

## CARTA CIRCULAR #M2303040

16 de marzo de 2023

**A TODOS LOS HOSPITALES PARTICIPANTES DE TRIPLE-S SALUD, INC. (COMERCIAL Y VITAL) Y TRIPLE-S ADVANTAGE, INC.**

### **Re: Procedimiento de Revisión Hospitalaria y Apelaciones Admisiones/Readmisiones Hospitalarias**

Reciba un saludo cordial de parte de Triple-S Salud, Inc. y Triple-S Advantage, Inc. (Triple-S, en adelante). Para su beneficio y conocimiento, se adjunta el procedimiento actualizado de Revisión Hospitalaria y Apelaciones de Admisiones/Readmisiones Hospitalarias aplicable a todas las líneas de negocio de Triple-S.

Efectivo el 16 de abril 2023, Triple-S no autorizará el reembolso por separado de reclamaciones identificadas como una readmisión al mismo centro hospitalario por la misma condición, condición similar, condición relacionada o prevenible, readmisiones planificadas o readmisiones después de una ausencia autorizada que ocurra dentro de los primeros 30 días luego del paciente haber sido dado de alta si no está debidamente documentada como una de las excepciones provistas en la política número TSS-HUM-02.

La implementación de esta política de revisión de readmisiones comenzará con la revisión de toda readmisión que ocurra en o antes de 72 horas de la admisión previa. Triple-S procederá a expandir este término de 72 horas periódicamente, y mediando previo aviso a las facilidades, hasta llegar al término de 30 días que provee la definición de readmisiones que se desprende de la política número TSS-HUM-02.

Toda facilidad hospitalaria está obligada a documentar las excepciones que pueden permitir el pago por separado para cada evento de admisión cuando: una readmisión se debe a una recurrencia de una condición crónica, cuando la readmisión no es una continuación del episodio registrado en la admisión anterior o ante una readmisión no relacionada.

Si desea obtener más información, puede comunicarse con nuestro Centro de Servicio al Proveedor según la línea de negocio aplicable:

**Triple-S Advantage, Inc.**

1-855-886-7474

lunes a viernes 8:00am-5:00pm/ sábado 8:00am-2:00pm

#### **SERVICIO A PROVEEDORES:**

**Vital:** 1.844.263.6063

**Comercial:** 1.877.357.9777

ssspr.com • mitriples.com

**Medicare Advantage:** 1.855.886.7474

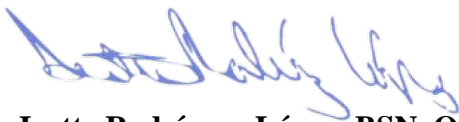
sssadvantage.com • mitriples.com

Triple-S Salud y Triple-S Advantage son concesionarios independientes de BlueCross BlueShield Association.

**Triple-S Salud, Inc. (Comercial)**  
787-749-4700 o al 1-877-357-9777 (libre de cargos)  
lunes a viernes 7:30 am-8:00 pm/ sábado 8:00am-12:00pm

**Plan de Salud de Gobierno (Plan Vital)**  
1-844-263-6063  
lunes a domingo 7:00am-7:00pm

Cordialmente,



**Ivette Rodríguez López, BSN, ONC**  
*Facility Base Care Management Director*  
*Clinical Management Division*  
Triple-S Salud, Inc.



**Ivelisse Cancel Fonseca, MHSA, DrPH**  
*Clinical Operations Vice-President*  
*Clinical Management Division*  
Triple-S Salud, Inc.

## PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN CLÍNICA Y MANEJO DE UTILIZACIÓN

### Revisión Clínica Hospitalaria

Triple-S realiza revisiones hospitalarias basadas en los siguientes objetivos:

1. Evaluar que los servicios ofrecidos cumplen con los parámetros de necesidad médica, Guías de InterQual®, procesos, protocolos o políticas de Triple-S, de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) o del Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés).
2. Validar que los servicios se ofrecen por los profesionales de salud correspondientes y en el nivel de cuidado adecuado.
3. Validar que los servicios ofrecidos están incluidos en la cubierta de beneficios del asegurado.
4. Identificar eventos adversos dentro del proceso de admisión que afecte la salud o la calidad de cuidado del paciente.
5. Verificar si el proceso de admisión es uno identificado como de readmisión al amparo de la política número TSS-HUM-02 para establecer si procede o no un pago independiente.
6. Corroborar que las reclamaciones sean procesables para pago, conforme a la determinación que resulte del proceso de revisión hospitalaria.

