario o el representante autorizado puede presentar una queja, verbal o por escrito. El beneficiario o el representante autorizado puede presentar una queja dentro de 15 días calendario después de la fecha de ocurrencia de esta. MMM

resolverá la queja dentro de 72 horas en que se recibió la queja. 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 con el derecho a presentar una querella o apelación y la información necesaria para permitir que el beneficiario solicite una Audiencia Administrativa.

15.2 Proceso de Querellas

Un beneficiario o Representante Autorizado puede presentar una querella ante MMM o ante la Oficina del Procurador del Paciente de Puerto Rico verbalmente o por escrito. Un proveedor no puede presentar una querella en nombre de un beneficiario a menos que el beneficiario otorgue su consentimiento. Un beneficiario puede presentar una querella en cualquier momento. MMM enviará un acuse de recibo por escrito al beneficiario (y al proveedor, si el proveedor presentó la queja en nombre del beneficiario, con el consentimiento del beneficiario) dentro de los diez (10) días hábiles posteriores a la recepción. MMM proporcionará un aviso por escrito de la resolución del reclamo tan rápidamente como lo requiera la salud del beneficiario, o dentro de los noventa (90) días calendario a partir del día en que MMM reciba el reclamo. El Aviso de Disposición incluirá lo siguiente:

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

MMM podrá extender el término para proveer una notificación por escrito de la disposición de una querella hasta un máximo de catorce (14) días calendario si el beneficiario solicita la extensión o MMM 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 extiende el término, debe notificar al beneficiario por escrito informándole la razón.

15.3 Proceso de Apelación

El beneficiario, su representante autorizado, o el proveedor autorizado por el beneficiario puede presentar una apelación verbal o escrita. Una apelación se puede presentar ante MMM hasta 60 días calendario a partir de la fecha en que MMM emitió la notificación de la acción adversa.

Las apelaciones deben presentarse directamente con MMM. El proceso de apelación ofrece una oportunidad razonable para presentar información adicional por escrito o en persona. MMM informa al beneficiario del tiempo disponible para ofrecer la información en caso de revisión expedita. El proceso de apelación ofrece a las partes envueltas 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. Si la apelación es verbal no debe presentar evidencia por escrito dentro de diez (10) días. Si son solicitados, MMM ofrecerá copias de los documentos contenidos en el mismo, sin costo alguno. MMM resolverá la apelación estándar y enviará una notificación escrita de la resolución dentro de un periodo que no exceda 30 días calendario desde la fecha en que MMM recibe la apelación. MMM establece y mantiene un proceso de revisión para las apelaciones expeditas, cuando MMM 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. MMM resolverá la apelación expedita y proporciona un aviso de disposición, tan pronto el estado

de salud del beneficiario lo requiera, y no podrá exceder 72 horas a la fecha en que MMM recibe la apelación y debe realizar los esfuerzos razonables para proveer una notificación oral.

Si MMM deniega la solicitud para una apelación expedita, y ésta tiene un cambio de prioridad a estándar, debe realizar los esfuerzos razonables para brindar la notificación oral al beneficiario sobre el cambio de prioridad y dar seguimiento dentro de dos (2) días calendario con un aviso escrito. Si el beneficiario no está de acuerdo con la decisión emitida, tiene el derecho de presentar una querrela acelerada y ésta se resolverá dentro de 24 horas. MMM podrá extender el plazo para la resolución estándar o expedita de la apelación hasta catorce (14) días calendario si las partes envueltas solicitan la extensión o MMM demuestra (a satisfacción de ASES o del asegurado) que existe la necesidad de información adicional y la forma en que la solicitud es en beneficio para el beneficiario. Si MMM extiende el plazo, se le enviará un aviso por escrito sobre la razón de la demora. MMM informa al beneficiario el derecho a presentar una querrela si no está de acuerdo con la decisión de extender el plazo.

MMM notifica por escrito la resolución 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:
 - a. El derecho a solicitar una Audiencia Administrativa.
 - b. Cómo solicitar una Audiencia Administrativa.
 - c. El derecho a continuar recibiendo los beneficios mientras esté pendiente la Audiencia Administrativa.

Notificación si MMM Multihealth se mantiene en una audiencia

15.4 Derecho a Vistas Administrativas

MMM Multihealth 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 con MMM antes de solicitar una Vista de Audiencia Administrativa. Las partes en la Audiencia Administrativa incluyen a MMM, al beneficiario o su representante autorizado, o el representante en estado donde el beneficiario ha fallecido. Si MMM 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 Multihealth. ASES permitirá que el afiliado solicite una audiencia de derecho administrativo dentro de los 120 días calendario de la notificación de resolución de la apelación. El asegurado o su representante autorizado puede solicitar una vista de apelación ante la ASES enviando un Fax al 787-474-3346 o escribiendo a: ASES PO BOX 195661 San Juan, PR 00919-5661. En la carta de notificación de denegación MMM le explica el detalle de cómo, y cuando puede completar el proceso.

16. RECLAMACIONES

16.1 Proceso de reclamación

MSO recibirá reclamaciones de proveedores contratados y las procesará de manera oportuna y precisa. MMM Multihealth debe procesar reclamaciones a papel y electrónicas de acuerdo con

los requisitos establecidos en el Contrato con Plan de Salud Vital. 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.

La ASES notifica la efectividad de la adopción del 75% del *Medicare Fee Schedule* para Puerto Rico, como tarifa mínima para el pago por servicios ofrecidos a los beneficiarios de Plan de Salud Vital. Este tarifario forma parte de las iniciativas para incrementar los reembolsos a los proveedores. La implementación de este tarifario conlleva el fiel cumplimiento con las siguientes condiciones:

1. El *Medicare Fee Schedule* de referencia es el aplicable a Puerto Rico, según aprobado por ASES.
2. La tarifa mínima para los proveedores de Plan de Salud Vital es el 75%, según el código de procedimiento.
3. Es de aplicabilidad a todos los proveedores que se reconocen para *Medicare-Parte B*, regularmente conocido como el componente profesional.
4. Ningún proveedor deberá recibir una reducción de tarifa por servicios, en caso de existir una contratación vigente con el MCO mayor a la mínima establecida.
5. El MFSPR2023 basado en su especialidad, es uno de referencia, por lo cual la cubierta de beneficios del Plan Vital no tiene cambios.
6. Esta medida es aplicable a los proveedores de servicios a beneficiarios de Plan de Salud Vital. No incluye los servicios prestados a beneficiarios adscritos a *Medicare Advantage Platino*.

