

30 de enero 2026

**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 2026.

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 del paciente y la fecha de servicio. Los tiempos establecidos para la toma de determinaciones 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, le recomendamos 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 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.

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,



Carmen Gómez
Directora de Utilización Médica



Hector Casas, Jr, MD
Principal Oficial Médico

Anejo: Listado de preautorizaciones Vital 2026