



Gobierno de Puerto Rico

Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles

**PROCEDIMIENTO UTILIZACIÓN SERVICIOS DE
AMBULANCIA AÉREA**

Número:

Directoría de Asuntos Médicos y
Relaciones con Proveedores

Nueva creación:
Fecha:

Fecha de efectividad:
Aprobado por:

Revisión: (X)
Fecha:
19 de agosto de 2010

Julio Alicea Vasallo
Director Ejecutivo

Enmienda:
Fecha:

Página: 1 de 13

I. INTRODUCCIÓN

Los servicios de ambulancia aérea están generalmente asociados con traumas serios y/o catastróficos. Las siguientes guías y criterios serán requeridos para justificar el transporte aéreo de víctimas de accidentes de automóviles.

II. INDICACIONES MÉDICAS

Los servicios de ambulancia aérea estarán cubiertos por la ACAA si cumplen con todos los siguientes criterios:

1. Víctima de accidente de automóvil.
2. El transporte de ambulancia aérea se provee por una unidad de transporte de ambulancia aérea mediante aeronave de ala rotatoria, tripulada por personal de asistencia médica, certificada y capacitada para el manejo crítico de estos pacientes.
3. El transporte se realiza a una instalación supraterciaria.
4. La condición médica requiere transportación rápida e inmediata, que no se puede proveer por ambulancia terrestre o ambulancia terrestre ALS (Advance Life Support) y cumple con los criterios médicos establecidos en el Protocolo Médico para Uso de Ambulancia Aérea.

III. DEFINICIONES

1. Víctima en Accidente de Automóvil

Toda persona que resulte con trauma por un accidente de automóvil. La ACAA cubrirá el transporte en ambulancia aérea cuando hay víctimas de accidente de automóvil.

El transporte en ambulancia aérea de víctimas de accidentes de **Four Tracks no están cubiertos por la ACAA**. De igual manera, la ACAA no pagará por servicios que entren en las exclusiones que provee el Reglamento de la Ley 138 de 26 de junio de 1968, Regla 8, Sección U.

2. Unidad de Tratamiento y Transporte Por Ambulancia Aérea

Helicóptero preparado con cabida para pasajeros y personal paramédico certificado y entrenado, cabina abierta para que el lesionado esté cómodo y pueda ser atendido no sólo por traumas en la cabeza y extremidades superiores, también a traumas al área abdominal y extremidades inferiores. Importante que la cabina sea amplia para lesionados con estatura alta y bariátricos, que cuente con un sistema de monitoreo y de los equipos requeridos para el manejo crítico de forma integrada para adultos y pediátricos más neonatales. Camilla que quede elevada para que el manejo de la emergencia sea cómoda para todos con acceso lateral preferiblemente.

3. Facilidad Apropiada

 Un hospital capaz de proveer el nivel de cuidado requerido y para la condición de la víctima. La instalación deberá proveer disponibilidad de personal médico especialista, que se necesite para manejar la condición médica del lesionado. Se debe asegurar que el personal médico especialista estará disponible y aceptará a la víctima. El transporte en ambulancia aérea no estará cubierto si el mismo es a un **hospital de cuidado no agudo**.

IV. NECESIDAD DEL USO DE AMBULANCIA AÉREA

Las siguientes situaciones justificarán la necesidad médica del uso de ambulancia aérea:

1. La condición médica es una en la cual, el tiempo que se necesita para transportar una víctima es una amenaza directa a la sobrevivencia, y puede deteriorar y/o agravar seriamente la condición médica.
2. Durante el transporte de la víctima requiere cuidado en manejo crítico y/o monitoreo no disponible en la ambulancia terrestre.
3. La condición de la víctima requiere que el tiempo que se tarde en transportar a una instalación supraterciaria sea el más corto posible.
4. Retrasos potenciales utilizando transporte terrestre pueden empeorar la condición de la víctima y cumple con los criterios para una instalación supraterciaria.
5. El tiempo para transportar por vía terrestre es de 15 minutos o más y cumple con los criterios.

