



MANUAL DEL PROVEEDOR

PLAN DE SALUD
MENONITA

TABLA DE CONTENIDO

MODELO DE MANEJO DEL CUIDADO	10
Plan de Salud Menonita, Modelo de Manejo del Cuidado Vital	10
ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN.....	10
Trasfondo.....	10
Elegibilidad	11
Notificación de Decisión – Renovación de Beneficios (antes forma MA-10)	11
Tarjeta de Identificación.....	11
Fecha de Vigencia de Elegibilidad	12
Períodos de Inscripción Abierta.....	12
Procedimientos de inscripción para todos los beneficiarios, excepto los recién nacidos.....	13
Suscripción Automática de Recién Nacidos	13
Cambio de un grupo médico primario (GMP) y un médico de atención primaria (PCP)	14
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL BENEFICIARIO	16
Derechos del Beneficiario.....	16
Derecho a la Privacidad de los Beneficiarios (HIPAA).....	17
Responsabilidades del Beneficiario.....	18
Copagos de los Beneficiarios.....	18
Directrices Anticipadas.....	22
SERVICIOS CUBIERTOS	23
Servicios Dentales.....	24
Servicios de Salud Mental, Abuso de Alcohol y Drogas	24
Servicios No Cubiertos	25
Servicios de Farmacia.....	27
Regla de Emergencia	29

Medicamentos Especiales	29
Manejo del Formulario	30
Preautorizaciones de Medicamentos	30
Reclamaciones de Farmacia.....	33
PROGRAMA DE MEJORA Y RENDIMIENTO DE CALIDAD	33
Programas de Mejora de Rendimiento y Evaluación de Calidad (QAPI)	34
Proyectos de Mejora del Rendimiento (PIP)	36
Programa de Iniciativa de Calidad ER (ERQIP)	37
Programa de Mejora de la Atención Médica (HCIP)	38
Normas de Documentación Médica	39
Conjunto de Datos e Información sobre la Efectividad del Cuidado Médico (HEDIS®)	40
Evaluación del Consumidor sobre Proveedores y Sistemas de Salud (CAHPS®) .	41
Participación del proveedor en el proceso QIPP	41
Sistema de Récord Electrónico de Salud (EHR).....	42
Encuestas de Satisfacción de Proveedores y Beneficiarios	42
ASUNTOS CLÍNICOS	43
Manejo de Cuidado.....	43
Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT).....	43
Alcance de Proveedores y Educación sobre EPSDT	46
Programa de Bienestar Prenatal y Materno.....	47
Objetivos del Programa de Bienestar Prenatal y Materno.....	47
Protocolo de Cubierta Especial.....	48
Guías Clínicas.....	49
Plan de Bienestar	50
Integración de Servicios de Salud Física y Mental	52

Modelo de Prestación de Servicios.....	52
Coordinación de Servicios de Salud Mental.....	53
Intercambio de Información.....	54
Preautorizaciones.....	54
Servicios de Transportación	56
Revisión de Utilización Clínica.....	57
Proceso de Reconsideración Verbal con Representante de Manejo de Utilización o Representante Designado del Hospital	58
Primer Nivel de Apelación	59
Segundo Nivel de Apelación.....	60
Referidos.....	60
RED DE PROVEEDORES	61
Red General	61
Proveedores de Atención Médica Primaria (PCPs).....	62
Proveedores de Salud Mental.....	63
Tipos de Proveedores en la Red	63
Proveedores Fuera de la Red	64
Red de Proveedores Preferidos (PPN).....	64
Estándares de la Red de Proveedores Preferidos (PPN).....	65
Proceso de Contratación	65
Proveedores de Atención Médica Primaria (PCP).....	65
Terminación de PCP de un GMP	65
Panel máximo y paneles cerrados de PCP	66
Proveedor Médico No Primario	66
Credencialización y Re-Credencialización	66
Proveedores No-Participantes.....	69

Inscripción de Proveedores de la Red como Proveedores de Medicaid	69
Estándares de Acceso a la Atención Médica	70
Condiciones No Urgentes	70
Condiciones Urgentes	71
Acceso a Servicios para Beneficiarios con Necesidades Especiales de Salud.....	72
Horario de Servicio.....	72
Turnos Preferenciales	73
Horario Extendido de Grupos Médicos Primarios	73
Educación a Proveedores	73
Actividades Delegadas de la Red de Proveedores	76
FRAUDE, ABUSO Y DESPILFARRO	76
REQUISITOS REGLAMENTARIOS.....	78
Ley Federal de Reclamaciones Falsas.....	78
Ley de Reducción de Déficit.....	80
Revisión del Proveedor.....	80
Perfil del Proveedor.....	81
Educación para Proveedores/Profesionales	81
Reporte de Fraude, Abuso y Despilfarro	81
REQUISITOS E INFORMACIÓN DE LA LEY HIPAA	82
Compromiso de PSM con la Privacidad del Paciente	82
Responsabilidades del Proveedor	82
Leyes Aplicables	83
Uso y Divulgación de PHI	83
Autorizaciones Escritas	84
Derechos del Paciente	84
Seguridad de la Ley HIPAA.....	85

Transacciones HIPAA y Conjuntos de Códigos	86
Identificador de Proveedor Nacional (NPI)	86
PROGRAMA DE COMPETENCIA CULTURAL.....	87
Plan de Competencia Cultural y Diversidad	87
Competencia Cultural Interna y Prácticas de Diversidad	88
Competencia Cultural Externa y Prácticas de Diversidad.....	89
RECLAMACIONES	89
Cómo someter una reclamación a PSM.....	90
Formatos Aceptados de Reclamaciones	90
Pago de Reclamaciones.....	92
Tiempos Requeridos para el Envío de Reclamaciones	93
Proceso de Revisión y Ajuste a Reclamaciones	93
Portal de Proveedores (Easy Fax):.....	94
Ajustes en papel:.....	95
Proceso de Queja por Escrito para Proveedores.....	95
Coordinación de Beneficios	96
La Responsabilidad de Terceros (TPL, por sus siglas en ingles).....	96
Codificación Correcta y Éditos Estándares.....	96
Auditoría de Reclamaciones.....	97
Sobrepagos y Recobros de Reclamaciones.....	98
Facturación al Beneficiario.....	98
QUEJAS, QUERELLAS, APELACIONES Y DISPUTAS	99
Proceso de Quejas, Querellas y Apelaciones	99
Representante Autorizado	99
Métodos de Tramitación	99
Quejas	100
Querellas.....	100

Determinaciones Adversas de Beneficios	101
Apelaciones	102
Apelaciones Expeditas	103
Acceso a Revisión Médica Independiente	104
Acceso a Récor ds de Apelaciones y Querellas	104
Solicitudes de Información Adicional	104
Extensiones de Tiempo para Resolver Querellas o Apelaciones	105
Derecho a Audiencia de Derecho Administrativo	105
Continuación de Beneficios	105
Problemas Graves de Calidad de Atención	106
Política de No Represalias	107
Proceso de Disputa para Proveedores	107
Derecho a una Audiencia de Derecho Administrativo	108
ANEJOS	109
Anejo A: Definiciones	109
Anejo B: Centros para Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles	115
Anejo C: Formulario de Preautorización	116
Anejo D: Solicitud de Preautorizaciones y Excepciones de Farmacia	117
Anejo E: Medidas del Programa de Mejora de la Calidad	118
Anejo F: Formulario -Registro de Cubierta Especial	119
Anejo G: Formulario de Inscripción de EFT	120
Anejo H: Hoja de Ajuste de PSM	121
Anejo I: Formulario de Solicitud de Querella	122
Anejo J: Formulario de Solicitud de Apelación	125
Anejo K: Formulario de Disputa de Proveedor	128

Anejo L: Formato de Ajustes Profesionales	130
Anejo M: Formato de Ajustes Institucionales	131
Anejo N: Formulario de Referido.....	132
Anejo O: Ejemplo de Autorización para el Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida	133
Anejo P: Contracting Request Form	136
Anejo Q: “Request of termination/Transfer Form”	137
Anejo R: “PSM Easy Fax – Adjustment”	138
Anejo S: Formulario de Registro de Condiciones Especiales	140
Anejo T: Registro de Admisiones por Excepción	143

INTRODUCCIÓN

Plan de Salud Menonita (PSM), es una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) con licencia, fundada hace más de 30 años, para brindar cobertura integral de atención médica a las personas y sus familias en toda la isla.

Si es nuevo en PSM o ha participado con nosotros durante años, creemos que este manual le resultará útil en su trabajo diario.

Contiene información significativa que hace que sea más fácil para usted trabajar con nosotros de manera más efectiva y eficiente; enfocándose en las políticas, procedimientos y cambios apropiados al Plan de Salud del Gobierno VITAL (PSG-Vital), por lo tanto, se considera una parte esencial de nuestra relación.

Los temas varían desde:

1. Información general sobre el modelo Vital de manejo del cuidado de PSM
2. Aspectos Administrativos
3. Servicios al beneficiario y líneas de asesoramiento médico
4. Manejo Clínico y Apoyo
5. Manejo de Utilización
6. Facturación
7. Fraude, Abuso y Despilfarro

Como se indicó anteriormente, este manual establece una guía y no incluye, ni pretende incluir, todas las situaciones que un proveedor puede enfrentar al prestar servicios diarios. De vez en cuando, el Plan de Salud Menonita agregará nuevos temas relevantes para el trabajo de los proveedores o actualizará parte de la información incluida en el manual.

Estamos seguros de que esta información le resultará útil cuando preste servicios a nuestros beneficiarios de PSG-Vital.

**Valoramos a
cada persona
respetando su
privacidad e
integridad, con
excelencia,
solidaridad,
cordialidad y
amor por
nuestro
prójimo.**

MODELO DE MANEJO DEL CUIDADO

Plan de Salud Menonita, Modelo de Manejo del Cuidado Vital

PSG-Vital es el programa de servicios de salud patrocinado y ofrecido por el Gobierno de Puerto Rico y administrado por ASES. Vital atiende a una población mixta de Medicaid, Children's Health Insurance Program (CHIP, por sus siglas en inglés) y otras personas elegibles, y promueve la prestación integrada de servicios de salud física y mental.

Los servicios de atención primaria se prestan a través de un médico primario (PCP), que los beneficiarios pueden visitar libremente. El beneficiario también tiene acceso a cualquier proveedor dentro de la Red de Proveedores Preferidos (PPN) de PSM sin la necesidad de referidos, copagos o visto bueno.

Además, los beneficiarios tienen la libertad de elegir PCP, proveedores dentro de la PPN, dentistas, farmacias y laboratorios sin la necesidad de un referido. Pueden recibir servicios de salud mental dentro de la misma instalación del GMP según el Modelo de Uso Compartido, así como servicios físicos en la instalación de salud mental bajo el Modelo de Uso Compartido Inverso.

ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

Trasfondo

El Programa de Salud del Gobierno, también conocido como Vital, es el programa que implementa el Título XIX de la Ley de Seguridad Social (Medicaid). Es administrado por la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES).

El PSG-Vital tiene los siguientes objetivos, entre otros:

- Garantizar el acceso adecuado y diligente a los servicios cubiertos para los beneficiarios en todo Puerto Rico, incluida la facilitación y promoción del acceso al cuidado preventivo.
- Requerir que los contratistas/proveedores brinden cobertura en toda la isla y acceso a los servicios cubiertos en toda la isla en todas las áreas geográficas de Puerto Rico.
- Exhortar a los contratistas a asociarse con entidades de proveedores locales, tales como grupos médicos primarios (GMP), grupos de proveedores y asociaciones de proveedores para aprovechar las mejores prácticas basadas en la isla.

Elegibilidad

Los grupos a ser atendidos bajo PSG-Vital o "personas elegibles" actualmente incluyen:

- Personas elegibles para Medicaid y CHIP, también conocida como la "población federal".
- Población estatal o "Commonwealth" (no cumple con criterios para categorías federales, pero cumplen con categorías estatales)
- Otros grupos, como los empleados públicos (Gobierno Estatal o Municipal).

Cualquier persona puede completar y solicitar el Programa Medicaid para determinar su elegibilidad y, si está certificado como elegible, puede inscribirse en PSM.

El proveedor debe verificar la elegibilidad del beneficiario antes de ofrecer servicios o brindar un referido.

Notificación de Decisión – Renovación de Beneficios (antes forma MA-10)

La determinación del Programa de Medicaid de Puerto Rico de que una persona es elegible para el programa Vital está contenida en el antes denominado Formulario MA-10, ahora conocido como Notificación de Decisión. Una persona que ha recibido una Notificación de Decisión es un "beneficiario potencial". El beneficiario potencial puede acceder a los servicios cubiertos utilizando la Notificación de Decisión como una tarjeta de identificación de beneficiario temporera desde el primer día del período de elegibilidad especificado en el formulario, incluso si la persona no ha recibido una tarjeta de identificación. Solo los beneficiarios de Medicaid, CHIP y del estado ("Commonwealth") reciben una Notificación de Decisión y pueden acceder a los servicios cubiertos con este Formulario como una tarjeta de identificación de beneficiario temporera.

Tarjeta de Identificación

La tarjeta de identificación del Plan de Salud Menonita (por delante y por detrás), que se muestra a continuación:

Delante

Reverso

PLAN DE SALUD
MENONITA

JUAN DEL PUEBLO
00800 12345678
Efectividad: 01/11/2018
Cubierta: 230 C
PCP: JUAN DEL PUEBLO
PMG: #123- JUAN DEL CAMPO

COPAGOS RED NO PREFERIDA
Generalista: \$0
Especialista: \$0
Subespecialista: \$0
Hospital: \$0
ER: \$0 /No ER Hosp: \$0 /No ER No Hosp: \$0
Lab: \$0 /X-Ray: \$0
Dental Prev: \$0 /Rest: \$0

BENEFICIOS FARMACIA
BIN/PCN: 123456/ HCR
Grupo RX: 098765
Rx Preferida:
Rx No Preferida:

Copagos Red Preferida: \$0
\$0 Copagos a niños menores de 21 años
y mujeres embarazadas

Vital
Salud en las personas
COMUNIDAD ORGANIZADA

ASES
Asesoría y Servicio al Cliente

Esta tarjeta no debe ser utilizada bajo ninguna circunstancia por otra persona que no sea el beneficiario identificado. Under no circumstance may this card be used by a person other than the identified enrollee.

Servicio al Beneficiario
1-866-600-4753 (libre de cargos)
1-844-726-3345 TTY (audioimpedidos)

TeleCuidado Menonita
Línea de Consultoría Médica:
24 horas al día, 7 días a la semana
1-844-736-3345 (libre de cargos)
1-844-716-3345 TTY (audioimpedidos)

*Podría tener \$0 copago al llamar antes de visitar una sala de emergencia.
You may have \$0 copayments by calling before visiting an emergency room.

Para recibir ayuda con una emergencia emocional o psicológica 24 horas / 7 días: Línea PAS 1-800-981-0023

Si tiene información o sospecha de posible fraude o abuso, por favor llame:
If you have any information or suspicion of a possible case of fraud or abuse, please call:
1-844-335-2864

PLAN DE SALUD
MENONITA
www.MenonitaVital.com

ASES
Asesoría y Servicio al Cliente

Fecha de Vigencia de Elegibilidad

Aquí hay un resumen de las fechas efectivas de elegibilidad:

- **Elegibilidad para Medicaid y CHIP:** el período de elegibilidad especificado en el Formulario Notificación de Decisión, que es el primer día del mes en el que el beneficiario potencial presenta su solicitud de elegibilidad ante la Oficina del Programa de Medicaid y serán elegibles para inscribirse a partir de esa fecha. Los recién nacidos de Medicaid son efectivos en su fecha de nacimiento.
- **Población Estatal (incluyendo los recién nacidos):** el período de elegibilidad especificado en el Formulario Notificación de Decisión y serán elegibles para ser inscritos a partir de esa fecha.

Períodos de Inscripción Abierta

- **Beneficiarios iniciales inscritos automáticamente:** los beneficiarios iniciales de inscripción automática tendrán una (1) oportunidad de cambiar de compañía de seguros sin causa durante su período de inscripción abierta.
- **Nuevos beneficiarios:** los nuevos beneficiarios de PSG-Vital tendrán la oportunidad de seleccionar una compañía de seguros durante el proceso de elegibilidad para Medicaid con el Programa Medicaid de Puerto Rico. Si el nuevo beneficiario no selecciona una aseguradora, el Programa Medicaid de Puerto Rico elegirá una compañía de seguros en nombre del nuevo beneficiario. A los nuevos beneficiarios se les permitirá elegir una aseguradora diferente una vez sin causa, independientemente de cómo se hizo la selección inicial de la compañía de seguros durante su Período de Inscripción Abierta; que comenzará en la fecha efectiva de Inscripción del nuevo afiliado o en la fecha de notificación de inscripción, lo que sea posterior.

Procedimientos de inscripción para todos los beneficiarios, excepto los recién nacidos

La inscripción se puede solicitar a través del Consejero de Inscripción designado de ASES.

Una vez recibidos los avisos, Plan de Salud Menonita cumplirá con el proceso de inscripción y emitirá una notificación al beneficiario informando sobre su asignación a un Grupo Médico Primario (GMP) y PCP, y sus derechos para cambiar tal GMP o PCP sin causa durante el período de inscripción abierta establecido.

Los beneficiarios de PSM recibirán una tarjeta de identificación, un Aviso de Inscripción, un Manual de Beneficiarios y un Directorio de Proveedores, ya sea en papel o en forma electrónica, dentro de los cinco (5) días laborables posteriores a la inscripción en PSG-Vital.

El Aviso de Inscripción de PSM establece claramente la fecha efectiva de inscripción del beneficiario en PSG-Vital y explica que el beneficiario tiene derecho a recibir los servicios cubiertos a través del Plan de Salud Menonita, Vital. El aviso también informa sobre su derecho a cancelar su inscripción en la compañía aseguradora asignada, y el derecho a seleccionar un PCP diferente o cambiar GMP. PSM exhortará al beneficiario a buscar esta opción si no está satisfecho con la atención o los servicios.

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

Suscripción Automática de Recién Nacidos

PSM notificará a ASES y al Programa Medicaid de Puerto Rico por escrito sobre cualquier beneficiaria que sea una futura madre inmediatamente después del diagnóstico del embarazo, o al menos sesenta (60) días calendario antes de la fecha prevista de parto.

PSM ayudará a cualquier futura madre o tutor que se comunique con PSM que desee hacer una selección de PCP y GMP para su recién nacido y registrar esa selección.

Si la madre o el tutor no ha hecho una selección de PCP y GMP en el momento del nacimiento del recién nacido considerado, PSM asignará automáticamente el recién nacido considerado a un PCP que sea pediatra y parte del GMP del beneficiario.

Cambio de un grupo médico primario (GMP) y un médico de atención primaria (PCP)

Durante el período de noventa (90) días de calendario posteriores a la fecha de efectividad de la inscripción (el período de inscripción abierta), el beneficiario puede cambiar su GMP y PCP asignado automáticamente o seleccionado sin causa. PSM puede ofrecer asesoramiento y asistencia al beneficiario para elegir un PCP y GMP diferente.

PSM aconsejará a ciertos beneficiarios de elegir un médico distinto, o además de, un médico de práctica general como su PCP, de la siguiente manera:

- Se recomendará a las mujeres beneficiarias de doce (12) años o más que elijan a un obstetra/ginecólogo como su PCP.
- Se recomendará a los beneficiarios menores de veintiún (21) años que elijan a un pediatra como su PCP.

Para cumplir con el proceso de pago de capitación de GMP, si un beneficiario cambia de PCP/GMP durante los primeros cinco (5) días calendario del mes, el cambio entrará en vigor en el siguiente mes posterior al cambio. Si el beneficiario cambia de PCP/GMP después del quinto (5º) día del mes, el cambio entrará en vigor en el segundo (2º) mes posterior al cambio. El beneficiario aún puede recibir servicios hasta que el cambio entre en vigencia desde el PCP/GMP asignado inicialmente.

Los beneficiarios pueden cambiar su GMP o PCP en cualquier momento con causa. Lo siguiente constituirá causa para el reemplazo de su GMP o PCP:

- Las convicciones religiosas o morales del beneficiario entran en conflicto con los servicios ofrecidos por los proveedores en el GMP;
- El beneficiario necesita que los servicios se brinden simultáneamente, y no todos los servicios están disponibles dentro de la Red de Proveedores Preferidos asociados con su GMP, y el PCP del beneficiario o cualquier otro proveedor ha determinado que recibir los servicios por separado podría exponer al beneficiario a riesgos innecesarios; o
- Otras razones, incluyendo un deterioro de la relación Proveedor-Beneficiario donde el beneficiario ya no se siente cómodo recibiendo servicios del proveedor, mala calidad de atención, falta de disponibilidad de citas, inaccesibilidad a los Servicios

Cubiertos e inaccesibilidad a los proveedores con la experiencia para atender las necesidades médicas del beneficiario.

Los beneficiarios pueden cambiar sus GMP y PCP por cualquier motivo dentro de los plazos especificados:

- Durante los noventa (90) días calendario posteriores a la fecha de vigencia de la inscripción (período de inscripción abierta);
- Al menos cada doce (12) meses, después de los noventa (90) días calendario posteriores a la fecha de vigencia de la inscripción; o
- En cualquier momento, durante los períodos en que PSM estuviera sujeto a sanciones intermedias.

PSM puede cambiar el GMP de un beneficiario a solicitud del PCP u otro proveedor dentro de ese GMP, en situaciones limitadas, cuando esté debidamente documentado de la siguiente manera:

- La participación continua del beneficiario en el GMP perjudica severamente la capacidad del GMP para brindar servicios a este beneficiario particular u otros beneficiarios;
- El beneficiario demuestra un patrón de comportamiento disruptivo o abusivo que podría interpretarse como no conforme y que no es causado por una enfermedad actual; o
- El uso de los servicios por parte del beneficiario es fraudulento o abusivo (por ejemplo, el beneficiario ha prestado su tarjeta de identificación a otras personas para buscar servicios).

NOTIFICACION POR MOTIVOS MORALES O RELIGIOSOS

Si el proveedor, en base a sus creencias morales o religiosas, decide no brindar un servicio o proveer un referido, para un servicio cubierto por su Plan de Salud Vital, deberá notificar su objeción:

- Al Departamento de Cumplimiento de Plan de Salud Menonita dentro de los cien (100) Días Calendario antes de adoptar la política con relación al servicio para el cual se

está negando el proveedor. Luego de este término, el Departamento de PSM tendrá veinte (20) días para notificar a la ASES la objeción del proveedor; o

- Directamente a la ASES dentro de ciento veinte (120) Días Calendario antes de adoptar la política con relación al servicio para el cual se está negando el proveedor.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL BENEFICIARIO

Derechos del Beneficiario

Los derechos del beneficiario se detallan en el Manual del Beneficiario Vital de PSM:

- Ser tratado con respeto y de manera digna.
- Obtener información escrita de la aseguradora en inglés, español o en un formato alternativo, y traducida a cualquier otro idioma. Además, tiene derecho a obtener toda la información escrita futura en el mismo formato o idioma a menos que le indique lo contrario a la aseguradora.
- Obtener información sobre su aseguradora, centros de atención médica, profesionales de atención médica, servicios de salud cubiertos y cómo acceder a los servicios.
- Elegir un grupo médico primario, un médico de atención primaria y otros médicos y proveedores dentro de la red de proveedores preferidos.
- Elegir un dentista y una farmacia entre la red de la aseguradora.
- Contactar a sus médicos cuando quiera y en privado.
- Obtener la atención médicamente necesaria, cuando sea necesario, incluyendo los servicios de emergencia, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Ser informado de una manera fácil de entender acerca de su salud y todos los diferentes tipos de tratamiento que podrían funcionar, sin importar lo que cuesten e incluso si no están cubiertos.
- Recibir asistencia para tomar decisiones sobre su cuidado médico. El beneficiario puede rechazar el cuidado.
- Solicitar una segunda opinión para un diagnóstico o plan de tratamiento.

- Hacer una directriz anticipada.
- Obtener atención médica sin temor a la restricción física o el aislamiento utilizados para el acoso escolar, la disciplina, la conveniencia o la venganza.
- Solicitar y obtener información sobre sus récords médicos, como se establece en las leyes federales y estatales. Pueden verlos, obtener copias y pedir corregirlos si están equivocados.
- Presentar una queja o una apelación sobre su aseguradora o su cuidado. El reclamo se puede presentar en la oficina de su aseguradora o en la Oficina del Procurador del Paciente.
- Obtener servicios sin ser tratado de manera diferente debido a raza, color, lugar de nacimiento, idioma, sexo, edad, religión o discapacidad. Tiene derecho a presentar una queja si es maltratado. Si se queja o apela, tiene derecho a seguir recibiendo atención sin temor a malos tratos de su aseguradora, proveedores o Plan Vital.
- Elegir un representante autorizado para participar en la toma de decisiones.
- Brindar consentimiento informado.
- Estar libre de hostigamiento por parte de su aseguradora o sus proveedores de la red con respecto a disputas contractuales entre la aseguradora y sus proveedores.

Derecho a la Privacidad de los Beneficiarios (HIPAA)

La información de salud del beneficiario es privada. Las leyes aplicables establecen que ASES, PSM y todos sus contratistas deben proteger esa información.

Como se detalla en el Manual del Beneficiario, ASES y PSM pueden usar y divulgar, según sea necesario, la información protegida para:

- El cuidado del beneficiario;
- El pago de los servicios de salud brindados (reclamaciones);
- Para apoyar las actividades comerciales/administrativas de PSM.

El manual aclara que no podemos compartir la información del beneficiario con otros a menos que haya una autorización por escrito.

Responsabilidades del Beneficiario

Los beneficiarios son informados de sus responsabilidades de la siguiente manera:

- Leer y comprender la información detallada en su guía y otra documentación que se les envió.
- Ofrecer información precisa y completa sobre enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud, y responder cualquier pregunta relacionada a estos asuntos.
- Deben seguir las instrucciones de su médico o informarles si no pueden seguirlas.
- Informar a su médico si el beneficiario no entiende algo.
- Deben asistir durante el proceso de decisión con respecto a su cuidado médico.
- Informar a los proveedores de la existencia de cualquier directriz anticipada (poder, DNR, testamento vital) creada por ellos.
- Tratar a sus proveedores de atención médica y al personal de su aseguradora con respeto y dignidad.
- Informar a PSM si tienen otra aseguradora de salud que debería pagar por su atención médica.
- Notificar a ASES si descubren un caso de fraude y abuso dentro de Vital

Copagos de los Beneficiarios

PAQUETE DE BENEFICIOS, COPAGOS Y COASEGUROS - efectivo en enero 2023

PAQUETE DE BENEFICIOS Y SERVICIOS PARA SALUD MENTAL (MH), DESORDEN DE USO DE SUBSTANCIAS (SUD), MÉDICO/QUIRÚRGICO(M/S)	Federal		CHIPs				Commonwealth				*ELA
	100	110	120	130	220	230	300	310	320	330	400
SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN											
Admisiones	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$15	\$15	\$15	\$20	\$50
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

PAQUETE DE BENEFICIOS Y SERVICIOS PARA SALUD MENTAL (MH), DESORDEN DE USO DE SUSTANCIAS (SUD), MÉDICO/QUIRÚRGICO(M/S)	Federal				CHIPs		Commonwealth				*ELA
	100	110	120	130	220	230	300	310	320	330	400
SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL											
Evaluación, detección 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	\$3	\$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
Servicios de escolta/asistencia profesional y ambulancia	\$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
Tratamiento del trastorno por déficit de atención	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Tratamiento abuso sustancias	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Tratamiento adicción opioides	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Hospitalización Parcial	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Terapia Electroconvulsiva	\$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
SERVICIOS DE SALUD PREVENTIVA											
Cuidado del Bebé	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Vacunación	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Exámenes de Audición	\$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
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
Salud reproductiva /planificación familiar	\$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
Certificados de Salud	\$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											

PAQUETE DE BENEFICIOS Y SERVICIOS PARA SALUD MENTAL (MH), DESORDEN DE USO DE SUBSTANCIAS (SUD), MÉDICO/QUIRÚRGICO(M/S)	Federal		CHIPs				Commonwealth				*ELA
	100	110	120	130	220	230	300	310	320	330	400
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
CUIDADO EN EL HOGAR											
Equipo Médico Duradero	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$5
Hospicio	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$5
Cuidados Paliativos	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$5
SALA DE EMERGENCIAS (ER)											
Visita Sala 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	\$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 subespecialista	\$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
Terapia Respiratoria	\$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 Ostromía	\$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%

PAQUETE DE BENEFICIOS Y SERVICIOS PARA SALUD MENTAL (MH), DESORDEN DE USO DE SUBSTANCIAS (SUD), MÉDICO/QUIRÚRGICO(M/S)	Federal				CHIPs		Commonwealth				*ELA
	100	110	120	130	220	230	300	310	320	330	400
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	\$2	\$2	\$5	\$5	\$0
Cirugía Asistida por Robot	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	40%
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 de Transportación No-Emergente	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$6	\$10
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

**Los copagos aplican a las pruebas de diagnóstico solamente. Los copagos no aplican a las pruebas requeridas como parte de un servicio preventivo.

*** Los copagos aplican a cada medicamento incluido en el papel de la receta.

Directrices Anticipadas

Las directrices anticipadas son instrucciones escritas, como un testamento en vida o un poder notarial duradero para la atención médica, relacionadas con la provisión de atención médica cuando el beneficiario está incapacitado. El documento escrito que establece las instrucciones anticipadas del beneficiario se denomina testamento vital. El beneficiario puede usar cualquiera de las palabras: directriz anticipada o testamento vital.

El médico/proveedor puede brindar información al beneficiario sobre cómo hacer una directriz anticipada. Si el beneficiario está en el hospital, el personal del hospital también puede brindarle información sobre la directriz anticipada. Los beneficiarios también pueden llamar a la Oficina Del Procurador De Personas De Edad Avanzada al 787-721-6121 para obtener información.

Un poder notarial duradero es un documento que le permite al beneficiario nombrar a otra persona para que tome decisiones médicas por ellos. Esta persona solo puede tomar decisiones si el beneficiario está demasiado enfermo para tomar sus decisiones. Él o ella pueden transmitir los deseos del beneficiario si están incapacitados para hacerlo. El beneficiario tiene la opción de ejecutar una directriz anticipada o un poder notarial duradero, pero no se le puede exigir que lo haga. Es su elección.