7. También excluye los servicios capitados y otras medidas de sustentabilidad dirigidas a los hospitales de cuidados intensivos a corto plazo que califiquen en la cantidad y frecuencia establecidas por ASES.

MMM Multihealth utilizará este tarifario como mínimo para el pago de facturas por servicios incurridos a partir de la fecha aprobada por la ASES del año en curso.

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 Multihealth 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 de Vital utilice el *Payer ID*:

MMM Multihealth 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 Multihealth

PO Box 71307

San Juan, PR 00936-71307

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 a 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 un listado 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 dos (2) ciclos 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 Multihealth

PO Box 71307

San Juan, PR 00936-71307

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 nos estaremos comunicando con el proveedor (hasta un máximo de 3 llamadas) para solicitar 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 cincuenta (50) 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 cincuenta (50) 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 Multihealth que surjan bajo contrato del proveedor. A través de este proceso el proveedor tiene oportunidad de someter su queja con toda la documentación requerida por escrito a MSO por medio de FAX 787-300-4885 y/o correo electrónico providerdisputeresolution@mso-pr.com. MSO emitirá una decisión escrita en relación con 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. MSO también ha establecido un proceso específicamente enfocado en solucionar quejas de sus GMP relacionadas con los pagos recibidos. Con este proceso el proveedor tiene la oportunidad de someter su queja por escrito a través de un correo electrónico centralizado (ServiceRequests@mso-pr.com). MSO contactará al proveedor dentro de los primeros treinta (30) días calendario de haber recibido la queja escrita. De no haberse logrado un acuerdo entre las partes involucradas en el periodo establecido, la queja será referida a ASES para continuar su manejo.

16.6 Recuperación Financiera

MMM Multihealth 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 sesenta (60) días calendario para devolver el dinero y/o apelar la determinación de la recuperación hecha por MSO.

Autoinforme de sobrepagos por parte de un proveedor:

En el caso de que el proveedor identifique un pago en exceso de MSO al revisar su Explicación de Pagos, el proveedor debe informarlo y devolver el pago en exceso dentro de los sesenta (60) días calendario posteriores a la fecha en que identificó el pago en exceso. El proveedor debe incluir Número de asegurado, Nombre de asegurado, Fecha de Servicio, Fecha de Pago, Número de Cheque y la razón del pago en exceso. La información debe enviarla a la siguiente dirección:

MSO OF PUERTO RICO
ATT: FINANCIAL RECOVERY DEPARTMENT
PO BOX 71500
SAN JUAN, PR 00936

17. ADMINISTRACIÓN Y MANEJO

Plan Vital será responsable de la administración y manejo de todos los requisitos y acorde con las normas de cuidado coordinado de Medicaid de 42 CFR Parte 438. Dado que la inscripción se produce principalmente en las oficinas administrativas, Plan Vital 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. Plan Vital mantendrá oficinas administrativas a través de la isla. Plan Vital se acomoda a cualquier petición de ASES para visitar las oficinas administrativas del Plan Vital 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. Plan Vital debe mantener una (1) oficina administrativa central y Oficinas Regionales a través de la isla. La oficina de Plan Vital se ubicará en un lugar céntrico accesible a pie y por el tráfico de vehículos.

Plan Vital puede establecer más de una (1) Oficina Regional a través de la isla, pero debe designar una (1) de las oficinas como la oficina administrativa central. Todas las comunicaciones escritas de Plan Vital a los beneficiarios deben contener la dirección del lugar identificado como el legal y oficina administrativa central con licencia. El Centro de Servicio al Beneficiario opera en horario de servicio de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. de lunes a viernes. La Oficina Central y las Oficinas Regionales operan de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. de lunes a viernes. Al menos un sábado al mes, las Oficinas Regionales ofrecen servicios de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. (hora del Atlántico). Plan Vital 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.

18. DEFINICIONES

1. **Subcapitación:**

Acuerdo en el que una entidad paga a través de contratos de capitación con otros proveedores para reembolsar sus servicios sobre una base capitada, compartiendo una parte del monto capitado original.

2. **Teledentista:**

El uso de sistemas y metodologías de telesalud para brindar servicios dentales a pacientes en ubicaciones remotas.

3. Telesalud:

El uso de tecnologías de información y telecomunicaciones electrónicas, incluidas, entre otras, comunicaciones telefónicas, Internet, videoconferencias y monitoreo remoto de pacientes, para respaldar y promover la atención médica clínica a larga distancia, la educación relacionada con la salud de pacientes y profesionales, la salud pública y administración de la salud.

4. Telemedicina:

El uso clínico de sistemas y metodologías de telesalud por parte de los proveedores para diagnosticar, evaluar y tratar a pacientes en ubicaciones remotas.