V. CONDICIONES MÉDICAS GENERALES

1. Hemorragia y/o hematomas intracraneales que requieran de una intervención neuroquirúrgica.
2. Fractura de dos o más huesos proximales y/o pelvis inestable con compromiso vascular.
3. Shock hipovolémico por pérdida excesiva de sangre.
4. Quemaduras extensas en más del 10% de la superficie corporal o menos del 10% si la vía aérea se encuentra comprometida.
5. Amputación parcial o total de una extremidad que requiere una evaluación rápida determinación del tratamiento a seguir para poder obtener un control de una hemorragia masiva.
6. Trauma a cordón espinal con posible daño neurológico.
7. Trauma a cuello y/o cara que resulte en una vía aérea inestable que requiera de procedimientos invasivos.
8. Trauma penetrante a la cabeza, cuello, pecho, abdomen, pelvis y/o región inguinal.
9. Fractura deprimida o abierta de cráneo.
10. Reparación de vasos sanguíneos para control de hemorragias.

VI. TRANSPORTE INTRAHOSPITAL DESDE SALA DE EMERGENCIA AL CENTRO DE TRAUMA O SUPRATERCIARIA – ENTIENDASE DESTINO FINAL CENTRO DE TRAUMA U HOSPITAL SUPRATERCIARIO

La ACAA cubrirá el transporte de ambulancia aérea, entre hospitales, si cumplen los siguientes criterios:

1. Si cumple con todos los criterios descritos en el Inciso IV (Necesidad del Uso de Ambulancia Aérea).
2. La transportación por ambulancia terrestre agravaría significativamente la condición de la víctima.
3. El hospital que transfiere no tiene las facilidades adecuadas y/o apropiadas para el tratamiento de la condición médica crítica que lo haga candidato a ser transferido a una instalación supraterciaria.
4. Que tenga criterios de admisión a la Unidad Estabilizadora.

VII. CRITERIOS DE ADMISIÓN A UNA UNIDAD ESTABILIZADORA

A. Trauma romo o penetrante con:

1. Glasgow Coma Scale menor de 14 con evidencia de otras lesiones o sistemas.
2. Presión sistólica menor de 90 mm/hg, y/o frecuencia respiratoria mayor de 30 y menor de 10.
3. Compromiso respiratorio.

B. Consideraciones Ortopédicas:

1. Fracturas cerradas o abiertas de dos o más huesos largos proximales.
2. Fracturas de hueso largo en adición a fractura de la columna vertebral o de la pelvis.
3. Fracturas abiertas de dos huesos largos distales en adición a otra fractura de hueso largo.
4. Fracturas de pelvis severas (inestables, abierta con hipotensión).
5. Fracturas desplazadas de acetábulo.
6. Lesiones aisladas del sistema músculoesquelético en aquellos pacientes que ameriten admisión por lesiones quirúrgicas a otros sistemas.
7. Desprendimiento de una extremidad total o parcial y/o amputación del dedo pulgar y dedos de la mano cuando hay criterios de reimplantación y no hay transportación terrestre equipada con el personal adiestrado y capacitado para el manejo de la emergencia.

C. Evidencia de Gran Impacto:

1. Caídas de más de 20 pies.
2. Deceleración de 20 millas por hora o mayor.
3. Paciente expulsado del auto en choque.
4. Peatón impactado a 20 millas por hora o más.
5. Trauma múltiple en cualquier edad, donde exista compromiso cardíaco o respiratorio significativo.

6. Trauma facial en donde haya probabilidad de compromiso aéreo.

D. Consideraciones de Quemaduras por accidente de vehículo de motor:

1. Quemaduras en el 10% o más de su cuerpo o quemaduras mayores en las manos, cara, pies y/o piernas.
2. Quemaduras en más de 10% en superficie corporal o menor del 10% que comprometa la vía aérea.

E. Consideraciones Neurológicas:

1. GCS: menor de 10.
2. Estado mental en deterioro.
3. Fractura de cráneo.
4. Trauma espinal severo con déficit neurológico; parestesia, parálisis.

F. Consideraciones Torácicas:

1. Trauma significativo a pecho con múltiples costillas rotas.
2. Pecho bamboleante.

G. Consideraciones Abdominales / pélvicas:

1. Fractura pélvica severa (inestable, abierta con hipotensión).
2. Dolor abdominal severo posterior a un trauma romo.

H. Si hay alguna duda de si reúne criterios o no para estar en una unidad estabilizadora y para beneficio del lesionado se admite, estará sujeta a una auditoría médica de la ACAA, y se adjudicará el per diem correspondiente al nivel de cuidado que le corresponda conforme a las evaluaciones médicas, notas de progresos, procedimientos realizados, estudios, entre otros.

