

Ascension Personalized Care

Guía para clínicos 2023



Ascension

Introducción

Bienvenido a Ascension Personalized Care. Gracias por participar en nuestra red de médicos, hospitales y profesionales de atención médica de la mejor calidad. Esta guía contiene información de las políticas y los procedimientos de Ascension Personalized Care que lo ayudarán a prestar servicios a los miembros cubiertos de Ascension Personalized Care.

En Ascension Personalized Care, nuestro objetivo es cambiar la forma en que nuestros miembros perciben la atención médica. Empezamos por ofrecer acceso a una red clínicamente integrada de médicos y profesionales clínicos, incluyendo los hospitales, los centros para pacientes ambulatorios y los cuidadores de apoyo. Esta red está bien coordinada, por lo que todos los clínicos trabajan juntos 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 beneficiarse del equipo nacional de administración de la atención médica de Ascension, que les dará el apoyo y los recursos que necesitan para hacerse cargo de su salud. Este planteamiento 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** prestado por US Health and Life Insurance Company a través del intercambio de seguros médicos en Indiana, Kansas, Michigan, Tennessee e Texas.



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



Automated Benefit Services (ABS) 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 utilización** de Ascension Personalized Care.



US Health and Life

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

Todos los miembros del equipo de atención médica coordinada que se mencionan arriba trabajan continuamente para mejorar nuestro servicio para usted y su organización. Valoramos sus observaciones y comentarios.

Índice

Introducción	2
Resumen	6
Plan de la Organización de proveedores exclusivos (EPO)	6
Productos Ascension Personalized Care	7
Bronze	7
Silver	8
Gold	9
Herramienta de referencia rápida	10
Portal en Internet seguro	12
Acreditación y renovación de la acreditación	13
Comité de acreditación	14
Monitoreo continuo	14
Renovación de la acreditación	15
Derecho del proveedor de atención médica a revisar y corregir información	15
Derecho del proveedor de atención médica a que lo informen del estado de la solicitud	15
Derecho del proveedor de atención médica a apelar las determinaciones adversas de la renovación de la acreditación	16
No discriminación clínica	16
Selección del miembro del proveedor de atención primaria (PCP)	16
Disponibilidad de citas	17
Arreglos por teléfono	19
Requisitos de capacitación	19
Beneficios de Ascension Personalized Care	20
Atención virtual y beneficios para los miembros	20
Atención de urgencia virtual	20
Servicio virtual de salud mental y orientación	20
Verificación de los beneficios, la elegibilidad y los costos compartidos de los miembros	21
Administración médica	22
Administración de la atención	22
Programa de administración de la atención	22
Administración de utilización	25
Necesidad médica	26
Autorización previa	26
Servicios que necesitan autorización previa	26
Plazos de determinación de la utilización	27
Plazos para las decisiones	28
Determinaciones estándar de la organización	29
Determinaciones aceleradas de la organización	29
Revisión concurrente	29
Revisión retrospectiva	29
Criterios de la revisión de utilización	30

Proceso de apelación clínica	32
Cómo presentar una apelación	32
Dos tipos de apelaciones	32
Qué esperar después de presentar la apelación	32
Plazos para resolver una apelación	33
Proceso de revisión externa (ER)	33
Cómo solicitar una revisión externa (independiente) (ERO)	33
Plazos para resolver una revisión externa	33
Farmacia	35
Información de farmacia	35
Ascension Rx	35
Apelaciones de farmacia	36
Atención médica	36
Condición médica de emergencia	36
Programa de administración de la calidad	37
Resumen	37
Estructura del programa QMPS	37
Participación del clínico	37
Ámbito y objetivos del programa de administración de la calidad	38
Seguridad del paciente y calidad de la atención	39
Modelo de mejora continua de la calidad (CQI)	39
Reclamos	40
Procedimientos para la presentación de reclamos	40
Definición de reclamo limpio (clean claim)	41
Rechazos por adelantado	41
Quién puede presentar reclamos	41
Requisitos específicos de registro de datos	41
Denegación/rechazo por adelantado del registro de reclamo electrónico no válido	41
Formularios aceptables	43
Reclamos corregidos, solicitudes de reconsideración o disputas de reclamos	43
Reclamos corregidos	44
Solicitud para consideración	44
Disputa de reclamo	45
Transferencia electrónica de fondos (EFT) y avisos de remesas electrónicas (ERA)	45
Ajuste de riesgos y codificación correcta	46
Codificación de reclamos/códigos de facturación	47
Incorporaciones y cancelaciones	47
Política de fecha de entrada en vigor del clínico	48
Proceso de consulta del estado del reclamo	49
Ajustes del reclamo	50
Política de pago en exceso	50
Solicitud de reembolso	50
Ajustes iniciados por el clínico	50

Reglas de reembolso del clínico/EOB de muestra	52
Pago por varios procedimientos	53
Edición de códigos	53
Edición de códigos y el ciclo de adjudicación de reclamos	53
Reconsideraciones de reclamos relacionadas con la edición de códigos	53
Facturación al miembro	54
Fallo para obtener una autorización	54
Sin facturación del saldo	54
Derechos y responsabilidades de los miembros	55
Derechos de los miembros	55
Responsabilidades de los miembros	56
Derechos y responsabilidades del clínico	58
Derechos del clínico	58
Responsabilidades del clínico	58
Asuntos reglamentarios	60
Expediente médico	60
Información necesaria	60
Revelación del expediente médico	61
Auditoría de cumplimiento para la documentación del expediente médico	61
Transferencia del expediente médico para miembros nuevos	62
Auditorías del expediente médico	62
Acceso de Ascension Personalized Care a expedientes y auditorías	62
Acceso al expediente médico electrónico (EMR)	62
Leyes federales y estatales que rigen la revelación de información	62
Sección 1557 de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio	63
Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos	63
Reglamentaciones de privacidad	64
La Regla de seguridad	64
La Regla de aviso de vulneración	64
Reglamentaciones de transacciones y conjuntos de códigos	64
Conjuntos de códigos que exige HIPAA	65
Transacciones que regula HIPAA	65
Identificador nacional de proveedor	66
Fraude, derroche y abuso	67
Autoridad de cumplimiento del programa FWA y responsabilidad	68
Ley de reclamos falsos	68
Apéndice	69
Apéndice I: Causas frecuentes de rechazos por adelantado de reclamos	69
Apéndice II: Causa frecuente de demoras y denegaciones en el procesamiento de reclamos	69
Apéndice III: Instrucciones para información complementaria	70
Apéndice IV: Consejos de facturación y recordatorios	71
Apéndice V: Resumen de la Guía complementaria de EDI	74
Procesamiento de reclamos	74
Acreditación	78



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 física, mental, emocional y espiritual. Ascension Personalized Care está diseñado para alcanzar cinco objetivos principales:

- Acceso a nuestros médicos de atención primaria y especialistas de la red 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 su salud y bienestar, incluyendo 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 su plan
- Opciones de cobertura para las distintas etapas de su vida, lo que le permite a usted y a su familia obtener la atención que necesita, cuándo y dónde la necesite
- Educación e información para ayudarlo a tomar decisiones de atención médica inteligentes e informadas que le sirvan

Plan de la Organización de proveedores exclusivos (EPO)

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

Ascension Personalized Care toma muy en serio la privacidad y la confidencialidad de la información médica de nuestros miembros. Tenemos procesos, políticas y procedimientos para cumplir la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA) y las reglamentaciones de CMS. Los servicios que prestan los clínicos contratados de la red de Ascension Personalized Care son un componente importante en términos de cumplir los objetivos mencionados arriba. Nuestro objetivo es reforzar la relación entre nuestros miembros y su médico de atención primaria (PCP). Queremos que nuestros miembros se beneficien de la oportunidad que sus PCP tienen de prestar una atención médica de excelente calidad usando los hospitales y los especialistas contratados. Los PCP son responsables de coordinar los servicios médicos de nuestros miembros, mantener un expediente médico completo para cada miembro bajo su cuidado y asegurarse de la continuidad de la atención. El PCP notifica al miembro sobre su estado médico y las opciones de tratamiento médico, que incluyen los beneficios, las consecuencias del tratamiento o la falta de tratamiento y los riesgos asociados. Se espera que los miembros compartan sus preferencias sobre las decisiones de tratamiento actuales y futuras con su PCP.

Productos Ascension Personalized Care

Los productos Ascension Personalized Care están diseñados para dar flexibilidad y mayores beneficios a sus miembros. Ascension Personalized Care tiene tres categorías de metales: Bronze, Silver y Gold. Cada categoría refleja la cantidad que el miembro y 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. Las reducciones de gastos compartidos solo están disponibles en los planes Silver para quienes califiquen.

Los planes Gold tienen la prima mensual más alta y los gastos de bolsillo más asequibles. (Los planes Gold pueden ser más baratos que los planes Silver en Texas debido a las reglamentaciones locales de la industria de seguros).

Ascension Personalized Care tiene 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 Standard Expanded Bronze

	Balanced Bronze 1	Balanced Bronze 2	No Deductible Bronze	Standard Expanded Bronze
Deducible	\$8,000	\$9,100	\$0/\$5,000 Rx	\$7,500
Máximo de gastos de bolsillo	\$9,100	\$9,100	\$9,100	\$9,000
Coseguro	50%	0%	50%	50%
Visita al proveedor de atención primaria virtual	\$25*	\$10*	\$25*	\$25*
Visita al especialista virtual	\$50*	\$20*	\$50*	\$50*
Atención de urgencia virtual	\$64*	\$30*	\$64*	\$64*
Visita al proveedor de atención primaria	\$50*	\$25*	\$50*	\$50*
Visita al especialista	\$100*	Sin costo después del deducible	\$100*	\$100*
Visita a la sala de emergencias	50% de coseguro después del deducible	Sin costo después del deducible	\$1,000*	50%
Cobertura de medicamentos genéricos con receta	\$20*	\$15*	\$30*	\$25*

*no sujeto a deducibles

Silver

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

CSR 73%

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

CSR 87%

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

CSR 94%

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

	Low Premium Silver	Balanced Silver	No Deductible Silver	Standard Silver
Deducible	\$4,000	\$5,400	\$0	\$5,800
Máximo de gastos de bolsillo	\$8,900	\$5,400	\$9,100	\$8,900
Coseguro	50%	0%	40%	40%
Visita al proveedor de atención primaria virtual	\$20*	Sin costo después del deducible	\$15*	\$20*
Visita al especialista virtual	\$40*	Sin costo después del deducible	\$30*	\$40*
Atención de urgencia virtual	\$60*	Sin costo después del deducible	\$45*	\$60*
Visita al proveedor de atención primaria	\$40*	Sin costo después del deducible	\$30*	\$40*
Visita al especialista	\$80*	Sin costo después del deducible	\$60*	\$80*
Visita a la sala de emergencias	50% de coseguro después del deducible	Sin costo después del deducible	\$1,000*	40% de coseguro después del deducible
Cobertura de medicamentos genéricos con receta	\$25*	Sin costo después del deducible	\$25*	\$20*

*no sujeto a deducibles



Gold

Ascension Personalized Care Standard Gold

	Standard Gold
Deducible	\$2,000
Máximo de gastos de bolsillo	\$8,700
Coseguro	25%
Visita al proveedor de atención primaria virtual	\$15*
Visita al proveedor de atención de especialista virtual	\$30*
Atención de urgencia virtual	\$60*
Visita al proveedor de atención primaria	\$30*
Visita al especialista	\$60*
Visita a la sala de emergencias	25% de coseguro después del deducible
Cobertura de medicamentos genéricos con receta	\$15*

*no sujeto a deducibles

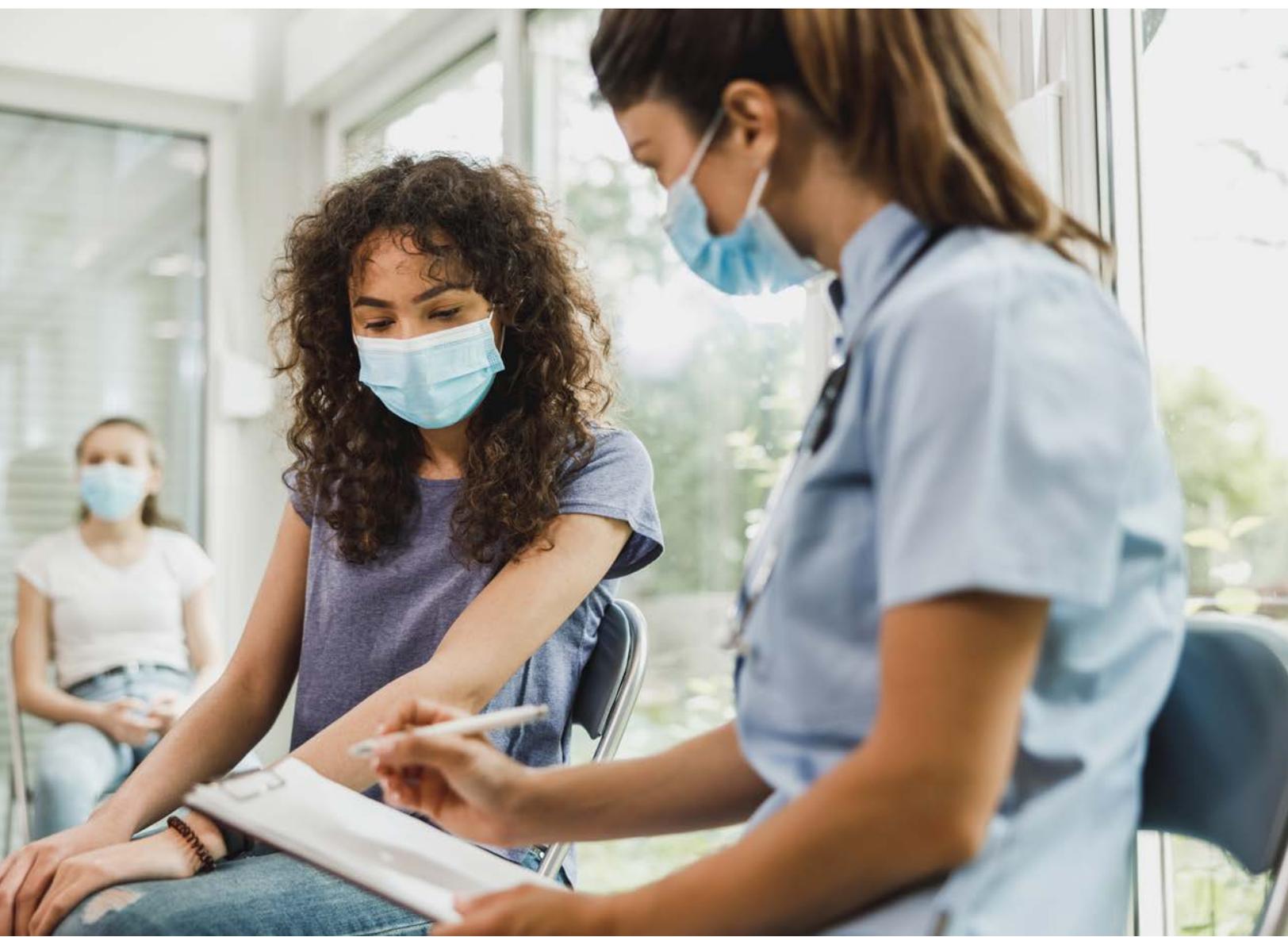
Herramienta de referencia rápida

La siguiente tabla incluye varios teléfonos y faxes importantes disponibles para los clínicos y el personal de su consultorio. Cuando llame, es útil tener la siguiente información a mano.

- El número de NPI del proveedor
- El número de identificación fiscal del consultorio médico
- El número de identificación del miembro

Departamento	Información de contacto
Elegibilidad/verificación	Verifique la elegibilidad llamando a Ascension Personalized Care (APC) al 833-600-1311 de lunes a viernes, en el horario de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. (hora del Este), o en línea en secure.healthx.com/Provider_2022
Autorizaciones	<p>Para solicitar una autorización previa, se podría usar lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ir al Portal del clínico 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 shp-authorization@ascension.org <p>Para obtener una lista completa de procedimientos con los códigos ICD-10 o CPT apropiados, consulte la Lista de códigos de autorización previa publicada más recientemente en ascensionpersonalizedcare.com.</p>
Directorio de clínicos	<p>IN, KS, MI y TN: Notifique a Servicios de la Red (Network Services) sobre cualquier incorporación, cancelación o cambio de estado de los clínicos completando la Tabla de mantenimiento de la red de clínicos de Ascension Personalized Care y enviándola a la bandeja de entrada de Ascension Personalized Care en acmproviders@ascension.org.</p> <p>TX: Todos los clínicos con contratos de Seton Health Plan deben enviar sus incorporaciones, cancelaciones o cambios de estado a SHPProviderservices@seton.org.</p> <p>Si necesita una copia de la Tabla de mantenimiento de la red de clínicos, comuníquese con Relaciones con los clínicos (Clinician Relations) en acmproviders@ascension.org o llamando sin costo al 855-288-6747.</p>
Pruebas de laboratorio	<p>Todos los servicios deben dirigirse a un clínico de laboratorio de la red de Ascension Personalized Care apropiado. Consulte el directorio de clínicos en línea en ascensionpersonalizedcare.com. Además, los servicios de laboratorio en el consultorio que ofrecen los clínicos de la red de Ascension Personalized Care se considerarán como servicios dentro de la red si los reclamos se presentan con un número de identificación fiscal (TIN) participante dentro de la red.</p> <p>Labcorp es un proveedor de la red de laboratorios participantes para servicios de pruebas para pacientes ambulatorios, laboratorio especializado y patología. Para obtener más información, visite: Volante de Labcorp de APC.</p>

Departamento	Información de contacto
Administrador de beneficios de farmacia	<p>El administrador de beneficios de farmacia (PBM) que da cobertura de medicamentos con receta es Cigna. Puede comunicarse con Cigna llamando al 800-244-6224</p> <p>Para comunicarse con Especialidad Médica de Ascension Rx, llame al 855-292-1427.</p>
Presentación de reclamos/estados de los reclamos	<p>Presentar los reclamos impresos a: Ascension Personalized Care for Ascension Personalized Care, PO Box 1707, Troy, MI 48099-1707</p> <p>Presentar los reclamos electrónicos a: Identificación del pagador: 38259** ** Centros de intercambio de información de EDI bajo contrato actualmente: Change Healthcare</p>



Portal en Internet seguro

Ascension Personalized Care ofrece un portal en Internet sólido y seguro con una funcionalidad que será esencial para atender a los miembros y facilitar la administración del producto Ascension Personalized Care para los clínicos. Los Servicios para clínicos (Clinician Services) podrán ayudar y educar sobre esta funcionalidad. Se puede acceder al portal en ascensionpersonalizedcare.com

El recurso principal para que los miembros de Ascension Personalized Care encuentren clínicos también tiene información importante para los clínicos.

Vaya a: ascensionpersonalizedcare.com

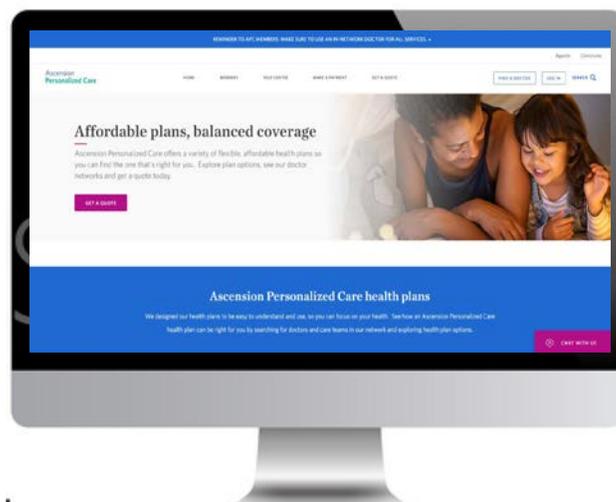
Siga las instrucciones en las siguientes páginas de este manual para acceder al Centro de información para clínicos.

Use el sitio web para:

- Ver una lista de los servicios que necesitan autorización previa
- Consultar el directorio de clínicos
- Descargar formularios

Requisitos de acceso:

- No se necesita una identificación de usuario ni una contraseña



Portal en Internet de clínicos de Automated Benefit Services (ABS)

Vaya a: secure.healthx.com/Provider_2022

Use el portal en Internet de clínicos de Ascension Personalized Care Clinician para:

- Confirmar la elegibilidad y los beneficios de los miembros
- Revisar el estado de un reclamo y la historia de los reclamos

Requisitos de acceso:

- Cada persona en su consultorio que necesite acceder al portal en Internet de clínicos de Ascension Personalized Care 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.
- Después de iniciar sesión, siga las instrucciones sobre "How to Use This Site" (Cómo usar este sitio) en el lado izquierdo de la pantalla.

Asegúrese de que su lista de usuarios autorizados esté actualizada:

- Para ver qué personas de su consultorio ya tienen nombres de usuario y contraseñas, o para quitar a un usuario que ya no es un empleado en su consultorio, comuníquese con Ascension Personalized Care llamando al **833-600-1311**

Exención de responsabilidad: Los clínicos aceptan que toda la información médica, incluyendo la relacionada con las condiciones del paciente, la utilización médica y la utilización de la farmacia, disponible mediante el portal o cualquier otro medio, se usará exclusivamente para la atención del paciente y otros fines relacionados, según lo permite la Regla de Privacidad de HIPAA.

Acreditación y renovación de la acreditación

El proceso de acreditación y renovación de la acreditación existe para verificar que los proveedores de atención médica y los clínicos participantes cumplan los criterios que establece Ascension Personalized Care, y las reglamentaciones gubernamentales vigentes y las normas de las agencias de acreditación.

Ascension Personalized Care exige que todos los clínicos estén acreditados mediante las normas de la Comisión de Acreditación de Revisión de Utilización (URAC). En un esfuerzo por acreditar a los clínicos de manera oportuna, use y certifique cada 120 días ante Council for Affordable Quality Healthcare, Inc. (CAQH) para la solicitud del clínico.

Aviso: Para mantener un perfil de proveedor de atención médica/clínico actualizado, los proveedores de atención médica/clínicos deben notificar a Ascension Personalized Care sobre cualquier cambio relevante en su información de acreditación de manera oportuna, pero en ningún caso después de 10 días calendario a partir de la fecha del cambio.

La siguiente información debe estar en el expediente:

- Declaración firmada en cuanto a la exactitud e integridad, la historia de la licencia, los privilegios clínicos, las medidas disciplinarias y las condenas por delitos graves, la ausencia de consumo actual de sustancias ilegales y de abuso de alcohol, la competencia mental y física y la capacidad para desempeñar las funciones esenciales con o sin acomodación.
- Formulario de revelación de control y propiedad completado como parte del proceso de solicitud de CAQH.
- La hoja de presentación de la póliza de seguro por negligencia actual, que incluye las fechas aseguradas y las cantidades de cobertura que cumplen los requisitos de cobertura mínima de APC
- Documentos de respaldo para los reclamos por negligencia pendientes, resueltos, desestimados en los últimos 10 años
- Certificado actual de registro de sustancias controladas, si corresponde.
- Certificado actual de registro de la Administración de Control de Drogas (DEA) para cada estado en el que el proveedor de atención médica atenderá a los miembros de Ascension Personalized Care, si corresponde.
- Formulario W-9 completado y firmado (solo para la acreditación inicial).
- Certificado actual de la Comisión Educativa para Graduados Médicos Extranjeros (ECFMG), si corresponde.
- Currículum vitae con una lista de una historia laboral de al menos cinco años, (si la historia laboral no se ha completado en la solicitud), con una explicación de las brechas de empleo de más de seis meses, para los solicitantes iniciales.
- Formulario de revelación de información firmado y fechado que no tenga más de 180 días desde la fecha de la reunión del comité de acreditación.
- Certificado actual de enmiendas para la mejora del laboratorio clínico (CLIA), si corresponde.

Ascension Personalized Care verificará como fuente principal la siguiente información presentada para la acreditación y la renovación de la acreditación:

- Licencia por medio de la agencia apropiada de concesión de licencias.
- Certificación de la Junta, o capacitación de residencia, o educación profesional, cuando corresponda.
- Reclamos por negligencia y acciones de la agencia de licencias mediante el Banco Nacional de Datos de Médicos (National Practitioner Data Bank, NPDB).
- Actividad de sanción federal, incluyendo los servicios de Medicare/Medicare (SAM, OIG: Oficina del inspector general, Lista de exclusión).

Para los clínicos (hospitales y centros auxiliares), se debe recibir una Solicitud de acreditación inicial y de renovación de la acreditación completa para el centro/proveedor y toda la documentación de apoyo identificada en la solicitud, junto con la solicitud completa y firmada. Este proceso puede tardar hasta 90 días.