Si el beneficiario no ha ejecutado una directriz anticipada, el médico o el personal del hospital deben informarles a ellos, y a su familia, sobre el derecho a establecer una directriz anticipada o un poder notarial duradero. Además, ofrecer asistencia para ejecutar una o más directriz y documentar en el registro médico estas discusiones. El beneficiario puede solicitar hablar con un abogado o amigo antes de completar estos documentos.

Para formalizar una directriz anticipada o un poder notarial duradero, el beneficiario debe firmar y fechar los documentos en presencia de un médico y dos testigos que tengan al menos 21 años de edad y que no estén relacionados con el beneficiario por sangre o matrimonio. Además, los documentos pueden ser firmados y fechados en presencia de un abogado.

Una vez que todos firman los documentos, es la regla del beneficiario que rige sobre lo que quieren que suceda si se enferman demasiado para poder notificarlo. Los beneficiarios deben entregar una copia de los documentos a su PCP y a su familia. La directriz prevalecerá hasta que, y si, cambian de opinión.

Si el beneficiario considera que su aseguradora o sus proveedores no están cumpliendo con sus deseos, o si tiene alguna queja, tiene derecho a llamar al centro de llamadas del Plan Vital al 1-800-981-2737 o a la Oficina del Procurador del Paciente de Puerto Rico al 1-800-981-0031. La llamada telefónica es gratis.

SERVICIOS CUBIERTOS

PSM brindará, como mínimo, servicios cubiertos médicamente necesarios a los beneficiarios a partir de la fecha de entrada en vigor de la inscripción de acuerdo con los requisitos de PSG-Vital y el plan estatal de Medicaid de Puerto Rico y el plan CHIP. PSM no impondrá ninguna otra exclusión, limitación o restricción sobre ningún servicio cubierto, y no negará ni reducirá arbitrariamente la cantidad, duración o alcance de un servicio cubierto únicamente debido al diagnóstico, tipo de enfermedad o condición.

Los beneficios de PSG-Vital se dividen en cuatro (4) categorías: (i) Cobertura Básica y de Salud Mental, (ii) Servicios Dentales y (iii) Cubierta Especial.

Los servicios cubiertos son los siguientes:

1. Visitas de rutina al consultorio del médico, chequeos y visitas por enfermedad.
2. Visitas de bienestar para bebés y niños y vacunas.
3. Pruebas y estudios, trabajo de laboratorio y radiografías.
4. Servicios preventivos, que incluyen mamografía, colonoscopia y visitas de bienestar para adultos.
5. Exámenes OB/GYN y pruebas anuales de Papanicolaou
6. Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT), incluidos exámenes periódicos de salud preventiva y otros servicios necesarios de diagnóstico y tratamiento para beneficiarios menores de 21 años.
7. Evaluaciones y pruebas nutricionales
8. Pruebas de visión y audición
9. Cuidado prenatal y postparto
10. Planificación Familiar
11. Certificados de salud, en algunos casos.

12. Servicios Dentales
13. Terapia Física
14. Terapia Ocupacional
15. Terapia del Habla
16. Visitas del médico al domicilio
17. Farmacia
18. Manejo de Cuidado y Coordinación de Servicios
19. Servicios de Emergencias
20. Servicios de Post Estabilización
21. Servicios de Salud Mental
22. Visitas a Especialistas
23. Servicios de Clínica de Salud Comunitaria
24. Hospital: Atención Hospitalaria y Ambulatoria
25. Hospitalización de Salud Mental y Hospitalización Parcial
26. Servicios del Centro de Servicios Ambulatorios
27. Cirugía: pacientes hospitalizados y ambulatorios
28. Servicios de Ambulancia
29. Servicios de Rehabilitación Ambulatoria

Servicios Dentales

El beneficiario puede ver a cualquier dentista que acepte Vital. Los beneficiarios encontrarán información sobre los dentistas participantes en el Directorio de Proveedores de PSM. Los Centros de Servicios del Grupo Médico Primario y PSM también tendrán una copia de la lista.

Servicios de Salud Mental, Abuso de Alcohol y Drogas

PSG-Vital ofrece servicios de salud mental, alcohol y abuso de sustancias. El beneficiario puede solicitar estos servicios siempre que sienta que los necesita y no tiene que ver a su

PCP primero para visitar a un proveedor de servicios de salud mental, alcohol y abuso de sustancias.

PSM quiere facilitar que los beneficiarios reciban servicios de salud física y mental, alcohol y abuso de sustancias en el mismo lugar, también se refieran a la atención integrada.

Según la estructura de proveedores de atención médica de PSM, cada grupo médico primario debe tener un psicólogo y/o un trabajador social disponible al menos de 4 a 16 horas por semana durante el horario de oficina habitual.

Si el beneficiario recibe servicios de salud mental, abuso de alcohol o sustancias en otro lugar (como una clínica de salud mental o un hospital psiquiátrico), deben tener servicios disponibles de un PCP a tiempo parcial para atender sus necesidades de salud física.

Servicios No Cubiertos

Aquí hay una lista general de algunos servicios que no están cubiertos por PSG-Vital. Puede encontrar una lista completa de los servicios que Vital no pagará en línea en www.MenonitaVital.com. Algunos servicios no cubiertos son:

1. Servicios para enfermedades o traumas no cubiertos;
2. Servicios causados por accidentes automovilísticos cubiertos por la Administración de Compensación por Accidentes Automovilísticos (ACAA);
3. Servicios causados por accidentes de trabajo cubiertos por la Corporación del Fondo del Seguro del Estado;
4. Servicios cubiertos por otro seguro o entidad con responsabilidad primaria (responsabilidad de terceros);
5. Servicios de enfermería especializados para la comodidad del beneficiario cuando no son médicamente necesarios;
6. Hospitalizaciones por servicios que pueden prestarse en un escenario ambulatorio;
7. Hospitalización de un beneficiario solo para servicios de diagnóstico;
8. Gastos por servicios o materiales para la comodidad del beneficiario, como teléfono, televisión, kits de admisión, etc.;

9. Servicios prestados por los familiares del beneficiario (padres, hijos, hermanos, abuelos, nietos, cónyuge, etc.);
10. Trasplantes de órganos y tejidos, excepto trasplantes de piel, hueso y córnea;
11. Tratamientos de control de peso por razones estéticas;
12. Medicina deportiva, musicoterapia y medicina natural;
13. Cirugía estética para corregir defectos de apariencia física;
14. Servicios, pruebas de diagnóstico ordenadas o proporcionadas por naturópatas e iridólogos;
15. Certificados de salud, excepto (i) pruebas de laboratorio de investigación de enfermedades venéreas, (ii) pruebas de tuberculosis y (iii) cualquier certificación relacionada con la elegibilidad para el programa Medicaid;
16. Mamoplastia o reconstrucción plástica del seno solo con fines estéticos;
17. Uso ambulatorio de un monitor fetal;
18. Servicios, tratamiento u hospitalización como resultado de abortos inducidos, no terapéuticos o sus complicaciones;
19. Medicamentos entregados por un proveedor que no tiene una licencia de farmacia, excepto aquellos administrados tradicionalmente en el consultorio de un médico, como una inyección;
20. Servicios de anestesia epidural;
21. Pruebas educativas, servicios educativos;
22. Servicios de diálisis peritoneal o hemodiálisis (cubiertos bajo la cobertura especial);
23. Procedimientos nuevos o experimentales no aprobados por ASES a ser incluidos en la cobertura básica;
24. Servicios cubiertos por la Cubierta Especial;
25. Servicios recibidos fuera del límite territorial del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, excepto los servicios de emergencia para Medicaid o beneficiarios de CHIP;
26. Orden judicial para evaluaciones con fines legales;

27. Servicios de asesoramiento o referidos basadas en objeciones morales o religiosas de la aseguradora;
28. Espejuelos, lentes de contacto.
29. Servicios de acupuntura;
30. Procedimientos para cambios de sexo, incluyendo hospitalizaciones y complicaciones;
31. Tratamiento para la infertilidad o relacionado con la concepción por medios artificiales que incluyen tuboplastia, reversión de la vasectomía y cualquier otro procedimiento para restablecer la capacidad de procrear.

Servicios de Farmacia

Vital tiene cobertura de medicamentos recetados para las necesidades de salud física y mental de sus beneficiarios la cual es manejada a través de farmacias participantes contratadas por ABARCA Health quién es el Administrador de Beneficios de Farmacia PBM. El Formulario de Medicamentos Cubiertos (FMC) le servirá de guía para identificar aquellos medicamentos cubiertos y tiene el propósito de mejorar y promover el uso adecuado de medicamentos de forma costo efectiva. Puede acceder al FMC a través de nuestro portal www.menonitavital.com. PSM no impondrá restricciones a los medicamentos recetados disponibles más allá de los establecidos en el FMC, la Lista de Medicamentos por Excepción (LME) o cualquier otro formulario de medicamentos aprobado por la ASES.

La cobertura de medicamentos del PSG-Vital establece como mandatorio el uso de productos genéricos bioequivalente como primera opción. No obstante, PSM no se negará a cubrir un medicamento de marca que no tiene bioequivalente disponible si existe una necesidad médica establecida por el proveedor a través del proceso de excepción.

Si el beneficiario necesita medicamentos, el proveedor debe emitir una receta. PSM promueve el uso de prescripción electrónica para el envío de recetas para así facilitar el proceso y aumentar la seguridad y adherencia a tratamiento. El beneficiario puede elegir cualquier farmacia dentro de la Red PSG-Vital. La lista de farmacias participantes se puede encontrar en el Directorio de Proveedores de PSM o en línea a través de la página web.

Los medicamentos recetados para beneficiarios menores de veinte (20) años y para mujeres embarazadas no tienen copago. El resto de la población tendrá un copago asignado según su nivel de indigencia.

Al recetar medicamentos debe utilizarse el FMC como referencia. El FMC tiene diez (10) listas de medicamentos preferidos:

- Salud Física
- Salud Mental
- Sub-Formularios
 - Salud Física
 - Salud Mental
 - Dental: para el uso de dentistas.
 - Emergencia: para el uso del médico de la sala de emergencias (ER) y con límite de cantidad.
 - Nefrología: para el uso de nefrólogos con beneficiarios registrados en la cubierta especial de nefrología.
 - OBGYN: para el uso de obstetras con mujeres beneficiarias registradas en la cubierta especial de obstetricia.
 - Oncología: para el uso de oncólogos con beneficiarios registrados en la cubierta especial de cáncer.
 - VIH/SIDA: para el uso de médicos con beneficiarios registrados en la cubierta especial de VIH/SIDA.

Los medicamentos recetados en los subformularios no requieren la firma del médico primario si los receta el médico asignado a tratar la condición. Los medicamentos recetados por un médico dentro de la red preferida tampoco requieren la firma del médico primario.

Si el proveedor necesita recetar un medicamento que no está en el FMC pero que es medicamento necesario para el tratamiento de un beneficiario, deberá obtener la autorización de PSM a través del Proceso de Excepción. Para completar este proceso es requerido que se incluya: receta con duración de tratamiento y justificación médica.

Medicamentos entregados directamente a los beneficiarios por un proveedor que no tiene una licencia de farmacia, excepto aquellos que se administran tradicionalmente en el consultorio de un médico, como las inyecciones, están excluidos del beneficio de farmacia.

Regla de Emergencia

Los medicamentos incluidos como parte del Formulario Integrado de Emergencia (FEI) se despacharán para cubrir cinco (5) días de tratamiento. Si un beneficiario requiere de continuidad de tratamiento deberá visitar a su médico primario para reevaluación y determinación del plan de tratamiento.

PSM enfatiza que el PSG-Vital es un plan de atención coordinada, por lo tanto, recomienda que los proveedores verifiquen que los medicamentos recetados en la sala de emergencias sean parte del FEI.

Medicamentos Especiales

SIDA/VIH: Se incluyen medicamentos para el tratamiento de beneficiarios diagnosticados con SIDA o VIH positivos, con la excepción de los siguientes, excluidos de la lista de medicamentos preferidos de ASES: Viread®, Emtriva®, Truvada®, Fuzeon®, Atripla®, Epzicom®, Selzentry®, Intelence®, Isentress/Insentress HD®, Edurant®, Complera®, Stribild®, Descovy®, Triumeq®, Genvoya®, Tivicay® y Odefsey®.

Los proveedores deben referir a los beneficiarios para quienes estos medicamentos inhibidores de la proteasa son médicamente necesarios a los Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTET) u organizaciones comunitarias, donde el beneficiario puede ser evaluado para determinar su elegibilidad para el Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP). Podrá encontrar una lista actualizada de los CPTET en el Anejo B de este manual.

Condiciones crónicas para niños con necesidades especiales de salud: Las recetas cubrirán la terapia durante treinta (30) días calendario y, si es necesario, hasta cinco (5) repeticiones de la receta original según establecido por el médico. Cuando sea médicamente necesario, se cubrirán recetas adicionales.

Tuberculosis y Lepra: Medicamentos incluidos en la cobertura especial.

Condiciones crónicas o condiciones graves de salud mental: Medicamentos cubiertos por un máximo de treinta (30) días calendario excepto al comienzo de la terapia donde, por recomendación del proveedor, se prescribirá un mínimo de quince (15) días calendario para reevaluar el cumplimiento y tolerancia. Bajo las órdenes de un médico, una receta puede repetirse hasta cinco (5) veces.

Para estos beneficiarios, el proveedor puede recetar un suministro de 90 días de algunos medicamentos. De esta manera, el beneficiario pagará el copago una (1) sola vez en lugar de tres (3) veces.

Manejo del Formulario

La ASES es la agencia responsable de establecer y revisar los Formularios de Medicamentos para salud física y salud mental.

ASES tiene un proceso activo para revisar continuamente la cobertura de beneficios de farmacia de acuerdo con los cambios o avances en los estándares de la práctica médica y se evalúan nuevos medicamentos para determinar su inclusión. Por la naturaleza dinámica de este proceso, ASES puede requerir la inclusión o exclusión de medicamentos dentro del FMC en cualquier momento, tomando las consideraciones necesarias para comunicar los cambios a los beneficiarios y proveedores y así garantizar un proceso de transición que conserve el acceso adecuado a los servicios y mantenga la continuidad del tratamiento. Para estos fines, ASES ha establecido un Comité de Farmacia y Terapéutica (Comité P&T) que evalúa los medicamentos que están cubiertos para la salud física y mental. El Comité P&T está compuesto por profesionales de la salud como médicos primarios, psiquiatras y farmacéuticos con licencia, entre otros. Este Comité se reúne periódicamente para evaluar las diferentes clases terapéuticas y emitir sus recomendaciones a ASES para que medicamentos se incluyan o excluyan en el Formulario de Medicamentos con base en evidencia científica, aspectos clínicos y análisis de costo-efectividad.

Adicional al Comité P&T, también existe el Comité Financiero. Este Comité está encargado de maximizar el reembolso del beneficio de farmacia evaluando las recomendaciones del Comité P&T. PSM cuenta con representación en ambos comités.

Periódicamente, bajo la dirección de ASES, el Administrador del Programa de Farmacia (PPA) desarrollará y revisará los formularios de medicamentos de acuerdo con las decisiones tomadas en el Comité P&T.

Preautorizaciones de Medicamentos

Algunos de los medicamentos incluidos en los Formularios están sujetos a evaluación para preautorización (PA).

Para solicitar una preautorización el proveedor deberá:

1. Completar el Formulario de Preautorizaciones y Excepciones de Farmacia (Anejo D) y/o proveer la información necesaria para completar la evaluación. El formulario debe estar completo en todas sus partes, incluyendo los códigos de diagnósticos, códigos HCPCS de los medicamentos (según aplique) y el proveedor que estará ofreciendo el servicio. Formularios o documentación incompleta o ilegible serán devueltos para revisión y reenvío.
2. Enviar la información por fax al 1-866-728-0682. Incluya los siguientes documentos:
 - Orden médica con el nombre completo del beneficiario, fecha, diagnósticos, medicamentos solicitados, nombre del proveedor con su NPI y firma. Órdenes por médicos no participantes deben estar contrafirmadas por el médico primario;
 - Pruebas de laboratorio o estudios que justifiquen el uso del medicamento recetado;
 - Duración del tratamiento;
 - Información demográfica del médico (número de fax, dirección del consultorio y un número de teléfono en caso de que nuestro personal clínico necesite comunicarse con el médico).

Para preautorizaciones administrativas que son manejadas por ABARCA Health debe enviar la información al fax 1-888-437-6471. También puede comunicarse al 787-523-1315. Proceso de Excepción

Los proveedores deben asegurarse de que el medicamento recetado esté incluido en el FMC, y en casos excepcionales, el proveedor podrá prescribir medicamentos fuera del FMC a través del Proceso de Excepción. Los medicamentos incluidos en el LME serán preferidos sobre los medicamentos fuera del FMC.

De ser medicamento necesario el proveedor puede solicitar medicamentos que no estén incluidos en el FMC. Para evaluar la solicitud mediante el proceso de excepción debe incluir la siguiente información:

1. Diagnóstico;
2. Historial o datos médicos relevantes del paciente, incluyendo resultados de laboratorio y otros datos clínicos, según sea necesario;

3. Justificación clínica, adecuadamente documentada por el proveedor, con las razones clínicas que justifican el uso de medicamentos no incluidos en el FMC y duración esperada del tratamiento;
4. Documentación del uso previo de otras terapias alternativas (incluidos los tiempos de uso y los resultados clínicos);
5. Contraindicación, historial de reacciones adversas significativas y/o fallo terapéutico a medicamentos disponibles en el FMC;
6. Ausencia de una alternativa terapéutica en el FMC.

Para solicitar una excepción debe:

1. Completar la Solicitud de Preautorizaciones y Excepciones de Farmacia (Anejo D) y/o proveer la información necesaria para completar la evaluación.
2. Enviar la documentación por fax al 1-866-728-0682, incluyendo todas las referencias médicas necesarias que demuestren el cumplimiento del protocolo clínico de la ASES para dicho medicamento.
3. El Departamento de Farmacia de PSM devolverá las solicitudes incompletas al proveedor por fax o correo electrónico para que sean completadas y reenviadas. El tiempo de evaluación es de 24 horas y éste comienza una vez se recibe toda la información requerida.

El resultado de la evaluación de excepción (aprobada o denegada) se comunicará al beneficiario, a la farmacia y al proveedor, según establecido en la Política de ASES para la Solicitud de Excepción de Medicamentos.

En caso de emergencia, PSM debe autorizar al menos un suministro de 72 horas del medicamento solicitado si el medicamento no está excluido por ley. Si un medicamento requerido no se puede despachar en una cantidad, dosis o forma limitada a un suministro de emergencia de 72 horas (por ejemplo, inyecciones o medicamentos infundidos por una bomba u otro dispositivo), debe autorizarse la cantidad mínima para cubrir el periodo establecido.

Si se necesita tiempo adicional para procesar una solicitud, PSM determinará si otorgará la extensión tan pronto como sea posible y dentro de las veinticuatro (24) horas. La autorización de ASES para otorgar una extensión se delega a PSM. Esta debe ser solicitada por el beneficiario o el proveedor y debe justificarse la necesidad de la extensión para recibir información adicional necesaria. La extensión debe otorgarse considerando el mejor interés

para el beneficiario. El tiempo máximo permitido al otorgar una excepción no debe ser exceder las setenta y dos (72) horas.

Si se recibe una solicitud, pero se necesita información adicional para completar la evaluación, dicha información se solicitará por fax, correo electrónico o contactando al médico. PSM permitirá setenta y dos (72) horas para su envío y el caso será identificado como pendiente a información. Si la información no se recibe durante el plazo establecido, antes del vencimiento de las setenta y dos (72) horas, la solicitud será evaluada con la información disponible. PSM procederá a aprobar, denegar o inactivar el caso por falta de información. En todas las instancias se llevará a cabo el proceso de notificación según aplique.

Si la solicitud de excepción no cumple con los criterios o protocolos clínicos establecidos para el medicamento, PSM realizará una evaluación clínica con la documentación recibida para determinar si existe necesidad médica para la aprobación del medicamento. El médico que receta, la farmacia y el beneficiario serán notificados verbalmente y por escrito por PSM dentro de los plazos aplicables.

La autorización será válida por el periodo establecido en protocolo clínico o por un período de seis (6) o doce (12) meses de acuerdo con lo establecido en el contrato de la ASES.

Para preguntas sobre el estatus de una preautorización, llame al Centro de Llamadas de Preautorización de PSM al 1-844-832-0420 las 24 horas, los 7 días.

Reclamaciones de Farmacia

ABARCA Health es el Administrador de Beneficios de Farmacia (PBM) para los servicios de farmacia y está a cargo de administrar la Red de Farmacias y las reclamaciones. Se recomienda a las farmacias con preguntas relacionadas a la red o al procesamiento de reclamaciones a comunicarse directamente con ABARCA Health al 1-866-993-7422 o a través de correo electrónico a pharmacysupport@abarcahealth.com.

PROGRAMA DE MEJORA Y RENDIMIENTO DE CALIDAD

El Plan de Salud Menonita (PSM) estableció un Programa de Mejoramiento de la Calidad y Desempeño (QIPP) para brindar la estructura y los procesos clave que permitan a PSM llevar a cabo su compromiso con la mejora continua de la atención y los servicios de salud para los beneficiarios de PSG-Vital. El QIPP es un programa en evolución que responde a las

necesidades cambiantes de los beneficiarios y los estándares establecidos por la comunidad médica, los reguladores federales y locales, y los organismos de acreditación.

El QIPP utiliza un enfoque sistemático para medir la calidad de los servicios prestados mediante procesos de monitoreo, medición, análisis y evaluación confiables y válidos de los servicios, proyectos y actividades de atención médica que afectan la atención brindada a los beneficiarios. El programa ha desarrollado un sistema de evaluación de calidad, dirigido a la red de proveedores, que mide el cumplimiento de los indicadores y métricas establecidas por la industria. Este sistema brinda un ciclo continuo para evaluar la calidad de la atención y el servicio entre las iniciativas del plan que incluyen salud preventiva, atención aguda y crónica, salud mental, sobreutilización e infrautilización, continuidad, coordinación de la atención, seguridad del paciente y servicios administrativos y de red.

PSM tendrá con todos los beneficiarios el objetivo principal de mejorar su estado de salud. En los casos en que la salud del beneficiario no sea susceptible de mejora, mantener el estado de salud actual del beneficiario mediante la implementación de medidas para evitar un mayor deterioro de su salud.

PSM buscará aportaciones de los beneficiarios, proveedores, recursos comunitarios y agencias gubernamentales y trabajará con ellos para mejorar activamente la calidad del cuidado brindada a los beneficiarios.

PSM cooperará con cualquier monitoreo de Puerto Rico o Federal de su desempeño como se establece en el contrato de PSM con ASES, que puede incluir, entre otros, revisiones externas de calidad, revisiones operativas, auditorías de desempeño y evaluaciones.

PSM identificará, recopilará y brindará los datos, récords médicos u otra información solicitada por ASES o agencia federal, o sus representantes autorizados, en el formato especificado por ellos.

Programas de Mejora de Rendimiento y Evaluación de Calidad (QAPI)

PSM ha establecido un QAPI (siglas en inglés) que especifica la medición de calidad y las actividades de mejora del rendimiento utilizando criterios clínicamente sólidos, desarrollados a nivel nacional y de aceptación. Para Medicaid elegible y el Programa de

seguro médico para niños -CHIP (siglas en inglés), el programa QAPI cumplirá con los requisitos federales especificados en 42 CFR 438.240.

El programa QAPI se basará en la última investigación disponible en el área de aseguramiento de la calidad y, como mínimo, incluirá los siguientes requisitos pertinentes a los proveedores:

- Método de monitoreo, análisis, evaluación y mejora de la prestación, la calidad y la idoneidad de la atención médica brindada a todos los beneficiarios (incluido el uso excesivo, insuficiente e inadecuado de los servicios) e incluidos aquellos con necesidades especiales de atención médica.
- Políticas y procedimientos escritos para la evaluación de la calidad, el manejo de la utilización y la mejora continua de la calidad que se evalúa periódicamente para determinar su eficacia y contribución en la relación del beneficiario con el proveedor de la red.
- Revisiones de datos de resultados, al menos trimestralmente, para recomendaciones e intervenciones de mejora del rendimiento.
- Mecanismo para detectar la utilización excesiva, inferior e inapropiada de los servicios.
- Metodología y proceso para llevar a cabo la Credencialización y Re-Credencialización de Proveedores.
- Procedimientos para validar la integridad y calidad de los datos del encuentro.
- Proyectos de Mejora del Rendimiento Anual (PIP) según lo especificado por ASES.
- Desarrollo de un programa de iniciativa de calidad para el uso inapropiado de sala de emergencia (ER siglas en inglés).
- Informar sobre medidas de desempeño especificadas.
- Realizar encuestas de satisfacción de proveedores y beneficiarios.
- Informes trimestrales sobre los resultados del programa, conclusiones, recomendaciones y cambios implementados en el sistema, según lo especificado por ASES.

- Proceso para evaluar el impacto y la eficacia del programa QAPI al menos anualmente.

Proyectos de Mejora del Rendimiento (PIP)

Según lo requerido por ASES, PSM implementará PIP en las siguientes áreas:

- Un (1) proyecto de atención clínica en el área de salud renal con el objetivo de identificar de forma temprana la disminución en la función renal.;
- Un (1) proyecto de atención clínica en el área de salud mental con el objetivo de aumentar la detección temprana de depresión, ansiedad y trastornos por uso de sustancias utilizando instrumentos de cernimiento reconocidos a nivel nacional (e.g., Beck Depression Inventory, PHQ-2, PHQ-9, CRAFFT, CAGE-AID, Depression Scale for Children, GAD-7, DAST, ACES, and ASAM).
- Un (1) proyecto de atención clínica diseñado para mejorar los resultados de control de la Hemoglobina Glicosilada en beneficiarios con diabetes que incluye, entre otros, la medida de HEDIS ® Comprehensive Diabetes Care: Hemoglobin A1c (HbA1c) Pobre Control (<9.0%) como una de las medidas de rendimiento.
- Un (1) proyecto administrativo en el área de detección de EPSDT;
- Un (1) proyecto administrativo en el área de la co-localización inversa y co-localización de salud física y mental y su integración; y
- Cualquier otro especificado por ASES o identificado según sea necesario por PSM.

Al diseñar sus PIP, el proceso de PSM:

- Mostrar que el área de estudio seleccionada se basa en una demostración de necesidad y se espera que logre un beneficio medible para los beneficiarios (justificación);
- Establecer metas y objetivos claros, definidos y medibles que PSM y el proveedor también deberán lograr en cada año del proyecto;
- Medir el desempeño utilizando indicadores de calidad que son objetivos, medibles, claramente definidos y que permiten el seguimiento del desempeño y la mejora a lo largo del tiempo;
- Implementar intervenciones diseñadas para lograr mejoras de calidad;

- Evaluar la efectividad de las intervenciones;
- Establecer medidas de rendimiento estandarizadas (como HEDIS u otro producto similarmente estandarizado);
- Planificar e iniciar actividades para aumentar o mantener la mejora; y
- Documentar la metodología de recopilación de datos utilizada (incluidas las fuentes) y tomar medidas para garantizar que sea válida y confiable.

Cada PIP será evaluado por la Organización de Revisión de Calidad Externa (EQRO, siglas en inglés) contratada por ASES y la Oficina de Medicaid de Puerto Rico.

Programa de Iniciativa de Calidad ER (ERQIP)

PSM ha desarrollado un Programa de Iniciativa de Calidad de ER, implementando un monitoreo eficiente y puntual del uso de sala de emergencia por parte de los beneficiarios, incluyendo si dicho uso está justificado por una Condición Médica de Emergencia legítima o Emergencia Psiquiátrica.

El ERQIP está diseñado con un enfoque centrado en la persona con el fin de ofrecer un cuidado de salud integrado supliendo las necesidades de los beneficiarios. Para cumplir con este principio PSM identificara a los altos utilizadores de los Servicios de Emergencia utilizando la definición y algoritmo desarrollado por ASES. El programa se divide en tres fases principales: Identificación, Intervención y Evaluación. Estas tres fases nos permiten ofrecer intervenciones tempranas para garantizar la utilización adecuada de los servicios y recursos. Además, el programa especificará todas las estrategias utilizadas para mejorar la calidad de vida de los beneficiarios y junto a un equipo multidisciplinario buscar soluciones a sus necesidades de salud y barreras socioeconómicas. El Programa incluirá, como mínimo, los siguientes componentes:

- Descripción del/los sistemas(s) para rastrear, monitorear e informar a los usuarios de servicios de emergencia para situaciones que no son de emergencia;
- Criterios para definir situaciones que no sean de emergencia;
- Componente educativo para informar a los beneficiarios sobre el uso adecuado y cómo acceder a los servicios de ER, y a los PCP sobre la identificación de usuarios

altos o usuarios potenciales altos de Servicios de ER y el proceso de presentación de informes a PSM;

- Protocolos para identificar a los altos utilizadores de sala de emergencia y referirlos a Manejo de Caso para la evaluación de necesidades e identificación de otros servicios y recursos más apropiados;
- Proceso para garantizar la provisión de servicios de salud física y mental en un entorno adecuado tras la identificación de la necesidad;
- Informes trimestrales sobre la utilización de los servicios de emergencia ; y
- Proceso para monitorear y evaluar la efectividad del programa, identificar problemas y modificar el programa de iniciativa de calidad de ER según sea necesario para mejorar la utilización del servicio.

Programa de Mejora de la Atención Médica (HCIP)

PSM mantiene procesos activos de monitoreo con el fin de proveer servicios de salud que estén centrados en el paciente y dirigidos a aumentar el uso de la detección, la prevención y la prestación adecuada de atención de manera oportuna a todos nuestros beneficiarios. El HCIP consta de tres (3) iniciativas sujetas a los indicadores de desempeño especificados en el Manual del Programa de Mejora de la Atención Médica incluido en el contrato con ASES ("Manual HCIP"). PSM ofrece capacitación a los proveedores y grupos médicos para garantizar que se sigan las mejores prácticas de calidad para alcanzar los objetivos del HCIP. Las tres iniciativas principales del HCIP se definen con más detalle en el Manual HCIP, y cuál será el documento oficial para especificar los indicadores de desempeño y los períodos de medición. Las iniciativas específicas en el Manual de HCIP consiste en:

1. Iniciativa de Enfermedades Crónicas

- a. Diabetes
- b. Asma
- c. Insuficiencia Cardíaca Severa
- d. Hipertensión
- e. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD)
- f. Depresión Crónica

2. **Iniciativa Personas Saludables**

- a. Detección de cáncer de seno
 - b. Detección cáncer cervical
 - c. Control Presión Arterial
 - d. Seguimiento después de la hospitalización (30 días)
 - e. Detección de diabetes para personas con esquizofrenia o trastorno bipolar que usan medicamentos antipsicóticos
 - f. Acceso de adultos a servicios de salud preventivos/ambulatorios
 - g. Acceso de niños y adolescentes a profesionales de atención primaria AP
 - h. Evaluación Oral - Visita dental anual
 - i. Cuidado prenatal y posparto
 - j. Visita de bienestar de niños en los primeros 30 meses de vida
3. Iniciativa de Altos Utilizadores de ER la cual va dirigida a disminuir el uso inadecuado de sala de emergencia.

