# Ascension **Personalized Care**

Manual para profesionales 2022



# INTRODUCCIÓN

Bienvenido a Ascension Personalized Care. Gracias por formar parte de nuestra red de médicos, hospitales y profesionales de atención médica de alta calidad. Este manual contiene información acerca de las políticas y procedimientos de Ascension Personalized Care que lo ayudarán a prestar servicios a los miembros cubiertos de Ascension Personalized Care.

En Ascension Personalized Care, nuestra meta es cambiar la forma en que nuestros miembros perciben la atención médica. Empezamos por dar acceso a una red clínicamente integrada de médicos y profesionales clínicos, incluyendo los hospitales, los centros ambulatorios y los cuidadores de apoyo. Esta red está bien coordinada, de modo que todos los profesionales clínicos colaboran para asegurarse de que los miembros reciban la mejor atención.

También ayudamos a los miembros a navegar por el complejo sistema de atención médica. Los miembros pueden aprovechar el equipo nacional de administración de atención médica de Ascension para que les brinden el apoyo y los recursos que necesitan para tomar el control de su salud. Este enfoque les permite centrarse en lo importante: su salud y la de su familia. Los servicios de administración de la atención se dan a todos los miembros como parte del Plan.

# Ascension **Personalized Care**

Ascension Personalized Care es un **Plan de Beneficios de Salud** ofrecido por US Health and Life Insurance Company a través del intercambio de seguros médicos en Michigan, Kansas e Indiana.



Cigna es el **Administrador de Beneficios Farmacéuticos** (PBM) que da cobertura de medicamentos recetados a los miembros de Ascension Personalized Care.



Ascension Personalized Care (Automated Benefits Services) es el **administrador de terceros** (TPA) que trabaja con los clínicos y Ascension Personalized Care para pagar los reclamos dentro de la red de Ascension.



La red Ascension Care Management es una **red** de médicos locales de **alta calidad e integrada** de clínicos.

Ascension Care Management Insurance Holdings es el **proveedor de administración de uso** de Ascension Personalized Care.



Las pólizas de seguro Ascension Personalized Care están cubiertas por US Health and Life Insurance Company.

Cada uno de los miembros del equipo coordinado de atención médica mencionados arriba trabaja constantemente a fin de mejorar el servicio para usted y su organización. Valoramos todos los comentarios que quiera brindarnos.

### Resumen

Los planes Ascension Personalized Care son planes médicos que prestan servicios médicos y de salud conductual a los miembros. Nuestros planes médicos tienen beneficios para la persona en su totalidad, incluyendo la salud mental, emocional y espiritual. Ascension Personalized Care está diseñado para alcanzar cinco objetivos principales:

- Acceso a una red clínica de médicos de atención primaria y especialistas preferidos de Ascension, centros convenientes y opciones de atención en línea y recetas por especialidad de Ascension Rx.
- Planes con una buena cobertura a un costo razonable, que cuentan con características y beneficios que conectan todos los aspectos de la salud y el bienestar del paciente, incluida su salud emocional, mental y espiritual.
- Un equipo de atención al cliente que lo escucha, lo respeta y lo ayuda a comprender su cobertura para que pueda entender y maximizar el valor y los beneficios de los planes de los pacientes.
- Opciones de cobertura para las distintas etapas de su vida, lo que les permite a los pacientes y a sus familias obtener la atención que necesitan, cuando y donde la necesitan.
- Educación e información para ayudar a los pacientes a tomar decisiones de atención médica inteligentes e informadas que les sirvan.

Este manual está destinado a los profesionales clínicos que han aceptado participar en la red de Ascension Personalized Care.

### **Productos Ascension Personalized Care**

Los productos Ascension Personalized Care están diseñados para dar flexibilidad y mayores beneficios a sus miembros. Hay tres categorías de metal que ofrece Ascension Personalized Care: Bronze, Silver y Gold. Cada categoría refleja la cantidad que tanto el miembro como el plan médico pagarán.

Los planes Bronze tienen la prima mensual más baja y los gastos de bolsillo más altos.

Los planes Silver tienen una prima mensual moderada. Los gastos de bolsillo pueden variar, pero suelen ser inferiores a los de los planes Bronze. Si un miembro tiene derecho a las reducciones de gastos compartidos, debe elegir un plan Silver.

Los planes Gold tienen la prima mensual más alta y los gastos de bolsillo más asequibles.

Ascension Personalized Care ofrece la siguiente lista de productos:

#### **Bronze**

Ascension Personalized Care Balanced Bronze 1 Ascension Personalized Care Balanced Bronze 2 Ascension Personalized Care No Deductible Bronze Ascension Personalized Care HSA Eligible Bronze

#### Silver

Ascension Personalized Care Low Premium Silver Ascension Personalized Care Balanced Silver Ascension Personalized Care No Deductible Silver

#### **CSR 73%**

Ascension Personalized Care Low Premium Silver 73 Ascension Personalized Care Balanced Silver 73 Ascension Personalized Care No Deductible Silver 73

#### **CSR 87%**

Ascension Personalized Care Low Premium Silver 87 Ascension Personalized Care Balanced Silver 87 Ascension Personalized Care No Deductible Silver 87

#### **CSR 94%**

Ascension Personalized Care Low Premium Silver 94
Ascension Personalized Care Balanced Silver 94
Ascension Personalized Care No Deductible Silver 94

### Gold

Ascension Personalized Care Gold

### Plan de Organización de proveedores exclusivos (EPO)

Un plan de atención administrada donde los servicios están cubiertos solo si el paciente acude a médicos, especialistas u hospitales de la red del plan (excepto en una emergencia).

Ascension Personalized Care se toma muy en serio la privacidad y la confidencialidad de la información médica de nuestros miembros. Contamos con procesos, políticas y procedimientos a fin de cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA), así como con las reglamentaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Los servicios prestados por los clínicos contratados de la red de Ascension Personalized Care son un elemento esencial en lo que respecta a cumplir los objetivos mencionados. Nuestra meta es reforzar la relación entre nuestros miembros y sus médicos de atención primaria (PCP). Queremos que nuestros miembros se beneficien de que sus PCP tengan la oportunidad de brindar atención de alta calidad con los especialistas y hospitales contratados. Los PCP son responsables de coordinar los servicios médicos de nuestros miembros, de mantener una historia clínica completa de cada miembro que atienden y de garantizar la continuidad de la atención. El PCP asesora al miembro acerca de su estado de salud, así como de las opciones de tratamiento médico, que incluye los beneficios, las consecuencias de seguir o no el tratamiento y los riesgos asociados. Se espera que los miembros compartan con su PCP sus preferencias acerca de las decisiones de tratamiento presentes y futuras.

# Índice

Plazos de determinación de uso

# Introducción Resumen **Productos Ascension Personalized Care Bronze** Silver Gold Índice Herramienta de referencia rápida Portal web seguro Descargo de responsabilidad Credenciales y renovación Comité de credenciales Renovación de credenciales Derecho del proveedor de asistencia médica de revisar y corregir información Derecho del proveedor de asistencia médica de recibir información sobre el estado de su solicitud Derecho del proveedor de asistencia médica de apelar determinaciones adversas de renovación de credenciales No discriminación de los profesionales clínicos Selección de un proveedor de atención primaria (PCP) por parte del miembro Disponibilidad de citas Arreglos telefónicos Requisitos de capacitación Beneficios de Ascension Personalized Care Ascension Online Care y beneficios de los miembros Atención virtual de urgencias Servicio virtual de salud mental y consejería Verificación de los beneficios, elegibilidad y costos compartidos del miembro Manejo Médico Administración de la atención Programa de administración de la atención Gestión de utilización Necesidad médica Autorización previa Servicios que necesitan autorización previa

Plazos para las decisiones

Determinaciones estándares de la organización

Determinaciones aceleradas de la organización

Revisión simultánea

Revisión retrospectiva

Criterios de revisión de uso

Proceso de apelación clínica

Presentar una apelación

Dos tipos de apelaciones

Qué esperar después de presentar la apelación

Plazos de resolución de apelaciones

Proceso de revisión externa (ER)

Cómo solicitar una revisión (independente) externa (ERO)

Plazos de resolución de revisión externa

### Farmacia

Información de farmacias

**Ascension Rx** 

Apelaciones de farmacias

Apelaciones de Ascension Rx

Atención médica

Condición médica de emergencia

### **Reclamos**

Procedimientos de presentación de reclamos

Definición de reclamo limpio

Denegaciones y rechazos anticipados

Rechazo anticipado

Quién puede presentar reclamos

Requisitos específicos de registro de datos

Denegaciones/rechazos anticipados de registros de reclamos electrónicos inválidos

Formularios aceptables

Reclamos corregidos, solicitudes de reconsideración o disputas por reclamos

Transferencias electrónicas de fondos (EFT) y avisos de pago electrónicos (ERA)

Ajuste de riesgos y codificación correcta

Codificación de reclamos/códigos de facturación

### Incorporaciones y despidos

Política de fecha de entrada en vigor del profesional clínico

Proceso de solicitud de información de reclamos

### Ajustes de reclamos

Política de pago en exceso

Proceso de solicitud de reembolso

### Ajustes iniciados por el profesional clínico

### Normas de reembolso para profesionales clínicos/EOB de muestra

Pago por procedimientos múltiples

### Edición de códigos

Edición de códigos y ciclo de adjudicación de reclamos

Reconsideraciones de reclamos relacionadas con edición de códigos

### Facturación al miembro

Si no se consigue la autorización

No facturar saldos

### Derechos y responsabilidades de los miembros

Derechos de los miembros

Responsabilidades de los miembros

### Derechos y responsabilidades del profesional clínico

Derechos del profesional clínico

Responsabilidades del profesional clínico

### Cuestiones reglamentarias

### Historias clínicas

Información obligatoria

Revelación de historias clínicas

Auditorías de cumplimiento para la documentación de historia clínica

Transferencia de historias clínicas de miembros nuevos

Auditorías de historias clínicas

Acceso de Ascension Personalized Care a los registros y auditorías

Acceso a la historia clínica electrónica (EMR)

Leves federales y estatales que rigen la revelación de información

Sección 1557 de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud a Bajo Precio

Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos

Reglamentaciones de privacidad

La Norma de seguridad

La Norma de notificación de infracciones

Reglamentaciones de conjuntos de códigos y transacciones

Conjuntos de códigos obligatorios según la HIPAA

Transacciones reglamentadas por la HIPAA

Identificador nacional del proveedor

### Fraude, derroche y abuso

Autoridad de cumplimiento del programa FWA y responsabilidad

Lev de Reclamos Falsos

### **Anexo**

Anexo I: Causas frecuentes de los rechazos anticipados de reclamos

Anexo II: Causa frecuente de demoras y denegaciones en el procesamiento de reclamos

Anexo III: instrucciones para información complementaria

Anexo IV: Consejos y recordatorios de facturación

Atención médica diurna para adultos

Ambulancia

Centro de cirugía ambulatoria (ASC)

Anestesia

Normas de facturación de APC

Rehabilitación de día completo

**Partos** 

DME/suministros/prótesis y aparatos ortopédicos

**Audífonos** 

Atención médica en casa

Centros de atención aguda a largo plazo (LTAC)

Servicios de maternidad

**Modificadores** 

**Suministros** 

Servicios de laboratorio hospitalarios ambulatorios

<u>POA</u>

Servicios de rehabilitación: pacientes hospitalizados

**Telemedicina** 

Apéndice V: Guía complementaria general sobre el EDI

Procesamiento de reclamos

Acreditación

# Herramienta de referencia rápida

La tabla siguiente incluye varios números importantes de teléfono y de fax disponibles para los profesionales clínicos y el personal de sus consultorios. Al llamar, es útil tener disponible la siguiente información:

- 1. El número de NPI del proveedor
- 2. El n.º de identificación fiscal del consultorio
- 3. El número de ID del miembro

Departamento	Información de contacto
Elegibilidad/Verificación	Verifique la elegibilidad llamando a Ascension Personalized Care (APC) al <b>833-600-1311</b> durante los horarios de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. (EST), de lunes a viernes, o en línea en <b>secure.healthx.com/absprovider.aspx</b> .
Autorizaciones	Para solicitar una autorización previa debe utilizar lo siguiente:
	El portal de profesionales clínicos para ver el estado de una autorización: ascensionpersonalizedcare.com
	2) Enviar un fax de un Formulario de Autorización Previa completado al 512-380-7507
	3) Llamar a Ascension Care Management Insurance Holdings al 844-995-1145
	4) Enviar un email a Ascension Care Management Insurance Holdings a la casilla shp-authorization@ascension.org
	Para ver una lista completa de los procedimientos con los códigos ICD-10 o CPT correspondientes, consulte la <b>última publicación de la Lista de códigos de autorización previa</b> disponible en <b>ascensionpersonalizedcare.com</b> .
Directorio de profesionales clínicos	Informe a Servicios de la red acerca de cualquier incorporación, despido o cambios de estado de los profesionales clínicos completando la Tabla de mantenimiento de la red de profesionales clínicos de Ascension Personalized Care y enviándola a la bandeja de entrada de Ascension Personalized Care a acmproviders@ascension.org.
	Si necesita una copia de la Tabla de mantenimiento de la red de profesionales clínicos, comuníquese con Relaciones con los profesionales clínicos a acmproviders@ascension.org o llamando al número gratuito 855-288-6747.
Pruebas de laboratorio	Todos los servicios deben dirigirse a un clínico de laboratorio adecuado de la red de Ascension Personalized Care. Consulte el Directorio de profesionales clínicos disponible en ascensionpersonalizedcare.com. Además, los servicios de laboratorio en el consultorio que ofrezcan los profesionales clínicos de la red de Ascension Personalized Care se considerarán servicios dentro de la red si los reclamos se envían con un número de identificación fiscal (TIN) que participe en nuestra red.

Administrador de beneficios farmacéuticos	El administrador de beneficios farmacéuticos (PBM) que brinda cobertura de medicamentos con receta es Cigna. Puede comunicarse con Cigna al <b>800-244-6224</b>
	Para comunicarse con Especialidades médicas Ascension Rx, llame al <b>855-292-1427</b> .
Envío de reclamos/estado de reclamos	Presentar los reclamos impresos a: Ascension Personalized Care for Ascension Personalized Care,
	PO Box 1707, Troy, MI 48099-1707

# Portal web seguro

Ascension Personalized Care ofrece un portal web seguro y confiable con una funcionalidad que será esencial para que los profesionales clínicos puedan atender a los miembros y para facilitar la administración de productos de Ascension Personalized Care. Los servicios para profesionales clínicos podrán ayudarlo y brindarle información respecto de esta funcionalidad. Puede acceder al portal en ascensionpersonalizedcare.com.

### Portal y sitio web de Ascension Personalized Care

El recurso principal en el que los miembros de Ascension Personalized Care buscan a los profesionales clínicos también cuenta con información importante para los profesionales.

Vaya a: ascensionpersonalizedcare.com

Siga las instrucciones de las páginas siguientes de este manual para acceder al Centro de información para profesionales clínicos.

### Use el sitio web para:

- Ver la lista de servicios que necesitan autorización previa
- Ver el Directorio de profesionales clínicos
- Descargar formularios

### Requisitos de acceso:

• No se necesitan ID de usuario ni contraseña.

Portal web Automated Benefit Services (ABS) para profesionales clínicos

# Vaya a secure.healthx.com/absprovider.aspx Use el portal web de Ascension Personalized Care para profesionales

- Confirmar la elegibilidad y los beneficios del miembro
- Verificar el estado de un reclamo y los historiales de reclamos

### Requisitos de acceso:

clínicos para:

 Cada persona de su consultorio que necesite acceder al portal web de Ascension Personalized Care para profesionales clínicos debe tener un nombre de usuario y una contraseña.





- Para obtener el nombre de usuario y la contraseña para el portal en Internet de clínicos de Ascension Personalized Care, complete el formulario de solicitud que está en el portal de Ascension Personalized Care y devuélvalo a ABS. Cada formulario permite que varios usuarios soliciten acceso.
- Una vez que haya iniciado sesión, siga las instrucciones que están en "How to Use This Site" (Cómo usar este sitio) del lado izquierdo de la pantalla.

### Asegúrese de mantener actualizada la lista de usuarios autorizados:

 Para ver quiénes en su consultorio ya tienen nombres de usuario y contraseñas, o para quitar a un usuario que ya no trabaja en su consultorio, comuníquese con Ascension Personalized Care al 833-600-1311.

### Descargo de responsabilidad

Los profesionales clínicos aceptan que toda la información médica, incluida la que está relacionada con las condiciones de los pacientes, el uso médico y de farmacias, disponibles a través del portal o por otros medios, se usará exclusivamente para la atención de los pacientes y con fines relacionados según lo permita la Norma de privacidad de la HIPAA.

# Credenciales y renovación

Existe un proceso de acreditación y renovación de credenciales para verificar que los clínicos y los proveedores de asistencia médica participantes cumplan los criterios establecidos por Ascension Personalized Care, así como con las reglamentaciones gubernamentales y los estándares de las agencias de acreditación pertinentes.

Ascension Personalized Care exige que todos los profesionales clínicos cuenten con credenciales conforme a los estándares de la Comisión de Acreditación de Revisión de Utilización (URAC). Con el objetivo de que los profesionales clínicos cuenten con la acreditación de manera oportuna, le solicitamos que utilice y se certifique cada 120 días en el Council for Affordable Quality Healthcare, Inc. (CAQH) para la solicitud de profesionales clínicos.

Aviso: Para mantener un perfil actualizado de profesionales clínicos/proveedores de asistencia médica, se exige que los profesionales clínicos/proveedores de asistencia médica informen oportunamente a Ascension Personalized Care acerca de cualquier cambio pertinente en la información de sus credenciales, pero en ningún caso más de 10 días después de la fecha del cambio.

Se debe registrar la siguiente información:

- Certificación firmada de exactitud e integridad, de antecedentes de licencias, privilegios clínicos, medidas disciplinarias y condenas por delitos graves, de no consumo actual de sustancias ilegales ni abuso de alcohol, de aptitud física y mental y de capacidad de desempeñar funciones esenciales con o sin adaptaciones
- Formulario completado de manifestación de propiedad y control.
- Resumen de la póliza de seguro contra demandas por negligencia, que incluya las fechas de validez y los montos de cobertura
- Certificado actual de registro de sustancias controladas, si corresponde
- Certificado actual de registro en la Administración de Control de Drogas (DEA) para cada estado en que el proveedor de asistencia médica atienda a miembros de Ascension Personalized Care, si corresponde
- Formulario W-9 completado y firmado (solo para la primera credencial)
- Certificado actual de la Comisión Educativa para Médicos Graduados en el Extranjero (ECFMG), si corresponde
- Currículum que mencione los antecedentes laborales de al menos cinco años, si no se completan los antecedentes laborales en la solicitud y no hay brechas inexplicables de empleo que superen los seis meses, para quienes presentan la solicitud por primera vez
- Formulario de revelación de información firmado y fechado que no tenga más de 180 días
- Certificado actual de Enmiendas para la mejora del laboratorio clínico (CLIA), si corresponde

Ascension Personalized Care hará una verificación de fuentes primarias con la siguiente información que se envíe para las credenciales y su renovación:

- Licencia de una agencia de licenciamiento adecuada
- Certificación de la Junta, o entrenamiento como residente o formación profesional, si corresponde
- Reclamos por negligencia y medidas de agencias de licenciamiento a través del Banco Nacional de Datos de Proveedores de Asistencia Médica (NPDB)
- Actividades de sanciones federales, incluidos Medicare/servicios de Medicare (SAM [Sistema para la Administración de Donaciones], OIG [Oficina del Inspector General], Lista de exclusión)

En el caso de los profesionales clínicos (hospitales e instalaciones auxiliares), se debe recibir una solicitud completada de Credencial inicial y renovación para centros y proveedores, así como toda la documentación de respaldo señalada en la solicitud, con la solicitud completada y firmada. Este proceso puede llevar hasta 90 días.

Una vez que se haya recibido la solicitud impecable, el Comité de credenciales por lo general tomará la decisión de aceptación en su siguiente reunión habitual programada.

Los proveedores de asistencia médica primaria no pueden aceptar asignaciones de miembros hasta que tengan todas las credenciales. Ningún profesional clínico puede atender pacientes hasta que tenga todas las credenciales.

### Comité de credenciales

El Comité de credenciales, incluido el director médico o el médico que se designe, tiene la responsabilidad de establecer y adoptar los criterios necesarios para la participación, el despido y la dirección de los procedimientos de acreditación, incluidos los de participación, denegación y despido. El Comité se reúne al menos cada tres meses, y con mayor frecuencia si se considera necesario.

Si un solicitante no responde adecuadamente a una solicitud de información faltante o que ya no tiene vigencia, el proceso de solicitud podría finalizar antes de que el comité tome una decisión.

Se realizan revisiones en los centros y consultorios clínicos de los PCP y los obstetras/ginecólogos (OB/GYN) cuando las quejas de los miembros alcanzan un umbral de dos quejas en seis meses. La revisión del consultorio evalúa lo siguiente:

- Accesibilidad física
- Apariencia física
- Espacio adecuado de la sala de espera y del consultorio
- Mantenimiento adecuado de registros médicos y de tratamiento

### Renovación de credenciales

Ascension Personalized Care renueva las credenciales de los profesionales clínicos/proveedores de asistencia médica al menos cada 36 meses a partir de la fecha de la decisión de la primera acreditación y de la decisión de renovación más reciente. El objetivo de este proceso es identificar los cambios que haya en la licencia, sanciones, certificación, aptitud o estado de salud del profesional clínico/proveedor de asistencia médica que afecte su capacidad de prestar los servicios estipulados en el contrato. Este proceso abarca todos los Proveedores de asistencia médica, centros e instalaciones auxiliares y profesionales clínicos que ya hayan recibido la credencial y que actualmente participen en la red.

Entre uno y otro ciclo de acreditación, Ascension Personalized Care supervisa el desempeño de todos los profesionales clínicos/Proveedores de asistencia médica de la red. Esta investigación está diseñada para supervisar cualquier medida adversa nueva que tomen los organismos reglamentarios contra los profesionales clínicos/Proveedores de atención médica entre uno y otro ciclo de acreditación. Además, Ascension Personalized Care revisa los informes mensuales publicados por el estado, los CMS y la Oficina del Inspector General para identificar a cualquier profesional clínico/Proveedor de atención médica de la red que recientemente haya sido sancionado o excluido de participar en Medicare o Medicaid.

Se puede rescindir un acuerdo con un profesional clínico si en algún momento el Comité de credenciales de Ascension Personalized Care determina que ya no se cumplen los requisitos de acreditación o las normas de la URAC.

### Derecho del proveedor de asistencia médica de revisar y corregir información

Todos los proveedores de asistencia médica que participen dentro de la red tienen el derecho de revisar la información que obtiene Ascension Personalized Care para evaluar su solicitud de acreditación o renovación. Esto incluye la información obtenida de cualquier fuente primaria externa, como el Banco Nacional de Datos de Proveedores de Asistencia Médica, el Banco de Datos de Protección e Integridad de la Atención Médica, el CAQH, los prestadores de seguro contra demandas por negligencia y las agencias de licenciamiento estatales. De todos modos, no se permite que un profesional clínico revise las referencias, recomendaciones personales o demás información que esté protegida por revisión por pares.