Una vez que se reciba la solicitud firmada y completada, el Comité de Acreditación generalmente tomará una decisión sobre la aceptación después de su próxima reunión programada regularmente, pero no más tarde de 180 días.

Los proveedores de atención primaria no pueden aceptar asignaciones de miembros hasta que estén completamente acreditados. Ningún clínico puede atender a los pacientes hasta que esté plenamente acreditado.

Comité de acreditación

El Comité de acreditación, incluyendo al director médico o al médico que este designe, tiene la responsabilidad de establecer y adoptar los criterios necesarios para la participación, denegación, cancelación y dirección de los procedimientos de acreditación. Las reuniones del comité se hacen al menos trimestralmente y con mayor frecuencia si se considera necesario.

El hecho de que un solicitante no responda adecuadamente a una solicitud de información faltante o caducada puede dar como resultado la finalización del proceso de solicitud antes de la decisión del comité.

Monitoreo continuo

Se pueden hacer revisiones del lugar en los consultorios y centros de PCP y de clínicos ginecólogos/obstetras en cualquier momento por causa justificada. El personal adecuado debe hacer la visita al lugar para evaluar la queja del miembro u otro evento precipitante y puede incluir, entre otros, una evaluación del centro o los servicios relacionados con la queja del miembro o el evento adverso, y una evaluación del expediente médico, el equipo, el espacio, la accesibilidad, la disponibilidad de citas o las prácticas de confidencialidad, según corresponda. En el plazo de dos días después de la recepción de la queja de un miembro, el personal clínico del Equipo de acreditación o el Departamento de Calidad se comunicará con el consultorio o el centro del proveedor de atención médica, les notificará la queja y programará una visita en el consultorio. Una revisión del lugar evalúa:

- Accesibilidad física
- Apariencia física
- Adecuación del espacio de la sala de espera y de examen
- Disponibilidad de citas
- Adecuación del registro de datos médicos/de tratamiento

El examinador hablará sobre los resultados de la revisión con un representante del centro o consultorio del proveedor de atención médica. Después de hablar sobre los resultados con el consultorio del proveedor de atención médica, el proveedor de atención médica o el representante del centro firmarán la herramienta de revisión del consultorio médico y el examinador la archivará en el archivo del proveedor de atención médica o del centro para futuras referencias. Si la puntuación de la visita al lugar es de 90% o más, se supone que el problema se corrigió.

Si la puntuación de la visita al lugar es inferior al 90%, el examinador señalará cualquier deficiencia al proveedor de atención médica o al representante del centro y pedirá un plan de acción correctivo y programará una visita de seguimiento a los seis (6) meses.

Si la puntuación de la visita de seguimiento es de 90% o más, se supone que el problema se corrigió. Si la puntuación es inferior al 90%, el proveedor de atención médica o el centro deberán presentar un plan de acción correctivo revisado y se programará una última visita de seguimiento en seis (6) meses.

Si el proveedor de atención médica o centro no demuestran el cumplimiento, se seguirán las acciones descritas en *CR102: Cancelación, suspensión de la participación en la red.*

Renovación de la acreditación

Ascension Personalized Care procede con la renovación de la acreditación de proveedores de atención médica/clínicos al menos cada 36 meses a partir de la fecha de la decisión de acreditación inicial y la decisión de renovación de la acreditación más reciente. El propósito de este proceso es identificar cualquier cambio en la acreditación, las sanciones, la certificación, la competencia o el estado médico del proveedor de atención médica/clínico que pueda afectar la capacidad del proveedor de atención médica/clínico para prestar servicios según el contrato. Este proceso incluye a todos los proveedores de atención médica, centros y clínicos auxiliares previamente acreditados y que actualmente participan en la red.

Entre los ciclos de acreditación, Ascension Personalized Care tiene actividades de monitoreo del desempeño clínico de todos los proveedores de atención médica/clínicos de la red. Este análisis mensual está diseñado para monitorear cualquier nueva acción adversa que tomen los organismos reguladores contra los proveedores de atención médica/clínicos entre los ciclos 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 proveedor de atención médica/clínico de la red que haya sido recientemente sancionado o excluido de la participación en Medicare o Medicaid.

El acuerdo de un clínico se puede rescindir si en cualquier momento el Comité de acreditación de Ascension Personalized Care determina que ya no se cumplen los criterios de participación en la red ni los requisitos de acreditación de URAC.

Derecho del proveedor de atención médica a revisar y corregir información

Todos los proveedores de atención médica que participan en la red tienen derecho a revisar la información que obtiene Ascension Personalized Care para evaluar su solicitud de acreditación o renovación de la acreditación. Esto incluye la información obtenida de cualquier fuente primaria externa, como Banco de datos de Protección e Integridad de la Atención Médica (Healthcare Integrity and Protection Data Bank) del Banco Nacional de Datos de Médicos (National Practitioner Data Bank), CAQH, las aseguradoras contra negligencias y las agencias estatales de concesión de licencias. Esto no permite que un clínico revise remisiones, recomendaciones personales u otra información que esté protegida para la revisión por colegas.

Los proveedores de atención médica tienen derecho a corregir cualquier información errónea que presente un tercero (que no sean remisiones, recomendaciones personales ni otra información que esté protegida para la revisión por colegas) en caso de que el clínico crea que es errónea la información usada en el proceso de acreditación o renovación de la acreditación, o si alguna información recopilada como parte del proceso de verificación de la fuente primaria difiere de la que presenta el proveedor de atención médica. Para pedir la revelación de dicha información, se debe enviar una solicitud por escrito al Departamento de Acreditación. Una vez se reciba esta información, el proveedor de atención médica tendrá treinta (30) días calendario para dar una explicación por escrito detallando el error o la diferencia en la información al Comité de Acreditación.

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

Derecho del proveedor de atención médica a que lo informen del estado de la solicitud

Todos los proveedores de atención médica que hayan presentado una solicitud para participar tienen derecho a ser informados del estado de su solicitud cuando se pida. Para obtener el estado de la solicitud, el proveedor de atención médica debe comunicarse con su representante de Relaciones con los clínicos o enviar un correo electrónico a AscensionCredentialing@ascension.org.

Derecho del proveedor de atención médica a apelar las determinaciones adversas de la renovación de la acreditación

Los solicitantes que son clínicos existentes y a los que les han denegado la participación continua debido a determinaciones adversas de renovación de la acreditación (por motivos como la idoneidad de la atención o problemas de reclamos de responsabilidad) tienen derecho a solicitar una apelación de la decisión. Las solicitudes de apelación deben presentarse por escrito en el plazo de 30 días calendario después del aviso de determinación adversa.

Todas las solicitudes por escrito deben incluir más documentación de apoyo a favor de la apelación o reconsideración del solicitante para la participación en la red. El Comité de acreditación revisará las reconsideraciones en la siguiente reunión programada regularmente.

Ascension Personalized Care es responsable de cumplir varias directrices de las agencias de informes y reglamentaciones estatales y federales para garantizar que se informen las acciones adversas. La acción adversa incluye la reducción, restricción, suspensión, revocación y denegación de privilegios clínicos o cualquier acción basada en la competencia o conducta profesional, que afecte negativamente los privilegios clínicos durante un período superior a 30 días. No se reportará ninguna acción adversa hasta que el proveedor haya tenido la oportunidad de apelar la determinación adversa.

No discriminación clínica

No limitamos la participación de ningún clínico o centro en la red, ni discriminamos de ninguna otra manera a ningún clínico o centro basándonos únicamente en cualquier característica protegida según las leyes estatales o federales contra la discriminación. Tampoco discriminamos para el reembolso o la indemnización de ningún clínico que actúe en el ámbito de su licencia o certificación según la ley estatal vigente, únicamente basándose en dicha licencia o certificación. Si Ascension Personalized Care se niega a incluir a personas o grupos de clínicos en nuestra red, a los clínicos afectados les notificaremos por escrito el motivo de su decisión.

Además, no tenemos y nunca hemos tenido la política de despedir a ningún clínico que:

- Abogó en nombre de un miembro
- Presentó una queja contra nosotros
- Apeló una decisión nuestra

Selección del miembro del proveedor de atención primaria (PCP)

Ascension Personalized Care da a los miembros la libertad de seleccionar el clínico de atención médica de su elección. Los servicios de los clínicos dentro de la red están cubiertos según las disposiciones contratadas, el plan de cargos y cualquier directriz de reclamo y codificación estándar, con excepción de los copagos o gastos compartidos del miembro, o hasta que se cumpla el máximo de gastos de bolsillo.



Disponibilidad de citas

Se establecen las siguientes normas con respecto a la disponibilidad de citas:

Tipo de atención	Norma de accesibilidad*
ATENCIÓN PRIMARIA	
Emergencia	En el plazo de 2 días después de la solicitud
En el mismo día o en las 24 horas después de la llamada del miembro	Rutina
Atención de urgencia	En el plazo de 21 días después de la solicitud
REMISIÓN DE ESPECIALIDAD	
Emergencia	En el plazo de 24 horas después de la remisión
Atención de urgencia	En el plazo de 3 días después de la remisión
Rutina	En el plazo de 45 días después de la remisión
MATERNIDAD	
1.er trimestre	En el plazo de 14 días después de la solicitud
2.º trimestre	En el plazo de 7 días después de la solicitud
3.er trimestre	En el plazo de 3 días después de la solicitud
Embarazos de alto riesgo	En el plazo de 3 días después de la identificación o inmediatamente si existe una emergencia
DENTAL	
Emergencia	En el plazo de 24 horas después de la remisión
Atención de urgencia	En el plazo de 3 días después de la remisión

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

Las siguientes son directrices para las citas de salud conductual:

Tipo de cita	Descripción	Norma*
Inmediata	Servicios de salud conductual prestados en un plazo indicado por la condición de salud conductual, pero no más tarde de 2 horas desde de la identificación de la necesidad, o tan rápido como sea posible cuando una respuesta en el plazo de 2 horas es geográficamente inviable	En el plazo de 2 horas: puede incluir intervenciones telefónicas o en persona
Urgente	Servicios de salud conductual prestados en un plazo indicado por la condición de salud conductual, pero no más tarde de 24 horas desde de la identificación de la necesidad	En el plazo de 24 horas
Rutina: evaluación inicial	Cita para la evaluación inicial con un profesional de salud conductual (BHP) en el plazo de 7 días después de la remisión o solicitud de servicios de salud conductual	En el plazo de 7 días después de la remisión
Rutina: primer servicio de salud conductual	Incluye cualquier servicio de salud conductual cubierto que sea médicamente necesario, incluyendo la administración de los medicamentos o más servicios	En el plazo de 7 días después de la evaluación
Transporte que no es de emergencia		<ul style="list-style-type: none"> ▪ El miembro no debe llegar más temprano de una hora antes de su cita programada y ▪ El miembro no debe tener que esperar más de una hora después de la conclusión de su cita para el transporte a casa o a otro destino preestablecido.



Arreglos por teléfono

Los clínicos deben estar accesibles para los miembros las 24 horas del día, los siete (7) días de la semana.

Servicios fuera del horario de atención

- Los servicios de atención de llamadas deben reunir los requisitos de idioma
- Debe poder comunicarse con el PCP u otro clínico médico designado
- Todas las llamadas se deben devolver en el plazo de 30 minutos

Contestador automático

- Debe estar encendido después del horario de atención
- Debe decir a los miembros que cuelguen y llamen al 911 en caso de una emergencia, y que llamen a otro número para comunicarse con el PCP u otro médico clínico designado
- Una persona en vivo debe estar disponible para contestar el teléfono designado; otra grabación no es aceptable

Nota: Si se necesita atención de urgencia o de emergencia fuera del horario de atención, el PCP o su designado deben comunicarse con el centro de atención de urgencia o de emergencia para notificar al centro.

Ascension Personalized Care monitoreará continuamente la disponibilidad de citas y los servicios fuera del horario de atención mediante su Programa de mejora de la calidad.

Requisitos de capacitación

La información de las oportunidades de capacitación se publicará en MyLearning para los proveedores de AMG y en ascensionpersonalizedcaretraining.com para los proveedores que no pertenecen a AMG.

El material de capacitación contendrá información del producto, el plan, ACA y más. Seguiremos dando capacitación sobre cualquier información actualizada del plan o producto. Para asegurarse de que no se pierda información importante de Ascension Personalized Care, verifique que su información de contacto esté actualizada con nosotros enviando las listas periódicamente e incluyendo su dirección de correo electrónico.

Beneficios de Ascension Personalized Care

Todos los servicios están sujetos a la cobertura, las limitaciones y las exclusiones de los beneficios según se describe en la póliza de Ascension Personalized Care y el cuadro de beneficios vigentes.

Acceda a una copia de la Evidencia de cobertura del miembro para verificar los servicios cubiertos específicos de cada plan en la parte de Ascension Personalized Care de nuestro sitio web en ascensionpersonalizedcare.com. Comuníquese con Servicios para clínicos en Ascension Personalized Care si tiene alguna pregunta sobre los beneficios.

Atención virtual y beneficios para los miembros

Atención de urgencia virtual

Con la atención de urgencia virtual, los miembros de Ascension Personalized Care pueden chatear por video y en línea con un médico con experiencia, usando su teléfono inteligente, tableta o computadora portátil; en cualquier momento y en cualquier lugar.

Los miembros tendrán acceso a visitas virtuales de atención de urgencia. Se pueden aplicar copagos y se aplicarán a su deducible y a los límites de gastos de bolsillo. Estos gastos de bolsillo se pueden pagar desde las cuentas HSA si el paciente ha creado una.

La atención de urgencia virtual se puede usar para una gran variedad de síntomas y condiciones médicas, incluyendo:

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

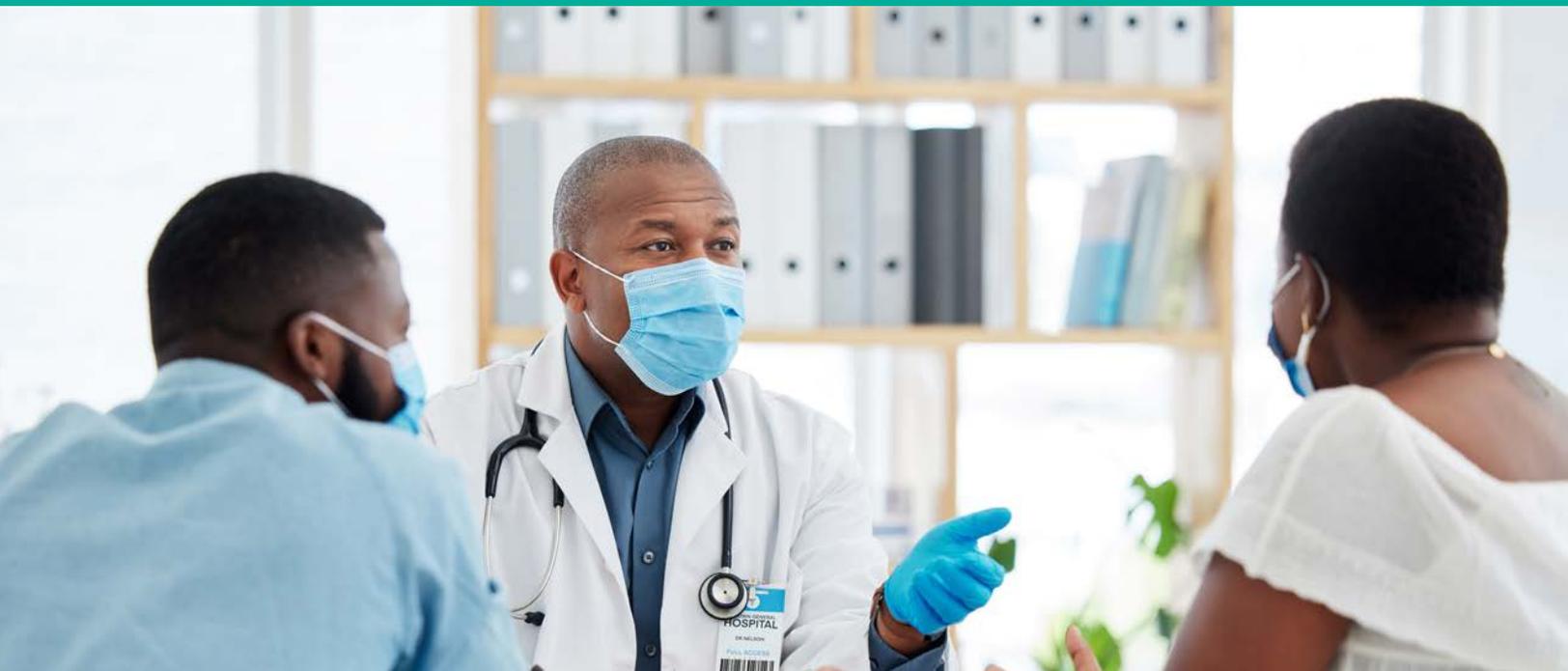
Servicio virtual de salud mental y orientación

Los miembros de Ascension Personalized Care también tienen acceso a servicios virtuales de salud mental y orientación para que puedan chatear por video y en línea con un psiquiatra o terapeuta con experiencia, desde dondequiera que estén.

Con dos opciones de apoyo compasivo, nuestro equipo de cuidadores en psiquiatría y terapia está disponible para ofrecer atención a la salud mental y emocional.

- Los psiquiatras están disponibles para dar apoyo y pueden recetar y monitorear medicamentos para ayudar a controlar los síntomas.
- Los terapeutas están aquí para escuchar y ayudar con los retos de la vida. Los servicios están disponibles para pacientes adultos y pediátricos.

Los miembros deben consultar su cuadro de beneficios, que está en ascensionpersonalizedcare.com para conocer el costo esperado de gastos de bolsillo.



Verificación de los beneficios, la elegibilidad y los costos compartidos de los miembros

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

- Comprobar la cobertura de los beneficios
- Verificar la elegibilidad
 - Confirmar la cobertura primaria o secundaria para aquellos miembros que tengan doble cobertura de seguro médico

En línea: Visite secure.healthx.com/Provider_2022

- Inicie sesión en el portal en Internet de clínicos de Ascension Personalized Care con el nombre de usuario y la contraseña que le dio Ascension Personalized Care

Por teléfono: Llame a Ascension Personalized Care al **833-600-1311** de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. (hora del Este) y escriba el número de identificación del miembro cuando se le pida.

- Marque 1 para inglés (hay otros idiomas disponibles)
- Marque 2 si es un clínico
- Escriba el número de identificación del miembro
 - Para obtener ayuda con la elegibilidad médica, los reclamos, la información de facturación y pago o cualquier otra pregunta, marque 1
- Si no tiene el número de identificación del miembro, marque #
 - Para consultar sobre los beneficios médicos/elegibilidad usando el sistema FaxBack, marque 1
 - Para hablar con un representante de servicios de atención al cliente, marque 2

Confirmación mediante envío de fax 24/7: 888-494-4600

Una vez confirmada la elegibilidad, usted recibirá un fax incluyendo las instrucciones sobre cómo presentar reclamos y un programa de beneficios para el plan del miembro de Ascension Personalized Care.

Los clínicos también son responsables de confirmar la elegibilidad en la fecha del servicio y de determinar la cobertura de beneficios para todos los servicios prestados. A excepción de los copagos, el coseguro, los deducibles u otros cargos complementarios permitidos que se hagan de acuerdo con los términos del Plan vigente, los clínicos no facturarán, cobrarán, recaudarán un depósito, pedirán una remuneración o un reembolso, ni tendrán ningún recurso contra los miembros o las personas que actúen en su nombre por los servicios cubiertos.

Administración médica

Administración de la atención

La administración de la atención es un proceso de colaboración para valorar, planificar, implementar, coordinar, monitorear y evaluar las opciones y los servicios para cubrir las necesidades médicas de una persona, usando la comunicación y los recursos disponibles para promover resultados rentables y de calidad. La coordinación de la atención y la administración de la atención son procesos centrados en el miembro, orientados a los objetivos, culturalmente relevantes y administrados lógicamente para ayudar a asegurarse de que un miembro reciba los servicios necesarios de manera solidaria, eficaz, eficiente, oportuna y rentable.

Los programas de administración de la atención se centran en presentar programas médicos de alta calidad que mejoren la vida de los pacientes y las comunidades traduciendo los objetivos de la misión en programas concretos. Un programa de administración de la atención se dedica a aumentar la calidad y el valor de la atención médica de nuestros miembros mediante la promoción de la atención preventiva, la optimización de los resultados de las enfermedades crónicas y la mejora de la coordinación de la atención para los pacientes y miembros con las necesidades más complejas. Aprovechando los servicios en el proceso continuo de atención, que se ofrecen por medio de la red clínicamente integrada de Ascension, Ascension Care Management promueve y educa a los miembros sobre el control de sus propias condiciones crónicas y los comportamientos de estilo de vida saludable que son clave para reducir la incidencia, la carga y los costos asociados a las condiciones crónicas. Además, Ascension Care Management reconoce que las poblaciones diversas y desatendidas con condiciones crónicas tienen disparidades y desigualdades en materia de salud. Ascension Care Management está diseñado para ofrecer una atención integral, holística y espiritual a todos los miembros.

Los servicios de administración de la atención incluyen los que funcionan de manera sinérgica para mejorar la salud de los pacientes en todo el espectro de bienestar. El programa de Administración de la atención incluye las siguientes cuatro áreas de interés:

1. Mantener a los pacientes sanos por medio de programas de bienestar.
2. Controlar a los pacientes con riesgo emergente mediante el manejo de enfermedades.
3. Dar seguridad en el proceso continuo de atención con transiciones de la atención.
4. Controlar a los pacientes con varias enfermedades crónicas ofreciendo una administración de la atención compleja.

Se completará una evaluación inicial de riesgos médicos (HRA) por teléfono o en persona. Los resultados de HRA nos ayudan a identificar a los miembros que podrían beneficiarse de la administración de la atención y a comprender mejor los riesgos médicos de nuestra población. El administrador de la atención también facilita remisiones y conexiones con clínicos de la comunidad, como los departamentos de salud locales y la División de Envejecimiento. El médico a cargo mantiene la responsabilidad de las necesidades de atención continua del miembro. El administrador de atención se comunicará con el PCP o el médico a cargo si el miembro no sigue el plan de atención o necesita más servicios.

Se evalúa a todos los miembros de Ascension Personalized Care con necesidades identificadas para su inscripción en la administración de la atención. Es posible que los miembros con necesidades se identifiquen mediante las rondas clínicas, las remisiones de otros miembros del personal de Ascension Personalized Care, el censo del hospital, y las remisiones directas de clínicos, las remisiones por cuenta propia o las remisiones de otros médicos.

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 (ministry markets), lo que ayuda a los pacientes de Ascension a lograr sus objetivos de atención médica al mismo tiempo que reduce los costos y mejora la experiencia de los clínicos.

El proceso de administración de la atención incluye la participación de los miembros en relación con hacerse pruebas y evaluaciones de riesgo médico, la mejora de la calidad, el ajuste de riesgos, el compromiso de apoyo en el programa mejorado de manejo de enfermedades y la administración de la atención compleja.

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

- Evaluaciones de riesgos médicos
- Administración de casos complejos
- Manejo mejorado de enfermedades
- Administración de las transiciones de la atención
- Reuniones del equipo interdisciplinario con proveedores de atención primaria

Objetivos principales de la administración de la atención:

- Reducir los gastos médicos de los miembros mediante la disminución de los ingresos y reingresos en ED y de pacientes hospitalizados.
- Mejorar la experiencia y los resultados de atención médica para todos los miembros de Ascension Personalized Care.
- Prevenir o retrasar la aparición y el agravamiento de las condiciones crónicas tratando las deficiencias en los estándares de la atención, mejorando los resultados biométricos y aumentando la satisfacción de los pacientes de Ascension Personalized Care.
- Tratar las barreras para el cumplimiento de los estándares de la atención y mejorar el autocontrol del paciente de Ascension Personalized Care.
- Mejorar el uso de la administración de la atención o las redes de Ascension Personalized Care.
- Mejorar la experiencia de los clínicos.

