

**Administración de Compensaciones
por Accidentes de Automóviles
(ACAA)
PROCEDIMIENTO**

Título: PROCEDIMIENTO DE UNIDAD ESPECIAL

Departamento: Asuntos Médicos

Número:

Nueva creación: (x)

Fecha: 7 de junio de 2007

División:

Fecha de efectividad:

Aprobado por:

Revisión: ()

Fecha:

Enmienda: ()

Fecha:

PROCEDIMIENTO DE UNIDAD ESPECIAL

I. Introducción

La Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA) ofrece servicios en Unidades Especiales contratadas para lesionados que cumplan con los criterios de admisión establecidos en este procedimiento, según autorizados por el Comité de Evaluación Médica.

II. Base Legal

Estas normas se promueven, a tenor, con las disposiciones de la Regla 8 (U) (13) del Reglamento de la Ley 138 del 26 de junio de 1968, según enmendada, conocida como Ley de Protección Social por Accidentes de Automóviles y su Reglamento.

III. Propósito

Este procedimiento se ha creado con el objetivo de establecer un mecanismo adecuado para la autorización de admisión y estadía de lesionados de ACAA en la Unidad Especial.

IV. Definiciones:

- a. **UNIDAD ESPECIAL:** Unidad que puede o no formar parte de una Facilidad de Servicios de Salud para ofrecer servicios de custodia a lesionados de ACAA mediante autorización previa del Comité Médico.

- b. **SITUACIÓN DE ÍNDOLE SOCIAL:** Lesionado que en la evaluación social se detecte que no tiene familia o no tiene apoyo familiar para realizar actividades del diario vivir. Ejemplos: personas mayores (envejecientes), que tienen condiciones mentales, existen barreras ambientales en su hogar, son deambulantes, entre otras situaciones.

V. CRITERIOS DE ADMISIÓN

1. Lesionados con condiciones de trauma severo que **NO** tengan potencial de rehabilitación, cuya atención y cuidado no puede prestarse en su hogar, por condiciones de índole social.
2. Lesionados con condiciones de trauma severo que tengan potencial de rehabilitación, cuya atención y cuidado no puede prestarse en su hogar, por situaciones de índole social.
3. Lesionados que luego de la evaluación del Programa de Manejo de Casos se determine que es más costo efectivo enviarlo a un centro de custodia que enviarlo al hogar costeando los servicios de manera individual (terapia, antibióticos, enfermeras, etc.).

VI. PROCESO DE ADMISIÓN

A. INSTITUCIONES CON AUDITORÍAS CONCURRENTES

1. Los lesionados con los criterios antes señalados deberán ser identificados por:
 - a. El médico a cargo del caso
 - b. La facilidad
 - c. El auditor médico
 - d. Programa de Manejo de Casos
2. Cuando el caso es identificado por la Facilidad debe discutirlo con el personal del Programa de Manejo de Casos.
3. Cuando es identificado por el auditor médico debe preparar un referido del caso, donde explique las razones por las que este lesionado no pueda darse de alta del hogar. Esta forma se enviará por fax al personal del Programa de Manejo de Casos.
4. El planificador de alta de la Facilidad, el familiar o representante autorizado entregará la documentación a la Oficina Regional correspondiente o a la Oficina de Centro Médico. Deberá incluir los siguientes documentos:

Procedimiento de Unidad Especial

- a. Recomendación del médico a cargo del caso para la admisión de servicios de custodia en una Unidad Especial.
 - b. Ordenes médicas y documentación necesaria para cualquier otro servicio que requiera este lesionado para el alta o traslado a la Unidad Especial, entiéndase ambulancia, equipo, etc.
 - c. Un informe del Trabajador Social con sus recomendaciones el cual debe definir composición de núcleo familiar y justificar la necesidad de los servicios solicitados.
5. 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 Automóvil.
6. El Oficial de Reclamaciones consultará los servicios de Custodia y requerirá los siguientes documentos:
- a. Recomendación del médico a cargo del caso documentando los servicios que deben ofrecerle al lesionado.
 - b. Órdenes médicas y documentación necesaria para cualquier otro servicio que requiera este lesionado para el alta o traslado a la Unidad Especial, entiéndase ambulancia, equipo, etc.
 - c. Informe del Trabajador Social el cual debe definir composición de núcleo familiar y justificar la necesidad de los servicios solicitados.
7. El Comité de Evaluación Médica contestará, en o antes de 12 horas laborables, toda consulta relacionada con la admisión de un lesionado a una Unidad Especial, asegurándose que la autorización cumpla con la Ley y Reglamento de ACAA. Al ser autorizados se entregará copia de dicha autorización al Coordinador del Programa de Manejo de Casos.
8. Estos servicios se autorizarán inicialmente hasta un máximo de **60 días**.
9. En caso de denegación, el Comité de Evaluación Médica se deberá especificar la razón. Si falta documentación se volverá a consultar con la información digitalizada y si está denegado se seguirá el proceso de apelación.
10. Una vez contestada la consulta por el Comité de Evaluación Médico, 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.
11. Una vez se seleccione 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 la admisión del lesionado.

ACAA

12. Una vez coordinada la Facilidad a la que se trasladará el paciente, el Coordinador Regional o el Coordinador de Servicios al Lesionado entregará el caso al Oficial de Reclamaciones para que emita las autorizaciones correspondientes de este servicio.
13. Esta autorización debe especificar el nombre de la facilidad donde será admitido el lesionado y el periodo de estadía según autorizado por el Comité de Evaluación Médica.
14. El Oficial de Reclamaciones indicará al Oficinista Regional que cuando imprima las autorizaciones se lo referirá al Coordinador Regional o al Coordinador de Servicios al Lesionado para que éste se comuniquen con la Institución que recibe el lesionado para que recoja la autorización. A su vez, deberá referir el caso para evaluación al Programa de Orientación Social y Fomento Ocupacional.
15. El planificador de alta de la Facilidad donde está admitido el lesionado, procederá a comunicarse con la Facilidad de Unidad Especial para coordinar el proceso de alta o traslado.
16. Cuando culmine el proceso de alta, la Facilidad le informará al auditor médico.
17. Este proceso deberá ser completado **cuarenta y ocho (48) horas antes del alta**. Luego de la fecha establecida por el Comité de Evaluación Médica, la ACAA no pagará los días adicionales que el lesionado permanezca en el nivel anterior debido a la falta de planificación o programación dentro del término establecido.

B. FACILIDADES HOSPITALARIAS CON AUDITORÍA RETROSPECTIVA O SALA DE EMERGENCIA

El procedimiento será el mismo que en las Facilidades Hospitalarias con auditoría concurrente.

C. EXTENSIONES DE ESTADÍA

1. La Facilidad debe solicitar la extensión justificando los servicios necesarios al lesionado. Debe incluir los siguientes documentos:
 - a. La recomendación del médico.
 - b. Informe del Trabajador Social, indicando la situación actual y recomendaciones.
 - c. Informe del Programa de Orientación Social y Fomento Ocupacional.
 - d. Informe de Uticorp de estar disponible.

2. El personal designado por la Facilidad entregará los documentos a la Oficina Regional, 10 días antes de vencerse la estadía autorizada.
3. El Oficial de Reclamaciones consultará al Comité de Evaluación Médica, asegurándose que se incluya toda la información descrita en el punto 1.
4. El Comité de Evaluación Médica podrá:
 - i. Autorizar la extensión
 - ii. Denegar, especificando las razones. Si se deniega, se comenzará el proceso de alta.
5. Si se aprueba deberá indicar el periodo de extensión de estadía hasta un máximo de sesenta (60) días.
6. El Oficial de Reclamaciones emitirá una autorización por cada mes o fracción autorizada por el Comité de Evaluación Médica.
7. El Oficial de Reclamaciones indicará al Oficinista Regional que cuando imprima las autorizaciones se lo refiera al Coordinador Regional.
8. El Coordinador Regional se comunicará con el familiar o la persona designada por la Facilidad.
9. La Facilidad será responsable de recoger la autorización que será necesaria para la facturación del servicio.
10. Si la Facilidad no siguió el procedimiento establecido para la extensión, el auditor médico denegará la estadía a partir de la fecha de terminación de la aprobación anterior.
11. Si se necesitan extensiones adicionales deberá seguirse el proceso de consulta al Departamento de Asuntos Médicos.