I. Utilizamos las Guías de **Interqual / Mackenson** para asegurar que los servicios prestados sean los adecuados y médicamente indicados en el nivel de cuidado en que se le ofrece el tratamiento.

VIII. FACTURACIÓN POR LOS SERVICIOS:

La ACAA honrará el pago de los servicios de ambulancia aérea facturados según lo establece el Reglamento de la Ley 138 de 26 de junio de 1968, Regla 8 y cada factura por estos servicios deberá incluir para la evaluación de las mismas los siguientes documentos:

1. FORMULARIOS Y DOCUMENTOS REQUERIDOS POR LOS PROVEEDORES DE SERVICIO

- A. Reporte Médico de Paciente Transportado.
- B. Certificación de Traslado por Necesidad Médica.
- C. Autorización Traslado Paciente.
- D. Forma ABC-Indicadores para el Transporte.
- E. Forma Desviación de Vuelo (si aplica).

2. FORMULARIOS DE LA ACAA

- A. Protocolo Médico para uso de Ambulancia Aérea (Anejo A).
- B. Condiciones para el Transporte por Ambulancia Aérea (Anejo B).
- C. ACAA Forma 2010-160 (Formulario para la Reconsideración del Pago por Cubierta Denegada por ACAA) (Anejo C).
- D. ACAA Forma 200-23 (Autorización, Certificación e Informe por Servicios de Ambulancia) (Anejo D).
- E. ACAA Forma 300-136 (Factura por Servicios Médicos, Hospitalarios y Ancilares) (Anejo E).
- F. ACAA Forma 200-0152 (Hoja de Revisión de Utilización de Ambulancia Aérea) (Anejo F).

Evidencia de la fecha y hora exacta de activación, despegue y deceso del lesionado, en casos de facturación por vuelo cancelado cuando ha ocurrido muerte del lesionado posterior al despegue.

Disponiéndose que aquellas facturas que sean radicadas transcurrido el plazo de caducidad de los ciento veinte (120) días de haberse rendido los servicios a la víctima no serán pagadas por ACAA ni podrán ser cobradas al lesionado. Aclarándose que el término comenzará a contar desde la fecha en que preste un servicio, independientemente del hecho de que la víctima necesite continuar recibiendo tratamiento o servicios posteriores. Entendiéndose que siempre que el último día para radicar las facturas por reclamaciones a tiempo sea sábado, domingo, día feriado o no laborable en la Administración, dichas facturas se considerarán radicadas a tiempo siempre y cuando sean radicadas en el próximo día laborable.

IX. PROCESO DE RECONSIDERACIÓN DEL PAGO POR CUBIERTA DENEGADA POR ACAA

Deben solicitar una apelación formal completando el documento provisto por la ACAA, Formulario para la Reconsideración del Pago por Cubierta Denegada por ACAA (Forma 2010-160) (Anejo C). Dentro del proceso de apelación de facturación se estipula que dichas reclamaciones deberán ser radicadas dentro de los cuarenta y cinco (45) días siguientes a la fecha de denegación del servicio.

Esta apelación debe estar acompañada de los siguientes documentos e información:

- A. Deberán someter información demográfica del lesionado (nombre, número de querrela, diagnósticos, etc.).
- B. Informe médico del Control Médico donde se establezcan las razones por lo que él autorizó el transporte, donde quede establecido la justificación clínica para el traslado.

La documentación sometida por el proveedor y la denegación de la ACAA serán revisadas por un médico evaluador que emitirá una decisión y la misma será final.

X. VIGENCIA

Este procedimiento tendrá vigencia inmediatamente después de su aprobación. Queda derogado cualquier otro procedimiento o disposición anterior.

Presentado por:

Aprobado por:



María M. Díaz Fernández, MD
Directora Ejecutiva Auxiliar
Directoría de Asuntos Médicos y
Relaciones con Proveedores

Julio Alicea Vasallo
Director Ejecutivo

En San Juan, Puerto Rico a 20 de AGOSTO de 2010.