El equipo nacional de Ascension Care Management:

- Desarrollará y dará a los miembros material educativo relevante para sus condiciones de acuerdo con los requisitos de CMS en cuanto a idioma, alfabetización y formato.
- Colaborará con el plan para desarrollar y ejecutar cualquier iniciativa dirigida a los miembros que afecte la calidad y los resultados de la relación de beneficios médicos (HBR).
- Mantendrá un programa activo de auditoría y capacitación para los equipos locales de administración de la atención.
- Mantendrá un sistema de administración de casos que use directrices o algoritmos basados en evidencia para orientar a los administradores de casos por la evaluación y el manejo continuo de los miembros/clínicos.
- Hará una encuesta anual de miembros/clínicos para evaluar la experiencia con el proceso de administración de la atención y analizará los comentarios para identificar oportunidades para mejorar la experiencia con el programa de administración de la atención.
- Se asegurará que se hagan las remisiones a programas apropiados de atención y manejo de enfermedades específicas de la condición médica (por ejemplo, diabetes, insuficiencia cardíaca, EPOC, maternidad de alto riesgo).
- Diseñará, desarrollará y ejecutará programas de manejo de enfermedades para tratar las necesidades específicas de la condición de la población miembro.
- Desarrollará y dará a los miembros material educativo relevante para sus condiciones.
- Diseñará, desarrollará y ejecutará programas mejorados de manejo de enfermedades basándose en las necesidades de la población miembro.
- Desarrollará y dará a los miembros material educativo relevante para sus condiciones de acuerdo con los requisitos normativos en cuanto a idioma, alfabetización y formato.

Los Mercados del ministerio (Ministry Markets) locales:

- Emplearán un criterio de equipo multidisciplinario de administración de la atención, incluyendo enfermeros, trabajadores sociales, promotores de salud y entrenadores médicos, para el manejo de los miembros de Ascension Personalized Care.
- La administración de la atención se dirigirá a las poblaciones con más riesgo de ingreso al hospital, reingreso, atención inadecuada o mal coordinada. La administración de la atención trata las necesidades clínicas y no clínicas de cada miembro y, luego, trabaja para quitar las barreras a la atención que a menudo están en el entorno de atención ambulatoria, y en toda la atención continua. Desde el punto de vista operativo, esto se logra mediante un modelo de atención estandarizado que aprovecha un equipo de atención médica compuesto por personal clínico y no clínico para presentar una administración de la atención tanto episódica como compleja.
- Idealmente, los administradores de la atención del Mercado del ministerio (Ministry Market):
 - Tendrán contacto en persona con los miembros, comunicación telefónica y envío de correos.
 - Darán a los miembros herramientas y material educativo y de autocontrol fácil de entender.
 - Se centrarán en la educación, el autocontrol y la toma de decisiones compartida.
 - Trabajarán individualmente con los miembros y sus clínicos.
- La administración de la atención se centrará en dos áreas principales:
 - Administración de las transiciones de la atención después de un episodio crítico de atención.
 - Administración de la atención médica compleja de los miembros de alto riesgo.
- La administración de la atención de transición está diseñada para apoyar la transición exitosa de la atención de un miembro después de un episodio crítico de atención (visita a ER, estado de OBS, alta del SNF o ingreso de pacientes hospitalizados). Una vez que se identifica a un miembro, se le prestan servicios de administración de la atención para asegurarse de que se desarrolle y cumpla un plan de atención después del episodio crítico de atención.
- La administración de la atención compleja de los miembros de alto riesgo se centra en aquellos que pueden beneficiarse de la administración de la atención dirigida, proactiva y basada en las relaciones. La prestación de servicios se estandariza mediante vías de atención basadas en la evidencia, que se rigen por herramientas de evaluación clínicamente validadas. La administración de la atención compleja se presta mediante vías de atención estandarizadas, incluyendo la orientación para personas con diabetes, CHF, CAD, EPOC, asma, ansiedad, depresión, demencia, embarazo de alto riesgo, cáncer o que necesitan cuidados paliativos.
- Los servicios de apoyo de la administración de la atención incluyen:
 - Comprensión de diagnósticos nuevos, orientación para el manejo de enfermedades y administración de la atención médica conductual.
 - Comprensión de cómo y cuándo acceder al nivel adecuado de atención.
 - Asistencia en los beneficios y la facturación.
 - Conexión con un proveedor de atención primaria y asistencia con las citas.
 - Ayuda en la transición de vuelta a casa desde ER, el hospital o el centro de enfermería especializada.
 - Eliminación de las barreras a la atención: transporte, inseguridad alimentaria, etc.
 - Facilitación del acceso a programas especiales: servicios de manejo de EPOC, cuidados paliativos, recursos de transporte, etc.
 - Administración de las visitas domiciliarias y controles de seguridad cuando corresponda.
 - Ayuda para entender los medicamentos y hacer conciliaciones de medicamentos.
 - Prestación de orientación médica para mejorar el autocontrol y desarrollar/mantener comportamientos saludables.

El proceso de administración de la atención de Ascension Personalized Care contiene los siguientes aspectos fundamentales:

- Evaluación e identificación de los miembros que potencialmente cumplen los criterios para la administración de la atención.
- Evaluación de los factores de riesgo del miembro para determinar la necesidad de la administración de la atención.
- Notificación al miembro y a su PCP (según esté asignado) sobre la inscripción del miembro en el programa de administración de la atención de Ascension Personalized Care.

- Desarrollo e implementación de un plan de tratamiento del Plan de atención individual (ICP) que se adapte a las necesidades culturales y lingüísticas específicas del miembro.
- Establecimiento con el miembro los problemas, los objetivos y las intervenciones del ICP para lograr los resultados que quiere el miembro.
- Remisión y asistencia al miembro para asegurarse de que tiene el acceso oportuno a los clínicos.
- Coordinación de servicios médicos, residenciales, sociales y otros servicios de apoyo.
- Monitoreo de la atención/servicios.
- Revisión del ICP según sea necesario.
- Provisión de apoyo de transición de la atención para los miembros que necesitan niveles de atención alternativos (incluye el compromiso del seguimiento posterior al alta).
- Remisión de un miembro a la administración de la atención de Ascension Personalized Care: se pide a los clínicos que se comuniquen con un administrador de la atención de Ascension Personalized Care para remitir a un miembro identificado que necesita una intervención de administración de la atención.

Hitos que exige el Programa de administración de la atención:

Anualmente, los líderes del Programa nacional de administración de la atención de Ascension, junto con los líderes locales de administración de la atención, evalúan el impacto de la estrategia y los programas de administración de la atención mediante la medición de medidas clínicas, de utilización y de experiencia relevantes. El Programa nacional de administración de la atención de Ascension completará 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, las actividades o los recursos de la administración de la atención, y para evaluar en qué medida estos programas facilitan el acceso y la conexión con los recursos de la comunidad que tratan las necesidades de los miembros fuera del ámbito de los beneficios del plan médico. Basándose en estos resultados, se modifican el diseño y los recursos del programa de administración de la atención. La evaluación anual impulsa la planificación de la administración de la atención y la estrategia para la actividad del programa y las modificaciones de los recursos. A los líderes y equipos locales de la administración de la atención se les dan hitos para evaluar la eficacia de los servicios. Los mercados reciben datos y comentarios sobre los hitos trimestralmente.



Administración de utilización

El Programa de administración de utilización (UM) de Ascension Care Management Insurance Holdings (ACMIH) está diseñado para administrar el uso de los recursos de atención médica y maximizar la eficacia y la calidad de la atención que se da a sus miembros. Su objetivo es promover una toma de decisiones de administración de utilización apropiada, segura y coherente. El programa incluye componentes de revisión previos, simultáneos y posteriores al servicio. Las actividades del programa se completan de manera coherente con las políticas, los procedimientos y las normas vigentes de las agencias reguladoras estatales y federales.

ACMIH afirma que sus decisiones de utilización sobre la atención y el servicio se basan únicamente en su idoneidad en relación con la condición médica específica de cada miembro. ACMIH no recompensa a los clínicos, los proveedores de atención médica, al personal clínico que hace revisiones de utilización u otras personas que nieguen la autorización, el servicio o la atención. Ni la inclusión en la red ni las prácticas de contratación y despido influyen en la probabilidad o la percepción de la probabilidad de que una persona deniegue o apruebe la cobertura de beneficios. No existen incentivos financieros para denegar la atención o fomentar decisiones que tengan como consecuencia una subutilización.

Necesidad médica

El hecho de que un médico pueda prescribir, autorizar o dirigir un servicio no lo convierte en un beneficio cubierto o médicamente necesario según el contrato.

Los servicios médicamente necesarios son servicios o suministros de atención médica necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición o sus síntomas, y que cumplen los estándares aceptados de medicina. Estos incluyen servicios que son:

- Adecuados y coherentes con el diagnóstico del clínico que da el tratamiento y cuya omisión podría afectar negativamente a la condición médica del miembro elegible.
- Compatibles con las normas de práctica médica aceptable en la comunidad.
- Prestados en un entorno seguro, apropiado y rentable, dada la naturaleza del diagnóstico y la gravedad de los síntomas.
- No se prestan únicamente para la conveniencia del miembro ni para la conveniencia del clínico de atención médica u hospital.

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

Autorización previa

Para obtener una autorización previa es necesario que el clínico o proveedor de atención médica haga una solicitud formal de determinación de necesidad médica a Ascension Personalized Care antes de que se preste el servicio. Una vez recibida, la solicitud de autorización previa se analiza para determinar su elegibilidad y se evalúa la necesidad médica y la idoneidad de los servicios médicos propuestos, incluyendo el entorno en el que tendrá lugar la atención propuesta.

La autorización previa es necesaria solo para aquellos procedimientos/servicios para los que la calidad de la atención o el impacto financiero pueden verse influenciados favorablemente por la revisión de la necesidad médica o de la idoneidad, como los ingresos de pacientes hospitalizados que no son de emergencia, todos los servicios fuera de la red y ciertos servicios para pacientes ambulatorios, servicios auxiliares e inyectables especializados como se describe en la lista de autorización previa.

No es necesaria una autorización previa para servicios de emergencia ni para los servicios de atención de urgencia.

Servicios que necesitan autorización previa

Para ver una lista de los servicios que necesitan autorización previa, visite el sitio web de Ascension Personalized Care en ascensionpersonalizedcare.com. No obtener la autorización previa o la certificación previa necesarias puede tener como consecuencia la denegación del reclamo o la reducción del pago. Suspenderemos la necesidad de solicitudes de autorización previa durante una emergencia/catástrofe en la que los clínicos no puedan comunicarse con Ascension Personalized Care durante un período prolongado y, cuando actúen de buena fe, los médicos necesitan prestar servicios a nuestros miembros.

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

Las solicitudes de autorización previa se pueden hacer a Ascension Personalized Care llamando al 844-995-1145. Las solicitudes de autorización previa se pueden enviar por fax al 512-380-7507. El formulario de autorización por fax se puede encontrar en nuestro sitio web en ascensionpersonalizedcare.com.

El clínico solicitante o que presta el servicio debe dar la siguiente información para pedir la autorización (independientemente del método usado):

- Nombre del miembro, fecha de nacimiento y número de identificación.
- Número de NPI del proveedor, código de taxonomía, nombre y teléfono.
- Nombre del centro, si la solicitud es para un ingreso como paciente hospitalizado o servicios de un centro para pacientes ambulatorios.

- Lugar donde está el clínico, si la solicitud es para un procedimiento ambulatorio o de consultorio.
- Los códigos del procedimiento. **Nota:** Si los códigos de procedimiento presentados en el momento de la autorización difieren de los servicios realmente prestados, se recomienda que en el plazo de 72 horas o antes del momento en que se presente el reclamo, llame por teléfono a Administración Médica al 844-995-1145 para actualizar la autorización. De lo contrario, esto puede tener como consecuencia la denegación del reclamo.
- Información clínica relevante (por ejemplo, plan de tratamiento pasado/propuesto, procedimiento quirúrgico y procedimientos de diagnóstico para respaldar la idoneidad y el nivel de servicio propuesto).
- Fecha de ingreso o fecha propuesta de operación, si la solicitud es para un procedimiento quirúrgico.
- Planes del alta.

Plazos de determinación de la utilización

La toma de decisiones sobre la administración de utilización está basada en la idoneidad de la atención y el servicio. Ascension Personalized Care no recompensa a los clínicos ni a otras personas por expedir denegaciones de autorización.

Las decisiones de autorización se toman tan rápidamente como sea posible. Ascension Personalized Care usa los plazos específicos que se mencionan abajo. En algunos casos, es posible que se necesite extender el plazo de abajo. Se le notificará si es necesaria una extensión. Comuníquese con Ascension Personalized Care si quiere una copia de la política de los plazos de la administración de utilización.



Plazos para las decisiones

Las determinaciones de la precertificación se hacen de acuerdo con los estándares de tiempo de URAC.

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

Plazos para las decisiones						
Tipo de solicitud	URAC	Indiana	Kansas	Michigan	Tennessee	Texas
Prospectiva urgente	En el plazo de 72 horas desde la recepción de la solicitud	Tan pronto como sea posible, pero no más tarde del segundo día hábil después de la fecha de la solicitud	En el plazo de 72 horas desde la recepción de la solicitud	En el plazo de 24 horas desde la recepción de la solicitud	En el plazo de 72 horas desde la recepción de la solicitud	En el plazo de 72 horas desde la recepción de la solicitud
Prospectiva no urgente	En el plazo de 15 días calendario desde la recepción de la solicitud	No más tarde del segundo día hábil después de la fecha de la solicitud	En el plazo de 15 días calendario desde la recepción de la solicitud	En el plazo de 15 días calendario desde la recepción de la solicitud	En el plazo de dos días hábiles y de la recepción de toda la información necesaria	En el plazo de tres días hábiles Lesión cerebral adquirida: no más tarde de tres días hábiles; notificación mediante contacto telefónico directo
Prospectiva no urgente (extensión)	15 días calendario más desde la recepción de la solicitud	15 días calendario más desde la recepción de la solicitud	15 días calendario más desde la recepción de la solicitud	15 días calendario más desde la recepción de la solicitud	15 días calendario más desde la recepción de la solicitud	14 días calendario más
Revisión concurrente urgente	En el plazo de 24 horas desde la recepción de la solicitud	En el plazo de 24 horas desde la recepción de la solicitud	En el plazo de 24 horas desde la recepción de la solicitud	En el plazo de 24 horas desde la recepción de la solicitud	En el plazo de 24 horas desde la recepción de la solicitud	Concurrente: URAC Posterior a la estabilización: En el plazo de una hora desde la solicitud (incluye la revisión concurrente de medicamentos con receta o infusiones por vía intravenosa)
Retrospectiva	En el plazo de 30 días calendario desde la recepción de la solicitud	En el plazo de 30 días calendario desde la recepción de la solicitud	En el plazo de 30 días calendario desde la recepción de la solicitud	En el plazo de 30 días calendario desde la recepción de la solicitud	En el plazo de 30 días calendario desde la recepción de la solicitud	En el plazo de 30 días calendario desde la recepción de la solicitud
Retrospectiva (extensión)	15 días calendario más, con extensión	15 días calendario más, con extensión	15 días calendario más, con extensión	15 días calendario más, con extensión	15 días calendario más, con extensión	15 días calendario más, con extensión

Determinaciones estándar de la organización

Las determinaciones estándar de la organización se toman tan rápido como sea necesario para la condición médica del miembro, pero no más tarde de 15 días calendario después de que recibamos la solicitud de servicio. Tenga en cuenta que cuando difieren los estándares estatales o federales de tiempo, se aplica el estándar de tiempo más estricto. Se puede conceder una extensión por 14 días calendario más si el miembro pide una extensión, o si justificamos la necesidad de más información y documentamos que la demora es en el mejor interés del miembro.

Determinaciones aceleradas de la organización

Las determinaciones aceleradas de la organización se toman cuando el miembro o su clínico cree que esperar una decisión según el marco de tiempo estándar podría poner en grave peligro la vida, la salud o la capacidad de recuperar la máxima función del miembro. La determinación se tomará tan rápido como sea necesario para la condición médica del miembro, pero no más tarde de 72 horas después de recibir la solicitud del miembro o del clínico. Tenga en cuenta que cuando difieren los estándares estatales o federales de tiempo, se aplica el estándar de tiempo más estricto. Se puede conceder una extensión por 14 días calendario más si el miembro pide una extensión, o si justificamos una necesidad de más información y documentamos cómo la demora es en el mejor interés del miembro. No se podrán pedir determinaciones aceleradas de la organización para los casos en los que el único asunto incluya un reclamo de pago por servicios que el miembro ya haya recibido. Las solicitudes urgentes aceleradas se pueden hacer a Ascension Personalized Care por teléfono llamando al 844-995-1145.

Revisión concurrente

La revisión concurrente se define como cualquier revisión para una extensión de un curso de tratamiento previamente aprobado y continuo, durante un período de tiempo o número de tratamientos. Las revisiones concurrentes generalmente se asocian con la atención para pacientes hospitalizados o la atención continua para pacientes ambulatorios. Las decisiones se toman tan rápido como sea necesario para condición médica del miembro, generalmente en el plazo de un día hábil desde su recepción. Tenga en cuenta que cuando difieren los estándares estatales o federales de tiempo, 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. Hay dos tipos de revisiones retrospectivas que Ascension Personalized Care puede hacer:

- Revisión retrospectiva que inicia Ascension Personalized Care. Necesita documentación periódica incluyendo, entre otros, el expediente médico, UB o factura detallada para completar una auditoría de la codificación, el tratamiento, el resultado clínico y el diagnóstico presentados por el clínico en relación con un reclamo presentado. Cuando se pida, el expediente médico se debe enviar a Ascension Personalized Care para respaldar la codificación precisa y la presentación de reclamos.

Revisión retrospectiva que inician los clínicos. Ascension Personalized Care revisará las solicitudes posteriores al servicio para la autorización de ingresos de pacientes hospitalizados o servicios para pacientes ambulatorios si la solicitud se recibe en el plazo de 90 días calendario después de la fecha del servicio y se cumple alguna de las siguientes circunstancias atenuantes:

- Incapacidad de conocer la situación: el clínico o el centro no pueden identificar a qué plan médico solicitar una autorización. El miembro no puede informar al clínico sobre su cobertura de seguro o el clínico verificó una cobertura de seguro diferente antes de prestar los servicios.
- Situaciones en las que no hay tiempo suficiente: el miembro necesita servicios médicos inmediatos y el clínico no puede anticipar la necesidad de una autorización previa inmediatamente antes o mientras presta un servicio.
- Le dan el alta a un miembro de un centro y no hay tiempo suficiente para que los servicios de atención médica en casa o institucional reciban la aprobación antes de la prestación del servicio.

La revisión incluye tomar determinaciones de cobertura para el nivel apropiado de servicios, aplicar los mismos criterios médicos aprobados que se usaron para las decisiones antes del servicio y tener en cuenta las necesidades del miembro en el momento del servicio. Ascension Personalized Care también identificará los problemas de calidad, los problemas de utilización y el motivo por el que no se han seguido las directrices de autorización previa/precertificación de Ascension Personalized Care. Si Ascension Personalized Care no puede tomar una decisión debido a asuntos fuera de su control, puede extender el plazo de la decisión una vez, hasta 14 días calendario a partir de la solicitud posterior al servicio.

Criterios de la revisión de utilización

Ascension Care Management Insurance Holdings (ACMIH) usa estándares de atención reconocidos a nivel nacional para las políticas médicas basadas en la evidencia y las directrices de administración de utilización clínica para las decisiones de cobertura de administración médica. Las políticas médicas se desarrollan mediante la revisión periódica de los estándares generalmente aceptados de la práctica médica y se actualizan al menos anualmente. Los criterios presentan un sistema de evaluación de la atención médica propuesta basado en las mejores prácticas de atención médica específicas para miembros y sistemas basados en reglas, para relacionar los servicios apropiados con las necesidades de los miembros según la idoneidad clínica.

Las leyes federales y estatales, y el lenguaje del contrato, incluyendo las definiciones y las disposiciones/exclusiones específicas del contrato, tienen prioridad sobre la política médica y se deben considerar en primer lugar cuando se determina la elegibilidad para la cobertura. Por lo tanto, en todos los casos, las leyes estatales o los requisitos de CMS reemplazarán tanto la política médica de Ascension Care Management Insurance Holdings como los criterios de atención de InterQual. La tecnología médica evoluciona constantemente y ACMIH se reserva el derecho de revisar y actualizar periódicamente la política médica y los criterios de administración de utilización.

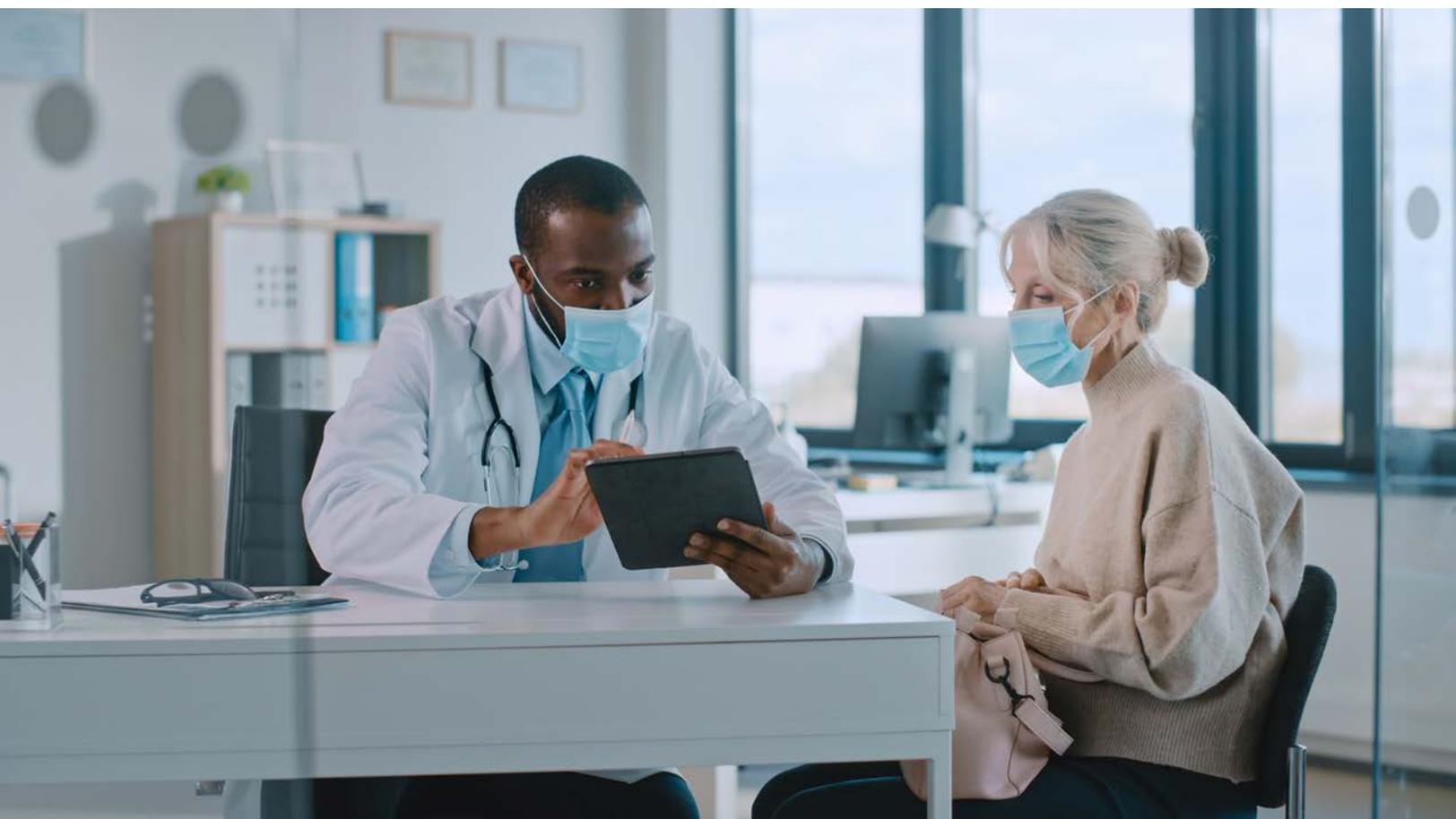
Criterios	Solicitud
Casos agudos de InterQual: adultos y pediatría	<ul style="list-style-type: none"> Ingresos de pacientes hospitalizados Estancia continua y preparación para el alta
Diagnóstico por imágenes de InterQual	<ul style="list-style-type: none"> Estudios de diagnóstico por imágenes y radiografías
Procedimientos de InterQual: adultos y pediatría	<ul style="list-style-type: none"> Operación y procedimientos invasivos
Criterios de InterQual de psiquiatría geriátrica y para adultos	<ul style="list-style-type: none"> Ingresos de pacientes hospitalizados Estancia continua y preparación para el alta
Criterios de InterQual de niños y adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> Ingresos de pacientes hospitalizados Estancia continua y preparación para el alta
Criterios de InterQual de trastornos por consumo de sustancias y diagnóstico dual	<ul style="list-style-type: none"> Ingresos de pacientes hospitalizados Estancia continua y preparación para el alta
Criterios de InterQual de rehabilitación para pacientes hospitalizados	<ul style="list-style-type: none"> Ingresos de pacientes hospitalizados de rehabilitación en casos agudos Estancia continua y preparación para el alta Ingresos en centro de enfermería especializada
Rx de especialidades no de oncología Rx de especialidades de oncología	<ul style="list-style-type: none"> Medicamentos de especialidad
Equipo médico duradero (DME)/prótesis y ortótica: Directrices de cobertura clínica de Medicare de CMS	<ul style="list-style-type: none"> Equipo médico duradero Prótesis y ortótica

El director médico de Ascension Personalized Care u otro profesional de atención médica, 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 de acuerdo con las prácticas médicas o de atención médica actualmente aceptadas, teniendo en cuenta las circunstancias especiales de cada caso que pueden necesitar una alteración de los criterios reconocidos a nivel nacional u otros estándares mencionados arriba. La toma de decisiones sobre la administración de utilización está basada en la idoneidad de la atención y el servicio y en la existencia de cobertura. Ascension Personalized Care no da incentivos financieros y no recompensa a los clínicos u otras personas por expedir denegaciones de autorizaciones.