19. ACRÓNIMOS

A&G	<i>Appeals and Grievance – Apelaciones y Querellas</i>
AAP	Acceso a Cuidado Preventivo en Adultos
ACH	<i>Automated Clearinghouse</i>
ACIP	<i>Advisory Committee on Immunization Practices</i>
ACOG	<i>College of Obstetricians and Gynecologists</i>
ADA	<i>American Disabilities Act</i>
ADAP	Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (siglas en inglés)
ADFAN	<i>Administración de Familias y Niños en Puerto Rico, or Families and Children Administration in Puerto Rico</i>

ADV	Visita Anual al dentista
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
AICPA	<i>American Institute of Certified Public Accountants</i>
AIMD	<i>Associate Inpatient Medical Director</i>
AMA	<i>American Medical Association</i>
AP	<i>Admitting Physician – Proveedor con privilegios Intrahospitalarios</i>
APP	<i>Admitting Physician Program – Programa de Manejo y Cuidado Intrahospitalario.</i>
ASES	<i>Administración de Seguros de Salud, o Puerto Rico Health Insurance Administration.</i>
ASSMCA	Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción
ASUME	<i>Minor Children Support Administration</i>
BC-DR	<i>Business Continuity and Disaster Recovery</i>
BCS	Cernimiento de Cáncer de mamas
CAHPS	<i>Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems</i>
CAP	Plan de Acción Correctiva
CCS	Cernimiento de Cáncer Cervical
CEHRT	Sistema de Expediente de Salud Electrónico Certificado
CEO	<i>Chief Executive Officer</i>
CFO	<i>Chief Financial Officer</i>
CFR	<i>Code of Federal Regulations</i>

CHIP	<i>Children's Health Insurance Program</i>
CLIA	<i>Clinical Laboratory Improvement Amendment</i>
CMP	<i>Civil Monetary Penalties</i>
CMS	<i>Centers for Medicare & Medicaid Services</i>
CO	Oficial de Cumplimiento
COL	Cernimiento de Diabetes en Pacientes
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
CPC	Consultores de Prácticas Médicas
CPT	<i>Current Procedural Terminology</i>
CPTET	Centros para el Control de Enfermedades Transmisibles
CRN	<i>Concurrent Review Nurse</i>
CRIM	<i>Center for the Collection of Municipal Revenues</i>
DEA	<i>Drug Enforcement Administration</i>
DM	<i>Disease Management</i>
DME	<i>Durable Medical Equipment</i>
DNC	Días de no Cumplimiento – días denegados
DENC	<i>Detailed Explanation of Non Coverage – Carta detallada de NO cubierta</i>
DNOD	<i>Detailed Notice of Discharge – Notificación detallada de alta</i>
DOJ	<i>The Puerto Rico Department of Justice</i>
DPU	<i>Discharge Planing Unit – Unidad de Planificación de Alta</i>
ECHO	<i>Experience of Care and Health Outcomes Survey</i>

ECM	<i>Electronic Claims Management</i>
eCQM	Lista de las medidas de calidad electrónicas.
EDI	<i>Electronic Data Interchange</i>
EFT	<i>Electronic Funds Transfer</i>
her	Sistema de Expediente de Salud Electrónico
EIN	<i>Employer Identification Number</i>
E/M	Evaluación y Manejo
EMTALA	<i>Emergency Medical Treatment and Labor Act</i>
EPLS	<i>Excluded Parties List System</i>
EPSDT	<i>Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment</i>
EQRO	<i>External Quality Review Organization</i>
ER	<i>Emergency Room</i>
FAR	<i>Federal Acquisition Regulation</i>
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
FFS	<i>Fee-for-Service</i>
FMC	Formulario de Medicamentos en Cubierta
FQHC	<i>Federally Qualified Health Center</i>
FTP	<i>File Transfer Protocol</i>
FUH	Seguimiento luego de Hospitalización por Enfermedad de Salud Mental
FWA	<i>Fraud, Waste & Abuse</i>
GMP	Grupo Médico Primario

GP	Médico General
GSA	Administración de Servicios Generales
HAC	Condición Adquirida en Hospital
HCPCS	<i>Healthcare Common Procedure Coding System</i>
HEDIS	<i>The Healthcare Effectiveness Data and Information Set</i>
HHS	<i>US Department of Health & Human Services</i>
HHS-OIG	<i>US Department of Health & Human Services Office of the Inspector General</i>
HIE	<i>Health Information Exchange</i>
HIO	<i>Health Information Organization</i>
HIPAA	<i>Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996</i>
HITECH	<i>The Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act of 2009, 42 USC 17391 et. Seq</i>
HMO	<i>Health Maintenance Organization</i>
IBNR	<i>Incurred-But-Not-Reported</i>
ICD-10	<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10th edition).</i>
IMHD	<i>Integrated Mental Health Department</i>
IVR	Sistema Interactivo de voz
JLDMPR	Junta de Licensamiento y Disciplina
LEIE	<i>List of Excluded Individuals and Entities</i>
LGBTQ+	<i>Lesbian, Gay, Bisexual, & Transgender</i>
LME	Lista de Medicamentos por Excepción

MAC	<i>Maximum Allowable Cost</i>
M-CHAT	<i>Modified Checklist for Autism in Toddlers</i>
MCG	<i>Milliman Care Guidelines – Guías de Cuidado Médico</i>
MCO	<i>Managed Care Organization / Organización de Manejo de Caso</i>
MCTS	Manejadores de Caso de Trabajo Social
MD	<i>Medical Doctor</i>
MFCU	Unidad de Autofraude de Medicaid
MHSIP	<i>Mental Health Statistics Improvement Program</i>
MI	Medicina Interna
MMIS	<i>Medicaid Management Information System</i>
NCQA	<i>National Committee for Quality Assurance</i>
NDMC	<i>Notice of Denial of Medical Coverage – Carta para criterio del alta en nivel agudo</i>
NEMT	<i>Non-Emergency Medical Transportation</i>
NPDB	<i>National Practitioner Data Bank</i>
NPI	<i>National Provider Identifier</i>
NPL	<i>National Provider List</i>
NPPES	<i>National Plan and Provider Enumeration System</i>
NQMC	<i>National Quality Measures Clearinghouse</i>
Ob-Gyn	Ginecología
OCR	Oficina de Derechos Civiles