PSM ha desarrollado un programa de incentivos para médicos vinculado al Programa de Mejora de la Atención Médica (HCIP) según establecido en la Carta Normativa 21-1001(A) Actualización de Métricas de Incentivos al Proveedor.

Normas de Documentación Médica

Los proveedores de PSM deberán cumplir con los parámetros en el mantenimiento, la documentación y la confidencialidad de los récords médicos de los beneficiarios (electrónicos o en papel). Los criterios para evaluar son:

1. Contenido:
 - a. Datos demográficos, número de identificación del beneficiario o nombre del paciente en todas las páginas
 - b. Todas las entradas deben contener ID de autor, fecha y hora
 - c. Hábitos del paciente
 - d. Historial y examen físico
 - e. Problemas médicos
 - f. Medicamentos

- g. Alergias a medicamentos exhibidas prominentemente
 - h. Condiciones crónicas exhibidas prominentemente
 - i. Notas de progreso fechadas
 - j. Diagnóstico(s)
 - k. Consulta(s)
 - l. Resultados de laboratorios y estudios
 - m. Tratamiento y plan de atención consistente con el diagnóstico
 - n. Educación
 - o. Servicios auxiliares
 - p. Documentación y resultados de evaluaciones apropiadas para la edad
2. Confidencialidad
- a. Protección contra el acceso no autorizado.
 - b. El acceso a la información confidencial computarizada está restringido; y
 - c. Se toman precauciones para evitar la divulgación accidental o innecesaria de información de salud protegida.
3. Disponibilidad
- a. El expediente médico está disponible para el proveedor en cada visita/encuentro.
 - b. Los expedientes médicos están disponibles para la evaluación de PSM, para ASES o EQRO ha pedido.

PSM realizará otras evaluaciones de calidad, no incluidas explícitamente en el Manual HCIP, para monitorear la mejora de la atención, el servicio y la salud de nuestros beneficiarios. Entre ellos, el cumplimiento de las normas de documentación médica.

Conjunto de Datos e Información sobre la Efectividad del Cuidado Médico (HEDIS®)

PSM utilizará el NCQA © HEDIS® como una herramienta de medición para brindar una evaluación precisa de aspectos específicos del desempeño de la organización de atención

administrada. HEDIS® es una actividad realizada anualmente según los requisitos del contrato de PSM con ASES. Los datos provienen de la revisión de expedientes médicos en el sitio y los datos administrativos disponibles. Todas las medidas informadas deben seguir especificaciones rigurosas y se auditan externamente para garantizar la continuidad y la comparabilidad de los resultados. El conjunto de mediciones HEDIS® actualmente incluye una variedad de aspectos del cuidado médico, que incluyen inmunizaciones, exámenes de salud de la mujer, atención de la diabetes, controles de bienestar, uso de medicamentos y enfermedades cardiovasculares, todos alineados con el HCIP. Los resultados de HEDIS® se utilizarán de diversas maneras en iniciativas clínicas y actividades de calidad de proyectos de mejora del rendimiento (PIP) y programas de mejora de la salud.

Evaluación del Consumidor sobre Proveedores y Sistemas de Salud (CAHPS®)

CAHPS® es la herramienta utilizada por PSM para conocer la satisfacción de los miembros con la atención médica y el servicio que reciben. CAHPS® examina medidas específicas, que incluyen obtener la atención necesaria, obtener citas y atención rápida, qué tan bien se comunican los médicos, promoción y educación de la salud, coordinación del cuidado y servicio al cliente, calificación de la atención médica y obtener los medicamentos recetados necesarios. La encuesta CAHPS® se administra anualmente a miembros seleccionados al azar por un proveedor certificado por NCQA®. Los resultados de CAHPS® se utilizan de manera muy similar a los resultados de HEDIS®; solo se enfoca en el aspecto de servicio de la atención más que en las actividades clínicas. Estas encuestas formarán la base de varias actividades de mejora de calidad de PSM.

Participación del proveedor en el proceso QIPP

Se espera que los proveedores monitoreen y evalúen su cumplimiento con los requisitos de desempeño para asegurar la calidad del cuidado y el servicio brindado. También se espera que cumplan con los requisitos de desempeño de PSM y se aseguren de que el tratamiento de los beneficiarios sea eficiente y efectivo al:

- Asegurarse de que los beneficiarios estén actualizados con su examen físico anual y exámenes de salud preventivos, incluidas las órdenes de laboratorio relacionadas y referencias a especialistas;
- Cooperar con las revisiones de récord médicos;

- Ayudar con el proceso de revisión de quejas de PSM;
- Participar en encuestas de satisfacción de proveedores;
- Cooperar con las revisiones sobre los problemas de calidad de la atención y la notificación de incidentes críticos.

Sistema de Récord Electrónico de Salud (EHR)

Un récord electrónico de salud (EHR) es una versión digital del cuadro en papel de un paciente. Los EHR son expedientes centrados en el paciente en tiempo real que hacen que la información esté disponible de forma instantánea y segura para los usuarios autorizados. Si bien un EHR contiene los historiales médicos y de tratamiento de los pacientes, un sistema de EHR está diseñado para ir más allá de los datos clínicos estándar recopilados en el consultorio de un proveedor y puede incluir una visión más amplia del cuidado del paciente.

El GMP y el PCP deben mantener un EHR, instalado y totalmente operativo, con la capacidad de recibir y transmitir datos electrónicamente. Este sistema debe estar operativo los 365 días del año.

Encuestas de Satisfacción de Proveedores y Beneficiarios

PSM realizará una encuesta de satisfacción anual para proveedores y beneficiarios. Las herramientas de encuesta para los beneficiarios serán la Evaluación del Consumidor sobre los Proveedores y Sistemas de Atención Médica ("CAHPS") y la Experiencia de Cuidado y Resultados de Salud ("ECHO").

El tamaño de la muestra para ambas encuestas será igual al número de encuestados necesarios para un nivel de confianza estadística del noventa y cinco por ciento (95%) con un margen de error, no más del cinco por ciento (5%) y no tendrá una tasa de respuesta menor más del cincuenta por ciento (50%).

Los resultados de las encuestas se enviarán a ASES y al Programa Medicaid de Puerto Rico. PSM ha establecido un proceso para notificar a los proveedores y beneficiarios sobre la disponibilidad de los resultados de la encuesta.

PSM tiene un proceso para utilizar los resultados de las encuestas de proveedores y beneficiarios para monitorear la prestación de servicios y la calidad de los servicios y para realizar mejoras en los programas.

ASUNTOS CLÍNICOS

Manejo de Cuidado

El Programa de Manejo de Cuidado de PSM (PSM CM) para los beneficiarios inscritos en el PSG-Vital identifica a las personas con condiciones médicas complejas o graves y garantiza que reciban la atención y educación médicamente necesarias de la manera más costo eficiente. El Programa CM de PSM emplea un proceso clínico y administrativo proactivo que identifica consistentemente a los beneficiarios con necesidades de atención médica crónicas o especializadas, brinda continuidad y coordinación de la atención, utiliza el análisis de datos para identificar oportunidades de mejora e implementar estrategias de mejora según sea necesario.

PSM CM fue desarrollado para facilitar el acceso y la coordinación de servicios para todos los beneficiarios. El programa se enfoca en la identificación proactiva de beneficiarios con condiciones crónicas que son elegidos para ser manejados más de cerca por los manejadores de casos. PSM CM trabaja en colaboración con todos los beneficiarios del equipo de atención médica, incluido el PCP, los planificadores de alta en hospitales afiliados, farmacéuticos, trabajadores sociales y profesionales de salud mental y de la comunidad/médicos que son consultados sobre los planes de atención al paciente. PSM CM ofrece administración de casos y programas educativos a todos los beneficiarios, y mantiene y distribuye normas basadas en evidencia a los proveedores participantes. Todo el personal interactúa con los beneficiarios de PSM para brindar atención coordinada a través de un modelo de Equipo de Cuidado Multidisciplinario (MCT) creado para responder a las necesidades individuales del beneficiario.

Los manejadores de casos de PSM usan la información del proceso de evaluación para desarrollar e implementar Planes de Cuidado Individualizado (ICP) con los beneficiarios de inmediato, en función de la identificación de los beneficiarios de las principales preocupaciones de salud, así como el análisis de los datos disponibles sobre la condición médica y el historial del individuo.

Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT)

El beneficio de EPSDT es obligatorio según lo especificado en las secciones 1902 (a) (43), 1905 (a) (4) (B) y 1905 (r) de la Ley del Seguro Social, y la Parte 5 del Manual Estatal de

Medicaid, que requieren que los servicios EPSDT incluyan servicios de extensión y educación, detección, seguimiento y diagnóstico y tratamiento. Este beneficio cubre los servicios de detección y diagnóstico para determinar las deficiencias físicas y mentales en los beneficiarios que tienen menos de veintiún (21) años, cuidado médico, prevención, tratamiento y otras medidas para corregir o mejorar cualquier deficiencia y condiciones crónicas descubiertas.

El programa "**Crece Saludable con PSM**" incluye procedimientos para llevar a cabo actividades de divulgación y educación, así como informar, rastrear, informar y organizar el seguimiento médico para garantizar el cumplimiento de los horarios de periodicidad infantil saludable. PSM trabajará con nuestra red de proveedores y GMP para garantizar que el alcance completo de los servicios EPSDT requeridos se brinde a todos los niños elegibles. También promueve que los adultos jóvenes reciban exámenes de detección, servicios preventivos y servicios de tratamiento que sean médicamente necesarios para corregir o mejorar cualquier condición identificada, y para promover el crecimiento y desarrollo apropiados de la población pediátrica. PSM se asegurará de que todas las visitas de bienestar de niños se realicen y documenten de conformidad con los requisitos del Programa EPSDT Healthy Child de Puerto Rico. Los servicios EPSDT se brindan sin costo para los beneficiarios.

El acrónimo EPSDT significa:

- **Early (Temprano):** Identificar problemas temprano, desde el nacimiento.
- **Periodic (Periódicamente):** Verificación de la salud de los niños a intervalos periódicos y apropiados para la edad.
- **Screening (Cernimiento):** Proporcionando exámenes de detección físicos, mentales, de desarrollo, dentales, auditivos, de visión y otros para detectar posibles problemas.
- **Diagnosis (Diagnóstico):** Realizar pruebas de diagnóstico para el seguimiento cuando se identifica un riesgo.
- **Treatment (Tratamiento):** Controlar, corregir o reducir los problemas de salud encontrados.

Los componentes de las visitas de bienestar de niños incluyen:

- Historial integral de salud y desarrollo, incluida la evaluación de las condiciones físicas, conductuales y nutricionales.
- Pruebas de laboratorio de acuerdo con la edad y el historial de salud, incluidas las pruebas de toxicidad del plomo.
- Examen físico completo, que incluye gráficos de peso, altura y crecimiento.
- Educación para la salud, incluida la orientación anticipada.
- Evaluación del desarrollo utilizando una herramienta de evaluación del desarrollo reconocida y estandarizada aprobada por ASES.
- Vacunas según edad:
 - Las vacunas son brindadas y pagadas por el Departamento de Salud de Puerto Rico para beneficiarios elegibles de Medicaid y CHIP.
- Evaluación de desarrollo para condiciones socioemocionales, utilizando una herramienta de evaluación de desarrollo reconocida y estandarizada aprobada por ASES.
- Detección de visión y audición.
- Evaluación de plomo a partir de los seis (6) meses de edad y continuando hasta los niños elegibles para EPSDT a los doce (12) y veinticuatro (24) meses de edad. Los niños entre veinticuatro (24) y setenta y dos (72) meses de edad deben recibir una prueba de detección de plomo en la sangre para detectar plomo si no hay registros de una prueba previa. La prueba de detección constará de dos (2) partes: evaluación del riesgo verbal (de treinta y seis (36) a setenta y dos (72) meses de edad) y análisis de sangre para detectar plomo independientemente del riesgo.
- Detección dental y motora fina/macrocópica.
- Detección de tuberculosis.
- Depresión perinatal para madres de bebés en el entorno clínico más apropiado, en la visita pediátrica, conductual u obstetra/ginecológica.

Alcance de Proveedores y Educación sobre EPSDT

PSM educa a los beneficiarios y proveedores sobre los componentes del programa EPSDT. La educación será administrada por el Departamento de Calidad, Asuntos Clínicos y Representantes de Servicio de beneficiarios y proveedores.

La educación y el alcance incluyen, pero no se limitan a:

- Cuidado preventivo.
- Referencia y seguimiento de proveedores con proveedores de servicios dentales, incluidos exámenes y servicios dentales anuales por parte de un proveedor de salud bucal.
- Referencia de proveedores de niños para más servicios de diagnóstico y tratamiento para corregir o mejorar defectos, enfermedades físicas y mentales y afecciones descubiertas por el chequeo EPSDT.
- Calendario de periodicidad y la profundidad y amplitud de los servicios.
- Capacitación de proveedores para garantizar que se sigan las normas de práctica basadas en evidencia, y que los servicios y el cuidado para niños con condiciones crónicas y especiales cumplan con esas normas de práctica.
- Capacitación de proveedores para garantizar el uso y facturación correcta de los códigos de las visitas preventivas y pruebas de cernimiento por edad para asegurar el cumplimiento de los requisitos contractuales de los servicios cubiertos bajo el programa de EPSDT.
- PSM emitirá una lista dirigida a los beneficiarios a cada PCP/GMP cada mes, con una lista de niños elegibles para PCP y EPSDT que no han tenido una cita durante los primeros ciento veinte (120) días de inscripción y que no están en cumplimiento del cronograma de periodicidad EPSDT.
- PSM emitirá un informe trimestral a cada GMP/PCP, incluidos los beneficiarios, que no cumplan con el cronograma de periodicidad EPSDT.
- Brindar asistencia de transporte y programación, si es necesario y apropiado.
- Inicio visita de divulgación a los beneficiarios que no cumplan.
 - En el caso de los padres o tutores legales de los beneficiarios que no pueden ser contactados, el GMP referirá el caso al trabajador social para una visita

domiciliaria o a través del *Community Health Care Worker (CHW)* para ofrecer orientación sobre la importancia de los servicios EPSDT.

Programa de Bienestar Prenatal y Materno

El personal del Programa de Bienestar Prenatal y Materno trabaja en estrecha colaboración con la comunidad de proveedores en la identificación, evaluación e implementación de intervenciones apropiadas para cada beneficiario Vital PSG calificado. El enfoque principal del programa es el alcance a los beneficiarios para identificar a las mujeres embarazadas y la posterior provisión de servicios de evaluación de riesgos, educación y manejo de casos.

El programa identifica las necesidades y coordina la atención y los servicios para todas las beneficiarias embarazadas, incluidos los de alto riesgo, bajo riesgo y posparto, y les ayuda a acceder a los recursos necesarios en virtud del Programa de Manejo de Cuidado PSM.

Todas las beneficiarias embarazadas deben ser referidas e incluidas en la Cubierta Especial de Obstetricia, en virtud de la cual reciben un paquete educativo sobre la importancia del cuidado pre y postnatal, así como los requisitos de EPSDT para su hijo. Todos los beneficiarios en la Cubierta OB Especial tienen acceso garantizado a OB/GYN contratados para sus servicios de atención médica pre y postnatal. Los manejadores de casos llevarán a cabo una evaluación estandarizada de atención prenatal integral para los riesgos maternos y fetales, en el punto más temprano del embarazo para las beneficiarias inscritas en el programa de manejo de casos prenatal.

Objetivos del Programa de Bienestar Prenatal y Materno

1. Asegurar el acceso y mantener la inscripción en el Programa de Manejo de Salud del Embarazo.
2. Aumentar el conocimiento de las beneficiarias recién embarazadas.
3. Mejorar la tasa de detección de posibles factores de riesgo en embarazadas beneficiarias mediante la administración de evaluaciones iniciales y posteriores.
4. Ayudar a las beneficiarias embarazadas a satisfacer sus necesidades básicas.
5. Brindar servicios de educación a todas las beneficiarias embarazadas y sus familias.
6. Brindar atención coordinada, integrada y continua en una variedad de entornos.

7. Involucrar activamente a profesionales, beneficiarios, familias y otros proveedores de salud en la planificación, provisión y evaluación del cuidado.
8. Satisfacer las expectativas de pacientes, familias y profesionales con el cuidado del embarazo.
9. Mejorar la calidad de la recopilación de información y el análisis estadístico para evaluar la efectividad del programa y proyectar las necesidades futuras.
10. Educar y ayudar en el acceso a un método de planificación familiar.
11. Monitorear la efectividad del programa a través de la evaluación de resultados.
12. El Registro de Cubierta Especial se brinda a los beneficiarios con condiciones médicas específicas de alto costo y múltiples facetas, lo que facilita el acceso a especialistas y servicios relacionados a la condición. Los beneficiarios registrados en el Registro de Cubierta Especial pueden acceder a todos los servicios médicamente necesarios sin la necesidad de un formulario de referido del PCP. Para otorgar un Registro de Cubierta Especial, es necesario que el PCP o el especialista a cargo del tratamiento de la condición lo soliciten. El médico que solicita el registro debe enviar todos los documentos necesarios para cada condición y el Formulario de Registro de Cubierta Especial (consulte el Anejo F).
13. Si el diagnóstico cualifica y se recibe toda la documentación necesaria, la enfermera de preautorización registrará al beneficiario en el Registro de Cubierta Especial dentro de las setenta y dos (72) horas posteriores a la recepción de la solicitud del proveedor. Los servicios prestados para las condiciones incluidas en la Cubierta Especial estarán sujetos a autorización previa de acuerdo con la lista de servicios determinada por ASES.

Protocolo de Cubierta Especial

El beneficio de Cubierta Especial está diseñado para que aquellos beneficiarios que, debido a la naturaleza de su diagnóstico y la complejidad de sus necesidades médicas, necesitan fácil acceso a los servicios de salud. Al ser incluido en el registro de Cubierta Especial, el beneficiario no requerirá de referidos para recibir los servicios relacionados a su condición. El PCP y/o el especialista son responsables de referir a estos beneficiarios al programa.

Una vez el PCP y/o especialista identifica que un beneficiario tiene alguna de las condiciones incluidas en el programa, debe completar y enviar el Formulario de Registro de Condiciones Especiales (Anejo F) al Departamento de Preautorizaciones junto con la documentación clínica que indica el formulario. Para el registro de Obstetricia se requiere la Certificación Obstétrica de Cubierta Especial (Anejol) completa en todas sus partes junto al Formulario de Registro de Condiciones Especiales. _Puede descargar una copia del Formulario de Cubierta Especial y Certificación Obstétrica de Cubierta Especial desde el Portal de Proveedores de PSM <http://psmconnet.psmpr.com/login>. Para solicitar registro en Cubierta Especial debe enviar la documentación a través de fax de Cubiertas Especiales de PSM al (787) 332-0923. Si el diagnóstico cualifica, el equipo de preautorizaciones registrará al beneficiario en Cubierta Especial en un periodo no mayor a setenta y dos (72) horas luego de haber recibido la documentación. Es importante saber que el registro de Cubierta Especial elimina la necesidad de un referido por parte del PCP, pero no elimina el requisito de preautorización en aquellos servicios que así lo requieran.

Condiciones de Cubierta Especial	
Adultos con Fenilcetonuria (PKU)	Fibrosis Quística
Anemia Aplásica	Hemofilia
Artritis Reumatoide	Hepatitis C Crónica
Autismo	Hipertensión Pulmonar
Cáncer de piel	Lepra
Cáncer	Lupus Eritematoso Sistémico (LES)
Cernimiento Auditivo Neonatal	Niños con necesidades especiales de salud
Discinesia Ciliar Primaria (DCP) o Síndrome de cilios inmóviles	Obstetricia
Enfermedad Renal Crónica Nivel 3,4 y 5	Post-trasplante
Esclerodermia	Tuberculosis
Esclerosis Múltiple / Esclerosis Lateral Amiotrófica	VIH/SIDA
Fallo Cardíaco Congestivo Clase III y Clase IV (NYHA)	

Guías Clínicas

PSM adopta Guías de Práctica Clínica (GPC) basadas en evidencia que sirven como marco para las decisiones clínicas y apoyan las mejores prácticas. Estas guías clínicas son desarrolladas sistemáticamente para ayudar a los médicos a optimizar el cuidado del

paciente y tomar determinaciones sobre el cuidado médico más adecuado dadas las circunstancias específicas o las condiciones clínicas. Las guías son preparadas por organizaciones clínicas respetadas para describir un cuidado médico adecuado basado en evidencia científica y un amplio consenso de la comunidad médica y reducir variaciones inapropiadas en la práctica médica, entre otros.

PSM utiliza las guías clínicas InterQual y guías establecidas por CMS, entre otras, para la toma de determinaciones clínicas. Las guías de práctica clínica se revisan anualmente.

Plan de Bienestar

PSM ofrece un Plan de Bienestar centrado en el paciente basado en un enfoque holístico de la salud física y mental de nuestros beneficiarios, sus familias, cuidadores e incluso sus comunidades. A través de este plan/programa, brindamos una variedad de servicios, que incluyen programas de educación para la salud, bienestar y alcance comunitario mediante el uso de métodos efectivos de comunicación adaptados a sus necesidades, nivel de educación y competencia cultural. Las iniciativas de PSM tienen como objetivo promover estilos de vida saludables, prevenir condiciones crónicas, reducir los factores de riesgo para la salud y lograr habilidades de autocuidado para una mejor calidad de vida con mejores resultados de salud.

Las iniciativas de bienestar se basan en las guías de práctica clínica adoptadas por PSM de organizaciones reconocidas a nivel nacional como el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización, la Academia Estadounidense de Pediatría, la Academia Estadounidense de Médicos de Familia, la Agencia de Políticas e Investigación de Atención Médica, la Sociedad Estadounidense del Cáncer y la Asociación Americana de Diabetes. Las guías son específicas para la edad, el sexo y estado de riesgo, y describen las intervenciones de prevención o detección temprana recomendadas junto con la frecuencia y las condiciones bajo las cuales se requieren las intervenciones. El plan está integrado y diseñado para apoyar los Programas de Manejo de Cuidado, Calidad, así como la red de proveedores y las iniciativas de Comunicaciones y Mercadeo de PSM..

El Plan de Bienestar de PSM incluye las siguientes iniciativas de educación para la salud:

- Promoción de la salud y programas preventivos que incluyen: charlas educativas, campañas de salud, educaciones telefónicas, mesas educativas, alcance comunitario, intervenciones en medios de comunicación y redes sociales.

- Programa educativo de manejo de enfermedades crónicas
- Materiales de educación para la salud y bienestar

Las iniciativas toman en consideración la integración de la salud física y mental. Algunos de los temas de salud son los siguientes, pero no se limitan a:

- Chequeo anual de salud, incluyendo visitas de bienestar para niños y adolescentes, y las vacunas apropiadas para la edad.
- Obtener pruebas de detección de cáncer de mama y cáncer de colon
- Recibir la vacuna contra el COVID-19 y tomar otras medidas preventivas; esta estrategia debe incluir la educación y el apoyo de la red de proveedores
- Uso apropiado de los servicios de PSG-Vital, incluida la línea de servicio PSG-Vital
- Servicios disponibles y cómo navegar por el sistema de atención médica
- Exámenes de salud de las mujeres, que incluyen mamografías, pruebas de Papanicolaou, exámenes cervicales y pruebas de infecciones de transmisión sexual
- Riesgos en el embarazo por el consumo de alcohol, el uso de sustancias controladas y el tabaquismo, y los beneficios de dejar de fumar.
- Mantener un peso corporal saludable, a través de una nutrición adecuada y ejercicio
- Examen dental anual
- Exámenes y evaluaciones de salud mental
- Necesidades médicas y de desarrollo de niños y adolescentes, incluidas las vacunas
- EPSDT
- Educación sobre el diagnóstico y el tratamiento de diagnósticos de alto riesgo, incluyendo depresión, esquizofrenia, trastornos bipolares, trastorno por déficit de atención, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, abuso de sustancias y trastornos de ansiedad
- Manejo del estrés, ansiedad
- Educación sobre diabetes, enfermedad renal crónica, insuficiencia cardíaca, asma, VIH, opioides, cuidado prenatal y de maternidad, etc.

Además, el Plan de Bienestar apoya la coordinación del cuidado de la salud del beneficiario entre el PCP, los especialistas y los miembros del Equipo de Cuidado Multidisciplinario al

integrar los recursos de la comunidad y tener en cuenta los determinantes sociales de la salud para lograr mejores resultados de salud. Educar a los beneficiarios y proveedores de PSM sobre el cuidado médico preventivo y el manejo de condiciones crónicas puede resultar en la detección temprana de enfermedades y la reducción de factores de riesgo y complicaciones de la salud.

PSM se asegurará de que el Plan de Bienestar llegue, como mínimo, al ochenta y cinco por ciento (85%) de los beneficiarios. Para lograr el objetivo del ochenta y cinco por ciento (85%), PSM, en conformidad con los requisitos de HIPAA y las normas y reglamentos establecidos, utilizará anuncios de bienestar, campañas, seminarios, ferias de salud, actividades educativas, visitas a beneficiarios, entre otros. Todas las actividades educativas son ofrecidas por profesionales debidamente licenciados, que tienen el conocimiento suficiente en las áreas específicas que se abordarán en la actividad educativa, como educadores en salud, nutricionistas, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos y médicos. Además, las intervenciones de educación en salud pueden resultar de los esfuerzos de colaboración de los manejadores de caso, proveedores, enfermeros de la línea de consultoría médica, Equipo de Cuidado Multidisciplinario (MCT), beneficiarios, GMP, representantes de centros de llamadas y agencias comunitarias.

Integración de Servicios de Salud Física y Mental

PSM estableció un plan de integración y comunicación de los servicios de salud física y mental para garantizar la detección, prevención y tratamiento continuo de las necesidades de salud física y mental de nuestros beneficiarios suscritos en Vital.

Para garantizar que los beneficiarios con problemas de salud física y mental reciban servicios de salud integrados, la identificación y la evaluación inicial es un paso crítico para integrar y mejorar el cuidado.

Modelo de Prestación de Servicios

El enfoque de PSM para los servicios de salud integrados considera la "colocación" y la "colocación inversa" del cuidado de la salud física y mental en el mismo lugar.

El enfoque de PSM para los servicios integrados de atención médica se centra en brindar atención de salud física y mental en el mismo sitio: "colocación" y "colocación inversa".

- **Colocación:** los servicios de salud mental se brindan en el mismo lugar que la

atención primaria, donde un psicólogo u otro tipo de proveedor de salud mental (BHP) se ubica en un entorno de GMP, tal como se define en las normas de ASES.

- **Colocación inversa:** los servicios de salud física están disponibles dentro de los entornos de salud mental. Se coloca un PCP (en el sitio o de guardia) en los centros de salud mental, según se define en las normas de ASES.

Coordinación de Servicios de Salud Mental

Los servicios de salud mental se pueden coordinar de varias maneras, según el nivel de urgencia del beneficiario:

- Servicios disponibles para evaluación y tratamiento por un proveedor contratado.
- Servicios disponibles de BHP dentro del GMP según el modelo de colocación.
- Auto referidos. Estos están sujetos a la evaluación de BHP.
- Salas de emergencia y hospitales.

El PCP realizará una evaluación de salud inicial, según corresponda, y usará cualquier herramienta estandarizada como:

- Cuestionario de salud del paciente 9 o PHQ-9: un instrumento multipropósito para detectar la depresión.
- 4 P's Plus: una herramienta que identifica a las mujeres embarazadas cuyo consumo de alcohol o drogas está en un nivel lo suficientemente alto como para perjudicar el funcionamiento diario o está en riesgo por cantidades relativamente pequeñas de consumo de sustancias.
- Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS): un instrumento para detectar un episodio depresivo mayor en la población posparto.
- Cuestionarios de edades y etapas (social, emocional o ASQ-SE): una evaluación del desarrollo socioemocional en los niños. Supervisa el desarrollo del niño en las áreas de comportamiento de autorregulación, cumplimiento, comunicación, adaptación, autonomía, afecto e interacción con las personas.

- Lista de verificación modificada para el autismo o M-Chat: una herramienta de detección para niños entre 16 y 30 meses de edad utilizada para evaluar su riesgo de ser diagnosticado con trastorno del espectro autista.
- Otras evaluaciones que puede realizar de acuerdo a las necesidades identificadas del beneficiario son: el Conners Scales, DAST-10, GAD, PC-PTSD, LOCUS, CALOCUS, ACES, ASAM, entre otros.

Después de la evaluación de salud inicial, y al identificar cualquier necesidad de salud del comportamiento, el PCP referirá al beneficiario a un BHP para evaluación, diagnóstico, tratamiento y derivación, si corresponde.

Las recomendaciones serán compartidas y discutidas rápidamente con el PCP para el desarrollo de un plan de tratamiento individualizado.

Intercambio de Información

Todos los récords médicos deben incluir la autorización del beneficiario para el intercambio de información de salud protegida (PHI) entre proveedores de atención médica física y mental para comenzar cualquier tratamiento integrado.

Se deben brindar los siguientes documentos, así como otra información importante, para asegurar la comunicación electrónica entre los proveedores de salud física y salud mental, como:

- Un formulario de información de beneficiarios sobre los requisitos de HIPAA;
- Un formulario de referido;

Un formulario de consentimiento informado.

Preautorizaciones

Las preautorizaciones de servicios de alto costo o con un alto potencial de utilización aseguran el rendimiento y la calidad de los servicios prestados a los beneficiarios. La utilización de guías clínicas en la toma de decisiones garantiza la coherencia y la uniformidad de estas. Para este propósito, PSM utiliza los criterios clínicos InterQual y guías establecidas por CMS, entre otros.

La evaluación de las solicitudes de preautorización y planificación de alta es realizada por el equipo clínico. Le detallamos a continuación el proceso para solicitud y manejo de preautorizaciones.