Las políticas clínicas de Ascension Personalized Care están publicadas en ascensionpersonalizedcare.com. Los clínicos pueden obtener los criterios usados para tomar una determinación adversa específica comunicándose con el Departamento de Administración Médica llamando al 844-995-1145. Los clínicos tienen la oportunidad de hablar sobre cualquier decisión adversa con un médico de Ascension Personalized Care u otro revisor apropiado en el momento de una determinación adversa. Se puede comunicar con el director médico llamando a Ascension Personalized Care al 844-995-1145 y preguntando por el director médico. Un administrador de atención de Ascension Personalized Care también puede coordinar la comunicación entre el director médico y el clínico solicitante.

Cuando se toma la determinación, se envía la notificación así:

- Si se aprueba la solicitud, ACMIH envía una notificación por escrito al miembro. Los clínicos pueden consultar el estado de la solicitud por medio de e-Referral (remisión 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 médica, según corresponda, explicando los motivos de la denegación junto con las instrucciones para presentar una apelación.
- El director médico de ACMIH da la oportunidad para que el clínico registrado revise el caso antes de expedir una denegación. El propósito del análisis entre colegas es intercambiar información sobre los matices clínicos de la condición médica del miembro y la necesidad médica del servicio que se pidió. Se puede comunicar con el director médico llamando a Ascension Personalized Care al 844-995-1145 y preguntando por el director médico. Un administrador de atención de Ascension Personalized Care también puede coordinar la comunicación entre el director médico y el clínico solicitante.



Proceso de apelación clínica

Cómo presentar una apelación

En los casos en que se deniegue una solicitud de autorización, la persona inscrita, o alguien que actúe en nombre de la persona inscrita, y el clínico registrado tienen derecho a apelar una determinación adversa (denegación) oralmente o por escrito. La apelación se manejará mediante un proceso de apelación estructurado. Un proveedor de atención médica autorizado que no haya participado en la decisión de cobertura inicial revisará la apelación. El proveedor de atención médica revisor es de la misma especialidad, o de una similar, que normalmente trata la condición médica, hace el procedimiento o da el tratamiento, y trata complicaciones similares de esas condiciones.

La parte que apela debe enviarnos la apelación a más tardar **180 días calendario después de la fecha de la carta**.

- Apelación por escrito:** Para presentar una apelación por escrito, envíe por correo postal, fax o correo electrónico la apelación por escrito a la siguiente dirección, número de fax o dirección de correo electrónico:

Ascension Care Management Insurance Holdings Medical Management
 Attention: Appeal Department
 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 sin costo al siguiente número: 1-844-995-1145.

Dos tipos de apelaciones

- Apelación estándar:** Es una apelación por atención que no es una condición o tipo de servicio que califica para una apelación acelerada.
- Apelación acelerada:** Una apelación acelerada está disponible para la atención de emergencia, las condiciones que amenazan la vida, la prevención de daños graves y las personas inscritas hospitalizadas. También se puede presentar una apelación acelerada en caso de denegaciones de medicamentos con receta e infusiones intravenosas para las que la persona inscrita esté recibiendo beneficios actualmente. También se puede presentar una apelación acelerada en caso de que se deniegue una solicitud de excepción al protocolo de terapia escalonada.

Qué esperar después de presentar la apelación

En un plazo de cinco días hábiles desde la recepción de la apelación, enviaremos a la parte que apela una carta acusando recibo de la fecha de recepción de la apelación y una lista de los documentos que podamos necesitar para la apelación. Si la apelación es oral, le enviaremos a la parte que apela un formulario de apelación de una página. La parte que apela no tiene que devolver el formulario de apelación, pero la animamos a que lo devuelva porque el formulario nos ayudará a resolver la apelación.

Las personas inscritas/miembros pueden ver su expediente médico, las directrices y otra información que usamos para tomar nuestra decisión. Cuando se solicite, enviaremos esta información de manera gratuita.

Si la apelación es sobre una cuestión médica, el médico de la persona inscrita puede hablar con el proveedor de atención médica autorizado que revisará la apelación.

Plazos para resolver una apelación

Nuestros plazos para resolver la apelación y enviar una decisión por escrito a la persona inscrita, o a alguien que actúe en nombre de la persona inscrita, y al médico registrado son:

- **Apelación estándar:** 30 días calendario desde la recepción de la apelación.
- **Apelación acelerada:** Lo que sea más corto entre un día hábil desde la fecha en que recibimos toda la información necesaria para completar la apelación o 48 horas desde que recibimos la apelación. Podemos dar la determinación por teléfono o transmisión electrónica, pero daremos una determinación por escrito en el plazo más corto entre los tres días hábiles después de la notificación telefónica o electrónica inicial, o las 72 horas desde que recibimos su solicitud. Tenga en cuenta que cuando difieren los estándares estatales o federales de tiempo, se aplica el estándar de tiempo más estricto.
- **Apelación retrospectiva (reclamo):** 30 días calendario después de recibir la apelación. Sin embargo, podemos extender este plazo una vez por un período que no exceda los 15 días.

Proceso de revisión externa (ER)

Si denegamos la apelación, la persona inscrita, alguien que actúe en nombre de la persona inscrita o el médico registrado tienen derecho a solicitar una revisión de un revisor externo en un plazo de 120 días desde la recepción de la decisión de la apelación. El revisor externo no está afiliado al plan médico, los proveedores de atención médica ni al agente de revisión de utilización.

Cómo solicitar una revisión externa (independiente) (ERO)

Para solicitar una revisión externa, la persona inscrita, alguien que actúe en nombre de la persona inscrita o el médico registrado completará el formulario de solicitud de revisión externa adjunto y lo enviará por correo postal, fax o correo electrónico a la siguiente dirección, número de fax o dirección de correo electrónico:

Ascension Care Management Insurance Holdings Medical Management
Attention: Appeal Department
1345 Philomena St., Suite 305
Austin, TX 78723
Fax: 512-380-7507

Correo electrónico: SHP-Authorization@ascension.org

Si la persona inscrita, el representante de la persona inscrita o el médico registrado cree que esperar una revisión externa pondrá en grave peligro la vida o la salud de la persona inscrita, o su capacidad para lograr, mantener o recuperar la función máxima, la persona inscrita, el representante de la persona inscrita o el médico registrado puede solicitar una revisión externa acelerada completando la sección de revisión acelerada del formulario de solicitud de revisión externa. El médico que da el tratamiento debe presentar la documentación que diga que un retraso pondría en grave peligro la vida o la salud de la persona inscrita, o pondría en peligro la capacidad de la persona inscrita para recuperar la función máxima.

Plazos para resolver una revisión externa

Nuestros plazos para resolver la solicitud de revisión externa y enviar una decisión por escrito a la persona inscrita, o a alguien que actúe en nombre de la persona inscrita y al médico registrado son:

- **Revisión estándar (no urgente):** Aviso por escrito de la decisión final de la revisión externa lo más **rápido posible y a más tardar 45 días** después de que la organización de revisión externa reciba la solicitud de revisión externa. Entregaremos a la persona inscrita, o a la persona que actúe en nombre de la persona inscrita, y al médico registrado las determinaciones de revisión por escrito. Tenga en cuenta que cuando difieren los estándares estatales o federales de tiempo, se aplica el estándar de tiempo más estricto.
- **Revisión acelerada:** Aviso de la decisión final de la revisión externa con **la rapidez que exijan las circunstancias médicas y en el plazo de 48 horas** desde de que la organización de revisión externa reciba la solicitud de revisión externa. Inicialmente, podemos dar la decisión final de la revisión externa de manera oral a la persona inscrita, o a la persona que actúe en nombre de la persona inscrita, y al médico registrado, pero se debe hacer un seguimiento por escrito en el plazo de 48 horas. Tenga en cuenta que cuando difieren los estándares estatales o federales de tiempo, se aplica el estándar de tiempo más estricto.



Excepciones al proceso de revisión externa de arriba:

Miembros de Kansas:

Proceso:

1. Usted o su representante autorizado pueden pedir una revisión externa en el plazo de 4 meses desde la recepción de la carta de resolución de la apelación. La solicitud se debe hacer por escrito. Cuando la solicitud la haga su proveedor, actuando en su nombre, usted o su representante legalmente autorizado deberán enviar una autorización por escrito. La solicitud por escrito se debe enviar a:

**Kansas Insurance Commissioner Kansas Insurance Department 420 SW 9th Street
Topeka, KS 66612
(785) 296-3071 o (800) 432-2484**

Miembros de Michigan:

Proceso:

1. Usted o su representante autorizado deben completar la Solicitud de revisión externa de atención médica de Michigan y enviar el formulario al Departamento de Seguros y Servicios Financieros de Michigan. Su médico puede encontrar el formulario aquí: https://www.michigan.gov/documents/difs/FIS_2326_600931_7.pdf. La **solicitud se debe presentar en el plazo de 127 días** después de que reciba nuestra determinación adversa final.
2. Si hemos dicho que el servicio es experimental o de investigación, su médico debe completar el formulario de Certificación de proveedor que da el tratamiento para denegaciones experimentales/de investigación y enviarlo con su solicitud. Su médico puede encontrar el formulario aquí: https://www.michigan.gov/documents/difs/FIS_2326_600931_7.pdf
3. Usted o su representante autorizado pueden comunicarse con el Departamento de Seguros y Servicios Financieros de Michigan (DIFS) así:

DIFS - Office of Research, Rules, and Appeals - Appeals Section

Teléfono: 877-999-6442

Fax: 517-284-8838

Correo electrónico: DIFS-HealthAppeal@michigan.gov

O visite: <https://difs.state.mi.us/Complaints/ExternalReview.aspx>

Farmacia

Cigna es el Administrador de Beneficios de Farmacia (PBM) para el plan de Ascension Personalized Care. Cigna enviará una tarjeta de identificación de farmacia a todos los miembros. Esta tarjeta de identificación de la farmacia de Cigna 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 se pueden usar para surtir una receta.

La cobertura de farmacia para los miembros varía según los beneficios del plan. La información sobre la cobertura de farmacia del miembro se puede encontrar mediante el Portal del clínico en línea y seguro. Más recursos disponibles en el sitio web incluyen la lista de medicamentos cubiertos (formulario), la posición de la cobertura, la capacidad para presentar una autorización previa y más.

El “formulario” es una lista de medicamentos cubiertos que selecciona el plan en consulta con un equipo de clínicos de atención médica, que presenta las terapias que se recetan que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. La lista de medicamentos cubiertos (formulario) incluye:

- Qué medicamentos están cubiertos, el estado del nivel, incluyendo las restricciones y las limitaciones.
- Información de la autorización previa, los límites de cantidad, la terapia escalonada y la sustitución por medicamentos genéricos.
- Cómo pueden los médicos que recetan pedir una excepción.

Al menos trimestralmente, el Comité de Farmacia y Terapéutica (P & T) de Cigna aprueba la lista de medicamentos cubiertos (formulario) del plan. Los participantes del Comité de P & T incluyen farmacéuticos en ejercicio y médicos de diversas especialidades. La lista de medicamentos cubiertos (formulario) contiene los medicamentos que el Comité de P & T ha elegido basado en su seguridad y eficacia como parte de un programa de tratamiento de calidad. Los cambios positivos en la lista de medicamentos cubiertos (formulario) se hacen mensualmente, mientras que los cambios negativos se hacen al menos dos veces al año. Si un médico considera que cierto medicamento merece que se agregue a la lista, se puede presentar una solicitud al plan, junto con los datos clínicos de respaldo para que el comité los revise.

Importante: De acuerdo con los requisitos estatales, la lista de medicamentos cubiertos (formulario) de Texas solo se actualizará anualmente.

La lista de medicamentos cubiertos (formulario) está disponible para ver o descargar en nuestro sitio web. Los clínicos también pueden llamar a Servicios para clínicos para obtener una copia impresa de la lista de medicamentos cubiertos (formulario).

Por lo general, cubriremos los medicamentos mencionados en nuestra lista de medicamentos cubiertos (formulario) siempre que el medicamento sea médicamente necesario, la receta se surta en una farmacia de la red del plan y se cumplan otras reglas del plan. Además, el plan da apoyo para lo siguiente:

- Administración de utilización (incluyendo los requisitos de autorización previa)
- Excepciones y apelaciones
- Cómo encontrar una farmacia cercana
- Información sobre los cambios en la lista de medicamentos cubiertos (formulario)

Información de farmacia

Se puede encontrar información importante de farmacias en signaforhcp.cigna.com. Esto incluye:

- Lista de medicamentos cubiertos (formulario)
- Posición de la cobertura
- Presentación de la autorización previa y más

Ascension Rx

La remisión de pacientes a Ascension Rx para medicamentos de especialidad es un proceso sencillo y tendrá el apoyo total de un farmacéutico especializado.

- El horario de atención de la farmacia es de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del Este; sin embargo, hay un farmacéutico de guardia 24/7.
- Envíe de manera electrónica las recetas a la farmacia de especialidades Ascension Rx o por fax al: 855-394-7057.
- Si es un proveedor de Ascension Medical Group, pida que se envíen recetas a la farmacia de especialidades Ascension Rx y elija “Ascension Rx - Specialty #1303” por medio del expediente médico electrónico (EHR).

Dirección de la farmacia de especialidades Ascension Rx:

30055 Northwestern Highway
Suite 225
Farmington Hills, MI 48334

Llame al 855-292-1427 para obtener más información.

Si no tiene acceso a una farmacia de especialidades Ascension Rx o a una farmacia local de Ascension Rx, remita a su miembro de Ascension Personalized Care a Accredo, una farmacia de especialidades de Cigna, llamando al 866-759-1557.

Apelaciones de farmacia

La Política nacional de apelaciones de Cigna consiste en un proceso de apelaciones internas de un solo nivel para resolver disputas relacionadas con la denegación de la necesidad médica de los beneficios cubiertos antes y después del servicio, y con la denegación de la cobertura de los beneficios después del servicio. Si un asunto no se puede resolver rápidamente antes de la apelación, se puede iniciar un proceso de apelación interna formal por escrito, generalmente hasta 180 días calendario desde de la fecha de la última determinación.

En cada caso, Cigna puede tener derecho a una prórroga única de no más de 15 días. Las apelaciones aceleradas se celebran en el plazo de 72 horas después de la recepción de la apelación.

Los revisores que toman decisiones de apelación se seleccionan para asegurarse de que ni ellos ni sus directivos hayan participado en la decisión anterior.

Para presentar una apelación ante Cigna:

- Número de fax para apelaciones estándar: 877-815-4827
- Número de fax para apelaciones aceleradas: 860-731-3452
- Por correo: Attn: Appeal Coordinator
P.O. Box 188011
Chattanooga, TN 37422

Formulario en línea en: <https://www.cigna.com/static/www-cigna-com/docs/appeal.pdf>

Atención médica

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

- Atención de maternidad médicamente necesaria
- Servicios de salud reproductiva cubiertos
- Atención preventiva (atención de bienestar) y exámenes generales
- Atención ginecológica
- Visitas de seguimiento para los servicios de arriba
- Atención de emergencia

Si el proveedor de atención médica del miembro diagnostica una condición que necesita una autorización previa a otros especialistas u hospitalización, se debe obtener una autorización previa de acuerdo con los requisitos de autorización previa de Ascension Personalized Care.

Condición médica de emergencia

Una condición médica de emergencia es una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluyendo dolor intenso) que una persona prudente, que posee un conocimiento promedio de salud y medicina, podría razonablemente esperar que la ausencia de atención médica inmediata dé como resultado que se ponga la salud de la persona (o, con respecto a una miembro embarazada, la salud de la miembro o de su hijo por nacer) en grave peligro, impedimentos graves de las funciones corporales o disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Programa de administración de la calidad

Resumen

El Programa de administración de la calidad (QM) es un programa coordinado e integral diseñado para monitorear, evaluar y mejorar la calidad y la conveniencia de la atención y los servicios prestados a los miembros/personas cubiertas con cobertura en Ascension Personalized Care. Esto se logra mediante la creación de una infraestructura y un conjunto de procesos comerciales para que el logro de resultados y servicios de alta calidad sea una parte integral de la forma en que Ascension Personalized Care hace negocios.

Estructura del programa QMPS

La Junta Directiva (BOD) de Ascension Personalized Care es quien supervisa en última instancia la atención y los servicios prestados a los miembros. La BOD supervisa el Programa de QM y ha establecido varios comités y comités ad-hoc para monitorear y apoyar el Programa de QM.

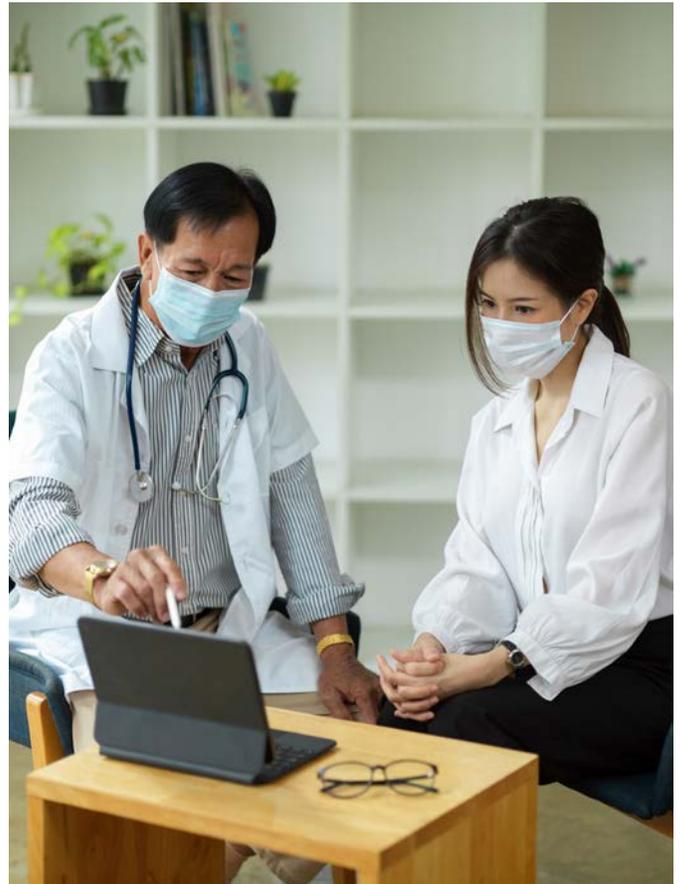
El Comité de administración de la calidad y seguridad del paciente (QMPSC) es un comité de alta dirección con representación de médicos que es directamente responsable del Programa de QM ante la BOD. El propósito (como mínimo) del QMPSC es:

- Potenciar y mejorar la calidad de la atención;
- Promover la seguridad del paciente para todos los miembros;
- Dar supervisión y dirección con respecto a las políticas, los procedimientos y los protocolos para la atención y los servicios de los miembros, y
- Ofrecer directrices basadas en recomendaciones para la conveniencia de la atención y los servicios.

Esto se logra mediante un sistema integral, en todo el plan, de monitoreo continuo, objetivo y sistemático; la identificación, evaluación y resolución de problemas del proceso; la identificación de oportunidades para mejorar los resultados de los miembros; y la educación de los miembros, proveedores y personal con relación a los programas de QMPS, Atención Clínica (UM/CM/PH) y Acreditación y renovación de la acreditación.

Participación del clínico

Se fomenta mucho la participación de los clínicos en los distintos niveles del proceso y los comentarios mediante la representación de los clínicos. Ascension Personalized Care promueve la representación de clínicos de atención primaria, de salud conductual, de especialidades y de obstetricia/ginecología en comités de calidad clave como, entre otros, el QMPSC, el Comité de acreditación, y los comités ad-hoc seleccionados.





Ámbito y objetivos del programa de administración de la calidad

El Programa de QM es integral, continuo e incluye mecanismos eficaces para identificar, monitorear, evaluar y resolver problemas que afectan a la accesibilidad, la disponibilidad, la continuidad y la calidad de la atención y los servicios prestados a nuestros miembros. El Programa de QM incluye una amplia gama de actividades, incluyendo el proceso y los resultados de la atención clínica, la salud conductual, los servicios auxiliares, los servicios de farmacia, los servicios de proveedores, los servicios y la satisfacción de los miembros, la seguridad de los pacientes y el uso eficiente de los recursos. La descripción del programa de QM y el plan de trabajo se revisan y actualizan al menos una vez al año. Cuando se solicite, hay una copia de la Descripción del programa de QM para los clínicos.

Las actividades del programa de QM se clasifican según lo siguiente: acceso, calidad de la atención y del servicio, calidad clínica, experiencia del miembro y del proveedor, continuidad y coordinación, proveedores calificados, seguridad del paciente, cumplimiento y comunicación.

El programa de QM monitorea la disponibilidad, la accesibilidad, la continuidad y la calidad de la atención y los servicios de manera continua usando los siguientes objetivos establecidos:

1. Mantener una red de alta calidad: monitorear la calidad de la atención y los servicios prestados por los proveedores participantes, los proveedores de atención médica y los delegados contratados de manera independiente para Ascension Personalized Care.
2. Prestar servicios de atención a personas con necesidades de atención médica complejas: asegurarse de la prestación y la coordinación de la atención a los miembros con necesidades médicas complejas por medio de la administración de casos, la administración de casos complejos y la coordinación eficaz con los servicios.
3. Promover la administración médica en la población: actuar sobre las oportunidades para mejorar el estado médico de los miembros mediante el desarrollo y la implementación de programas médicos de la población que traten la promoción de la salud y el bienestar, la educación de salud preventiva, la atención médica conductual y los programas de administración de casos y enfermedades.
4. Asegurarse de la seguridad del paciente: maximizar la seguridad y la calidad de la atención médica que se presta a los miembros mediante el proceso de mejora continua de la calidad.
5. Dar la mejor experiencia a los miembros y los proveedores: mantener un alto nivel de experiencia de los miembros y proveedores con los servicios que presta Ascension Personalized Care.
6. Lograr y mantener los objetivos normativos y de cumplimiento: mantener el cumplimiento de los requisitos normativos locales, estatales y federales y los estándares de acreditación (por ejemplo, URAC).

Las actividades y los resultados del programa de QM se pueden comunicar tanto a los miembros como a los médicos mediante medios como el boletín para miembros, el boletín para clínicos y el sitio web de Ascension Personalized Care.

Seguridad del paciente y calidad de la atención

La función de la Ascension Personalized Care en la mejora de la seguridad del paciente implica fomentar un entorno de apoyo para ayudar a los proveedores de atención médica y proveedores a mantener una práctica segura. El compromiso de Ascension Personalized Care con la seguridad del paciente incluye, entre otros, lo siguiente:

- distribuir información a los miembros, los proveedores de atención médica y los proveedores que mejore el conocimiento sobre la seguridad clínica en relación con el autocuidado;
- Centrarse en mejorar la seguridad del paciente en las actividades de QI existentes, y
- Distribuir información a miembros, proveedores de atención médica y otros proveedores que faciliten decisiones informadas.

Ascension Personalized Care colabora con los proveedores y clínicos de la red para mejorar la seguridad de la atención clínica. Estas actividades pueden incluir, entre otros:

- Dirigir iniciativas para mejorar la continuidad y la coordinación de la atención entre proveedores de atención médica/proveedores;
- Dar datos de desempeño a miembros y proveedores de atención médica/proveedores;
- Investigar posibles preocupaciones sobre la calidad de la atención (QOC), y
- Fomentar el uso de sistemas de expediente médico electrónico (EHR) y recetas electrónicas.