Triple-S cumple con los requerimientos establecidos bajo *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA) específicamente las reglas de privacidad, seguridad y notificación de incidente. De igual forma hemos establecido nuestra notificación de practica de privacidad, políticas y procedimiento para cumplir con las reglas antes mencionadas. Si desea puede acceder a nuestro portal <https://advantage.grupotriples.com/aviso-de-practicas-de-privacidad/> para más información.

Triple-S no incentiva ni bonifica a los médicos asesores ni al personal clínico cuando determina la denegación de servicios. El asegurado de Triple-S no es responsable por el pago de servicios incluidos en su cubierta y que fueron denegados como parte del proceso de revisión de utilización.

El método de revisión a utilizarse puede ser presencial, telefónico, electrónico o que la facilidad envíe los expedientes a nuestra oficina. Esto dependerá del volumen de asegurados que se admiten mensualmente en la facilidad hospitalaria. En aquellas facilidades donde ingresan 50 o menos admisiones mensualmente el método de revisión será telefónico o una o dos veces en semana presencial. En las facilidades de alto volumen el personal de revisión de Triple-S tendrá presencia diaria o mínimo tres veces en semana según acordado con la facilidad.

Para agilizar el proceso administrativo y de pago de la reclamación, le exhortamos a someter al analista de revisión todo expediente clínico a la mayor brevedad posible con posterioridad al alta, de forma tal que logremos completar el proceso de revisión del caso lo antes posible.

#### **SERVICIO A PROVEEDORES:**

**Vital:** 1.844.263.6063

**Comercial:** 1.877.357.9777

ssspr.com • mitriples.com

**Medicare Advantage:** 1.855.886.7474

sssadvantage.com • mitriples.com

Triple-S Salud y Triple-S Advantage son concesionarios independientes de BlueCross BlueShield Association.

El personal de revisión de Triple-S tendrá acceso a los diferentes departamentos de la facilidad, así como a contactar al paciente y familiares, de ser necesario, ya sea solos o acompañados por el coordinador que el hospital designa. El Hospital no deberá restringir la visita a los hospitales en días específicos, ni limitar el horario de la visita del personal de revisión hospitalaria.

Los analistas de revisión hospitalaria utilizan la tarjeta de identificación que provee Triple-S para identificarse como empleados autorizados a realizar los diferentes procesos relacionados a la revisión clínica y manejo de utilización. De igual manera, Triple-S podrá delegar el procedimiento de revisión a un contratista, con la debida notificación a la facilidad. El contratista seguirá los mismos parámetros establecidos en este documento.

La revisión hospitalaria se realiza en todos los hospitales contratados por Triple-S, para todas sus cubiertas. El proceso de revisión se lleva a cabo de lunes a viernes en horario regular de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. por personal de enfermería con licencia vigente. El horario de revisión hospitalaria puede ser extendido, incluyendo sábados, de ser acordado con el hospital.

En el caso que el departamento de utilización del hospital tenga un horario diferente al mencionado, se coordinará con el departamento de *Facility Base Care Management* de Triple-S para hacer los cambios correspondientes, dentro de lo posible y razonable.

### **Registro Electrónico de Admisiones Hospitalarias**

El proceso de revisión requiere por parte del hospital el registro electrónico de las admisiones de los asegurados de Triple-S a través de la plataforma colaborativa Mi Triple-S ([www.mitriples.com](http://www.mitriples.com)). Este registro le permite al hospital conocer la elegibilidad del asegurado para procesar el pago de los servicios. Para efectos los procesos descritos en esta carta circular el concepto de admisión el concepto incluye tanto una admisión inicial como la readmisión.

Según se informó en la Carta Circular M2111154 del 19 de noviembre de 2021, efectivo el 10 de diciembre de 2021 se extiende el tiempo de registro electrónico de admisiones hospitalarias para el Plan Vital de 24 horas a 48 horas. Esto significa que el registro deberá realizarse dentro de las primeras 48 horas de la admisión. El término de registro electrónico de admisiones para las líneas de negocio Comercial y Medicare Advantage permanece en 48 horas.

El registro no aplica para procedimientos de cirugía ambulatoria de un mismo día *same day*, partos ni cesáreas dentro de la estadía establecida, (Partos dos días, C/S cuatro días).

Aquellas admisiones que sean facturadas sin registro serán denegadas. De tener alguna dificultad para realizar el registro electrónico podrá solicitar a Triple-S, por excepción, el mecanismo de solicitud de registro de admisión. Favor de hacer referencia a la Carta Circular M1908071 del 8 de agosto de 2019.

Triple-S revisará y podrá denegar toda readmisión hospitalaria que ocurra dentro de los primeros 30 días luego del paciente haber sido dado de alta si no está debidamente documentada como una de las excepciones provistas en la política número TSS-HUM-02.