OIG	Oficina del Inspector General
ONCHIT	<i>Office of the National Coordinator for Health Information Technology</i>
OPP	Oficina del Procurador del Paciente
OTC	Medicamentos que se obtienen sin receta médica
P&T	<i>Pharmacy and Therapeutics</i>
PBM	<i>Pharmacy Benefit Manager / Administrador de Beneficios de Farmacia</i>
PCP	<i>Primary Care Physician</i>
PDL	<i>Preferred Drug List</i>
PF	Medicina Familiar
PFCRA	Ley de Reparaciones Civiles contra el Fraude al Programa de 1986 Program Fraud Civil Remedies Act of 1986
PHI	<i>Personal Health Information</i>
PIP	<i>Performance Improvement Projects</i>
PMG	Grupo Médico Primario
PNN	Red Preferida
POA	<i>Present on Admission</i> – Condición presente al momento de ingresar
PPA	<i>Pharmacy Program Administrator</i>
PPACA	<i>Patient Protection and Affordable Care Act</i>
PPC	Cuidado Prenatal y Posparto
PPN	<i>Preferred Provider Network</i>
PRHIEC	<i>Puerto Rico Health Information Exchange Corporation</i>

PSG	Plan de Salud del Gobierno
QAPI	<i>Quality Assessment Performance Improvement Program / Programa de Evaluación de Calidad y Mejoramiento en la Ejecución</i>
QIP	<i>Quality Improvement Procedure</i>
RFP	<i>Request for Proposals</i>
RHC	<i>Rural Health Center/Clinic</i>
RMD	Director Médico Regional
SAMHSA	<i>Substance Abuse and Mental Health Services Administration</i>
SARAFS	Secretaría Auxiliar para Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud
SAS	<i>Statement on Auditing Standards</i>
SCR	<i>Senior Concurrent Reviewer</i> - Personal con doctorado dedicado a la revisión concurrente de expedientes médicos.
SMART	Metas y objetivos específicos, medibles, alcanzables orientados a resultados
SMI/SED	<i>Serious Mental Illness/Serious Emotional Disability</i>
SNF	<i>Skilled Nursing Facility</i> – Centro de Cuidado Diestro de Enfermería
SRAE	<i>Serious Reportable Adverse Event</i> – Evento clínico prevenible o centinela.
SSD	Desorden Bipolar que usan antipsicóticos
SSN	<i>Social Security Number</i>
SUDs	<i>Substance Use Disorders</i>
TAU	<i>Transitional Admission Unit</i> – Unidad de Transición Contratada
TDD	<i>Telecommunication Device for the Deaf</i>

TPL	<i>Third Party Liability</i>
TU	<i>Transportation Unit – Unidad de Transportación</i>
UM	<i>Utilization Management</i>
US	<i>United States of America</i>
USC	<i>United States Code</i>

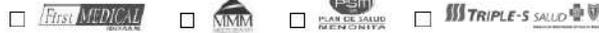
ANEJOS

1. Formulario de Cubierta Especial
2. Flujograma para prueba de Cernimiento Hepatitis C
3. Itinerario de Eventos Educativos para los beneficiarios sobre Hepatitis C
4. Formulario de Consultas y Referidos
5. Hoja de Referido Trabajo Social

1. Formulario Cubierta Especial

ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD (ASES) DE PUERTO RICO

FORMULARIO DE REGISTRO DE CONDICIONES ESPECIALES



V_mayo 2021

SECCIÓN I INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO					
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE INICIAL	
NUMERO DE CONTRATO			FECHA DE CUBIERTA MES / DIA / AÑO		
TIENE OTRO SEGURO MED <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		NOMBRE OTRO SEGURO		NUM. CONTRATO DEL OTRO SEGURO	
SEXO AL NACER <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		FECHA DE NACIMIENTO MES / DIA / AÑO		FECHA DE EFECTIVIDAD MES / DIA / AÑO	
DIRECCIÓN FÍSICA		MUNICIPIO		ZIP CODE	
DIRECCIÓN POSTAL		MUNICIPIO		ZIP CODE	
CORREO ELECTRÓNICO		TELÉFONO O CEL. ALTERNO		NÚMERO DE FAX	
CORREO ELECTRÓNICO		TELÉFONO O CEL. ALTERNO		NÚMERO DE FAX	
SECCIÓN II INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR QUE SOLICITA					
NOMBRE PROVEEDOR (letra de molde)		NÚMERO DE LICENCIA		NPI	
ESPECIALIDAD		TELÉFONO OFICINA		FRMA DEL PROVEEDOR	
CORREO ELECTRÓNICO		FECHA DE EMISIÓN DEL REFERIDO A REGISTRO MES / DIA / AÑO		# CEL. PROVEEDOR (opcional)	
FAX PROVEEDOR		ICD-10 (1)		ICD-10 (2)	
ICD-10 (3)		ICD-10 (1)		ICD-10 (2)	
<input type="checkbox"/> AUTISMO: (a) Provisional coverage <input type="checkbox"/> R63.50 Unspecified lack of expected normal psychological development in childhood <input type="checkbox"/> R62.0 Delayed Milestone in childhood <input type="checkbox"/> F88 Other disorders of psychological development <input type="checkbox"/> F80.2 Mixed receptive and expressive language disorders <input type="checkbox"/> (b) Permanent registration		Certification of risk by the primary care physician and evidence of the screening tool utilized. The provisional coverage will last for six months. If the evaluation process is not completed, the provisional coverage may be renewed for six additional months. (Mark what screening tools were used for evaluation): <input type="checkbox"/> <16 months – Ages & Stages Questionnaires: Social Emotional-2 (ASQ-SE-2) or Communication Symbolic Behavior Scales -Developmental Profile (CSBS-DP) <input type="checkbox"/> 16-30 months – Modified Checklist for Autism in Toddlers: Revised Follow-Up (M-CHAT R/F) <input type="checkbox"/> 31-66 months – Ages & Stages Questionnaire-Social Emotional-2 (ASQ-SE-2) <input type="checkbox"/> ≥48 months – Social Communication Questionnaire (SCQ mental age > 2 years) Communication & Symbolic Behavior Scales Developmental Profile (CSBS-DP) <input type="checkbox"/> 67 months-11 years – Childhood Asperger Syndrome Test (CAST) <input type="checkbox"/> > 11 years – Australian Scale for Asperger Syndrome (ASAS) (See, Protocol of Autism from the Department of Health) For permanent registration is required any of the following Diagnosis certification by: • Clinical Psychologist, • School Psychologist, • Counselor Psychologist, • Neurologist, • Psychiatrist, • Pediatrician development specialist. Professionals should have training or experience in the area of Autism, as required by the Protocol of Autism from the Department of Health of PR. After 21 years, to continue in the special coverage, a certification by a neurologist or psychiatrist establishing the need for the condition management and treatment as an adult is required.			
<input type="checkbox"/> CÁNCER: - Includiendo cuidado paliativo- Certificación diagnóstica (con estudio) por Hematólogo/ Oncólogo, o por especialista médico a cargo del manejo de la condición.		Certificación debe incluir plan de tratamiento con fechas de inicio y terminación estimadas. (La aseguradora proveerá un documento específico para que el especialista documente la certificación de diagnóstico específico y solicitud de Registro de Cáncer.) - Evidencia de resultado de biopsia. - En casos donde no pueda confirmarse el diagnóstico por patología (biopsia), se considerará la evidencia de estudios diagnósticos como CT, MRI, PET Scan, Sonografía, que justifiquen diagnóstico/ estudio.			
<input type="checkbox"/> CANCER DE PIEL / CARCINOMA IN SITU:		Certificación diagnóstica con resultado positivo en Biopsia			