VII. RESPONSABILIDAD DEL AUDITOR MÉDICO

1. El auditor médico es responsable de revisar todos los documentos del expediente médico, y de ser necesario, discutirá los casos con el médico y/o el Trabajador Social a cargo del caso. Además, deberá verificar la autorización de ACAA.
2. Si se determina que se debe cambiar de nivel o Facilidad, el auditor médico lo debe informar por fax al Programa de Manejo de Casos y a la Facilidad para que actúe conforme al procedimiento.
3. El auditor médico debe notificar a la Programa de Manejo de Casos cualquier situación discutida con la facilidad que no haya sido corregida en un tiempo razonable.
4. El auditor médico debe notificar a la Oficina de Auditoría Interna de ACAA cuando no se haya podido coordinar algún servicio por demora de la Oficina Regional o el Departamento de Asuntos Médicos.

5. Mensualmente, el auditor médico debe entregar la certificación a la Facilidad donde especificará la estadía en cada caso.
6. Éste tomará en consideración la Ley, el Reglamento y los procedimientos establecidos por ACAA.
7. Cumplir con los deberes establecidos en este Procedimiento.

VIII. FACTURACIÓN

Se factura cada treinta (30) días según la autorización de la Oficina Regional, incluyendo:

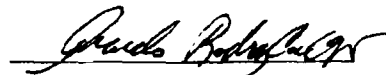
- a. El formulario 300-136 o la UB-92 (Factura de Servicios Médico-Hospitalarios),
- b. La autorización de la Oficina Regional, indicando el servicio y el periodo aprobado
- c. La forma (certificación) del auditor médico.

IX. VIGENCIA

Estas normas tendrán vigencia inmediatamente después de su aprobación.

X. Presentado por:

Aracelis Rodriguez Collazo, Ayudante de Director
Departamento de Operaciones



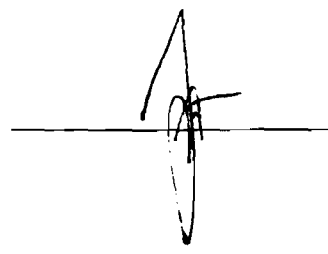
JUN-15-07
Fecha

Carlos Cabrera Bonet, Director
Departamento de Relaciones con Proveedores y
Derechos del Paciente



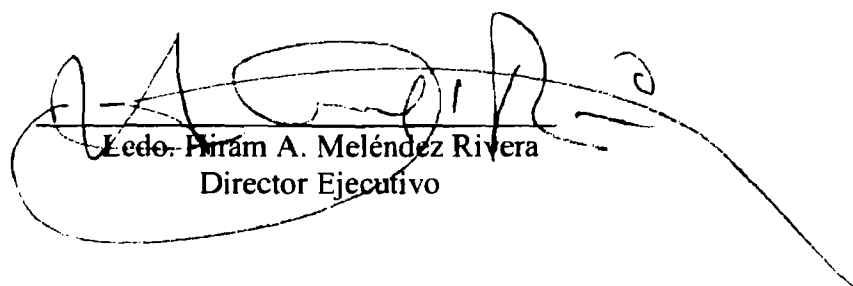
Jun-15-07
Fecha

Dra. Ana T. Arroyo, Directora
Departamento de Asuntos Médicos



15 de junio de 2007
Fecha

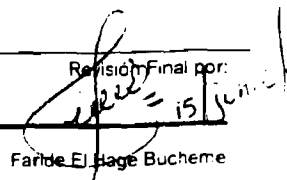
XI. Aprobado por:



Edo. Pirám A. Meléndez Rivera
Director Ejecutivo

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

Revisión Final por:



15 JUN 2007
Faride El Hage Bucheme