1. Puede enviar su solicitud utilizando los siguientes métodos:
 - Fax de Preautorizaciones: (787) 332 0921
 - Fax de Planificación de alta: (787) 332 0924
 - Correo electrónico: psmumvital@planmenonita.com
 - En persona en cualquiera de nuestras oficinas
2. Las solicitudes deben ser enviadas con al menos 7 días de anticipación al servicio.
3. La solicitud debe incluir el Formulario de Preautorizaciones (Anejo C) completado en todas sus partes y la información clínica que justifique la necesidad médica para el servicio solicitado. Solicitudes que se reciban con formularios incompletos o información ilegible, serán devueltos para revisión y reenvío. La documentación debe incluir:
 - Nombre y número de identificación del beneficiario
 - Nombre del proveedor que solicita el servicio con su NPI, firma e información de contacto
 - Orden médica realizada dentro de un periodo no mayor a sesenta (60) días
 - Diagnósticos y servicio solicitado con sus descripciones y códigos
 - Información clínica relevante: notas de progreso, consultas, resultados de estudios y laboratorios, entre otros
 - Nombre del proveedor que ofrecerá el servicio
4. De necesitar información adicional, nuestro personal clínico se estará comunicando con el proveedor para solicitar la misma. Si no se recibe la información adicional dentro del término establecido, se estará evaluando la solicitud con la información disponible.
5. Los términos para la determinación de su solicitud son veinticuatro (24) horas para las solicitudes expeditas y setenta y dos (72) horas para las solicitudes estándares. Las solicitudes expeditas deben ser aquellas en donde la vida del beneficiario podría estar en riesgo por un atraso en el acceso al servicio. Al momento de clasificar la solicitud, como una estándar o expedita, tome en consideración la condición del paciente y la fecha de servicio. Si la vida del paciente no corre riesgo y su condición

lo permite, le exhortamos a clasificar el caso como uno estándar. De esa manera nos brinda la oportunidad de recopilar toda la información necesaria para poder evaluar el caso adecuadamente y se pueden disminuir las determinaciones adversa debido a falta de información.

6. Una vez se tome una determinación sobre la solicitud, le estaremos notificando la misma de forma verbal o por escrito al proveedor que solicitó el servicio y al beneficiario dentro de los plazos establecidos. En caso de que la determinación sea una adversa, siempre se notificará por escrito.

En los escenarios excepcionales donde no fue posible solicitar la preautorización previo al servicio es importante que, dentro de un término no mayor a las setenta y dos (72) horas luego de brindar el servicio, envíe toda la documentación necesaria junto con una nota que explique la razón por la cual no pudo solicitar la preautorización. Estos casos serán evaluados como excepción.

Puede descargar una copia del Formulario de Preautorización desde el Portal de proveedores de PSM <https://psmconnet.psmpr.com/login>. La preautorización de un servicio no es una garantía de pago ni exime al proveedor de cumplir con otros requisitos de contrato para asegurar el pago por los servicios. El pago de servicios está sujeto a la elegibilidad del beneficiario, la cobertura del beneficio al momento del servicio y guías de codificación aplicables. Para obtener una lista de todos los servicios que requieren preautorización, consulte www.menonitavital.com.

No se requerirá un referido ni una preautorización para ningún servicio de emergencia, independientemente de si el Proveedor se encuentra dentro de la PPN.

Servicios de Transportación

El transporte de emergencia en ambulancia no necesita preautorización para movilizar a un paciente:

- Del hogar al Hospital o Sala de Emergencias
- De Hospital a Hospital
- De Sala de Emergencias al Hospital

Los servicios de transporte que no son de emergencia requieren una preautorización. Esta autorización estará basada en criterios de necesidad médica. Para solicitar una preautorización, el proveedor debe enviar una justificación de necesidad médica (ver sección

de Preautorizaciones). Ejemplos de casos en los que se puede considerar la aprobación del servicio son: transporte de beneficiarios a centros de diálisis, beneficiarios encamados, beneficiarios con ventilación mecánica, entre otros.

Los servicios aéreos de transporte de emergencia son proporcionados y pagados por ASES bajo un contrato separado. PSM no procesa ni paga servicios de transporte aéreo de emergencia. Sin embargo, PSM puede asistirle en la coordinación para la provisión de transporte aéreo de emergencia en nombre de sus beneficiarios cuando sea médicamente necesario utilizando los proveedores designados por ASES.

Revisión de Utilización Clínica

PSM realiza revisiones clínicas para mantener la efectividad y calidad de los servicios sin influir en las decisiones médicas en el cuidado del paciente. Para llevar a cabo esta evaluación y mantener la coherencia en la toma de decisiones se utilizan los criterios de InterQual. El equipo clínico apoya y monitorea las necesidades médicas validando la idoneidad y eficiencia de los servicios y procedimientos, incluyendo la detección de la utilización excesiva, insuficiente o inadecuada de los servicios y la calidad de la atención a nuestros beneficiarios, especialmente en el caso de aquellos con necesidades especiales. Enfermeros profesionales licenciados y con amplia experiencia clínica, realizan el proceso de revisión hospitalaria y ofrecen apoyo en la planificación de alta. Los tipos de revisión son los siguientes:

- **Concurrente:** revisión que se realiza mientras el beneficiario permanece en la facilidad hospitalaria.
- **Retrospectiva:** revisión que se realiza cuando el beneficiario fue dado de alta de la facilidad hospitalaria.

Patrocinamos el proceso de auditoría concurrente ya que de esa manera podemos garantizar la calidad del servicio, asistir en el proceso de planificación de alta y transición de cuidado y nos permite identificar a tiempo cualquier situación que pudiera levantar señalamientos.

A continuación, varios aspectos importantes relacionados al proceso de revisión:

1. Todas las admisiones deben ser notificadas dentro de un periodo de veinticuatro (24) horas, excepto en los fines de semana o días feriados donde pueden notificarse las

mismas hasta 48 horas luego de la admisión. Esta notificación puede ser a través de:

- Portal de Proveedores (método preferido): <https://psmconnet.psmpr.com/>
 - Teléfono (IVR): 1-301-837-8445
 - Fax: 787-332-0925
 - Correo electrónico: psmrevisiónvital@planmenonita.com
2. Aquellas admisiones que por razones excepcionales no sean notificadas dentro los términos establecidos, deberán ser notificadas en un periodo no mayor a treinta (30) días luego de que la facilidad identificara que el beneficiario y la admisión pertenecían a PSM. Para esto deben completar el Registro por Excepción (Anejo) e incluir una explicación que indique la razón por la cual la admisión no fue notificada dentro del tiempo establecido y cualquier gestión pertinente realizada por la facilidad.
 3. Todas las altas deben ser registradas en nuestro portal de proveedores dentro de un periodo de 24 horas posterior al alta.
 4. Las admisiones deben estar disponibles para revisión por el personal de PSM dentro de veinticuatro (24) horas luego de la admisión.
 5. Si el Revisor de PSM identifica algún hallazgo o señalamiento, será discutido el mismo día. De la persona encargada de la discusión del caso no estar disponible, el Revisor de PSM dejará una notificación por escrito con dichos señalamientos para ser discutidos en su próxima visita a la facilidad dentro de un periodo no mayor a cinco (5) días laborables. En aquellas facilidades donde se realizan auditorías de manera remota, cualquier señalamiento será discutido vía telefónica. De no discutirse el caso dentro de este periodo, se considerará la determinación del revisor de PSM como final.
 6. Los expedientes deben estar disponibles para cierre en o antes de treinta (30) días calendario luego de la fecha de alta. De no estar disponibles, solo se considerarán para determinación aquellos días que hayan sido revisados previamente.

Proceso de Reconsideración Verbal con Representante de Manejo de Utilización o Representante Designado del Hospital

El diálogo verbal entre el Revisor de PSM y el Representante del Manejo de Utilización (UM) de las facilidades hospitalarias o su designado es el primer paso en el proceso de reconsideración. Este proceso debe ser realizado mientras el paciente esté admitido. Es

muy importante tener esa conversación de diálogo para aclarar cualquier información, preguntas, dudas, ajustes o denegaciones. Si después de la conversación entre el Revisor de PSM y el Representante de Manejo de Utilización del hospital no llegan a un acuerdo y no se pueden resolver los ajustes o las denegaciones identificadas, el Revisor de PSM discutirá el caso con el médico asesor de PSM para su determinación. En el escenario de prevalecer la denegación y el equipo de Manejo de Utilización del hospital no esté de acuerdo, este último puede comenzar el proceso apelativo a partir de la notificación del cierre del caso hasta un periodo no mayor de catorce (14) días laborables.

Primer Nivel de Apelación

PSM cuenta con el proceso de apelación para ajustes de nivel o denegaciones en aquellos casos donde la facilidad no está de acuerdo con la determinación de PSM. El Departamento de Manejo de Utilización del Hospital tiene derecho a presentar una apelación por escrito. Debe enviarse una copia completa fiel y exacta del expediente médico con una carta de apelación que explique de manera clara las razones por las cuales el hospital no está de acuerdo con la denegación o el ajuste.

Las facilidades tienen hasta catorce (14) días laborables a partir de la fecha del cierre del caso para presentar su apelación por escrito. PSM responderá a su apelación en un término de catorce (14) días laborables a partir de la fecha en que se recibió la misma. Si el hospital no presenta por escrito la solicitud de apelación en el plazo establecido, prevalecerán los ajustes o denegaciones señaladas por el Revisor de PSM. Las apelaciones pueden ser enviadas a través de:

- Correo electrónico (método preferido): psmrevisionvital@planmenonita.com
- Correo: PSM GHP-Hospital Review Appeal
Utilization Management Department
PO Box 364668
San Juan, Puerto Rico 00936
- En persona: Edificio Alianza Cooperativa (COSVI)
400 Avenida Américo Miranda
Recepción 3er piso

San Juan.

Segundo Nivel de Apelación

Si la facilidad no está de acuerdo con la determinación en el primer nivel de apelación, tendrá la oportunidad de presentar una segunda apelación por escrito. El Hospital a través de su Director Médico o médico tratante puede solicitar una segunda apelación dentro de los catorce (14) días laborables después de recibir la carta de resolución de la primera apelación.

En este caso, deberá enviar una carta de apelación que incluya cualquier información clínica adicional relevante que sustente las razones de por qué la determinación debe ser revertida. No será necesario enviar el expediente médico nuevamente. Las apelaciones pueden ser enviadas a través de:

- Correo electrónico (método preferido): psmrevisioinvital@planmenonita.com
- Correo: PSM GHP-Hospital Review Appeal
Utilization Management Department
PO Box 364668
San Juan, Puerto Rico 00936
- En persona: Edificio Alianza Cooperativa (COSVI)
400 Avenida Américo Miranda
Recepción 3er piso
San Juan

El personal clínico de Manejo de Utilización Médica, asesores médicos, consultores, entre otros especialistas y subespecialistas, evaluarán los casos de apelación. Luego de la evaluación, se enviará una carta indicando la determinación del caso. Esta determinación será definitiva. En ninguna circunstancia el hospital recuperará dinero de los beneficiarios para satisfacer la pérdida relacionada a las denegaciones

Referidos

Aunque exhortamos la comunicación activa por escrito entre proveedores para difundir información clínica, el beneficiario no necesita un referido de su PCP para acceder a un especialista dentro de la Red de Proveedores Preferidos de PSM. Se requerirá una referencia escrita del PCP para que el beneficiario acceda a servicios especializados dentro

de la Red General de PSM y para los servicios ofrecidos por proveedores Fuera de la Red Contratada (la excepción serán los servicios de la sala de emergencias y los servicios de salud mental). Consulte el Anejo N para obtener una muestra del Formulario de Referidos. Se exhorta a los PCP a usar el formato electrónico para los referidos en el Portal de Proveedores de PSM <https://psmconnet.psmpr.com/login>.

En caso de que se necesite un referido para un proveedor en la Red General o fuera de la red contratada, debe brindarse durante la misma visita al PCP o más tardar veinticuatro (24) horas a partir de la solicitud del beneficiario. Cuando el PCP no otorga el referido en el plazo requerido especificado, o por cualquier otro motivo el PCP se niega a hacer un referido y se considera médicamente necesario, PSM emitirá un referido administrativo.

Ni PSM ni ningún proveedor impondrán ningún requisito que indique que los referidos se enviarán para la aprobación de un comité, director médico, junta, etc. PSM aplica estrictamente esta instrucción y emitirá referidos administrativos siempre que sea médicamente necesario.

RED DE PROVEEDORES

PSM tiene una red de proveedores amplia y completa en todo Puerto Rico, diseñada cuidadosamente diseñada para cumplir con el acceso de los beneficiarios a la atención médica que necesitan.

Red General

La Red General de PSM está compuesta por todos los proveedores disponibles para los beneficiarios, incluidos aquellos designados como proveedores preferidos, que no están asociados con un Grupo Médico Primario.

La Red General de Proveedores es adecuada para garantizar el acceso a todos los servicios cubiertos, y todos los proveedores participantes tienen credenciales y están ubicados de manera apropiada en relación con la dirección del domicilio de los beneficiarios.

Se incluirá, como parte de la Red General, cualquier proveedor de salud mental que esté calificado para PSG-Vital (incluido el cumplimiento de todos los estándares de acreditación) y que esté dispuesto a participar en la red.

Si la Red General de PSM no puede brindar servicios cubiertos médicamente necesarios a un beneficiario dentro de los requisitos establecidos en el contrato del Programa PSG Vital,

PSM cubrirá estos servicios de manera adecuada y diligente utilizando proveedores fuera de su Red General sin penalización o la imposición de copagos al beneficiario.

Además de la fuente de atención primaria (“PCP”, por sus siglas en inglés) designada por el beneficiario, PSM brindará a las beneficiarias acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la Red General para servicios cubiertos, incluido el acceso a servicios de atención médica preventiva y de rutina para mujeres.

Servicios para niños por parte de Pediatras, además de la fuente de atención primaria designada por el beneficiario, si esa fuente no es un especialista en salud infantil.

Proveedores de Atención Médica Primaria (PCPs)

Los PCP son responsables de brindar, administrar y coordinar todos los servicios de salud del beneficiario, incluida la coordinación con el personal de salud mental, de manera inmediata y siguiendo todas las normas, protocolos y prácticas generalmente aceptadas en medicina.

Los beneficiarios tienen la libertad de elección en la selección de un PCP.

El PCP es responsable de mantener el récord médico de cada beneficiario, que incluye la documentación de todos los servicios prestados por el PCP, así como cualquier otro servicio especializado.

Los siguientes se considerarán PCP para fines de contratación con un GMP:

- Médicos Generales;
- Internistas;
- Práctica Familiar;
- Pediatras (opcional para menores de veintiún años (21));
- Ginecólogos-Obstetras (obligatorio cuando la mujer está embarazada o tiene doce (12) años o más; este proveedor también será seleccionado para las visitas ginecológicas habituales).

Ningún PCP puede poseer control financiero o tener un interés económico directo o indirecto (según define la Ley 101 del 26 de julio de 1965) en cualquier instalación de Servicios Auxiliares o cualquier otro proveedor (incluidos laboratorios clínicos, farmacias, etc.) bajo contrato con el GMP.

Las enfermeras practicantes y los asistentes médicos no pueden ser PCP.

Las mujeres embarazadas pueden seleccionar un ginecólogo-obstetra libremente dentro de la Red de Proveedores de PSM. PSM exhorta a las beneficiarias a acceder a un ginecólogo-obstetra para sus visitas ginecológicas de rutina en la inscripción inicial.

Proveedores de Salud Mental

La red de proveedores de PSM incluye profesionales de salud mental para atender las necesidades de salud mental de los beneficiarios, sin necesidad de referido. Los siguientes tipos de proveedores de red prestarán servicios a todos los beneficiarios:

- Psiquiatra
- Psicólogo clínico o de asesoramiento
- Trabajadores Sociales (MSW)
- Manejadores de Caso
- Consejeros certificados en adicciones
- Facilidades de salud conductual

Tipos de Proveedores en la Red

Tanto para la red general como para la red preferida de proveedores, PSM tendrá disponibles los siguientes tipos de proveedores:

- Especialistas
- Centros de Salud
- Laboratorios Clínicos
- Facilidades de Rayos-X
- Hospitales
- Proveedores y facilidades para servicios de salud conductual (salud mental y trastorno por uso de sustancias)
- Proveedores de servicios especializados
- Centros de atención urgente y salas de emergencias

- Cualquier otro proveedor o centro necesario para ofrecer servicios cubiertos, excepto farmacias, teniendo en cuenta las necesidades de salud específicas de los beneficiarios.

Todos los beneficiarios tienen libertad de elección al seleccionar un dentista y también proveedores de salud mental.

Proveedores Fuera de la Red

Si la Red General no puede brindar servicios cubiertos médicamente necesarios a un beneficiario, PSM cubrirá estos servicios de manera adecuada y puntual (dentro de los estándares de la Sección 9.5 del Contrato Vital PSG) utilizando proveedores fuera de la Red General.

Excepto como se especifica con respecto a los Servicios de Emergencia (Sección 7.5.9 del Contrato Vital PSG), si el servicio está disponible a través de un proveedor en la Red General de PSM, pero el beneficiario elige acceder al servicio desde un proveedor fuera de la red, PSM no es responsable del pago de los servicios prestados.

Todos los proveedores fuera de la red estarán debidamente acreditados y se les pagará, como mínimo, las mismas tarifas que PSM paga por sus proveedores de la red por el mismo tipo de proveedor. Para ser considerado debidamente acreditado, el proveedor fuera de la red debe tener una licencia para la práctica de la medicina en Puerto Rico, certificado para la especialidad necesaria, ser proveedor participante del programa de Medicare o tener privilegios de buena reputación en un hospital de la Red General de PSM, y cumple con las secciones 13.4 y 13.5. del Contrato Vital PSG.

PSM no restringirá la elección del proveedor de quien un beneficiario puede recibir servicios y suministros de planificación familiar.

El proveedor es responsable de cobrar los copagos de los beneficiarios. Si se impone un copago a los beneficiarios por un servicio fuera de la red, no puede exceder los que se aplican a los mismos servicios prestados por un proveedor en la red general.

Red de Proveedores Preferidos (PPN)

PSM desarrolla, como un subconjunto de su Red General de Proveedores, una Red de Proveedores Preferidos ("PPN", por sus siglas en inglés), para aumentar el acceso a los proveedores y los servicios necesarios, mejorar la recepción puntual de los servicios, la

calidad del cuidado del beneficiario, mejorar la continuidad de la atención y facilitar el intercambio efectivo de información de salud protegida entre proveedores y PSM. El PPN debe cumplir los mismos requisitos de la Red General. El PPN está disponible para todos los beneficiarios.

Para asegurar una comunicación adecuada, cada proveedor incluido en el PPN se asociará con un GMP cuyo grupo incluye PCP, psicólogos o proveedores de salud mental. Por lo tanto, a los beneficiarios se les permitirá recibir servicios de todos los proveedores dentro de su PPN de GMP sin referido o restricción.

Los beneficiarios que reciban una receta de un proveedor de la red dentro de la PPN/GMP podrán despachar dicha receta sin el requisito de una firma de su PCP.

Estándares de la Red de Proveedores Preferidos (PPN)

Criterios para participar en el PPN versus la Red General:

- Cumplir con los estándares de desempeño;
- Cumplir con el acceso según lo prescrito en este documento, y las políticas y procedimientos de PSM;
- Resolución de problemas de cumplimiento identificados dentro del plazo establecido por el Plan de Acción Correctiva.

Proceso de Contratación

Proveedores de Atención Médica Primaria (PCP)

Todos los PCP serán contratados por los Grupos Médicos Primarios (GMP). Al solicitar ser parte de un GMP, se debe enviar una Solicitud formal para incluir un PCP a PMGservices@pns-pr.com. El formulario debe ser, dentro de los primeros diez (10) días del mes para que sea efectivo el próximo mes.

Una vez que el PCP esté listo para ser incluido en el GMP, PSM notificará al GMP la fecha efectiva de inclusión.

Terminación de PCP de un GMP

En caso de terminación, el GMP y el proveedor deberán completar un Formulario "*Request of Termination/Transfer Form*". Este formulario puede obtenerse a través del Asesor de su Grupo. Antes de continuar con los procedimientos de terminación, el GMP debe notificar al

PCP quien sustituirá al PCP terminado. El nuevo PCP debe tener capacidad en su panel para aceptar los beneficiarios asignados al PCP rescindido. GMP puede enviar más de un PCP como sustitución.

Panel máximo y paneles cerrados de PCP

Un PCP puede tener un máximo de 1,700 beneficiarios asignados a su panel. Una vez que un panel alcanza su capacidad máxima, se considerará cerrado.

Un PCP puede solicitar cerrar voluntariamente su panel cuando no haya alcanzado la cantidad máxima permitida de 1,700 beneficiarios. En caso de que un PCP ostente una membresía mayor a 1,700 beneficiarios para el PSM, se completara el Formulario "Request of Termination/Transfer Form".

No obstante, los beneficiarios pueden ser asignados a un PCP que no acepte nuevos pacientes en las siguientes circunstancias:

- Un nuevo beneficiario o beneficiario recertificado de la familia ya asignado al PCP;
- El beneficiario en un contrato familiar que cambia a un contrato individual: el beneficiario será asignado al mismo PCP;
- Recertificación de beneficiarios.
- Cuando un PCP se termina de un GMP y un beneficiario solicita un cambio de PCP y todos los demás PCP en el GMP tienen un panel cerrado, el beneficiario será asignado a uno de los PCP con un panel cerrado.

Proveedor Médico No Primario

PSM tiene una red abierta de proveedores para todas las especialidades como médicos no primarios y Facilidades de Salud. Cualquier proveedor de atención no primaria será evaluado bajo las siguientes reglas antes de su inclusión en la Red de Proveedores de PSM:

- Completar el Formulario de Solicitud de Contratación;
- Completar el Proceso de Credencialización.

Credencialización y Re-Credencialización

PSM es responsable de la credencialización y la re-credencialización de la de sus proveedores de red. PSM debe asegurarse de que todos los proveedores de la red estén debidamente credencializados y cualificados para brindar servicios en virtud de los términos

del contrato PSG Vital, todas las leyes federales y estatales aplicables y cumplir con los requisitos de acreditación de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (“CMS”, por sus siglas en inglés), Capítulo VI del Manual de Manejo de Cuidado de Medicare). A través de un sistema de entidad delegada, PSM ha establecido un sistema de récord electrónico de credenciales.

Se requiere Credencialización para:

- Todos los médicos que brindan servicios a los beneficiarios del PSM;
- Todos los demás tipos de proveedores que brindan servicios a los beneficiarios de PSM y a quienes se les permite ejercer de forma independiente según la ley de Puerto Rico, incluidos, entre otros: Hospitales, Facilidades de Rayos X, Laboratorios Clínicos y proveedores de servicios ambulatorios.

La Credencialización no es necesaria para:

- Proveedores que sólo pueden prestar servicios bajo la supervisión directa de otro profesional.
- Proveedores cuyo único lugar de servicio a los beneficiarios es dentro de un hospital para personas internadas en el mismo. Estos proveedores no son parte del directorio de proveedores al beneficiario.
- Estudiantes, residentes o becados.

PSM documenta el proceso de credencialización y la recredencialización de proveedores de la red o proveedores que emplea para tratar a los beneficiarios fuera del entorno de pacientes hospitalizados y que caen dentro de su alcance de autoridad y acción. Esta documentación incluye la definición del alcance de los proveedores cubiertos, los criterios y la verificación de la fuente primaria de información utilizada para cumplir con los criterios, el proceso utilizado para tomar decisiones que no serán discriminatorias y el alcance de los acuerdos delegados de Credencialización y Re-Credencialización.

El proceso de Credencialización y Re-Credencialización se puede completar en línea utilizando nuestro sitio web de la entidad delegada, Agilerta en [Log in \(evips.com\)](https://evips.com). Todos los proveedores deben:

- Cumplir con las regulaciones federales y de Puerto Rico para la credencialización y re-credencialización, incluidas en 42 CFR 455.104, 455.105, 455.106 y 1002.3 (b).
- Completar una solicitud de credencialización autorizada por la ASES. La solicitud de credenciales puede accederla a través de:
 - [Log in \(evips.com\)](#)
 - De usted tener dudas o preguntas para completar la solicitud de credenciales puede acceder a los tutoriales a través del siguiente enlace:
 - [Tutoriales – Agilerta](#)
- Mantener una licencia vigente y válida para ejercer la práctica de la medicina en Puerto Rico.
- Asegurarse de que los récords de educación y capacitación estén validados y actualizados, como pasantías, residencias, becas, juntas especializadas, etc.
- Estar certificado por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica o por la Oficina de Reglamentación de los Profesionales de la Salud cuando corresponda, en cada área de especialidad clínica para la cual el proveedor está siendo credencializando.
- Tener privilegios clínicos de buena reputación en el hospital designado por el proveedor, cuando corresponda, como el centro de admisión principal.
- Mantener un seguro de mala práctica profesional.
- Tener un certificado para la prescripción de medicamentos controlados por la Agencia de Control de Drogas (DEA) válido.
- Si se trata de un proveedor de salud mental (según corresponda), debe estar capacitado y certificado por la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA) para ofrecer el tratamiento de adicción a los opiáceos.
- Si el proveedor es un centro de atención médica, se registrará por, pero no se limitará a, la Ley 101 del 26 de junio de 1965, según enmendada, conocida como "Ley de Centros de Puerto Rico".
- No está excluido de participar en programas financiados estatales y federales.

PSM realizará visitas al sitio como parte del proceso de Contratación y Credencialización. Como mínimo, PSM visitará las oficinas de médicos de atención primaria, Obstetras-Ginecólogos u proveedores de alto volumen.

Todos los proveedores de la red deben realizar el proceso de re-credencialización cada tres (3) años.

Proveedores No-Participantes

La sección 9.3.1.8.3 del contrato del Plan de Salud del Gobierno (PSG) entre la ASES y PSM establece que la responsabilidad de asegurarse que los proveedores fuera de la red estén debidamente credencializados

Esta Carta Normativa 15-1201 establece los elementos para considerar que un proveedor está debidamente credencializado.

Para ser considerado 'debidamente credencializado', PSM deberá evidenciar que el proveedor:

- Esta debidamente licenciado para practicar la medicina en Puerto Rico;
- Esta debidamente certificado para la especialidad necesitada;
- Es un proveedor participante del Programa Medicare o tiene privilegios en un Hospital reconocido de la red de proveedores del PSM;
- Tiene un NPI valido; y
- Cumplimiento con las secciones 13.4 y 13.5.13.5 de los contratos del PSG entre ASES y PSM.
- Debe estar registrado como proveedor del Medicaid (PEP).

El fallar a uno o más elementos de esta sección, podrá ser causa para la denegación de sus reclamaciones como proveedor no participante. Un proveedor no participante en virtud de esta sección se establece cuando al menos el “Billing Provider” o “Rendering Provider” no son proveedores participantes.

Inscripción de Proveedores de la Red como Proveedores de Medicaid

A partir del segundo trimestre de 2020, el Programa de Medicaid de Puerto Rico (PRMP, por sus siglas en inglés) implementó el Portal de Inscripción de Proveedores (PEP, por sus siglas

en inglés), el cual requiere que las agencias estatales de Medicaid inscriban a los proveedores en el Medicaid Management Information System (MMIS). Todos los proveedores que prestan servicios a beneficiarios de Medicaid bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (Plan Vital o Medicare Platino) y aquellos que someten encuentros o reclamaciones, tienen que inscribirse directamente con PRMP en el PEP, según los requisitos de divulgación, evaluación e inscripción del proveedor de 42 CFR parte 455, subparte B y E, tal como se incorpora en 42 CFR 438.608 (b). Los proveedores deben completar el proceso de inscripción en el PEP a través del siguiente enlace:

<https://medicaid.pr.gov/Home/ProviderPortalEnrollment/>

Los requisitos para completar el registro del PEP varían dependiendo del tipo de proveedor y están disponibles en el siguiente portal:

[Programa Medicaid - Departamento de Salud](#)

[A partir del 1ro de enero 2023, será requisito indispensable que todos los proveedores estén inscritos en el PEP como parte del proceso de contratación.](#)

Estándares de Acceso a la Atención Médica

Los proveedores son responsables de brindar a los beneficiarios de Plan-Vital acceso a los servicios de atención médica. Además, los proveedores deben garantizar el acceso a los servicios médicamente necesarios. El acceso adecuado a los servicios cubiertos incluye:

Condiciones No Urgentes

- Los exámenes físicos de rutina se brindarán a todos los beneficiarios dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la solicitud del beneficiario para el servicio, considerando tanto la atención de la salud física como mental.
- Para los beneficiarios menores de veintiún (21) años, PSM debe cumplir, y el proveedor deberá ayudar con los plazos EPSDT especificados en la Sección 7.9.3 del Contrato Vital PSG, y de acuerdo con el Código de Salud Mental de Puerto Rico (Ley N ° 408 del 2 de octubre de 2000, según enmendada).
- Las evaluaciones de rutina para la atención primaria se brindarán dentro de los treinta (30) días calendario a menos que el beneficiario lo solicite más adelante.

- Los servicios cubiertos se brindarán dentro de los catorce (14) días calendario posteriores a la solicitud de servicio.
- Los servicios especializados se brindarán dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la solicitud de servicio original del beneficiario.
- Los servicios dentales se brindarán dentro de los sesenta (60) días calendario posteriores a la solicitud, a menos que el beneficiario solicite una fecha posterior.
- Los servicios de salud mental se brindarán dentro de los catorce (14) días calendario posteriores a la solicitud, a menos que el beneficiario solicite una fecha posterior.
- Las citas de laboratorio de diagnóstico, diagnóstico por imágenes y otras pruebas se brindarán de acuerdo con la urgencia clínica, pero no más de catorce (14) días calendario, a menos que el beneficiario lo solicite más tarde. Si en su lugar se utiliza un sistema "sin cita", el tiempo de espera del beneficiario deberá ser coherente con la gravedad de la necesidad clínica.
- El tiempo de despacho de recetas en persona (listo para recoger) no debe exceder los cuarenta (40) minutos. Una receta por teléfono realizada por un profesional deberá completarse dentro de los noventa (90) minutos. Se exhorta a los proveedores contratados a tener un sistema de prescripción electrónica.

Condiciones Urgentes

- Se brindarán servicios de emergencia, incluido el acceso a un nivel de atención adecuado tan rápido como se justifique según la condición.
- Las citas ambulatorias para atención médica primaria, dental y de salud mental para condiciones urgentes estarán disponibles dentro de las veinticuatro (24) horas.
- La disponibilidad de citas para laboratorios de diagnóstico ambulatorios urgentes, diagnóstico por imágenes y otras pruebas debe ser consistente con la urgencia clínica, pero no más de cuarenta y ocho (48) horas.
- Citas presenciales para servicios de crisis de salud mental, las citas presenciales estarán disponibles dentro de las dos (2) horas.
- Los servicios de desintoxicación se brindarán de inmediato de acuerdo con la necesidad clínica.