Los proveedores de asistencia médica tienen el derecho de corregir cualquier información errónea enviada por terceros (que no sean referencias, recomendaciones personales o demás información protegida por revisión por pares) en caso de que el profesional clínico considere que alguna información usada en el proceso de acreditación o renovación sea errónea, o si alguna información recabada como parte del proceso de verificación de fuentes primarias difiere de la enviada por el proveedor de asistencia médica. Para solicitar que se revele esa información, debe presentarse una solicitud por escrito al Departamento de Acreditaciones. Una vez recibida esta información, el proveedor de asistencia médica tendrá el siguiente plazo para proporcionar una explicación por escrito que explique el error o la diferencia en la información al Comité de credenciales en treinta (30) días como máximo a partir de la notificación inicial.

El Comité de credenciales entonces incluirá esta información como parte del proceso de acreditación o renovación.

# Derecho del proveedor de asistencia médica de recibir información sobre el estado de su solicitud

Todos los proveedores de asistencia médica que hayan enviado una solicitud para unirse tienen el derecho de recibir información sobre el estado de su solicitud si lo solicitan. Para averiguar el estado de su solicitud, el proveedor de asistencia médica debe comunicarse con su representante de Relaciones con los profesionales clínicos.

# Derecho del proveedor de asistencia médica de apelar determinaciones adversas de renovación de credenciales

Los solicitantes que ya sean profesionales clínicos y a quienes se les haya rechazado la continuación de la participación debido a determinaciones adversas de renovación (por motivos tales como problemas de reclamos de responsabilidad o atención adecuada) tienen el derecho de solicitar una apelación de la decisión. Las solicitudes de apelación deben efectuarse por escrito en un plazo de 30 días a partir de la fecha del aviso.

Todas las solicitudes por escrito deben incluir documentación adicional de respaldo a favor de la apelación del solicitante o de la reconsideración para su participación en la red. El Comité de credenciales revisará las reconsideraciones en la siguiente reunión habitual programada.

### No discriminación de los profesionales clínicos

No limitamos la participación en la red de ningún profesional clínico o centro, ni discriminamos de modo alguno a ningún profesional clínico o centro, basándonos únicamente en alguna característica protegida por las leyes de discriminación estatales o federales. Tampoco discriminamos para el reembolso o indemnización a ningún profesional clínico que actúe dentro del alcance de su licencia o certificación según la ley estatal pertinente, con la única base de esa licencia o certificación. Si Ascension Personalized Care se niega a incluir a profesionales o grupos clínicos en nuestra red, informaremos a los profesionales clínicos afectados los motivos de esta decisión.

Además, no tenemos, ni hemos tenido nunca, una política de despedir a ningún profesional clínico que:

- Defienda a un miembro.
- Presente una queja contra nosotros.
- Apele una decisión que hayamos tomado.

# Selección de un proveedor de atención primaria (PCP) por parte del miembro

Ascension Personalized Care da a los miembros la libertad de seleccionar el profesional clínico de atención médica que prefieran. Los servicios de los profesionales clínicos de la red están cubiertos en función de las prestaciones contratadas, de la lista de tarifas y de cualquier estándar de codificación y directrices de reclamos, exceptuando los costos compartidos o copagos del miembro, o hasta que se alcance el monto máximo de gastos de bolsillo.

# Disponibilidad de citas

Se establecen los siguientes estándares respecto de la disponibilidad de citas:

Tipo de atención	Estándar de accesibilidad*
ATENCIÓN PRIMARIA	
Emergencia	El mismo día o en un plazo de 24 horas desde la llamada del miembro
Atención de urgencia	En un plazo de 2 días desde la solicitud
De rutina	En un plazo de 21 días desde la solicitud
DERIVACIÓN A ESPECIALISTA	
Emergencia	En un plazo de 24 horas desde la derivación
Atención de urgencia	En un plazo de 3 días desde la derivación
De rutina	En un plazo de 45 días desde la derivación
MATERNIDAD	
Primer trimestre	En un plazo de 14 días desde la solicitud
Segundo trimestre	En un plazo de 7 días desde la solicitud
Tercer trimestre	En un plazo de 3 días desde la solicitud
Embarazos de alto riesgo	En un plazo de 3 días desde su identificación o de inmediato en caso de emergencia
SERVICIOS DENTALES	
Emergencia	En un plazo de 24 horas desde la derivación
Atención de urgencia	En un plazo de 3 días desde la derivación
De rutina	En un plazo de 45 días desde la derivación

<sup>\*</sup>El tiempo de espera en el consultorio es de menos de 45 minutos, excepto cuando el profesional clínico no está disponible debido a una emergencia.

Las siguientes son las directrices de citas para la salud del comportamiento:

Tipo de cita	Descripción	Estándar*
De inmediato	Servicios de salud del comportamiento que se prestan dentro de un plazo indicado por la condición de salud del comportamiento, pero no más de 2 horas desde que se identifica la necesidad, o lo más rápido posible cuando la respuesta antes de las 2 horas no es factible desde el punto de vista geográfico	En un plazo de 2 horas (puede incluir intervenciones telefónicas o presenciales)
Urgente	Servicios de salud del comportamiento que se prestan dentro de un plazo indicado por la condición de salud del comportamiento, pero no más de 24 horas desde que se identifica la necesidad	En un plazo de 24 horas
De rutina: evaluación inicial	Cita de evaluación inicial con un profesional de la salud del comportamiento (BHP) en un plazo de 7 días desde la derivación o la solicitud de servicios de salud del comportamiento	En un plazo de 7 días desde la derivación
De rutina: primer servicio de salud del comportamiento	Incluye cualquier servicio de salud del comportamiento cubierto que sea necesario desde el punto de vista médico, incluido el control de la medicación o servicios adicionales	En un plazo de 7 días desde la evaluación
Citas por medicamentos psicotrópicos		Se evalúa de inmediato la necesidad de medicamentos del miembro y, si hay indicación clínica, se programa una cita para el miembro dentro de un plazo que garantice:  • que el miembro no se quede sin el medicamento psicotrópico que necesite; o

		<ul> <li>que se evalúe si el miembro necesita empezar un medicamento para garantizar que no sufra un deterioro de su condición de salud del comportamiento.</li> </ul>
Derivaciones o solicitudes de medicamentos psicotrópicos	Servicios de detección, consulta, evaluación, control de la medicación, medicamentos o pruebas de laboratorio, según corresponda	Evalúe de inmediato la urgencia de la necesidad. Si hay indicación clínica, proporcione una cita con un BHP dentro del plazo indicado de necesidad clínica, pero no más de 30 días después de la derivación/solicitud inicial de los servicios.
Transporte que no es de emergencia		<ul> <li>El miembro no debe llegar más una hora antes de su cita programada.</li> <li>El miembro no debe tener que esperar más de una hora después de que termine su cita por el transporte a casa u otro destino acordado previamente.</li> </ul>

# **Arreglos telefónicos**

Los profesionales clínicos deben estar a disposición de los miembros 24 horas al día, los siete (7) días de la semana.

### Servicios fuera de horario

- Los servicios de contestadores deben cumplir requisitos de idiomas.
- Se debe poder localizar al PCP o a otro médico clínico designado.
- Se deben devolver todas las llamadas en menos de 30 minutos.

### Contestador

• Debe estar encendido fuera del horario de atención.

- Debe dirigir a los miembros a que llamen a otro número para localizar al PCP o a otro médico clínico designado.
- Debe haber una persona real disponible para responder el número de teléfono designado; no se acepta otra grabación.

**Nota:** Si se necesita atención de urgencia o emergencia fuera de horario, el PCP o la persona que haya designado debe comunicarse con la sala de urgencias o emergencias para avisar al centro.

Ascension Personalized Care supervisará la disponibilidad de citas y fuera de horario de manera continua a través del Programa de Mejora de la Calidad.

### Requisitos de capacitación

En ascensionpersonalized caretraining.com se publicará información sobre las oportunidades de capacitación.

Los materiales de capacitación incluirán información sobre el producto, el plan, la ACA, etc. Seguiremos proporcionando capacitación sobre cualquier actualización al plan o al producto.

# **Beneficios de Ascension Personalized Care**

Todos los servicios están sujetos a la cobertura de los beneficios, limitaciones y exclusiones según se describen en el programa de beneficios y en la póliza correspondiente de Ascension Personalized Care.

Puede acceder a una copia de la Evidencia de cobertura del miembro para verificar los servicios cubiertos específicos de cada plan en la sección de Ascension Personalized Care en nuestro sitio web ascensionpersonalizedcare.com. Comuníquese con Servicios para profesionales clínicos en Ascension Personalized Care por cualquier pregunta que tenga acerca de los beneficios.

# Ascension Online Care y beneficios de los miembros

### Atención virtual de urgencias

Con la atención virtual de urgencias, los miembros de Ascension Personalized Care pueden hacer un chat por video con un médico experimentado en línea a través de su smartphone, tablet o laptop, en cualquier momento y desde cualquier lugar.

Los miembros tendrán acceso a visitas de atención virtual de urgencias. Es posible que se apliquen copagos que cuentan para el deducible y los límites de gastos de bolsillo. Estos gastos de bolsillo pueden pagarse con cuentas de ahorro de salud (HSA) si el paciente la tiene.

La atención virtual de urgencias puede usarse para una amplia variedad de síntomas y condiciones, entre ellas las siguientes:

- Infecciones de las vías urinarias
- Infecciones en senos paranasales y vías respiratorias superiores
- Infecciones en el ojo
- Sarpullido
- Dolor de garganta/estreptococos/tos
- Resfriado/gripe
- Fiebre
- Alergias estacionales

### Servicio virtual de salud mental y consejería

Ascension Online Care ofrece servicios virtuales de salud mental y consejería para que los miembros puedan hacer un chat por video con un psiguiatra o un terapeuta experimentado en línea, estén donde estén.

Con dos opciones de apoyo compasivo, nuestro equipo de prestadores de psiquiatría y terapia está disponible para brindar atención para la salud mental y emocional a través de Ascension Online Care.

- Los psiquiatras están disponibles para brindar apoyo y pueden recetar y supervisar los medicamentos para ayudar a controlar los síntomas.
- Los terapeutas están para escuchar y ayudar a afrontar los retos de la vida. Los servicios están disponibles para pacientes adultos y pediátricos.

Los miembros deben consultar su programa de beneficios, disponible en ascensionpersonalizedcare.com, para conocer los costos de bolsillo que pueden esperar.

### Cómo acceder a Ascension Online Care:

Se puede acceder a Ascension Online Care visitando GetAscensionCare.com/Telehealth o descargando la aplicación en App Store de Apple o en Google Play.

App Store es una marca de servicio de Apple Inc. Google Play es una marca comercial de Google Inc.

# Verificación de los beneficios, elegibilidad y costos compartidos del miembro

Como profesional clínico de Ascension Personalized Care, puede comunicarse con Automated Benefit Services (ABS) para:

- Consultar la cobertura de los beneficios
- Verificar la elegibilidad
  - Confirmar la cobertura primaria o secundaria de los miembros que tienen cobertura médica doble.

### En línea: Visite secure.healthx.com/absprovider.aspx.

• Inicie sesión en el portal web de Ascension Personalized Care para profesionales clínicos con el nombre de usuario y la contraseña que le proporcionó Ascension Personalized Care.

**Por teléfono:** Llame a Ascension Personalized Care al **833-600-1311** de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. (EST), de lunes a viernes, e ingrese el número de ID del miembro cuando se le solicite.

- Presione 1 para inglés (hay otros idiomas disponibles).
- Presione 2 si es un profesional clínico.
- Ingrese el número de ID del miembro.
  - Si necesite ayuda con la elegibilidad médica, reclamos, información de facturación y pagos o alguna otra pregunta, presione 1.
- Si no tiene el número de ID del miembro, presione #.
  - o Para averiguar sobre beneficios médicos/elegibilidad con el sistema FAXBACK, presione 1.
  - o Para hablar con un representante de servicio de atención al cliente, presione 2.

### Confirmación por fax las 24 horas, los siete días de la semana: 888-494-4600

Una vez que se confirma la elegibilidad, recibirá un fax con instrucciones acerca de cómo presentar reclamos y con un programa de beneficios del plan de Ascension Personalized Care del miembro.

Los profesionales clínicos también son responsables de confirmar la elegibilidad la fecha del servicio y de determinar la cobertura de los beneficios para todos los servicios prestados. Excepto en el caso de los copagos, coseguros, deducibles u otros cargos complementarios permitidos que se efectúen en conformidad con los términos del plan correspondiente, los clínicos no deben facturar, cobrar, solicitar un depósito, buscar remuneración o reembolso ni presentar un recurso contra un miembro o contra las personas que actúen en su nombre por los servicios cubiertos.

# Manejo Médico

### Administración de la atención

La administración de la atención es un proceso colaborativo para examinar, planificar, implementar, coordinar, supervisar y evaluar las opciones y los servicios que permitirán satisfacer las necesidades médicas de una persona, utilizando la comunicación y los recursos disponibles para favorecer resultados de calidad a un buen precio. La coordinación y la administración de la atención son procesos centrados en el miembro, orientados a objetivos, pertinentes a la cultura y gestionados de manera lógica para ayudar a garantizar que un miembro reciba los servicios que necesite de manera comprensiva, eficaz, eficiente, oportuna y a buen precio.

Los programa de administración de la atención están centrados en proporcionar programas médicos de alta calidad que mejoren las vidas de los pacientes y de las comunidades mediante transformar los objetivos de misión en programas definidos. Un programa de administración de la atención está dedicado a aumentar la calidad y el valor de la atención médica de nuestros miembros promoviendo la atención preventiva, optimizando los resultados de enfermedades crónicas y mejorando la coordinación de la atención para pacientes y miembros con las necesidades más complejas. La administración de la atención de Ascension aprovecha los servicios de atención continua que se ofrecen mediante la red clínicamente integrada de Ascension y educa a los miembros acerca del autocontrol de condiciones crónicas y comportamientos de estilo de vida saludable que son fundamentales para reducir la incidencia, la responsabilidad y los costos asociados a las condiciones crónicas. Además, la administración de la atención de Ascension reconoce que diversas poblaciones menos favorecidas que tienen condiciones crónicas sufren disparidades e inequidades en la atención médica. La administración de la atención de Ascension está diseñada para brindar una atención amplia, integral y espiritual a todos los miembros.

Los servicios de administración de la atención incluyen los que funcionan sinérgicamente para mejorar la salud de los pacientes en todo el espectro de bienestar. El programa de administración de la atención abarca las siguientes cuatro áreas centrales:

- 1. Mantener a los pacientes saludables mediante programas de bienestar
- 2. Controlar a los pacientes con riesgos emergentes mediante el manejo de enfermedades
- 3. Brindar seguridad en toda la atención continua con transiciones
- 4. Controlar a los pacientes con varias enfermedades crónicas ofreciendo administración de la atención médica compleja

El equipo de administración de la atención realiza una evaluación de riesgos de salud (HRA) inicial por teléfono o en persona, en una comunicación entre el PCP, el miembro, el médico supervisor y el equipo de administración de la atención. El administrador de la atención también facilita las derivaciones y los enlaces con profesionales clínicos de la comunidad, como departamentos de salud locales y la División de Servicios para Personas Mayores. El médico supervisor mantiene la responsabilidad de atender las necesidades continuas de atención del miembro. El administrador de la atención se comunicará con el PCP o el médico supervisor si el miembro no sigue el plan de atención o si necesita servicios adicionales.

Se evalúa a todos los miembros de Ascension Personalized Care con necesidades detectadas para su inscripción en la administración de la atención. Es posible que se identifique a los miembros con necesidades mediante rondas clínicas, derivaciones de otros miembros del personal de Ascension Personalized Care, censos hospitalarios y derivaciones directas de los profesionales clínicos, autoderivaciones o derivaciones de otros profesionales clínicos.

### Programa de Administración de la atención

El programa nacional completo de administración de la atención de Ascension establecerá una solución médica coherente para la población y un modelo de administración de la atención ambulatoria en todos los mercados del ministerio, que ayuda a los pacientes de Ascension a lograr sus metas de atención médica a la vez que reduce los costos y mejora la experiencia clínica.

El proceso de administración de la atención abarca la participación del miembro en lo que respecta a realizar exámenes y evaluaciones de riesgo médico, mejora en la calidad, ajuste de riesgos, apoyo a la participación en los programas mejorados de manejo de enfermedades y administración de la atención médica compleja.

Las actividades de administración de la atención para todos los miembros del plan médico incluyen, entre otras cosas, las siguientes mejores prácticas y actividades estándares del sector:

- Evaluaciones de riesgos médicos
- Administración de la atención médica compleja
- Manejo mejorado de enfermedades
- Transiciones de administración de la atención
- Reuniones de equipo interdisciplinario con proveedores de atención primaria

Metas centrales de la administración de la atención:

- Disminución de los gastos médicos para los miembros reduciendo los ingresos y reingresos en el hospital y en la sala de emergencias
- Experiencia y resultados de atención médica mejorados para todos los miembros de Ascension Personalized Care
- Prevención o demora en la aparición y el agravamiento de condiciones crónicas tratando las brechas en los estándares de atención, mejorando los resultados biométricos y aumentando la satisfacción del paciente de Ascension Personalized Care
- Abordaje de los obstáculos al cumplimiento de los estándares de atención y mejora del autocontrol del paciente de Ascension Personalized Care
- Mejor uso de la administración de la atención o de las redes de Ascension Personalized Care
- Experiencia clínica mejorada

El equipo nacional de administración de la atención de Ascension hará lo siguiente:

- Elaborar y proporcionar a los miembros materiales educativos pertinentes a sus condiciones en cumplimiento de los requisitos de los CMS en cuanto a idioma, alfabetización y formato
- Colaborar con el plan para elaborar y llevarlo a cabo toda iniciativa orientada al miembro que afecte la calidad y los resultados de proporción de pérdida médica (HBR).

- Mantener un programa de capacitación y auditoría activa para los equipos locales de administración de la atención
- Mantener un sistema de administración de casos que utilice algoritmos o directrices basadas en pruebas para guiar a los administradores de casos en la evaluación y el manejo continuo de los miembros y los clínicos
- Realizar encuestas anuales a miembros y profesionales clínicos para evaluar la experiencia con el proceso de administración de la atención y analizar los comentarios para identificar oportunidades de mejorar esa experiencia con el programa de administración de la atención.
- Garantizar derivaciones a programas adecuados de manejo de enfermedades y de atención específica de una condición (p. ej., diabetes, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), maternidad de alto riesgo)
- Diseñar, elaborar y llevar a cabo programas de manejo de enfermedades para tratar las necesidades de condiciones específicas entre los miembros
- Elaborar y proporcionar a los miembros materiales educativos pertinentes a sus condiciones
- En conformidad con las directrices de los CMS, diseñar, elaborar y llevar a cabo programas mejorados de manejo de enfermedades que incluyan:
  - o Programa para EPOC
  - Programa para la diabetes
  - o Programa para la insuficiencia cardíaca
- Elaborar y proporcionar a los miembros materiales educativos pertinentes a sus condiciones en cumplimiento de los requisitos de los CMS en cuanto a idioma, alfabetización y formato

Los mercados locales del ministerio harán lo siguiente:

- Emplear un enfoque de equipo multidisciplinario de administración de la atención, que incluya enfermeros, trabajadores sociales, promotores y entrenadores médicos, para el manejo de los miembros de Ascension Personalized Care.
- La administración de la atención se dirigirá a poblaciones con mayor riesgo de ingreso y reingreso al hospital o de atención coordinada de forma inadecuada o deficiente. La administración de la atención trata las necesidades individuales de los miembros, tanto clínicas como no clínicas, y luego busca quitar los obstáculos en la atención que a menudo se presentan en el entorno de la atención ambulatoria, así como en toda la atención continua. En la práctica, esto se logra mediante un modelo estandarizado de atención que aproveche un equipo de atención formado por personal clínico y no clínico para proporcionar administración de la atención, ya sea ocasional o compleja.
- Lo ideal sería que los administradores de la atención del mercado del ministerio hagan lo siguiente:
  - o Brindar contacto presencial con los miembros, comunicación telefónica y correspondencia
  - Proporcionar a los miembros herramientas y materiales educativos y de autocontrol que sean fáciles de entender
  - o Centrarse en la educación, el autocontrol y la toma de decisiones compartida

o Trabajar de forma personalizada con los miembros y sus clínicos

La administración de la atención se centrará en estas dos áreas principales:

- Las transiciones de administración de la atención después de una crisis de atención
- o Administración de la atención médica compleja de los miembros de alto riesgo
- La administración transicional de la atención está diseñada para respaldar una transición satisfactoria de la atención del miembro después de una crisis de atención (visita a la sala de emergencias, estado de observación, alta de un centro de atención de enfermería especializada (SNF) o ingreso en el hospital). Una vez que se ha identificado al miembro, se le prestan servicios de administración de la atención para garantizar que se elabore y se siga un plan de atención luego de la crisis de atención.
- La administración de la atención médica compleja de los miembros de alto riesgo se centra en quienes es probable que se beneficien de una administración de la atención dirigida, proactiva y basada en la relación. La prestación de servicios se estandariza mediante planes asistenciales basados en pruebas, que están impulsados por herramientas de evaluación clínicamente validadas. La administración de la atención médica compleja se presta a través de planes asistenciales estandarizados, entre ellos el entrenamiento de personas con diabetes, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad de las arterias coronarias, EPOC, asma, ansiedad, depresión, demencia, embarazo de alto riesgo, cáncer o que necesitan cuidados paliativos.
- Los servicios de respaldo a la administración de la atención abarcan lo siguiente:
  - Comprensión de diagnósticos nuevos, entrenamiento en el manejo de enfermedades y control de la atención médica del comportamiento
  - o Comprensión de cómo y cuándo acceder al nivel de atención adecuado
  - Orientación acerca de los beneficios y la facturación
  - Conexión con un proveedor de atención primaria y asistencia con las citas
  - Asistencia con las transiciones al volver a casa de la sala de emergencias, el hospital o el centro de enfermería especializada
  - o Eliminación de obstáculos en la atención: inseguridad de alimentos, transporte, etc.
  - Facilitación del acceso a programas especiales: servicios de manejo de la EPOC, cuidados paliativos, recursos de transporte, etc.
  - Realización de visitas en casa y comprobaciones de seguridad cuando corresponda
  - Ayuda para comprender los medicamentos y efectuar conciliaciones de la medicación
  - Proporcionar entrenamiento médico para mejorar el autocontrol y desarrollar/mantener comportamientos saludables

El proceso de administración de la atención de Ascension Personalized Care consta de los siguientes elementos clave:

 Detección e identificación de miembros que podrían cumplir los criterios para la administración de la atención.