SECCIÓN III CONDICIÓN ESPECIAL SOLICITADA Y DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA SU VALIDACIÓN	
<input type="checkbox"/> ANEMIA APLÁSICA: Certificación de diagnóstico definitivo por Hematólogo/ Oncólogo.	Evaluación Hematológica: Contaje absoluto de Neutrófilos < 500/mm ³ Plaquetas < 20,000/mm ³ Reticulocitos < 1% Resultados de la aspiración y/o biopsia de Médula Ósea
<input type="checkbox"/> ARTRITIS REUMATOIDE: Certificación de diagnóstico por Reumatólogo.	Evidencia de al menos 4 de 7 criterios establecidos por Colegio Americano de Reumatología: -Rigidez matutina de las articulaciones (al menos durante una hora) durante más de seis semanas. -Inflamación articular (artritis) con hinchazón palpable en tres o más regiones articulares durante más de seis semanas. - Artritis en articulaciones de la mano o de los dedos durante más de seis semanas. - Artritis simétrica (al mismo tiempo en ambos lados de la misma región articular) durante más de seis semanas. - Nódulos reumatoideos. - Prueba positiva de Factor reumatoide. - Pruebas de laboratorio: ESR, ANA Test, CRP, RA Factor, Radiografías. - Evidencia de tratamiento con un medicamento DMARD
<input type="checkbox"/> AUTISMO: (a) Provisional coverage <input type="checkbox"/> R63.50 Unspecified lack of expected normal psychological development in childhood <input type="checkbox"/> R62.0 Delayed Milestone in childhood <input type="checkbox"/> F88 Other disorders of psychological development <input type="checkbox"/> F80.2 Mixed receptive and expressive language disorders <input type="checkbox"/> (b) Permanent registration	Certification of risk by the primary care physician and evidence of the screening tool utilized. The provisional coverage will last for six months. If the evaluation process is not completed, the provisional coverage may be renewed for six additional months. (Mark what screening tools were used for evaluation): <input type="checkbox"/> < 16 months – Ages & Stages Questionnaires: Social Emotional-2 (ASQ-SE-2) or Communication Symbolic Behavior Scales -Developmental Profile (CSBS-DP) <input type="checkbox"/> 16-30 months – Modified Checklist for Autism in Toddlers: Revised Follow-Up (M-CHAT R/F) <input type="checkbox"/> 31-66 months – Ages & Stages Questionnaire-Social Emotional-2 (ASQ-SE-2) <input type="checkbox"/> ≥ 48 months – Social Communication Questionnaire (SCQ mental age > 2 years) Communication & Symbolic Behavior Scales Developmental Profile (CSBS-DP) <input type="checkbox"/> 67 months-11 years – Childhood Asperger Syndrome Test (CAST) <input type="checkbox"/> > 11 years – Australian Scale for Asperger Syndrome (ASAS) (See, Protocol of Autism from the Department of Health) For permanent registration is required any of the following Diagnosis certification by: • Clinical Psychologist, • School Psychologist, • Counselor Psychologist, • Neurologist, • Psychiatrist, • Pediatric development specialist. Professionals should have training or experience in the area of Autism, as required by the Protocol of Autism from the Department of Health of PR. After 21 years, to continue in the special coverage, a certification by a neurologist or psychiatrist establishing the need for the condition management and treatment as an adult is required.
<input type="checkbox"/> CÁNCER: - <i>Incluyendo cuidado paliativo</i> - Certificación diagnóstica (con estadio) por Hematólogo/ Oncólogo, o por especialista médico a cargo del manejo de la condición.	Certificación debe incluir plan de tratamiento con fechas de inicio y terminación estimadas. (La aseguradora proveerá un documento específico para que el especialista documente la certificación de diagnóstico específico y solicitud de Registro de Cáncer.) - Evidencia de resultado de biopsia. - En casos donde no pueda confirmarse el diagnóstico por patología (biopsia), se considerará la evidencia de estudios diagnósticos como CT, MRI, PET Scan, Sonografía, que justifiquen diagnóstico/ estadio.
<input type="checkbox"/> CÁNCER DE PIEL / CARCINOMA IN SITU:	Certificación diagnóstica con resultado positivo en Biopsia
<input type="checkbox"/> CÁNCER DE PIEL: MELANOMA: Certificación de registro por dermatólogo u Oncólogo/Hematólogo	Patología o Biopsia positiva Estudios especiales CT Scan, MRI, Sonograma
<input type="checkbox"/> CERNIMIENTO AUDITIVO NEONATAL: Cubierta TEMPORERA hasta los seis (6) meses de edad o diagnóstico definitivo, lo que ocurra primero. Los proveedores que pueden solicitar el registro provisional o temporero: médicos primarios, incluyendo pediatras.	El neonato con problema inicial de audición, según refleja el resultado de la prueba de cerramiento neonatal, se debe registrar obligatoriamente en Cubierta Especial bajo un Registro Provisional Temporero. Para ello se requiere el informe inicial de hallazgos auditivos que es parte del cerramiento neonatal. Es la única documentación que se requiere a esta etapa del proceso. <i>(Para más detalles, referirse al Protocolo de pruebas de audición y su seguimiento en neonatos (ASES-OPCAC-2019/P004-1).</i>

ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD (ASES) DE PUERTO RICO

<input type="checkbox"/> EMBARAZO: Certificación de embarazo por ginecólogo obstetra	Hoja de registro Obstétrico. Una vez se registra el caso, se enviará a la asegurada por correo una certificación de la cubierta especial.
<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: Se utiliza la razón de filtrado glomerular calculado, (GFR por sus siglas en inglés).	Se requiere evidencia de resultados reciente de creatinina en sangre, edad, sexo y raza del asegurado. Nivel 3: GFR mayor de 30-59, N18.3 Nivel 4: GFR mayor de 15-29, N18.4 Nivel 5: GFR menor de 15, N18.5 ESRD: N18.6
<input type="checkbox"/> ESCLERODERMA: Certificación de diagnóstico por reumatólogo	Certificación de diagnóstico por reumatólogo con evidencia de los siguientes laboratorios: - ANA Test, DS-DNA - Anti Sm - Anti Fosfolípidos - Biopsia de piel.
<input type="checkbox"/> ESCLEROSIS MÚLTIPLE <input type="checkbox"/> ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA: Certificación del diagnóstico por neurólogo.	CRITERIOS Dos (2) episodios distintos de síntomas neurológicos causando síntomas o hallazgos de laboratorio. Resultado de MRI de cerebro. Resultado de punción lumbar. Síntomas que indican daño en más de una región del Sistema Nervioso Central. Validez que otra enfermedad no es causante de los síntomas presentes.
<input type="checkbox"/> FALLO CARDÍACO CLASE III y CLASE IV NYHA: Cubierta especial TEMPORERA con duración máxima de cuatro (4) meses, NO PRORROGABLES..	CRITERIOS - El cardiólogo del beneficiario tendrá que someter una certificación, donde indique el diagnóstico de fallo cardíaco con fracción de eyección disminuida (HFREF), con un EF igual o menor de 30%, y sustentar con pruebas objetivas los hallazgos y el tratamiento ofrecido hasta la fecha del referido. Tiene que informar que, el beneficiario es un candidato real para ser recipiente de un trasplante de corazón y documentar al menos una (1) de los siguientes: - Fracción de eyección ventricular izquierda o LVEF <30% - Hospitalizaciones recurrentes por la condición de fallo cardíaco. - Fallo sintomático a pesar de haberse optimizado las terapias y el uso de dispositivos de ayuda. - Incremento continuo de requerimientos de medicamentos diuréticos. - Dependencia progresiva de agentes inotrópicos positivos. Y: Ausencia de disfunción ventricular derecha severa e insuficiencia de la válvula tricúspide (Absence of severe right ventricular dysfunction and tricuspid regurgitation)
<input type="checkbox"/> FENILCETONURIA (PKU) EN ADULTOS	Si antes de alcanzar la edad adulta (21 años), el beneficiario estaba registrado bajo la cubierta de Niños con Condiciones Especiales por diagnóstico de PKU, esto se considera suficiente evidencia para una continuación de cubierta. No se requiere evidencia clínica adicional.
<input type="checkbox"/> FIBROSIS QUISTICA: Certificación del diagnóstico por neumólogo confirmando condición.	Prueba de sudor. Evidencia de tratamientos.
<input type="checkbox"/> HEMOFILIA: Certificación por hematólogo de diagnóstico de Hemofilia:	Severa: Niveles de Factor VIII <1% Moderada: Nivel de Factor VIII <1-5% Leve: Nivel de Factor VIII 5-25% con sangrado severo. Resultados de Niveles de Factores de Coagulación Pacientes con Hemofilia A y B severas. Pacientes con Hemofilia A y B severas, con presencia de inhibidores. Pacientes con Hemofilia A y B moderadas, con presencia de inhibidores.

<input type="checkbox"/> HEPATITIS C CRÓNICA (HCV): Certificación por: Gastroenterólogos, Infectólogos, o Hematólogos, Primarios capacitados, HIV Treaters	Se requiere la evidencia de: <ul style="list-style-type: none"> Examen positivo de anticuerpos HCV Examen cuantitativo RNA Puede ser sometido por el MCO / PCP o Especialista. La cubierta durará desde el momento en que el paciente sea registrado hasta 6 meses luego de completado el tratamiento con el medicamento Antiviral de Acción Directa (DDA con evidencia de respuesta virológica sostenida no detectada). <p>El paciente tendrá acceso directo sin referido del PCP:</p> <ul style="list-style-type: none"> A especialista o subespecialista para el manejo de su condición. Al medicamento Antiviral de Acción Directa (DDA) establecido bajo la Cubierta de Medicamentos de ASES. A laboratorios médicamente necesarios, así como Imágenes, Sonografía, MRI, CT o alguna otra imagen radiológica sin referido del PCP.
<input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN PULMONAR: Certificación de diagnóstico y plan de tratamiento por el neumólogo o cardiólogo.	Evidencia de Estudio que certifique condición.
<input type="checkbox"/> LEPRA: Certificación del diagnóstico por infectólogo o dermatólogo confirmando condición.	-Evidencia de resultado de biopsia de piel -Resultado positivo en cultivo de infección
<input type="checkbox"/> LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO: Certificación de diagnóstico por reumatólogo.	Evidencia de los siguientes laboratorios: -ANA Test, DS-DNA -Anti Sm -Anti Phospholipids.
<input type="checkbox"/> NINOS CON CONDICIONES ESPECIALES: Certificación del pediatra o especialista en la condición afectada. Laboratorio o estudio que determinó Dx:	Laboratorios pertinentes que sustente el diagnóstico.
<input type="checkbox"/> POST-TRASPLANTADOS: Excepto los trasplantes de córnea, hueso o piel a los que no les aplica la clasificación como condición especial. Certificación del especialista en trasplante o el especialista en la condición del órgano afectado (neumólogo; nefrólogo; hepatólogo/gastroenterólogo; cardiólogo; cirujano de trasplantes)	Fecha del trasplante Tratamiento actual y medicamentos.