Anejo A

PROTOCOLO MÉDICO PARA USO DE AMBULANCIA AÉREA

CONTROL #: _____ FECHA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

HOSPITAL QUE REFIERE: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ LICENCIA: _____

CRITERIOS MENORES:

_____ Paciente víctima de accidente de vehículo de motor (AVM) cuya extracción del vehículo tomará más de 20 minutos.

_____ Paciente víctima de AVM que lleva más de 20 minutos esperando a que llegue el personal para que comience la extracción.

_____ Peatón atropellado por vehículo de motor y arrojado más de 15 pies de distancia.

_____ Paciente víctima de AVM con la amputación parcial o total de una extremidad y/o control de hemorragia masiva.

_____ Paciente víctima de AVM con múltiples heridas ortopédicas especialmente aquellas en el área pélvica y/o huesos largos.

- _____ Fracturas cerradas o abiertas de dos o más huesos largos proximales.
- _____ Fracturas de hueso largo en adición a fractura de la columna vertebral o de la pelvis.
- _____ Fracturas abiertas de dos huesos largos distales en adición a otra fractura de hueso largo.
- _____ Fracturas de pelvis severas (inestables, abierta con hipotensión).
- _____ Fracturas desplazadas de acetábulo.

_____ Paciente víctima de AVM cuya condición exige la presencia de personal médico especializado en cuidado crítico avanzado.

CRITERIOS MAYORES:

- _____ Paciente víctima de AVM con herida que ha penetrado al cuerpo entre la mitad del muslo y la cabeza.
- _____ Paciente víctima de AVM con quemaduras en el 10% o más de su cuerpo o quemaduras mayores en las manos, cara o pies y/o piernas.
- _____ Paciente víctima de AVM con quemaduras en más de un 10% en superficie corporal o menos del 10% que comprometa la vía aérea.
- _____ Paciente víctima de AVM cuya condición amerita inmovilización espinal, transportación rápida y estable, para evitar daños adicionales al sistema moto-sensorial y no empeorar su condición debido a las condiciones en la carretera.
- _____ Paciente víctima de AVM con trauma orofacial el cual hay que mantener la vía de aire por intubación.

NOTA: Se requiere un mínimo de dos (2) criterios menores y uno (1) mayor o uno (1) mayor. Para condiciones no contempladas, favor de consultar con el Director Médico de la ACAA.

Firma del Médico

CONDICIONES PARA EL TRANSPORTE POR AMBULANCIA AÉREA

A. CONDICIONES BAJO LAS CUALES LA ACAA CUBRE EL COSTO DEL TRANSPORTE AÉREO EN CASOS DE VÍCTIMAS DE ACCIDENTES

1. Víctima de accidente de vehículo de motor (AVM) que reúna los criterios para ser admitido a una Instalación Hospitalaria Supraterciaria.
2. Víctima en AVM, cuyo transporte en ambulancia terrestre, tome 15 minutos o más para llegar a la Instalación Hospitalaria Supraterciaria.
3. Víctimas múltiples en AVM que cumplan con los criterios establecidos en el Protocolo Médico para uso de Ambulancia Aérea (Anejo A).
4. Transporte interhospitalario de víctima de AVM, que se estime, que su condición general empeoraría si se transporta por vía terrestre y/o que la instalación hospitalaria no cuente con el personal médico especializado ni la tecnología avanzada para manejar críticamente la emergencia que razonablemente requiera su condición.

B. CONDICIONES BAJO LAS CUALES LA ACAA NO CUBRE EL COSTO DEL TRANSPORTE AÉREO EN CASOS DE VÍCTIMAS DE ACCIDENTES

1. El transporte aéreo es cancelado antes de transportar a la víctima por condiciones del tiempo o circunstancias que están fuera del control del piloto.
2. Si hay tiempo razonable para notificar al piloto de la cancelación del vuelo por la muerte de la víctima en AVM.
3. En caso de que la ambulancia terrestre, esté fuera de servicio o no disponible, el transporte aéreo puede ser necesario, pero no está cubierto por ACAA, por no cumplir con los criterios descritos en el Anejo A.
4. Cuando la víctima está en área de difícil acceso, el transporte aéreo puede ser necesario, pero no está cubierto por ACAA, por no cumplir con los criterios descritos en el (Anejo A).
5. En casos que la víctima en AVM, necesite los servicios de medicina avanzada ASL (Advanced Life Support) o ATLS (Advanced Trauma Life Support) y éstos no estén disponibles, el transporte aéreo puede ser necesario, pero no está cubierto por ACAA, por no cumplir con los criterios descritos en el Anejo A.