- Evaluación de los factores de riesgo del miembro para determinar la necesidad de administración de la atención.
- Avisar al miembro y a su PCP sobre la inscripción del miembro en el programa de administración de la atención de Ascension Personalized Care
- Elaborar e implementar un plan de tratamiento personalizado que se adapte a las necesidades lingüísticas y culturales específicas del miembro.
- Establecer con el miembro los problemas, las metas y las intervenciones del plan de atención personalizado para lograr los resultados que el miembro desea.
- Derivar y asistir al miembro para garantizar el acceso oportuno a los profesionales clínicos.
- Coordinar los servicios médicos, residenciales y sociales, así como otros servicios de apoyo.
- Supervisar la atención/los servicios.
- Revisar el plan de atención personalizado según se necesite.
- Brindar apoyo a la transición de la atención para los miembros que necesiten niveles de atención alternativos (entre ellos, el contacto de seguimiento después del alta)
- Derivar a un miembro a la administración de la atención de Ascension Personalized Care: Se solicita a los profesionales clínicos que se comuniquen con un administrador de la atención de Ascension Personalized Care para derivar a un miembro que necesite una intervención de administración de la atención

### Indicadores requeridos por el programa de Administración de la atención:

Todos los años, los directores del programa nacional de Administración de la atención de Ascension, junto con los directores locales de administración de la atención, evalúan el impacto de la estrategia y los programas de administración de la atención mediante la medición de los parámetros clínicos, de uso y de experiencia pertinentes. El programa nacional de Administración de la atención de Ascension realizará una evaluación anual que incluye una revisión de las actividades, los programas y los recursos. El análisis de los datos se usa para determinar si se necesitan cambios en los programas, actividades o recursos de administración de la atención, así como para evaluar hasta qué grado estos programas facilitan el acceso y la conexión con los recursos comunitarios que tratan las necesidades del miembro fuera del alcance de los beneficios del plan médico. En función de los resultados hallados, se efectúan modificaciones al diseño y los recursos del programa de administración de la atención. La evaluación anual impulsa la planificación y la estrategia de administración de la atención para modificar las actividades y los recursos del programa. Los directores y equipos locales de administración de la atención reciben indicadores para evaluar la eficacia de los servicios. Los mercados reciben datos y comentarios sobre los indicadores cada trimestre.

### Administración de uso

El programa de administración de uso (UM) de Ascension Care Management Insurance Holdings (ACMIH) está diseñado para administrar el uso de los recursos de atención médica y para aprovechar al máximo la eficacia y la calidad de la atención que se brinda a sus miembros. Tiene como objetivo promover una toma de decisiones de administración de uso que sea adecuada, segura y coherente. El programa incluye elementos de revisión antes, durante y después del servicio. Las actividades del programa se realizan en consonancia con las políticas, procedimientos y estándares pertinentes de las agencias reglamentarias estatales y federales.

ACMIH afirma que sus decisiones de uso acerca de la atención y el servicio se basan exclusivamente en que sean adecuadas a la condición médica específica de cada miembro. ACMIH no recompensa a profesionales clínicos, proveedores de asistencia médica, personal clínico que efectúa revisiones de uso ni a otras personas que emitan denegaciones de autorizaciones, servicios o atención. Ni la inclusión en la red ni las prácticas de contratación y despido afectan la probabilidad, real o percibida, de que una persona deniegue o apruebe la cobertura de los beneficios. No existen incentivos financieros para denegar la atención ni para fomentar decisiones que provoquen un menor uso de los servicios.

### Necesidad médica

El hecho de que un médico recete, autorice o dirija un servicio no significa que sea necesario desde el punto de vista médico o que sea un beneficio cubierto por el contrato.

Los servicios necesarios desde el punto de vista médico son servicios o suministros de atención médica necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición, afección o sus síntomas, y que cumplen estándares aceptados de medicina. Entre ellos, se incluyen servicios con las siguientes características:

- Son adecuados y coherentes con el diagnóstico del profesional clínico tratante, y la omisión de estos servicios podría afectar de manera adversa la condición médica del miembro elegible.
- Son compatibles con los estándares de práctica médica aceptados en la comunidad.
- Se los provee en un entorno seguro, adecuado y a buen precio, dada la índole del diagnóstico y la gravedad de los síntomas.
- No se los provee exclusivamente por la conveniencia del miembro ni la del proveedor de atención médica o el hospital.

En caso de que un miembro no esté de acuerdo con la determinación de necesidad médica, el miembro tiene la posibilidad de apelar la decisión. Consulte la sección "Proceso de apelación clínica" del manual para profesionales.

### Autorización previa

La autorización previa requiere que el profesional clínico o el proveedor de asistencia médica haga una solicitud formal de determinación de necesidad médica a Ascension Personalized Care antes de la prestación del servicio. Al recibirla, se evalúa la elegibilidad de la solicitud de autorización previa y si los servicios propuestos son adecuados y de necesidad médica, incluido el entorno en el que se brindará la atención propuesta.

Se requiere autorización previa solo para los procedimientos/servicios para los que la revisión de atención adecuada y necesidad médica pueda tener una influencia favorable en la calidad de la atención o el impacto económico, como los ingresos al hospital que no sean de emergencia, todos los servicios fuera de la red y algunos servicios ambulatorios, servicios auxiliares e inyectables especializados, según se describe en la lista de autorización previa.

No se requiere autorización previa para servicios de emergencias o de atención de urgencia.

### Servicios que necesitan autorización previa

Para ver una lista de los servicios que requieren autorización previa, visite el sitio web de Ascension Personalized Care en ascensionpersonalizedcare.com. Si no se obtiene la autorización previa o una certificación previa necesaria, podría denegarse el reclamo o reducirse el pago. Se suspenderá la necesidad de solicitudes de autorización previa durante una emergencia o desastre en el que los profesionales clínicos no puedan comunicarse con Ascension Personalized Care por un período prolongado y, actuando de buena fe, necesiten prestar servicios a nuestros miembros.

**Nota**: Todos los servicios fuera de la red necesitan autorización previa, excepto los servicios en la sala de emergencias y los de atención de urgencias.

Para solicitar una autorización previa, puede llamar a Ascension Personalized Care al 844-995-1145. También puede solicitar una autorización previa por fax al 512-380-7507. El formulario de autorización por fax está disponible en nuestro sitio web, ascensionpersonalized care.com.

El profesional clínico que la solicita o el que presta el servicio debe proporcionar la siguiente información para solicitar la autorización (independientemente del método que utilice):

- Nombre del miembro, fecha de nacimiento y número de ID.
- Número de NPI, código de taxonomía, nombre y número de teléfono del proveedor.
- Nombre del establecimiento, si la solicitud se trata de un ingreso al hospital o servicios en un centro ambulatorio.
- Ubicación del profesional clínico, si la solicitud involucra un procedimiento ambulatorio o en el consultorio.
- Los códigos de procedimiento. **Nota:** Si los códigos de procedimiento enviados en el momento de la autorización difieren de los servicios efectivamente prestados, se recomienda que llame a Manejo Médico al 844-995-1145 en un plazo de 72 horas, o antes de que se presente el reclamo, para actualizar la autorización. De lo contrario, podría producirse una denegación del reclamo.
- Información clínica pertinente (p. ej., plan de tratamiento anterior/propuesto, intervención quirúrgica y procedimientos de diagnóstico que respalden la idoneidad y el nivel de servicio propuestos)
- Fecha de ingreso o fecha propuesta de la cirugía, si la solicitud involucra una intervención quirúrgica.
- Planes de alta.

### Plazos de determinación de uso

La toma de decisiones de administración de uso se basa en que el servicio y la atención sean adecuados. Ascension Personalized Care no recompensa a profesionales clínicos u otras personas por emitir denegaciones de autorizaciones.

Las decisiones de autorización se toman con la mayor diligencia posible. Ascension Personalized Care utiliza los plazos específicos que se mencionan abajo. En algunos casos, es posible que sea necesario prolongar el plazo. Si esto sucede, se le avisará. Comuníquese con Ascension Personalized Care si desea recibir una copia de la política de plazos de administración de uso.

### Plazos para las decisiones

Las determinaciones de certificación previa se hacen en conformidad con los estándares de tiempo de la URAC.

**Nota:** Si los estándares federales o estatales difieren de los de la URAC, se aplica el estándar de tiempo más estricto.

Plazos para las decisiones				
Tipo de solicitud	URAC	Indiana	Kansas	Michigan
Posible urgente	En un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la solicitud	Lo antes posible pero no más de dos días laborables después de la fecha de la solicitud	URAC	En un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la solicitud
Posible no urgente	En un plazo de 15 días calendario desde la recepción de la solicitud	No más de dos días laborables después de la fecha de la solicitud	URAC	URAC
Posible no urgente (extensión)	Otros 15 días calendario desde la recepción de la solicitud	URAC	URAC	URAC
Revisión simultánea urgente	En un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la solicitud	URAC	URAC	URAC
Retrospectiva	En menos de 30 días calendario desde la recepción de la solicitud	URAC	URAC	URAC
Retrospectiva (extensión)	Otros 15 días calendario con la extensión	URAC	URAC	URAC

### Determinaciones estándares de la organización

Las determinaciones estándares de la organización se hacen con la mayor diligencia que lo requiera la condición médica del miembro, pero no más de 15 días calendario después de la recepción de la solicitud del servicio. Tenga presente que cuando los estándares de tiempo estatales o federales difieren, se aplica el estándar de tiempo más estricto. Se puede otorgar una extensión de 14 días calendario adicionales si el miembro solicita la extensión o si justificamos que la demora por una necesidad de información y documentos adicionales es para la conveniencia del miembro.

### Determinaciones aceleradas de la organización

Las determinaciones aceleradas de la organización se hacen cuando el miembro o su profesional clínico consideran que esperar una decisión según el plazo de tiempo estándar podría poner en grave peligro la vida, la salud o la capacidad de recuperar la función máxima del miembro. La determinación se hará con la mayor diligencia que lo requiera la condición médica del miembro, pero no más de 72 horas desde la recepción de la solicitud del miembro o del profesional clínico. Tenga presente que cuando los estándares de tiempo estatales o federales difieren, se aplica el estándar de tiempo más estricto. Se puede otorgar una extensión de 14 días calendario adicionales si el miembro solicita la extensión o si justificamos que la demora por una necesidad de información y documentos adicionales es para la conveniencia del miembro. Las determinaciones aceleradas de la organización no pueden solicitarse para los casos en que el único problema se relaciona con un reclamo de pago por los servicios que el miembro ya haya recibido. Para presentar una solicitud acelerada urgente, llame a Ascension Personalized Care al 844-995-1145.

### Revisión simultánea

La revisión simultánea se define como cualquier revisión de una extensión del período de tiempo o la cantidad de tratamientos para un tratamiento ya aprobado y en curso. Las revisiones simultáneas por lo general están asociadas a la atención para pacientes hospitalizados o a la atención ambulatoria continua. Las decisiones se toman con la mayor diligencia que lo requiera la condición médica del miembro, generalmente en menos de un día hábil desde que se recibe. Tenga presente que cuando los estándares de tiempo estatales o federales difieren, se aplica el estándar de tiempo más estricto.

### Revisión retrospectiva

Una revisión retrospectiva es cualquier revisión de la atención o los servicios que ya se han prestado. Existen dos tipos de revisiones retrospectivas que puede efectuar Ascension Personalized Care:

Revisión retrospectiva iniciada por Ascension Personalized Care. Requiere documentación periódica
que incluye, entre otras, la historia clínica, facturación uniforme (UB) o factura detallada para realizar
una auditoría de los códigos enviados por el profesional clínico, tratamiento, resultado clínico y
diagnóstico relativos al reclamo presentado. Si se solicita, deben enviarse las historias clínicas a
Ascension Personalized Care para respaldar la presentación de reclamos y códigos exactos.

Revisión retrospectiva iniciada por los profesionales clínicos. Ascension Personalized Care revisará las solicitudes posteriores al servicio para la autorización de ingresos al hospital o servicios ambulatorios si se recibe la solicitud en un plazo de 90 días calendario a partir de la fecha del servicio, y si se cumple alguna de las siguientes circunstancias atenuantes:

- Situación de falta de conocimiento: el profesional clínico o el establecimiento no pudo identificar a qué plan médico solicitar la autorización. El miembro no está en condiciones de informar al profesionals clínico sobre su cobertura de seguro o el profesional clínico verificó una cobertura de seguro distinta antes de prestar los servicios.
- Situación de falta de tiempo: el miembro requiere servicios médicos inmediatos y el profesional clínico no es capaz de anticipar la necesidad de una autorización previa inmediatamente antes o mientras presta el servicio.
- Se da el alta de un centro a un miembro y no hay tiempo suficiente para que los servicios institucionales o de atención médica en casa reciban la aprobación antes de la prestación del servicio.

La revisión incluye efectuar determinaciones de cobertura para el nivel adecuado de servicios, aplicar los mismos criterios médicos aprobados que se usan para las decisiones tomadas antes de prestar los servicios y tener en cuenta las necesidades del miembro en el momento del servicio. Ascension Personalized Care también identificará cuestiones de calidad, de uso y las razones detrás del incumplimiento de las directrices de autorización o certificación previa de Ascension Personalized Care. Si Ascension Personalized Care no es capaz de tomar una decisión debido a asuntos que escapan a su control, es posible extender una vez el plazo de la decisión, por un máximo de 14 días calendarios a partir de la solicitud posterior al servicio.

### Criterios de revisión de uso

Ascension Care Management Insurance Holdings (ACMIH) utiliza estándares de atención reconocidos en todo el país para las políticas médicas basadas en pruebas y las directrices de administración de uso clínico para las decisiones de cobertura de manejo médico. Las políticas médicas se desarrollan mediante una revisión periódica de estándares generalmente aceptados de práctica médica y se actualizan al menos una vez al año. Los criterios proporcionan un sistema para evaluar la atención médica propuesta en función de las mejores prácticas de atención médica específicas para el miembro y de sistemas basados en normas a fin de que los servicios adecuados se ajusten a las necesidades del miembro según la pertinencia clínica.

Las leyes federales y estatales, así como el lenguaje contractual, incluidas las definiciones y las disposiciones/exclusiones específicas, prevalecen por encima de las políticas médicas y deben considerarse en primer lugar al determinar la elegibilidad de la cobertura. Por lo tanto, en todos los casos, las leyes estatales o los requisitos de los CMS prevalecen tanto sobre la política médica de Ascension Care Management Insurance Holdings como sobre los criterios de atención de InterQual. La tecnología médica avanza constantemente, y ACMIH se reserva el derecho de revisar y actualizar periódicamente las políticas médicas y los criterios de administración de uso.

Criterios	Aplicación
InterQual Agudos: adultos y pediátricos	<ul> <li>Ingresos al hospital</li> <li>Estancia prolongada y preparación para el alta</li> </ul>
InterQual Diagnóstico por imágenes	<ul> <li>Pruebas de diagnóstico por imágenes y radiografías</li> </ul>
InterQual Procedimientos: adultos y pediátricos	Cirugía y procedimientos invasivos
InterQual Criterios de psiquiatría para adultos y geriátrica	<ul><li>Ingresos al hospital</li><li>Estancia prolongada y preparación para el alta</li></ul>
InterQual Criterios para niños y adolescentes	<ul> <li>Ingresos al hospital</li> <li>Estancia prolongada y preparación para el alta</li> </ul>
InterQual Criterios para trastornos por consumo de sustancias y diagnóstico doble	<ul> <li>Ingresos al hospital</li> <li>Estancia prolongada y preparación para el alta</li> </ul>
Rehabilitación para pacientes hospitalizados: Políticas médicas desarrolladas por Ascension Care Management Insurance Holdings	<ul> <li>Ingresos al hospital</li> <li>Estancia prolongada y preparación para el alta</li> </ul>

Centro de enfermería especializada: Políticas médicas desarrolladas por Ascension Care Management Insurance Holdings	Ingresos en centro de enfermería especializada
Equipo médico duradero (DME)/prótesis y aparatos ortopédicos: Directrices de cobertura clínica de los CMS de Medicare	<ul> <li>Equipo médico duradero</li> <li>Prótesis y aparatos ortopédicos</li> </ul>

El director médico u otro profesional de atención médica de Ascension Personalized Care, con la experiencia clínica adecuada en el tratamiento de la condición o enfermedad del miembro, revisará todas las posibles determinaciones adversas y tomará una decisión conforme a las prácticas médicas o de atención médica aceptadas en la actualidad, tomando en consideración las circunstancias especiales de cada caso que puedan requerir un desvío de las determinaciones nacionales de cobertura (NCD), las determinaciones locales de cobertura (LCD), los criterios reconocidos en todo el país u otros estándares mencionados arriba. La toma de decisiones de administración de uso se basa en que el servicio y la atención sean adecuados, así como en la existencia de cobertura. Ascension Personalized Care no proporciona incentivos financieros y no recompensa a profesionales clínicos u otras personas por emitir denegaciones de autorizaciones.

Las políticas clínicas de Ascension Personalized Care están publicadas en ascensionpersonalizedcare.com. Para obtener los criterios utilizados para una determinación adversa específica, los profesionales clínicos pueden comunicarse con el departamento de Manejo Médico al 844-995-1145. Los profesionales clínicos tienen la oportunidad de considerar cualquier decisión adversa con un médico de Ascension Personalized Care o con cualquier otro revisor adecuado en el momento de la determinación adversa. Para comunicarse con el director médico, llame a Ascension Personalized Care al 844-995-1145 y pida hablar con el director médico. También es posible que un administrador de la atención de Ascension Personalized Care coordine la comunicación entre el director médico y el profesional clínico que lo solicita.

Cuando se tome la determinación, se envía un aviso de la siguiente manera:

- Si se aprueba la solicitud, ACMIH envía un aviso por escrito al miembro. Los profesionales clínicos pueden buscar el estado de la solicitud por consulta electrónica.
- Si se deniega la solicitud, ACMIH envía una carta al miembro y al proveedor de atención primaria y a otros médicos y proveedores de atención primaria, según corresponda, en la que se explican los motivos de la denegación y se incluyen las instrucciones para presentar una apelación.
- El director médico de ACMIH brinda una oportunidad de que el profesional clínico responsable revise el
  caso antes de que se emita una denegación. El objetivo de la consideración entre pares es
  intercambiar información acerca de los detalles clínicos de la condición médica del miembro y acerca
  de la necesidad médica del servicio solicitado. Para comunicarse con el director médico, llame a
  Ascension Personalized Care al 844-995-1145 y pida hablar con el director médico. También es posible
  que un administrador de la atención de Ascension Personalized Care coordine la comunicación entre el
  director médico y el profesional clínico que lo solicita.

### Proceso de apelación clínica

### Presentar una apelación

En los casos en los que se deniega la solicitud de autorización, el inscrito, o alguien que actúe en su nombre, y el profesional clínico responsable tienen el derecho de apelar una determinación adversa (denegación) de forma oral o por escrito. La apelación se manejará siguiendo un proceso estructurado de apelaciones. Un proveedor de asistencia médica con licencia que no haya participado en la decisión inicial de cobertura revisará la apelación. El proveedor de asistencia médica que hace la revisión tiene la misma especialidad, o una similar, que suele tratar la condición médica, realiza el procedimiento o proporciona el tratamiento y trata complicaciones similares de esas condiciones.

La parte apelante debe enviarnos la apelación no más de 180 días calendario después de la fecha de esta carta.

 Apelación por escrito: Para enviar una apelación por escrito, envíela por correo postal, fax o correo electrónico a la dirección, número de fax o dirección de correo electrónico que corresponda de los siguientes:

> Manejo Médico de Ascension Care Management Insurance Holdings ATENCIÓN: Departamento de Apelaciones 1345 Philomena St., Suite 305 Austin, TX 78723 Fax: 512-380-7507

> > Correo electrónico: SHP-Authorization@ascension.org

 Apelación oral: Para presentar una apelación oral, llame al siguiente número de teléfono gratuito: 1-844-995-1145.

### Dos tipos de apelaciones

- **Apelación estándar:** Es una apelación para un tipo de atención que no es una condición o un tipo de servicio que califique para una apelación acelerada.
- Apelación acelerada: La apelación acelerada está disponible para atención médica de emergencia, condiciones que pongan la vida en peligro, prevención de daño grave y para inscritos hospitalizados. La apelación acelerada también está disponible para las denegaciones de medicamentos con receta e infusiones intravenosas para los que el inscrito actualmente recibe beneficios. La apelación acelerada también está disponible para una solicitud de excepción de protocolo de terapia escalonada denegada.

### Qué esperar después de presentar la apelación

En un plazo de cinco días laborables desde la recepción de la apelación, le enviaremos a la parte apelante una carta en la que se reconoce la fecha en que recibimos la apelación y con una lista de documentos que podríamos necesitar. Si la apelación es oral, le enviaremos a la parte apelante un formulario de apelación de una página. La parte apelante no tiene que devolver el formulario de apelación, pero lo animamos a hacerlo porque el formulario nos ayudará a resolver la apelación.

Los inscritos/miembros pueden examinar sus historias clínicas, las directrices y demás información que usamos para tomar nuestra decisión. Si se solicita, enviaremos esta información gratis.

Si la apelación se relaciona con un problema médico, el médico del inscrito puede hablar con el proveedor de asistencia médica con licencia que revisará la apelación.

### Plazos de resolución de apelaciones

Nuestros plazos para resolver la apelación y enviar una decisión por escrito al inscrito, o a alguien que actúe en su nombre, y al médico responsable son los siguientes:

- Apelación estándar: 30 días calendario desde la recepción de la apelación.
- Apelación acelerada: El plazo más corto de un día laborable a partir de la fecha en que recibimos toda la información necesaria para completar la apelación o 48 horas a partir de la fecha en que recibimos la apelación. Es posible que informemos la determinación por teléfono o por un medio electrónico, pero proporcionaremos una determinación por escrito en el plazo más corto de tres días laborables desde el aviso telefónico o electrónico inicial o 72 horas desde que recibimos su solicitud. Tenga presente que cuando los estándares de tiempo estatales o federales difieren, se aplica el estándar de tiempo más estricto.
- Apelación (de reclamo) retrospectiva: 30 días calendario después de que se recibe apelación. Sin embargo, es posible que prolonguemos este plazo una vez por un período no mayor de 15 días.

### Proceso de revisión externa (ER)

Si denegamos la apelación, el inscrito, alguien que actúe en su nombre o el médico responsable tienen el derecho de solicitar una revisión por parte de un revisor externo en un plazo de 120 días desde que se recibe la decisión de la apelación. El revisor externo no tiene afiliación con el plan médico, los proveedores de atención médica o el agente de revisión de uso.

### Cómo solicitar una revisión (independente) externa (ERO)

Para solicitar una revisión externa, el inscrito, alguien que actúe en su nombre o el médico responsable debe completar el formulario adjunto de solicitud de revisión externa y enviarlo por correo postal, fax o correo electrónico a la dirección, número de fax o dirección de correo electrónico que corresponda de los siguientes:

Manejo Médico de Ascension Care Management Insurance Holdings ATENCIÓN: Departamento de Apelaciones 1345 Philomena St., Suite 305 Austin, TX 78723 Fax: 512-380-7507

Correo electrónico: SHP-Authorization@ascension.org

Si el inscrito, su representante o el médico responsable considera que la espera de una revisión externa podría poner en grave peligro la vida o la salud del miembro, o su capacidad de lograr, mantener o recuperar la función máxima, el inscrito, su representante o el médico responsable puede solicitar una revisión externa acelerada completando la sección de revisión acelerada del formulario de solicitud de revisión externa. El médico tratante debe enviar la documentación en la que se afirme que una demora podría poner en grave peligro la vida o la salud del inscrito, o pondría en peligro la capacidad del inscrito de recuperar la función máxima.