Los asociados de Ascension Personalized Care (incluyendo los coordinadores de UM, CM, servicios para miembros o los coordinadores de cumplimiento), los clínicos de la red, los centros o los proveedores auxiliares, los miembros o los representantes de los miembros, los directores médicos o la BOD pueden remitir las posibles preocupaciones sobre la calidad de la atención (QOC). Las posibles preocupaciones de QOC exigen que se investigue la situación para determinar la gravedad y la necesidad de una acción correctiva que puede extenderse incluso a la revisión del Comité de revisión de colegas o el Comité de acreditación. Estas preocupaciones se supervisan y monitorean para ver las tendencias en la ocurrencia, independientemente del resultado o el nivel de gravedad.

Modelo de mejora continua de la calidad (CQI)

La selección de iniciativas de CQI comienza usando los principios de evaluación del desempeño de la mejora continua de la calidad (CQI), determinando si los esfuerzos exigen proyectos nuevos o continuos y, luego, priorizando basado en los criterios. Con frecuencia, las iniciativas de CQI se seleccionan basándose en problemas, cuestiones y tendencias respaldados por datos confiables y comparables. Todos los proyectos de QI se desarrollan teniendo en cuenta los valores y objetivos de Ascension Personalized Care.

El modelo Planificar/Hacer/Estudiar/Actuar es el marco general de Ascension Personalized Care para la mejora continua del proceso. Las intervenciones dirigidas con el mayor potencial para mejorar los resultados médicos o los estándares de servicio se diseñan usando equipos multifuncionales y los comentarios de los clínicos (según corresponda).



Reclamos

Procedimientos para la presentación de reclamos

Cómo presentar un reclamo por servicios profesionales

Los médicos de la red de Ascension deben presentar los reclamos de la siguiente manera:

Qué	Cuándo	Dónde	Cómo
Todos los reclamos	Ascension Personalized Care debe recibir los reclamos en el 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.	Presente reclamos electrónicos a uno de los proveedores de abajo.**	Reclamos electrónicos: Presentar según la identificación de pagador 38259**

****Centros de intercambio de información 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 precertificación: incluya remisión o certificación previa cuando corresponda
- Nombre del médico que remite. Si el paciente se autoremite, escriba "él mismo"
- Código de diagnóstico (ICD-10-CM)
- Fecha del servicio
- Código del procedimiento (CPT/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
- Incluya el número de NDC (cuando corresponda)

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

Ascension Personalized Care tiene la capacidad de recibir transmisiones electrónicas directas ANSI X12 EDI por medio de nuestro portal directo establecido mediante nuestro Change HealthCare. El proceso se puede iniciar enviando un correo electrónico a Ascension Personalized Care a edisupport@abs-tpa.com, con la información de abajo. Una vez recibida la información, un representante se comunicará con usted y comenzará el proceso de implementación.

La información que debemos presentar es:

Nombre del remitente

ISA06 (identificador del remitente): generalmente identificación fiscal

Nombre del contacto

Correo electrónico de contacto

Teléfono de contacto

Método de transferencia (manual o SFTP)

Para los médicos que no están configurados electrónicamente, Change HealthCare también pone a disposición un sistema de entrada de datos en línea que permite a los médicos la posibilidad de escribir y presentar reclamos. La información de este proceso está disponible cuando se solicite.

Definición de reclamo limpio (clean claim)

Un “Reclamo limpio” significa un reclamo que no tiene defecto, irregularidad, falta de cualquier documentación justificativa necesaria, incluyendo la documentación justificativa necesaria para reunir los requisitos para los datos del encuentro, o circunstancia particular que exija un tratamiento especial que impida el pago a tiempo; y un reclamo que de otro modo se ajusta a los requisitos de reclamo limpio para los reclamos equivalentes según Medicare original.

Rechazos por adelantado

Un rechazo por adelantado se define como un reclamo no limpio que contiene elementos de datos inválidos o faltantes necesarios para la aceptación del reclamo en el sistema de procesamiento de reclamos. Estos elementos de datos se identifican en la Guía complementaria que está en el Apéndice de este manual. En el Apéndice I de este manual, se puede encontrar una lista de rechazos por adelantado frecuentes. Los rechazos por adelantado no entrarán en nuestro sistema de adjudicación de reclamos, por lo que no habrá explicación de pago (EOP) para estos reclamos. El médico recibirá una carta o un informe de rechazo si el reclamo se presentó electrónicamente.

Quién puede presentar reclamos

Todos los clínicos que hayan prestado servicios a los miembros de Ascension Personalized Care pueden presentar reclamos. Es importante que los clínicos se aseguren de que Ascension Personalized Care tenga en sus archivos información de facturación precisa y completa. Confirme con el Departamento de Servicios para Clínicos o con el administrador de la Asociación de Clínicos que la siguiente información está actualizada en nuestros archivos:

- Nombre del proveedor (como se indica en el formulario W-9 actual)
- Identificador nacional de proveedor (NPI)
- Identificador nacional de proveedor (NPI) de grupo (si corresponde)
- Número de identificación fiscal (TIN)
- Código de taxonomía (Este es un campo obligatorio al presentar un reclamo)
- Dirección del lugar físico (como se indica en el formulario W-9 actual)
- Nombre y dirección de facturación (como se indica en el formulario W-9 actual)

Recomendamos que los clínicos notifiquen a Ascension Personalized Care con 60 días de antelación sobre los cambios relacionados con la información de facturación. Si el cambio en la información de facturación afecta la dirección a la que se enviará por correo el formulario 1099 del IRS al final del año, será necesario un formulario W-9 nuevo. Los cambios en el TIN o la dirección de un clínico no son aceptables cuando se comunican por medio de un formulario de reclamo.

Requisitos específicos de registro de datos

Los reclamos transmitidos electrónicamente deben contener todos los datos que exigen las Guías complementarias X12 5010. Comuníquese con el centro de intercambio de información que pretende usar y pregunte si exige más requisitos de registro de datos.

Denegación/rechazo por adelantado del registro de reclamo electrónico no válido

Todos los registros de reclamos enviados a Ascension Personalized Care primero deben pasar las ediciones propias del centro de intercambio de información y las ediciones específicas del plan antes de ser aceptadas. Los registros de reclamos que no pasen estas ediciones no son válidos y serán rechazados sin que Ascension Personalized Care los reconozca como recibidos. En estos casos, el reclamo se debe corregir y volver a enviar en el plazo de presentación necesario, como se mencionó antes en la sección de Presentación oportuna de este manual. Es importante que revise los informes de aceptación o del estado del reclamo recibidos del centro de intercambio de información para identificar y volver a presentar estos reclamos de manera precisa.

Las preguntas relacionadas con los reclamos presentados de manera electrónica se deben dirigir al 833-600-1311.

Las Guías complementarias completas se pueden encontrar en la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (EOHHS) en el sitio web específico del Estado.

Requisitos específicos de edición electrónica: información 5010

Reclamos institucionales: ediciones 837lv5010

Reclamos de profesionales: ediciones 837Pv5010

Reclamos EDI corregidos

CLM05-3 necesario 7 u 8

El segmento del bucle IN 2300/REF es F8; Ref 02 debe escribir el número de reclamo original asignado

Si no se incluye el número de reclamo original, dará como resultado el rechazo por adelantado del ajuste (código de error 76)

Exclusiones

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

- Registros de reclamos que necesitan documentación de respaldo o archivos adjuntos; por ejemplo, formularios de consentimiento. (Nota: Los reclamos de COB se pueden presentar electrónicamente).
- Expediente médico para respaldar la facturación de códigos diversos.
- Reclamos de servicios que se reembolsan basándose en el precio de compra; por ejemplo, DME personalizado, prótesis. Es necesario que el clínico presente la factura con el reclamo.
- Reclamos por servicios que necesitan revisión clínica; por ejemplo, procedimiento complicado o inusual. Es necesario que el clínico presente el expediente médico con el reclamo.
- Reclamo de servicios que necesiten documentación y Certificado de necesidad médica; por ejemplo, oxígeno, sillas de ruedas motorizadas.

Pasos importantes para una presentación exitosa de reclamos de EDI:

1. Seleccione un centro de intercambio de información para usar.
2. Comuníquese con el centro de intercambio de información para saber qué registros de datos se necesitan.
3. Verifique con Servicios para Clínicos que el médico esté configurado en el sistema de Ascension Personalized Care antes de presentar reclamos de EDI.
4. Recibirá dos informes del centro de intercambio de información. **Siempre** revise estos informes diariamente. El primer informe será un informe que muestre los reclamos que aceptó el centro de intercambio de información y que se transmiten a Ascension Personalized Care, y aquellos reclamos que no reúnan los requisitos del centro de intercambio de información. El segundo informe será un informe del estado del reclamo que muestre los reclamos que Ascension Personalized Care acepta o rechaza. SIEMPRE revise el informe de aceptación o del estado de los reclamos para ver los reclamos rechazados. Si se observan rechazos, corríjalos y vuelva a presentarlos.
5. **Lo que es más importante**, todos los reclamos se deben presentar con clínicos identificando la codificación apropiada. Consulte las instrucciones de los formularios de reclamo CMS 1500 (02/12) y CMS 1450 (UB-04) y el formulario de reclamo para obtener información.



Formularios aceptables

Ascension Personalized Care solo acepta los formularios de reclamo impresos CMS 1500 (02/12) y CMS 1450 (UB-04) originales, en rojo y blanco. Otros tipos de formularios de reclamo se rechazarán por adelantado y se devolverán al clínico. Esto incluye formularios en blanco y negro, y los formularios escritos a mano.

Los clínicos profesionales y los proveedores médicos completan el Formulario de reclamo CMS 1500 (02/12) y los proveedores institucionales completan el Formulario de reclamo CMS 1450 (UB-04). Ascension Personalized Care no suministra formularios de reclamo a los clínicos. Los clínicos deben comprarlos a un proveedor de su elección. Todos los formularios de reclamo impresos se deben escribir con una fuente Times New Roman de 10 o 12 y en la versión original que se exige en rojo y blanco para garantizar una aceptación y un procesamiento sin problemas. Los formularios en blanco y negro, los formularios escritos a mano y los formularios no estándar se rechazarán por adelantado y se devolverán al clínico. Para reducir el tiempo de tramitación de los documentos, no use resaltados, cursivas, texto en negrita ni grapas para envíos de varias páginas. Si tiene preguntas sobre el tipo de formulario que debe completar, comuníquese con Servicios para Clínicos.

Pasos importantes para una presentación exitosa de reclamos impresos:

1. Complete todos los campos obligatorios en un formulario de reclamo CMS 1500 (Versión 02/12) o CMS 1450 (UB-04) original y rojo. **Nota:** Los formularios de reclamo que no sean de color rojo y estén escritos a mano se rechazarán y devolverán al clínico.
2. Asegúrese de que todos los códigos de diagnóstico, códigos de procedimiento, modificador, situación (lugar de servicio), tipo de factura, tipo de ingreso y fuente de códigos de ingreso sean válidos para la fecha del servicio.
3. Asegúrese de que todos los códigos de diagnóstico y procedimiento sean apropiados para la edad y el sexo del miembro.
4. Asegúrese de que todos los códigos de diagnóstico estén codificados con el mayor número de dígitos disponibles.
5. Asegúrese de que el miembro sea elegible para los servicios durante el período de tiempo en el que se prestaron los servicios.
6. Asegúrese de que un clínico participante haya prestado los servicios o que el clínico "fuera de la red" haya recibido autorización antes de prestar los servicios al miembro elegible.
7. Asegúrese de que se haya dado una autorización para los servicios que necesitan autorización previa de Ascension Personalized Care.

Los reclamos que no reúnan los requisitos necesarios no se consideran "reclamos limpios" y se devolverán a los clínicos con un aviso por escrito que describa el motivo de la devolución.

Reclamos corregidos, solicitudes de reconsideración o disputas de reclamos

Todas las solicitudes de reclamos corregidos, reconsideraciones o disputas de reclamos se deben recibir en el plazo de 180 días calendario a partir de la fecha de presentación del reclamo original. El procesamiento previo se mantendrá para los reclamos corregidos o las solicitudes de reconsideración o disputas de reclamos del clínico recibidos fuera de los 180 días a partir de la fecha de presentación del reclamo original, a menos que se ofrezca una circunstancia que califique y se entregue la documentación adecuada para respaldar la circunstancia que califique.

Las circunstancias que califican incluyen:

- Un evento catastrófico que interfiere sustancialmente con la operación normal del negocio del clínico, o el daño o la destrucción de la oficina comercial o los expedientes del clínico debido a un desastre natural, mecánico, retrasos administrativos o errores de Ascension Personalized Care o el organismo regulador federal o estatal.
- El miembro era elegible; sin embargo, el clínico no sabía que el miembro era elegible para los servicios en el momento en que se prestaron los servicios. La consideración se concede en esta situación solo si se cumplen todas las condiciones siguientes:
 - Los expedientes del clínico documentan que el miembro se negó o físicamente no pudo dar su tarjeta de identificación o información.
 - El clínico puede demostrar que ha buscado continuamente el reembolso del paciente hasta que se descubrió su elegibilidad.
 - El clínico no ha presentado ningún reclamo para este miembro antes de la presentación del reclamo que se está revisando.

Abajo se presentan las definiciones relevantes:

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

Reclamos corregidos

Todas las solicitudes de reclamos corregidos se deben recibir en el plazo de 180 días calendario a partir de la fecha de presentación del reclamo original. Los reclamos corregidos deben indicar claramente que se corrigen de una de las siguientes maneras:

- Presente un reclamo corregido electrónicamente mediante Change Healthcare (Identificación del pagador: 38259)
 - Reclamos institucionales (UB): Campo CLM05-3=7 y Ref*8 = número de reclamo original
 - Reclamos de profesionales (CMS): Campo CLM05-3=7 y REF*8 = número de reclamo original
- Presente un reclamo impreso corregido a:

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

- Se debe escribir el número de reclamo original en el campo 22 (CMS 1500) y en el campo 64 (UB-04) con los códigos de frecuencia correspondientes (7 = reemplazo o corregido; 8 = anulado o cancelado) en el campo 22 del CMS 1500 y en el campo 4 del formulario UB-04
- Los reclamos corregidos se deben presentar en los formularios estándar de color rojo y blanco. Los reclamos corregidos escritos a mano se rechazarán por adelantado

Solicitud de reconsideración

Una solicitud de reconsideración es una comunicación del clínico sobre un desacuerdo con la manera en que se procesó un reclamo. Todas las solicitudes de reconsideración se deben recibir en el plazo de 180 días a partir de la fecha de presentación del reclamo original. Por lo general, no se necesita el expediente médico para una solicitud de reconsideración. Sin embargo, si la solicitud de reconsideración está relacionada con una auditoría de código, una edición de código o una denegación de autorización, el expediente médico debe acompañar la solicitud de reconsideración. Si no se recibe el expediente médico, se mantendrá la denegación original.

Las reconsideraciones se pueden presentar de las siguientes maneras:

1. Carta por escrito: los clínicos pueden enviar una carta escrita que incluya una descripción detallada del motivo de la solicitud. Para garantizar el procesamiento oportuno, la carta debe incluir suficiente información de identificación que incluya, como mínimo, el nombre del miembro, el número de identificación del miembro, la fecha del servicio, los cargos totales, el nombre del clínico, la EOP original o el número de reclamo original que está en la casilla 22 de un formulario CMS 1500 o en el campo 64 de un formulario UB-04. El código de frecuencia correspondiente se debe incluir también con el número de reclamo original (7 = reemplazo o corregido; 8 = anulado o cancelado) en el campo 22 del CMS 1500 y en el campo 4 del formulario UB-04

Las solicitudes de reconsideración y los archivos adjuntos correspondientes se deben enviar por correo a:

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

Disputa de reclamo

Una disputa de reclamo se debe usar solo cuando un clínico ha recibido una respuesta insatisfactoria a una solicitud de reconsideración.

Una disputa de reclamo se debe enviar en un formulario de disputa de reclamo que está en nuestro sitio web. El formulario de disputa de reclamo se debe completar en su totalidad. El formulario de disputa de reclamo completado se puede enviar por correo a:

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

Si el reclamo corregido, la solicitud de reconsideración o la disputa de reclamo dan como resultado un reclamo ajustado, el clínico recibirá una explicación de pago (EOP) revisada. Si la decisión original se mantiene, el clínico recibirá una EOP revisada o una carta que con la información de la decisión y los pasos para una reconsideración escalonada.

Ascension Personalized Care procesará y finalizará todos los reclamos corregidos, las solicitudes de reconsideración y los reclamos en disputa a un estado pagado o denegado de acuerdo con la ley y la reglamentación.

Transferencia electrónica de fondos (EFT) y avisos de remesas electrónicas (ERA)

Ascension Personalized Care se asocia con proveedores específicos para presentar una solución innovadora basada en la web para transferencias electrónicas de fondos (EFT) y avisos de remesas electrónicas (ERA). Los clínicos se pueden inscribir después de haber recibido su contrato completo o presentado un reclamo. Visite nuestro sitio web para obtener información sobre EFT y ERA o comuníquese con Servicios para Clínicos.

Los beneficios incluyen:

- Eliminación de cheques impresos: todos los depósitos se transmiten mediante EFT a la cuenta bancaria designada.
- Pagos convenientes y recuperación de la información de las remesas.
- Aviso de remesas electrónicas presentado en línea.
- Archivos de remesas electrónicas HIPAA 835 para descargar directamente a un Sistema de administración del consultorio médico para la contabilidad de los pacientes compatible con HIPAA.
- Reducción de los gastos de contabilidad: los avisos de remesas electrónicas se pueden importar directamente a los sistemas de administración del consultorio médico o de contabilidad de los pacientes, eliminando la necesidad de volver a escribirlos manualmente.
- Mejora del flujo de dinero en efectivo: los pagos electrónicos pueden suponer una mayor rapidez en los pagos, lo que conlleva a una mejora en el flujo de dinero en efectivo.
- Conservación del control sobre las cuentas bancarias: usted mantiene el control total sobre el destino de los fondos de los pagos de reclamos. Se admiten varios consultorios médicos y cuentas.
- Asociación de los pagos con los avisos rápidamente: puede asociar pagos electrónicos con avisos de remesas electrónicas de manera rápida y sencilla.
- Administración de múltiples pagadores: vuelva a usar la información de inscripción para conectarse con múltiples pagadores. Asigne diferentes pagadores a diferentes cuentas bancarias, como se prefiera.

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



Ajuste de riesgos y codificación correcta

El ajuste de riesgos es fundamental y un requisito que debe informarse se define en el Documento técnico de ajuste de riesgos operado por HHS sobre posibles cambios de modelo (Sección 1343). La sección 1343 de la ACA estableció un programa de ajuste de riesgos permanente en el que los estados cobran cargos de los emisores de seguros médicos que inscriben a poblaciones de riesgo inferior al promedio y pagan a los emisores de seguros médicos que inscriben a poblaciones de riesgo superior al promedio, como las que tienen condiciones crónicas, reduciendo así los incentivos para que los emisores eviten a las personas inscritas de mayor riesgo. El cálculo preciso del ajuste de riesgos exige precisión, totalidad de la documentación y especificidad en la codificación del diagnóstico. En todo momento, los clínicos deben documentar y codificar de acuerdo con las reglamentaciones de CMS y seguir todas las directrices de codificación correspondientes de CPT, DSM-IV y conjuntos de códigos HCPC. Los clínicos deben tener en cuenta las siguientes directrices:

- Codifique todos los diagnósticos con el máximo nivel de especificidad, asegurándose de que sean defendibles mediante auditorías de historias clínicas y evaluaciones médicas.
- Codifique todas las condiciones documentadas que coexisten en el momento del encuentro/visita y que necesitan o afectan la atención, el tratamiento o el manejo del paciente. La documentación para cualquier diagnóstico mencionado debe incluir “MEAT” (M)onitoring (Monitoreo), (E)valuation (Evaluación), (A)ssessment (Valoración) o (T)reatment (Tratamiento). Solo es necesario uno de los criterios, no todos.
- Asegúrese de que la documentación del expediente médico sea clara, concisa, coherente, completa y legible, y cumpla las directrices de firma de CMS (cada encuentro debe ser independiente).
- Envíe reclamos e información de encuentros de acuerdo con los requisitos especificados en su contrato o en este manual para clínicos.
- Alerta a Ascension Personalized Care de cualquier dato erróneo presentado y siga las políticas de Ascension Personalized Care para corregir errores según lo establecido en su contrato o en este manual para clínicos.
- Dé capacitación continua a su personal sobre el uso apropiado de la codificación ICD-10-CM para informar los diagnósticos.
- El expediente médico que crean y mantienen los proveedores debe corresponder y respaldar los diagnósticos de los pacientes hospitalizados, pacientes ambulatorios y médicos que nos presenta el proveedor. Además, las reglamentaciones exigen que los proveedores presenten muestras del expediente médico para la validación de los datos de ajuste de riesgos y los diagnósticos reportados a CMS, como lo exige CMS. Por lo tanto, los proveedores deben dar acceso y mantener el expediente médico de acuerdo con las leyes, normas y reglamentaciones del estado y Medicare.

Codificación de reclamos/códigos de facturación

Ascension Personalized Care exige que los reclamos se presenten usando los códigos de la versión actual de ICD-10-CM, ICD-10-PCS y CPT/HCPCS (incluyendo el Nivel II), junto con NDC para la fecha en que se prestaron los servicios. Estos requisitos se pueden modificar para cumplir las reglamentaciones federales y estatales según sea necesario.

Abajo se muestran algunos motivos relacionados con códigos por los que se puede rechazar o denegar un reclamo:

- Falta el código de diagnóstico o procedimiento facturado, no es válido o se eliminó en el momento del servicio.
- El código de diagnóstico o procedimiento 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 código de diagnóstico primario.
- El código de procedimiento facturado no es apropiado para el lugar o la especialidad facturada.
- El código de procedimiento facturado es parte de un código más completo facturado en la misma fecha del servicio.

Es posible que se necesiten descripciones por escrito, estados de cuenta detallados y facturas para tipos de reclamos no específicos o cuando lo pida Ascension Personalized Care.

Los servicios para recién nacidos que se presten en el hospital se reembolsarán por separado de la estancia de la madre en el hospital. Es necesario presentar un reclamo por separado para una madre y un recién nacido.

Los servicios de las clínicas médicas rurales (RHC) y los centros médicos calificados a nivel federal (FQHC) para los servicios cubiertos de RHC/FQHC prestados a los miembros también deben facturarse con las combinaciones apropiadas de código/modificador CPT y códigos de diagnóstico al más alto nivel de especificidad, según la condición del paciente.

Codifique todas las condiciones documentadas que coexisten en el momento del encuentro/visita y que necesitan o afectan la atención, el tratamiento de atención o el manejo del paciente. No codifique condiciones que se trataron antes que no son motivo de visita hoy 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 cancelaciones

IN, KS, MI y TN: Notifique a los Servicios de la Red de Ascension Personalized Care sobre cualquier incorporación, cancelación o cambio de estado de un médico completando la Tabla de mantenimiento de la red de clínicos y enviándola a Ascension Personalized Care a acmproviders@ascension.org. Consulte abajo la Política de fecha de entrada en vigor del clínico para obtener información detallada del tiempo de procesamiento de los datos del clínico en relación con las fechas de entrada en vigor.

TX: Todos los clínicos con contratos de Seton Health Plan deben enviar sus incorporaciones, cancelaciones o cambios de estado a SHPProviderservices@seton.org.

Si necesita una copia de la Tabla de mantenimiento de la red de clínicos, comuníquese con Servicios de la red en acmproviders@ascension.org o llamando sin costo al 855-288-6747.

¿Está interesado en volverse un clínico 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 clínico

Esta política presenta las directrices para enviar las listas de clínicos acreditados de la Red Ascension Care Management (incorporaciones, cancelaciones y cambios) para su inclusión en la Red Ascension Care Management.

Es preferible recibir el envío de los datos de nuevos clínicos el mes anterior a la fecha de entrada en vigor deseada del clínico en la Red Ascension Care Management.

Todas las incorporaciones, cancelaciones o cambios de clínicos que se envíen en el mes en curso se implementarán a partir del 1.er día del mes siguiente.

Por ejemplo: Información actualizada del clínico recibida el 20 de junio. La información actualizada del clínico entrará en vigor el 1 de julio.

Nota: Si el envío de datos se recibe antes del día 15, pero la información que se dio está incompleta o es inexacta, Ascension Personalized Care la procesará el día 1 del mes, después de recibir los datos correctos y completos.