El momento de las visitas ambulatorias de seguimiento programadas con los profesionales será consistente con la necesidad clínica.

Los servicios del Centro de Salud Calificado Federalmente (“FQHC”, por sus siglas en inglés) se brindarán en un entorno de requerido por el centro FQHC. Si los servicios de un FQHC no están disponibles en la Red General de PSM, PSM brindará estos servicios de manera adecuada y puntual fuera de la red sin costo alguno para los beneficiarios, mientras el servicio no esté disponible en nuestra red. Todos los servicios fuera de la red requieren un referido del PCP del beneficiario.

Acceso a Servicios para Beneficiarios con Necesidades Especiales de Salud

Los proveedores deben evaluar cualquier condición progresiva de un beneficiario con necesidades especiales de salud que requiera atención o tratamiento monitoreado regularmente.

PSM tiene protocolos para evaluar a los beneficiarios calificados para el Programa de Cubierta Especial, Manejo de Cuidado y Condiciones Crónicas para facilitar el acceso directo a especialistas.

Horario de Servicio

Los proveedores tienen prohibido tener horarios diferentes para los beneficiarios de PSG-Vital que los que se ofrecen a los beneficiarios de seguros de salud comerciales y privados. Además, los proveedores tienen prohibido establecer días específicos para la entrega de referidos y solicitudes de preautorización para los beneficiarios de PSG-Vital. PSM supervisará de cerca el cumplimiento de esta regla y tomará medidas correctivas si no se cumple.

Los Hospitales psiquiátricos (o una unidad dentro de un Hospital general) y las unidades de emergencia o estabilización deben operar cubriendo los servicios médicamente necesarios las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana.

Las facilidades de hospitalización parcial deben operar cubriendo servicios médicamente necesarios al menos diez (10) horas por día, cinco (5) días por semana, y tener disponible una (1) Enfermera, un (1) Trabajador Social y un (1) Psicólogo/Psiquiatra.

Todos los demás centros de atención de salud mental deben operar cubriendo servicios médicamente necesarios durante al menos doce (12) horas por día, cinco (5) días por semana y tener disponible una (1) Enfermera, un (1) Trabajador Social y un (1) Psicólogo/Psiquiatra.

Turnos Preferenciales

El proveedor debe tener turnos preferenciales para los residentes de los municipios de Vieques y Culebra. Los turnos preferenciales se refieren a una política de exigir a los proveedores que den prioridad en el trato a los residentes de PSG-Vital de los municipios mencionados anteriormente. Los turnos preferenciales ayudan a garantizar el rápido acceso a un médico. Este tratamiento prioritario es necesario debido a las ubicaciones remotas de estos municipios y al tiempo de viaje extendido requerido para que los residentes busquen atención médica. Este requisito se establece en las Leyes No. 86 de Puerto Rico promulgadas el 16 de agosto de 1997 (arts. 1 a 4) y la Ley No. 200 promulgada el 5 de agosto de 2004 (arts. 1 a 5).

Horario Extendido de Grupos Médicos Primarios

Los Grupos Médicos Primarios estarán disponibles para brindar servicios de atención primaria de salud o consultas de lunes a sábado, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. (Tiempo del Atlántico). Los siguientes días festivos son una excepción a esta regla: 1 de enero, 6 de enero, Viernes Santo, Día de Acción de Gracias y 25 de diciembre. El GMP tiene la exclusiva discreción para decidir si debe brindar servicios de atención primaria durante los días festivos mencionados anteriormente.

Los proveedores que ofrecen servicios de atención urgente, así como cualquier otro proveedor calificado que esté dispuesto a brindarlos en un entorno de atención aguda, deberán tener suficiente personal para tener un horario extendido de lunes a viernes de 6:00 p.m. a 9:00 p.m. (Tiempo del Atlántico). Los GMP pueden colaborar para establecer horarios extendidos de oficina en una (1) o múltiples facilidades.

Educación a Proveedores

PSM tiene disponible un plan de educación continua para proveedores centrado en la prestación de servicios de cuidado médico a los beneficiarios y de acuerdo con las medidas de calidad de PSM y los requisitos del contrato. El plan de educación continua consiste en

veinte (20) horas por año, dividido en cinco (5) horas por trimestre. Las educaciones por ofrecerse en el año son coordinadas en conjunto con las otras aseguradoras.

La participación del proveedor en el plan de educación continua está incorporada en los contratos y se requiere asistencia. Se realizará un monitoreo para evaluar el cumplimiento de estas actividades.

PSM cubrirá temas sobre los requisitos del contrato durante las reuniones periódicas con los proveedores y el personal administrativo. Profesionales de la salud certificados y con licencia presentarán la educación continua con los créditos correspondientes.

La capacitación, educación inicial y continua del proveedor incluyen, sin limitación, los siguientes temas:

- Instruir en Educación de Salud Pública
- Manejo de la Artritis Reumatoide
- Manejo de Diabetes
- Políticas y regulaciones de Medicaid, con énfasis específico en:
 - Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment (“EPSDT” por sus siglas en inglés)
 - Integración de Salud Mental
- Las condiciones de participación en el PSG-Vital de PSM
- Procesos de Facturación y Codificación
- Responsabilidades del proveedor para PSM y sus beneficiarios

Además, PSM ofrecerá educación, capacitación inicial y continúa dirigida a los proveedores para abordar problemas clínicos y mejorar el sistema de prestación de servicios, que incluye, entre otros:

- Evaluaciones
- Planes de tratamiento
- Planes de cuidado
- Planes de alta

- Prácticas basadas en evidencia
- Modelos de cuidado, como el cuidado integrado y el cuidado basado en el trauma

PSM puede brindar temas de capacitación adicionales a los proveedores y al personal administrativo según se considere necesario y de acuerdo con las necesidades identificadas.

Además, el PSM brinda un alcance educativo interactivo para que los médicos ofrezcan información imparcial, no comercial y basada en evidencia sobre medicamentos y otras decisiones terapéuticas, para mejorar el cuidado al paciente y promover la eficacia. PSM coordinará los temas con el Programa de Detalle Académico del Administrador de Beneficios de Farmacia (“PBM”, por sus siglas en inglés) para desarrollar actividades educativas que aborden:

- Manejo e implicaciones de la polifarmacia
- Manejo de Condiciones
- Manejo de Recetas
- Trabajar con pacientes con condiciones de cuidado particular, tales como:
 - Autismo
 - ADHD
 - Depresión
 - Diabetes

PSM utiliza varias modalidades para las sesiones de capacitación de proveedores, que incluyen:

- Cursos a distancia o virtuales
- Talleres grupales
- Módulos educativos
- Boletines informativos
- Comunicados
- Portal de Proveedores

También se ofrece capacitación en las diferentes áreas geográficas de Puerto Rico y en diferentes momentos del día para acomodar los horarios de los proveedores participantes. PSM anunciará las fechas y ubicaciones de las sesiones educativas lo antes posible, pero a más tardar cinco (5) días laborables antes del evento.

Actividades Delegadas de la Red de Proveedores

PSM delegó las actividades de servicio, contratación y gestión de la red de proveedores para la red física a la entidad, Provider Network Solution of Puerto Rico (“PNS-PR”, por sus siglas en inglés).

Las actividades de credenciales fueron delegadas a Credentia una Organización de Verificación de Credenciales (CVO).

La Red de Salud Mental fue delegada para las actividades de servicio, contratación, gestión, reclamaciones y servicio al beneficiario a APS Healthcare.

La Red de Salud Dental fue delegada para las actividades de servicio, contratación, gestión, reclamaciones y servicio al beneficiario a Delta Dental.

FRAUDE, ABUSO Y DESPILFARRO

PSM considera que el fraude, el despilfarro y el abuso de la atención médica son inaceptables, ilegales y perjudiciales para la prestación de atención médica de calidad de manera eficiente y asequible. Por lo tanto, PSM mantiene un programa integral de fraude, despilfarro y abuso para reducir el costo de la atención médica y promover servicios de atención médica de calidad.

El programa es responsable de la detección, prevención, investigación y denuncia de posibles fraudes, despilfarros y abusos en la atención médica dentro del PSG-Vital. Como tal, la División de Cumplimiento de PSM desarrolló un amplio plan, que aborda cómo PSM mantendrá y seguirá los estatutos y reglamentos federales y estatales sobre fraude, despilfarro y abuso.

La Unidad de Investigación Especial de PSM apoya a la División de Cumplimiento en sus esfuerzos para disuadir y prevenir el fraude, el despilfarro y el abuso mediante la realización de investigaciones para identificar e informar los hallazgos a las agencias reguladoras y policiales apropiadas. El programa también aborda la prevención del fraude y la educación de todas las partes interesadas de PSM (su Junta, beneficiarios, proveedores, empleados,

contratistas y subcontratistas, entre otros) para mantener el cumplimiento de todas las leyes estatales y federales aplicables y las obligaciones contractuales.

Las definiciones principales en esta área son:

- **Fraude:** significa un engaño o tergiversación intencional realizada por una persona con el conocimiento de que el engaño podría resultar en un beneficio no autorizado para sí mismo o para otra persona. Incluye cualquier acto que constituya fraude bajo las leyes federales o estatales aplicables. (42 CFR § 455.2)
- **Despilfarro:** Gastos de atención médica que pueden eliminarse sin reducir la calidad de la atención. El desperdicio de calidad incluye uso excesivo, infrautilización y uso ineficaz. El desperdicio de ineficiencia incluye redundancia, demoras y complejidad innecesaria del proceso. Por ejemplo, el intento de obtener un reembolso por artículos o servicios donde no hubo intención de engañar o tergiversar, sin embargo, el resultado de métodos de facturación deficientes o ineficientes (por ejemplo, codificación) causa costos innecesarios al programa Medicaid.
- **Abuso:** Significa prácticas del proveedor que son inconsistentes con prácticas fiscales, comerciales o médicas sólidas, y resultan en costos innecesarios para el programa Medicaid, o en el reembolso de servicios que no son médicamente necesarios o que no cumplen con los estándares reconocidos profesionalmente para la atención médica. También incluye prácticas de destinatarios que resultan en costos innecesarios para los programas de Medicaid. (42 CFR § 455.2)

Ejemplos de fraude, despilfarro y abuso por parte de un proveedor:

1. Facturación por servicios, procedimientos y suministros que no se han prestado.
2. Brindar servicios a beneficiarios que no sean médicamente necesarios.
3. Facturación de saldo a un beneficiario de Medicaid por servicios cubiertos por Medicaid. Por ejemplo, pedirle al paciente que pague la diferencia entre las tarifas con descuento, las tarifas negociadas y las tarifas habituales y habituales del proveedor.
4. Tergiversación o manipulación intencional de los beneficios pagaderos por servicios, procedimientos o suministros, fechas en que se prestaron los servicios y/o tratamientos, récord médico del servicio, condición tratada o diagnosticada, cargos o

reembolso, identidad del proveedor/profesional o el destinatario de servicios, "desagregación" de procedimientos, tratamientos no cubiertos para recibir el pago, "codificación ascendente" y facturación por servicios no proporcionados.

5. Ocultar el uso indebido de la tarjeta de identificación de PSM por parte de los beneficiarios.
6. No informar la falsificación/alteración de una receta.
7. Solicitar/recibir a sabiendas y deliberadamente el pago de sobornos o sobornos a cambio de referidos de los beneficiarios de Medicaid.
8. Un médico que, a sabiendas y deliberadamente, refiere a los beneficiarios de Medicaid a centros de atención médica en los que o con el que el médico tiene una relación financiera (La Ley de Auto Referido del Médico, 42 U.S.C., Sección 1395nn- "La Ley Stark").

REQUISITOS REGLAMENTARIOS

Ley Federal de Reclamaciones Falsas

La Ley de Reclamaciones Falsas es un estatuto federal que cubre el fraude que involucra cualquier contrato o programa financiado con fondos federales, incluidos los programas de Medicare y Medicaid. Con respecto a la atención médica, la ley establece responsabilidad para cualquier persona que a sabiendas:

- Presenta, o hace que se presente, a un funcionario o empleado del Gobierno de los Estados Unidos o un miembro de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, una reclamación falsa o fraudulenta de pago o aprobación;
- Hace, usa o hace que se haga o use un récord o declaración falsa para obtener una reclamación falsa o fraudulenta pagada o aprobada por el Gobierno;
- Conspira para defraudar al Gobierno haciendo que un gobierno reclame o apruebe una reclamación falsa o fraudulenta;
- Hace, usa o hace que se haga o use un récord o declaración falsa para ocultar, evitar o disminuir la obligación de pagar o transmitir dinero o propiedad al Gobierno.

El término "saber" y a sabiendas se define para significar que una persona, con respecto a la información:

- Tiene conocimiento real de la falsedad de la información en la reclamación;
- Actúa en ignorancia deliberada de la verdad o falsedad de la información en una reclamación;
- Actúa haciendo caso omiso de la verdad o falsedad de la información en una reclamación.

La ley no requiere prueba de una intención específica de defraudar al gobierno de los EE. UU. En cambio, los proveedores de atención médica pueden ser procesados por una amplia variedad de conductas que conducen a la presentación de reclamaciones fraudulentas al gobierno, como hacer declaraciones falsas a sabiendas, falsificar expedientes, facturar dos veces artículos o servicios, presentar facturas por servicios que nunca se realizaron o artículos nunca provistos o que causen una reclamación falsa.

La Ley Federal de Reclamaciones Falsas tiene el lenguaje Qui Tam comúnmente conocido como disposiciones de "denunciante". Estas disposiciones exhortan a los empleados (actuales o anteriores) y a otros a denunciar casos de fraude, despilfarro y abuso al gobierno. Luego, el gobierno puede presentar una demanda contra la organización/individuo acusado de violar los actos de reclamaciones falsas. El denunciante también puede presentar una demanda de forma independiente. Los casos encontrados a favor del gobierno darán lugar a que el denunciante reciba una parte del monto otorgado al gobierno.

Las protecciones de los informantes de irregularidades establecen que los empleados que han sido despedidos, degradados, suspendidos, amenazados, acosados o de otra manera discriminados debido a su papel en la divulgación o denuncia de una reclamación falsa tienen derecho a todo alivio necesario para compensar al empleado, incluyendo:

- Reincorporación laboral al mismo nivel de antigüedad;
- Dos veces el monto del pago atrasado más los intereses;
- Compensación por daños especiales incurridos por el empleado como resultado de acciones inapropiadas del empleador.

Las entidades afectadas que no cumplan con la ley estarán en riesgo de perder todos los pagos de Medicaid hasta que se cumpla con el cumplimiento. PSM tomará medidas para monitorear a los proveedores contratados para garantizar el cumplimiento de la ley.

Ley de Reducción de Déficit

El 8 de febrero de 2006, se firmó la Ley de Reducción de Déficit ("DRA"), que entró en vigor el 1 de enero de 2007. El objetivo de DRA es reducir el fraude, el despilfarro y el abuso de los programas de Medicare y Medicaid.

Las entidades de salud como PSM, que reciben o pagan al menos 5 millones de dólares en fondos de Medicaid por año, deben cumplir con el DRA. Como contratista que hace negocios con PSM, los proveedores y su personal tienen la misma obligación de informar cualquier violación real o presunta de los fondos de Medicare/Medicaid, ya sea por fraude, despilfarro o abuso. Las entidades deben tener políticas escritas que informen a los empleados, contratistas y agentes de lo siguiente:

- La Ley Federal de Reclamaciones Falsas y las leyes del Commonwealth sobre el envío de reclamaciones falsas
- Cómo los proveedores detectarán y evitarán el fraude, el despilfarro y el abuso;
- Derechos de protección del empleado como informante

Revisión del Proveedor

El Departamento de Credenciales es responsable de monitorear a los proveedores a través de varios informes gubernamentales, que incluyen:

- Informes de sanciones de Medicaid federales y estatales/Commonwealth.
- Listas federales y estatales/Commonwealth de individuos y entidades excluidos.
- Lista de proveedores suspendidos y no elegibles de Medicaid.
- Revisión mensual de la lista de sanciones de la Junta Médica estatal/ Commonwealth.
- Revisión de los informes de licencia de la junta de especialidad correspondiente.

Si se encuentra una coincidencia, Agilerta reportará el hallazgo al Departamento de Cumplimiento de PSM para procesos ulteriores.

Perfil del Proveedor

PSM realiza auditorías de reclamaciones para detectar posibles fraudes, despilfarro y abuso de atención médica externa. Estas auditorías de facturación de proveedores se basan en criterios objetivos y documentados. PSM utiliza una aplicación de software de detección de fraude, despilfarro y abuso diseñada para calificar y perfilar el comportamiento y los patrones de facturación del proveedor y el beneficiario.

PSM informará al proveedor de las irregularidades de facturación y solicitará una explicación de las prácticas de facturación. El Departamento de Cumplimiento, con la ayuda de la Unidad de Investigación Especial, puede realizar más investigaciones y tomar medidas según sea necesario.

Educación para Proveedores/Profesionales

Cuando PSM identifica, a través de una auditoría u otro medio, prácticas inapropiadas o deficientes (por ejemplo, codificación, facturación), PSM puede determinar con la Unidad de Investigación Especial las actividades apropiadas, como visitas educativas o un Plan de Acción Correctiva.

La Unidad de Investigación Especial de PSM puede realizar revisiones prepago, concurrentes o posteriores al pago. Los proveedores cooperarán con las actividades de la Unidad de Investigación Especial y brindarán toda la documentación solicitada, siguiendo los plazos indicados en dichas solicitudes. La falta de cooperación puede dar lugar a nuevas medidas, que pueden incluir la terminación del contrato del proveedor.

Reporte de Fraude, Abuso y Despilfarro

Si un proveedor sospecha o sabe sobre fraude, despilfarro y abuso, debe informar este comportamiento comunicándose con la línea directa gratuita de ética del PSM al 1-844-335-2864 o <http://planmenonita.ethicspoint.com>. Estos servicios están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Esta línea directa es un teléfono externo confidencial y un sistema de informes basado en internet auspiciado por NAVEX Global, un proveedor líder de servicios de línea directa de cumplimiento y ética. Informes y consultas pueden hacerse de forma anónima.

Profesionales capacitados responderán todas las llamadas, registrarán toda la información y las inquietudes, y las enviarán inmediatamente al Departamento de Cumplimiento de PSM para su seguimiento.

Cuando el proveedor realiza un informe a través del proceso de informe basado en la web, el sistema generará una serie de preguntas que concluirán con el envío de la información. Los informes a la línea directa de PSM se pueden hacer desde cualquier lugar dentro de los Estados Unidos con acceso telefónico o de Internet. Tiene derecho a que sus inquietudes se informen de forma anónima sin temor a represalias. Es esencial incluir la siguiente información:

- Naturaleza de la queja;
- Los nombres de las personas y/o entidades sospechosas involucradas, dirección, número de teléfono, número de identificación de Medicaid y cualquier otra información de identificación.

También puede denunciar casos de fraude, despilfarro y abuso al Departamento de Cumplimiento de PSM.

Compliance Department
PO Box 36466
San Juan, PR 00936

La sospecha de fraude y abuso también se puede informar directamente a la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) llamando a su número gratuito (800) 981-2737, alternativamente, descargue el documento de referencia del incidente que puede usar para informar fraude, despilfarro y abuso en www.ases.pr.org.

REQUISITOS E INFORMACIÓN DE LA LEY HIPAA

HIPAA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud)

Compromiso de PSM con la Privacidad del Paciente

Proteger la privacidad de la información de salud personal de los beneficiarios es una responsabilidad central que PSM toma con mucha seriedad. Nos comprometemos a cumplir con todas las leyes federales y estatales con respecto a la privacidad y seguridad de la información de salud protegida (PHI) de los beneficiarios.

Responsabilidades del Proveedor

PSM espera que los proveedores contratados respeten y protejan la privacidad de los beneficiarios de PSM y cumplan con todas las leyes y regulaciones aplicables con respecto a la privacidad de su PHI.

Leyes Aplicables

Los proveedores deben comprender todas las leyes de privacidad de atención médica estatales y federales aplicables a su práctica y organización. Actualmente, no existe un marco regulatorio integral que proteja toda la información de salud en los Estados Unidos; en cambio, hay un mosaico de leyes que los proveedores deben cumplir. En general, la mayoría de los proveedores de atención médica están sujetos a diversas leyes y reglamentos relacionados con la privacidad de la información de salud, que pueden incluir, entre otros, los siguientes:

- HIPAA
- The Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act (HITECH)
- Leyes de Medicaid
- The Affordable Care Act (La Ley de Asistencia Asequible)
- Otras leyes y reglamentos aplicables del Gobierno de Puerto Rico

Los proveedores deben tener en cuenta que la ley HIPAA proporciona una base con respecto a la privacidad del paciente, pero que se deben seguir leyes más estrictas en ciertas situaciones. Los proveedores deben consultar con su asesor legal para abordar sus circunstancias específicas.

Uso y Divulgación de PHI

La información PHI del beneficiario solo debe usarse o divulgarse según lo permitido o requerido por la ley aplicable. Según la ley HIPAA, un proveedor puede usar y divulgar su PHI para su tratamiento, pago y actividades de operaciones de atención médica (TPO) sin su consentimiento o autorización. Los usos y divulgaciones de TPO se aplican no solo a las actividades de TPO del proveedor, sino también a el TPO de otra entidad cubierta¹. La divulgación de PHI por una entidad cubierta a otra entidad cubierta, o proveedor de atención médica, para la TPO del destinatario, está específicamente permitida bajo ley HIPAA en las siguientes situaciones:

- Las actividades de pago del destinatario. Tenga en cuenta que "pago" es un término definido bajo la Regla de Privacidad de la ley HIPAA que incluye, sin

¹ Consulte las Secciones 164.506 (c) (2) y (3) de la Regla de Privacidad de HIPAA.

limitación, actividades de revisión de utilización, como la autorización previa de servicios, la revisión concurrente y la revisión retrospectiva de "servicios"².

- Si cada entidad cubierta tiene o tuvo una relación con la persona que es objeto de la PHI que se solicita, la PHI se refiere a dicha relación, y la divulgación es para las siguientes actividades de operaciones de atención médica:
 - Mejora de Calidad
 - Manejo de Enfermedades
 - Manejo y Coordinación de Casos
 - Programas de Capacitación
 - Credencialización, licencias y credenciales

Por lo tanto, permite a los proveedores compartir PHI con PSM para nuestras actividades de operaciones de atención médica, como HEDIS e iniciativas de mejora de la calidad.

Autorizaciones Escritas

Los usos y divulgaciones de PHI que no están permitidos o requeridos por la ley aplicable requieren la autorización por escrito válida del beneficiario. Dichas autorizaciones deben cumplir con los requisitos de la ley HIPAA y la ley del Commonwealth aplicable. Se incluye una muestra de Autorización para el uso y divulgación de información de salud protegida en la sección de Anejos.

Derechos del Paciente

Los pacientes tienen varios derechos bajo la ley HIPAA. Los proveedores de PSM deben permitir que los pacientes ejerzan cualquiera de los derechos enumerados a continuación que se aplican a su práctica.

- **Aviso de Prácticas de Privacidad:** los proveedores que están cubiertos por la ley HIPAA y que tienen una relación de tratamiento directo con el paciente deben brindarles un aviso de prácticas de privacidad que explique los derechos de privacidad del paciente y el proceso que deben seguir para ejercer esos derechos. El

² Consulte la definición de Pago, Sección 164.501 de la Regla de Privacidad de HIPAA.

proveedor debe obtener un acuse de recibo por escrito de que el paciente recibió el Aviso de Prácticas de Privacidad.

- **Solicitudes de Restricciones Sobre Usos y Divulgaciones de PHI:** Los pacientes pueden solicitar que un proveedor de atención médica restrinja sus usos y divulgaciones de PHI. El proveedor no está obligado a aceptar ninguna solicitud de restricciones.
- **Solicitudes de Comunicaciones Confidenciales:** Los pacientes pueden solicitar que un proveedor de atención médica comunique la PHI por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Los proveedores deben acomodar las solicitudes razonables del paciente.
- **Solicitudes de Acceso del Paciente a la PHI:** Los pacientes tienen derecho a acceder a su PHI dentro de un conjunto de expedientes designado por el proveedor. Los representantes personales de los pacientes tienen derecho a acceder a la PHI del paciente sujeto. El conjunto de expedientes designado de un proveedor incluye el récord médico del paciente, así como la facturación y otra información utilizada para tomar decisiones sobre el cuidado o el pago del cuidado del beneficiario.
- **Solicitud de Enmienda de la PHI:** Los pacientes tienen derecho a solicitar que el proveedor modifique la información en su conjunto de expedientes designado.
- **Solicitud de Contabilidad de Divulgaciones de PHI:** Los pacientes pueden solicitar un informe de las divulgaciones de PHI realizadas por el proveedor durante el período de seis (6) años anterior. La lista de divulgaciones no necesita incluir divulgaciones realizadas para tratamiento, pago u operaciones de atención médica o realizadas antes del 14 de abril de 2003.

Seguridad de la Ley HIPAA

Los proveedores deben implementar y mantener salvaguardas razonables y apropiadas para proteger la confidencialidad, disponibilidad e integridad de la PHI del beneficiario. A medida que más proveedores realizan récords médicos electrónicos, es importante asegurarse de que hayan implementado y mantengan las medidas de seguridad cibernética adecuadas. Los proveedores deben reconocer que el robo de identidad, tanto financiero como médico,

es un problema en rápido crecimiento y que sus pacientes confían en ellos para mantener su información más confidencial en privado y confidencial.

El robo de identidad médica ocurre cuando alguien usa el nombre de una persona y, a veces, otras partes de su identidad, como la información del seguro de salud, sin el conocimiento o consentimiento de la persona para obtener servicios o bienes de atención médica. El robo de identidad médica con frecuencia resulta en entradas erróneas agregadas a los récords médicos existentes. Los proveedores deben ser conscientes de este problema creciente y reportar cualquier actividad sospechosa a PSM.

Transacciones HIPAA y Conjuntos de Códigos

PSM apoya firmemente el uso de transacciones electrónicas para realizar las actividades de facturación médica. Se exhorta a los proveedores de PSM a presentar reclamaciones y otras transacciones utilizando formatos electrónicos. Ciertas transacciones electrónicas están sujetas a la Regla de Transacciones y Conjuntos de Códigos de HIPAA que incluye, entre otras, las siguientes:

- Reclamaciones y Encuentros (837)
- Consultas y respuestas sobre el estado de elegibilidad del beneficiario (270/271)
- Preguntas y respuestas sobre el estado de las reclamaciones (276/277)
- Avisos de Remesas (835)

PSM se compromete a cumplir con todos los requisitos estándar de Transacciones HIPAA y Conjunto de Códigos. Los proveedores deben comunicarse con sus correspondientes delegados de facturación para configurar la identificación del pagador del Plan de Salud Menonita para enviar las transacciones HIPAA. La identificación del pagador de Plan de Salud Menonita para VITAL es **660636242PSG**.

Identificador de Proveedor Nacional (NPI)

Los proveedores deben cumplir con la Regla del Identificador Nacional de Proveedores (NPI) promulgada bajo HIPAA. El proveedor debe obtener un NPI del Plan Nacional y el Sistema de Enumeración de Proveedores (NPPES) para sí mismo o para cualquier subparte del proveedor.

El proveedor debe poner a disposición su NPI y cualquier subparte de PSM y de cualquier otra entidad que lo requiera. Cualquier cambio en su NPI o en la información de las subpartes se debe informar a NPPES dentro de los 30 días y también se debe informar a PSM dentro

de los 30 días posteriores al cambio. El proveedor debe usar su NPI como su identificador en todas las transacciones electrónicas requeridas por la ley HIPAA, y en todas las reclamaciones y encuentros (tanto en formato electrónico como en papel) presentados a PSM.

PROGRAMA DE COMPETENCIA CULTURAL

La política de PSM es mantener un Plan de Competencia Cultural y Diversidad por escrito para brindar servicios de manera efectiva a los beneficiarios de todas las culturas, edad, raza, género, orientación sexual, nivel socioeconómico, idiomas, antecedentes étnicos, creencias espirituales y religiones. PSM reconoce, valora, afirma y respeta el valor de las personas y protege y preserva la dignidad de cada persona. Además, PSM se adhiere a la política de igualdad de oportunidades de empleo y a las prácticas de no discriminación.

Plan de Competencia Cultural y Diversidad

La competencia cultural es una parte integral de PSM. Los empleados de PSM que están en contacto directo con los beneficiarios y sus familias:

- Utilicen los recursos apropiados para garantizar que se satisfagan las necesidades lingüísticas.
- Evalúen la aculturación para que coincida con los recursos basados en la comunidad y brindar cuidado y educación adecuadas.
- Utilicen información específica de la cultura para ayudar a identificar y determinar la causa de los problemas y la falta de comunicación basados en la cultura.

PSM garantiza servicios no discriminatorios y respetuosos a los beneficiarios y sus familias mediante el empleo de prácticas de competencia cultural tanto internas como externas. Acomodamos, facilitamos, tratamos y ayudamos a nuestros beneficiarios con una amplia variedad de condiciones.

Todos los empleados, beneficiarios y familias tienen acceso al Plan de Diversidad y Competencia Cultural de PSM, ya que los elementos esenciales del plan se incluyen en la capacitación de los empleados. También está disponible por separado a petición.

Competencia Cultural Interna y Prácticas de Diversidad

PSM busca miembros del personal que estén comprometidos con su comunidad, representen una variedad de antecedentes culturales y puedan comunicarse en situaciones interculturales. No se tolera la discriminación, y los empleados llevarán a cabo los servicios de una manera que reconozca los valores, afirme y respete el valor del individuo y proteja y preserve la dignidad de cada persona.

Cuando sea necesario y solicitado, se brindarán servicios de traducción a los beneficiarios. El intérprete ayudará a traducir cualquier admisión, planes de tratamiento, evaluación u otros documentos compartidos. A petición, PSM brindará un profesional para ayudar con las traducciones. Además, para los beneficiarios con impedimentos del habla y la audición, nuestros representantes del Centro de Llamadas pueden conectarlos con intérpretes que sirvan como facilitadores efectivos de comunicación al hacer que el mensaje sea confiable y transmitan tanto el contenido como el espíritu del discurso de los participantes.

PSM puede brindar capacitación y educación de competencia cultural integral, basada en el comportamiento y teoría para promover resultados de salud positivos para los pacientes. Las características de la capacitación incluyen:

- Aceptación y respeto a las diferencias.
- Atención cuidadosa a la dinámica de las diferencias.
- Expansión continua de conocimiento y recursos culturales.