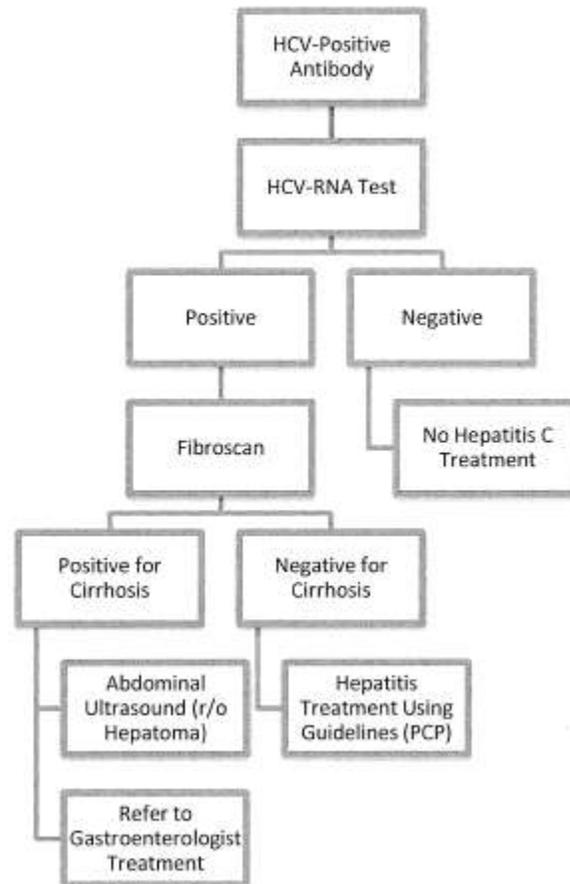
ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD (ASES) DE PUERTO RICO

<input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS: Certificación del Neumólogo con plan de tratamiento	Evidencia de: <ul style="list-style-type: none"> Resultado de Prueba de la tuberculina Resultado de prueba IGRA Radiografía de tórax (pecho). Muestras de esputos (secreción, flema) para AFB Y cultivo para M. tuberculosis o Lavado Bronquial cuando no pueden expectorar. Biopsias del lugar afectado, si aplica. Resultado de Prueba de VIH
<input type="checkbox"/> VIH SIDA: Certificación de registro por medico primario o médico de clinica de HIV	Evidencia de: <ul style="list-style-type: none"> Resultado positivo en Western Blot (IFA) Inmunofluorescent Assay o Prueba de CD 4 o Evidencia de Enfermedades Oportunistas: - <i>Candidiasis</i> - <i>Cáncer del cuello uterino (invasor)</i> - <i>Coccidioidomycosis, criptococosis, criptosporidiosis</i> - <i>Enfermedad por Citomegalovirus</i> - <i>Encefalopatía (relacionada con el VIH)</i> - <i>Herpes simple (infección grave)</i> - <i>Histoplasmosis</i> - <i>Isosporiasis</i> - <i>Sarcoma de Kaposi</i> - <i>Linfoma (ciertos tipos)</i> - <i>Complejo mycobacterium</i> - <i>Neumonía (por pneumocystis)</i> - <i>Neumonía (recurrente)</i> - <i>Leucoencefalopatía multifocal progresiva (PML)</i> - <i>Septicemia por salmonela (recurrente)</i> - <i>Toxoplasmosis del cerebro</i> - <i>Tuberculosis</i> - <i>Síndrome de Emaciación</i>

COMENTARIOS

2. Flujograma para la Prueba de Hepatitis C

Flowchart for Diagnosis and Treatment Initiation for Patients with Positive Antibody for Hepatitis C Viral Infection



3. Itinerario de Eventos Educativos para los beneficiarios sobre Hepatitis C

Table. Schedule of Events for Patients who will be receiving direct acting agents (Anti-Viral Therapy).

	Pre-Treatment	Week 2 of Anti-viral Treatment	Week 8 End of Anti-viral Treatment	12 weeks AFTER finishing Anti-viral therapy
Clinic Visit	X		X	X
HCV RNA	X		X	X
HCV Genotype*	X			
CBC	X		X	X
Liver Panel	X	X	X	X
Creatinine /INR	X		X	X

**For stratification of response to therapy, cirrhosis and clinical outcomes.*

4. Formulario de Consultas y Referidos



V.04/2021

NÚMERO DE REFERIDO
202 - _____

REFERIDO Y/O CONSULTA

- PROFESIONAL
 INSTITUCIONAL



SECCIÓN I INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO						
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	INICIAL	NÚMERO DE CONTRATO	FECHA DE CUBIERTA MES / DIA / AÑO	GRUPO MÉDICO
¿TIENE OTRO SEGURO MÉDICO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DEL SEGURO	NÚMERO DE CONTRATO DEL OTRO SEGURO	FECHA DE EFECTIVIDAD MES / DIA / AÑO	TELÉFONO O CELULAR	TEL./CEL ALTERNO	
DIRECCIÓN FÍSICA		MUNICIPIO	ZIP CODE	CORREO ELECTRÓNICO		
DIRECCIÓN POSTAL		MUNICIPIO	ZIP CODE			
SECCIÓN I INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR QUE REFIERE						
NOMBRE DEL PROVEEDOR (en letra de molde)				NPI	TELÉFONO OFICINA	
FIRMA DEL PROVEEDOR	FECHA DE EMISIÓN DEL REFERIDO MES / DIA / AÑO		CELULAR PROVEEDOR	CORREO ELECTRÓNICO		