Proceso de consulta del estado del reclamo

Puede consultar sobre el pago de los reclamos, ya sea en línea o por teléfono, fax o correo postal. Puede hacer consultas en línea 10 días después de que el reclamo se haya presentado electrónicamente, o puede enviar otras consultas 30 días después de que se haya presentado el reclamo.

Puede pedir una historia de seis meses de reclamos presentados a Ascension Personalized Care mediante envío de fax. Llame al **833-600-1311**. Siga las indicaciones; escriba su número de contrato, número de identificación fiscal y número de fax.

Cuándo	Cómo	¿Qué se necesita?	¿Cuándo se puede esperar una respuesta?
10 días después de presentar el reclamo electrónico	En línea: secure.healthx.com/ provider_22	Use su clínico de Ascension Personalized Care Inicie sesión en el portal.	Inmediata
30 días después de presentar el reclamo	Por teléfono: 833-600-1311	Una copia del reclamo pendiente para referencia. Limite las llamadas a 3 reclamos	Inmediata
	Mediante envío de fax: 888-494-4600	Siga las indicaciones; escriba el número de contrato, número de identificación fiscal y número de fax.	En el plazo de 2 a 3 minutos, un fax de respuesta especificará la historia de los reclamos de 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 "Consulta de estado" en tinta roja en la esquina superior derecha.	En el plazo de 21 días a partir de que se reciba la consulta.

Ascension Personalized Care tiene el compromiso de resolver todas las consultas de pago de manera eficiente. Si no puede resolver una consulta de pago después de 30 días desde la solicitud inicial, comuníquese con el supervisor de Servicio al Cliente de Ascension Personalized Care. Entregue la documentación de la solicitud original para que Ascension Personalized Care pueda tratar el retraso del servicio. Puede esperar una resolución en el plazo de 10 días hábiles.

Tenga a mano la siguiente información cuando llame al supervisor de Servicio al cliente:

Tipo de consulta	Información necesaria
Por escrito	<ul style="list-style-type: none"> Copia del reclamo de consulta de estado
Teléfono	<ul style="list-style-type: none"> Fecha de la consulta original Nombre del representante del servicio de Ascension Personalized Care que asiste Estado del reclamo en el momento de la llamada Resultado esperado

Ajustes del reclamo

El plan está autorizado a **recuperar los pagos** hechos a centros y clínicos cuando el pago se haya hecho por error. Los pagos en exceso los pueden identificar **ABS, el clínico o el miembro (demandante)**.

Un reclamo se puede pagar en exceso por varios motivos incluyendo, entre otros, los siguientes:

- El reclamo se pagó incorrectamente, según el contrato de la red del clínico.
- El clínico canceló el cargo por cualquier motivo.
- COB: crédito o pago duplicado recibido por el clínico.
- "No es nuestro paciente": pago que recibe un clínico que no prestó servicios.
- Pago elegible de Medicare o de Compensación de los trabajadores ya hecho.
- Se determinó la responsabilidad de terceros.

Política de pago en exceso

De acuerdo con Relaciones con los clínicos/Operaciones, es política de Ascension Personalized Care y Automated Benefit Services (ABS) seguir las limitaciones de tiempo que se mencionan abajo cuando se piden dólares por pago en exceso a los clínicos.

- **La fecha de ajuste/notificación para la recuperación se limitará a 12 meses** a partir de la fecha de pago, a menos que se identifique por medio de una auditoría de expediente médico, en cuyo caso la fecha de ajuste/notificación para la recuperación se limitará a 18 meses a partir de la fecha en que se notifique al clínico de una auditoría (ya que estas auditorías se iniciarían antes del pago del reclamo).
- **Fraude y abuso:** La fecha de ajuste/notificación para el período de tiempo de recuperación será el estatuto de limitaciones del estado donde se presten los servicios.

Solicitud de reembolso

Cuando ABS identifica un pago en exceso, se envía una solicitud de reembolso al clínico (beneficiario) explicando el motivo de la solicitud. Si no se recibe una respuesta del beneficiario, se envían dos cartas de seguimiento.

- Si no se recibe una respuesta por teléfono o por escrito, o **si la cantidad del pago en exceso no se devuelve en el plazo de 120 días** desde la fecha de la carta de seguimiento, Ascension Personalized Care remitirá el expediente a un proveedor de servicios de recuperación de pagos en exceso que contrate ABS.

Ajustes iniciados por el clínico

Ascension Personalized Care considerará los ajustes de pago de los reclamos procesados si:

- El reclamo original se presentó con información incorrecta.
- El pago se hizo al clínico incorrecto.
- El pago se hizo por la cantidad incorrecta del contrato.
- El pago no se hizo debido a un error de procesamiento.
- La coordinación de los beneficios se calculó de manera incorrecta.
- El clínico recibió un pago duplicado.

¿Qué se necesita?	Cómo presentar	Plazo para presentar	Plazo para procesar
<ol style="list-style-type: none"> Copia de EOB Motivo de la solicitud Documentación de apoyo Copia del reclamo original (si corresponde) 	<p>Por teléfono: Llame al 833-600-1311 para que lo ayuden a manejar los errores de procesamiento.</p> <p>Por escrito (Correo a ABS): Complete el formulario de solicitud y adjunte los datos necesarios.</p>	<p>Presente las solicitudes de ajuste en el plazo de 180 días a partir de la fecha en que se procesó el reclamo.</p>	<p>Ascension Personalized Care procesará las solicitudes de ajuste en el plazo de 30 días después de la recepción de toda la información necesaria.</p> <p>Los clínicos recibirán una copia final de la solicitud de ajuste una vez completada.</p>

Tenga a mano la siguiente información cuando llame a ABS:

Tipo de consulta original	Información necesaria
Por escrito	<ul style="list-style-type: none"> Copia del reclamo de consulta de estado
Teléfono	<ul style="list-style-type: none"> Fecha de la consulta original Nombre del representante del servicio de Ascension Personalized Care que asiste Estado del reclamo en el momento de la llamada Resultado esperado



Reglas de reembolso del clínico/EOB de muestra

Automated Benefit Services (ABS) procesa los reclamos recibidos de los clínicos de Ascension Personalized Care. Si presenta un reclamo con toda la información necesaria, Ascension Personalized Care procesará su reclamo en el plazo de 30 días calendario a partir de la recepción. Una Explicación de beneficios (EOB) acompañará el pago de cada servicio facturado.

Esta es una muestra de una EOB de la red de Ascension y de un cheque:

Ascension Personalized Care
P.O. Box 37705
OAK PARK MI 48237-7705

Forwarding Service Requested

*****SINGLP
1 1 SP D-4#0
OBSTETRICAL GYNECOLOGICAL
24 MADISON AVE
ENDICOTT NY 13766-5214

Page 1 of 4

Ascension Personalized Care
an Ascension program

Customer Service
Date: 08/28/14
EOB#: 1408280158
Group#: 30
Group: Ascension Personalized Care
Prov ID: 183068192

For questions about this statement, call
889492-6811
General Information:
Eligibility & Claim status: www.abs-tpa.com

Attn: OBSTETRICAL GYNECOLOGICAL
This is an explanation of payment for services rendered

Service Dates	Service	Total Charge	Discount Amount	Inteligible Amount	Deductible Amount	Co-Pay Amount	Plan %	Co-insurance Amount	Other Insurance	Plan Pays	Patient Responsibility	Ref No.
08/01-08/07/14	96396	\$172.00	\$0.29	\$0.00	\$0.00	\$0.00	100%	\$0.00	\$0.00	\$129.71	\$0.00	1
Column Totals		\$172.00	\$0.29	\$0.00	\$0.00	\$0.00		\$0.00	\$0.00	\$129.71	\$0.00	

Payment Summary Totals			Reference Code Explanation	
Claim	Charge	Paid	Code	Explanation
201408071575	\$172.00	\$129.71	1	This provider participates with the SmartHealth network.
Totals:	\$172.00	\$129.71		

Appeal Process

Under Section 502(a) of the Employee Retirement Income Security Act of 1974 (ERISA), you have the right to bring a civil action in court once all levels of review have been completed. For further information on the Post-Service Appeal process, please refer to the SmartHealth Summary Plan Document, available at www.mysmarthealth.org. Standard claim processing protocols may be used in making benefit determinations. In the event that a claim is denied, in whole or in part, you are entitled (upon written request and at no charge) to receive a copy of the protocol relied upon in making the benefit determination.

You Should Know

PLEASE BE SURE TO CHECK OUT our NEW Secure Web Portal at www.abs-tpa.com

We have launched a new and expanded secure services portal for our Providers. Through this portal, you will be able to verify eligibility, check claim status and inquire on the status of a prior authorization.

We have selected Pay-Plus Solutions as our ePayment Vendor. To sign up for electronic EOB's (835, Excel, PDF) and electronic payments through ACH & Credit Card, please email membership@pponline.com or call their Membership Department at 877-626-6834.

THE BANK OF NEW YORK MELLON
PITTSBURGH PA 40-1601433

P.O. Box 37705
Oak Park, MI 48237-7705

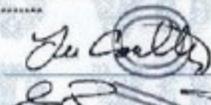
0000058363
Date 08/28/2014

AMOUNT
*****\$120.71

PAY ONE HUNDRED TWENTY AND 71/100 DOLLARS

TO THE ORDER OF **OBSTETRICAL GYNECOLOGICAL**
24 MADISON AVE
ENDICOTT NY 13750

Group No: 30


 Authorized Signature

Ascension Personalized Care usa varios proveedores para revisar todos los reclamos por facturación separada, facturas infladas mediante la codificación y otras anomalías de facturación. Esta revisión reduce significativamente los errores de pago e identifica ahorros que reducen los costos de atención médica en general.

Pago por varios procedimientos

Ascension Personalized Care sigue las directrices de CMS para pagar varios procedimientos quirúrgicos hechos por un solo médico o médicos del mismo grupo de práctica, en el mismo paciente, en la misma sesión de operación o en el mismo día.

Ascension Personalized Care paga varias operaciones clasificándolas desde la cantidad contratada más alta hasta la cantidad contratada más baja. Cuando un mismo médico hace más de un servicio quirúrgico en una misma sesión, la cantidad permitida es del 100% para el código quirúrgico con mayor cantidad contratada. 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 compatible con HIPAA para mejorar la precisión y la eficiencia en el procesamiento de los reclamos, los pagos y los informes. El software detecta y documenta los errores de codificación en los reclamos de clínicos antes del pago, analizando los códigos de diagnóstico, procedimiento, modificador y lugar de servicio con respecto a las directrices de codificación correctas. Aunque el software de auditoría de códigos es una herramienta útil para garantizar que el clínico cumpla la codificación correcta, no evaluará por completo todas las situaciones clínicas de los pacientes. Por lo tanto, Ascension Personalized Care usa la validación clínica de un equipo de expertos en codificación y enfermería con experiencia para identificar aún más los reclamos por posibles errores de facturación. La validación clínica permite considerar las excepciones a los principios de codificación correctos y puede identificar los casos en los que se justifica un reembolso más. Es posible que Ascension Personalized Care tenga políticas que difieran de los principios correctos de codificación. Por consiguiente, es posible que sea necesario hacer excepciones a los principios generales de codificación correcta para garantizar el cumplimiento de las políticas de ascensionpersonalizedcare.com y para facilitar el reembolso preciso de los reclamos.

Ascension Personalized Care puede pedir el expediente médico u otra documentación para verificar que todos los procedimientos o servicios facturados estén debidamente respaldados de acuerdo con las directrices correctas de codificación.

Edición de códigos y el 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 completado todos los pasos de adjudicación anteriores (como la revisión de los beneficios y la elegibilidad del miembro/clínico), el reclamo está listo para su análisis.

A medida que un reclamo avanza en el ciclo de edición de códigos, cada línea de servicio en el reclamo se procesa por medio del motor de reglas de edición de códigos y se evalúa para comprobar si la codificación es correcta. Como parte de esta evaluación, el reclamo prospectivo se analiza con respecto a otros códigos facturados en el mismo reclamo, y los reclamos pagados previamente que estén en la historia del miembro/clínico.

Reconsideraciones de reclamos relacionadas con la edición de códigos

Las apelaciones de reclamos que sean el resultado de la edición de reclamos se manejan según el proceso de disputa de reclamos de los clínicos que se describe en este manual. Al presentar apelaciones de reclamos, presente el expediente médico, las facturas y toda la información relacionada para ayudar con la revisión de las apelaciones.

Si no está de acuerdo con la edición de un código y solicita la reconsideración del reclamo, debe presentar la documentación (expediente médico) relacionada con la reconsideración. Si no se recibe la documentación médica, se mantendrá la edición del código original.

La reconsideración puede incluir este tipo de información:

- Declaración de por qué el servicio es médicamente necesario.
- Evidencia médica que respalde el tratamiento propuesto.
- Cómo el tratamiento propuesto evitará 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 y resultados anteriores, incluyendo, según su criterio clínico, por qué es necesario un nuevo método.
- Cómo el servicio recomendado ha tenido éxito en otros pacientes.

Facturación al miembro

Fallo para obtener una autorización

Es posible que los clínicos **no** facturen a los miembros por los servicios cuando el médico no obtenga una autorización y Ascension Personalized Care deniegue el reclamo.

Sin facturación del saldo

Es posible que los clínicos no pidan el pago a los miembros de Ascension Personalized Care por la diferencia entre los cargos facturados y la tarifa contratada que paga Ascension Personalized Care.



Derechos y responsabilidades de los miembros

Derechos de los miembros

Los clínicos deben cumplir los derechos de los miembros, como se establece abajo:

- Participar con los clínicos en la toma de decisiones sobre su atención médica. Esto incluye la elaboración de cualquier plan de tratamiento y la toma de decisiones sobre la atención médica. El miembro debe conocer los posibles riesgos, los problemas relacionados con la recuperación y las probabilidades de éxito. El miembro no recibirá ningún tratamiento sin el consentimiento concedido libremente por el miembro o por el representante legalmente autorizado del miembro para tomar decisiones. Se debe informar al miembro de sus opciones de atención.
- Saber quién aprueba y quién hace los procedimientos o tratamientos. Se deben explicar claramente todos los tratamientos probables y la naturaleza del problema.
- Recibir los beneficios para los que el miembro 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, incluyendo cambios, sobre la organización y los servicios de Ascension Personalized Care, la red de clínicos de Ascension Personalized Care y los derechos y responsabilidades de los miembros.
- Hablar con franqueza con sus clínicos sobre la atención adecuada y médicamente necesaria para su condición médica, incluyendo 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 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 sobre los costos que deberá pagar. Esta información se debe comunicar al miembro de una manera que pueda comprenderla. Cuando no es apropiado dar información al miembro por motivos médicos, la información puede darse a una persona con autorización legal. El 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 clínicos sobre las consecuencias médicas.
- Ver su expediente médico.
- 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 clínicos, la información sobre directivas anticipadas, las remisiones 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 entrada en vigor 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 personal del miembro por el costo de estos.
 - Tener acceso a una lista actualizada de clínicos de la red. Además, un miembro puede acceder a información de educación, formación y consultorios médicos de 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 médicamente necesarios, las 24 horas del día y los siete días de la semana.
- Recibir información en un formato diferente en cumplimiento de la Ley para 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 clínico. El miembro debe hablar sobre todas las preocupaciones que tenga sobre el tratamiento con su médico de atención primaria u otros clínicos. El médico de atención primaria u otro clínico debe hablar sobre los diferentes planes de tratamiento con el miembro. El miembro debe tomar la decisión final.
- Elegir a un proveedor de atención primaria dentro de la red. El miembro tiene derecho a cambiar de proveedor de atención primaria o a pedir información de los clínicos de la red que están cerca de su casa o de su trabajo. Los miembros no están obligados a elegir un proveedor de atención primaria.
- 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 del área.
- Tener una segunda opinión de un médico de la red, sin costo alguno para el miembro, si el miembro cree que el clínico 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 clínicos a entender los deseos del miembro sobre la atención médica del miembro. La directiva anticipada no le quitará el derecho al miembro a tomar sus propias decisiones. Algunos ejemplos de directivas anticipadas incluyen:
 - Testamento en vida
 - Poder legal para atención médica
 - Órdenes de “No reanimar”

Los miembros también tienen derecho a negarse a hacer directivas anticipadas. No se puede 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 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 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 de salud o pedir ayuda si la necesitan.
8. Comprender sus problemas médicos y participar junto con los clínicos de atención médica 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 clínicos necesiten para prestar atención médica.
10. Seguir los planes de tratamiento y las instrucciones de atención que hayan acordado con sus clínicos de atención médica.
11. Comprender sus problemas médicos y reportar a sus clínicos de atención médica 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 solo 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 participación en los gastos compartidos en el momento del servicio.



Derechos y responsabilidades del clínico

Derechos del clínico

1. Ser tratados con dignidad y respeto por sus pacientes, que son miembros de Ascension Personalized Care y otros trabajadores de atención médica.
2. Recibir información e historias médicas precisas y completas para la atención de los miembros.
3. Hacer que sus pacientes, que son miembros de Ascension Personalized Care, actúen de manera que apoyen la atención que se da a otros pacientes y que ayuden a mantener el consultorio médico, el hospital u otros consultorios funcionando sin problemas.
4. Esperar que otros 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 medicamentos en el momento adecuado.
6. Presentar una queja o presentar una apelación contra Ascension Personalized Care o un miembro.
7. Presentar una queja formal en nombre de un miembro, con el consentimiento del miembro.
8. Tener acceso a información sobre los programas de mejora de la calidad de Ascension Personalized Care, incluyendo los objetivos, procesos y resultados del programa que se relacionan con la atención y los servicios del miembro.
9. Comunicarse con Servicios para clínicos si tiene alguna pregunta, comentario o problema.
10. Colaborar con otros profesionales de atención médica que participan en la atención de los miembros.
11. No ser excluido, penalizado o cancelado de la participación en Ascension Personalized Care por haber desarrollado o acumulado un número sustancial 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 clínico

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

1. Ayudar o abogar por que los miembros tomen decisiones en su ámbito de ejercicio sobre su atención y tratamiento relevante o medicamento necesario, incluyendo el derecho a:
 - Recomendar tratamientos nuevos o experimentales.
 - Dar información sobre la naturaleza de las opciones de tratamiento.
 - Dar información sobre la disponibilidad de opciones de tratamiento, terapias, consultas o pruebas, incluyendo aquellas que pueden ser autoadministradas.
 - Ser informado de los riesgos y las consecuencias que se asocian con cada opción de tratamiento o a la elección de renunciar al tratamiento y de los beneficios de dichas opciones de tratamiento.
2. Tratar a los miembros con equidad, dignidad y respeto.
3. No discriminar a los miembros debido a su raza, color, país de origen, dominio limitado del idioma, religión, edad, estado médico, existencia de una discapacidad/condición mental o física preexistente, incluyendo el embarazo o la hospitalización, la expectativa de atención frecuente o de alto costo.
4. Mantener la confidencialidad de la información médica personal de los miembros, incluyendo la historia y el expediente médico, y cumplir las leyes y reglamentaciones estatales y federales con respecto a la confidencialidad.
5. Dar a los miembros un aviso que explique claramente sus derechos y responsabilidades de privacidad en relación con el consultorio médico y el ámbito del servicio del clínico.
6. Dar a los miembros un informe sobre el uso y la revelación de su información médica personal de acuerdo con HIPAA.
7. Permitir que los miembros pidan restricciones en el uso y la revelación de su información médica personal.

8. Dar a los miembros, cuando se solicite, acceso para inspeccionar y recibir una copia de su información médica personal, incluyendo el expediente médico.
9. Dar a los miembros información clara y completa, en un idioma que puedan entender, sobre su condición médica y tratamiento, independientemente del costo o de la cobertura de beneficios, y permitir la participación de los miembros en el proceso de toma de decisiones.
10. Informar a un miembro si la atención médica o el tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación y dar al miembro el derecho de rechazar el tratamiento experimental.
11. Permitir que el miembro que rechace o pida suspender el tratamiento tenga derecho a hacerlo, siempre y cuando el miembro comprenda que al rechazar o suspender el tratamiento, la condición puede empeorar o ser mortal.
12. Respetar las directivas anticipadas de los miembros e incluir estos documentos en su expediente médico.
13. Permitir que los miembros designen a un padre/madre/tutor, familiar u otro representante si no pueden participar plenamente en sus decisiones de tratamiento.
14. Permitir a los miembros obtener una segunda opinión y responder a las preguntas de los miembros sobre cómo acceder a los servicios de atención médica de manera adecuada.
15. Cumplir 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 contractuales o normativos.
17. Revisar las directrices de práctica clínica que distribuye Ascension Personalized Care.
18. Cumplir el programa de Administración Médica de Ascension Personalized Care como se describe en este documento.
19. Revelar los pagos en exceso o los pagos indebidos a Ascension Personalized Care.
20. Dar a los miembros, cuando se solicite, información sobre las calificaciones profesionales del clínico, como su especialidad, educación, residencia y estado de certificación de la junta.
21. Obtener y reportar a Ascension Personalized Care información sobre otras coberturas de seguro que el miembro tenga o pueda tener.
22. Dar a Ascension Personalized Care un aviso oportuno y por escrito si el clínico deja/cierra un consultorio médico.
23. Ponerse en contacto con Ascension Personalized Care para verificar la elegibilidad y los beneficios del miembro, si corresponde.
24. Invitar a los miembros a participar en la comprensión de cualquier problema médico o de salud conductual que puedan tener, y desarrollar objetivos de tratamiento mutuamente acordados, en la medida de lo posible.
25. Dar a los miembros información sobre el lugar donde está el consultorio, el horario de atención, la accesibilidad y los servicios de traducción.
26. Objetar la prestación de servicios relevantes o médicamente necesarios basándose en las creencias morales o religiosas del clínico u otros motivos similares.
27. Dar a los miembros de Ascension Personalized Care un horario de atención que no sea inferior al que se ofrece a otros pacientes.

Asuntos reglamentarios

Expediente médico

Ascension Personalized Care exige que todos los clínicos (médicos, hospitales y auxiliares) mantengan prácticas sólidas de mantenimiento del expediente médico que sean coherentes con las directrices del expediente médico de Ascension Personalized Care. Ascension Personalized Care exige que los expedientes se mantengan de acuerdo con todas las reglamentaciones de HIPAA y otras leyes federales y estatales. Los expedientes se deben mantener de manera legible, actualizada, detallada, organizada y completa que permita una atención eficaz del paciente y una revisión de la calidad. Ya sea que se usen sistemas de mantenimiento de expedientes impresos o electrónicos, el expediente médico debe ser identificable por el nombre del paciente y ser accesible. Para garantizar la privacidad del miembro, el expediente médico se debe guardar en un lugar seguro. Ascension Personalized Care exige que los clínicos mantengan todos los expedientes de los miembros durante al menos 10 años después de la fecha final del servicio, a menos que la ley estatal o federal vigente exija un período más largo. El expediente médico debe estar accesible en el sitio del PCP del miembro u otro clínico.

Información necesaria

Para que se considere un expediente médico completo y exhaustivo, el expediente médico (registro) del miembro debe incluir, como mínimo: las notas del clínico sobre exámenes, las visitas en el consultorio, las remisiones hechas, las pruebas ordenadas y los resultados de pruebas de diagnóstico ordenadas (por ejemplo, radiografías, pruebas de laboratorio). El expediente médico debe estar accesible en el sitio del clínico o médico de atención primaria participante del miembro. Todos los servicios médicos que recibe el miembro, incluyendo la atención para paciente hospitalizado, atención para paciente ambulatorio, atención auxiliar y atención de emergencia, se deben documentar y preparar de acuerdo con todas las normas y reglamentaciones estatales vigentes, y los debe firmar el profesional médico que presta los servicios.