La capacitación se basa en las siguientes técnicas de aprendizaje:

- Evaluación y conciencia de prejuicios personales, valores y expectativas.
- Contenido sobre atributos generales específicos de la cultura (estructuras familiares, lenguaje utilizado para varios grupos, beneficiarios con una amplia variedad de discapacidades físicas y lingüísticas, etc.).

El entrenamiento específico identificado incluye:

- Capacitación en Competencia Cultural y Diversidad de PSM.
- El Centro Nacional para la Competencia Cultural (NCCC) mantiene una base de datos con una amplia gama de recursos sobre competencia cultural y lingüística (por ejemplo, información demográfica, políticas, prácticas, artículos, libros, iniciativas de

investigación y hallazgos, planes de estudio, materiales multimedia y sitios web, etc.) El NCCC utiliza criterios de revisión específicos para la inclusión de estos recursos. Como parte de la asistencia técnica basada en la web de NCCC, una bibliografía de búsqueda de estos recursos está disponible en línea. La base de datos de recursos en línea que se utilizará para el autoestudio es la siguiente:

<https://www.4.georgetown.edu/research/gucchd/nccc/app/resources/index.cfm>

Competencia Cultural Externa y Prácticas de Diversidad

- Los empleados son notificados de sus responsabilidades sobre la prestación de atención culturalmente competente y pueden obtener una copia del Plan de Competencia Cultural y Diversidad. Eventualmente, se publicará en nuestra página web.
- PSM brindará servicios de interpretación a los beneficiarios y a las familias cuando sea necesario cuando se solicite para garantizar la disponibilidad de una comunicación efectiva sobre el tratamiento, el historial médico o la educación para la salud. Los intérpretes están disponibles cuando se debata información técnica, médica o de tratamiento o cuando el uso de un familiar, beneficiario o amigo, como intérprete, sea inapropiado.

RECLAMACIONES

Las reclamaciones son facturas de servicios enviadas a PSM por proveedores para servicios de atención médica cubiertos. Las reclamaciones por servicios de salud mental se envían a APS Healthcare, entidad delegada por PSM para contratar servicios de salud mental. Las reclamaciones de salud oral se envían a Delta Dental of PR, entidad delegada por PSM para contratar servicios de salud oral.

El procesamiento de reclamaciones es una función importante para toda nuestra red de proveedores de PSM. Comprender estos procesos lo ayudará a evitar problemas de pago y a recibir pagos rápidamente. PSM procesará las reclamaciones en papel y electrónicas, así como los encuentros de GMP enviados cada mes. Los pagos de reclamaciones se gestionan de acuerdo con los términos especificados en los contratos del proveedor. En esta sección, encontrará información sobre los siguientes temas:

- Cómo someter una reclamación a PSM

- Formatos aceptados de reclamaciones
- Pago de reclamaciones
- Tiempos requeridos para el envío de reclamaciones
- Proceso de revisión y ajustes a reclamaciones
- Proceso de disputa
- Coordinación de beneficios (COB) y responsabilidad de terceros (TPL, por sus siglas en inglés)
- Auditoría de reclamaciones
- Sobrepagos y recobros de reclamaciones
- Facturación al beneficiario

Cómo someter una reclamación a PSM

PSM exhorta a todos los proveedores participantes a someter reclamaciones a PSM electrónicamente utilizando el formulario de transacción estándar HIPAA correspondiente (837I u 837P, según corresponda) y a través de su *clearinghouse* contratado. Si hay una situación especial en la que el personal de Reclamaciones de PSM le ha indicado que envíe una reclamación en papel, debe enviarla a la siguiente dirección:

Plan de Salud Menonita, Inc.
Departamento de Reclamaciones
PO BOX 364668
San Juan, PR 00936

Los proveedores contratados son responsables de presentar sus reclamaciones utilizando la tarifa contratada. PSM procesará la reclamación de acuerdo con la tarifa contratada.

Formatos Aceptados de Reclamaciones³

Los proveedores deben usar la versión actual 5010 del formato ASC X12N que cumple con HIPAA.

³ Para reclamaciones de salud mental y salud oral, favor de referirse a las instrucciones de su contrato con las entidades delegadas por PSM, APS Healthcare y Delta Dental of Puerto Rico, respectivamente.

- 837I para reclamaciones institucionales
- 837P para reclamaciones profesionales
- 837D para reclamaciones dentales

Los proveedores deben facturar a PSM por los servicios con el conjunto de códigos de diagnóstico aprobados por CMS (ICD-10) y la codificación de procedimiento actual (CPT, HCPCS, CDT) vigente a partir de la fecha en que se prestó el servicio. Esto ayudará a lograr un proceso eficiente de reclamaciones.

Para las reclamaciones facturadas en papel, los siguientes son los formularios aceptables:

- Reclamaciones Institucionales
 - Forma UB-04 o su formato sucesor adoptado por el Comité Nacional Uniforme de Facturación (NUBC), según adoptado por el NUBC.
- Reclamaciones Profesionales
 - Forma CMS-1500 o su sucesor adoptado por el Comité Nacional Uniforme de Reclamos (NUCC), según adoptado por el NUCC. Los códigos y modificadores actuales de la Terminología de Procedimiento Común (CPT, por sus siglas en inglés) y los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD, por sus siglas en inglés) deben ser válidos para la fecha de servicio presentada.
- Reclamaciones Dentales
 - El formulario de reclamaciones dentales de la ADA brinda un formato estándar para informar los servicios dentales al plan de beneficios dentales del beneficiario. Los servicios dentales se delegan a través de Delta Dental de Puerto Rico. Comuníquese con Delta Dental al 1-866-622-6120 o visite <https://deltadentalpr.com/proveedores>.

Las reclamaciones facturadas electrónicamente dirigidas a PSM deben identificarse con el siguiente número de identificación: **660636242PSG**. Recomendamos enviar las reclamaciones electrónicamente para un proceso más preciso y pagos de reclamaciones más rápidos.

Es importante realizar un seguimiento de las transmisiones electrónicas utilizando los informes brindados por su clearinghouse.

Cuando sus reclamaciones se facturan electrónicamente:

- El proveedor recibirá un acuse de recibo electrónico que indica la aceptación de la reclamación por parte del clearinghouse;
- Después de que la reclamación pase las ediciones iniciales, recibirá un acuse de recibo 999 del clearinghouse (aceptada/rechazada por el pagador) dentro de los dos (2) días laborables posteriores al envío. Si PSM rechaza la transacción, el proveedor debe verificar los motivos, realizar la corrección adecuada y volver a enviar la transacción.
- Comuníquese con el representante del clearinghouse por problemas durante la transmisión;
- Transacciones de encuentros o reclamaciones serán confirmadas mediante respuesta utilizando la transacción estándar 277CA. El proveedor debe conservar las remesas electrónicas (835) o a papel en sus registros y referencia futura.

Los GMP de PSM deben enviar el 100% de los datos de encuentros cada mes. Esta información está sujeta a revisión por necesidad médica, derivación y autorización adecuadas, fundamentación de los servicios prestados y prácticas adecuadas de tratamiento/facturación. El historial médico del beneficiario puede utilizarse para corroborar los servicios prestados.

Si el proveedor está capitado o tiene algún otro acuerdo de compensación, es decir, tarifa fija (*fee for Service*), tarifa de caso (*case rate*) o retención (*withholding*), el proveedor se compromete contractualmente a reportar a PSM, a través de formato electrónico, datos de encuentros mensuales; y PSM puede retener el pago de capitación mensual del proveedor si dichos datos de encuentro no se reciben del proveedor dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha en que el proveedor presta servicios.

Pago de Reclamaciones

PSM procesará un ciclo de pago semanal, siguiendo el itinerario de pago publicado. El itinerario se publica anualmente a través de carta circular y en el Portal de Proveedores (<https://psmconnet.psmpr.com/login>). PSM sugiere inscribirse para la Transferencia

Electrónica de Fondos (EFT) y el Aviso de Remesas Electrónicas (ERA). Los proveedores que se registren en pagos con EFT también recibirán automáticamente el AVISO de Remesas Electrónicas (ERA). Este servicio se brinda sin costo para los proveedores (consulte el Anejo G con el Formulario de Inscripción de Pago). Información adicional sobre EFT/ERA está disponible en <https://psmconnet.psmpr.com/login> o contactando a nuestro Centro de Llamadas de Proveedores de PSM 1-855-297-0140.

Tiempos Requeridos para el Envío de Reclamaciones

El proveedor deberá enviar las reclamaciones a PSM a tiempo por los servicios cubiertos y prestados a los beneficiarios. Todas las reclamaciones deberán enviarse en los formularios aceptables, como se especificó anteriormente.

Si PSM lo requiere, el proveedor debe incluir cualquiera o toda la información de apoyo relacionados con la reclamación. Toda la información presentada debe formar parte del expediente médico del beneficiario. PSM se reserva el derecho de realizar revisiones o auditorías para validar si los servicios facturados están correctamente codificados, según las guías estándares de codificación Medicaid y los estándares de la industria, además de revisar que los servicios están documentados en dicho expediente médico.

El proveedor debe presentar las reclamaciones a PSM dentro de los noventa (90) días calendario posteriores a la prestación de los servicios (fecha de servicio). Los proveedores institucionales, el período de 90 días comenzará a partir de la fecha del alta del paciente. En el caso de las reclamaciones de Coordinación de Beneficios, el período de 90 días comenzará a partir de la fecha de pago del pagador primario.

La fecha de recibo de una reclamación es la fecha en que PSM acepta la reclamación en su sistema de procesamiento de reclamaciones. Si un proveedor presenta una reclamación en papel, la fecha del “ponchado” de PSM es la fecha de recibo de PSM para la reclamación.

Proceso de Revisión y Ajuste a Reclamaciones

Los proveedores deben enviar la reclamación o ajuste corregido solo después de completar el proceso de reconciliación adecuado e identificar la reclamación o las reclamaciones que se pagaron o denegaron incorrectamente por si existe la necesidad de corregir información importante que incluye, entre otros, unidades, diagnóstico, códigos CPT, etc. o de enviar documentación de apoyo.

Efectivo para pagos efectuados a partir del 1 de enero de 2022, PSM debe recibir los ajustes de reclamaciones en papel en el Formulario de Ajuste de Reclamaciones correspondiente (consulte el Anejo F), dentro de los 120 días posteriores a la fecha de pago o de denegación de la reclamación original a:

Plan de Salud Menonita, Inc. (PSM)
Departamento de Reclamaciones
PO BOX 364668
San Juan, PR 00936

Toda solicitud de ajuste deberá contener evidencia de cuándo el mismo fue sometido. Ajustes sometidos más de 3 veces sin cambios o documentación que sustente el cambio de la determinación de la reclamación serán denegados con una Carta de Determinación Final. El Departamento de Reclamaciones no aceptará solicitudes de ajustes a reclamaciones con Carta de Determinación Final.

El procedimiento solicitud de ajustes es uno ordinario que permite a los proveedores corregir errores menores de entrada incorrecta de datos o errores clericales que pueden ocurrir en el manejo regular de reclamaciones. Además, permite al proveedor activar el proceso de disputa a través de nuestro Departamento de Apelaciones y Querellas, si no está de acuerdo con la determinación final de la reclamación.

Es importante recordarle que:

- ajustes de reclamaciones para añadir cargos o servicios **inicialmente no facturados** no serán aceptados después de la expiración del tiempo límite de la reclamación inicial;
- PSM no aceptará ajustes a partir de la Carta de Determinación Final y procede el proceso apelativo;
- reclamaciones ajustadas por instrucciones de ASES, no están sujetas al proceso apelativo;

INSTRUCCIONES DE SOMETIMIENTO DE AJUSTE DE RECLAMACIONES:

Portal de Proveedores (Easy Fax):

El proveedor puede someter sus ajustes por medio de nuestra herramienta “Easy Fax” la cual se encuentra en el Portal de Proveedores. Esta provee el acceso para entrar la información de la reclamación, el ajuste a realizarse y le permite anejar la documentación. Las instrucciones de como someter los ajustes por medio de esta herramienta se encuentran disponibles en el Anejo R “**PSM Easy Fax – Adjustment**”.

Ajustes en papel:

Formulario CMS1500 (Profesional)

En el caso que **no** utilice la herramienta del portal, deberá indicar el número de frecuencia 7 en el campo #22 “Resubmission code”, junto al número de reclamación original en el espacio que indica “Original Ref No.” Ver imagen:

The image shows a portion of the CMS1500 form. Field 20, 'OUTSIDE LAB?', has 'YES' and 'NO' checkboxes. Field 22, 'RESUBMISSION CODE', is highlighted with a black arrow. Field 23, 'PRIOR AUTHORIZATION NUMBER', is also visible. The 'ORIGINAL REF. NO.' field is located to the right of field 22.

Formulario UB04 (Institucional)

En el caso que **no** utilice la herramienta del portal, Deberá indicar en el campo #4 de “Type of Bill” el número de frecuencia 7 en la tercera posición (última posición) de dicho número. Ver imagen:

The image shows a close-up of field 4, 'TYPE OF BILL', on the UB04 form. A black arrow points to the third digit of the code entered in the field.

Igualmente, debe incluir el número de la reclamación original en el campo #64 “Document Control Number”, según se muestra en la imagen:

The image shows field 64, 'DOCUMENT CONTROL NUMBER', on the UB04 form. A black arrow points to the input field for this number.

Proceso de Queja por Escrito para Proveedores

El proceso de queja por escrito se activará una vez el proveedor haya recibido la Carta de Decisión Final por parte del Departamento de Reclamaciones. El proveedor deberá someter su queja en el Formulario de Queja por Escrito del Proveedor (Provider Written Complaint Form) junto con la Carta de Decisión Final y cualquier otra documentación relacionada en apoyo de su reclamo, en un término que no excederá ciento veinte días (120) desde que el proveedor recibe la Carta de Decisión Final. De presentarse el Formulario de Queja sin la carta antes mencionada, la misma será desestimada. El Departamento de Reclamaciones estará enviando el resultado de la queja en un término que no excederá quince (30) días

desde recibida la solicitud. El Formulario de Queja por Escrito de Proveedor estará disponible en el Portal del Proveedor o puede solicitar el mismo comunicándose con nuestro Centro de Servicio al Proveedor.

Todos los documentos relacionados con la disputa pueden ser presentados de la siguiente manera:

-
- Por fax: 797-332-2059
- Por correo postal: Unidad Especializada – Departamento de Reclamaciones, P.O. Box 364128, San Juan, PR 00936

Coordinación de Beneficios

Medicaid siempre será el pagador de último recurso cuando el beneficiario tiene dos o más planes de salud. El proveedor deberá facturar a los planes comerciales, Medicare, Tricare, CHAMPVA, CHAMPUS y otros planes gubernamentales antes de facturar a PSM Vital. El proveedor deberá hacer esfuerzos razonables para obtener toda la información del pagador primario para el beneficiario al que presta el servicio y notificar la denegación o pago parcial del pagador primario al facturar a PSM Vital. Si ocurre la Coordinación de Beneficios, se pagará al proveedor según los requisitos del contrato de ASES. El proveedor debe incluir una copia de la Explicación de Pago del otro seguro con la reclamación. Para referencia, ASES se ha pronunciado sobre el proceso de Coordinación de Beneficios en las cartas: CN 16-1018, CN 17-0606, CN 19-0506 y Carta Circular 22-0929

La Responsabilidad de Terceros (TPL, por sus siglas en ingles)

PSM será el pagador de último recurso y hará todo lo posible para determinar el pagador apropiado para los servicios prestados. PSM puede denegar reclamaciones cuando se haya establecido responsabilidad de un tercero y pagará reclamaciones por servicios cubiertos cuando no se ha establecido la probable Responsabilidad de Terceros (TPL), o los beneficios de terceros no están disponibles para pagar una reclamación. PSM intentará recuperar los pagos correspondientes a terceros que se hayan realizado por servicios a los beneficiarios de Vital.

Codificación Correcta y Éditos Estándares

PSM utiliza un sistema de adjudicación de reclamaciones que abarca ediciones y auditorías prepago y pospago que siguen los requisitos estatales y federales, a la vez que administra

reglas de pago basadas en principios generalmente aceptados de codificación correcta, que incluyen, entre otras, las siguientes:

- Manuales y archivos RVU publicados por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).
- Ediciones del National Correct Coding Initiative (NCCI), incluidas las ediciones de agrupación de procedimiento a procedimiento (PTP, por sus siglas en inglés) y las ediciones médicamente improbables (MUE, por sus siglas en inglés). En el caso de que un límite de beneficios del estado sea más estricto o restrictivo que el MUE de CMS, PSM aplicará el límite de beneficios del estado.
- En ausencia de guías del estado, determinaciones de cobertura nacional de Medicare (NCD, por sus siglas en inglés).
- En ausencia de orientación del estado, determinaciones de cobertura local de Medicare (LCD, por sus siglas en inglés).
- Indicadores del archivo de valor relativo (RVU, por sus siglas en inglés) del programa de tarifas de CMS para Puerto Rico.
- Guías de codificación del Manual de CPT, publicadas por la Asociación Médica Estadounidense (AMA, por sus siglas en inglés).
- Guías de codificación de ICD-10-CM, publicadas por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud.
- Políticas de pago basadas en asociaciones profesionales u otras guías reconocidas por la industria para servicios específicos. Dichas políticas de pago pudieran ser más estrictas que las pautas estatales y federales.
- Políticas de PSM basadas en la idoneidad de la atención y la necesidad médica.
- Políticas de pago publicadas por PSM.

Auditoría de Reclamaciones

Los proveedores de PSM reconocen el derecho a que PSM Vital realice auditorías de facturación posteriores al pago. El proveedor cooperará con las auditorías de PSM de reclamaciones y pagos al brindar acceso a la información de reclamaciones solicitada, todos los expedientes médicos que sustenten la prestación del servicio, las políticas de cobros del

proveedor y otros datos relacionados. PSM utilizará las prácticas clínicas y de adjudicación de reclamaciones establecidas, las guías de codificación federales y estatales o las políticas de pago de la industria para determinar la certeza de la facturación, la codificación y el pago.

Sobrepagos y Recobros de Reclamaciones

PSM ha establecido el Departamento de Recuperación Financiera que administra la evaluación de los pagos en exceso de reclamaciones. Como parte de los procesos de recuperación financiera, el Departamento asegura que diariamente se realicen ediciones relacionadas con el pago para monitorear: pagos duplicados, servicios sobrefacturados, codificación apropiada, entre otros.

Si, como resultado de una auditoría o revisión retrospectiva de las reclamaciones pagadas, PSM determina que ha realizado un sobrepago a un proveedor por los servicios prestados a un Afiliado, PSM presentará un reclamo por dicho sobrepago mediante una carta de recobro por correo ordinario.

Los proveedores tienen instrucciones de cooperar completamente con el Departamento de Integridad en Pagos o apelar la recuperación si, por alguna razón, dicha recuperación es incorrecta.

El Proveedor puede reembolsar el sobrepago identificado mediante el envío de un cheque a el Departamento de Integridad en Pagos o puede someterse a un proceso de reembolso aplicable a futuras reclamaciones, luego de transcurrido sesenta (60) días de la fecha de la carta de recobro.

El Proveedor puede apelar la solicitud de recobro, dentro del periodo de sesenta (60) días de la fecha de la carta de recobro.

Si el proveedor identifica un pago en exceso, notifique a PSM de inmediato, solicitando un ajuste a la reclamación:

Plan de Salud Menonita, Inc.
Departamento de Integridad en Pagos y Economías PO BOX 364668
San Juan, PR 00936

Facturación al Beneficiario

Los proveedores contratados por PSM no pueden cobrar al beneficiario por ningún beneficio cubierto. Se exhorta a los proveedores a verificar la elegibilidad del beneficiario y obtener la aprobación de los servicios que requieren preautorización. Hay múltiples mecanismos

disponibles para que los proveedores de PSM realicen validaciones de elegibilidad y cubierta como el Portal de Proveedores, IVR, el clearinghouse y el Centro de Llamadas para Proveedores.

QUEJAS, QUERELLAS, APELACIONES Y DISPUTAS

Proceso de Quejas, Querellas y Apelaciones

Los procedimientos de quejas, querellas y apelaciones de PSM permiten a los beneficiarios, a los proveedores que actúen en su nombre, a los representantes autorizados de los beneficiarios o a los mismos proveedores (según corresponda) presentar cualquier queja, querella o apelación, y recibir de PSM y sus subcontratistas pertinentes una revisión adecuada, investigación y resolución del asunto, incluyendo la orientación de cómo tener acceso a una Audiencia de Derecho Administrativo (ALH) ante ASES. PSM se compromete a garantizar la resolución puntual, justa, imparcial y adecuada de cualquier insatisfacción notificada por un beneficiario con cualquier aspecto de la operación, prestación de servicios o actividades de atención médica de PSM.

Representante Autorizado

Para designar a un representante autorizado para presentar una Queja, Querella o Apelación en nombre de un beneficiario, el beneficiario y su representante elegido deben completar un Formulario de Nombramiento de Representante disponible en la página web de PSM www.menonitavital.com o un equivalente por escrito y presentarlo ante PSM utilizando el número de dirección o fax que aparece a **continuación**. Si un beneficiario desea autorizar a su proveedor a presentar una queja, querella o apelación en su nombre, puede certificar su consentimiento en el formulario brindado por PSM.

Métodos de Tramitación

PSM recibirá quejas, querellas o apelaciones a través de correspondencia escrita, teléfono o fax, a la siguiente dirección y números:

PSM–Apelaciones y Querellas

PO Box 364128

San Juan, PR 00936

Fax: 787-332-0928

Correo Electrónico: vitalgrievancesandappeals@planmenonita.com

Los beneficiarios tienen la opción de utilizar el Formulario de Quejas, Querellas y Apelaciones de PSM, al que se podrá acceder desde la página web de PSM, y se incluye como un Anejo I de este Manual de Proveedores y en el Manual del Beneficiario.

Quejas

Una queja es una expresión de insatisfacción con respecto a cualquier asunto que no sea una determinación adversa de beneficios que se resuelve en el punto de contacto en lugar de presentar una queja formal (definida más adelante). Los ejemplos de incidentes que pueden dar lugar a una queja incluyen, entre otros: problemas para obtener una cita con un proveedor, largos tiempos de espera y comportamiento irrespetuoso o grosero por parte de médicos, enfermeras o personal de PSM.

El beneficiario, o su representante autorizado, debe presentar una queja dentro de los quince (15) días calendario posteriores a la fecha en que ocurrió la queja. PSM resolverá la queja dentro de las setenta y dos (72) horas posteriores al recibir la queja inicial, oralmente o por escrito. Si la queja no se resuelve dentro de este plazo, se tratará como una querella.

El aviso de disposición de la queja se brindará verbalmente e incluirá: (1) los resultados de la investigación realizada, (2) la fecha de resolución de la queja, (3) una notificación al beneficiario (o su representante autorizado, si corresponde) del derecho del beneficiario a presentar una querella o una apelación, y (4) la información necesaria para que el beneficiario solicite una Audiencia de Derecho Administrativo ante ASES, si corresponde, incluida la información de contacto para llevar a cabo dicha acción (como se detalla más adelante).

Querellas

Una querella es una expresión de insatisfacción sobre cualquier asunto que no sea una Determinación Adversa de Beneficios (definida más adelante) que es investigada y documentada por PSM o su subcontratista (según corresponda). Los ejemplos de incidentes que pueden dar lugar a una querella incluyen, entre otros: problemas con la calidad de la atención o los servicios prestados al beneficiario, el acceso al cuidado o los servicios, aspectos de las relaciones interpersonales, como la grosería de un proveedor o un empleado, información errónea provista por PSM o sus proveedores, incumplimiento de los derechos del beneficiario, solicitudes de preautorización, cambios en el proveedor de la red, referencias o condiciones ambientales peligrosas.

Un beneficiario, o su representante autorizado, puede presentar una querrela en cualquier momento. PSM acusará recibo de la querrela por escrito (dentro de los diez (10) días laborables posteriores al recibo de la misma.

La documentación inicial de la querrela debe incluir, como mínimo, lo siguiente:

- Nombre del querellante
- Número de teléfono del querellante
- Dirección del querellante
- Relación del querellante con el beneficiario (si aplica)
- Una explicación detallada completa de la querrela, que incluye una declaración concisa de la inquietud.

PSM o sus subcontratistas brindarán un aviso por escrito del resultado de la investigación de la querrela, tan pronto como lo requiera la condición de salud del beneficiario, pero nunca posterior a los noventa (90) días calendario a partir del día en que PSM recibió la querrela.

Determinaciones Adversas de Beneficios

Una Determinación Adversa de Beneficios es una decisión tomada por PSM o su Subcontratista (según corresponda) que puede afectar los servicios que recibe el beneficiario. Específicamente, una determinación adversa de beneficios es:

- La denegación o autorización limitada de un servicio solicitado, incluido el tipo o nivel de servicio;
- La reducción, suspensión o terminación de un servicio previamente autorizado;
- La denegación, total o parcial, del pago de un servicio;
- La falta de prestación de servicios con prontitud.

Un Aviso de Determinación Adversa de Beneficios es un aviso por escrito enviado por PSM al beneficiario notificándole de una determinación adversa de beneficios, con la siguiente información:

- La Determinación Adversa de Beneficios que PSM ha tomado o tiene la intención de tomar;
- Los motivos de la Determinación Adversa de Beneficios;

- El derecho del beneficiario a presentar una apelación a través de los procedimientos internos del Departamento de Querellas y Apelaciones de PSM y el procedimiento para presentar una apelación;
- El derecho del beneficiario a solicitar una Audiencia de Derecho Administrativo después del agotamiento de los Procedimientos de Quejas y Apelaciones de PSM;
- El derecho del beneficiario de permitir que un proveedor presente una apelación o una Audiencia de Derecho Administrativo en su nombre, con consentimiento del beneficiario por escrito.
- Las circunstancias bajo las cuales está disponible la revisión acelerada (expedita) y cómo solicitarla;
- El derecho del beneficiario a continuar recibiendo beneficios y servicios cubiertos hasta que se resuelva la apelación ante PSM o durante la Audiencia de Derecho Administrativo;
- Cómo el beneficiario puede solicitar que continúen los beneficios y las circunstancias bajo las cuáles se le puede exigir al beneficiario que pague los costos de estos servicios.

Apelaciones

Una apelación es una solicitud formal de un beneficiario, o su representante autorizado, para la revisión o reconsideración de una Determinación Adversa de Beneficios, cuando no está de acuerdo con la determinación de PSM o su Subcontratista en el Aviso de Determinación Adversa de beneficios para negar, en su totalidad o en parte, un servicio, procedimiento, estudio, cobro o pago.

Los beneficiarios tienen un período de sesenta (60) días calendario para presentar una apelación estándar ante PSM o su Subcontratista (según corresponda) después de recibir el Aviso de Determinación Adversa de beneficios de PSM o su Subcontratista. PSM acusará recibo de la apelación por escrito dentro de los diez (10) días laborables posteriores al recibo de la misma. El beneficiario puede presentar una apelación de forma oral o escrita. Las apelaciones orales que buscan apelar una Determinación Adversa de Beneficios se tratarán como apelaciones, sin necesidad de confirmación escrita.

El médico del beneficiario, un pariente o una persona autorizada por el beneficiario pueden presentar la apelación en su nombre. Sin embargo, siempre se requiere el consentimiento por escrito del beneficiario. Si no se recibe este permiso, la apelación se desestimará y no se tomará una decisión. Por otro lado, la confirmación por escrito debe ser el Formulario de Autorización de Representante (AOR) o un documento similar que incluya los requisitos de un AOR. Como:

- El nombre, dirección, teléfono y número de MPI del beneficiario;
- El nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona nombrada;
- Una declaración de que el beneficiario está autorizando al representante a actuar en su nombre para el problema identificado autorizando la divulgación de información al representante;
- Incluye una declaración de que el individuo acepta la designación;
- El documento estará firmado y fechado por el beneficiario y su representante.

PSM revisará y decidirá sobre todas las apelaciones estándar de la manera más expedita posible, pero nunca posterior a los treinta (30) días calendario desde el recibo de la misma.

Apelaciones Expeditas

Los beneficiarios tienen derecho a solicitar un proceso de revisión acelerada para una apelación, o una apelación expedita, si tomarse el tiempo para una resolución de apelación estándar podría poner en grave peligro la vida o la salud del beneficiario o la capacidad de lograr, mantener o recuperar la función máxima. Dichas solicitudes de apelación expedita se revisarán para determinar si cumple con los criterios de apelación acelerada. Si la condición del beneficiario no cumple con los criterios de revisión expedita, se notificará de inmediato al beneficiario y la solicitud se tratará como una apelación estándar.

Si se decide que la condición de salud del beneficiario requiere una determinación expedita, el beneficiario recibirá una respuesta a su apelación expedita dentro de las setenta y dos (72) horas posteriores a que PSM, o su Subcontratista (según corresponda) reciba la apelación. El especialista del Departamento de Apelaciones y Querellas hará esfuerzos razonables para brindar aviso oral de la determinación.

Las solicitudes de apelación expedita recibidas oralmente no requieren un seguimiento adicional por escrito. Sin embargo, se requiere el consentimiento por escrito si un tercero solicitó la apelación expedita en nombre del beneficiario.

Acceso a Revisión Médica Independiente

Para garantizar que el proceso sea justo, transparente y confiable, los expertos en la materia que evalúan las apelaciones no participaron en la determinación original. El beneficiario tendrá la oportunidad razonable de presentar pruebas y alegaciones de hecho o de derecho, en persona y por escrito.

Acceso a Récorde de Apelaciones y Querellas

El beneficiario, el representante autorizado o el proveedor del beneficiario que actúe en su nombre (con el consentimiento por escrito correspondiente), tiene la oportunidad, antes y durante el proceso de apelaciones, de examinar el expediente del caso del beneficiario. Incluyendo récords médicos y cualquier otro documento y expediente considerado durante el proceso de apelación, y obtener sin cargo, copias de los materiales contenidos en el mismo y con suficiente anticipación al plazo de resolución de la apelación.

Solicitudes de Información Adicional

Al recibir una querella o apelación, el Especialista en Querellas y Apelaciones de PSM o su Subcontratista (cuando corresponda) deben determinar si se requiere información adicional como parte de la investigación. De ser así, solicitarán la información por teléfono como primera opción. Después de dos (2) intentos telefónicos sin resultados, el Especialista enviará una carta al beneficiario o su representante autorizado (dependiendo de quién presentó la querella o la apelación) solicitando la información adicional. Toda la información será documentada en nuestros sistemas.