C. EXCLUSIONES GENERALES:

1. Víctima en AVM con arresto cardiorespiratorio que no puede ser estabilizado a una circulación que perfunda (stabilized to a perfusing circulation).
2. Víctima en AVM en fibrilación ventricular o taquicardia ventricular con compromiso hemodinámico severo.
3. Directrices en contra de sostener medidas enérgicas para prolongar su vida.
4. Encefalopatía metabólica y muerte cerebral.

Anejo C

**FORMULARIO PARA LA RECONSIDERACIÓN
DEL PAGO POR CUBIERTA DENEGADA POR ACAA**

Nombre del lesionado: _____

Querrela #: _____ Caso ACAA #: _____

Fecha Transporte: _____ Hora: _____

Lugar Recogido: _____

Diagnósticos: _____

Indicación Trasladar Paciente: _____

Compañía Ambulancia Aérea: _____

Reporte Control Médico de la Ambulancia Aérea: _____

Razón denegación por ACAA: _____

PARA SER COMPLETADO POR LOS MÉDICOS EVALUADORES

DETERMINACIÓN FINAL:

PROCEDER AL PAGO

DEROGAR EL PAGO

RAZÓN: _____

Médico Evaluador: _____

**PROCEDIMIENTO UTILIZACIÓN
SERVICIOS DE AMBULANCIA AÉREA**

Fecha: 19 de agosto de 2010
Página: 12 de 13

Anejo E



ACAA 300-136 - REV. JUNIO 98 - ESTEREOCALLADO SUSTITUYE LA ACAA 300-136 Y 137 Y 138



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
ADMINISTRACIÓN DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DE AUTOMÓVILES
FACTURA POR SERVICIOS MÉDICOS, HOSPITALARIOS, Y ANCLARES

A. LESIONADO
 FECHA ACCIDENTE: _____
 FECHA VAC: _____
 NOMBRE (DOS APELLIDOS): _____
 NÚMERO DE RECLAMACIÓN: _____

B. PROVEEDOR
 NOMBRE: _____
 NÚMERO: _____
C. EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN
 PRIVADO
 SEMI-PRIVADO
 INTENSIVO
 CENTRO TRAUMA
 UNIDAD ESTABILIZADORA
 CASA DE SALUD
 OTRO

D. RAYOS X, LABORATORIOS Y PRUEBAS NUCLEARES
 PRODUCCIÓN
 INTERPRETACIÓN (INFORME MÉDICO)
 ALQUILER COMPRA MANUFACTURA

E. ORDEN DE COMPRA (EQUIPO)

F. DIAGNÓSTICO:

G. CLAVE PARA TIPO DE SERVICIO
 1-SERVICIO MÉDICO
 2-SERVICIO QUIRÚRGICO
 3-CONSULTA
 4-RAYOS X
 5-PRUEBAS LABORATORIO
 6-TERAPIA DE RADICACIÓN O MEDICINA NUCLEAR
 7-ANESTESIA
 8-ASISTENCIA EN CIRUGÍA

H. CLAVE PARA LUGAR DE SERVICIO
 11-ORONA MÉDICA
 12-ORONA MÉDICA
 13-ORONA MÉDICA
 14-ORONA MÉDICA
 15-ORONA MÉDICA
 16-ORONA MÉDICA
 17-ORONA MÉDICA
 18-ORONA MÉDICA
 19-ORONA MÉDICA
 20-ORONA MÉDICA
 21-HOSPITAL
 22-HOSPITAL
 23-HOSPITAL
 24-HOSPITAL
 25-HOSPITAL
 26-HOSPITAL
 27-HOSPITAL
 28-HOSPITAL
 29-HOSPITAL
 30-HOSPITAL
 31-CASA DE CONVALESCENCIA
 32-CASA DE CONVALESCENCIA
 33-CASA DE CONVALESCENCIA
 34-CASA DE CONVALESCENCIA
 35-CASA DE CONVALESCENCIA
 36-CASA DE CONVALESCENCIA
 37-CASA DE CONVALESCENCIA
 38-CASA DE CONVALESCENCIA
 39-CASA DE CONVALESCENCIA
 40-CASA DE CONVALESCENCIA
 41-AMBULANCIA TERRESTRE
 42-AMBULANCIA TERRESTRE
 43-AMBULANCIA TERRESTRE
 44-AMBULANCIA TERRESTRE
 45-AMBULANCIA TERRESTRE
 46-AMBULANCIA TERRESTRE
 47-AMBULANCIA TERRESTRE
 48-AMBULANCIA TERRESTRE
 49-AMBULANCIA TERRESTRE
 50-AMBULANCIA TERRESTRE
 51-AMBULANCIA TERRESTRE
 52-AMBULANCIA TERRESTRE
 53-AMBULANCIA TERRESTRE
 54-AMBULANCIA TERRESTRE
 55-AMBULANCIA TERRESTRE
 56-AMBULANCIA TERRESTRE
 57-AMBULANCIA TERRESTRE
 58-AMBULANCIA TERRESTRE
 59-AMBULANCIA TERRESTRE
 60-AMBULANCIA TERRESTRE
 61-AMBULANCIA TERRESTRE
 62-AMBULANCIA TERRESTRE
 63-AMBULANCIA TERRESTRE
 64-AMBULANCIA TERRESTRE
 65-AMBULANCIA TERRESTRE
 66-AMBULANCIA TERRESTRE
 67-AMBULANCIA TERRESTRE
 68-AMBULANCIA TERRESTRE
 69-AMBULANCIA TERRESTRE
 70-AMBULANCIA TERRESTRE
 71-AMBULANCIA TERRESTRE
 72-AMBULANCIA TERRESTRE
 73-AMBULANCIA TERRESTRE
 74-AMBULANCIA TERRESTRE
 75-AMBULANCIA TERRESTRE
 76-AMBULANCIA TERRESTRE
 77-AMBULANCIA TERRESTRE
 78-AMBULANCIA TERRESTRE
 79-AMBULANCIA TERRESTRE
 80-AMBULANCIA TERRESTRE
 81-AMBULANCIA TERRESTRE
 82-AMBULANCIA TERRESTRE
 83-AMBULANCIA TERRESTRE
 84-AMBULANCIA TERRESTRE
 85-AMBULANCIA TERRESTRE
 86-AMBULANCIA TERRESTRE
 87-AMBULANCIA TERRESTRE
 88-AMBULANCIA TERRESTRE
 89-AMBULANCIA TERRESTRE
 90-AMBULANCIA TERRESTRE
 91-AMBULANCIA TERRESTRE
 92-AMBULANCIA TERRESTRE
 93-AMBULANCIA TERRESTRE
 94-AMBULANCIA TERRESTRE
 95-AMBULANCIA TERRESTRE
 96-AMBULANCIA TERRESTRE
 97-AMBULANCIA TERRESTRE
 98-AMBULANCIA TERRESTRE
 99-AMBULANCIA TERRESTRE
 100-AMBULANCIA TERRESTRE

NÚMERO RÉCORD MÉDICO:

T E M P O	FECHA DE SERVICIO			LUGAR	MOD.	CÓDIGO DE SERVICIO	CÓDIGO ICD-9	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	NÚMERO DE SERVICIOS	CANTIDAD RECLAMADA (\$)
	DESDE	HASTA	HA							
A Ñ O	M E S	D Í A	A Ñ O							
01										
02										
03										
04										
05										
06										

CONFIRMO QUE ESTOS SERVICIOS FUERON PRESTADOS POR ESTE PROVEEDOR Y NO HAN SIDO FACTURADOS ANTERIORMENTE. ACEPTO LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO DE ESTOS SERVICIOS Y AUTORIZO LA EMISIÓN DE ESTE DOCUMENTO.