Los clínicos deben mantener el expediente médico completo del miembro de acuerdo con los estándares establecidos abajo:

- El nombre del miembro o el número de expediente médico deben estar en todas las páginas de la historia clínica.
- Los datos personales/biográficos deben estar presentes (por ejemplo, el empleador, el teléfono de casa, el cónyuge, el familiar más cercano, la tutela, el idioma principal, etc.).
- Se debe incluir una anotación destacada de cualquier traducción del idioma hablado o ayuda a la comunicación.
- Todas las anotaciones deben ser legibles y mantenidas detenidamente.
- Todas las anotaciones deben estar fechadas y firmadas, o dictadas por el clínico que presta la atención médica.
- Las enfermedades o condiciones médicas significativas se documentan en la lista de problemas, y se anotan todos los diagnósticos pasados y actuales.
- Los medicamentos, las alergias y las reacciones adversas se documentan visiblemente en un lugar uniforme en el expediente médico. Si no hay alergias conocidas, se documenta NKA o NKDA.
- Se establece un registro de vacunas actualizado para los miembros pediátricos, o se hace una historia apropiada en una hoja clínica para adultos.
- La información subjetiva y objetiva apropiada pertinente a las quejas que presenta el miembro se documenta en la historia y el examen físico.
- La historia médica (en el caso de los miembros atendidos tres o más veces) se identifica fácilmente e incluye cualquier accidente grave, operaciones o enfermedades, resúmenes del alta y encuentros con ER; en el caso de niños y adolescentes (menores de 18 años) la historia médica relacionada con la atención prenatal, el parto, cualquier operación o enfermedad infantil.
- El diagnóstico de trabajo es coherente con los resultados.
- El plan de tratamiento es apropiado para el diagnóstico.
- La documentación del tratamiento prescrito, la terapia prescrita y el medicamento administrado o despachado, incluyendo las instrucciones para el miembro.
- La documentación de evaluación de riesgos prenatales para las miembros que están embarazadas, o de la evaluación de riesgos infantiles para los recién nacidos.

- Se incluyen los formularios de consentimiento necesarios firmados y fechados.
- Los problemas no resueltos de visitas anteriores se tratan en las visitas posteriores.
- Hay revisión de subutilización o sobreutilización de consultores.
- Si se pide una consulta, hay una nota del consultor en el expediente.
- Los informes de consulta, de laboratorio y de imágenes archivados en la historia clínica tienen las iniciales del proveedor de atención médica que los pidió, para señalar su revisión. (La revisión y la firma de profesionales distintos del proveedor de atención médica que los ordena no cumplen este requisito). Si los informes se presentan electrónicamente o por algún otro método, también se representa la revisión del proveedor de atención médica que los ordena. La consulta y los resultados anormales de estudios de laboratorio y diagnóstico por imágenes tienen una anotación explícita en el registro de los planes de seguimiento.
- Se documentan los estudios de laboratorio y de otro tipo que se ordenen, según corresponda.
- Los resultados anormales de los estudios de laboratorio y de diagnóstico por imágenes tienen anotaciones explícitas en el registro de los planes de seguimiento. Todas las anotaciones deben llevar las iniciales del clínico o proveedor de atención primaria (PCP) que presta los servicios para señalar su revisión.
- Las remisiones a especialistas y clínicos auxiliares están documentadas, incluyendo el seguimiento de los resultados y los resúmenes de los tratamientos prestados en otros lugares, incluyendo los servicios de planificación familiar, los servicios preventivos y los servicios para el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.
- Se documenta la enseñanza u orientación médica.
- Para los miembros mayores de 12 años, anotaciones apropiadas relacionadas con el consumo de tabaco, alcohol y sustancias. (En caso de los miembros atendidos tres o más veces, se debe consultar la historia clínica de abuso de sustancias).
- Documentación de la falta de asistencia a una cita.
- Los formularios o notas de los encuentros tienen una anotación, cuando se indica, sobre las llamadas o visitas de atención de seguimiento. El tiempo específico de regreso debe anotarse como semanas, meses o según sea necesario.
- Evidencia de que el miembro no corre un riesgo inapropiado debido a un problema de diagnóstico o terapéutico.
- La confidencialidad de la información y los expedientes del miembro está protegida.
- Evidencia de que se ha ofrecido una directiva anticipada a los adultos mayores de 18 años.

Revelación del expediente médico

Todos los expedientes médicos de los miembros son confidenciales y no se deben revelar sin la autorización por escrito del miembro o de su padre/madre/tutor, de acuerdo con las leyes y reglamentaciones estatales y federales. Cuando la revelación del expediente médico sea apropiada, la extensión de dicha revelación debe estar basada en la necesidad médica o en la necesidad de conocer.

Todas las revelaciones de expedientes médicos o clínicos específicos para los trastornos por consumo de sustancias deben cumplir las directrices federales en 42 CFR parte 2, y cualquier ley estatal vigente.

Auditoría de cumplimiento para la documentación del expediente médico

Ascension Personalized Care puede auditar las prácticas de mantenimiento de expedientes y los expedientes médicos individuales de los miembros junto con las actividades continuas del Programa de mejora de la calidad, usando los estándares mencionados arriba. Los clínicos que obtengan una puntuación inferior al 80% en las auditorías del expediente médico se pueden colocar en un plan de acción correctiva, estar sujetos a más revisiones del expediente médico, o ser remitidos para la recomendación del Comité de administración de la calidad y seguridad del paciente (QMPSC) de Ascension Personalized Care.

Ascension Personalized Care anima a los clínicos a pedir el expediente médico que documente la atención prestada previamente a los miembros que son nuevos en su panel. Esto ayudará a asegurarse de que el miembro reciba atención continua, y a determinar el curso de tratamiento más apropiado para el paciente.

Transferencia del expediente médico para miembros nuevos

Todos los clínicos están obligados a documentar en el expediente médico del miembro los intentos de obtener registros médicos históricos para todos los miembros de Ascension Personalized Care recién asignados. Si el miembro o sus padres/tutores no pueden recordar dónde obtuvieron atención médica, o no pueden dar las direcciones de los clínicos anteriores, esto también debe anotarse en el expediente médico.

Auditorías del expediente médico

Ascension Personalized Care hará auditorías aleatorias de expedientes médicos como parte de su Programa de administración de la calidad para monitorear el cumplimiento de los estándares de la documentación de los expedientes médicos que se mencionan arriba. La coordinación de la atención y los servicios prestados a los miembros, incluyendo la sobreutilización/subutilización de los servicios, y el resultado de dichos servicios, también están sujetos a revisión y evaluación durante una auditoría del expediente médico. Ascension Personalized Care dará un aviso por escrito antes de hacer una revisión del expediente médico.

Acceso de Ascension Personalized Care a expedientes y auditorías

Sujeto únicamente a las leyes estatales y federales vigentes de confidencialidad o privacidad, el clínico deberá permitir que Ascension Personalized Care o su representante designado acceda a los expedientes del clínico, en el lugar de trabajo del clínico en este estado durante el horario de atención normal, o el acceso remoto a dichos expedientes, para poder auditar, inspeccionar, revisar, hacer revisiones de la historia clínica y duplicar dichos expedientes. Si la auditoría se debe hacer en el lugar, Ascension Personalized Care o su representante designado darán un aviso por escrito con al menos 30 días hábiles de antelación para pedir el acceso a los expedientes para hacer una auditoría en el lugar. La auditoría se programará en un momento acordado mutuamente, pero no más de 60 días después de dicho aviso por escrito.

Acceso al expediente médico electrónico (EMR)

Los clínicos concederán a Ascension Personalized Care acceso al sistema de expediente médico electrónico (EMR) de los clínicos para administrar de manera eficaz los casos de los miembros y capturar datos del expediente médico para el ajuste de riesgos y la presentación de informes de calidad. No se cobrarán otros cargos a Ascension Personalized Care por 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 con frecuencia imponen restricciones sobre cómo se pueden revelar tipos específicos de información, incluyendo, entre otros, expedientes de salud mental, tratamiento por abuso de sustancias/alcohol y enfermedades transmisibles.

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

Sin embargo, un conjunto diferente de normas federales impone restricciones más estrictas sobre el uso y la revelación de expedientes de tratamiento por abuso de sustancias y alcohol (42 CFR Parte 2 o "Parte 2"). Por lo general, estos expedientes no se pueden revelar sin el consentimiento de la persona cuya información está sujeta a la revelación.

Otras leyes a nivel estatal imponen más restricciones a la revelación de cierta información, como salud mental, enfermedades transmisibles, etc.

Para obtener más información sobre cualquiera 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 guía) y “HIPAA – General Information” (HIPAA: información general).
- Reglamentaciones de la Parte 2: visite la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.) en: samhsa.gov.
- Leyes estatales: consulte los estatutos aplicables para determinar cómo pueden afectar a la revelación de información de los pacientes a quienes les presta atención médica.

Los clínicos contratados dentro de la red de Ascension Personalized Care están obligados de manera independiente a conocer, entender y cumplir estas leyes.

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

Comuníquese con el director de Cumplimiento de Ascension Personalized Care por teléfono llamando al 833-600-1311 o por correo electrónico en ascensionpersonalizedcare.com si tiene alguna pregunta sobre nuestras prácticas de privacidad.

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

La Sección 1557 es la disposición de no discriminación de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). La ley prohíbe la discriminación por raza, color, país de origen, sexo, edad o discapacidad en ciertos programas o actividades médicas. La Sección 1557 se desarrolla en leyes federales de derechos civiles familiares y que existen desde hace tiempo: El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, el 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 amplía las protecciones contra la discriminación a las personas que participan en:

- Cualquier programa o actividad médica que haya recibido financiamiento de HHS.
- Cualquier programa o actividad médica que administre el propio HHS.
- Los mercados de seguros médicos y todos los planes que ofrecen emisores que participan 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 eficacia del sistema de atención médica, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA), Ley Pública 104-191, incluye disposiciones de simplificación administrativa que exigen estándares nacionales para transacciones electrónicas de atención médica y conjuntos de códigos, identificadores médicos únicos y seguridad, y protecciones federales de privacidad para información médica identificable individualmente. La Oficina de Derechos Civiles administra y hace cumplir la Regla de privacidad y la Regla de seguridad.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) administran y hacen cumplir otras Reglas de Simplificación Administrativa de HIPAA, e incluyen:

- Estándares para transacciones y conjuntos de códigos
- Estándar de identificación del empleador
- Estándar del Identificador nacional de proveedor

La Regla de Ejecución presenta estándares para la aplicación de todas las Reglas de simplificación administrativa. Puede encontrar un resumen de las Reglas de simplificación administrativa de HIPAA en [CMS.gov/Regulations-and-Guidance/Administrative-Simplification/HIPAA-ACA/](https://cms.gov/Regulations-and-Guidance/Administrative-Simplification/HIPAA-ACA/).

Reglamentaciones de privacidad

Las reglas de privacidad regulan quién tiene acceso a la información médica de identificación personal (PHI) de un miembro, ya sea en forma escrita, verbal o electrónica. Además, esta reglamentación otorga a las personas el derecho a mantener su PHI confidencial y, en algunos casos, a que no se revele.

En cumplimiento de las reglamentaciones de privacidad, Ascension Personalized Care ha dado un aviso de privacidad a cada miembro de Ascension Personalized Care, que describe cómo Ascension Personalized Care puede usar o compartir el expediente médico de un miembro y cómo el miembro puede obtener acceso a la información. Además, el Aviso de privacidad para miembros informa al miembro de sus derechos de privacidad de la atención médica y explica cómo se pueden ejercer estos derechos. Se pueden encontrar copias de los Avisos de privacidad para miembros de Ascension Personalized Care en ascensionpersonalizedcare.com.

1. Como clínico, si tiene alguna pregunta sobre las prácticas de privacidad de Ascension Personalized Care, comuníquese con el director de Cumplimiento de Ascension Personalized Care llamando al 833-600-1311.
2. A los miembros se les debe dirigir al Departamento de Servicios para Miembros de Ascension Personalized Care si tienen alguna pregunta sobre las reglamentaciones de privacidad. Pueden comunicarse con Servicios para Miembros llamando al teléfono de Ascension Personalized Care, 833-600-1311.

La Regla de seguridad

La Regla de seguridad de HIPAA establece estándares nacionales para proteger la información médica personal electrónica de las personas que es creada, recibida, usada o conservada por Ascension Personalized Care. La Regla de seguridad exige protecciones administrativas, físicas y técnicas apropiadas para garantizar la confidencialidad, integridad y seguridad de la información médica protegida electrónica. La Regla de seguridad está en 45 CFR Parte 160 y Subpartes A y C de la Parte 164.

La Regla de aviso de vulneración

El 25 de enero de 2013, la Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) publicó en el Registro Federal una regla general final que revisa ciertas reglas promulgadas según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA). Estas reglas revisadas se publicaron según los cambios promulgados por el Congreso en la Ley de tecnología de información de la salud para la salud económica y clínica (HITECH) y la Ley de no discriminación de información genética (GINA) de 2008. A partir del 23 de marzo de 2013, la Regla final implementa la sección 13402 de la Ley HITECH exigiendo varias notificaciones después de una vulneración de información médica protegida no segura.

La Regla final elimina el estándar de riesgo significativo de daño de la Regla provisional para determinar si se ha producido una vulneración. Las entidades cubiertas y los socios comerciales deben asegurarse del cumplimiento de las definiciones reglamentarias relacionadas con las notificaciones de vulneraciones.

Reglamentaciones de transacciones y conjuntos de códigos

Las transacciones son actividades que implican la transferencia de información de atención médica con fines específicos. Según HIPAA, si Ascension Personalized Care o un clínico de atención médica participa en una de las transacciones identificadas, debe cumplir la norma correspondiente, que incluye el uso de un conjunto de códigos estándar para identificar diagnósticos y procedimientos. Los Estándares para transacciones electrónicas y conjuntos de códigos, publicados el 17 de agosto de 2000, y modificados desde entonces, adoptaron normas para varias transacciones, incluyendo información sobre reclamos y encuentros, pago y estado de los reclamos. Cualquier clínico de atención médica que haga una transacción estándar también debe cumplir la Regla de privacidad.

La versión 5010 se refiere al conjunto revisado de estándares para transacciones electrónicas de HIPAA adoptado para reemplazar los estándares actuales. Se han actualizado todos los estándares, incluyendo los de reclamos, elegibilidad y autorizaciones de remisiones.

Todas las entidades que cubre HIPAA deben usar la versión 5010 a partir del 1 de enero de 2012. Cualquier transacción electrónica para la que se haya adoptado un estándar se debió presentar usando la versión 5010 a partir del 1 de enero de 2012.

Conjuntos de códigos que exige HIPAA

La reglamentación de conjuntos de códigos de HIPAA exige que todos los códigos usados en las transacciones electrónicas estén estandarizados, usando la codificación estándar nacional. Solo se pueden usar códigos estándar nacionales para los reclamos electrónicos o la autorización de servicios. Los conjuntos de códigos reconocidos a nivel nacional incluyen:

1. Sistema de codificación de procedimientos comunes de atención médica (HCPCS): este conjunto de códigos, que establece CMS, representa principalmente artículos y suministros y servicios no médicos no cubiertos por los códigos CPT-4 de la Asociación Médica Americana, que se pueden adquirir en la Asociación Médica Americana (AMA) llamando al 1-800-621-8335.
2. Códigos de terminología de procedimiento actual (CPT): los códigos CPT se usan para describir procedimientos médicos y la Asociación Médica Americana mantiene este conjunto de códigos. Para obtener más información de los códigos CPT, comuníquese con AMA.
3. Clasificación internacional de enfermedades, 9.a revisión, Modificación clínica ICD-9-CM Volúmenes 1 y 2 (códigos de diagnóstico): estos los mantienen el Centro Nacional de Estadísticas de Salud y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) en el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS).
4. Clasificación internacional de enfermedades, 9.a revisión, Modificación clínica ICD-9-CM Volumen 3 (procedimientos): los mantiene CMS.
5. Clasificación internacional de enfermedades, 10.a revisión, Modificación clínica ICD-10-CM: este es el nuevo sistema de codificación de diagnóstico que se desarrolló como reemplazo de ICD-9-CM, Volumen 1 y 2. Clasificación internacional de enfermedades, 10.a revisión, Sistema de codificación de procedimientos ICD-10-PCS es el nuevo sistema de codificación de procedimientos que se desarrolló como reemplazo de ICD-9-CM, Volumen 3, y dos partes:
 - Parte 1: ICD-10-CM para codificación de diagnóstico. ICD-10-CM es para uso en todos los entornos de atención médica de EE. UU. La codificación de diagnóstico según ICD-10-CM usa de tres a siete dígitos en lugar de los tres a cinco dígitos usados con ICD-9-CM, pero el formato de los conjuntos de códigos es similar.
 - Parte 2: ICD-10-PCS para la codificación de procedimientos en pacientes hospitalizados. ICD-10-PCS es solamente para uso en entornos de pacientes hospitalizados de EE. UU. ICD-10-PCS usa siete dígitos alfanuméricos en lugar de los tres o cuatro dígitos numéricos usados según la codificación del procedimiento ICD-9-CM. Código nacional de medicamentos (NDC). El NDC es un código que identifica al proveedor (fabricante), el producto y el tamaño del paquete de todos los medicamentos que reconoce la Administración Federal de Medicamentos (FDA). Para acceder al conjunto completo de códigos NDC, consulte [fda.gov/Drugs/InformationOnDrugs/ucm142438.htm](https://www.fda.gov/Drugs/InformationOnDrugs/ucm142438.htm).

Transacciones que regula HIPAA

Abajo están las 10 transacciones electrónicas estandarizadas que exige la legislación de HIPAA:

1. Nombre de la transacción
2. Número de transacción de HIPAA
3. Reclamos y encuentros
4. Inscripción y cancelación de la inscripción
5. Solicitudes y respuesta de elegibilidad del plan médico
6. Avisos de pago y remesas
7. Pago de primas
8. Solicitud y respuesta del estado del reclamo
9. Coordinación de los beneficios
10. Remisión y autorización

Aunque es un proceso operativo estándar, Ascension Personalized Care no usa actualmente todos los conjuntos de transacciones estándar. La funcionalidad equivalente a la que ofrecen estos conjuntos de transacciones está disponible para los miembros y clínicos de Ascension Personalized Care mediante varias capacidades alternativas, como las herramientas en línea. Actualmente, Ascension Personalized Care ofrece una alternativa por medio del Portal del clínico seguro, para las siguientes transacciones:

- ASC X12 270 Consulta del estado de elegibilidad
- ASC X12 271 Respuesta sobre el estado de elegibilidad
- ASC X12 276 Consulta del estado del reclamo
- ASC X12 277 Respuesta al estado del reclamo
- ASC X12 278 Certificación y respuesta de la remisión

Para obtener más información de cómo hacer estas transacciones electrónicamente, comuníquese con Ascension Personalized Care llamando al **888-492-6811**.

Identificador nacional de proveedor

El Identificador nacional de proveedor (NPI) es un Estándar de simplificación administrativa de HIPAA. El NPI es un número de identificación único para los clínicos de atención médica cubiertos. Los clínicos de atención médica cubiertos y todos los planes médicos y centros de intercambio de información de atención médica deben usar el NPI en las transacciones administrativas y financieras adoptadas según HIPAA. El NPI es un identificador numérico sin inteligencia de 10 posiciones (número de 10 dígitos). Esto significa que los números no llevan otra información sobre los clínicos de atención médica, como el estado en el que viven o su especialidad médica. El NPI se debe usar en lugar de los identificadores clínicos heredados en todas las transacciones electrónicas de estándares de HIPAA. Sin embargo, algunos clínicos de LTSS se consideran "clínicos atípicos" porque prestan servicios que no son de salud ni médicos a los miembros de Ascension Personalized Care. Estos clínicos facturan usando 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 clínicos cubiertos también deben compartir su NPI con otros clínicos, planes médicos, centros de intercambio de información y cualquier entidad que pueda necesitarlo para fines de facturación.

Comuníquese con el director de Cumplimiento de Ascension Personalized Care por teléfono llamando al 833-600-1311 o por escrito (consulte la dirección abajo) si tiene alguna pregunta sobre nuestras prácticas de privacidad.

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 el proceso judicial del fraude y el abuso, y tiene un programa de Fraude, derroche y abuso (FWA) que cumple las leyes federales y estatales. Ascension Personalized Care maneja una unidad de Fraude, derroche y abuso. Ascension Personalized Care hace auditorías de manera rutinaria para garantizar el cumplimiento de las reglamentaciones de facturación. Nuestro sofisticado software de edición de códigos hace auditorías sistemáticas durante el proceso de pago de reclamos. Para comprender mejor este sistema, revise la sección de Reclamos y la sección de Facturación al miembro de este manual. La Unidad de Investigación Especial (SIU) de Ascension Personalized Care hace auditorías retrospectivas que, en algunos casos, pueden dar como resultado la adopción de medidas contra los clínicos que cometen fraude, derroche o abuso. Estas medidas incluyen, entre otras:

- Educación y capacitación correctiva para evitar la irregularidad en la facturación.
- Revisión de utilización más estricta.
- Recuperación del dinero pagado previamente.
- Rescisión del acuerdo con el clínico u otro arreglo contractual.
- Proceso judicial civil o penal.
- Cualquier otro recurso disponible para rectificar.

Algunas de las prácticas más frecuentes de FWA incluyen:

- Separación de códigos.
- Inflar las facturas mediante los códigos de los servicios.
- Códigos complementarios facturados sin el código de procedimiento principal.
- Código de diagnóstico o procedimiento no coincide con la edad/sexo del miembro.
- Uso de códigos de exclusión.
- Uso excesivo de unidades.
- Uso indebido de los beneficios.
- Reclamos por servicios no prestados.
- Si sospecha o es testigo de que un clínico factura de manera inapropiada o que un miembro recibe servicios inapropiados, llame a nuestra línea directa anónima y confidencial de FWA al 1-866-685-8664. Ascension Personalized Care se toma muy en serio todas las denuncias de posibles fraudes, derroches y abusos e investiga todos los problemas reportados.

Lista de exclusión de OIG/GSA y lista de exclusión de CMS: debe verificar las listas de exclusión antes de una contratación o un compromiso contractual y mensualmente a partir de entonces, como se describe abajo, para todo su personal, voluntarios, empleados temporales, consultores, junta directiva y cualquier contratista que cumpliría los requisitos descritos en la Ley §1862(e)(1)(B), 42 C.F.R. §§ 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 las protecciones contra el fraude, derroche y abuso de los clínicos consiste en identificar a los clínicos y entidades excluidos.

No se pueden hacer pagos por artículos o servicios prestados o recetados por un clínico o una entidad excluidos o imposibilitados. Los planes no usarán fondos federales para pagar servicios, equipos o medicamentos que recete o dé un clínico, proveedor, empleado o entidades de primer nivel, descendentes o relacionadas (FDR) que excluya CMS o excluya 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 CMS, la Lista de personas y entidades excluidas de OIG de DHHS (Lista LEIE) y la Lista de partes excluidas (EPLS) de GSA antes de contratar a cualquier empleado nuevo, empleado temporal, voluntario, consultor, miembro del órgano rector, o FDR, y mensualmente a partir de entonces. Si se identifica a alguien, los clínicos deben notificar a Ascension Personalized Care de inmediato para que, si es necesario, Ascension Personalized Care pueda tomar las medidas adecuadas. Los clínicos pueden comunicarse con el director de Cumplimiento de Ascension Personalized Care llamando al 833-600-1311.

Autoridad de cumplimiento del programa FWA y responsabilidad

El Departamento de Cumplimiento y Asuntos Reglamentarios de Ascension Personalized Care tiene la responsabilidad y autoridad en general para ejecutar 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 clínicos de Ascension Personalized Care debe cooperar plenamente para que el personal o el personal subcontratado estén disponibles en persona para entrevistas, consultas, procedimientos del gran jurado, conferencias antes del juicio, audiencias, juicios y en cualquier otro proceso, incluyendo las investigaciones.

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

Ley de reclamos falsos

La Ley de reclamos falsos establece la responsabilidad cuando cualquier persona o entidad recibe indebidamente de, o evita el pago al, gobierno federal. La ley prohíbe:

- Presentar, o hacer que se presente, a sabiendas, un reclamo falso para su pago o aprobación.
- Hacer, usar, o causar que se haga o use, a sabiendas, un registro o una declaración falsa pertinente 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 bienes que usará el gobierno.
- Certificar la recepción de bienes en un documento sin tener pleno conocimiento de la veracidad de la información.
- Comprar, a sabiendas, bienes del gobierno a un representante del gobierno no autorizado.
- Hacer, usar, o causar que se haga o use a, sabiendas, un registro falso para evitar, o reducir, una obligación de pago o de transmisión de bienes al gobierno.

Para obtener más información sobre la Ley de reclamos falsos, visite [cms.hhs.gov](https://www.cms.hhs.gov).



Apéndice

Apéndice I: Causas frecuentes de rechazos por adelantado de reclamos

Las causas frecuentes de rechazos por adelantado incluyen, entre otras:

Información ilegible: la tinta está descolorida, es demasiado clara, o es demasiado negrita (se traslada a otros caracteres o se sale del recuadro), o la fuente es demasiado pequeña.