En caso de que PSM o su Subcontratista soliciten información adicional, el beneficiario o el proveedor tendrán diez (10) días calendario para enviar la información adicional. En el caso de una apelación, si no se recibe ninguna otra información dentro de los diez (10) días calendario, PSM o el personal del subcontratista procederá a realizar la evaluación correspondiente con la información disponible. En el caso de una querella, si no se recibe información adicional dentro del plazo de diez (10) días calendario, se envía un Aviso de Disposición de Querella al beneficiario que indica el cierre del caso sin más acciones debido a la falta de información.

Extensiones de Tiempo para Resolver Querellas o Apelaciones

Para querellas o apelaciones, PSM puede solicitar a ASES una extensión de catorce (14) días para enviar su Aviso de Disposición, siempre que esta solicitud beneficie al beneficiario o se base en que el beneficiario necesite más tiempo para encontrar evidencia o datos que puedan ayudar a su caso.

Derecho a Audiencia de Derecho Administrativo

Si un beneficiario no está satisfecho con el resultado de su Queja, Querella o Apelación, después de agotar los procedimientos aplicables descritos anteriormente, puede solicitar una Audiencia de Derecho Administrativo ante ASES o la OPP (según corresponda).

Si un beneficiario presentó una Apelación ante PSM o su Subcontratista, el beneficiario podría solicitar una Audiencia de Derecho Administrativo dentro de los ciento veinte (120) días calendario de la Notificación de Disposición de la Apelación.

La Audiencia de Derecho Administrativo de ASES debe resolverse dentro de los noventa (90) días calendario a partir de la fecha en que el beneficiario presentó la Apelación ante ASES. En el caso de una Resolución Expedita, la resolución de la Audiencia de Derecho Administrativo debe emitirse dentro de los tres (3) días laborables a partir del recibo de una solicitud de audiencia por una denegación de servicio por parte de PSM.

Antes de la Audiencia de Derecho Administrativo, el beneficiario o su representante autorizado pueden solicitar ver y copiar los documentos y expedientes que PSM utilizará en la Audiencia de Derecho Administrativo para que el beneficiario pueda preparar el caso para la audiencia. PSM brindará dichos documentos sin cargo al beneficiario.

Continuación de Beneficios

Los beneficiarios tienen derecho a recibir servicios bajo el PSG mientras esté pendiente la resolución de su queja, querella, apelación o Audiencia de Derecho Administrativo. PSM continuará los servicios si:

- El beneficiario presentó una apelación a tiempo;
- La apelación implica la terminación, suspensión o reducción de un curso de tratamiento previamente autorizado;
- Los servicios fueron ordenados por un proveedor autorizado;

- El período cubierto por la autorización inicial no ha expirado; y
- El beneficiario solicita la continuación de los beneficios a tiempo.

Si a solicitud del beneficiario o su representante autorizado, PSM continúa o restablece los beneficios del beneficiario mientras la apelación o Audiencia de Derecho Administrativo está pendiente, los beneficios continuarán hasta que ocurra uno de los siguientes:

- El beneficiario retira la apelación o Solicitud de la Audiencia de Derecho Administrativo;
- Diez (10) días calendario después de que PSM envíe por correo la Notificación de Determinación Adversa de Beneficios, a menos que el beneficiario, dentro del plazo de diez (10) días calendario, haya solicitado una Audiencia de Derecho Administrativo con la continuación de los beneficios hasta que se llegue a una decisión de Audiencia de Derecho Administrativo;
- Un juez de derecho administrativo emite una Decisión de Audiencia de Derecho Administrativo adversa al beneficiario; o
- Se cumplieron los límites de período o servicio de un servicio previamente autorizado.

Si la resolución final de la Apelación o Audiencia de Derecho Administrativo es adversa para el beneficiario y confirma la determinación de PSM o su Subcontratista, PSM o su Subcontratista pueden recuperar el costo de los servicios prestados al beneficiario únicamente debido a los requisitos de este proceso.

Problemas Graves de Calidad de Atención

Cuando PSM o su Subcontratista identifiquen un problema grave de calidad de la atención (según corresponda) mientras maneja una Queja, Querrela o Apelación, se realizará una investigación para confirmar la existencia de dicho problema y el proveedor será informado y recibirá orientación sobre El Deber del Proveedor de mantener un estándar de calidad y cuidado en la prestación de los servicios del proveedor. Una vez que el caso se haya comprobado mediante el proceso de investigación, dicha información se incluirá en el informe de calidad del proveedor participante que se comparte con el Comité de Credencialización de PSM.

Política de No Represalias

PSM no tolerará las represalias por utilizar cualquiera de los procesos de querellas o apelaciones. Ningún beneficiario o proveedor será desalentado de usar ningún aspecto de los procesos de querellas o apelaciones ni se le exhortará a retirar una Solicitud de Querella o Apelación. Además, PSM no dará por terminado a un proveedor por la única razón de que ayudó a un beneficiario a presentar una queja, querella o apelación.

Los beneficiarios, el público en general y los proveedores pueden obtener acceso a información sobre el Procedimiento de Quejas, Querellas y Apelaciones de PSM a través del siguiente material:

- Página Web de PSM (<http://www.menonitavital.com>).
- PSG- Manual de Beneficiarios de Vital
- PSG- Carteles de Orientación Vital
- Manual del Proveedor de PSM
- Contactando a PSM

Todas las comunicaciones con el beneficiario relacionadas con los Formularios y Disposiciones de Quejas, Querellas y Apelaciones se brindarán y notificarán en su idioma principal. PSM tendrá disponibles, de ser solicitados, servicios de traducción.

Proceso de Disputa para Proveedores

El proceso de disputa solo se activará una vez el proveedor haya recibido la Carta de Determinación Final por parte del Departamento de Reclamaciones. El proveedor deberá someter su disputa en el Formulario de Disputa de Proveedor (Provider Dispute Form) junto con la Carta de Determinación Final y cualquier otra documentación relacionada en apoyo de su reclamo, en un término que no excederá ciento veinte días (120) desde que el proveedor recibe la Carta de Determinación Final. De presentarse el Formulario de Disputa sin la carta antes mencionada, la disputa será desestimada. El Departamento de Apelaciones y Querellas estará enviando el resultado de la disputa en un término que no excederá quince (15) días desde recibida la disputa. El Formulario de Disputa de Proveedor estará disponible en el Portal del Proveedor o puede solicitar el mismo comunicándose con nuestro Centro de Servicio al Proveedor.

Todos los documentos relacionados con la disputa pueden ser presentados de la siguiente manera:

- Por correo electrónico: vitalgrievancesandappeals@planmenonita.com
- Por fax: 797-332-0928
- Por correo postal: P.O. Box 364128, San Juan, PR 00936

Derecho a una Audiencia de Derecho Administrativo

La decisión final de PSM informará al proveedor de su derecho a impugnar dicha decisión final de PSM a través de una Audiencia de Derecho Administrativo a través de ASES. Las partes en la Audiencia de Derecho Administrativo serán PSM y el proveedor.

Para que ASES otorgue al proveedor una solicitud de Audiencia de Derecho Administrativo, el proveedor debe presentar una apelación por escrito directamente con ASES, acompañada de la documentación de respaldo, dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la recepción por parte del proveedor de la decisión final por escrito de PSM. El período de 30 días para presentar una apelación ante ASES solicitando una Audiencia de Derecho Administrativo para impugnar la decisión final de PSM es, una vez más, jurisdiccional. Una decisión resultante de la Audiencia de Derecho Administrativo ante ASES estará sujeta a revisión ante la Corte de Apelaciones de Puerto Rico, en conformidad con la Ley Judicial de Puerto Rico y el Reglamento de la Corte de Apelaciones de Puerto Rico.

ANEJOS

Anejo A: Definiciones

- **Abuso:** Significa prácticas del proveedor que son inconsistentes con prácticas fiscales, comerciales o médicas, y resultan en costos innecesarios para el programa de Medicaid, o en el reembolso de servicios que no son médicamente necesarios o que no cumplen con los estándares reconocidos profesionalmente para la atención médica. También incluye prácticas de destinatarios que resultan en costos innecesarios para los programas de Medicaid. (42 CFR § 455.2)
- **Ajustes:** Si se niega una reclamación de compensación, el proveedor deberá volver a presentar dicha reclamación con cualquier documentación adicional para evaluación interna dentro de los acuerdos contratados establecidos.
- **Apelación:** Una solicitud de un beneficiario o de su proveedor para la revisión de una decisión. Es una solicitud formal hecha por el beneficiario, su representante autorizado o proveedor, actuando en nombre del beneficiario con el consentimiento del beneficiario, para reconsiderar una decisión en caso de que el proveedor no esté de acuerdo.
- **Autorización:** Un documento escrito a través del cual una persona autoriza, libre y voluntariamente, a otra persona o proveedor a representarlo para fines médicos o de tratamiento o para iniciar una acción como una queja. También se puede usar para finalizar una preautorización.
- **Beneficios:** Los servicios de atención médica cubiertos por PSG Vital.
- **CHIP (Children Health Insurance Program):** El Programa de Seguro de Salud Infantil es un programa federal que brinda servicios médicos a niños de bajos ingresos menores de 21 años, a través de aseguradoras calificadas para ofrecer cobertura bajo este programa.
- **Reclamación:** Una solicitud de pago por los servicios cubiertos prestados.
- **Reclamación Pura:** Una reclamación recibida por PSM para la adjudicación, que puede procesarse sin obtener información adicional del proveedor del servicio o de un tercero. Incluye reclamaciones con errores originados en el sistema de reclamaciones de PSM. No incluye reclamaciones de un proveedor que está bajo

investigación por Fraude, Despilfarro o Abuso, o reclamaciones bajo revisión para determinar la Necesidad Médica.

- **Población de la Commonwealth:** Individuos, independientemente de su edad, que cumplan con los estándares estatales de elegibilidad establecidos por el Programa Medicaid de Puerto Rico pero que no califican para Medicaid o CHIP.
- **Queja:** Una expresión de insatisfacción sobre cualquier problema que no sea una Determinación Adversa de Beneficios que se resuelva en el punto de contacto.
- **Contratista:** persona, empresa o corporación que brinda bienes o servicios bajo un contrato escrito o un acuerdo verbal.
- **Cuidado Coordinado:** Es el servicio prestado a los beneficiarios por médicos que forman parte de la Red Preferida de Proveedores en el Grupo Médico Primario. El médico de atención primaria es el principal proveedor de servicios y es responsable de evaluar periódicamente su salud y la coordinación de los servicios médicos.
- **Copago:** Dinero que el beneficiario debe pagar al momento del servicio.
- **Formulario de Medicamentos Cubiertos (CDF):** Es la lista de medicamentos cubiertos por PSG-Vital. Esta lista ayuda al médico a recetar medicamentos para los beneficiarios. Los medicamentos de marca y genéricos están en el CDF. Una versión genérica de un medicamento es la primera opción. Si hay disponible una versión genérica de un medicamento, el médico debe recetar la versión genérica.
- **Servicios Cubiertos:** Servicios y beneficios incluidos en el PSG-Vital.
- **ELA Puro:** Una opción disponible para los empleados públicos de Puerto Rico para que puedan mantener la cobertura médica cuando pierden la elegibilidad en el Programa Medicaid y la inscripción para otras aseguradoras contratadas en virtud de la Ley 95 ha finalizado. Esta cobertura es la misma que la cobertura de PSG-Vital.
- **Condición Médica de Emergencia:** Un problema médico tan grave que el beneficiario debe buscar atención médica de inmediato para evitar daños graves.
- **Servicios de Emergencia:** El tratamiento de una condición médica de emergencia para evitar que se empeore.

- **Beneficiario (asegurado):** Una persona que está actualmente inscrita en el PSG-Vital de PSM, según lo dispuesto en el Acuerdo de PSG, y que, según las leyes y regulaciones federales y estatales relevantes, es una persona elegible.
- **Consejero de Inscripción:** Una persona o entidad que realiza asesoramiento de elección, o actividades de inscripción, o ambas.
- **Centro de Salud Calificado Federalmente (FQHC):** Es una designación de reembolso de la Oficina de Atención Primaria de Salud y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
- **Fraude:** Un engaño o tergiversación intencional realizada por una persona con el conocimiento de que el engaño podría resultar en un beneficio no autorizado para sí mismo o para otra persona. Incluye cualquier acto que constituya fraude bajo las leyes federales o estatales aplicables. (42 CFR § 455.2)
- **Querrela:** Una reclamación formal hecha por el beneficiario por escrito, por teléfono o visitando la aseguradora o la Oficina del Procurador del Paciente, solicitando una solución cuando un servicio ha sido denegado o permitido de forma limitada. Un servicio; reducción, suspensión o terminación de un servicio previamente autorizado; denegación total o parcial de pago por un servicio; no haber recibido los servicios a tiempo; cuando la aseguradora no ha actuado en una situación de acuerdo con los términos establecidos, la aseguradora se niega a permitir que el beneficiario ejerza su derecho a recibir servicios fuera de su red.
- **HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act):** La ley que incluye regulaciones para establecer récords de salud electrónicos seguros que protegerán la privacidad de la información médica de una persona y evitarán el mal uso de esta información.
- **Programa de Manejo de Condiciones Crónicas:** Un programa especializado de atención coordinada para beneficiarios con condiciones específicas que requieren un manejo adicional debido al costo o las necesidades elevadas asociadas con la condición.
- **Hospital:** Un centro que brinda servicios médico-quirúrgicos a pacientes.

- **Aseguradora:** La empresa contratada por ASES para brindar servicios médicos a los beneficiarios de PSG-Vital.
- **Récord Médico:** Recopilación detallada de datos e información sobre el tratamiento y el cuidado que los beneficiarios reciben de un profesional de la salud.
- **Medicamento Necesario:** Servicios relacionados con (i) la prevención, diagnóstico y tratamiento de problemas de salud; (ii) la capacidad de lograr un crecimiento y desarrollo apropiados para la edad; o (iii) la capacidad de alcanzar, mantener o recuperar la capacidad funcional. Además, los servicios médicamente necesarios deben ser:
 - Apropiado y consistente con el diagnóstico del proveedor de tratamiento y no obtenerlo podría afectar negativamente su condición médica;
 - Compatible con los estándares de práctica médica aceptable en la comunidad;
 - Brindados en un entorno seguro, apropiado y costo efectivo dada la naturaleza del diagnóstico y la gravedad de los síntomas;
 - No se brindan únicamente para la conveniencia del beneficiario o proveedor u hospital;
 - No incluye principalmente cuidado de custodia (por ejemplo, cuidado tutelar);

Para que un servicio sea médicamente necesario, no debe haber otro tratamiento, servicio o entorno efectivo y más conservador o sustancialmente menos costoso disponible.

- **Medicaid:** Programa federal que brinda seguro de salud para personas con ingresos bajos o nulos y recursos limitados, de acuerdo con las regulaciones federales.
- **Médico de Atención Primaria (PCP):** Un médico con licencia (MD) que es un proveedor y que, dentro del alcance de la práctica y según los requisitos de certificación y licencia de Puerto Rico, es responsable de brindar toda la atención primaria requerida a los beneficiarios. El PCP es responsable de determinar los servicios requeridos por los beneficiarios, garantizar la continuidad de la atención y los referidos cuando sea médicamente necesario. Un PCP puede ser un médico

general, médico de familia, médico de medicina interna, obstetra/ginecólogo o pediatra.

- **Paciente:** Persona que recibe tratamiento por su salud mental y física.
- **Receta:** Orden escrita emitida por un profesional de la salud debidamente autorizado, ordenando la dispensación de un producto o fórmula.
- **Red de Proveedores Preferidos (PPN):** Profesionales de la salud debidamente autorizados para practicar medicina en Puerto Rico contratados por PSM para que el beneficiario los use como primera opción. Los beneficiarios pueden acceder a estos proveedores sin referidos ni copagos si pertenecen a su grupo médico primario.
- **Grupo Médico Primario (GMP):** Profesionales de la salud agrupados para contratar con PSM para brindar servicios de salud bajo un modelo de atención coordinada.
- **Preautorización:** Permiso que la aseguradora otorga al beneficiario por escrito, a solicitud del PCP, especialista o subespecialista, para obtener un servicio especializado.
- **Proveedor:** cualquier médico, hospital, centro u otro proveedor de atención médica con licencia o de otra manera autorizado para brindar servicios de salud física o mental en la jurisdicción en que se brindan.
- **Referido:** Una solicitud de un PCP, psiquiatra, psicólogo o cualquier otro tipo de proveedor en el GMP para que un beneficiario sea evaluado y tratado por un proveedor diferente, generalmente un especialista. Se requerirán referidos solo para servicios fuera del PPN del Contratista. PSM exhorta a nuestros proveedores a enviar referidos electrónicos sin costo adicional para ellos. No se necesita un referido para el PCP cuando el beneficiario tiene acceso a especialidades de atención y servicios bajo la Red Preferida del paciente (PPN), ni en el proveedor fuera de la red durante los Servicios de Emergencia.
- **Especialista:** Un profesional de la salud con licencia para practicar medicina y cirugía en Puerto Rico, que brinda servicios médicos especializados y complementarios a los médicos de atención primaria. Esta categoría incluye cardiólogos, endocrinólogos, neurólogos, cirujanos, radiólogos, psiquiatras, oftalmólogos, nefrólogos, urólogos, fisiatras, ortopedistas y otros médicos no incluidos en la definición de PCP.

- **Segunda Opinión:** Consulta adicional que el beneficiario hace a otro médico con la misma especialidad médica para recibir o confirmar que el procedimiento médico inicialmente recomendado es el tratamiento indicado para su condición.
- **Tratamiento:** Brindar, coordinar o administrar la atención médica y los servicios relacionados que ofrecen los proveedores.
- **Reclamación Impura:** Cualquier reclamación que se encuentre fuera de la definición de reclamación pura y de la información adicional que se necesita para procesar el pago.
- **Despilfarro:** Gastos de atención médica que pueden eliminarse sin reducir la calidad de la atención. El desperdicio de calidad incluye el uso excesivo, el uso insuficiente y el uso ineficaz. El desperdicio de ineficiencia incluye redundancia, demoras y complejidad innecesaria del proceso. Por ejemplo, el intento de obtener un reembolso por artículos o servicios donde no hubo intención de engañar o tergiversar. Sin embargo, el resultado de métodos de facturación deficientes o ineficientes (por ejemplo, codificación) causa costos innecesarios al Programa Medicaid.

Anejo B: Centros para Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles

<i>REGIÓN</i>	<i>TELÉFONO/FAX</i>	<i>DIRECCION</i>
ARECIBO	Tel. 787-765-2929 Ext. 6331 Fax. 787-881-5773	Antiguo Hospital de Distrito Carr. 129 hacia Lares Arecibo, PR 00614 627 Ave. San Luis Arecibo, PR 00612-3666
BAYAMÓN	Tel. 787-765-2929 Ext. 8620	Hospital Universitario Dr. Ramón Ruiz Arnau, Ave. Laurel #100, Santa Juanita Bayamón, PR 00956
CAGUAS	Tel. 787-765-2929 Exts. 4679, 5432 Fax. 787-746-2898	Hospital Menonita de Caguas PR 00725-8548 PO Box 8548, Caguas, PR 00726
CAROLINA	Tel. 787-757-1800 Ext. 429, 454, 458 Fax. 787-257-3615	Ave. 65 de Infantería, km 8.4 (al lado de Plaza Carolina), Carolina, PR Hospital Universitario Carolina, PO Box 6021, Carolina, PR 00984-6021
FAJARDO	Tel. 787-765-2929 Ext. 3629 (Enfermería), 6380, 6381, 6383 Fax. 787-863-5437	Hospital HIMA San Pablo 2do Piso Clínicas Externas 404 Ave. General Valero, Fajardo, PR 00738
MAYAGÜEZ	Tel. 787-765-2929 Ext. 6307 (Secretaría), 6312 (Enfermería)	Centro Médico Dr. Ramón Emeterio Betances, al lado de Salud Mental Carr. #2, Mayagüez, PR PO Box 410, Ave. Hostos Suite 6, Mayagüez, PR 00682-1522
PONCE	Tel. 787-765-2929 Ext. 5720, 5741, 5742 Fax. 787-259-3998 (también Tel.)	Hospital San Lucas, Carr. Estatal #14, Bo. Machuelo, Ponce, PR 00717 PO Box 330550, Ponce, PR 00733-0550

Anejo C: Formulario de Preautorización

TIPO DE SERVICIO

ELECTIVO/NO URGENTE EXPEDITO/URGENTE**

FORMULARIO DE PREAUTORIZACIONES



SECCION I INFORMACION DEL BENEFICIARIO					
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOVEMBRE	INICIAL
TIENE OTRO SEGURO MEDICO?		NOVEMBRE DEL SEGURO	NUMERO DE CONTRATO DE OTRO SEGURO	FECHA DE EFECTIVIDAD	GRUPO VEDICO
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				MES / DIA / AÑO	
GENERO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	NUMERO DE TELEFONO O CELULAR	NUMERO A.TORNO	NUMERO DE FAX
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	MES / DIA / AÑO				
DIRECCION FISICA		MUNICIPIO	ZIP CODE	CORREO ELECTRONICO	
DIRECCION POSTAL		MUNICIPIO	ZIP CODE	FIRMA DEL PACIENTE	
SECCION II INFORMACION DEL PROVEEDOR QUE SOLICITA					
NOMBRE DEL PROVEEDOR (En letra de molde)		NUMERO DE LICENCIA	NPI	ESPECIALIDAD	TELEFONO OFICINA
FIRMA DEL PROVEEDOR		CORREO ELECTRONICO	FECHA DE EMISION DEL REFERIDO	CHUIAR (O MEDICO)	FAX (O MEDICO)
			MES / DIA / AÑO		
SECCION III SERVICIO A SOLICITAR					
FAVOR DE INDICAR LOS CODIGOS DE DIAGNOSTICOS Y PROCEDIMIENTOS JUNTO A SU DESCRIPCION POR EL CUAL SOLICITA LOS SERVICIOS				FAVOR DE SELECCIONAR LUGAR DE SERVICIO	
1- CODIGO DE DIAGNOSTICO	DESCRIPCION	1- CODIGO OPT / PROC	DESCRIPCION	NIMAHOS (HABITARIO)	
				<input type="checkbox"/> CONSULTA <input type="checkbox"/> ADMISION <input type="checkbox"/> OTROS	
2- CODIGO DE DIAGNOSTICO	DESCRIPCION	2- CODIGO OPT / PROC	DESCRIPCION	AMBULATORIO	
				LUGAR: <input type="checkbox"/> OFICINA <input type="checkbox"/> CENTRO AMBULATORIO <input type="checkbox"/> HOSPITAL	
3- CODIGO DE DIAGNOSTICO	DESCRIPCION	3- CODIGO OPT / PROC	DESCRIPCION	FAVOR DE SELECCIONAR SERVICIO	
				<input type="checkbox"/> PROC. QUIRURGICO <input type="checkbox"/> PROC. DIAGNOSTICO	
4- CODIGO DE DIAGNOSTICO	DESCRIPCION	4- CODIGO OPT / PROC	DESCRIPCION	<input type="checkbox"/> OTROS _____	
OTROS (favor de especificar)				SERVICIO A ELIJO/AR (favor de indicar servicio, cantidad y fecha)	
				<input type="checkbox"/> DME <input type="checkbox"/> TRANSPORTE	
SECCION IV INFORMACION CLINICA					
Resumen breve de la necesidad médica de lo solicitado:					
Estudios realizados y resultados que respalden la solicitud (favor de enviar documentos, orden médica, examen físico, resultados de laboratorio junto a la solicitud de preautorización).					
INFORMACION DEL PROVEEDOR O FACILIDAD QUE BRINDARA LOS SERVICIOS					
NOMBRE DEL PROVEEDOR O FACILIDAD (En letra de molde)		NPI		TELEFONO DEL PROVEEDOR / FACILIDAD	
FIRMA DEL PROVEEDOR		FECHA FIRMA	FECHA DE SERVICIO DESDE	FECHA DE SERVICIO HASTA	
			MES / DIA / AÑO	MES / DIA / AÑO	

**Definición de la solicitud de servicios expedito/urgente, es cuando la vida o la salud del beneficiario podrían verse en peligro por un retraso en el acceso al tratamiento o servicio solicitado. Las solicitudes fuera de esta definición se deben clasificar bajo Electivo/No Urgente. Cualquier presentación incompleta sufre de ser devuelta sin previo aviso.

Anejo D: Solicitud de Preautorizaciones y Excepciones de Farmacia

Request for Pharmacy Pre-authorizations and Exceptions

Pharmacy Department

1-844-832-0420 / Fax: 1-844-728-0682

Patient:		Date of Birth:	
Contract #:		Date of Service:	
Provider:		Fax:	Telephone:
Pharmacy:		Fax:	Telephone:

Clinical Information

Drug Name:	Doses:
Frequency:	
Diagnosis:	
Type of Request: <input type="checkbox"/> Pre-authorization <input type="checkbox"/> Quantity Limit <input type="checkbox"/> Exception <input type="checkbox"/> Doses Limit <input type="checkbox"/> Step Therapy	
Indicate that other products that are currently on the Covered Medication Formulary (FMC) have been used by the patient (if applicable):	
Clinical Justification:	
If you request an Exception process- Explain the reason for which you are requesting approval of this medication through the Exception process:	
<ul style="list-style-type: none"> • Contraindication to any drug(s) that appears in the FMC • History of adverse reaction to any medication (s) that appear in the FMC • Therapeutic failure to all the alternatives available in the FMC • Lack of a therapeutic alternative in the FMC 	
Indicate if there is any requirement for specific monitoring (if applicable):	
Include any necessary documentation (laboratories, biopsy results, among others):	
Provider Signature:	State License: NPI:
The requisition request is valid for six (6) months. The information provided will be verified with the patient's medication profile. If there is any discrepancy, a call will be made, or written notification will be sent to the Provider, who has a period of 24 hours to appeal the case.	

Anejo E: Medidas del Programa de Mejora de la Calidad

EFICACIA DEL CUIDADO	MEDIDA DE CALIDAD
Iniciativa de Personas Saludables	
ABA	<ul style="list-style-type: none"> Adult BMI Assessment (Evaluación de IMC en adultos)
WCC	<ul style="list-style-type: none"> Weight Assessment and Counseling for Nutrition and Physical Activity for Children and Adolescents (Evaluación de peso y asesoramiento para nutrición y actividad física para niños y adolescents) BMI Percentile (Percentil de IMC) Counseling for Nutrition (Asesoramiento para la nutrición) Counseling for Physical Activity (Asesoramiento para la actividad física)
CIS	<ul style="list-style-type: none"> Childhood Immunization Status (Estado de vacunación infantil)
BCS	<ul style="list-style-type: none"> Breast Cancer Screening (Detección de cáncer de seno)
CCS	<ul style="list-style-type: none"> Cervical Cancer Screening (Detección de cáncer de cuello uterino)
CHL	<ul style="list-style-type: none"> Chlamydia Screening in Women (Detección de clamidia en mujeres)
COL	<ul style="list-style-type: none"> Colorectal Cancer Screening (Detección de cáncer colorrectal)
AMM	<ul style="list-style-type: none"> Antidepressant Medication Management (Manejo de medicamentos antidepresivos)
SSD	<ul style="list-style-type: none"> Diabetes Screening for People with Schizophrenia or Bipolar Disorder who are using (Detección de diabetes para personas con esquizofrenia o trastorno bipolar que están usando)
FUH	<ul style="list-style-type: none"> Follow-Up After Hospitalization for Mental Illness (Seguimiento después de la hospitalización por enfermedad mental)
URI	<ul style="list-style-type: none"> Appropriate Treatment for Children With Upper Respiratory Infection (Tratamiento apropiado para niños con infección respiratoria superior)
Acceso/Disponibilidad del Cuidado	
AAP	<ul style="list-style-type: none"> Adults Access to Preventive/Ambulatory Health Services (Acceso de adultos a servicios de salud preventivos/ambulatorios)
CAP	<ul style="list-style-type: none"> Children and Adolescents' Access to Primary Care (Acceso de niños y adolescentes a la atención primaria)
ADV	<ul style="list-style-type: none"> Annual Dental Visit (Visita dental anual)
PPC	<ul style="list-style-type: none"> Prenatal and Postpartum Care (Cuidado prenatal y posparto)
Otra Utilización	
FPC	<ul style="list-style-type: none"> Frequency of Ongoing Prenatal Care (Frecuencia de atención prenatal continua)
AWC	<ul style="list-style-type: none"> Adolescent Well-Care Visits (Visitas de bienestar para adolescents)
FSP	<ul style="list-style-type: none"> Frequency of Selected Procedures (Frecuencia de procedimientos seleccionados)
AMB	<ul style="list-style-type: none"> Ambulatory Care (Cuidado ambulatorio)
IAD	<ul style="list-style-type: none"> Identification of Alcohol and Other Drug Services (Servicios de identificación de alcohol y otras drogas)

Anejo F: Formulario -Registro de Cubierta Especial



Plan de Salud Menonita, Inc. Certificación Obstétrica de Cubierta Especial

El beneficio de Cubierta Especial está diseñado para brindar servicios a los beneficiarios con necesidades especiales de atención médica causadas por enfermedades graves. Para registrar a los beneficiarios en los beneficios de Cubierta Especial, complete y envíe este formulario y toda la información requerida que se encuentra en el Anejo de Condición Especial para cada condición y enviarlo al Fax 787-332-0923. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, comuníquese con nosotros al 1-855-297-0140.

Formulario de Registro de Obstetricia			
Nombre de la Beneficiaria:		Número de ID Beneficiaria:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:		Teléfono:	
ICD-10:	LMP:	Fecha estimada de concepción:	EDC (EDD):
Información del Ginecólogo			
Nombre de Ginecólogo:		NPI:	
Teléfono:		Fax:	
Fecha de Primera Cita Prenatal:			
Condiciones de Alto Riesgo en el Embarazo			
<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Fuma <input type="checkbox"/> Embarazo Múltiple <input type="checkbox"/> Parto Prematuro <input type="checkbox"/> Condiciones Respiratorias <input type="checkbox"/> Náusea y Vómitos en Exceso <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> Ningún Problema con el Embarazo Actual			
Otro Historial Clínico			
Firma del Proveedor:			Fecha:

Complete este formulario y envíelo por fax a PSM dentro de los 7 días de la primera visita prenatal.