### Plazos de resolución de revisión externa

Nuestros plazos para resolver la solicitud de revisión externa y enviar una decisión por escrito al inscrito o a alguien que actúe en su nombre y al médico responsable son los siguientes:

Revisión estándar (no urgente): Aviso por escrito de la decisión final de la revisión externa con la mayor diligencia posible y no más de 45 días después de que la organización de revisión externa reciba la solicitud de revisión externa. El inscrito, o la persona que actúe en su nombre, y el médico responsable recibirán por escrito las determinaciones de la revisión de nuestra parte. Tenga presente

que cuando los estándares de tiempo estatales o federales difieren, se aplica el estándar de tiempo más estricto.

• Revisión acelerada: Aviso de la decisión final de la revisión externa con la mayor diligencia que requieran las circunstancias médicas y en menos de 48 horas de que la organización de revisión externa reciba la solicitud de revisión externa. Es posible que inicialmente informemos la decisión final de la revisión externa oralmente al inscrito, o a la persona que actúe en su nombre, y al médico responsable, pero debe ir seguido de un aviso por escrito en menos de 48 horas. Tenga presente que cuando los estándares de tiempo estatales o federales difieren, se aplica el estándar de tiempo más estricto.

### **Farmacia**

Cigna es el administrador de beneficios farmacéuticos (PBM) para el plan de Ascension Personalized Care. Cigna enviará a cada miembro una tarjeta de identificación de la farmacia. Su tarjeta de identificación de la farmacia debe usarse para la cobertura cuando se surtan recetas y solo se pueden usar para los beneficios de las recetas. Las tarjetas de identificación médica de Ascension Personalized Care no pueden usarse para surtir una receta.

La cobertura de farmacia para los miembros varía según los beneficios del plan. Puede encontrar información relativa a la cobertura de la farmacia del miembro en el portal web seguro para profesionales clínicos. Entre los recursos adicionales disponibles en el sitio web se incluyen el formulario, la posición de cobertura, la posibilidad de enviar una autorización previa, etc.

El formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por el plan con el asesoramiento de un equipo de profesionales clínicos de atención médica, que representa los tratamientos recetados que se consideran necesarios en un programa de tratamiento de calidad. El formulario incluye lo siguiente:

- Qué medicamentos están cubiertos, en qué nivel y las restricciones y limitaciones.
- Información sobre la autorización previa, los límites de cantidad, la terapia escalonada y la sustitución por genéricos.
- Cómo puede solicitar una excepción el médico que receta.

El formulario del plan es aprobado todos los años y al menos cada trimestre por el Comité de Terapéutica (P&T) de Cigna. Los participantes incluyen farmacéuticos y médicos de diversas especialidades. El formulario contiene los medicamentos que el Comité de P&T ha elegido en función de su seguridad y eficacia como parte de un programa de tratamiento de calidad. Si un médico considera que un determinado medicamento amerita que se lo agregue a la lista, puede enviarse una solicitud al plan, junto con datos clínicos de respaldo, para que el comité lo revise.

El formulario se actualiza todos los meses y está disponible para verlo o descargarlo en nuestro sitio web. Los clínicos también pueden llamar a Servicios para profesionales clínicos para solicitar un ejemplar impreso del formulario.

Por lo general, cubrimos los medicamentos mencionados en el formulario siempre que el medicamento sea necesario desde el punto de vista médico, la receta se surta en una farmacia de la red del plan y se sigan las otras normas del plan. Además, el plan brinda apoyo para lo siguiente:

- Administración de uso (incluidos los requisitos de autorización previa)
- Excepciones y apelaciones
- Ubicación de una farmacia cercana
- Información sobre los cambios en el formulario

#### Información de farmacias

Puede ver información importante sobre las farmacias en cignaforhop.cigna.com/. Incluye lo siguiente:

- Formulario
- Posición de cobertura
- Envío de autorización previa, etc.

#### **Ascension Rx**

La derivación de pacientes a Ascension Rx para medicamentos especializados es un proceso sencillo y cuenta con el total respaldo de un farmacéutico especializado.

- Los horarios de atención de la farmacia son de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. EST; sin embargo, hay un farmacéutico de guardia las 24 horas, los siete días de la semana.
- Puede enviar las recetas en formato electrónico a la farmacia de especialidad Ascension Rx, o por fax al siguiente número: 855-394-7057.
  - Si es un proveedor de Ascension Medical Group, solicite que las recetas se envíen a la farmacia de especialidad Ascension Rx y elija la especialidad #1303 de Ascension Rx a través del registro electrónico de salud (EHR).

### Dirección de la farmacia de especialidad Ascension Rx:

30055 Northwestern Highway Suite 225 Farmington Hills, MI 48334

Para obtener más información, llame al 855-292-1427.

Si no tiene una farmacia de especialidad Ascension Rx o una farmacia Ascension Rx local, deriva al miembro de Ascension Personalized Care a Accredo, una farmacia de especialidad de Cigna, al 866-759-1557.

### **Apelaciones de farmacias**

La política nacional de apelaciones de Cigna consiste en un proceso de apelaciones interno de un solo nivel para la resolución de disputas relativas a denegaciones de beneficios cubiertos de necesidad médica antes/después del servicio, así como denegaciones de cobertura de los beneficios después del servicio. Si no puede resolverse rápidamente un problema antes de apelar, puede iniciarse por escrito un proceso interno formal de apelación, por lo general hasta 180 días a partir de la fecha de la última determinación.

En cada caso, Cigna puede tener derecho a una extensión de única vez por no más de 15 días. Las apelaciones aceleradas se realizan en menos de 72 horas de que reciba la apelación.

Se seleccionan revisores para las determinaciones de apelación de modo que se garantice que ni ellos ni sus supervisores hayan participado en la decisión anterior.

Información para presentar una apelación a Cigna:

Número de fax para apelaciones estándares: 877-815-4827

Número de fax para apelaciones aceleradas: 860-731-3452

Por correo: Attn: Coordinador de apelaciones
 P.O. Box 188011
 Chattanooga, TN 37422

### **Apelaciones de Ascension Rx**

La información estará disponible pronto.

### Atención médica

Los miembros pueden consultar con un médico de la red, que tenga contrato con Ascension Personalized Care para prestar servicios de atención médica directamente, sin autorización previa, para lo siguiente:

- Atención de maternidad necesaria desde el punto de vista médico
- Servicios cubiertos de salud reproductiva
- Atención preventiva (control) y exámenes generales
- Atención ginecológica
- Visitas de seguimiento para los servicios anteriores
- Atención de emergencia

Si el proveedor de atención médica del miembro diagnostica una condición que requiere autorización previa de otros especialistas o para hospitalización, se debe obtener la autorización previa conforme a los requisitos correspondientes de Ascension Personalized Care.

# Condición médica de emergencia

Una condición médica de emergencia es la que se manifiesta por medio de síntomas agudos de gravedad suficiente (como el dolor intenso) como para que cualquier persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, pueda esperar razonablemente que la falta de atención médica inmediata provoque que se ponga en grave peligro la salud de la persona (o, si se trata de una embarazada, la salud de ella o la del feto), se pueda producir un deterioro grave de las funciones corporales o una disfunción grave de cualquer órgano o parte del cuerpo.

### **Reclamos**

### Procedimientos de presentación de reclamos

#### Cómo presentar un reclamo por servicios profesionales

Los médicos de la red de Ascension deben enviar reclamos de la siguiente manera:

Qué	Cuándo	Dónde	Cómo
Todos los reclamos	Ascension Personalized Care debe recibir los reclamos en un plazo de 1 año a partir de la fecha del servicio. Los reclamos recibidos fuera de este plazo serán denegados por presentación fuera de plazo.	Envíe los reclamos electrónicos a uno de los proveedores mencionados abajo.**	Reclamos electrónicos: Envíelos con la identificación del pagador 38259**

<sup>\*\*</sup>Centros de distribución de EDI bajo contrato actualmente: Change Healthcare

#### Para evitar reclamos rechazados, incluya lo siguiente:

- Número de identificación del miembro
- Nombre del paciente
- Fecha de nacimiento y sexo del paciente
- Número de grupo del asegurado
- Indicación de condición relacionada con el automóvil/empleo/emergencia (cuando corresponda)
- Número de certificación previa: incluya la derivación o la certificación previa cuando corresponda
- Nombre del médico que remite. Si el paciente se autoremite, escriba "él mismo"
- Código de diagnóstico (ICD-10)
- Fecha del servicio
- Código del procedimiento (CPT o HCPCS cuando aplique, con modificadores apropiados)
- Cargos facturados
- Número de unidades
- Cargos totales
- Número de identificación fiscal del proveedor
- Número de NPI del proveedor
- Dirección y teléfono de facturación del proveedor

Ascension Personalized Care devolverá al médico los reclamos a los que les falte alguna de la información anterior para que los complete.

Ascension Personalized Care tiene la capacidad de recibir transmisiones electrónicas directas de intercambio electrónico de datos (EDI) ANSI X12 a través de nuestro portal directo establecido a través de Change Healthcare. Para iniciar el proceso, puede enviarse un correo electrónico a Ascension Personalized Care al **edisupport@abs-tpa.com**, con la información que se indica abajo. Una vez que se reciba la información, haremos que un representante se comunique con usted para iniciar el proceso de implementación.

#### La información que necesitamos que proporcione es la siguiente:

- Nombre del remitente
- ISA06 (ID del remitente), por lo general la identificación fiscal
- Nombre de contacto
- Correo electrónico del contacto
- Teléfono:
- Método de transferencia (manual o SFTP)

Para los médicos que no están establecidos electrónicamente, Change Healthcare también tiene disponible un sistema de ingreso de datos en línea que permite a los médicos ingresar y presentar reclamos. La información sobre este proceso está disponible si la solicita.

### Definición de reclamo limpio

"Reclamo limpio" se refiere a un reclamo que no tiene defectos, irregularidades, falta de alguna documentación probatoria requerida (incluida la documentación probatoria necesaria para satisfacer los requisitos de datos médicos) ni una circunstancia particular que requiera tratamiento especial que impida el pago oportuno; y un reclamo que, por lo demás, está consonancia con los requisitos de reclamos limpios para reclamos equivalentes según Medicare original.

### Denegaciones y rechazos anticipados

### Rechazo anticipado

Un rechazo anticipado se define como un reclamo no limpio que contiene elementos faltantes o no válidos en los datos necesarios para que se acepte el reclamo en el sistema de proceso correspondiente. Estos elementos de datos se identifican en la guía complementaria que está en los anexos de este manual. Puede ver una lista de los rechazos anticipados frecuentes en el Anexo I de este manual. Los rechazos anticipados no ingresarán en nuestro sistema de adjudicación de reclamos, así que no habrá explicación del pago (EOP) para estos reclamos. El médico recibirá una carta o un informe de rechazo si el reclamo se envía electrónicamente.

# Quién puede presentar reclamos

Todos los profesionales clínicos que han prestado servicios para los miembros de Ascension Personalized Care pueden presentar reclamos. Es importante que los profesionales clínicos se aseguren de que Ascension Personalized Care tenga la información de facturación completa y exacta en sus registros. Confirme con el departamento de Servicios para profesionales clínicos o con el gerente de asociación con los profesionales clínicos que la siguiente información esté actualizada en nuestros registros:

- Nombre del proveedor (según figura en el formulario W-9)
- Identificador nacional del proveedor (NPI)
- Identificador nacional del proveedor (NPI) grupal (si corresponde)
- Número de identificación fiscal (TIN)
- Código de taxonomía (este es un campo obligatorio cuando se presenta un reclamo)

- Dirección de la ubicación física (según figura en el formulario W-9)
- Nombre y dirección de facturación (según figura en el formulario W-9)

Recomendamos que los profesionales clínicos avisen a Ascension Personalized Care con 60 días de antelación acerca de los cambios relativos a la información de facturación. Si el cambio en la información de facturación afecta la dirección a la que se enviará el formulario 1099 del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de fin de año, se necesitará un nuevo formulario W-9. Los cambios en el TIN o la dirección de un profesional clínico **no** son aceptables si se envían en un formulario de reclamo.

### Requisitos específicos de registro de datos

Los reclamos enviados en formato electrónico deben incluir todos los datos obligatorios según las guías complementarias X12 5010. Comuníquese con el centro de distribución que espera usar y pregunte si tienen algún requisito adicional de registro de datos.

# Denegaciones/rechazos anticipados de registros de reclamos electrónicos inválidos

Todos los registros de reclamos enviados a Ascension Personalized Care deben pasar primero por las modificaciones privadas del centro de distribución y las modificaciones específicas del plan antes de que se los acepte. Los registros de reclamos que no pasen estas modificaciones no son válidos y serán rechazos sin que Ascension Personalized Care reconozca su recepción. En estos casos, se debe corregir el reclamo y se lo debe enviar de nuevo dentro del plazo de presentación requerido, según se mencionó anteriormente en la sección de Presentación oportuna de este manual. Es importante que revise los informes de aceptación o estado del reclamo que reciba del centro de distribución a fin de identificar y reenviar estos reclamos con exactitud.

Si tiene alguna pregunta relativa a los reclamos enviados en formato electrónico, llame al 833-600-1311.

Las guías complementarias completas pueden conseguirse en la Oficina Ejecutiva del Departamento de Salud y Servicios Humanos (EOHHS) en el sitio web de cada estado.

### Requisitos específicos de modificaciones electrónicas: información de 5010

- Reclamos institucionales: modificaciones 837lv5010
- Reclamos profesionales: modificaciones 837Pv5010

#### Reclamos de EDI corregidos

- CLM05-3 obligatorio 7 u 8
- IN 2300 El bucle/segmento de REF es F8; Ref 02 debe introducir el número de reclamo original asignado
- Si no se incluye el número de reclamo original, se producirá el rechazo anticipado del ajuste (código de error 76)

#### **Exclusiones**

Los siguientes tipos de reclamos ambulatorios y para pacientes hospitalizados están excluidos de las opciones de envío de EDI y deben presentarse en papel:

- Registros de reclamos que requieran documentación de respaldo o archivos adjuntos, p. ej., formularios de consentimiento. (Nota: los reclamos de coordinación de beneficios [COB] pueden presentarse en formato electrónico).
- Historias clínicas que respalden códigos misceláneos de facturación.
- Reclamos por servicios que se reembolsen en función del precio de compra, p. ej., prótesis, DME personalizados. El profesional clínico debe enviar la factura junto con el reclamo.
- Reclamos que requieran revisión clínica, p. ej., un procedimiento complicado o inusual. El profesional clínico debe enviar la historia clínica junto con el reclamo.
- Reclamo por servicios que requieran documentación y un Certificado de necesidad médica, p. ej., oxígeno, sillas de ruedas motorizadas.

### Pasos importantes para la presentación satisfactoria de reclamos de EDI:

- 1. Seleccione el centro de distribución que utilizará.
- 2. Comuníquese con el centro de distribución para averiguar qué registros de datos son obligatorios.
- 3. Verifique con Servicios para profesionales clínicos que el profesional clínico se encuentre establecido en el sistema de Ascension Personalized Care antes de enviar los reclamos de EDI.
- 4. Recibirá dos informes del centro de distribución. Revise siempre estos informes a diario. En el primer informe, se muestran los reclamos aceptados por el centro de distribución y que se están transmitiendo a Ascension Personalized Care y los reclamos que no cumplen los requisitos del centro de distribución. En el segundo informe verá el estado de los reclamos, donde se muestran los reclamos que Ascension Personalized Care aceptó y los que rechazó. Revise SIEMPRE el informe de aceptación y estado de los reclamos para ver si hay reclamos rechazados. Si encuentra algún rechazo, corríjalo y envíelo de nuevo.
- 5. **Más importante aún**, los profesionales clínicos deben identificar los códigos adecuados en todos los reclamos enviados. Para más información, consulte las instrucciones de los formularios de reclamos 1500 (02/12) y CMS 1450 (UB-04) de los CMS.

### Formularios aceptables

Ascension Personalized Care solo acepta los formularios de reclamos originales en papel rojo y blanco 1500 (02/12) y CMS 1450 (UB-04) de los CMS. Otros tipos de formularios de reclamos se rechazarán de forma anticipada y se devolverán al profesional clínico. Entre ellos, se incluyen los formularios negros y blancos, así como los escritos a mano.

Los clínicos profesionales y los proveedores médicos completan el formulario de reclamo 1500 (02/12) de los CMS y los clínicos institucionales completan el formulario de reclamo CMS 1450 (UB-04) de los CMS.

Ascension Personalized Care no proporciona los formularios de reclamo a los profesionales clínicos. Deben adquirirlos del proveedor que elijan. Todos los formularios de reclamos impresos deben escribirse en fuente Times New Roman tamaño 10 o 12 y en la versión original roja o blanca obligatoria para garantizar que se los acepte y se los procese sin inconvenientes. Los formularios negros y blancos, los escritos a mano y los que no correspondan al estándar serán rechazados por anticipado y se devolverán al profesional clínico. Para reducir el tiempo de manipulación del documento, no use texto resaltado, cursivas, negritas ni grapas para envíos de páginas múltiples. Si tiene alguna pregunta sobre el tipo de formulario que debe completar, comuníquese con Servicios para profesionales clínicos.

### Pasos importantes para la presentación satisfactoria de reclamos impresos:

- Complete todos los campos obligatorios en un formulario de reclamos rojo original CMS 1500 (versión 02/12) o CMS 1450 (UB-04). Nota: Los formularios de reclamos que no sean rojos y que estén escritos a mano serán rechazados y devueltos al profesional clínico.
- Asegúrese de que todos los códigos de diagnóstico, procedimientos, modificadores, ubicación (el lugar donde se presta el servicio), tipo de factura, tipo y origen de ingreso sean válidos para la fecha del servicio.
- 3. Asegúrese de que todos los códigos de diagnósticos y procedimientos sean adecuados a la edad y el sexo del miembro.
- 4. Asegúrese de que todos los códigos de diagnósticos estén codificados con el mayor número de dígitos disponible.
- 5. Asegúrese de que el miembro sea elegible para los servicios durante el período en el que se prestan los servicios.
- 6. Asegúrese de que un profesional clínico participante sea el que preste los servicios o, si es un profesional clínico de "fuera de la red", que tenga autorización para prestar los servicios al miembro elegible.
- 7. Asegúrese de que se haya dado autorización para los servicios que requieren autorización previa de Ascension Personalized Care.

Los reclamos que no cumplan los requisitos necesarios no se consideran "reclamos limpios" y serán devueltos a los profesionales clínicos con un aviso por escrito en el que se indique el motivo de la devolución.

# Reclamos corregidos, solicitudes de reconsideración o disputas por reclamos

Todas las solicitudes de reclamos corregidos, reconsideraciones o disputas por reclamos deben recibirse en un plazo de 180 días a partir de la fecha de presentación del reclamo original. Se mantendrá el procesamiento previo para los reclamos corregidos o las solicitudes del profesional clínico de reconsideración o disputa del reclamo si se reciben más de 180 días después de la fecha de presentación del reclamo original, a menos que se brinde una circunstancia admisible y se proporcione la documentación adecuada para respaldarla. Entre las circunstancias admisibles se incluyen las siguientes:

• Un suceso catastrófico que interfiera considerablemente en las actividades comerciales normales del profesional clínico, o el daño o destrucción del consultorio o los registros del profesional clínico debido

a un desastre natural, demoras o errores administrativos o mecánicos de Ascension Personalized Care o del organismo reglamentario estatal o federal.

- El miembro era elegible; sin embargo, el profesional clínico no estaba al tanto de que el miembro era elegible para los servicios en el momento en que se prestaron. En esta situación, la consideración se otorga solo si se cumplen todas las condiciones siguientes:
  - Los registros del profesional clínico documentan que el miembro se negó o no era físicamente capaz de proporcionar su información o su tarjeta de identificación.
  - El profesional clínico puede demostrar que procuró continuamente el reembolso del paciente hasta que se descubrió la elegibilidad.
  - El clínico no ha presentado un reclamo por este miembro antes de presentar el reclamo que se está revisando.

### A continuación se incluyen definiciones pertinentes:

- Reclamo corregido: el profesional clínico presenta una corrección del reclamo original.
- Solicitud de reconsideración: el profesional clínico no está de acuerdo con el resultado del reclamo original (monto de pago, motivo de la denegación, etc.).
- Disputa por reclamo: el profesional clínico no está de acuerdo con el resultado del reclamo de reconsideración.

### **Reclamos corregidos**

Todas las solicitudes de reclamos corregidos deben recibirse en un plazo de 180 días a partir de la fecha de presentación del reclamo original. Los reclamos corregidos deben indicar con claridad que están corregidos de alguna de las siguientes maneras:

- Envíe un reclamo corregido en formato electrónico a través de un centro de distribución:
  - Reclamos institucionales (UB): campo CLM05-3=7 y Ref\*8 = número del reclamo original
  - Reclamos profesionales (CMS): campo CLM05-3=7 y REF\*8 = número del reclamo original
- Envíe un reclamo impreso corregido a la siguiente dirección:

Ascension Personalized Care PO Box 1707 Troy, MI 48099-1707

- Debe ingresar el número del reclamo original en el campo 22 (CMS 1500) y en el campo 64 (UB-04) con los códigos de frecuencia correspondientes (7 = sustitución o corregido; 8 = anulado o cancelado) en el campo 22 del formulario CMS 1500 y en el campo 4 del formulario UB-04.
- Los reclamos corregidos deben enviarse en los formularios rojo y blanco estándares. Los reclamos corregidos a mano serán rechazados por anticipado.

#### Solicitud de reconsideración

Una solicitud de reconsideración es un comunicación del profesional clínico acerca de su desacuerdo con la manera en que se procesó un reclamo. Todas las solicitudes de reconsideración deben recibirse en un plazo de 180 días a partir de la fecha de presentación del reclamo original. Por lo general, no se requieren historias clínicas para una solicitud de reconsideración. Sin embargo, si la solicitud de reconsideración está relacionada con una auditoría de códigos, una modificación de códigos o una denegación de autorización, las historias clínicas deben acompañar la solicitud de reconsideración. Si no se reciben las historias clínicas, se mantendrá la denegación original.

Las reconsideraciones pueden presentarse de las siguientes maneras:

- 1. Formulario: los profesionales clínicos pueden utilizar el formulario de reconsideración que se encuentra en nuestro sitio web (método preferido).
- 2. Llamada telefónica a Servicios para profesionales clínicos: este método puede utilizarse para las solicitudes de reconsideración que no requieran el envío de información adicional o de respaldo. Un ejemplo sería cuando un profesional clínico considere que un servicio en particular debe reembolsarse a una tarifa específica pero el monto de pago no reflejaba dicha tarifa.
- 3. Carta escrita: los profesionales clínicos pueden enviar una carta escrita que incluya una descripción detallada del motivo de la solicitud. Para garantizar que se procese a tiempo, la carta debe incluir información de identificación suficiente que incluya, como mínimo, el nombre del miembro, el número de identificación del miembro, la fecha del servicio, los cargos totales, el nombre del profesional clínico, la EOP original y el número del reclamo original que se encuentra en el recuadro 22 de un formulario CMS 1500 o en el campo 64 de un formulario UB-04. También debe incluirse el código de frecuencia correspondiente con el número del reclamo original (7 = sustitución o corregido; 8 = anulado o cancelado) en el campo 22 del formulario CMS 1500 y en el campo 4 del formulario UB-04.