- Falta la fecha de nacimiento del miembro
- Falta el nombre del miembro o su número de identificación
- Falta el nombre del proveedor, el número de identificación del contribuyente (TIN) o el número de identificación nacional del proveedor de atención médica (NPI)
- Falta la información del clínico que da el tratamiento en el bucle 2310A de reclamos institucionales cuando CLM05-1 (Tipo de factura) es 11, 12, 21, 22 o 72 o falta en la casilla 48 en el formulario de reclamo de UB impreso
- La fecha del servicio no es anterior a la fecha de recepción del reclamo (fecha futura del servicio)
- Falta la fecha del servicio o el intervalo de fechas en los campos obligatorios. Por ejemplo: Fechas "Estado de cuenta desde" o "Servicio desde"
- El tipo de factura no es válido
- Falta el código de diagnóstico, no es válido o está incompleto
- Falta el detalle de la línea de servicio
- La fecha del servicio es anterior a la fecha de entrada en vigor del miembro
- Falta el tipo de ingreso (Reclamos de centros para pacientes hospitalizados: UB-04, campo 14)
- Falta el estado del paciente (Reclamos de centros para pacientes hospitalizados: UB-04, campo 17)
- Falta el código/fecha de ocurrencia o no es válido
- Falta el código de ingresos o no es válido
- Falta el código de procedimiento o no es válido
- Falta el número de CLIA en el cuadro 23 o un CMS 1500 para CLIA o servicio exento de CLIA
- Tipo de formulario incorrecto usado
- Falta el número del Código nacional de medicamentos (NDC)

Importante: Las ediciones de reclamos EDI HIPAA están vigentes. Hable con su centro de intercambio de información de EDI para obtener más información.

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

- Los códigos de procedimiento o modificador que se escribieron no son válidos o faltan. Esto incluye los modificadores GN, GO o GP para los servicios de terapia
- 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) del asegurador primario o está incompleta
- Falta la 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 del proveedor y el NPI no coinciden
- El código de ingresos no es válido
- Las fechas del período de servicio no coinciden con los días/unidades que se mencionan
- Número de identificación fiscal (TIN) no es válido

Apéndice 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 reclamo del formulario de reclamo CMS 1500 (02/12), campo 24-A-G:

- Código nacional de medicamentos (NDC)
- Descripción narrativa de códigos no especificados/misceláneos/no listados
- Tasa de contrato

Se deben usar los siguientes calificadores al informar sobre estos servicios:

- ZZ Descripción narrativa de códigos no especificados/misceláneos/no listados
- N4 Código nacional de medicamentos (NDC)
- CTR Tasa de contrato

Si es necesario reportar otra información complementaria no mencionada arriba, siga las instrucciones del pagador para el uso de un calificador para la información que se reporta. Cuando se reporte un servicio que no tiene un calificador, introduzca dos espacios en blanco antes de escribir la información.

Para escribir información complementaria, comience en 24A escribiendo el calificador y, luego, la información. No introduzca un espacio entre el calificador y el número/código/información. No escriba guiones ni espacios en el número/código.

Se puede reportar más de un artículo complementario en las líneas sombreadas del punto número 24. Escriba el primer calificador y el número/código/información en 24A. Después del primer artículo, introduzca tres espacios en blanco y, luego escriba el siguiente calificador y número/código/información.

Para reportar cantidades en dólares en el área sombreada, siempre escriba la cantidad en dólares, un punto decimal y los centavos. Use "00" para centavos si la cantidad es un número entero. No use comas. No escriba signos de dólar (por ejemplo, 1000.00; 123.45).

Más información para reportar NDC:

Cuando agregue información complementaria para NDC, escriba la información en el siguiente orden:

- Calificador
- Código NDC
- Un espacio
- Calificador 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 dígitos antes del decimal y tres dígitos después del decimal (por ejemplo, 99999999.999)
- Cuando escriba un número entero, no use un decimal (por ejemplo, 2)
- No use comas
- Códigos no especificados/misceláneos/no listados

Apéndice IV: Consejos de facturación y recordatorios

Atención médica diurna para adultos

- Se debe facturar en un Formulario de reclamo CMS 1500
- Se debe facturar en el lugar 99

Ambulancia

- Se debe facturar en un Formulario de reclamo CMS 1500
- Se deben facturar los modificadores apropiados con los códigos de transporte

Centro quirúrgico ambulatorio (ASC)

- Los centros quirúrgicos ambulatorios deben presentar los cargos usando el Formulario de reclamo CMS 1500
- Se debe facturar en el lugar de servicio 24
- La factura se debe facturar con trasplantes de córnea
- La mayoría de las extracciones quirúrgicas son facturables solo según el ASC

Anestesia

- Facture el número total de minutos en el campo 24G del Formulario de reclamo CMS 1500 y se debe enviar con el modificador apropiado
- No facturar el número total de minutos puede dar como resultado un reembolso incorrecto o la denegación del reclamo
- Se deben usar los modificadores apropiados

Reglas de facturación de APC

- Los hospitales de acceso crítico (CAH) deben facturar con los códigos 13x-14x
- El tipo de factura para los reclamos de APC está limitado a un rango de 13xs-14x
- No se permiten reclamos con cargos atrasados, solo reclamos de reemplazo. Se denegará el reenvío de los reclamos con cargos atrasados.
- El clínico deberá presentar los reclamos que abarquen dos años calendario, como un solo reclamo.
- Las ediciones de unidades máximas (MUE) de CMS se aplicarán por línea, por reclamo.
- Se denegarán las líneas de reclamo que superen el valor de MUE.
- Observación: Los clínicos deben facturar HCPCS G0378 junto con el código de ingresos. El código G de Observación permitirá la tasa del caso.
- Reclamos de ambulancia: se deben presentar en un formulario CMS 1500. Se denegará cualquier reclamo de ambulancia presentado en un UB.
- Los códigos de ingresos y los códigos HCPC son necesarios para los reclamos de APC.

Rehabilitación integral diurna

- Se debe facturar en un Formulario de reclamo CMS 1500
- Se debe facturar en el lugar 61
- Modificadores aceptables

Partos

- Use los códigos de valor apropiados y el peso al nacer cuando facture los servicios de parto.

DME/suministros/prótesis y ortótica

- Se deben facturar con un modificador apropiado
- Los servicios de solo compra se deben facturar con el modificador NU
- Los servicios de alquiler se deben facturar con el modificador RR

Aparatos auditivos

- Se deben facturar con el modificador apropiado, LT o RT

Atención médica en casa

- Se debe facturar en un UB 04
- El tipo de factura debe ser 3XX
- Se debe facturar en el lugar 12
- Se exigen los códigos Rev y CPT
- Cada visita se debe facturar individualmente en una línea de servicio separada

Centros de atención de casos agudos a largo plazo (LTAC)

- Los centros de atención de casos agudos a largo plazo (LTAC) deben presentar indicadores de estado funcional en las presentaciones de reclamos.

Servicios de maternidad

- Los clínicos deben usar la codificación correcta para los servicios de maternidad.
- Los servicios prestados a los miembros antes de la fecha de entrada en vigor en Ascension Personalized Care se deben codificar correctamente y presentar al pagador responsable.
- Los servicios prestados al miembro en la fecha de entrada en vigor en Ascension Personalized Care, o después de esta, se deben codificar correctamente y presentar a Ascension Personalized Care.

Modificadores

- Modificador 25: indica que un servicio de E/M significativo y separadamente identificable lo presta el mismo médico en el mismo día de otro servicio o procedimiento (por ejemplo, visita de control de niño sano 99381 y E/M 99213-25 o 99213-25 y 20610).
 - Sujeto a la edición de códigos y al proceso de auditoría. Agregar un modificador 25 no es una garantía de pago automático y puede ser necesaria la presentación del expediente médico
 - Solo se agrega a los códigos de procedimiento E/M
- Modificador 26: indica que el componente profesional de una prueba o estudio se hace usando las series 7XXXX (radiología) o 8XXXX (laboratorio/patología) de códigos CPT.
 - El uso inadecuado puede dar como resultado una denegación/rechazo del reclamo
 - Nunca se agrega a un código CPT de visita en el consultorio
- Modificador TC: indica el componente técnico de una prueba o estudio que se hace
- Modificador 50: indica un procedimiento que se hace en un lugar anatómico bilateral
 - El procedimiento se debe facturar en una sola línea de reclamo con el modificador 50 y la cantidad de uno
 - Los modificadores RT y LT o las cantidades superiores a uno no deben facturarse cuando se usa el modificador 50
- Modificadores GN, GO, GP: modificadores de terapia que son necesarios para la terapia del habla, ocupacional y física

Servicios de laboratorio del hospital para pacientes ambulatorios

- Tipo de factura 141: se debe usar cuando se envía una muestra de un miembro del hospital que no es un paciente hospitalizado ni es un paciente ambulatorio para su análisis al laboratorio de pacientes ambulatorios del hospital. El miembro no está físicamente presente en el hospital.
- Tipo de factura 131 y modificador L1: se debe usar cuando el hospital solo hace pruebas de laboratorio al miembro y el miembro no recibe también otros servicios del hospital para pacientes ambulatorios durante el mismo encuentro. También se debe usar cuando un hospital hace una prueba de laboratorio durante el mismo encuentro como otros servicios del hospital para pacientes ambulatorios que no están relacionados clínicamente con los otros servicios del hospital para pacientes ambulatorios, y la prueba de laboratorio la ordena un proveedor de atención médica diferente al proveedor de atención médica que ordenó los otros servicios del hospital para pacientes ambulatorios prestados en el entorno para pacientes ambulatorios del hospital.
- Los servicios que no se facturen siguiendo las directrices de arriba se denegarán como código EX AT.

POA

- El indicador Presente en el momento del ingreso (POA) se exige en todos los reclamos de centros para pacientes hospitalizados
 - No incluir POA puede dar como resultado una denegación/rechazo del reclamo

Servicios de rehabilitación: servicios para pacientes hospitalizados

- Los indicadores del estado funcional se deben presentar para los servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados

Suministros

- Los médicos pueden facturar los suministros y el material, además de una visita en el consultorio, si estos suministros superan los que generalmente se incluyen con la visita en el consultorio.
- Los suministros como batas, paños, guantes, espéculos, suministros pélvicos, vasos para orina, hisopos, gel, etc., están incluidos en la visita en el consultorio y no se pueden facturar por separado. Los clínicos no pueden facturar ningún suministro reutilizable.

Telemedicina

- Los médicos en el lugar distante pueden facturar los servicios de telemedicina y **deben** usar el modificador apropiado para identificar que el servicio se prestó mediante telemedicina.
 - E/M CPT más el modificador apropiado
 - Mediante sistemas interactivos de telecomunicaciones de audio y video



Apéndice V: Resumen de la Guía complementaria de EDI

La Guía complementaria da a los socios comerciales de Ascension Personalized Care las directrices para presentar el reclamo de atención médica ASC X12N/005010x222: Profesional (837P) y el reclamo de atención médica ASC X12N/005010x223: Institucional (837I). La Guía complementaria de Ascension Personalized Care documenta cualquier suposición, convención o problema de datos que pueda ser específico de los procesos comerciales de Ascension Personalized Care cuando se implementan los Informes técnicos de tipo 3 (TR3) ASC X12N 5010A de HIPAA. Por lo tanto, esta Guía complementaria es exclusiva de Ascension Personalized Care y las personas inscritas.

Este documento **no** reemplaza los Informes técnicos de tipo 3 (TR3) ASC X12N 5010A de HIPAA para transacciones electrónicas, ni intenta modificar ninguna de las reglas de estos ni imponer ningún mandato a los socios comerciales de Ascension Personalized Care. Este documento presenta información del manejo de códigos específicos de Ascension Personalized Care y el manejo de situaciones que están en el marco de los parámetros de las reglas de Simplificación administrativa de HIPAA. Los lectores de esta guía complementaria deben conocer los Informes técnicos de Tipo 3 de HIPAA, su estructura y contenido. La información contenida en los TR3 de HIPAA no se ha repetido aquí, aunque se ha hecho referencia a los TR3 cuando ha sido necesario. Los Informes técnicos tipo 3 (TR3) ASC X12N 5010A de HIPAA se pueden adquirir en store.x12.org.

La guía complementaria presenta información suplementaria al Acuerdo de socios comerciales (TPA) que existe entre Ascension Personalized Care y sus socios comerciales. Consulte el TPA para ver las directrices relacionadas con las condiciones legales de Ascension Personalized Care en torno a las implementaciones de transacciones EDI y conjuntos de códigos. Consulte la guía complementaria para obtener información de las normas comerciales o los requisitos técnicos de Ascension Personalized Care sobre la implementación de conjuntos de códigos y transacciones de EDI que cumplen la HIPAA.

Nada de lo contenido en esta guía pretende enmendar, revocar, contradecir o alterar de alguna manera los términos y condiciones del Acuerdo de socios comerciales. En caso de incongruencias entre los términos de esta guía y los términos del Acuerdo de socios comerciales, prevalecerán los términos del Acuerdo de socios comerciales.

Se ha concedido permiso expreso para usar material con derechos de autor de X12 en este documento.

Procesamiento de reclamos

Acuses de recibo

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

Procesamiento de coordinación de los beneficios (COB)

Para asegurarse del procesamiento adecuado de los reclamos que necesitan coordinación de los beneficios, Ascension Personalized Care recomienda que los clínicos validen el número de membresía del paciente y la información de la aseguradora primaria o complementaria para cada reclamo. Envíe también cualquier pago principal en el archivo 837 para facilitar el pago y evitar la solicitud de una Explicación de los beneficios de la aseguradora primaria.

Conjuntos de códigos

Solo se deben usar códigos estándar, válidos en el momento de las fechas del servicio.

Correcciones y reversiones

El 837 define qué valores deben usar los remitentes para señalar a los pagadores que el 837 entrante contiene una reversión o corrección de un reclamo que se presentó previamente para su procesamiento. Tanto para los reclamos 837 profesionales como para los institucionales, 2300 CLM05-3 (Código de frecuencia de reclamo) debe contener un valor para la lista de tipo de especificación de elemento de datos de UB nacional, Tipo de posición de factura 3.

Formato de datos/contenido

Ascension Personalized Care acepta todos los elementos de datos compatibles en el Reclamo de profesionales 837. Los siguientes puntos describen problemas de contenido y formato de datos coherentes que se deben seguir para la presentación.

Fechas

Los siguientes enunciados se aplican a cualquier fecha en una transacción 837:

- Todas las fechas deben tener un formato de acuerdo con el cumplimiento del año 2000, CCAAMMDD, excepto para los segmentos ISA donde el formato de fecha es AAMMDD
- Los únicos valores aceptables para "CC" (siglo) en las fechas de nacimiento son 18, 19 o 20
- Las fechas que incluyen horas deben usar el siguiente formato: CCAAMMDDHHMM
- Use el formato militar o números del 0 al 23 para indicar las horas. Por ejemplo, una fecha de ingreso de 201006262115 define la fecha y hora del 26 de junio de 2010 a las 9:15 p. m.
- No se deben usar espacios ni delimitadores de caracteres en la presentación de fechas u horas
- Se rechazan las fechas que lógicamente no son válidas (por ejemplo, 20011301)
- Las fechas deben ser válidas en el contexto de la transacción. Por ejemplo, la fecha de nacimiento de un paciente no puede ser posterior a la fecha del servicio del paciente.

Decimales

Todos los porcentajes se deben presentar en formato decimal. Por ejemplo, un valor de 12.5% se debe presentar como .125.

Las cantidades en dólares se deben presentar con decimales para indicar porciones de un dólar; sin embargo, no deben seguir más de dos posiciones después del punto decimal. Se rechazan las cantidades en dólares que contengan más de dos posiciones después del punto decimal.

Valores monetarios y cantidad de unidades

Ascension Personalized Care acepta todos los elementos de datos compatibles en el Reclamo de profesionales 837; sin embargo, se rechazan los valores monetarios o de cantidad de unidades que están en números negativos.

Delimitadores

Los delimitadores son caracteres que se usan para separar elementos de datos en una cadena de datos. Los delimitadores que Ascension Personalized Care sugiere usar se especifican en el segmento de encabezado de intercambio (el nivel ISA) de una transmisión; 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 teléfonos se deben presentar como cadenas de números contiguos, sin guiones ni marcadores de paréntesis. Por ejemplo, el teléfono (336) 555-1212 se debe presentar como 3365551212. Los códigos de área siempre se deben incluir. Ascension Personalized Care exige que el teléfono sea AAABBBCCCC, donde AAA es el código de área, BBB es el prefijo del teléfono y CCCC es el teléfono.

Más puntos

- 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 punteros de diagnóstico de un solo dígito en el SV107 del 837P
- El número de seguimiento de la red de valor añadido (2300-REF02) está limitado a 30 caracteres

Códigos y números de identificación

Identificadores generales

Identificadores de impuestos federales

Cualquier Identificador de impuestos federales (Identificación del empleador o número de Seguro Social) usado en una transmisión debe omitir guiones o rayas. Ascension Personalized Care envía y recibe solo valores numéricos para todos los identificadores de impuestos.

Identificador de remitente

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

Identificadores de proveedor

Identificadores nacionales de proveedor (NPI)

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

Proveedor de facturación

El Identificador principal del proveedor de facturación debe ser la identificación del grupo/organización de la entidad de facturación, presentado solo en 2010AA. Este será un NPI Tipo 2 (Grupo) a menos que el clínico de facturación sea un propietario único y procese todos los reclamos y remesas con un NPI Tipo 1 (Individual).

Clínico que presta los servicios

Cuando los clínicos prestan servicios para un suscriptor/paciente, el servicio se deberá reportar en el bucle de Proveedor que presta los servicios (2310B o 2420A). Solo debe usar 2420A cuando sea diferente del bucle 2310B/NM1*82.

Clínico que remite

Ascension Personalized Care no tiene requisitos específicos para la información del clínico que remite.

Clínico atípico

A los clínicos atípicos no siempre se les asigna un número de NPI; sin embargo, si a un médico atípico se le ha asignado un NPI, entonces debe seguir los mismos requisitos que un clínico médico. Un clínico atípico que presta servicios no médicos no está obligado a tener un número de NPI (por ejemplo, carpinteros, transporte, etc.).

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

Identificadores de suscriptor

Los remitentes deben usar el código de identificación completo como aparece en la tarjeta del suscriptor en el elemento 2010BA.

Identificadores de reclamo

Ascension Personalized Care expide un número de identificación de reclamo en el momento de la recepción de cualquier reclamo presentado. Los Informes técnicos ASC X12 (Tipo 3) pueden hacer referencia a este número como Número de control interno (ICN), Número de control de documento (DCN) o Número de control de reclamo (CCN). Se da a los remitentes en el Informe de auditoría de reclamos 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 reclamos y 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 de transmisión segura de Protocolo de transferencia de archivos (FTP). Ascension Personalized Care ofrece dos opciones de conectividad por medio de FTP.

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

Cifrado

Ascension Personalized Care ofrece los siguientes métodos de cifrado SSH/SFTP, FTPS (Autenticación en TLS), FTP con PGP, HTTPS. (Tenga en cuenta que este método solo se aplica cuando se conecta al FTP seguro de Ascension Personalized Care. Ascension Personalized Care no admite la recuperación automática de archivos mediante HTTPS desde una fuente externa en este momento). Si se usan claves PGP o SSH, se compartirán con el socio comercial. Estas no son necesarias para los que se conectan mediante SFTP o HTTPS.

Presentación directa

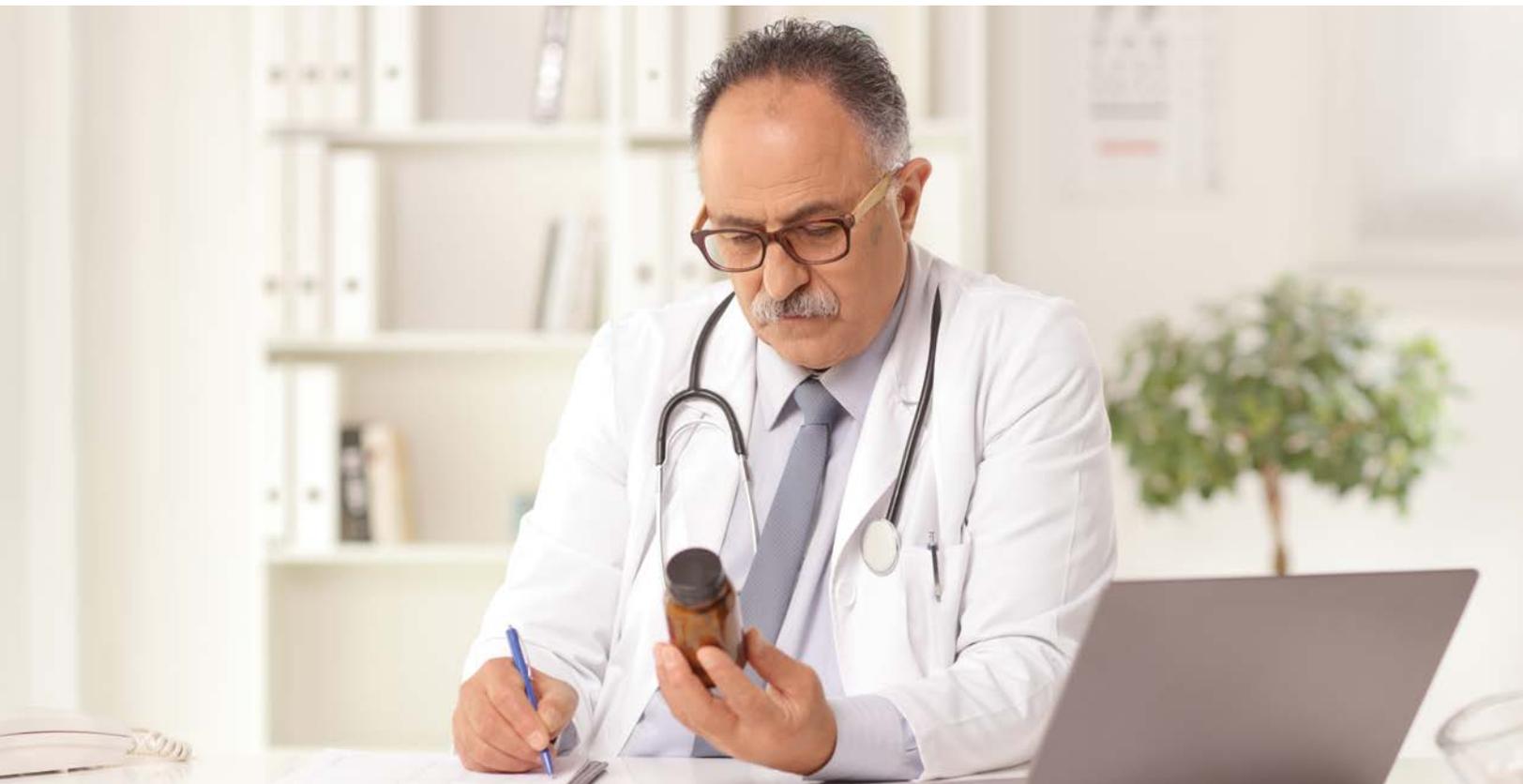
Ascension Personalized Care también ofrece la publicación de un archivo por lotes 837 directamente en el sitio web del portal del clínico para su procesamiento.

Ediciones e informes

Los reclamos entrantes se revisan primero para el cumplimiento de HIPAA y, luego, para los requisitos de las reglas comerciales de Ascension Personalized Care. Las reglas comerciales que definen estos requisitos están disponibles como una lista completa en Reclamos de profesionales 837: Tabla de ediciones comerciales de Ascension Personalized Care. Los errores de la guía de implementación de HIPAA TR3 se pueden devolver en el TA1 o en el 999, mientras que los errores de edición comercial de Ascension Personalized Care se devuelven en el Informe de auditoría de reclamos de Ascension Personalized Care.

Elaboración de informes

Si se encuentran datos de problemas en la transacción de Reclamo de profesionales 837, comuníquese con ABS en: edi-support@abs.tpa.com



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".

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 certificado: HIX-5
 Identificador de asunto de HIOS: 35755
 Código NAIC de la compañía: 97772
 Código NAIC del grupo: NULO

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 certificado: HIX-5
 Identificador de asunto de HIOS: 32542
 Código NAIC de la compañía: 97772
 Código NAIC del grupo: NULO

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 certificado: HIX000005
 Identificador de asunto de HIOS: 58996
 Código NAIC de la compañía: 97772
 Código NAIC del grupo: NULO

Tennessee

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 certificado: HIX-5
 Identificador de asunto de HIOS: 31663
 Código NAIC de la compañía: 97772
 Código NAIC del grupo: NULO

Texas

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 certificado: HIX-5
 Identificador de asunto de HIOS: 57125
 Código NAIC de la compañía: 97772
 Código NAIC del grupo: NULO

Ascension
Personalized Care



Ascension

ascensionpersonalizedcare.com