Anejo G: Formulario de Inscripción de EFT



EFT ENROLLMENT FORM FOR PROVIDER

PROVIDER INFORMATION

Provider Name	
Address	
City / State / Zip Code	
Contract Name	Email Address
Telephone	Fax Number
Tax ID Number	Provider NPI Number

FINANCIAL INSTITUTION INFORMATION

Nine Digits Routing Transit Number									
Account Number									
Account Name									
Type of Account	<input type="checkbox"/> Checking				<input type="checkbox"/> Savings				
Bank Name					Bank Branch				

I authorize Plan de Salud Menonita to make electronic credits to my accounts in the above specified financial institution.

SUBMISSION INFORMATION

Reason for Submission	<input type="checkbox"/> New	<input type="checkbox"/> Change
Authorized Signature	Date (MM/DD/YYYY)	

THIS SECTION- COMPLETED BY PROVIDER

Authorized Signature	Date (MM/DD/YYYY)
----------------------	-------------------

Plan de Salud Menonita has the right to adjust future payments or debit to the provider's account via ACH if payments previously made are found to be duplicated, in excess of requirements, fraudulent or in error.

Return this completed form to Plan de Salud Menonita via email to: provider_vital_ach@planmenonita.com

Please include a voided check or deposit slip

Anejo H: Hoja de Ajuste de PSM



FOR INTERNAL USE

APPLICATION FOR RECONSIDERATION OF CLAIMS AND ADJUSTMENTS

Provider Name: _____ NPI: _____ Date: _____

Postal Address: _____ Phone Number: _____

Instructions:

1. Use the following table to submit the list of partially paid, denied claims or claims that were not paid according to your records.
2. Any request for reconsideration must include a copy of the explanation of payments, documentation requested and evidence for reconsideration, as applicable.
3. Claims submitted electronically must include all necessary evidences (corresponding billing format, copy of referrals, medical order, acknowledgment of receipt of electronic transmission by claim, etc.).
4. Only claims that have the necessary documentation and evidence will be investigated. Claims that do not meet the established requirements will not be considered for payment.
5. You will receive notification of the result of each adjustment request, through the payment explanation.

Contract Number	Control Number (Claim Number)	Date of Service (mm/dd/yy)	Billed Amount	Received Payment	Balance	Comments	Billed Total
1.		__/__/__					\$
2.		__/__/__					\$
3.		__/__/__					\$
4.		__/__/__					\$
5.		__/__/__					\$
6.		__/__/__					\$
7.		__/__/__					\$
8.		__/__/__					\$
9.		__/__/__					\$
10.		__/__/__					\$
TOTAL							\$

Important Note: Please use original format, it must not be modified.

Reviewed: 12/13/2018

Anejo I: Formulario de Solicitud de Querrela

GRIEVANCE REQUEST FORM

SECTION A: PERSONAL INFORMATION OF THE COMPLAINANT		
Name (PRINT)	Telephone Number	Contract Number
Address	Date Case Filed	Primary Physician or Provider Number (if applicable)
	PMG Number	Primary Physician or Provider phone number
SECTION B: GRIEVANCE FILED AGAINST		
Name	Contract Number	Primary Physician Provider (If applicable)
SECTION C: DESCRIPTION OF THE EVENTS RELATED TO THE GRIEVANCE		
(Include documents that support your case) If you need additional space, please use new paper, and attach.		
<p>I certify that I or my authorized representative read the issues described above, and the information provided is correct, and I agree with it.</p>		
Provider, Member or Representative's Signature <div style="border: 1px solid blue; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>	Witness Signature (if applicable) <div style="border: 1px solid blue; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>	

SECTION D: GRIEVANCE CLASSIFICATIONS (to be complete by PSM)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Access and availability | <input type="checkbox"/> 8. Collection charge measures |
| <input type="checkbox"/> 2. Undue Collection Charge | <input type="checkbox"/> 9. Limitation to Free selection |
| <input type="checkbox"/> 3. Studies, laboratory, surgery and or X Ray denial | <input type="checkbox"/> 10. Service Delay |
| <input type="checkbox"/> 4. Medication Denial | <input type="checkbox"/> 11. Provider Patient Relation |
| <input type="checkbox"/> 5. Denial of surgical procedures | <input type="checkbox"/> 12. Request of Adjustment |
| <input type="checkbox"/> 6. Referral Denials | <input type="checkbox"/> 13. Internal Administrative Process |
| <input type="checkbox"/> 7. Member's Rights | <input type="checkbox"/> 14. Advance Directives |
| <input type="checkbox"/> 15. Fraud, Waste and Abuse (FWA) | |

Name of Customer Service Representative

Signature

**** Complete all the applicable fields and sign this form; you can bring it to a Service Office near your home, send by regular mail, fax, or email (details below).**

INSTRUCTIONS: How to ask for a grievance or an appeal with PSM?

Step 1: You, your representative, or your physician acting on your behalf (authorized in written by you) can request a grievance or an appeal. Your *written* request must include:

- Your name, member ID, contract number, and address
- Reasons for your grievance or appeal
- Any evidence you want us to review, such as medical records, medical orders, or other information that explains why you need the item or service. Ask your physician for this information.

How to Submit your Complaint, Grievance or Appeal:

Please submit this completed form by mail, in person, or fax:

By Mail
 PSM-GHP Grievances & Appeals
 Department
 PO Box 364128
 San Juan, PR 00936

PSM Grievances & Appeals
 Department
 Tel. 787-332-09

By fax:

You can use the attached form, or you may write a letter, including all the details.

This form is available on our website, www.menonitavital.com.

This format is available in alternative formats, such as large print, braille, or audio.

This form is also available in other languages, and PSM will provide oral interpretation services into any language other than English if needed. Such translation is at no cost to you.

If you need more information or assistance to file a Complaint, Grievance or Appeal, please call the PSM Beneficiary Service Line at 1-866-600-4753 or 1-844-726-3345 TTY (hearing impaired). Available Monday through Friday from 7:00 AM to 7:00 PM. This phone call is free. Upon request, interpreter services are also available.

You also have the right to present grievances before the Patient's Advocate Office (OPP) or in the Puerto Rico Health Insurance Administration (ASES).

Contact information for the OPP:

Telephone: 787-977-1100 (Metro Area) 1-800-981-0031 (toll free)

Fax: 787-977-0915

Contact information for ASES:

Telephone: 787-474-3300 (Metro Area) 1-800-981-2737 (toll free)

Fax: 787-474-3348

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame 1-866-600-4753 (TTY: 1-844-726-3345)

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-600-4753 (TTY: 1-844-726-3345).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電（TTY： 1-866-600-4753; 1-844-726-3345）。

PSM cumple con las leyes estatales y federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por razón de raza, edad, color, origen de nacionalidad, discapacidad o sexo.

Documento puede estar disponible en formatos alternativos como letra grande, audio u otros idiomas. Si necesita recibir estos servicios, llame al 1-866-600-4753 y 1-844-726-3345 TTY (audioimpedidos).

Anejo J: Formulario de Solicitud de Apelación

APPEAL REQUEST FORM

SECTION A: PERSONAL INFORMATION OF THE APPELLANT		
Name (PRINT)	Telephone Number	Contract Number
Address	Date Case Filed	Provider Number (if applicable)
	PMG Number	Primary Physician Provider (If applicable)
SECTION B: APPEAL FILED DUE TO:		
Name	Contract Number	Primary Physician Provider (If applicable)
SECTION C: DESCRIPTION OF THE EVENTS RELATED TO THE APPEAL		
(Include documents that support your case like study results, medical order or any other document needed to work your case efficiently) You can continue on a new page if more space is required.		
Provider, Member or Representative's Signature	Witness Signature (if applicable)	
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; background-color: #cccccc;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; background-color: #cccccc;"></div>	

Customer Service Representative's Name	Customer Service Representative's Signature
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; background-color: #cccccc;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; background-color: #cccccc;"></div>

**** Complete all the applicable fields and sign this form, you can bring it to a Regional Office near your home, send by regular mail, fax, or email (details below).**

INSTRUCTIONS: How to ask for a grievance or an appeal with PSM?

Step 1: You, your representative, or your physician [*provider*] acting on your behalf (authorized in written by you) can request a grievance or an appeal. Your *written* request must include:

- Your name, member ID, contract number, and address
- Reasons for your grievance or appeal
- Any evidence you want us to review, such as medical records, provider's letters, or other information that explains why you need the item or service. Ask your physician for this information.

How to Submit your Complaint, Grievance or Appeal:

Please submit this completed form by mail, in person, or fax:

By Mail:
PSM-GHP Grievances & Appeals Department
P.O. Box 364128, San Juan, P.R. 00936

By fax:
PSM Grievances & Appeals Department
787-332-0928

You can use the attached form, or you may write a letter, including all the details.

This form is available on our website, www.menonitavital.com.

This format is available in alternative formats, such as large print, braille, or audio.

This form is also available in other languages, and PSM will provide oral interpretation services into any language other than English if needed. Such translation is at no cost to you.

If you need more information or assistance to file a Complaint, Grievance or Appeal, please call the PSM Beneficiary Service Line at 1-866-600-4753 or 1-844-726-3345 TTY (hearing impaired). Available Monday through Friday from 7:00 AM to 7:00 PM. This phone call is free. Upon request, interpreter services are also available.

You also have a right to present grievances before the Patient's Advocate Office (OPP) or in the Puerto Rico Health Insurance Administration (ASES).

Contact information for the OPP:

Telephone: 787-977-1100 (Metro Area) 1-800-981-0031 (toll free)

Fax: 787-977-0915

Contact information for ASES:

Telephone: 787-474-3300 (Metro Area) 1-800-981-2737 (toll free)

Fax: 787-474-3348

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame 1-866-600-4753 (TTY: 1-844-726-3345)

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-600-4753 (TTY: 1-844-726-3345).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電（TTY： 1-866-600-4753; 1-844-726-3345)

PSM cumple con las leyes estatales y federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por razón de raza, edad, color, origen de nacionalidad, discapacidad o sexo.

Documento puede estar disponible en formatos alternativos como letra grande, audio u otros idiomas. Si necesita recibir estos servicios, llame al 1-866-600-4753 y 1-844-726-3345 TTY (audioimpedidos).

Anejo K: Formulario de Disputa de Proveedor

Provider Dispute Form

Please use this form to request a payment review when you are disputing the amount paid on a claim for a beneficiary enrolled in PSM Vital health plan.

You can find the dispute and appeal rights in the Provider Guideline. Submitting an appeal for denied services on behalf of the beneficiary is a separate process and is also explained in the Provider Guideline and the Beneficiary Handbook.

Date: _____

Provider Information:

I am a: <input type="checkbox"/> Physician <input type="checkbox"/> Hospital/Facility <input type="checkbox"/> Other health care professional
National Provider identification (NPI):
Tax Identification Number (TIN):
Phone Number: _____ Email: _____
Address:
Group/Facility Name (if applicable):
Contact Name:

Claim and Member Information

Control/Claim Number:	
Date of Service:	Billed Amount:
Member Name:	

Reason for dispute:

- Bundling issues
- Payment rate
- Diagnosis related group (DRG) payment
- Other (please explain in Comments)

Please include the following documentation with your request:

- A statement indicating the reason for the dispute
- A copy of the original claim
- A copy of the Explanation of Payment Form showing the disputed claim payment
- Evidence of the Claim adjustment determination's outcome
- Additional information, clinical records, or documentation to support your dispute

Submission Instructions:

1. Submit your request to us within 120 calendar days of the initial determination date.
2. Send this form through the following alternatives:
 - a. Email- vitalgaweb@planmenonita.com
 - b. By Fax – 787-332-0928
 - c. PO BOX 364128, San Juan, P.R. 00936
3. Please don't include any new claims with this form. • Please use a separate dispute form for each claim payment dispute. • Information about the claim payment dispute process for contracted care providers is in the provider agreement.

What Happens Next? PSM Vital has 15 calendar days to review and respond to payment dispute after this form is received.

We're here to help If you have questions, please call Provider Services at 1-855-297-0140.

Thank you.

Anejo L: Formato de Ajustes Profesionales



Formato para Someter Ajustes a una Reclamación Profesional

*Número de Reclamación (Plan)	*Número de Reclamación (Proveedor) / External Claim ID
*Número de Proveedor (Billing NPI)	Nombre del Proveedor

*Número Contrato	Número de Preautorización / Referido
------------------	--------------------------------------

*Campos Requeridos

Línea	Fecha de Servicio - Desde Mes / Día / Año	Fecha de Servicio - Hasta Mes / Día / Año
Lugar Servicio	Código Procedimiento	Modificadores
Diagnóstico	Unidades	Proveedor que prestó el servicio (Rendering NPI)
Línea	Fecha de Servicio - Desde Mes / Día / Año	Fecha de Servicio - Hasta Mes / Día / Año
Lugar Servicio	Código Procedimiento	Modificadores
Diagnóstico	Unidades	Proveedor que prestó el servicio (Rendering NPI)
Línea	Fecha de Servicio - Desde Mes / Día / Año	Fecha de Servicio - Hasta Mes / Día / Año
Lugar Servicio	Código Procedimiento	Modificadores
Diagnóstico	Unidades	Proveedor que prestó el servicio (Rendering NPI)
Línea	Fecha de Servicio - Desde Mes / Día / Año	Fecha de Servicio - Hasta Mes / Día / Año
Lugar Servicio	Código Procedimiento	Modificadores
Diagnóstico	Unidades	Proveedor que prestó el servicio (Rendering NPI)

<input type="checkbox"/> Marcar al someter otro tipo de ajustes	Total documentos incluidos
---	----------------------------

Comentarios: _____

Anejo M: Formato de Ajustes Institucionales



Formato para Someter Ajustes a una Reclamación Institucional

*Proveedor que factura (NPI)			Nombre del Proveedor													
*Número de Reclamación (Plan)			Número de Reclamación (Proveedor) / External Claim ID													
*Número Contrato			Número de Preautorización / Referido													
Statement covers period From <small>Mes / Día / Año</small>		Statement covers period To <small>Mes / Día / Año</small>		Fecha de Admisión <small>Mes / Día / Año</small>												
*Campos Requeridos																
Type of Bill																
Diagnóstico de Admisión		Diagnóstico Principal		Diagnóstico ECI												
Otros Diagnósticos:																
1		2		3												
4		5		6												
7		8		9												
Procedimiento Principal		Fecha Procedimiento Principal <small>Mes / Día / Año</small>														
Otros Procedimientos		Fecha Otros Procedimientos <small>Mes / Día / Año</small>														
		<small>Mes / Día / Año</small>														
		<small>Mes / Día / Año</small>														
		<small>Mes / Día / Año</small>														
Attending Physician NPI																
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																
Indicar la información que desea cambiar por línea de reclamación																
Línea	Revenue Code	HCPCS/Rates	Fecha de servicio			Unidades										
			<small>Mes /</small>	<small>Día /</small>	<small>Año</small>											
			<small>Mes /</small>	<small>Día /</small>	<small>Año</small>											
			<small>Mes /</small>	<small>Día /</small>	<small>Año</small>											
			<small>Mes /</small>	<small>Día /</small>	<small>Año</small>											
			<small>Mes /</small>	<small>Día /</small>	<small>Año</small>											
			<small>Mes /</small>	<small>Día /</small>	<small>Año</small>											
<input type="checkbox"/> Marcar al someter otro tipo de ajustes					Total documentos incluidos											

Comentarios: _____

Anejo N: Formulario de Referido



V.04/2021

NÚMERO DE REFERIDO
202 - _____

REFERIDO Y/O CONSULTA

- PROFESIONAL
 INSTITUCIONAL



- FICSA PLAN DE SALUD MENONITA MMV TRIPLE-S SALUD

SECCIÓN I INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO						
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE	INICIAL	NÚMERO DE CONTRATO
						FECHA DE CUBIERTA MES / DIA / AÑO
GRUPO MÉDICO		TELEFONO O CELULAR		TEL/CEL ALTERNVO		
TIENE OTRO SEGURO MÉDICO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		NOMBRE DEL SEGURO		NÚMERO DE CONTRATO DEL OTRO SEGURO	FECHA DE EFECTIVIDAD MES / DIA / AÑO	
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)				NR	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 CÓDIGOS DE DIAGNÓSTICOS Y SU DESCRIPCIÓN POR EL CUAL ESTA REPRUDIENDO 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 historia, examen físico, laboratorio/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"/> PRUEBA DIAGNÓSTICA
<input type="checkbox"/> LABORATORIO		<input type="checkbox"/> OTROS _____ (CT, MRI, Laboratorios Esp., etc.)				
<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 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No						
Estudios realizados y resultados						
Diagnósticos						
Plan de tratamiento						
INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA						
NOMBRE DEL PROVEEDOR (En letra de molde)			NR	TEL OFICINA	CELULAR (OPCIONAL)	CORREO ELECTRÓNICO
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 ha recibido esta transmisión por algún error, por favor notifique al remitente inmediatamente para acordar la devolución de este comunicado.						

Anejo O: Ejemplo de Autorización para el Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida

Authorization to disclose personal health information

Date: _____

This form will be used for a beneficiary to authorize Plan de Salud Menonita to disclose their protected health information. It can be used by beneficiaries of the Vital Health Plan of Puerto Rico.

Section I. Demographic Information

Name:
Address:
Phone Number:
E-mail:
Contract number and ID:
Date of Birth:

2. Plan de Salud Menonita only will disclose personal health information that you allow to be disclosed.

2A: Check only one box below to inform Plan de Salud Menonita of the specific medical information that you allow to be disclosed:

_____ Limited information (go to question 2B)

_____ Any information (go to question 3)

2B: Complete only if you selected "limited information". Check all that apply:

_____ Information about your Medicaid eligibility

_____ Information about your Medicaid claims

_____ Information about premium payments

Other specific information (write below, for example, legal case)

3. Check the box below that indicates how long can Plan de Salud Menonita use this authorization to disclose your personal health information.

Disclose my personal health information only for the period established in MA10.

Start: _____ (mm / dd / yyyy) and End: _____ (mm / dd / yyyy)

4. Complete the reason for the disclosure (you can write Complete "to my application"):

5. Enter the name and address of the person or organization to whom you want Plan de Salud Menonita to provide your personal health information. Please provide the specific name of the person or persons (up to two people).

1.Name

Address

2.Name

Address

Important Notice: You have the right to withdraw ("revoke") your authorization at any time, in writing, except to the extent that Plan de Salud Menonita has already acted based on your permission. To revoke the authorization, send a written request to the address listed below or you can deliver it to some of our service offices.

PO BOX 364128

San Juan, PR 00936-4128

Your authorization or refusal to authorize the disclosure of your personal health information will not have any effect on your enrollment, eligibility for benefits or on the payment for the health services you receive.

Beneficiary Signature
Representative Signature
Witness Signature

PSM complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate based on race, color, national origin, age, disability, or sex. **As requested, *this document may be available in alternate formats such as large print, audio, or other languages.* Call 1-866-600-4753 y 1-844-726-3345 TTY (hearing impaired).**

Anejo P: Contracting Request Form



*Contracting Request Form
Plan de Salud Menonita*

Corporation Individual

Note: If you are a Corporation, please, include a roster of all the renderings that provide services under the corporation. (NPI, Full Name and Specialty)

Line of Business: Commercial Vital

Section 1.A: PROVIDER / CORPORATION INFORMATION

*Provider Full Name: _____ *NPI: _____

*Specialty or Specialties: _____ Adult Pediatric

*Social Security Number (SSN): _____ DOB ___/___/___

*TAX ID (for corporations): _____

*Provider Email: _____

*PEP/PRMMIS: _____

*Section 2: PRACTICE OFFICE LOCATIONS (Please, include only the facilities and Office Hours where you will provide services according to the line of business selected above)

Address #1 : _____ City: _____

State: _____ Zip Code: _____ Tel: _____

Office Hours:

Sunday	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday
AM						
PM						

Address #2 : _____ City: _____

State: _____ Zip Code: _____ Tel: _____

Office Hours:

Sunday	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday
AM						
PM						

Rev. 08/2021

Anejo Q: "Request of termination/Transfer Form"



Request of Termination/Transfer Form Government Health Plan Plan de Salud Menonita_Vital					
New Provider		Termination		Change	PPN
Primary Medical Group Name:				Primary Medical Group #:	
Rendering Physician Name:				Rendering Physician NPI:	
To be included in the PPN				Vendor NPI:	
Specialty:				Membership to be transferred:	
Physical Address:				Postal Address:	
Reason of Termination/Transfer of Membership:					
For NEW PCP Only					
PCP Name:			Vendor Name:		
PCP NPI:			Payee NPI:		
Rendering Name:			Signature:		Date:
Administrator Name:			Signature:		Date:
Advisor Name:			Signature:		Date:
Supervisor Name:			Signature:		Date:

Rev. 08/08/19

La información contenida en este documento es confidencial y privilegiada. Si usted recibe la misma por error, no esta autorizado a utilizar, distribuir o fotocopiar la misma. Favor de notificar inmediatamente al remitente al 1-800-920-7734 para coordinar el recogido de los documentos.

Provider Network Solutions, Puerto Rico, LLC.

Anejo R: "PSM Easy Fax – Adjustment"



1º paso



Seleccionar icono de "Information"

2º paso



Seleccionar icono de "Easy Fax"

3º paso



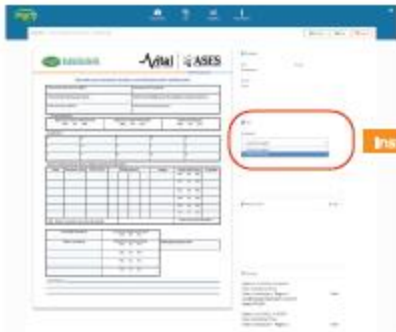
Escoger forma de ajuste reclamaciones
Profesional o **Institucional**

4º paso



Seleccionar icono de **FAX**

5º paso



Institucional



Profesional

Completar formulario electrónico donde podrá añadir documentos y una vez completada dar a **"Send Fax"**

6º paso

Fax Log	
Date: 3-Aug-2021 8:32 PM Fax: Professional Fax User: smartpayer Pages: 1 Confirmation Number: 0000058 Note: PRUEBA	Sent
Date: 3-Aug-2021 8:34 PM Fax: Professional Fax User: smartpayer Pages: 1	Sending

Una vez completado el proceso el sistema le brindará un número de confirmación el cual pueden utilizar como referencia para identificar su ajuste.

Recomendación: colocar número de confirmación en su documento físico ya que el sistema no guarda historial de reclamaciones.



Para más información llame al

1-855-297-0140

Visita

[HTTPS://PSMCONNET.PSMPR.COM](https://psmconnet.psmpr.com)



**PLAN DE SALUD
MENONITA**

Anejo S: Formulario de Registro de Condiciones Especiales



FORMULARIO DE REGISTRO DE CONDICIONES ESPECIALES



Versión: marzo_2022

SECCIÓN I INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE		INICIAL		NUMERO DE CONTRATO		FECHA DE CUBIERTA	
										MES / DIA / AÑO	
¿EN OTRO SEGURO MEI		NOMBRE OTRO SEGURO		NUM. CONTRATO DEL OTRO SEGURO		FECHA DE EFECTIVIDAD		GRUPO MEDICO			
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO						MES / DIA / AÑO					
SEXO AL NACER		FECHA DE NACIMIENTO		NUMERO DE TELÉFONO O CELULAR		TELÉFONO O CEL. ALTERNO		NUMERO DE FAX			
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		MES / DIA / AÑO									
DIRECCIÓN FÍSICA				MUNICIPIO		ZIP CODE		CORREO ELECTRÓNICO			
								FIRMA DEL PACIENTE			

SECCIÓN II INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR QUE SOLICITA

NOMBRE PROVEEDOR (letra de molde)		NUMERO DE LICENCIA		NPI		ESPECIALIDAD		TELÉFONO OFICINA			
FIRMA DEL PROVEEDOR		CORREO ELECTRÓNICO		FECHA DE EMISIÓN DEL REFERIDO A REGISTRO		# CEL. PROVEEDOR		FAX PROVEEDOR			
				MES / DIA / AÑO		(opcional)					
ICD-10 (1)			ICD-10 (2)			ICD-10 (3)					

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 laboratorios; 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 (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: - Incluyendo cuidado paliativo- 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 cernimiento 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 cernimiento neonatal. Es la única documentación que se requiere a esta etapa del proceso. (Para más detalles, referirse al Protocolo de pruebas de audición y su seguimiento en neonatos (ASES-OPCAC-2019/P004-1).

ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD (ASES) DE PUERTO RICO

<p><input type="checkbox"/> (DCP) Discinesia Ciliar Primaria (conocido como PCD por sus siglas en inglés)</p>	<p>Criterios de inclusión:</p> <p>La inclusión como condición especial en caso de menores de edad puede ser iniciada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pediatra de cabecera - Neumólogo pediátrico - Genetecista - Inmunólogo <p>En caso de adultos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Neumólogos con evidencia de pruebas diagnósticas definitivas de DCP -Médico primario con evidencia de diagnóstico definitivo de DCP <p>En adición, una de las siguientes</p> <p>:a) Biopsia del tejido ciliado (generalmente de la nariz o tráquea), con un análisis de la ultraestructura ciliar.</p> <p>b) Prueba genética que muestra dos (2) mutaciones que se sabe que causan DCP - una de cada progenitor (madre y padre)</p>
<p><input type="checkbox"/> EMBARAZO: Certificación de embarazo por ginecólogo obstetra</p>	<p>Hoja de registro Obstétrico. Una vez se registra el caso, se enviará a la asegurada por correo una certificación de la cubierta especial.</p>
<p><input type="checkbox"/> ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: Se utiliza la razón de filtrado glomerular calculado, (GFR por sus siglas en inglés).</p>	<p>Se requiere evidencia de resultados reciente de creatinina en sangre, edad, sexo y raza del asegurado.</p> <p>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</p>
<p><input type="checkbox"/> ESCLERODERMA: Certificación de diagnóstico por reumatólogo</p>	<p>Certificación de diagnóstico por reumatólogo con evidencia de los siguientes laboratorios;</p> <ul style="list-style-type: none"> - ANA Test, DS-DNA - Anti Sm - Anti Fosfolípidos - Biopsia de piel.
<p><input type="checkbox"/> ESCLEROSIS MÚLTIPLE</p>	<p>CRITERIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. - Validar que otra enfermedad no es causante de los síntomas presentes.
<p><input type="checkbox"/> ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA: Certificación del diagnóstico por neurólogo.</p>	<p>CRITERIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Y: Ausencia de disfunción ventricular derecha severa e insuficiencia de la válvula tricúspide (Absence of severe right ventricular dysfunction and tricuspid regurgitation)</p>
<p><input type="checkbox"/> FALLO CARDIACO CLASE III y CLASE IV NYHA: Cubierta especial TEMPORERA con duración <u>máxima</u> de cuatro (4) meses, NO PRORROGABLES.</p>	<p>CRITERIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Y: Ausencia de disfunción ventricular derecha severa e insuficiencia de la válvula tricúspide (Absence of severe right ventricular dysfunction and tricuspid regurgitation)</p>
<p><input type="checkbox"/> FENILCETONURIA (PKU) EN ADULTOS</p>	<p>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.</p>
<p><input type="checkbox"/> FIBRÓISIS QUÍSTICA: Certificación del diagnóstico por neumólogo confirmando condición.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prueba de sudor. - Evidencia de tratamientos.
<p><input type="checkbox"/> HEMOFILIA: Certificación por hematólogo de diagnóstico de Hemofilia:</p>	<p>Severa: Niveles de Factor VIII <1% Moderada: Nivel de Factor VIII <1-5% Leve: Nivel de Factor VIII 5-25% con sangrado severo.</p> <p>*Resultados de Niveles de Factores de Coagulación</p> <ul style="list-style-type: none"> 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.
<p><input type="checkbox"/> HEPATITIS C CRÓNICA (HCV): Certificación por: Gastroenterólogos, Infectólogos, o Hematólogos, Primarios capacitados, HIV Treaters</p>	<p>Se requiere la evidencia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen positivo de anticuerpos HCV • Examen cuantitativo RNA <p>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> <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.
<p><input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN PULMONAR: Certificación de diagnóstico y plan de tratamiento por el neumólogo o cardiólogo.</p>	<p>Evidencia de Estudio que certifique condición.</p>
<p><input type="checkbox"/> LEPRA: Certificación del diagnóstico por infectólogo o dermatólogo confirmando condición.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Evidencia de resultado de biopsia de piel -Resultado positivo en cultivo de infección
<p><input type="checkbox"/> LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: Certificación de diagnóstico por reumatólogo.</p>	<p>Evidencia de los siguientes laboratorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> -ANA Test, DS-DNA -Anti Sm -Anti Phospholipids.

ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD (ASES) DE PUERTO RICO

<p><input type="checkbox"/> NIÑOS CON CONDICIONES ESPECIALES: Certificación del pediatra o especialista en la condición afectada.</p> <p>Laboratorio o estudio que determinó Dx:</p> <hr/>	<p>Laboratorios pertinentes que sustente el diagnóstico.</p>
<p><input type="checkbox"/> POST-TRASPLANTADOS: Excepto los trasplantes de córnea, hueso o piel a los que no les aplica la clasificación como condición especial.</p> <p>Certificación del especialista en trasplante o el especialista en la condición del órgano afectado (neumólogo; nefrólogo; hepatólogo/gastroenterólogo; cardiólogo; cirujano de trasplantes)</p>	<p>Fecha del trasplante Tratamiento actual y medicamentos.</p>
<p><input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS: Certificación del Neumólogo con plan de tratamiento</p>	<p>Evidencia de:</p> <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
<p><input type="checkbox"/> VIH-SIDA: Certificación de registro por medico primario o médico de clínica de HIV</p>	<p>Evidencia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Resultado positivo en Western Blot (IFA) Inmunofluorescent Assay o Prueba de CD 4 o Evidencia de Enfermedades Oportunistas: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Candidiásis</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>
<p>COMENTARIOS</p>	
<div style="border: 1px solid black; height: 264px;"></div>	

Anejo T: Registro de Admisiones por Excepción



REGISTRO DE ADMISIONES POR EXCEPCION

FAX (787)332-0925

Hospital: _____

Fecha: _____

Representante del Hospital: _____

Nombre	# Contrato	Fecha de Admisión	ICD-10	MD que Admite
Justificación:				
Nombre	# Contrato	Fecha de Admisión	ICD-10	MD que Admite
Justificación:				
Nombre	# Contrato	Fecha de Admisión	ICD-10	MD que Admite
Justificación:				
Nombre	# Contrato	Fecha de Admisión	ICD-10	MD que Admite
Justificación:				
Nombre	# Contrato	Fecha de Admisión	ICD-10	MD que Admite
Justificación:				