

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles
**DIRECTORÍA DE ASUNTOS MÉDICOS, RELACIONES
CON PROVEEDORES Y DERECHOS DEL PACIENTE**



Efectividad: *1 Julio 2009*

PROTOCOLO UNIDAD DE REVISIÓN Y UTILIZACIÓN

MDF
María M. Díaz Fernández, MD
Directora Ejecutiva Auxiliar

Página: 1 de 2

La Administración de Compensación de Accidentes de Automóviles (ACAA) es una corporación pública creada por la Ley 138 en el 1968. Le otorga todas las disposiciones de ley para velar por las víctimas de los accidentes de automóviles en Puerto Rico, protegiendo y proveyéndoles todos los servicios médico-hospitalarios para reparar las lesiones recibidas a consecuencia de estos accidentes.

La Administración ha desarrollado un programa que realizará la revisión y la utilización de los servicios de cuidado que se les ofrecen a nuestros lesionados. Se compromete a honrar solamente el pago de aquellos servicios hospitalarios que se evidencien como medicamente necesarios de acuerdo a las normas aceptadas para el cuidado intra-hospitalario.

Esta revisión consta entre otros, de la información relevante a la admisión, el expediente médico del lesionado, resultados de pruebas diagnósticas, reportes de consultas de modo que pueda documentarse el tratamiento administrado, nota de progreso mínimo una vez al día, nota de enfermera, monitoreo de los signos y síntomas que presenta el lesionado que justifique el nivel de cuidado. El tipo de revisión se determinará a base del censo intra-hospitalario de la Institución. A través del tiempo ACAAA ha determinado que las Instituciones con poco volumen de casos admitidos se le realizará la auditoría retrospectiva modificada.

Las admisiones o procedimientos de "One Day" y/o "Same Day" no requieren revisión de utilización.

En las auditorias se revisarán la utilización de todos los servicios prestados a nuestros lesionados en su hospitalización. La revisión de utilización es una función llevada a cabo por un profesional de la salud que este debidamente adiestrado en este campo y que tenga basta experiencia en el mismo.

El auditor tendrá la responsabilidad de identificar el expediente cada vez que audite el caso, firmando sus iniciales, en uno de los bordes de la nota de progreso del médico e indicando la fecha de revisión.

Cuando el paciente se va de alta, el auditor cierra el caso una vez el "Attestation" o el "Discharge Summary" se encuentre finalizado por el médico de cabecera. De la institución o el médico de cabecera no poder cumplir con este requisito el auditor puede denegar el caso en su totalidad por razones administrativas.



Efectividad: 1/16/09

PROTOCOLO UNIDAD DE REVISIÓN Y UTILIZACIÓN

María M. Díaz Fernández, MD
Directora Ejecutiva Auxiliar

Página: 2 de 2

El auditor una vez cierre el caso dejará la hoja original de la auditoría, la cual será enviada adjunto a la factura de la institución, de esta no ser incluida con la factura se le denegará el pago de la misma.

El tiempo para que el auditor finalice el caso es de unos cinco a siete días.

El hospital tiene la responsabilidad de presentar los casos que se revisan concurrentemente y debe ocuparse de presentar el expediente al momento del alta del paciente para el cierre de éstos.

En las Instituciones que se realizan las auditorías de forma retrospectiva modificada la institución tiene la responsabilidad de notificar por teléfono a la Agencia para poder realizar las gestiones para realizar las mismas. Estas serán mensuales o cada dos meses de acuerdo a las necesidades.

Dentro de los criterios para denegar estadía se encuentran:

- Condiciones no relacionadas con lesiones sufridas en accidente de automóvil.
- Razones administrativas incluyendo falta de evidencia de la presentación del servicio.
- No evidenciar la severidad de la condición y/o intensidad de servicios.
- Cualquier situación de calidad de servicio que surja.
- Casos presentados después de los ciento veinte (120) días.

Esto trae por consiguiente, una discusión de caso, con el médico asesor o persona designada por la institución hospitalaria del Departamento de Utilización. El médico de cabecera puede y tiene derecho a solicitar ser él quién discuta el caso con el auditor.

De no llegar a un acuerdo entre ambos se pasa a un período de apelación. Este período es de uno cuarenta y cinco (45) días. Esta apelación tiene que ser a través del departamento de utilización de la institución justificando los días denegados en una comunicación clara y legible acompañada de la copia del expediente médico.

La Agencia a través de su Director Médico tiene la responsabilidad de trabajar los casos o en el personal que este designe cuando estos entren en el proceso de apelación. Esta apelación será contestada dentro de un período razonable para beneficio de la institución.