FECHA: _____
 NÚMERO DE SERVICIO: _____
 NÚMERO DE RECLAMACIÓN: _____
 NÚMERO DE SERVICIO: _____
 NÚMERO DE RECLAMACIÓN: _____

PRIMA DEL PROVEEDOR O REPRESENTANTE AUTORIZADO: _____
 PRIMA DEL RECLAMANTE: _____
 FECHA: _____

EN CASO DE DEVOLUCIÓN DE ESTA FACTURA, LLENE LA INFORMACIÓN QUE FALTA SEGÚN ENCASILLADO(S) MARCADO(S).
 NÚMERO DE RECLAMACIÓN FECHA DE DEVOLUCIÓN NÚMERO DE SERVICIO FECHA DE SERVICIO TIPO DE SERVICIO TIPO DE RECLAMANTE OTRO

HOJA PARA SER ENVIADA A LA ACAA

Anejo F



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACION DE COMPENSACION POR ACCIDENTE DE AUTOMOVILES
HOJA DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN DE AMBULANCIA AÉREA

NOMBRE DEL LESIONADO		EDAD	SEXO	NUMERO DE RECLAMACIÓN	
COMPANIA AEREA:		FECHA SERVICIO	NUMERO FACTURA		
DIAGNOSTICOS		MEDICO QUE REFIERE		<input type="checkbox"/> EVALUACION FINAL	
		<input type="checkbox"/> ESCENA A INSTALACION MEDICA		<input type="checkbox"/> APELACION 45 DIAS	
<input type="checkbox"/> VUBLO CANCELADO		DESDE _____		AUDITOR	
<input type="checkbox"/> RIUNB CRITERIOS		HASTA _____		REPRESENTANTE INSTITUCIÓN	
<input type="checkbox"/> NO RIUNB CRITERIOS		<input type="checkbox"/> INSTALACION MEDICA A OTRA			
		DESDE _____		FECHA	
		HASTA _____			
EVALUACIÓN DE CRITERIOS					
Criterios Menores					
<input type="checkbox"/>	Paciente víctima de accidente de vehículo de motor (AVM) cuya extricación del vehículo tomará más de 20 minutos.				
<input type="checkbox"/>	Peatón atropellado por vehículo de motor y arrojado a más de 15 pies de distancia.				
<input type="checkbox"/>	Paciente víctima (AVM) con la amputación parcial o total de una extremidad.				
<input type="checkbox"/>	Paciente víctima AVM con múltiples heridas ortopédicas especialmente aquellas en el área pélvica.				
<input type="checkbox"/>	Paciente víctima AVM cuya condición exige la presencia de personal médico especializado en cuidado crítico avanzado.				
Criterios Mayores					
<input type="checkbox"/>	Paciente víctima AVM con herida que ha penetrado en el cuerpo entre la mitad del muslo y la cabeza.				
<input type="checkbox"/>	Paciente víctima AVM con quemaduras en el 10% o más de su cuerpo o quemaduras mayores en las manos, cara o pies y/o peñe.				
<input type="checkbox"/>	Paciente víctima AVM cuya condición requiere inmovilización espinal, transportación rápida y estable, para evitar daños adicionales al sistema moto-sensorial y no empeorar su condición debido a las condiciones en la carretera.				
<input type="checkbox"/>	Paciente víctima de AVM con trauma oro-facial el cual hay que mantener la vía de aire por intubación.				
Se requiere un mínimo de dos (2) criterios menores y/o uno (1) mayor.					
COMENTARIOS _____					

LESIONADO ADICIONAL		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NOMBRE PACIENTE ADICIONAL _____	
FIRMA AUDITOR _____		FECHA REVISION _____			

ESTA INFORMACIÓN ESTA PROTEGIDA POR LA LEY Y
REGLAMENTOS DE CONFIDENCIABILIDAD. LA MISMA
NO PUEDE SER DIVULGADA A TERCEROS SIN QUE MEDIE
UNA AUTORIZACIÓN ESCRITA.

NOTA: Para tener derecho a una re-evaluación, no llegar a un acuerdo con el auditor,
se le concede a la Compañía de Ambulancia Aérea 45 días adicionales a partir de la fecha
de evaluación. Dicha solicitud debe venir acompañada de una copia completa del
expediente médico del paciente dirigida al Director del Departamento de Pre-Intervención
de Facturas Médicas de ACAA.