Las solicitudes de reconsideración y cualquier documento adjunto que corresponda deben enviarse a la siguiente dirección:

Ascension Personalized Care PO Box 1707 Troy, MI 48099-1707

#### Disputa por reclamos

Una disputa por reclamos debe usarse solo cuando un profesional clínico ha recibido una respuesta no satisfactoria a una solicitud de reconsideración.

La disputa por reclamos debe enviarse en el formulario para ese fin que está disponible en nuestro sitio web. El formulario de disputa por reclamos debe completarse en su totalidad. El formulario completado de disputa por reclamos puede enviarse a la siguiente dirección:

Ascension Personalized Care PO Box 1707 Troy, MI 48099-1707 Si el reclamo corregido, la solicitud de reconsideración o la disputa por reclamos deriva en un reclamo modificado, el profesional clínico recibirá una explicación del pago (EOP) revisada. Si se mantiene la decisión original, el profesional clínico recibirá una EOP revisada o una carta en la que se detalle la decisión y las medidas para pasar a la reconsideración.

Ascension Personalized Care procesará todos los reclamos corregidos, las solicitudes de reconsideración y las disputas por reclamos y los finalizará como estado pagado o denegado conforme a las leyes y reglamentaciones.

### Transferencias electrónicas de fondos (EFT) y avisos de pago electrónicos (ERA)

Ascension Personalized Care se asocia con proveedores específicos para brindar una solución web innovadora para las transferencias electrónicas de fondos (EFT) y los avisos de pago electrónicos (ERA). Los profesionales clínicos pueden inscribirse después de recibir su contrato completado o después de haber presentado un reclamo. Para obtener más información sobre las EFT y los ERA, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para profesionales clínicos.

Entre los beneficios, se incluyen los siguientes:

- Eliminación de cheques en papel: todos los depósitos se envían por EFT a la cuenta bancaria designada.
- Pagos convenientes y obtención de la información de la transferencia de fondos.
- Avisos de pago electrónicos presentados en línea.
- Archivos de transferencia electrónica de fondos conforme con HIPAA 835 para descarga directa en una administración del consultorio o un sistema contable de pacientes en cumplimiento de HIPAA.
- Reducción de gastos de contabilidad: los avisos de pago electrónicos puede importarse directamente a la administración del consultorio o los sistemas contables de pacientes, lo que elimina la necesidad de volver a registrarlo manualmente.
- Mejor flujo de fondos: los pagos electrónicos pueden implicar pagos más rápidos, lo que genera mejoras en el flujo de fondos.
- Mantenga el control de sus cuentas bancarias: usted tiene el control **total** del destino de los fondos de pagos de reclamos. Se admiten varios consultorios y cuentas.
- Relacione rápidamente los pagos con los avisos: puede asociar los pagos electrónicos con los avisos de transferencia de fondos de una manera fácil y rápida.
- Gestione múltiples pagadores: reutilice la información de inscripción para conectarse con múltiples pagadores. Asigne diferentes pagadores a diferentes cuentas bancarias, según lo desee.

Para obtener más información, visite la página de inicio para profesionales clínicos en nuestro sitio web, ascensionpersonalizedcare.com. Si necesita ayuda adicional, comuníquese con el departamento de Servicios para profesionales clínicos al teléfono de Ascension Personalized Care: 833-600-1311

### Ajuste de riesgos y codificación correcta

El ajuste de riesgos es esencial y es un requisito que se define en el CFR42 (sección 42 del Código de Reglamentos Federales) y en la Ley de Modernización de Medicare, que ayudará a garantizar el éxito a largo plazo del programa Medicare Advantage. El cálculo preciso del ajuste de riesgos requiere exactitud, documentación completa y especificidad en la codificación de diagnósticos. Los profesionales clínicos deben documentar y codificar en todo momento en consonancia con las reglamentaciones de los CMS y seguir todas las directrices de codificación pertinentes de los conjuntos de códigos de Terminología Actual de Procedimientos (CPT), Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, cuarta edición (DSM-IV) y del Sistema de codificación de procedimientos comunes de atención médica (HCPC). Los profesionales clínicos deben tener presentes las siguientes directrices:

- Codifique todos los diagnósticos según el mayor nivel de especificidad, y asegúrese de que se los pueda defender ante una auditoría de historia clínica y ante evaluaciones médicas.
- Codifique todas las condiciones documentadas que coexistan en el momento de la consulta/visita, y
  que requieran atención, tratamiento o gestión del paciente, o afecten alguno de estos aspectos.
- Asegúrese de que toda la documentación de la historia clínica sea clara, concisa, coherente, completa y legible, y de que cumpla las directrices de firma de los CMS (cada consulta debe estar por separado).
- Presente los reclamos y la información de la consulta conforme a los requisitos especificados en su contrato o en este manual para profesionales.
- Avise a Ascension Personalized Care sobre cualquier dato erróneo presentado y siga las políticas de Ascension Personalized Care para corregir errores según se establecen en su contrato o en este manual para profesionales.
- Proporcione formación continua a su personal en relación con el uso adecuado de la codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD) para el informe de diagnósticos.
- Las historias clínicas creadas y mantenidas por los proveedores deben coincidir con los diagnósticos de médicos, ambulatorios y de ingresos en el hospital que el proveedor nos envíe, y respaldarlos.
   Además, las reglamentaciones exigen que los proveedores envíen muestras de las historias clínicas para validar los datos de ajustes de riesgos y los diagnósticos informados a los CMS, según lo exigen los CMS. Por tanto, los proveedores deben dar acceso a las historias clínicas, y mantenerlas, conforme a las leyes, normas y reglamentaciones de Medicare.

# Codificación de reclamos/códigos de facturación

Ascension Personalized Care exige que los reclamos se envíen usando los códigos de las versiones actuales de ICD-10-CM, Sociedad Estadounidense de Anestesiólogos (ASA), Clasificaciones Relacionadas con el Diagnóstico (DRG), CPT, HCPCS Nivel II y NDC para la fecha en que se prestaron los servicios. Es posible que estos requisitos se modifiquen para cumplir con las reglamentaciones federales y estatales según sea necesario. Abajo se muestran algunos motivos relacionados con el código por los que se puede rechazar o denegar un reclamo:

• Falta el código facturado, no es válido o se eliminó en el momento de los servicios.

- El código no es apropiado para la edad o el sexo del miembro.
- Falta el código de diagnóstico.
- El código del procedimiento apunta a un diagnóstico que no es apropiado facturar como primario.
- El código facturado no es apropiado para el lugar o especialidad facturada.
- El código facturado es parte de un código más completo facturado en la misma fecha de servicio.

Es posible que se soliciten las descripciones escritas, los resúmenes detallados y las facturas para los tipos de reclamos no específicos, o a pedido de Ascension Personalized Care.

Los servicios para recién nacidos prestados en el hospital se reembolsan por separado de la hospitalización de la madre. Debe presentarse un reclamo por separado para la madre y para el recién nacido.

La facturación de clínicas de salud rurales (RHC) independientes y de centros de salud calificados por el gobierno federal (FQHC) para los servicios cubiertos de RHC/FQHC prestados a los miembros debe efectuarse con especificidad en lo que respecta a los códigos de diagnóstico y las combinaciones de códigos de procedimiento y sus modificadores.

Codifique todas las condiciones documentadas que coexistan en el momento de la consulta/visita, y que requieran atención tratamiento o gestión del paciente, o afecten alguno de estos aspectos. No codifique condiciones que se trataron antes y ya no existen. Sin embargo, los códigos de la historia pueden usarse como códigos secundarios si la condición histórica o la historia familiar tienen un impacto en la atención actual o influyen en el tratamiento.

# Incorporaciones y despidos

Informe a Servicios de la red de Ascension Personalized Care acerca de cualquier incorporación, despido o cambios de estado de los profesionales clínicos completando la **Tabla de mantenimiento de la red de profesionales clínicos** y enviándola a la bandeja de entrada de Ascension Personalized Care a **acmproviders@ascension.org**. Consulte la Política de fecha de entrada en vigor del profesional clínico para ver más información sobre el tiempo de procesamiento de datos de los profesionales clínicos en relación con las fechas de entrada en vigor.

Si necesita una copia de la Tabla de mantenimiento de la red de profesionales clínicos, comuníquese con Servicios de la red a **acmproviders@ascension.org** o llamando al número gratuito 855-288-6747.

¿Le interesa formar parte de los profesionales clínicos de la red de Ascension? Envíe un correo electrónico a acmproviders@ascension.org para obtener información y los requisitos.

# Política de fecha de entrada en vigor del profesional clínico

En esta política se proporcionan las directrices para presentar las planillas de profesionales clínicos acreditados (incorporaciones, despidos y cambios) para incluirlos en la red de administración de la atención de Ascension.

Es preferible recibir la presentación de los datos del profesional clínico nuevo el mes anterior a la fecha deseada de entrada en vigor del profesional clínico en la red de administración de la atención de Ascension. Sin embargo, si se reciben actualizaciones de los profesionales clínicos por los **Servicios de red de administración de la atención de Ascension** antes del 15 de un mes calendario, entonces se cargarán con una fecha de entrada en vigor retroactiva al 1.º de ese mes.

Cualquier incorporación, despido o cambios de los profesionales clínicos enviados y recibidos a partir del 15 del mes se implementará como en vigor el 1.º del mes siguiente.

- **Ejemplo A:** Se recibe una actualización del profesional clínico el 13 de junio. La actualización del profesional clínico entrará en vigor el 1 de junio
- **Ejemplo B:** Se recibe una actualización del profesional clínico el 20 de junio. La actualización del profesional clínico entrará en vigor el 1 de julio.

#### Nota:

Si el envío de los datos se recibe antes del 15, pero la información provista está incompleta o no es exacta, entonces Ascension Personalized Care la procesará el 1.º del mes, luego de que se reciban los datos correctos y completos.

# Proceso de solicitud de información de reclamos

Puede solicitar información sobre el pago de reclamos ya sea en línea o por teléfono, fax o correo electrónico. Puede solicitar información en línea 10 días después de que se haya presentado el reclamo en formato electrónico o enviar otras solicitudes de información 30 días después de que se haya presentado el reclamo.

Puede solicitar un historial de seis meses de reclamos presentados a Ascension Personalized Care por fax. Llame al **833-600-1311**. Siga las indicaciones; ingrese su número de contrato, su número de identificación fiscal y su número de fax.

Cuándo	Cómo	¿Qué se necesita?	¿Cuándo puede esperarse una respuesta?
10 días después de presentar el reclamo electrónico	En línea: secure.healthx.com/absprovider.aspx	Inicie sesión en el portal web de Ascension Personalized Care para profesionales clínicos.	De inmediato
30 días después de presentar el reclamo	Por teléfono: 833-600-1311	Un copia del reclamo pendiente como referencia. Limite las llamadas a 3 reclamos.	De inmediato
	Por fax: 888-494-4600	Siga las indicaciones; ingrese el número de contrato, el número de identificación fiscal y el número de fax.	En 2-3 minutos, recibirá un fax con la información del historial de reclamos de los últimos 6 meses para su número de identificación fiscal.
	Por correo: Ascension Personalized Care PO Box 1707 Troy, MI 48099-1707	Un formulario de reclamo original con el sello "status inquiry" (solicitud de información de reclamos) en tinta roja en la esquina superior derecha.	En un plazo de 21 días desde que se recibe la solicitud de información.

Ascension Personalized Care se compromete a resolver todas las solicitudes de información de pago de manera eficiente. Si no logra resolver su solicitud de información de pago después de 30 días desde la solicitud inicial, comuníquese con el supervisor de servicio de atención al cliente de Ascension Personalized Care. Proporcione la documentación de la solicitud original para que Ascension Personalized Care pueda tratar la demora en el servicio. Puede esperar una resolución en un plazo de 10 días hábiles.

Cuando llame al supervisor de servicio de atención al cliente, tenga la siguiente información disponible:

Tipo de solicitud de información	Información solicitada	
Por escrito	Copia del reclamo de la solicitud de información	
Por teléfono	<ul> <li>Fecha de la solicitud de información original</li> <li>Nombre del representante de servicio de Ascension Personalized Care que lo ayudó</li> <li>Estado del reclamo en el momento de la llamada</li> <li>Resultados esperados</li> </ul>	

# Ajustes de reclamos

El plan puede **recuperar pagos** hechos a centros y clínicos cuando el pago se hizo por error. Los pagos en exceso pueden estar identificados como **ABS**, el **profesional clínico o el miembro (demandante)**.

Un reclamo podría pagarse en exceso por diversos motivos, incluidos, entre otros, los siguientes:

- El reclamo se pagó incorrectamente, según el contrato de red del profesional clínico.
- El profesional clínico canceló el cargo por cualquier motivo.
- COB: el profesional clínico recibió crédito o pago duplicado.
- "No es nuestro cliente": el pago se envió a un profesional clínico que no prestó los servicios.
- Ya se hizo un pago elegible por Medicare o de compensación laboral.
- Se determinó responsabilidad de terceros.

### Política de pago en exceso

Conforme a las actividades/relaciones con los profesionales clínicos, la política de Ascension Personalized Care y Automated Benefit Services (ABS) es seguir las limitaciones de tiempo mencionadas a continuación cuando se solicita el pago de dólares en exceso de los profesionales clínicos.

- La fecha de ajuste/aviso de la recuperación se limitará a 12 meses a partir de la fecha de pago, a
  menos que se identifique en una auditoría de historias clínicas; en este caso, la fecha de ajuste/aviso
  de la recuperación se limitará a 18 meses a partir de la fecha en la que se avisa al profesional clínico
  de la auditoría (ya que estas auditorías se iniciarían antes del pago del reclamo).
- **Fraude y abuso:** El período de tiempo de la fecha de ajuste/aviso de la recuperación será el estatuto de limitaciones del estado en el que se prestaron los servicios.

### Proceso de solicitud de reembolso

Cuando ABS identifica un pago en exceso, se envía una solicitud de reembolso al profesional clínico (receptor) con una explicación del motivo de la solicitud. Si no se recibe una respuesta del receptor, se envían dos cartas adicionales.

 Si no se recibe una respuesta telefónica o por escrito, o si el monto del pago en exceso no se devuelve en un plazo de 120 días de la fecha de la carta adicional, Ascension Personalized Care remitirá el archivo a un proveedor de servicios de recuperación de pagos en exceso contratado por ABS.

# Ajustes iniciados por el profesional clínico

Ascension Personalized Care considerá los ajustes de pago de reclamos procesados en las siguientes circunstancias:

- El reclamo original se envió con información incorrecta.
- Se hizo el pago al profesional clínico equivocado.
- Se hizo el pago con un monto incorrecto según el contrato.
- No se hizo el pago debido a un error de procesamiento.
- Se calculó incorrectamente la coordinación de los beneficios.
- El profesional clínico recibió un pago doble.

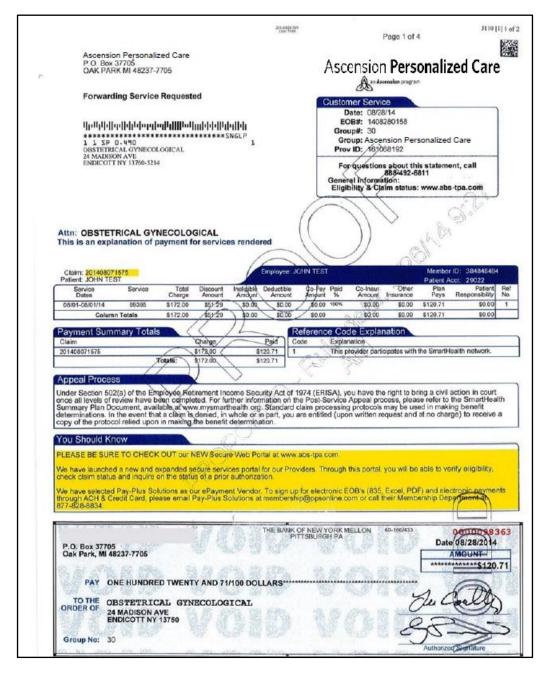
¿Qué s	se necesita?	Cómo presentario	Plazo para presentarlo	Plazo para procesarlo
1. 2. 3.	Copia de la EOB Motivo de la solicitud Documentación de respaldo Copia del reclamo original	Por teléfono: Llame al 833-600-1311 para recibir ayuda con el manejo de errores de procesamiento.	Envíe las solicitudes de ajustes en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que se procesó el reclamo.	Ascension Personalized Care procesará las solicitudes de ajustes en un plazo de 30 días después de recibir toda la información
	(si corresponde)	Por escrito (correo postal a ABS): Complete el formulario de solicitud y adjunte los datos solicitados.		necesaria.  El profesional clínico recibirá una copia final de la solicitud de ajuste cuando esté completada.

Cuando llame a ABS, tenga la siguiente información disponible:

Tipo de solicitud de información original	Información solicitada	
Por escrito	Copia del reclamo de la solicitud de información	
Por teléfono	<ul> <li>Fecha de la solicitud de información original</li> <li>Nombre del representante de servicio de Ascension Personalized Care que lo ayudó</li> <li>Estado del reclamo en el momento de la llamada</li> <li>Resultados esperados</li> </ul>	

# Normas de reembolso para profesionales clínicos/EOB de muestra

Automated Benefit Services (ABS) procesa los reclamos que se reciben de los profesionales clínicos de Ascension Personalized Care. Si presenta un reclamo con toda la información solicitada, Ascension Personalized Care procesará su reclamo en un plazo de 30 días calendario desde su recepción. El pago de cada servicio facturada incluirá una explicación de los beneficios (EOB). Esta es una muestra de una EOB y de un cheque de la red de Ascension:



Ascension Personalized Care usa diversos proveedores para revisar todos los reclamos para el desglose, la codificación en un nivel más alto de servicio y otras anomalías de facturación. Esta revisión disminuye considerablemente los errores de pago e identifica ahorros que reducen los costos generales de atención médica.

# Pago por procedimientos múltiples

Ascension Personalized Care sigue las directrices de los CMS para el pago de procedimientos quirúrgicos múltiples realizados por un único médico o por médicos del mismo consultorio grupal al mismo paciente en la misma sesión de operación o en el mismo día.

Ascension Personalized Care paga por cirugías múltiples con una clasificación desde el monto más alto al más bajo del contrato. Cuando el mismo médico brinda más de un servicio quirúrgico en la misma sesión, el monto permitido es del 100 % para el código quirúrgico con el monto más alto contratado. Para los códigos quirúrgicos posteriores, la cantidad permitida es del 50 % de la cantidad contratada.

# Edición de códigos

Ascension Personalized Care usa un software de auditoría de códigos en cumplimiento de la HIPAA para mejorar la exactitud y la eficacia en el procesamiento, pago e informe de reclamos. El software detecta y documenta los errores de codificación en los reclamos de los profesionales clínicos antes del pago, analizando los códigos de CPT. HCPCS, ICD-10, modificadores y de lugar de servicio y comparándolos con las directrices de codificación correcta. Si bien el software de auditoría de códigos es una herramienta útil para garantizar el cumplimiento del profesional clínico con la codificación correcta, no evalúa por completo todas las situaciones hipotéticas de pacientes clínicos. En consecuencia, Ascension Personalized Care se vale de la validación clínica de un equipo de expertos en enfermería y codificación para identificar mejor los posibles errores de facturación en los reclamos. La validación clínica permite considerar las excepciones a los principios de codificación correcta y puede identificar cuándo se garantiza un reembolso adicional. Ascension Personalized Care puede tener políticas que difieran de los principios de codificación correcta. Por tanto, es posible que se necesiten excepciones a los principios generales de codificación correcta para garantizar el cumplimiento de las políticas de ascensionpersonalizedcare.com y para facilitar el reembolso exacto de los reclamos.

Ascension Personalized Care puede solicitar historias clínicas u otra documentación para verificar que todos los procedimientos o servicios facturados estén adecuadamente respaldados en conformidad con las directrices de codificación correcta.

### Edición de códigos y ciclo de adjudicación de reclamos

La edición de códigos es el paso final en el proceso de adjudicación de reclamos. Una vez que un reclamo ha pasado por todos los pasos de adjudicación anteriores (como la revisión de beneficios y de elegibilidad del miembro y el clínico), el reclamo está listo para el análisis.

A medida que un reclamo avanza por el ciclo de edición de códigos, cada línea de servicio en el reclamo se procesa con un motor de normas de edición de códigos y se evalúa si los códigos son correctos. Como parte de esta evaluación, se analiza el posible reclamo con otros códigos facturados en el mismo reclamo, así como los reclamos ya pagados que se encuentran en el historial del miembro y del clínico.

### Reconsideraciones de reclamos relacionadas con edición de códigos

Las apelaciones de reclamos que deriven de la edición de reclamos se manejan según el proceso de disputa por reclamos del profesional clínico que se describe en este manual. Al presentar las apelaciones de reclamos, presente las historias clínicas, las facturas y toda la información relacionada para ayudar con la revisión de las apelaciones.

Si no está de acuerdo con una edición de códigos y solicita una reconsideración del reclamo, debe presentar la documentación (las historias clínicas) relacionadas. Si no se recibe la documentación médica, se mantendrá la edición de códigos original.

La reconsideración puede incluir este tipo de información:

- Declaración de por qué el servicio es necesario desde el punto de vista médico.
- Pruebas médicas que respalden el tratamiento propuesto.
- Cómo el tratamiento propuesto prevendrá la enfermedad o la discapacidad.
- Cómo el tratamiento propuesto aliviará los efectos físicos, mentales o de desarrollo de la enfermedad del paciente.
- Cómo el tratamiento propuesto ayudará al paciente a mantener la capacidad funcional.
- Una revisión de los tratamientos previos y los resultados, que incluya, según su juicio clínico, por qué se necesita un nuevo enfoque.
- El éxito que ha tenido en otros pacientes el servicio recomendado.

# Facturación al miembro

# Si no se consigue la autorización

Los profesionales clínicos **no** pueden facturar a los miembros por los servicios cuando el profesional clínico no consigue una autorización y Ascension Personalized Care deniega el reclamo.

### No facturar saldos

Los profesionales clínicos no pueden procurar el pago de los miembros de Ascension Personalized Care por la diferencia entre los cargos facturados y la tarifa contratada pagada por Ascension Personalized Care.

# Derechos y responsabilidades de los miembros

### Derechos de los miembros

Los profesionales clínicos deben cumplir los derechos de los miembros como se establece abajo.