SECCIÓN II INFORMACIÓN CLÍNICA		
FAVOR DE INDICAR LOS CODIGOS DE DIAGNÓSTICOS Y SU DESCRIPCIÓN POR EL CUAL ESTA REFIRIENDO AL PACIENTE		
1- CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO - DESCRIPCIÓN	2- CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO - DESCRIPCIÓN	3- CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO - DESCRIPCIÓN
4- CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO - DESCRIPCIÓN	5- CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO - DESCRIPCIÓN	6- CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO - DESCRIPCIÓN
RAZÓN DE LA CONSULTA: (Incluir historial, examen físico, laboratorios/estudios pertinentes . Anejar copias de estudios y/o resultados de laboratorios.)		
SECCIÓN III BENEFICIARIO REFERIDO PARA (ESPECIFICAR)		
<input type="checkbox"/> CIRUGÍA	<input type="checkbox"/> ANESTESIA	<input type="checkbox"/> PROCEDIMIENTO AMBULATORIO
<input type="checkbox"/> LABORATORIO	<input type="checkbox"/> PRUEBA DIAGNÓSTICA	
<input type="checkbox"/> OTROS _____ (CT, MRIs, Laboratorios Esp., etc.)		<input type="checkbox"/> RAYOS X
<input type="checkbox"/> CONSULTA (Indicar especialidad) _____		<input type="checkbox"/> CONSULTA Y MANEJO
SECCIÓN IV REPORTE DEL ESPECIALISTA		
CONTESTACIÓN A CONSULTA		

Resumen breve de los hallazgos clínicos - Copia de Nota de Progreso adjunta Sí No

Estudios realizados y resultados

Diagnosticos

Plan de tratamiento

INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA				
NOMBRE DEL PROVEEDOR (En letra de molde)	NPI	TEL OFICINA	CELULAR (OPCIONAL)	CORREO ELECTRONICO
FIRMA DEL PROVEEDOR	FECHA DE SERVICIO DESDE MES / DIA / AÑO		FECHA DE SERVICIO HASTA MES / DIA / AÑO	

*** Este documento es válido por 90 días a partir de la fecha de emisión del proveedor que refiere.
 Esta transmisión contiene información confidencial que pertenece al remitente y está legalmente privilegiada. Si usted no es el destinatario deseado, por la presente se le notifica que cualquier divulgación, copia, distribución o acción tomada en relación con el contenido de este documento está estrictamente prohibida. Si has recibido esta transmisión por algún error, por favor notifique al remitente inmediatamente para acordar la devolución de este comunicado.

5. Programa de Trabajo Social

Hoja de Referido

Programa de Trabajo Social de MSO of Puerto Rico, LLC, procura mejorar la calidad de vida y bienestar de los participantes adscritos a las cubiertas de Medicaid. Luego de evaluar los criterios y prioridad de la situación referida, un trabajador social puede realizar una evaluación biopsicosocial si la persona referida acepta participar. Es importante que este formulario se complete y se envíe por correo electrónico a GHP-SW-Referrals@mmmhc.com o vía fax al **787-999-1761** para ser evaluado. Incluya toda la información relevante, para facilitar el proceso de evaluación.

INFORMACIÓN GENERAL	
Número de identificación: _____	Fecha de referido: _____
Nombre del participante: _____	Teléfono #1: _____
Persona contacto: _____	Teléfono #2: _____
Persona que refiere: _____	Teléfono: _____
Según su mejor entendimiento, ¿el/la participante y/o su comunidad podría(n) representar un riesgo de seguridad para el/la Trabajador(a) Social?	
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, especifique: _____

CRITERIOS DEL REFERIDO	
<p>FACTORES SOCIALES (Debe cumplir uno o más criterios)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No tiene hogar (deambula) <input type="checkbox"/> Inhabilidad para autocuidado y: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> no cuenta con un cuidador <input type="checkbox"/> no cuenta con apoyo de familiares o personas cercanas <input type="checkbox"/> Problemas relacionados a inhabilidad para comprar o preparar alimentos <input type="checkbox"/> Vive en condiciones infrahumanas (extremadamente inadecuadas para un ser humano) <input type="checkbox"/> Negligente con su cuidado debido a: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> no acude a seguimiento médico <input type="checkbox"/> no cumple con recomendaciones clínicas (dieta, instrucciones, tratamiento o medicación) <input type="checkbox"/> Problemas de transportación para cuidado médico o para cubrir necesidades básicas <input type="checkbox"/> Infraestructura del hogar insegura debido a que: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> requiere relocalizar mobiliarios, espacios no apropiados <input type="checkbox"/> tiene problemas eléctricos <input type="checkbox"/> el nivel de salubridad en la comunidad o alrededores puede amenazar su seguridad física <input type="checkbox"/> Problemas financieros dificultan seguimiento clínico 	<p>FACTORES CLÍNICOS (Debe cumplir al menos con un criterio social)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Amerita coordinación de servicios clínicos <input type="checkbox"/> Múltiples admisiones <input type="checkbox"/> Múltiples visitas a sala de emergencias por cuidado inapropiado o falta de recursos (económicos o humanos) <input type="checkbox"/> Múltiples readmisiones <input type="checkbox"/> Manejo inadecuado de úlceras o heridas <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria, Demencia o Alzheimer <input type="checkbox"/> No adherente a medicamentos <input type="checkbox"/> No adherente a tratamiento

Incluya información adicional relevante:

