Título: PROCEDIMIENTO CASAS DE CONVALECENCIA (CUIDADO DIESTRO DE ENFERMERÍA Y/O REHABILITACIÓN)	
DEPARTAMENTO DE ASUNTOS MÉDICOS	Número: Nueva creación (X) Fecha:
Fecha de efectividad: 18 de junio de 2007 Aprobado por: _____ Lcdo. Hiram A. Meléndez Director Ejecutivo ACAA	Revisión ( ) Fecha: Enmienda ( ) Fecha:

I. INTRODUCCIÓN

La Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA) está consciente de la importancia de contar con servicios de casa de convalecencia que garanticen, a las víctimas de accidentes, servicios de cuidado diestro de enfermería y tratamiento para su rehabilitación. Esto se logra recibiendo ciertos servicios especializados, ofrecidos en instituciones contratadas y que cumplan con unos estándares de calidad y excelencia que garanticen el debido cuidado y atención clínica de nuestros lesionados.

II. BASE LEGAL

Estas normas se promueven, a tenor, con la sección 5.5 de la Ley 138 del 26 de junio de 1968, según enmendada, conocida como Ley de Protección Social por Accidentes de Automóviles y las disposiciones de la Regla 8(I) del Reglamento.

III. PROPOSITO

Este procedimiento se ha creado con el objetivo de formalizar un instrumento de apoyo que defina criterios de admisión, establecer las diferencias entre niveles de cuidado, requisitos de autorización, estadía de lesionados, alcance de servicios, proceso de facturación en Casas de Convalecencia y orientación a proveedores.

IV. SERVICIOS EN CASAS DE CONVALECENCIA

Los servicios de casas de convalecencia se contratarán mediante dos niveles; Servicios de Cuidado Diestro de Enfermería y/o Rehabilitación; NIVEL I Y NIVEL II.

A. CRITERIOS DE ADMISIÓN EN CASAS DE CONVALECENCIA (NIVELES DE CUIDADO DIESTRO DE ENFERMERIA Y/O REHABILITACION, NIVEL I Y II)

El nivel apropiado al cual se podrá referir a un lesionado será determinado exclusivamente por los criterios médicos y requiere previa consulta y autorización del Departamento de Asuntos Médicos. **Los auditores médicos y el Departamento de Asuntos Médicos se asegurarán que los lesionados no puedan recibir los servicios de cuidado diestro de enfermería o rehabilitación, en el hogar o de manera ambulatoria.** El médico podrá recomendar terapia física, del habla, ocupacional y/o recreativa como parte del plan de tratamiento. Los lesionados atendidos en Cuidado Diestro de Enfermería y/o Rehabilitación podrán recibir cualquier modalidad de estas terapias según la orden médica. El médico fisiatra deberá hacer evaluaciones subsiguientes *al menos cada quince (15) días.*

DESCRIPCIÓN DE LOS NIVELES DE SERVICIO

Nivel I: En este nivel se atenderá a los lesionados que tengan potencial de rehabilitación a largo plazo que requieran servicios de enfermería diestra y/o rehabilitación. Estos lesionados tienen que reunir cualquiera de los siguientes requisitos:

1. Pueden estar alertas o en ocasiones podrían no seguir comandos temporeramente. En estos casos, el médico puede o no, recomendar terapias como parte del plan de tratamiento clínico. Por ejemplo: lesionados con tracción músculo-esqueletal; con curación de úlceras, necesitan ventilador y/o antibioterapias intravenosas.

2. Necesitan terapias para fortalecer alguna área anatómica o lograr algún movimiento antes de recibir servicios de cuidado diestro de enfermería en nivel II.

Nivel II: En este nivel se atenderá a los lesionados que tengan potencial de rehabilitación a corto plazo. Deberán responder a los comandos y no debe estar en ventilador mecánico, ni tracción músculo-esqueletal. Se le debe brindar todos los servicios médicos y las terapias física, ocupacional, recreativa o del habla como parte del plan de tratamiento según la orden médica. En los casos de lesionados atendidos bajo este nivel, deberán recibir terapias físicas **al menos cinco (5) veces por semana.**

B. PROCESO DE ADMISIÓN PARA CASA DE CONVALECENCIA

El proceso de admisión dependerá de la Facilidad de donde proviene el lesionado

1. Facilidad con auditoría concurrente:

a. Un médico cirujano mediante la forma ACAA200-06 (Referimiento a Casa de Convalecencia) u orden médica, recomienda tratamiento adicional en cualquiera de los niveles de casa de convalecencia.

El médico debe justificar fuera de toda duda la necesidad de este servicio.

b. Si la condición del lesionado requiere un plan de terapia física, deberá referirlo al fisiatra de la Facilidad para que se establezca el plan de tratamiento que recomienda para el lesionado. Esto debe especificarse mediante orden médica del fisiatra. En las Instituciones Hospitalarias donde no hay fisiatra disponible, el Departamento de Asuntos Médicos decidirá el nivel.

c. Cuando el lesionado haya sido evaluado por un fisiatra, si utiliza una orden médica, en lugar de la forma provista por ACAA, esta debe contener el diagnóstico, el nivel de servicio y plan de tratamiento recomendado incluyendo el tipo de terapias ordenadas, la cantidad de terapias, frecuencia y cualquier otro tipo de servicio que requiera el lesionado para manejar su condición médica.

d. El planificador de alta de la Facilidad de donde proviene el lesionado, deber confirmar con el auditor médico, el nivel de cuidado recomendado, cuarenta y ocho (48) horas antes de la fecha programada para el alta. El auditor médico emite una hoja de recomendación estableciendo el nivel de cuidado recomendado y se la entregará al planificador de alta. Esta no indicará el nombre de la casa de convalecencia a la que será admitido.

e. El planificador de alta de la Facilidad, el familiar o representante autorizado entregará la documentación a la Oficina Regional correspondiente o la Oficina de Centro Médico. Deberá incluir las órdenes médicas y documentación necesaria para cualquier otro servicio que requiera este lesionado para el alta, entiéndase ambulancia, equipo, etc...

f. El Oficial de Reclamaciones recibirá los documentos y deberá verificar que los casos referidos cumplan con todos los requisitos establecidos en el Reglamento y la Ley de Protección Social por Accidentes de Automóviles.

g. El Oficial de Reclamaciones emitirá la consulta de casa de convalecencia, indicando el nivel, y requerirá la siguiente documentación:

   i. Evaluación del auditor médico documentando el Nivel de cuidado en Casa de Convalecencia.

   ii. Órdenes Médicas:

      a) Forma 200-06-Referido a Casa de Convalecencia u orden médica y/u

      b) Orden médica de Fisiatra que incluya:
         i) el plan de tratamiento
         ii) metas a lograr,
         iii) Nivel recomendado

   iii. Evaluación Social, si está disponible.

h. El personal del Departamento de Asuntos Médicos contestará, en o antes de 12 horas laborables, toda consulta relacionada con la admisión de un lesionado a una casa de convalecencia, asegurándose que la autorización cumpla con la Ley y Reglamento de ACAA. Además, deberá especificar claramente la aprobación del servicio, indicando el nivel de cuidado y la estadía inicial de la admisión autorizada. Ésta no podrá exceder de quince (15) días y estará sujeto a auditoría médica. En caso de denegación de la admisión a la Casa de Convalecencia, se deberá especificar la razón.

i. Una vez contestada la consulta por el personal del Departamento de Asuntos Médicos, el Oficial de Reclamaciones deberá referirlo al Coordinador Regional. Para efectos de este procedimiento, Coordinador Regional es aquel personal gerencial de la ACAA, que se designó en la Oficina Regional con el objetivo de realizar la coordinación necesaria para proveer los servicios que necesita el lesionado.

j. El Coordinador Regional deberá notificar la decisión al lesionado, familiar o representante autorizado para que visite la Oficina Regional correspondiente o la Oficina de Centro Médico. Si no existe familiar, el Coordinador Regional deberá comunicarse con el planificador de alta de la Facilidad.

k. Si es un paciente admitido en cualquiera de las Facilidades de Centro Médico, el Coordinador de Servicios al Lesionado deberá orientar al lesionado, familiar o representante autorizado de las alternativas con las que cuenta la ACAA contratadas para proveer este tipo de servicio. Si no se trata de las Facilidades en Centro Médico, esta orientación la deberá realizar el Coordinador Regional. El lesionado, familiar o representante autorizado deberá firmar la forma ACAA 200-146.

l. Una vez el lesionado, sus familiares o representante autorizado seleccionen dentro de las alternativas contratadas por la ACAA el proveedor de estos servicios, el Coordinador de Servicios al Lesionado o el Coordinador Regional, según sea el caso, se comunicará con la Facilidad para asegurarse que se puede admitir el lesionado.

m. **EXCEPCIÓN**: Si ninguna Facilidad contratada aceptara al lesionado, la Coordinadora de Servicios al Lesionado o el Coordinador Regional, a través del Director Regional, deberá referirlo al Departamento de Relaciones con Proveedores y Derechos del Paciente, documentando las gestiones realizadas; persona que contactó, fecha y razón de denegación. Éstos se encargarán de gestionar una admisión con alguna Facilidad no contratada que ofrezca el servicio recomendado para el lesionado. Deberá constar la aprobación por escrito del Director Ejecutivo.

n. Una vez coordinada la Facilidad a la que se trasladará al lesionado, el Coordinador Regional o el Coordinador de Servicios al Lesionado entregará el caso al Oficial de Reclamaciones para que prepare las autorizaciones correspondientes a este servicio en el sistema ACAA21.

o. Esta autorización debe especificar el nombre de la Facilidad donde será admitido el lesionado, el nivel, el período de estadía según autorizado por Asuntos Médicos y que estará sujeta a auditoría médica.

p. El Oficial de Reclamaciones indicará al Oficinista Regional que cuando imprima las autorizaciones se lo refiera al Coordinador Regional o el Coordinador de Servicios a Lesionado, para que éste se comunique con el lesionado o familiar.

q. Si no existe familiar, el Coordinador Regional o el Coordinador de Servicios al Lesionado, deberá comunicarse con el planificador de alta de la Facilidad para que obtengan la autorización. A su vez, deberá referir el caso para evaluación del Programa de Orientación Social y Fomento Ocupacional.

r. El planificador de alta de la Facilidad de procedencia se comunicará con la Casa de Convalecencia seleccionada para asegurar la coordinación de la admisión.

s. Cuando culmine el proceso de planificación de alta, la Facilidad de procedencia le informará al auditor médico sobre la disposición del lesionado.

t. Este proceso deberá ser completado cuarenta y ocho (48) horas antes del alta. A la fecha del alta recomendada por el médico, la ACAA no pagará días adicionales que el lesionado permanezca en la Facilidad debido a la falta de planificación dentro del término establecido.

u. Cuando el lesionado sale de la Facilidad para una sala de emergencia, debe seguirse este procedimiento ya que se considerará un alta y una admisión.

v. Cuando el lesionado se niegue a seguir el tratamiento recomendado y autorizado por ACAA, la Facilidad y/o el auditor médico debe notificar al Departamento de Relaciones con Proveedores y Derechos del Paciente para que éste oriente al lesionado y obtenga un relevo de responsabilidad de ACAA.

2. Instituciones hospitalarias con auditoria retrospectiva, Hogar o Sala Emergencia

El procedimiento será el mismo excepto que no se requerirá la evaluación del auditor Médico sobre nivel de cuidado y estadía recomendada para la Casa Convalecencia. En caso que el paciente provenga del hogar, la responsabilidad asignada al Planificador de Alta de alta le compete al familiar.

C. EXTENSIONES DE ESTADÍA

Las extensiones de estadía podrán ser autorizadas de dos maneras:

1. Autorizada por auditor médico

a. Si la Facilidad entiende que el lesionado necesita extensión de estadía, deberá solicitarla al auditor médico utilizando la forma *ACAA 200-17*, debidamente completada.

b. El auditor médico deberá evaluar la necesidad de la extensión y si el paciente ha logrado las metas para el periodo que ha transcurrido.

c. Si el auditor médico está de acuerdo con la extensión solicitada se lo informará a la Facilidad y lo documentará en su evaluación. Esa extensión no debe exceder de 15 días adicionales, un máximo de estadía de 45 días por Nivel.

d. Si la compañía de auditoría médica no está de acuerdo con la solicitud de extensión, no aprobará extensión e informará al planificador de alta para que procedan a coordinar el alta.

e. Si procede una admisión en otro Nivel o Facilidad, se deberá seguir el Procedimiento aquí establecido.

2. Autorizada por Asuntos Médicos

a. Si el paciente necesita permanecer en la Facilidad por un período mayor de cuarenta y cinco (45) días por nivel, la Facilidad estará obligada a solicitar la extensión, utilizando la Forma 200-17, a través de la Oficina Regional más cercana. Ese proceso debe hacerse al menos cinco días laborables antes que el paciente cumpla cuarenta y cinco (45) días en el Nivel. Deberá incluir:

i. Primera evaluación del Fisiatra
ii. Notas del Terapista
iii. Última evaluación del Fisiatra – debe ser al menos 3 días antes de la solicitud e incluir un informe del plan de tratamiento y los logros alcanzados hasta el momento
iv. Evaluación del auditor médico, si está disponible

La Facilidad tiene que continuar dando el servicio en lo que se contesta la consulta.

b. El familiar del lesionado, el trabajador social/ personal designado por la Facilidad entregará los documentos a la Oficina Regional.

c. El Oficial de Reclamaciones hará la consulta al Departamento de Asuntos Médicos, asegurándose que se incluya toda la información arriba descrita.

d. El Departamento de Asuntos Médicos podrá:

i. Autorizar la extensión
ii. Denegar y solicitar que se consulte un cambio de nivel, servicios de salud en el hogar, ambulatorio o cualquier servicio alterno
iii. Denegar el caso especificando las razones.

e. Si se aprueba, deberá indicar el nivel y el período de extensión de estadía. El mismo no puede exceder de 15 días.

f. El Oficial de Reclamaciones preparará la autorización en el sistema ACAA21.

g. Esta autorización debe especificar el nombre de la Facilidad donde será admitido el lesionado, el Nivel, el período de estadía según autorizado por Asuntos Médicos y que estará sujeta a Auditoría Médica.

h. El Oficial de Reclamaciones indicará al Oficinista Regional que cuando imprima las autorizaciones se lo refiera al Coordinador Regional, para que éste se comunique con el lesionado o familiar.

i. Si no existe familiar, el Coordinador Regional deberá comunicarse con la persona designada por la Facilidad. A su vez, deberá referir el caso para evaluación del Programa de Orientación Social y Fomento Ocupacional. La Facilidad será responsable de recoger la autorización que será necesaria para la facturación del servicio.

j. El auditor médico se asegurará que la institución obtuvo la autorización de ACAA, antes de auditar el servicio.

k. Si la Facilidad no siguió el procedimiento de extensión establecido y el lesionado no reúne los criterios para permanecer en el nivel, el auditor médico denegará la estadía.

l. Si se necesita extensiones adicionales debe seguirse el proceso de consulta con el Departamento de Asuntos Médicos.

m. Para propósitos de facturación, el auditor médico debe certificar el primer período de cuarenta y cinco (45) días y cada período adicional en la Hoja de Revisión de Utilización. Esa certificación se entregará a la Facilidad.

D. CAMBIOS DE NIVELES DE CUIDADO:

1. Los cambios de Nivel de cuidado pueden surgir de dos maneras:

   a. Si el médico a cargo del caso de la casa de convalecencia entiende que el lesionado necesita un cambio en el nivel de cuidado, emitirá una recomendación y lo discutirá con el auditor médico.

   b. Si el auditor médico entiende que procede un cambio de nivel deberá discutirlo con el médico a cargo del caso o personal designado por la Facilidad.

2. Si están de acuerdo, el auditor médico recomendará el cambio de nivel de cuidadc y lo documentará en la forma de referido de caso.

3. Si el auditor médico recomienda el cambio de nivel y el médico a cargo del caso no está de acuerdo con el nivel recomendado, el auditor médico documentará su recomendación en la hoja de referido de caso y la entregará a la Facilidad.

4. Estas recomendaciones deben hacerse al menos cinco (5) días laborables antes del cambio de nivel.

5. En todo caso, la Facilidad donde esté admitido el lesionado deberá referir los documentos que se indican en el inciso siete (7) a la Oficina Regional más cercana, ya sea por medio de un familiar, representante autorizado, el trabajador social o personal designado por la Facilidad. Si la Facilidad no tiene contrato para el nivel recomendado, deberá comenzar la planificación de alta o coordinación a una Facilidad que tenga el nivel contratado.

6. Si la Facilidad no siguió el procedimiento de cambio de nivel establecido y esto tuvo como consecuencia que un paciente no tuviera criterios para el nivel, la compañía de auditoría médica denegará la estadía.

7. El referido a la Oficina Regional debe incluir:

    a. Primera evaluación del Fisiatra
        a. Notas del Terapista
        b. Última evaluación del Fisiatra – debe ser al menos 3 días antes de la solicitud e incluir el plan de tratamiento
        c. Evaluación del auditor médico, si está disponible.

8. El Oficial de Reclamaciones emitirá una consulta al Departamento de Asuntos Médicos con todos los documentos descritos en el punto 7.

9. El Departamento de Asuntos Médicos podrá:

    a. Autorizar el servicio según solicitado
    b. Aprobar el cambio a un Nivel distinto al recomendado, esto podría conllevar una nueva consulta
    c. Denegar el cambio, especificando las razones.

10. Si se aprueba deberá indicar el Nivel y el período de la admisión. *La misma no puede exceder de quince (15) días.*

11. El Oficial de Reclamaciones prepara la autorización en el Sistema ACAA21.

12. Esta autorización debe especificar el nombre de la Facilidad donde será admitido el lesionado, el Nivel, el período de estadía según autorizado por Asuntos Médicos y que estará sujeta a auditoría médica.

13. El Oficial de Reclamaciones indicará al Oficinista Regional que cuando imprima las autorizaciones se lo refiera al Coordinador Regional, para que éste se comunique con el lesionado o familiar.

14. Si no existe familiar, el Coordinador Regional deberá comunicarse con la persona designada por la Facilidad. A su vez, deberá referir el caso para evaluación del Programa de Orientación Social y Fomento Ocupacional. La Facilidad será responsable de recoger la autorización que será necesaria para la facturación del servicio.

15. Una vez aprobado por Asuntos Médicos, la Facilidad debe presentar la autorización de servicios a la compañía auditora. El auditor médico se asegurará que la institución obtuvo la autorización de ACAA, antes de auditar el servicio.

16. Para propósitos de facturación, el auditor médico debe certificar el período precedente a un cambio de Nivel en la Hoja de Revisión de Utilización. Esta certificación se entregará a la Facilidad.

E. SERVICIOS PARA LESIONADOS CON ANTIBIOTERAPIA INTRAVENOSA, VENTILADOR MECÁNICO O AMBOS SERVICIOS PROVISTOS EN LA CASA DE CONVALECENCIA

Cuando el lesionado necesite el uso de ventilador mecánico, antibioterapia intravenosa o ambos servicios simultáneamente, la persona designada por la Facilidad debe solicitar previamente la autorización de la ACAA para el pago de los servicios. Esta necesidad podría surgir al momento de ser admitido o posterior a la admisión.

Los servicios de ventilador se considerarán para lesionados admitidos en el cuidado diestro de enfermería, Nivel I.

Los servicios de antibioterapia intravenosa se podrán prestar a lesionados admitidos en cualquiera de los dos Niveles. El lesionado continuará recibiendo los servicios del Nivel donde se encuentra admitido.

1. La facilidad donde esté admitido el lesionado, deberá referir a la Oficina Regional más cercanas, ya sea por medio de un familiar o el trabajador social los siguientes documentos:

    a. La orden médica que indique el diagnóstico, la necesidad del servicio y el período en que será utilizado.
    b. Pruebas de laboratorio, cuando el servicio solicitado sea antibioterapia.

2. Los resultados de los cultivos y sensitividad deben ser enviados al Departamento de Asuntos Médicos, a través de la Oficina Regional, aún cuando se haya aprobado el servicio.

3. Independiente del momento en que surja la necesidad, el Oficial de Reclamaciones hará una consulta al Departamento de Asuntos Médicos para ese servicio.

4. El Departamento de Asuntos Médicos contestará con la mayor brevedad, toda consulta relacionada con la autorización de los servicios antibioterapia intravenosa y/o ventilador en la Casa de Convalecencia.

5. El Oficial de Reclamaciones emitirá una autorización indicando el período.

6. El auditor médico se asegurará que la institución obtuvo la autorización de ACAA, antes de auditar el servicio.

7. Para propósitos de facturación, el auditor médico debe documentar el período que el lesionado estuvo recibiendo estos servicios, según necesidad médica. Cuando finalice el servicio, el auditor médico debe certificar el período en la Hoja de Revisión de Utilización. Esta certificación se entregará a la facilidad.

8. La autorización de ACAA y la certificación del auditor médico deben ser incluidas en la facturación.

9. Este proceso se deberá realizar cada vez que se requiera esos servicios o la extensión de los mismos.

10. En caso de emergencia en horario no laborable, deberá prestarse el servicio, y al próximo día laborable, seguir el procedimiento aquí establecido.

F. RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO-AUDITOR

1. Una vez admitido el lesionado a la casa de convalecencia, el auditor revisará concurrentemente el caso y documentará el mismo. Éste auditará tomando en consideración la Ley, el Reglamento, los procedimientos y los contratos con las casas de convalecencia establecidos por ACAA.

2. El auditor médico es responsable de examinar toda la documentación de expediente médico, y de ser necesario, discutirá los casos con el médico de la Casa de Convalecencia a cargo del caso. Además, deberá verificar la autorización de ACAA, la orden del fisiatra, el plan de tratamiento, las terapias recibidas y el progreso del lesionado antes de presentar recomendaciones.

3. El auditor médico es responsable de documentar las estadías, servicios, cambios de niveles, días aprobados y denegados durante la estadía en la facilidad.

4. El auditor médico es responsable de hacer su recomendación de cambio de Nivel al menos cinco días laborables antes del mismo.

5. El auditor médico es responsable de autorizar extensiones hasta 45 días por Nivel.

6. Si el auditor médico entiende que no se están logrando las metas establecidas en el plan de tratamiento deberá discutirlo con el médico a cargo del caso. Si se determina que se debe cambiar de Nivel o facilidad, el auditor médico lo debe informar a la facilidad para que actúe conforme a este procedimiento.

7. El auditor médico debe notificar a la Oficina de Auditoría Interna de ACAA cualquier situación discutida con la facilidad que no haya sido corregida en un tiempo razonable.

8. El auditor médico debe notificar a la Oficina de Auditoría Interna de ACAA a la primera hora laborable del día de alta, cuando no se haya podido coordinar algún servicio por demora de la Oficina Regional o el Departamento de Asuntos Médicos.

9. Al momento del alta, el auditor médico debe entregar evidencia a la facilidad donde se especificará el número de días autorizados o denegados en cada caso. En los casos con estadía mayor de cuarenta y cinco (45) días y cambios de Nivel, entregarán copia certificada de su evaluación.

10. Cumplir con los deberes establecidos en este Procedimiento.

VI. FACTURACIÓN

El proceso de facturación sobre los servicios prestados de Casa Convalecencia es el siguiente:

1. La facilidad facturará a la ACAA los servicios prestados al momento del alta utilizando:

   a. El formulario 300-136 o la UB-92 (Factura de Servicios Médico-Hospitalarios),

   b. La forma ACAA 200-06 (Referimiento a Casa de Convalecencia) o la orden médica.

c. La autorización de la Oficina Regional, indicando el servicio y el primer periodo aprobado
d. Sumario clínico final
e. La Hoja Revisión de Utilización, final, del médico auditor, y
f. Cuando la facilidad no está contratada, autorización del Director Ejecutivo.

2. Excepciones de la facturación al alta:

a. Cuando haya una autorización de Asuntos Médicos por extensión de estadía en exceso de 45 días por Nivel. En este caso, la facilidad facturará a la ACAA por servicios prestados en los primeros 45 días por Nivel. Deberá presentar:

i. El formulario 300-136 o la UB-92 (Factura de Servicios Médico-Hospitalarios),
ii. La forma ACAA 200-06 (Referimiento a Casa de Convalecencia) o la orden médica,
iii. La autorización de la Oficina Regional, indicando el servicio y el primer periodo aprobado
iv. Copia certificada por la compañía auditora de la Hoja de Revisión de Utilización

b. En extensiones adicionales deberá presentar:

i. El formulario 300-136 o la UB-92 (Factura de Servicios Médico-Hospitalarios),
ii. La autorización de extensión emitida por la Oficina Regional.
iii. Copia certificada por la compañía auditora de la Hoja de Revisión de Utilización.

Este proceso debe repetirse con cada extensión. En la última extensión, se debe incluir la Hoja Revisión de Utilización, final, del médico auditor con el total de estadía.

c. En el caso de servicios de antibioterapia intravenosa y/o ventilador prestados por la casa de convalecencia, se debe presentar:

i. El formulario 300-136 o la UB-92 (Factura de Servicios Médico-Hospitalarios),
ii. La autorización de la Oficina Regional, indicando los servicios (admisión, extensión, antibioterapia y ventilador) y el periodo aprobado
iii. Copia certificada por la compañía auditora de la Hoja de Revisión de Utilización.

d. Los cambios de Nivel, se debe presentar:
i. El formulario 300-136 o la UB-92 (Factura de Servicios Médico-Hospitalarios),
ii. La autorización de cambio de Nivel de la Oficina Regional,
iii. Copia certificada por la compañía auditora de la Hoja de Revisión de Utilización.

3. Toda la facturación de Casa de Convalecencia se enviará por correo o se entregará personalmente en Correo del Edificio Central de la ACAA, 249 Arterial Hostos B, San Juan.

4. La División de Procesamientos de Facturas deberá verificar que la Casa de Convalecencia someta toda la documentación requerida en el inciso 1 de esta Sección.

5. En las excepciones descritas en el inciso 2 de esta sección, la División de Procesamientos de Facturas debe confirmar en Sistema la autorización de Asuntos Médicos.

6. La División de Procesamientos de Facturas adjudicará el pago de acuerdo con lo establecido en el Contrato con la Casa de Convalecencia y conforme a lo establecido en este Procedimiento, el Reglamento y la Ley de ACAA.

VIII. VIGENCIA

Con este procedimiento queda derogado cualquier otro procedimiento o disposición anterior sobre estos servicios. Éste tendrá vigencia inmediatamente después de su aprobación.

IX. PRESENTADO POR:

Lcdo. Carlos A. Cabrera Bonet, Director
Relaciones con Proveedores y Derechos del Paciente

Lcda. María I. Delannoy, Subdirectora
Relaciones con Proveedores y Derechos del Paciente

Dra. Lizette Fernández Rivera, Gerente Consultas
Departamento Asuntos Médicos

Firmado hoy, 15 de junio de 2007 en San Juan, Puerto Rico.

X. APROBADO:

Lcdo. Hiram A. Meléndez Rivera
Director Ejecutivo ACAA

En San Juan, Puerto Rico, a 15 de junio de 2007.

Revisado:

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles

REFERIDO A CASA DE CONVALECENCIA

1. Fecha Date M / D / Año/Year	2. Número de Reclamación Claim Number

3. Nombre y apellidos del lesionado Patient's full name	4.Fecha Nacimiento Date of birth M / D / A/Y	5. Dirección - Address

6. Fecha del accidente Date of accident	7. Fecha de ingreso Date of admision	8. Fecha de alta Date of discharge	9. Fecha de referido Date of referral	10. Hospital que refirió Referral hospital

11. DIAGNÓSTICOS – ICD-9

12. Nivel de Servicio Recomendado-Services Level recomended

☐ **NIVEL I** Potencial de rehabilitación a *largo* plazo
Ej: terapias pasivas, curaciones, etc.

☐ **NIVEL II** Potencial de rehabilitación a *corto* plazo
Ej: Rehabilitación activa

13. Tratamientos recomendados-Recommended treatment

14. Resultado de Laboratorios y Rayos X – Laboratory and X Ray result

15. Plan de Tratamiento y medicamentos recomendados-Recommended treatment plan and medications

16. Nombre, dirección y teléfono del médico Name, address & tel. no. of attending physician	17. Firma del médico – Physician's signature

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles

SOLICITUD EXTENSIÓN ESTADIA CASA DE CONVALECENCIA

_____
Nombre de la Institución

_____ _____
Nombre del Lesionado **Número Reclamación ACAA**

_____ _____ _____
Núm. Expediente de la Institución **Fecha Accidente** **Edad**

Fecha comienzo del tratamiento: _____

Nivel de Cuidado actual: _____ **Nivel de Cuidado recomendado:** _____

Diagnóstico:

_____
_____
_____

Logros al presente:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Tratamiento adicional recomendado

a) Tipos de Tratamientos: _____
_____
_____

b) Frecuencia: _____
_____
_____

c) Metas a alcanzar: _____
_____
_____
_____
_____

_____ _____
Fecha **Nombre del médico (Letra molde)**

_____
Firma del médico

ACAA-200-17
Rev. 3/2007

ADMINISTRACIÓN DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTE DE AUTOMÓVILES

FORMULARIO ACEPTACIÓN SELECCIÓN PROVEEDOR SERVICIOS SALUD

Nombre lesionado: _____

Número de Reclamación: _____ Fecha: _____

Yo, _____, certifico haber sido orientado(a) por el personal de la
(nombre del lesionado o representante autorizado)
Institución _____, con relación a las diferentes opciones de proveedores para atender mi condición de salud.

Libre y voluntariamente he seleccionado la siguiente institución para recibir los servicios necesarios para mi rehabilitación: (sujeto a que sea proveedor contratado)

- ☐ Hospital del Niño, Guaynabo
- ☐ Wilma Vázquez, Vega Baja
- ☐ SIRO, Hormigueros
- ☐ San Gerardo, Río Piedras
- ☐ Milienium, San Juan/Caguas
- ☐ Metrohealth, Río Grande
- ☐ Hospital Damas, Ponce
- ☐ San Juan Aging San Juan
- ☐ Hospital Ryder, Humacao
- ☐ St. Jude, San Juan

Mi selección estuvo basada principalmente en:

- ☐ Cercanía a mi hogar
- ☐ Ninguna razón en particular
- ☐ Conozco sobre la institución
- ☐ He escuchado de la institución y sus servicios
- ☐ Recomendación de amistades/familiares
- ☐ Recomendación de otros proveedores
- ☐ Recomendación de personal de ACAA
- ☐ Otro

Explique: _____

_____

_____

_____

ACAA- 200-146
3/07

_____
Firma