- Participar con los profesionales clínicos en la toma de decisiones sobre su atención médica. Esto incluye colaborar en los planes de tratamiento y tomar decisiones de atención. El miembro debe conocer todos los riesgos posibles, los problemas relativos a la recuperación y las probabilidades de éxito. El miembro no debe recibir ningún tratamiento sin dar su consentimiento libremente, o sin el consentimiento del sustituto con autorización legal para tomar decisiones por el miembro. El miembro debe estar informado de sus opciones de atención.
- Saber quién aprueba y quién hace los procedimientos o tratamientos. Se le deben explicar claramente todos los tratamientos probables y la naturaleza del problema.
- Recibir los beneficios para los que tiene cobertura.
- Ser tratado con respeto y dignidad.
- Tener privacidad en su información médica personal, según las leyes estatales y federales, y las políticas de Ascension Personalized Care.
- Recibir información o hacer recomendaciones, sobre cambios, sobre la organización y los servicios de Ascension Personalized Care, sobre la red de profesionales clínicos de Ascension Personalized Care y sobre sus derechos y responsabilidades.
- Hablar con franqueza con sus profesionales clínicos sobre la atención adecuada y necesaria desde el punto de vista médico para su condición, incluidos los nuevos usos de la tecnología, independientemente del costo o la cobertura de los beneficios. Esto incluye información del médico de atención primaria del miembro sobre lo que podría estar mal (al nivel conocido), el tratamiento y cualquier resultado probable conocido. El profesional clínico debe informar al miembro sobre los tratamientos que pueden estar o no cubiertos por el plan, independientemente del costo. El miembro tiene derecho a conocer todos los costos que deberá pagar. Esta información debe comunicarse al miembro de una manera que pueda comprenderla. Cuando no es apropiado darle información al miembro por razones médicas, la información puede darse a una persona con autorización legal. El profesional clínico pedirá la aprobación del miembro para el tratamiento, a menos que haya una emergencia y la vida y la salud del miembro estén en grave peligro.
- Hacer recomendaciones sobre los derechos, las responsabilidades y las políticas de los miembros de Ascension Personalized Care.
- Expresar quejas o apelaciones sobre: Ascension Personalized Care, cualquier decisión sobre beneficios o cobertura que tome Ascension Personalized Care, la cobertura de Ascension Personalized Care o la atención médica prestada.

- Participar con los proveedores de atención médica en la toma de decisiones sobre su atención y el derecho a rechazar el tratamiento de cualquier condición, enfermedad o dolencia sin poner en peligro el tratamiento futuro, y ser informado por los profesionales clínicos sobre las consecuencias médicas.
- Ver su historia clínica.
- Mantenerse informado sobre los servicios cubiertos y no cubiertos, los cambios en el programa, cómo acceder a los servicios, la asignación de un médico de atención primaria, los profesionales clínicos, la información sobre directivas anticipadas, las derivaciones y autorizaciones, las denegaciones de beneficios, los derechos y responsabilidades de los miembros y otras normas y directrices de Ascension Personalized Care. Ascension Personalized Care avisará a los miembros antes de la fecha de vigencia de las modificaciones. Dichos avisos incluirán lo siguiente:
  - Cualquier cambio en los criterios de revisión clínica.
  - Una declaración del efecto de dichos cambios en la responsabilidad financiera del miembro por el costo de los mismos.
- Tener acceso a una lista actualizada de los profesionales clínicos de la red. Además, el miembro puede acceder a información de educación, formación y consultorios de los profesionales clínicos de la red.
- Elegir un plan médico o cambiar de plan médico, dentro de las directrices, sin amenazas ni acoso.
- Acceder adecuadamente a proveedores de atención médica y tratamientos o servicios calificados sin importar la edad, raza, credo, sexo, orientación sexual, país de origen ni religión.
- Acceder a los servicios de urgencia y de emergencia necesarios desde el punto de vista médico, las 24 horas del día y los siete días de la semana.
- Recibir información en un formato diferente en cumplimiento de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, si el miembro tiene una discapacidad.
- Rechazar el tratamiento en la medida en que la ley lo permita. El miembro es responsable de sus acciones, si se rechaza el tratamiento o si no se siguen las instrucciones del profesional clínico. El miembro debe hablar de todas las preocupaciones que tenga sobre el tratamiento con su médico de atención primaria u otro profesional clínico. El médico de atención primaria u otro profesional clínico debe hablar de los diferentes planes de tratamiento con el miembro. El miembro debe tomar la decisión final.
- Elegir a un médico de atención primaria dentro de la red. El miembro tiene derecho a cambiar de médico de atención primaria o a pedir información de los profesionales clínicos de la red que estén cerca de su casa o de su trabajo.
- Conocer el nombre y el cargo de las personas que le dan atención médica al miembro. El miembro también tiene derecho a saber qué médico es su médico de atención primaria.
- Tener acceso a un intérprete cuando el miembro no hable ni entienda el idioma de la zona.

- A una segunda opinión por un médico de la red, sin costo alguno para el miembro, si cree que el médico de la red no autoriza la atención pedida, o si el miembro quiere más información sobre su tratamiento.
- Ejecutar una directiva anticipada para las decisiones de atención médica. Una directiva anticipada ayudará al proveedor de atención primaria y a otros profesionales clínicos a entender los deseos del miembro sobre su atención médica. La directiva anticipada no le quitará al miembro su derecho a tomar sus propias decisiones. Algunos ejemplos de directivas anticipadas incluyen:
  - Testamento vital
  - Apoderado para decisiones médicas
  - Órdenes de "No reanimar"

Los miembros también tienen derecho a negarse a hacer directivas anticipadas. Nadie podrá discriminar a los miembros por no tener una directiva anticipada.

### Responsabilidades de los miembros

- 1. Leer su contrato de Ascension Personalized Care completo.
- 2. Tratar a todo el personal y a los profesionales de atención médica con educación y respeto.
- 3. Dar información precisa y completa sobre las condiciones actuales, las enfermedades pasadas, las hospitalizaciones, los medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud. Los miembros deben hacer saber si comprenden con claridad la atención médica que reciben y lo que se espera de ellos. Los miembros deben hacer preguntas a sus profesionales clínicos para entender qué atención médica están recibiendo.
- 4. Revisar y comprender la información que reciben sobre Ascension Personalized Care. Los miembros deben conocer el uso adecuado de los servicios cubiertos.
- 5. Mostrar la tarjeta de identificación y asistir a las citas programadas con el profesional clínico, y llamar al consultorio en horario de atención, siempre que sea posible, en caso de que un miembro se retrase o cancele.
- 6. Los miembros deben establecer una relación con un proveedor de atención primaria. Los miembros pueden cambiar de proveedor de atención primaria en cualquier momento.
- 7. Leer y comprender de la mejor manera posible todo el material relacionado con sus beneficios médicos o pedir ayuda si la necesitan.
- 8. Comprender sus problemas médicos y participar junto con los profesionales clínicos en el desarrollo de objetivos de tratamiento acordados por ambas partes en la medida de lo posible.
- 9. Dar, en la medida de lo posible, la información que Ascension Personalized Care o sus profesionales clínicos necesiten para prestar atención médica.

- 10. Seguir los planes de tratamiento y las instrucciones de atención que hayan acordado con sus profesionales clínicos de atención médica.
- 11. Comprender sus problemas médicos e informar a sus profesionales clínicos si no entienden el plan de tratamiento o lo que se espera de ellos. Los miembros deben trabajar con su proveedor de atención primaria para desarrollar objetivos de tratamiento acordados por ambas partes. Si los miembros no siguen el plan de tratamiento, tienen derecho a ser informados sobre los resultados probables de su decisión.
- 12. Seguir todas las directrices, disposiciones, políticas y procedimientos del plan de beneficios de atención médica.
- 13. Usar cualquier sala de emergencias sólo cuando crean que tienen una emergencia médica. Para cualquier otro tipo de atención, los miembros deben llamar a su proveedor de atención primaria.
- 14. Dar toda la información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico que tengan en el momento de la inscripción. Si, en cualquier momento, los miembros obtienen otra cobertura de seguro médico además de la cobertura de Ascension Personalized Care, el miembro debe dar esta información a Ascension Personalized Care.
- 15. Pagar la prima mensual, todas las cantidades deducibles, los importes de copago o los porcentajes de costos compartidos en el momento del servicio.

# Derechos y responsabilidades del profesional clínico

### Derechos del profesional clínico

- 1. Que sus pacientes, que son miembros de Ascension Personalized Care, y otros trabajadores sanitarios los traten con dignidad y respeto.
- 2. Recibir información y antecedentes médicos exactos y completos para la atención de los miembros.
- 3. Lograr que sus pacientes, que son miembros de Ascension Personalized Care, actúen de una manera que apoye la atención dada a otros pacientes y que ayude a mantener el buen funcionamiento del consultorio, hospital o demás oficinas.
- 4. Esperar que otros profesionales clínicos de la red actúen como socios en los planes de tratamiento de los miembros.
- 5. Esperar que los miembros sigan sus instrucciones e indicaciones de atención médica, como tomar la cantidad correcta de medicamento en los momentos adecuados.
- 6. Presentar una queja o una apelación contra Ascension Personalized Care o un miembro.
- 7. Presentar una queja formal en nombre de un miembro, con su consentimiento.
- 8. Tener acceso a información acerca de los programas de mejora de la calidad de Ascension Personalized Care, incluidos los objetivos, procesos y resultados del programa relacionados con la atención y los servicios de los miembros.
- 9. Comunicarse con Servicios para profesionales clínicos ante cualquier pregunta, comentario o problema.
- 10. Colaborar con otros profesionales de la atención médica que estén involucrados en la atención de los miembros.
- 11. Que no se los excluya, sancione o despida de su participación con Ascension Personalized Care por haber establecido o acumulado una cantidad considerable de pacientes en Ascension Personalized Care con condiciones médicas de alto costo.
- 12. Cobrar los costos compartidos del miembro en el momento del servicio.

# Responsabilidades del profesional clínico

Los profesionales clínicos deben cumplir con cada uno de los puntos mencionados abajo.

- Ayudar o defender a los miembros en la toma de decisiones dentro del ámbito de su ejercicio profesional en lo que respecta a su atención y tratamiento pertinente o necesario desde el punto de vista médico, incluidos los siguientes derechos:
  - Recomendar tratamientos nuevos o experimentales.

- Proporcionar información relativa a la naturaleza de las opciones de tratamiento.
- Proporcionar información sobre la disponibilidad de opciones de tratamiento, terapias, consultas o pruebas alternativas, incluidas las que pueden ser autoadministradas.
- Recibir información de los riesgos y las consecuencias asociados a cada opción de tratamiento o a la elección de renunciar a un tratamiento, así como los beneficios de esas opciones de tratamiento.
- 2. Tratar a los miembros con equidad, dignidad y respeto.
- 3. No discriminar a los miembros debido a raza, color, nacionalidad, competencia lingüística limitada, religión, edad, estado de salud, presencia de una condición/discapacidad física o mental preexistente, incluido el embarazo, u hospitalización, ni la expectativa de atención frecuente o de alto costo.
- 4. Mantener la confidencialidad de la información médica personal de los miembros, incluidos los antecedentes médicos y las historias clínicas, y atenerse a las leyes y reglamentaciones estatales y federales relativas a la confidencialidad.
- 5. Dar a los miembros un aviso que explique con claridad sus derechos y responsabilidades de privacidad en lo relacionado con el ejercicio profesional y el ámbito de servicio del profesional clínico.
- 6. Proporcionar a los miembros un informe del uso y la revelación de su información médica personal conforme a la HIPAA.
- 7. Permitir que los miembros soliciten restricciones al uso y la revelación de su información médica personal.
- 8. Proporcionar a los miembros, si lo solicitan, acceso para inspeccionar y recibir una copia de su información médica personal, incluida la historia clínica.
- 9. Proporcionar a los miembros información clara y completa, en un idioma que entiendan, sobre su condición médica y su tratamiento, independientemente del costo o la cobertura de los beneficios, y permitir que participen en el proceso de toma de decisiones.
- 10. Informar al miembro si el tratamiento o la atención médica propuesta forma parte de un experimento en investigación y darle el derecho a rechazar el tratamientos experimental.
- 11. Permitir que el miembro que rechace o solicite interrumpir un tratamiento tenga el derecho a hacerlo, siempre que el miembro comprenda que al rechazar o interrumpir el tratamiento la condición podría empeorar o ser fatal.
- 12. Respetar las directivas anticipadas de los miembros e incluir estos documentos en su historia clínica.
- 13. Permitir que los miembros asignen a un padre/tutor, familiar u otro representante si no puede participar por completo en sus decisiones de tratamiento.
- 14. Permitir que los miembros obtengan una segunda opinión y responder las preguntas de los miembros acerca de cómo acceder adecuadamente a los servicios de atención médica.

- 15. Seguir todas las leyes y reglamentaciones estatales y federales relacionadas con la atención y los derechos del paciente.
- 16. Participar en las iniciativas de recopilación de datos de Ascension Personalized Care, como el conjunto de datos e información sobre la eficacia de la atención médica (HEDIS) y otros programas convenidos o reglamentarios.
- 17. Revisar las directrices de ejercicio profesional clínico distribuidas por Ascension Personalized Care.
- 18. Cumplir con el programa de Manejo médico de Ascension Personalized Care según se describe en este documento.
- 19. Revelar los pagos en exceso o inadecuados de Ascension Personalized Care.
- 20. Proporcionar a los miembros, si lo solicitan, información relativa a las aptitudes profesionales del profesional clínico, como especialidad, educación, residencia y estado de certificación de la Junta.
- 21. Obtener y proporcionar a Ascension Personalized Care información relativa a otra cobertura de seguro que el miembro tenga o pueda tener.
- 22. Dar a Ascension Personalized Care aviso oportuno y por escrito si el profesional clínico planifica dejar o cerrar un consultorio.
- 23. Comunicarse con Ascension Personalized Care para comprobar la elegibilidad y los beneficios del miembro, si corresponde.
- 24. Invitar al miembro a participar en la comprensión de cualquier problema médico o del comportamiento que el miembro pueda tener y a establecer objetivos de tratamiento acordados mutuamente, al grado posible.
- 25. Proporcionar a los miembros información relativa a la ubicación, los horarios de atención, la accesibilidad y los servicios de traducción del consultorio.
- 26. Oponerse a prestar servicios pertinentes o necesarios desde el punto de vista médico en función de las creencias religiosas o morales del profesional clínico u otros motivos similares.
- 27. Proporcionar horarios de atención a los miembros de Ascension Personalized Care que no sean menores a los que se ofrecen a otros pacientes.

# **Cuestiones reglamentarias**

### Historias clínicas

Ascension Personalized Care exige que todos los profesionales clínicos (médicos, hospitales y auxiliares) mantengan prácticas acertadas de conservación de historias clínicas que estén en consonancia con las directrices de historias clínicas de Ascension Personalized Care. Ascension Personalized Care exige que los registros se mantengan en cumplimiento de todas las reglamentaciones de la HIPAA, así como de otras leyes federales y estatales. Los registros deben mantenerse de una manera legible, actual, detallada, organizada y completa que permita una atención eficaz del paciente y una revisión de calidad. Sea que se usen sistemas de registro electrónicos o en papel, las historias clínicas deben poder identificarse y accederse por el nombre del paciente. Para garantizar la privacidad del miembro, las historias clínicas deben conservarse en una ubicación segura. Ascension Personalized Care exige que los profesionales clínicos conserven todos los registros de los miembros durante al menos 10 años después de la última fecha de servicio, a menos que las leyes federales o estatales requieran un período más prolongado. Las historias clínicas deben estar accesibles en el sitio del PCP u otro profesional clínico del miembro.

### Información obligatoria

Para que la historia clínica (archivo) de un miembro se considere completa y exhaustiva, debe incluir, como mínimo, lo siguiente: notas del profesional clínico relativas a los exámenes, visitas en el consultorio, derivaciones, pruebas solicitadas y resultados de las pruebas de diagnóstico solicitadas (p. ej., radiografías, pruebas de laboratorio). Las historias clínicas deben estar accesibles en el sitio del médico de atención primaria o el profesional clínico participante del miembro. Todos los servicios médicos que reciba el miembro, incluidos los de atención como paciente internado, ambulatoria, auxiliar o de emergencia, deben estar documentados y preparados conforme a todas las normas y reglamentaciones estatales correspondientes, y deben estar firmados por el profesional médico que haya prestado los servicios.

Los profesionales clínicos deben mantener historias clínicas completas para los miembros conforme a los estándares que se establecen abajo:

- El nombre del miembro, o el número de historia clínica, deben estar en todas las páginas del archivo.
- Deben incluirse los datos personales/biográficos (p. ej., empleador, número de teléfono de la casa, cónyuge, pariente más cercano, tutor legal, idioma principal, etc.).
- Debe haber una anotación destacada sobre cualquier traducción de idioma hablado o asistencia para la comunicación.
- Todas las anotaciones deben ser legibles y mantenerse en detalle.
- Todas las anotaciones deben estar fechadas y firmadas, o dictadas por el profesional clínico que brinda la atención.
- Las enfermedades significativas o las condiciones médicas se documentan en la lista de problemas y los diagnósticos pasados y actuales se anotan.

- Las reacciones adversas o alergias a medicamentos se documentan destacadas en una única ubicación en la historia clínica. Si no hay alergias conocidas, se documenta NKA o NKDA.
- Se establece un registro actualizado de vacunas para los miembros pediátricos, o un registro adecuado en una historia clínica para adultos.
- Pruebas de que se ofrecen servicios y exámenes de detección preventivos conforme a las directrices de práctica de Ascension Personalized Care.
- Se documenta la información objetiva y subjetiva relativa a las quejas que presente el miembro en el historial y la revisión.
- Los antecedentes médicos (para miembros que se atendieron tres veces o más) se identifican con facilidad e incluyen cualquier accidente, operaciones o enfermedades graves, resúmenes de alta y visitas a la sala de emergencias; para niños y adolescentes (menores de 18 años) antecedentes médicos relativos a atención prenatal, parto, cualquier operación o enfermedades de la niñez.
- El diagnóstico provisional es coherente con los hallazgos.
- El plan de tratamiento es adecuado al diagnóstico.
- Se documentó el tratamiento indicado, la terapia indicada y el medicamento administrado o recetado, incluidas las instrucciones para el miembro.
- Documentación de evaluación del riesgo prenatal para embarazadas, o evaluación del riesgo infantil para recién nacidos.
- Se incluyen los formularios de consentimiento necesarios fechados y firmados.
- Los problemas no resueltos en visitas anteriores se tratan en las siguientes.
- Se revisa que no haya un uso insuficiente ni excesivo de médicos especialistas.
- Si se solicita una interconsulta, hay una nota del especialista en la historia clínica.
- Los informes de interconsultas, pruebas de laboratorio y de diagnóstico por imágenes que se archivan en la historia clínica tienen las iniciales del proveedor de asistencia médica que las solicitó, para indicar revisión. (La revisión y firma de profesionales que no sean el proveedor de asistencia médica que solicitó el estudio no cumplen este requisito). Si los informes se presentan en formato electrónico o por algún otro método, también hay una indicación de revisión del proveedor de asistencia médica que lo solicitó. Las interconsultas y los resultados anormales de las pruebas de laboratorio y de diagnóstico por imágenes tienen una anotación explícita en el registro de planes de seguimiento.
- Se documentan las pruebas de laboratorio y otros estudios solicitados según corresponda.
- Los resultados anormales de pruebas de laboratorio y de diagnóstico por imágenes tienen anotaciones explícitas en el registro de planes de seguimiento. Todas las anotaciones tienen las iniciales del proveedor de atención primaria (PCP) para indicar revisión.

- Se documentan las derivaciones a especialistas y profesionales clínicos auxiliares, incluido el seguimiento de los resultados y los resúmenes de tratamientos brindados en otro lugar, entre ellos, los servicios de planificación familiar, los servicios preventivos y los servicios para el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.
- Se documenta la enseñanza o la consejería médica.
- Para los miembros mayores de 12 años, anotaciones pertinentes relativas al consumo de tabaco, alcohol y abuso de sustancias. (Para los miembros que se atendieron más de tres veces, se debe indagar respecto de los antecedentes de abuso de sustancias).
- Se debe documentar si no se cumple con una cita.
- Las anotaciones o formularios de consulta tienen una nota, cuando se indique, relativa a las llamadas o visitas de atención de seguimiento. Debe anotarse el tiempo específico hasta la siguiente visita como semanas, meses o según se necesite.
- Pruebas de que no se ha puesto en riesgo indebido al miembro por un problema terapéutico o un diagnóstico.
- Se protege la confidencialidad de la información y los registros del miembro.
- Prueba de que se ha ofrecido la posibilidad de crear directivas anticipadas a los mayores de 18 años.

#### Revelación de historias clínicas

Todas las historias clínicas de los miembros son confidenciales y no deben revelarse sin la autorización por escrito del miembro o de un padre/tutor legal, conforme a las leyes y reglamentaciones estatales y federales. Cuando corresponda revelar la historia clínica, el grado de dicha revelación debe basarse en la necesidad médica o en la necesidad de conocerla.

Todas las revelaciones de historias o registros clínicos específicos relativos a trastorno por uso de sustancias deben cumplir las directrices federales del CFR 42 parte 2, así como todas las leyes estatales pertinentes.

### Auditorías de cumplimiento para la documentación de historia clínica

Es posible que Ascension Personalized Care haga una auditoría de las prácticas de mantenimiento de registros y de las historias clínicas individuales de los miembros junto con actividades del programa de mejora de la calidad, utilizando los estándares mencionados arriba. Los profesionales clínicos que obtengan una puntuación de menos del 80 % en las auditorías de historias clínicas podrían ser incluidos en un plan de medidas correctivas, sujetos a revisiones adicionales de historias clínicas o derivados al Comité de mejora de la calidad (QIC) de Ascension Personalized Care para recibir recomendaciones.

Ascension Personalized Care anima a los profesionales clínicos a solicitar historias clínicas que documenten la atención brindada anteriormente a los miembros que sean nuevos en su lista de pacientes. Esto los ayudará a asegurarse de que el miembro reciba atención continua, además de ayudar a determinar el tratamiento más adecuado para el paciente.

### Transferencia de historias clínicas de miembros nuevos

Se exige que todos los PCP documenten en la historia clínica del miembro los intentos de conseguir las historias clínicas históricas de todos los miembros de Ascension Personalized Care recién asignados. Si el miembro o su padre/tutor legal no puede recordar dónde recibió atención médica, o si no puede proporcionar la dirección de los profesionales clínicos anteriores, debe dejarse registro de ello en la historia clínica.

#### Auditorías de historias clínicas

Ascension Personalized Care realizará auditorías aleatorias de historias clínicas como parte de su programa de mejora del desempeño y evaluación de la calidad (QAPI) para supervisar el cumplimiento de los estándares de documentación de historias clínicas mencionados arriba. La coordinación de la atención y los servicios prestados a los miembros, entre ellos el uso insuficiente/excesivo de los servicios, así como los resultados de esos servicios, también está sujeto a revisión y evaluación durante la auditoría de una historia clínica. Ascension Personalized Care avisará por escrito antes de efectuar una revisión de historias clínicas.

### Acceso de Ascension Personalized Care a los registros y auditorías

Sujeto solo a las leyes estatales y federales correspondientes de confidencialidad o privacidad, el profesional clínico permitirá a Ascension Personalized Care o a su representante designado el acceso a los registros del profesional clínico, en el lugar de trabajo del profesional clínico en este estado durante el horario de atención normal, o por acceso remoto a esos registros, para que efectúe una auditoría, los revise, realice revisiones de historias clínicas y duplique esos registros. Si la auditoría debe efectuarse en el lugar, Ascension Personalized Care o su representante designado avisará por escrito al menos 30 días hábiles antes para solicitar acceso a los registros con el fin de realizar una auditoría en el lugar. La auditoría será programada en horarios acordados mutuamente, pero no más de 60 días después de la fecha del aviso por escrito.

