

25 de enero de 2023

**A TODOS LOS PROVEEDORES PARTICIPANTES DE LA RED DEL PLAN DE SALUD MENONITA – VITAL**

**RE: PROCESOS DE MANEJO DE UTILIZACIÓN**

**LISTADO ACTUALIZADO DE CÓDIGOS QUE REQUIEREN PREAUTORIZACIÓN**

Estimado(a) proveedor(a):

En el Plan de Salud Menonita – Vital, es nuestro compromiso mantenerlos al tanto de la información más reciente relacionada con procesos y asuntos clínicos. Mediante este comunicado deseamos orientarle sobre los procesos administrativos relacionados a las áreas de manejo de utilización y le incluimos el listado actualizado de códigos que requieren preautorización a partir del 1ro de enero de 2023.

***Proceso de Preautorizaciones***

- Todas las solicitudes deben ser enviadas con al menos 7 días previo al servicio.
- Al momento de clasificar su solicitud como una estándar o expedita, tome en consideración la condición, el diagnóstico del paciente y la fecha de servicio. Los tiempos establecidos para la toma de determinaciones según el contrato con la ASES es de 72 horas para los casos estándar y 24 horas para los casos expeditos desde que se recibe la solicitud (incluyendo horas no laborables). Si la vida del paciente no corre riesgo y su condición lo permite, se debe clasificar el caso como uno estándar, de esta forma nos brinda la oportunidad de recopilar toda la información necesaria para poder evaluar el caso adecuadamente y disminuir las determinaciones adversas debido a falta de información.
- Para agilizar el proceso de su solicitud y asegurar que tomamos en consideración la información relevante que sustenta la necesidad médica del servicio, debe incluir los siguientes documentos:
  - Formulario de preautorizaciones oficial completado en todas sus partes:
    - ✓ Asegúrese de incluir los códigos de diagnóstico y de procedimiento o servicio que solicita y que estos sean acordes a lo descrito en la orden médica.
    - ✓ Incluir la información del proveedor que ofrecerá el servicio.
    - ✓ Coloque su información de contacto para poder comunicarnos con usted en caso de necesitar aclarar cualquier información o solicitar información adicional (número de teléfono, fax, correo electrónico).

- ✓ Formularios incompletos o ilegibles serán devueltos para revisión y reenvío.
  - Orden médica – ésta debe incluir nombre completo del beneficiario, fecha, diagnósticos, descripción del o los servicios solicitados, nombre del proveedor con su NPI y firma. Debe haberse realizado dentro de un periodo no mayor a 60 días.
  - Documentación clínica que sustente la necesidad médica del servicio que solicita. Incluya notas de progreso, resultados de laboratorio o estudios diagnósticos, tratamientos previos y cualquier otra documentación que sea pertinente al servicio solicitado y que justifique el mismo. Es de suma importancia que la documentación recibida sea legible.
- Entendemos que hay ocasiones donde ocurren eventos extraordinarios o donde, debido a la condición del paciente, no es posible solicitar la autorización previo al servicio. En estos casos es importante que, dentro de un término no mayor a 72 horas luego de haber brindado el servicio, nos envíe toda la documentación descrita arriba junto a una nota que explique la razón por la cual no pudo solicitar la preautorización. Estos casos serán evaluados caso a caso bajo proceso de excepción.

#### ***Proceso de Revisión Hospitalaria (aplica para facilidades hospitalarias)***

- Todas las admisiones deben ser notificadas dentro de un periodo de 24 horas, excepto en fines de semana o días feriados que pueden notificar 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: [psmrevisionvital@planmenonita.com](mailto:psmrevisionvital@planmenonita.com)
- En los casos donde al momento de la admisión la facilidad desconoce que el paciente es beneficiario de PSM o cuando se requiere matrícula de emergencia al Programa Medicaid (previamente conocida como MA-10), la facilidad tendrá 30 días a partir de la fecha en que adviene en conocimiento sobre la elegibilidad con PSM para notificar la admisión. Debe someter evidencia sobre las gestiones realizadas para identificar a qué aseguradora el beneficiario está afiliado y obtener cualquier información o documentación necesaria.
- El no cumplir con el requisito de notificación de las admisiones, podría resultar en determinaciones adversas. De necesitar realizar una notificación tardía, deberá completar la hoja de registro por excepción acompañada de documentación que evidencie la razón por la cual no se hizo la notificación a tiempo.
- En aquellas facilidades donde el volumen de admisiones es de 10 o menos al mes, el proceso de auditoría será realizado de forma remota.
- Las facilidades deben proveerle al Analista de Revisión de PSM diariamente el censo de admisiones y de altas. Aquellas facilidades que no son visitadas por un Analista deben enviar los censos a través de correo electrónico o fax (mencionados arriba).
- Patrocinamos el proceso de auditoría concurrente ya que de esta manera podemos asistirle en el proceso de planificación de alta y transición de cuidado, además de identificar a tiempo cualquier situación que pudiera levantar algún señalamiento.

- Si el Analista de Revisión de PSM tiene algún hallazgo o señalamiento, éste será discutido el mismo día. De la persona encargada de la discusión de casos no estar disponible, el Analista dejará una notificación por escrito con dichos hallazgos o señalamientos para ser discutidos en su próxima visita a la facilidad dentro de un periodo no mayor a 5 días laborables. En aquellas facilidades donde la revisión se realiza de manera remota, la discusión podrá realizarse mediante llamada telefónica. De no realizarse el proceso de discusión dentro del tiempo establecido, el hallazgo será considerado final.
- De la facilidad no estar de acuerdo con una determinación adversa o señalamiento, tendrá disponible el recurso de reconsideración. Este recurso consiste en un diálogo entre el Analista y el representante del hospital, donde se discute el caso y se aclaran dudas. Luego de la conversación, si no se logra llegar a un acuerdo, el Analista discutirá el caso con el Director Médico de PSM con los argumentos y detalles presentados por la facilidad para una determinación final. El proceso de reconsideración sólo aplica mientras el paciente esté admitido.
- El hospital tendrá 14 días laborables luego del cierre del caso para someter cualquier apelación a PSM. La misma debe incluir una carta donde se expresen las razones por las cuales no está de acuerdo con la determinación adversa y copia del expediente médico. Las apelaciones deben ser enviadas a través de correo electrónico o fax (mencionados arriba).
- Si la facilidad no está de acuerdo con la determinación de PSM a su apelación, podrá someter una segunda apelación dentro de 14 días laborables luego de la fecha de resolución de la primera apelación. La facilidad deberá enviar una carta redactada por el Director Médico de la facilidad o el médico a cargo del paciente durante la admisión donde se documenten las razones por las cuales no están de acuerdo con la determinación de PSM. No será necesario enviar el expediente médico nuevamente.
- Los expedientes médicos deben estar disponibles para cierre en o antes de 30 días calendario luego del alta. De no estar disponibles, solo se considerarán aprobados los días que hayan sido auditados.

Quedamos a su orden para clarificar cualquier duda relacionada con el tema.

**Centro de Servicio al Proveedor**

1-855-297-0140 (libre de cargos)

lunes a viernes

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

<http://psmconnet.psmpr.com>

Cordialmente,



Rosalis Díaz Rivero, BSN, RN, CPC  
Directora de Utilización Médica



Gregorio A. Cortés Soto, MD  
Principal Oficial Médico

Anejo: Listado de preautorizaciones Vital 2023