### Acceso a la historia clínica electrónica (EMR)

Los profesionales clínicos otorgarán a Ascension Personalized Care acceso al sistema de historias clínicas electrónicas (EMR) del profesional clínico para que pueda administrar eficazmente los casos de los miembros y obtener datos de historia clínica que permitan un ajuste de riesgos y un informe de calidad. No se cobrarán tarifas adicionales a Ascension Personalized Care por permitir este acceso.

# Leyes federales y estatales que rigen la revelación de información

La revelación de cierta información se rige por una infinidad de leyes federales o estatales. Estas leyes a menudo imponen restricciones a la manera en que deben revelarse tipos específicos de información, incluidos, entre otros, los registros de salud mental, tratamiento para el abuso de alcohol o de sustancias y enfermedades contagiosas.

Por ejemplo, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) exige que las entidades cubiertas, como los planes de salud y los profesionales clínicos, revelen información médica protegida solo cuando lo permite la ley, por ejemplo para actividades de tratamiento, pago y operaciones, incluidos la coordinación y la administración de la atención.

Sin embargo, un conjunto distinto de normas federales impone restricciones más estrictas al uso y revelación de registros de tratamiento de abuso de alcohol y de sustancias (CFR 42 Parte 2 o "Parte 2"). Estos registros

por lo general no pueden revelarse sin el consentimiento de la persona a la que pertenece la información sujeta a revelación.

Aún más, otras leyes estatales imponen restricciones adicionales a la revelación de determinada información, como la relativa a salud mental, enfermedades contagiosas, etc.

Para obtener más información sobre alguna de estas leyes, consulte lo siguiente:

- HIPAA: visite el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en: cms.hhs.gov y luego seleccione "Regulations and Guidance" (Reglamentaciones y orientación) y "HIPAA – General Information" (HIPAA: Información general).
- Reglamentaciones de la Parte 2: visite la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (perteneciente al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.) en samhsa.gov.
- Leyes estatales: consulte los estatutos pertinentes para determinar cómo pueden afectar a la revelación de información de los pacientes que atiende.

Los profesionales clínicos contratados de la red de Ascension Personalized Care están obligados a saber, comprender y cumplir estas leyes de manera independiente.

Ascension Personalized Care se toma muy en serio la privacidad y la confidencialidad. Hemos establecido procesos, políticas y procedimientos para cumplir con la HIPAA y otras leyes pertinentes federales o estatales sobre confidencialidad y privacidad.

Si tiene alguna pregunta sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con el encargado de cumplimiento de Ascension Personalized Care por teléfono al 833-600-1311 o por correo electrónico disponible en ascensionpersonalized care.com.

# Sección 1557 de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud a Bajo Precio

La Sección 1557 es la disposición de no discriminación de la Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio (ACA). La ley prohíbe la discriminación por raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad en determinados programas médicos o actividades médicas. La Sección 1557 se basa en leyes federales históricas conocidas de derechos civiles: Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, Título IX de las Enmiendas de Educación de 1972, la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Ley de Discriminación por Edad de 1975. La Sección 1557 extiende las protecciones de no discriminación a personas que participan en lo siguiente:

- Cualquier programa o actividad médica que de algún modo reciba fondos de HHS.
- Cualquier programa o actividad médica administrado por HHS.
- Mercados de Seguros Médicos y todos los planes ofrecidos por aseguradoras que participen en esos Mercados.

Para obtener más información, visite hhs.gov/civil-rights/for-individuals/section-1557/index.html

# Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos

Para mejorar la eficiencia y la eficacia del sistema de atención médica, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA), Derecho Público 104-191, incluye disposiciones de simplificación administrativa que requieren estándares nacionales para los conjuntos de códigos y las transacciones electrónicas de atención médica, identificadores únicos de salud y seguridad, así como protecciones federales de privacidad para la información médica que pueda identificar al paciente. La Oficina de Derechos Civiles administra y aplica la Norma de privacidad y la Norma de seguridad.

Otras normas de simplificación administrativa de la HIPAA son administradas y aplicadas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), e incluyen:

- Estándares de conjuntos de códigos y transacciones
- Estándar del identificador del empleador
- Estándar del Identificador nacional del proveedor (NPI)

La Norma de aplicación proporciona estándares para la aplicación de todas las normas de simplificación administrativa. Puede ver un resumen de las normas de simplificación administrativa de la HIPAA en CMS.gov/Regulations-and-Guidance/Administrative-Simplification/HIPAA-ACA/.

### Reglamentaciones de privacidad

Las normas de privacidad regulan quién tiene acceso a la información médica personal que pueda identificar al miembro (PHI), ya sea de forma escrita, oral o electrónica. Además, esta reglamentación otorga a las personas el derecho de mantener confidencial su PHI y, en algunos casos, de impedir que se revele.

En cumplimiento con las reglamentaciones de privacidad, Ascension Personalized Care ha brindado a cada miembro de Ascension Personalized Care un aviso de privacidad, en el que se describe cómo usa o comparte Ascension Personalized Care los registros médicos del miembro y cómo el miembro puede acceder a la información. Además, el Aviso de privacidad del miembro le informa sobre sus derechos de privacidad en la atención médica y le explica cómo pueden ejercerse esos derechos. Puede encontrar copias de los Avisos de privacidad del miembro de Ascension Personalized Care en ascension personalized care.com.

- Como profesional clínico, si tiene alguna pregunta sobre las prácticas de privacidad de Ascension Personalized Care, comuníquese con el encargado de cumplimiento de Ascension Personalized Care al 833-600-1311.
- Se debe dirigir a los miembros al departamento de Servicios para miembros de Ascension Personalized
  Care si tienen alguna pregunta sobre las reglamentaciones de privacidad. Puede comunicarse con
  Servicios para miembros al teléfono de Ascension Personalized Care, 833-600-1311.

### La Norma de seguridad

La Norma de seguridad de la HIPAA establece estándares nacionales para proteger la información médica personal electrónica de los miembros que Ascension Personalized Care genera, recibe, usa o mantiene. La

Norma de seguridad requiere protecciones administrativas, físicas y técnicas adecuadas para garantizar la confidencialidad, la integridad y la seguridad de la información médica electrónica protegida. La Norma de seguridad se encuentra en el CFR 45 Parte 160 y en las Subpartes A y C de la Parte 164.

### La Norma de notificación de infracciones

El 25 de enero de 2013, la Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU. publicó en el Registro Federal una norma general final que revisa determinadas normas promulgadas según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA). Estas normas revisadas se publicaron conforme a los cambios promulgados por el Congreso en la Ley de Tecnología de Información para la Salud Económica y Clínica (HITECH) y la Ley de No Discriminación por Información Genética (GINA), ambas de 2008. En vigor a partir del 23 de marzo de 2013, la Norma final implementa la sección 13402 de la Ley HITECH mediante exigir diversos avisos luego de una violación de la información médica protegida no asegurada.

La Norma final elimina el estándar de riesgo considerable de daño de la Norma provisoria para determinar si ocurrió una violación. Las entidades cubiertas y los socios comerciales deben asegurar el cumplimiento de las definiciones regulatorias relativas a los avisos de infracciones.

### Reglamentaciones de conjuntos de códigos y transacciones

Las transacciones son actividades que implican el traspaso de información de atención médica con fines específicos. Según la HIPAA, si HIPAA o un profesional clínico de atención médica se involucra en una de las transacciones identificadas, debe cumplir con los estándares correspondientes, que incluyen el uso de conjunto de códigos estándares para identificar diagnósticos y procedimientos. Los Estándares para transacciones electrónicas y conjuntos de códigos, publicados el 17 de agosto de 2000, y desde entonces modificados, adoptaron estándares para varias transacciones, incluidas la información de reclamos y consultas y los estados de reclamos y de pago. Cualquier profesional clínico de atención médica que realice una transacción estándar también debe cumplir la Norma de privacidad.

La versión 5010 se refiere a un conjunto revisado de estándares de transacción electrónica de la HIPAA adoptados para sustituir los estándares actuales. Cada estándar ha sido actualizado, incluidos los reclamos, la elegibilidad y las autorizaciones de derivaciones.

Todas las entidades cubiertas por la HIPAA deben usar la versión 5010 a partir del 1 de enero de 2012. Cualquier transacción electrónica por la que se haya adoptado un estándar debe haberse enviado usando la versión 5010 a partir del 1 de enero de 2012.

### Conjuntos de códigos obligatorios según la HIPAA

La reglamentación de conjuntos de códigos de la HIPAA exige que todos los códigos utilizados en transacciones electrónicas estén estandarizados, y que usen la codificación nacional estándar. Solo pueden usarse códigos nacionales estándares para los reclamos electrónicos o la autorización de servicios. Los conjuntos de códigos con reconocimiento nacional incluyen los siguientes:

1. Sistema de codificación de procedimientos comunes de atención médica (HCPCS): este conjunto de códigos, establecido por los CMS, representa principalmente artículos y suministros y servicios no

- médicos que no están incluidos en los códigos CPT-4 de la Asociación Médica Estadounidense, que pueden adquirirse de la Asociación Médica Estadounidense (AMA) al 1-800-621-8335.
- 2. Códigos de Terminología Actual de Procedimientos (CPT): los códigos CPT se usan para describir procedimientos médicos. La Asociación Médica Estadounidense mantiene este conjunto de códigos. Para obtener más información sobre los códigos de CPT, comuníquese con la AMA.
- 3. Clasificación internacional de enfermedades, 9.ª edición, Modificación clínica (ICD-9-CM), Volúmenes 1 y 2 (códigos de diagnóstico): el Centro Nacional de Estadísticas de Salud y los Centros para el Control de Enfermedades (CDC), pertenecientes al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), mantienen estos códigos.
- 4. Clasificación internacional de enfermedades, 9.ª edición, Modificación clínica (ICD-9-CM), Volumen 3 (procedimientos): los mantienen los CMS.
- 5. Clasificación internacional de enfermedades, 10.ª edición, Modificación clínica (ICD-10-CM): este es el nuevo sistema de codificación de diagnósticos que se elaboró en reemplazo del ICD-9-CM, Volúmenes 1 y 2. Clasificación internacional de enfermedades, 10.ª edición, Sistema de codificación de procedimientos (ICD-10-PCS): es el nuevo sistema de codificación de procedimientos que se elaboró en reemplazo del ICD-9-CM, Volumen 3 , y consta de dos partes:
  - Parte 1: ICD-10-CM para codificación de diagnósticos ICD-10-CM se usa en todos los ámbitos de atención médica en EE. UU. La codificación de diagnósticos según ICD-10-CM usa entre tres y siete dígitos, en vez de los tres a cinco dígitos que se usan en el ICD-9-CM, pero el formato de conjuntos de códigos es similar.
  - Parte 2: ICD-10-PCS para codificación de procedimientos para pacientes hospitalizados. ICD-10-PCS se usa solo en los ámbitos para pacientes hospitalizados en EE. UU. ICD-10-PCS usa siete caracteres alfanuméricos, en vez de tres o cuatro números como en la codificación de procedimientos del ICD-9-CM. Código Nacional de Medicamentos (NDC). El NDC es un código que identifica el proveedor (fabricante), el producto y el tamaño del envase de todos los medicamentos reconocidos por la Administración Federal de Medicamentos (FDA). Para acceder al conjunto de códigos NDC completo, consulte fda.gov/Drugs/InformationOnDrugs/ucm142438.htm.

# Transacciones reglamentadas por la HIPAA

Abajo están las 10 transacciones electrónicas estandarizadas que estipula la legislación de la HIPAA.

- 1. Nombre de la transacción
- 2. Número de transacción de la HIPAA
- 3. Reclamos y consultas
- 4. Inscripción y cancelación
- 5. Peticiones de elegibilidad del plan médico y respuesta
- 6. Pago y aviso de pago
- 7. Pago de primas
- 8. Petición de estado de reclamo y respuesta

- 9. Coordinación de beneficios
- 10. Derivación y autorización

Si bien es un proceso operativo estándar, Ascension Personalized Care no utiliza actualmente todos los conjuntos de transacciones estándares. Los miembros y los profesionales clínicos de Ascension Personalized Care tienen disponible una funcionalidad equivalente a la que ofrecen estos conjuntos de transacciones a través de diversas funciones alternativas, como herramientas en línea. Actualmente, Ascension Personalized Care ofrece una alternativa, a través del portal seguro para profesionales clínicos, para las siguientes transacciones:

- ASC X12 270 Consulta de estado de elegibilidad
- ASC X12 271 Respuesta de estado de elegibilidad
- ASC X12 276 Consulta de estado de reclamo
- ASC X12 277 Respuesta de estado de reclamo
- ASC X12 278 Certificación de derivación y respuesta

Para obtener más información sobre cómo realizar estas transacciones en formato electrónico, comuníquese con Ascension Personalized Care al **888-492-6811**.

# Identificador nacional del proveedor

El Identificador nacional del proveedor (NPI) es un estándar de simplificación administrativa de la HIPAA. El NPI es un número de identificación único para los profesionales clínicos de atención médica cubiertos. Los profesionales clínicos de atención médica cubiertos y todos los planes médicos y centros de distribución de atención médica deben usar los NPI en las transacciones financieras y administrativas adoptadas conforme a la HIPAA. El NPI es un identificador numérico de 10 posiciones sin información (número de 10 dígitos). Esto quiere decir que los números no contienen ninguna otra información sobre los profesionales clínicos de atención médica, como el estado en el que viven o su especialidad médica. Debe usarse el NPI en lugar de los identificadores anteriores de los profesionales clínicos en todas las transacciones electrónicas estándares de la HIPAA. Sin embargo, algunos profesionales clínicos de servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) se consideran "Profesionales clínicos atípicos" porque prestan servicios no sanitarios o no médicos a los miembros de Ascension Personalized Care. Estos profesionales clínicos facturan con su identificación atípica (n.º de LTSS) en el campo de identificación del proveedor que no es NPI del formulario de reclamo.

Como se describe en la reglamentación federal, los profesionales clínicos cubiertos también deben compartir su NPI con otros profesionales clínicos, planes médicos, centros de distribución y cualquier entidad que pueda necesitarlo con fines de facturación.

Si tiene alguna pregunta sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con el encargado de cumplimiento de Ascension Personalized Care por teléfono al 833-600-1311 o por escrito (consulte la dirección abajo).

Ascension Personalized Care Attn: Compliance Officer PO Box 1707 Troy, MI 48099-1707

# Fraude, derroche y abuso

Ascension Personalized Care se toma muy en serio la detección, la investigación y la acusación de fraude y abuso, y cuenta con un programa de Fraude, derroche y abuso (FWA) que cumple las leyes federales y estatales. Ascension Personalized Care tiene en funcionamiento una unidad de Fraude, derroche y abuso. Ascension Personalized Care realiza auditorías de forma rutinaria para garantizar el cumplimiento de las reglamentaciones de facturación. Nuestro complejo software de edición de códigos realiza auditorías sistemáticas durante el proceso de pago de reclamos. Para comprender mejor este sistema, revise las secciones de Reclamos y Facturación al miembro de este manual. La Unidad de investigación especial (SIU) de Ascension Personalized Care realiza auditorías retrospectivas que, en algunos casos, pueden provocar que se tomen medidas contra los profesionales clínicos que cometan fraudes, derroches o abusos. Estas medidas incluyen, entre otras, las siguientes:

- Información y capacitación correctiva para prevenir irregularidades en la facturación.
- Revisión de uso más estricta.
- Recuperación de dinero pagado anteriormente.
- Rescisión del acuerdo u otro arreglo contractual con el profesional clínico.
- Procesamiento civil o penal.
- Otras medidas correctivas disponibles para subsanar.

Algunas de las prácticas de FWA más frecuentes incluyen las siguientes:

- Desglose de códigos.
- Codificación en un nivel más alto de servicios.
- Códigos agregados facturados sin CPT principal.
- Código de diagnóstico o procedimiento no coherente con la edad o el género del miembro.
- Uso de códigos de exclusión.
- Uso excesivo de unidades.
- Mal uso de los beneficios.
- Reclamo por servicios no prestados.

Si sospecha o presencia que un profesional clínico factura de forma indebida o que un miembro recibe servicios indebidos, llame a nuestra línea directa de FWA, anónima y confidencial, al 1-866-685-8664. Ascension Personalized Care se toma muy en serio todos los informes de posible fraude, derroche y abuso, e investiga todos los problemas informados.

Exclusión de la Oficina del Inspector General (OIG) o de la Administración de Servicios Generales (GSA) y Lista de exclusión de los CMS: Tiene la obligación de revisar las listas de exclusión antes de la contratación y luego todos los meses, según se describe abajo, para todo el personal, voluntarios, empleados temporales, asesores, miembros de la junta directiva y cualquier contratista que cumpla los requisitos descritos en la Ley §1862(e)(1)(B), C.F.R. 42 §§ 422.503(b)(4)(vi)(F), 422.752(a)(8), 423.504(b)(4)(vi)(F), 423.752(a)(6), 1001.1901.

La implementación de protecciones contra fraude, derroche y abuso de los profesionales clínicos debe identificar los profesionales clínicos y entidades excluidos.

El pago de Medicare no puede hacerse por artículos o servicios prestados o indicados por un profesional clínico o entidad excluido. Los planes no deben usar fondos federales para pagar por servicios, equipos o medicamentos indicados o proporcionados por un profesional clínico, proveedor, empleado o entidades de primer nivel, subordinadas y relacionadas (FDR) excluidos por los CMS o por la Oficina del Inspector General (OIG) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) o la Administración de Servicios Generales (GSA). Ascension Personalized Care revisará la Lista de exclusión de los CMS, la Lista de personas y entidades excluidas (lista LEIE) de la OIG del DHHS y la Lista de partes excluidas (EPLS) de la GSA antes de contratar a un nuevo, empleado, empleado temporal, voluntario, asesor, miembro del consejo directivo o FDR, y luego todos los meses. Si se identifica alguno, los profesionales clínicos tienen que informar de inmediato a Ascension Personalized Care de modo que, si es necesario, Ascension Personalized Care tome las medidas adecuadas. Los profesionales clínicos pueden comunicarse con el encargado de cumplimiento de Ascension Personalized Care al 833-600-1311.

# Autoridad de cumplimiento del programa FWA y responsabilidad

Cumplimiento y Asuntos Reglamentarios de Ascension Personalized Care tiene responsabilidad y autoridad absoluta para llevar a cabo las disposiciones del programa de cumplimiento. Ascension Personalized Care se compromete a identificar, investigar, sancionar y perseguir las sospechas de fraude, derroche y abuso.

La red de profesionales clínicos de Ascension Personalized Care debe cooperar por completo en hacer que el personal o el personal del subcontratista esté disponible en persona para entrevistas, consultas, procedimientos del gran jurado, conferencias previas al juicio, audiencias, juicios y cualquier otro proceso, incluidas las investigaciones.

Para reportar una sospecha de fraude, derroche y abuso, llame al 833-600-1311.

# Ley de Reclamos Falsos

La Ley de Reclamos Falsos determina que hay responsabilidad civil cuando cualquier persona o entidad indebidamente recibe o evita pagos al gobierno federal. La ley prohíbe lo siguiente:

- Presentar a sabiendas, o causar que se presente, un reclamo falso para un pago o aprobación.
- Hacer o usar a sabiendas, o causar que se haga o use, un registro o material de estado de cuenta falso para un reclamo falso o fraudulento.
- Conspirar para cometer cualquier infracción de la Ley de Reclamos Falsos.

- Certificar falsamente el tipo o la cantidad de propiedad que usará el gobierno.
- Certificar la recepción de propiedad en un documento sin saber por completo si la información es veraz.
- Comprar a sabiendas propiedad del gobierno de un funcionario del gobierno no autorizado.
- Hacer o usar a sabiendas, o causar que se haga o use, un registro falso para evitar pagar o transferir propiedad al gobierno, o para disminuir tal obligación.

Para obtener más información sobre la Ley de Reclamos Falsos, visite cms.hhs.gov.

# Anexo

# Anexo I: Causas frecuentes de los rechazos anticipados de reclamos

Las causas frecuentes de rechazos anticipados incluyen, entre otras, las siguientes:

- Información ilegible: la tinta está borrosa, demasiado clara o demasiado gruesa (se corre hacia otros caracteres o fuera del recuadro) o el tipo de letra es demasiado pequeño.
- Falta la fecha de nacimiento del miembro.
- Falta el nombre o el número de identificación del miembro.
- Falta el nombre, el número de identificación fiscal (TIN) o el número de identificación nacional del proveedor de asistencia médica (NPI).
- Falta información del profesional clínico tratante en el bucle 2310A de los reclamos institucionales cuando el CLM05-1 (tipo de factura) es 11, 12, 21, 22 o 72 o falta en el recuadro 48 del formulario de reclamo UB en papel.
- La fecha del servicio no es anterior a la fecha de recepción del reclamo (fecha de servicio futura).
- Falta la fecha o el intervalo de fechas del servicio en los campos obligatorios. Ejemplo: Fechas de "Statement From" (estado de cuenta desde) o "Service From" (servicio desde).
- El tipo de factura no es válido.
- Falta el código de diagnóstico, o es inválido o está incompleto.
- Falta el detalle de la línea de servicio.
- La fecha del servicio es anterior a la fecha de vigencia del miembro.
- Falta el tipo de ingreso (Reclamos de centros de hospitalización: UB-04, campo 14).
- Falta el estado del paciente (Reclamos de centros de hospitalización: UB-04, campo 17).
- Falta el código/fecha de caso, o no es válido.
- Falta el código de ingresos, o no es válido.
- Falta el código CPT o de procedimiento, o no es válido.
- Falta un número de CLIA en el recuadro 23 o un CMS 1500 para un servicio de CLIA o exento de CLIA.
- Se usó un tipo de formulario incorrecto.

# Anexo II: causa frecuente de demoras y denegaciones en el procesamiento de reclamos

- Faltan los códigos de procedimiento o modificadores, o los ingresados no son válidos. Incluye los modificadores GN, GO o GP para servicios terapéuticos.
- Al código de diagnóstico le falta el 4.º o 5.º dígito.
- Falta el código de DRG o no es válido.
- Falta la explicación de los beneficios (EOB) de la aseguradora principal, o está incompleta.
- Falta información de responsabilidad de terceros (TPL), o está incompleta.
- La identificación del miembro no es válida.
- El código del lugar de servicio no es válido.
- El TIN y el NPI del proveedor no coinciden.
- El código de ingresos no es válido.
- El intervalo de fecha del servicio no coincide con los días/unidades indicadas.
- El número de identificación fiscal (TIN) no es válido.

# Anexo III: instrucciones para información complementaria

FORMULARIO (CMS- 1500 02/12), CAMPO SOMBREADO 24A-G

Los siguientes tipos de información complementaria se aceptan en una línea sombreada del campo 24-A-G del formulario de reclamo CMS 1500 (02/12):

- Código Nacional de Medicamentos (NDC)
- Descripción narrativa de códigos no específicos/misceláneos/no incluidos
- Tarifas del contrato

Deben usarse los siguientes clasificadores cuando se informen estos servicios:

- ZZ Descripción narrativa de códigos no específicos/misceláneos/no incluidos
- N4 Código Nacional de Medicamentos (NDC)
- CTR Tarifas del contrato

Si tiene que reportar otra información complementaria que no se menciona arriba, siga las instrucciones del pagador para el uso de un clasificador de la información que se reporta. Cuando informe un servicio que no tiene un clasificador, escriba dos espacios en blanco antes de ingresar la información.

Para ingresar información complementaria, escriba primero el clasificador y luego la información en el 24A. No ingrese un espacio entre el clasificador y el número/código/información. No escriba guiones ni espacios dentro del número/código.

Se puede informar más de un elemento complementario en las líneas sombreadas del punto 24. Ingrese el primer clasificador y el número/código/información en 24A. Después del primer elemento, escriba tres espacios en blanco y luego el siguiente clasificador y el número/código/información.

Para informar cantidades en dólares en el área sombreada, escriba siempre la cantidad en dólares, un punto decimal y los centavos. Si la cantidad es un número entero, use 00 para los centavos. No use comas. No escriba símbolos de dólar (p. ej., 1000.00; 123.45).

Información adicional para reportar el NDC:

Cuando agregue información complementaria para el NDC, ingrésela en este orden:

- Clasificador
- Código NDC
- Un espacio
- Clasificador de unidad/base de medida
- F2: unidad internacional
- ME: miligramo
- UN: unidad
- GR: gramo
- ML: mililitro
- Cantidad
- El número de dígitos para la cantidad está limitado a ocho antes del punto decimal y tres después del punto decimal (p. ej., 99999999.999).
- Cuando ingrese un número entero, no use decimales (p. ej., 2.
- No use comas.
- Códigos no específicos/misceláneos/no incluidos

# Anexo IV: consejos y recordatorios de facturación

# Atención médica diurna para adultos

- Debe facturarse en un formulario de reclamos CMS 1500.
- Debe facturarse en la ubicación 99.

#### **Ambulancia**

- Debe facturarse en un formulario de reclamos CMS 1500.
- Deben facturarse los modificadores correspondientes con los códigos de transporte.

# Centro de cirugía ambulatoria (ASC)

- Los centros de cirugía ambulatoria deben facturar los cargos en el formulario de reclamo CMS 1500.
- Debe facturarse en lugar del servicio 24.
- Se debe presentar factura para trasplantes de córnea.
- La mayoría de las extracciones quirúrgicas se facturan solo como ASC.

#### Anestesia

- Facture la cantidad total de minutos en el campo 24G del formulario de reclamo CMS 1500 y debe presentarlo con el modificador correspondiente.
- Si no se factura la cantidad total de minutos, puede producirse un reembolso incorrecto o una denegación del reclamo.
- Deben utilizarse los modificadores correspondientes.

#### Normas de facturación de APC

- Los hospitales rurales (CAH) deben facturar con códigos 13x-14x.
- El tipo de factura para los reclamos de APC está limitado al rango 13xs-14x.
- No se permiten reclamos por cargos tardíos, solo reclamos de reemplazo. Los reclamos con cargos tardíos serán denegados y tendrán que volver a presentarse.
- El profesional clínico tendrá que presentar los reclamos que abarquen dos años calendario como un solo reclamo.
- Las modificaciones máximas de unidades (MUE) de los CMS se aplicarán por línea, por reclamo.
  - o Las líneas de reclamos que superen el valor de MUE serán denegadas.

- Observación: Los profesionales clínicos tienen que facturar el HCPCS G0378 junto con el código de ingresos. El código G de Observación habilitará la tasa de casos.
- Reclamos de ambulancias: Debe presentarse en un formulario CMS 1500. Se denegará todo reclamo de ambulancia presentado en un UB.
- Se requieren códigos de ingresos y códigos HCPC para los reclamos de APC.

# Rehabilitación de día completo

- Debe facturarse en un formulario de reclamos CMS 1500.
- Debe facturarse en la ubicación 61.
- Modificadores aceptables

#### **Partos**

 Use los códigos correspondientes de valores así como el peso al nacer cuando facture servicios de partos.

## DME/suministros/prótesis y aparatos ortopédicos

- Se debe facturar con un modificador correspondiente.
- Los servicios solo de compra deben facturarse con el modificador NU.
- Los servicios de alquiler deben facturarse con el modificador RR.

#### **Audífonos**

• Debe facturarse con el modificador LT o RT que corresponda.

#### Atención médica en casa

- Debe facturarse en un UB 04.
- El tipo de factura debe ser 3XX.
- Debe facturarse en la ubicación 12.
- Se requieren los códigos Rev. y CPT.
- Cada visita debe facturarse por separado en una línea de servicio aparte.

#### Centros de atención aguda a largo plazo (LTAC)

• Los centros de atención aguda a largo plazo (LTAC) deben presentar Indicadores de estado funcional en las presentaciones de reclamos.

#### Servicios de maternidad

- Los profesionales clínicos deben usar la codificación correcta para los servicios de maternidad.
- Los servicios prestados a los miembros antes de su fecha de vigencia en Ascension Personalized Care deben codificarse correctamente y enviarse al pagador responsable.
- Los servicios prestados a los miembros a partir de su fecha de vigencia en Ascension Personalized Care deben codificarse correctamente y enviarse a Ascension Personalized Care.

#### **Modificadores**

- Uso adecuado de 25, 26, TC, 50, GN, GO, GP
- Modificador 25: debe usarse cuando se un mismo médico brinda un servicio de evaluación y control (E&M), significativo y que puede identificarse por separado, el mismo día de otro procedimiento (p. ej., 99381 y 99211-25. El modificador 25 está sujeto a la edición de códigos y al proceso de auditorías. Anexar un modificador 25 no garantiza el pago automático y puede requerir el envío de historias clínicas. Visita de control de niño sano y consulta por enfermedad realizadas el mismo día por el mismo médico). \*Nota: Los modificadores 25 no se anexan a códigos de procedimiento que no sean de E&M, p. ej., análisis de laboratorio.
- Modificador 26: nunca debe anexarse a un código CPT de visita en el consultorio.

Use el modificador 26 para indicar que el componente profesional de una prueba o estudio se realiza con las series de códigos CPT 70000 (radiología) u 80000 (patología). El uso inadecuado puede provocar la denegación/rechazo del reclamo.

- Modificador TC: se usa para indicar que se realiza el componente técnico de una prueba o estudio
- Modificador 50: indica que un procedimiento se realizó en una región anatómica bilateral.
  - El procedimiento debe facturarse en una única línea de reclamo con el modificador 50 y la cantidad "uno".
  - No deben facturarse los modificadores RT y LT o las cantidades mayores de uno si se usa el modificador 50.
- Modificadores GN, GO, GP: modificadores de terapia necesarios en fonoaudiología, terapia ocupacional y fisioterapia.

## **Suministros**

- Los médicos pueden facturar suministros y materiales además de la visita en el consultorio si estos suministros son aparte de los que suelen incluirse en la visita en el consultorio.
- Suministros como batas, paños, guantes, espéculos, suministros ginecológicos, recipientes para orina, hisopos, gel, etc. están incluidos en la visita en el consultorio y no deben facturarse por separado. Los profesionales clínicos no pueden facturar ningún suministro reutilizable.

# Servicios de laboratorio hospitalarios ambulatorios

- Tipo de factura 141: debe usarse cuando la muestra de un miembro no hospitalizado o no ambulatorio se envía para análisis en el Laboratorio ambulatorio del hospital. El miembro no está presente físicamente en el hospital.
- Tipo de factura 131 y modificador L1: debe usarse cuando el hospital solo brinda pruebas de laboratorio al miembro y el miembro no recibe también otros servicios ambulatorios en el hospital en la misma visita. También debe usarse cuando un hospital proporciona una prueba de laboratorio durante la misma visita para otros servicios hospitalarios ambulatorios que no guardan relación clínica con los otros servicio hospitalarios ambulatorios, y la prueba de laboratorio es solicitada por distintos proveedores de asistencia médica que el proveedor de asistencia médica que solicitó los otros servicios hospitalarios ambulatorios brindados en el entorno ambulatorio del hospital.
- Los servicios que no se facturen siguiendo las directrices de arriba serán denegados como EX código AT.

#### **POA**

- Se requiere el indicador de presencia en el ingreso (POA) en todos los reclamos de centros de hospitalización.
  - o Si no se incluye el POA, puede producirse la denegación/rechazo del reclamo.

# Servicios de rehabilitación: pacientes hospitalizados

 Deben enviarse indicadores de estado funcional para los servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados.

#### **Telemedicina**

- Los médicos que estén en el lugar remoto pueden facturar servicios de telemedicina y **deben** usar el modificador correspondiente para identificar el servicio que se prestó por telemedicina.
  - o CPT de E&M más el modificador correspondiente
  - o Por sistemas de telecomunicación de audio y video interactivos

# Anexo V: guía complementaria general sobre el EDI

La guía complementaria brinda a los socios comerciales de Ascension Personalized Care las directrices para el envío de ASC X12N/005010x222 Reclamo de atención médica: profesional (837P) y ASC X12N/005010x223 Reclamo de atención médica: institucional (837I). La guía complementaria de Ascension Personalized Care documenta cualquier supuesto, convenio o problema de datos que sea específico de los procesos comerciales de Ascension Personalized Care cuando se implementan los Informes técnicos tipo 3 (TR3) de HIPAA ASC X12N 5010A. Por tanto, esta guía complementaria es exclusiva para Ascension Personalized Care y sus afiliadas.

Este documento **no** reemplaza los Informes técnicos tipo 3 (TR3) de HIPAA ASC X12N 5010A para transacciones electrónicas, ni procura enmendar ninguna de las normas de ese documento ni imponer ningún mandato a los socios comerciales de Ascension Personalized Care. Este documento brinda información sobre el manejo de códigos específico de Ascension Personalized Care, así como el manejo de situaciones que están dentro de los parámetros de las normas de simplificación administrativa de la HIPAA. Quienes lean esta guía complementaria deben conocer los Informes técnicos tipo 3 de la HIPAA, así como su estructura y contenido. Aquí no se repite la información incluida en los TR3 de la HIPAA, aunque se incluyen referencias a los TR3 cuando es necesario. Los Informes técnicos tipo 3 (TR3) de la HIPAA ASC X12N 5010A pueden adquirirse en store.x12.org.

La guía complementaria brinda información adicional a la del acuerdo del socio comercial (TPA) que existe entre Ascension Personalized Care y sus socios comerciales. Consulte el TPA para ver las directrices relativas a las condiciones legales de Ascension Personalized Care respecto de las implementaciones de transacciones de EDI y conjuntos de códigos. Consulte la guía complementaria para obtener información sobre las normas comerciales de Ascension Personalized Care o los requisitos técnicos relacionados con la implementación de transacciones de EDI y conjuntos de códigos que cumplan con la HIPAA.

Nada de lo incluido en esta guía tiene el objetivo de enmendar, revocar, contradecir o modificar de modo alguno los términos y condiciones del acuerdo del socio comercial. Si existe alguna inconsistencia entre los términos de esta guía y los del acuerdo del socio comercial, los términos del acuerdo del socio comercial prevalecerán.

Se ha otorgado permiso explícito para usar los materiales con derecho de autor de X12 incluidos en este documento.

# Procesamiento de reclamos

#### Reconocimientos.

Los remitentes reciben cuatro tipos de transacciones de reconocimiento: la transacción TA1 para reconocer el sobre de control de intercambio (ISA/IEA) de una transacción, la transacción 999 para reconocer el grupo funcional (GS/GE) y el conjunto de transacciones (ST/SE), la transacción 277CA para reconocer los reclamos de atención médica y el informe de auditoría de Ascension Personalized Care. En el nivel de reclamo de una transacción, el único reconocimiento de recepción es la devolución del informe de auditoría de reclamo o una 277CA.

#### Procesamiento de Coordinación de beneficios (COB)

Para garantizar el procesamiento adecuado de los reclamos que implican coordinación de beneficios, Ascension Personalized Care recomienda que los profesionales clínicos verifiquen para cada reclamo el número de membresía del paciente y la información de la aseguradora principal o complementaria. También envíe cualquier pago principal en el archivo 837 para facilitar el pago y evitar que se solicite una explicación de beneficios de la aseguradora principal.

#### Conjuntos de códigos

Solo deben usarse los códigos estándares válidos en el momento de la fecha del servicio.

#### Correcciones y reversiones

El 837 define qué valores deben usarse para indicar a los pagadores que el 837 entrante contiene una corrección o reversión de un reclamo que se había enviado anteriormente para su procesamiento. Para los reclamos profesionales e institucionales 837, el 2300 CLM05-3 (código de frecuencia de reclamo) debe contener un valor para la Lista nacional de tipo de especificación de elementos de datos UB, tipo de factura, posición 3.

#### Contenido/formato de la fecha

Ascension Personalized Care acepta todos los elementos de datos compatibles del reclamo profesional 837. Los puntos siguientes describen el formato coherente de los datos y las cuestiones de contenido que deben seguirse para el envío.

#### **Fechas**

Las siguientes declaraciones aplican solo a las fechas de una transacción 837:

- Todas las fechas deben seguir el formato de conformidad para el año 2000, SSAAMMDD, excepto para los segmentos de ISA en los que el formato de fecha es AAMMDD.
- Los únicos valores aceptables para "SS" (siglo) en las fechas de nacimiento son 18, 19 o 20.
- Las fechas que incluyan horas deben usar el siguiente formato: SSAAMMDDHHMM
- Use el formato militar, o los números del 0 al 23, para indicar las horas. Por ejemplo, una fecha de ingreso del 201006262115 define la fecha y la hora del 26 de junio de 2010 a las 9:15 p. m.
- No deben usarse espacios ni delimitadores de caracteres para las fechas o las horas.
- Las fechas que no sean lógicamente válidas (p. ej., 20011301) se rechazan.
- Las fechas deben ser válidas dentro del contexto de la transacción. Por ejemplo, la fecha de nacimiento del paciente no puede ser posterior a la fecha del servicio al paciente.

#### **Decimales**

Todos los porcentajes deben presentarse en formato decimal. Por ejemplo, un valor del 12.5 % debe presentarse como .125.

Los montos en dólares deben presentarse con decimales para indicar partes de un dólar; sin embargo, no debe haber más de dos posiciones después del punto decimal. Los montos en dólares que contengan más de dos posiciones después del punto decimal se rechazan.

#### Valores de cantidades unitarias y monetarias

Ascension Personalized Care acepta todos los elementos de datos compatibles del reclamo profesional 837; sin embargo, los valores de montos unitarios y monetarios que estén en números negativos se rechazan.

#### **Delimitadores**

Los delimitadores son caracteres que se usan para separar elementos de datos en una cadena de datos. Los delimitadores que Ascension Personalized Care recomienda usar están especificados en el segmento del encabezado de intercambio (el nivel ISA) de una transacción; estos incluyen la virgulilla (~) para la separación

de segmentos, el asterisco (\*) para la separación de elementos y los dos puntos (:) para la separación de componentes.

#### Teléfonos

Los números de teléfono deben presentarse en cadenas de números contiguas, sin guiones ni paréntesis. Por ejemplo, el número de teléfono (336) 555-1212 debe presentarse como 3365551212. Siempre deben incluirse los códigos de área. Ascension Personalized Care exige que los números de teléfono estén en el formato AAABBBCCCC, donde AAA es el código de área, BBB es el prefijo telefónico y CCCC es el número de teléfono.

#### **Artículos adicionales**

- Ascension Personalized Care no aceptará más de 97 líneas de servicio por reclamo UB-04.
- Ascension Personalized Care no aceptará más de 50 líneas de servicio por reclamo CMS 1500.
- Ascension Personalized Care solo aceptará indicadores de diagnósticos de dígito único en el SV107 del 837P.
- El número de seguimiento de la red de valor añadido (2300-REF02) está limitado a 30 caracteres.

## Números y códigos de identificación

# Identificadores generales

Identificadores fiscales federales

Cualquier identificador fiscal federal (identificación del empleador o número de seguro social) que se use en una transacción debe omitir los guiones o rayas. Ascension Personalized Care envía y recibe solo valores numéricos para todos los identificadores fiscales.

#### Identificador del remitente

El identificador del remitente se presenta en el control de intercambio (ISA06) de una transmisión. Ascension Personalized Care espera ver el identificador fiscal federal (ISA05, clasificador 30) para este valor. En circunstancias especiales, Ascension Personalized Care aceptará un valor "definido mutuamente" (ZZ). Los remitentes que quieran enviar un valor ZZ deben confirmar este identificador con el EDI de Ascension Personalized Care.

#### Identificadores de proveedores

Identificadores nacionales de proveedores (NPI)

La reglamentación de la HIPAA estipula que los profesionales clínicos usen su NPI para la presentación de reclamos electrónicos. El NPI se usa en el nivel de registro de las transacciones HIPAA; para los reclamos 837, se ubica en el bucle 2010AA. Consulte la tabla de elementos de datos profesionales 837 para ver instrucciones específicas sobre dónde colocar el NPI en el archivo profesional 837. La tabla también aclara qué otros elementos deben presentarse cuando se usa el NPI.

#### Proveedor que factura

El identificador principal del proveedor que factura debe ser la identificación del grupo/organización de la entidad que factura, registrada solo en 2010AA. Será un NPI tipo 2 (grupo) a menos que el profesional clínico que factura sea propietario único y procese todos los reclamos y avisos de pago con un NPI tipo 1 (individual).

#### Profesional clínico que presta el servicio

Cuando los profesionales clínicos prestan servicios para un asegurado/paciente, el servicio tendrá que ser informado en el bucle del proveedor que presta el servicio (2310B o 2420A). Solo debe usar el 2420A cuando es diferente del bucle 2310B/NM1\*82.

# Profesional clínico que deriva

Ascension Personalized Care no tiene requisitos específicos de información sobre el profesional clínico que hace una derivación.

# Profesional clínico atípico

Los profesionales clínicos atípicos no siempre tienen asignado un número de NPI, sin embargo, si ese es el caso, entonces tiene que seguir los mismos requisitos que un profesional clínico médico. El profesional clínico atípico que presta servicios no médicos no está obligado a tener un número de NPI (p. ej., carpinteros, transporte, etc.).

Los profesionales clínicos atípicos actuales solo tienen que enviar la identificación fiscal del proveedor en el segmento REF del bucle de profesional clínico que factura. **Nota**: Si se factura un NPI en alguna parte del reclamo, no seguirá la lógica del profesional clínico atípico.

#### Identificadores del asegurado

Los remitentes deben usar el código de identificación completo, como figura en la tarjeta del asegurado, en el elemento 2010BA.

#### Identificadores de reclamos

Ascension Personalized Care emite un número de identificación de reclamo al recibir cualquier reclamo presentado. Los Informes técnicos ASC X12 (tipo 3) pueden referirse a este número como el número de control interno (ICN), el número de control de documento (DCN) o el número de control de reclamo (CCN). Se proporciona a los remitentes en el informe de auditoría de reclamo y en el segmento CLP de una transacción 835. Ascension Personalized Care devuelve el número de cuenta del paciente del remitente (2300, CLM01) en el informe de auditoría de reclamo y en el aviso/pago de reclamo 835 (CLP01).

#### Medios de conectividad para transacciones por lotes

#### Transferencia segura de archivos

Ascension Personalized Care anima a los socios comerciales a considerar una opción segura de transmisión por protocolo de transferencia de archivos (FTP). Ascension Personalized Care ofrece dos opciones de conectividad por FTP.

- Método A: el socio comercial envía las transacciones al servidor de FTP de Ascension Personalized
   Care y Ascension Personalized Care envía las transacciones salientes al servidor de FTP de Ascension
   Personalized Care.
- Método B: el socio comercial envía las transacciones al servidor de FTP de Ascension Personalized
  Care y Ascension Personalized Care envía las transacciones salientes al servidor de FTP del socio
  comercial.

#### Cifrado

Ascension Personalized Care ofrece los siguientes métodos de cifrado: SSH/SFTP, FTPS (Auth TLS), FTP c/PGP, HTTPS. (Tenga en cuenta que este método solo aplica para la conexión al servidor seguro de FTP de Ascension Personalized Care. Por el momento, Ascension Personalized Care no admite la recuperación de archivos automáticamente por HTTPS desde una fuente externa). Si se usan las claves PGP o SSH, se compartirán con el socio comercial. Estas no son necesarias para los que se conecten por SFTP o HTTPS.

#### Envío directo

Ascension Personalized Care también ofrece la posibilidad de colgar un archivo 837 por lotes directamente en el portal del sitio web para profesionales clínicos para su procesamiento.

#### Ediciones e informes

Los reclamos recibidos se revisan primero para ver si cumplen con la HIPAA y luego para ver si están conformes a los requisitos de las normas institucionales de Ascension Personalized Care. Las normas institucionales que definen estos requisitos están disponibles como una lista exhaustiva en Reclamos profesionales 837: tabla de ediciones institucionales de Ascension Personalized Care. Los errores de la guía de implementación de los TR3 de la HIPAA pueden devolverse en el TA1 o en el 999, mientras que los errores de ediciones institucionales de Ascension Personalized Care se devuelven en el informe de auditoría de reclamos de Ascension Personalized Care.

#### Informes

Si se encuentran datos con problemas en la transacción del reclamo profesional 837, comuníquese con ABS al: <a href="mailto:edi-support@abs.tpa.com">edi-support@abs.tpa.com</a>

#### **Acreditación**

Ascension Personalized Care obtuvo la Acreditación de Planes Médicos del Mercado de Seguros de URAC. "Ascension Personalized Care obtuvo un reconocimiento de su plan médico con la acreditación de URAC que es reconocida en los 50 estados y el Distrito de Columbia. Esto comprobó el cumplimiento de estándares rigurosos, mostrando la capacidad de adherirse a los mandatos de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y competir en los mercados de seguros de todo el país", dijo el presidente y director ejecutivo de URAC, Shawn Griffin, M.D. "Ascension Personalized Care demuestra su calidad y cumplimiento de estándares que se alinean con las expectativas estatales y federales para prestar una atención que se basa más en el valor".

# Michigan

Plan médico con Acreditación del Mercado de Seguros Médicos (HIM) 7.4

Acreditación completa: Vigencia del 1/1/22 al 1/1/25

Número de certificación: HIX000005 Identificador de asunto de HIOS: 58996 Código NAIC de la compañía: 97772 Código NAIC del grupo: No corresponde



#### **Kansas**

Plan médico con Acreditación del Mercado de Seguros Médicos (HIM) 7.4

Acreditación completa: Vigencia del 1/1/22 al 1/1/25

Número de certificación: HIX000005 Identificador de asunto de HIOS: 32542 Código NAIC de la compañía: 97772 Código NAIC del grupo: No corresponde



#### Indiana

Plan médico con Acreditación del Mercado de Seguros Médicos (HIM) 7.4

Acreditación completa: Vigencia del 1/1/22 al 1/1/25

Número de certificación: HIX000005 Identificador de asunto de HIOS: 35755 Código NAIC de la compañía: 97772 Código NAIC del grupo: No corresponde