El hospital deberá cerrar la admisión (documentar el alta) en la plataforma de Mi Triple-S en un periodo no mayor de 24 horas posterior al alta.

### **Revisión Hospitalaria se divide en niveles:**

**Nivel I** - El primer nivel está compuesto por personal de enfermería. Este personal toma decisiones basado en los criterios de InterQual®, procesos, protocolos o políticas de Triple-S, ASES o CMS (Medicare).

**Nivel II** - El segundo nivel está compuesto por médicos especialistas con licencia vigente y adiestramiento en las políticas, guías de InterQual® y protocolos establecidos por ASES, CMS y Triple-S según aplique. En este nivel se determina la adherencia a los estándares de cuidado aceptados. Son responsables de la evaluación de días y servicios de hospital que fueron referidos por el Nivel I, con los datos que éste le provee y estén debidamente documentados en el expediente clínico.

**Nivel III** - El tercer nivel está compuesto por médicos especialistas o subespecialistas, con licencia vigente, preferiblemente un par (peer). Este nivel evalúa todas las apelaciones y re-apelaciones de servicios denegados por el Nivel II. Pueden ser médicos de Triple-S, o del Panel de Consultores de Triple-S (IRO), que no hayan intervenido en la decisión primaria. Para el proceso apelativo, se solicita que se envíe copia del expediente médico en su totalidad. Refiérase a los derechos de apelación incluidos con cada carta apelativa.

### **Proceso de Revisión Utilización Hospitalaria**

En el proceso de revisión se evalúa el expediente clínico y se documenta en la plataforma clínica electrónica. Al momento del alta, en la línea de negocio Medicare Advantage, todo servicio ancilar ofrecido al paciente durante la admisión debe estar codificado con el código de procedimiento correspondiente y ser presentado en el momento del cierre del expediente.

De identificar situaciones psicosociales, alternativas de cuidado y aquellas en las cuales falte información o no cumplan con los criterios establecidos, se discutirá con el personal de utilización designado de la institución hospitalaria.

#### **SERVICIO A PROVEEDORES:**

**Vital:** 1.844.263.6063

**Comercial:** 1.877.357.9777

ssspr.com • mitriples.com

**Medicare Advantage:** 1.855.886.7474

sssadvantage.com • mitriples.com

Triple-S Salud y Triple-S Advantage son concesionarios independientes de BlueCross BlueShield Association.

Se refieren al médico asesor de Triple-S los servicios que no siguen los estándares de cuidado aceptados, como los criterios clínicos de las Guías de InterQual®, procesos, protocolos o políticas de Triple-S. La decisión del médico asesor se le comunica al personal de utilización o al médico asesor del hospital mediante carta de determinación adversa.

El médico o coordinador del hospital tendrá siete días laborables para revisar las admisiones con potencial a determinación adversa y presentar al analista de Triple-S cualquier información no contemplada al momento de realizada la evaluación y determinación adversa. Al cumplirse los siete días laborables de no haberse realizado la presentación de información adicional, el analista procederá a completar el cierre del caso con la determinación adversa.

El revisor de utilización tendrá hasta 30 días para cerrar los eventos abiertos entregados para revisión hospitalaria al momento de alta.

Diariamente, o según acordado, el analista enviará a la institución vía correo electrónico y confidencial el informe de las admisiones cerradas.

### **Planificación de Alta**

El personal de utilización de Triple-S trabaja de cerca con los médicos y los planificadores de alta o trabajadores sociales del hospital para facilitar la transición del cuidado del paciente a la casa o a un centro de cuidado alternativo.

La planificación de alta se provee a todos los pacientes hospitalizados en instituciones de salud física o mental. Los analistas de revisión de Triple-S dialogarán con el médico de cabecera, el coordinador o planificador de alta del hospital para la transición a un nivel de cuidado menos restrictivo en aquellos pacientes que tengan un diagnóstico o servicios que se pueden ofrecer en otro escenario de cuidado.

### **Apelaciones de Admisiones/Readmisiones**

El proceso de apelación reconoce el derecho del proveedor de solicitar una reevaluación de una determinación adversa y establece un mecanismo para expresar los planteamientos en desacuerdo por medio del recurso de apelación. Además, establece el tiempo adecuado para el proceso con el propósito de brindar una respuesta bien informada, clara y precisa al peticionario.

1. De no estar de acuerdo con la determinación adversa inicial, para la cubierta Comercial, tiene la oportunidad de solicitar discusión de pares dentro de **siete días laborables**, a partir de la notificación de la determinación adversa final, llamando al **787-277-6599** de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. Tiempo Estándar del Atlántico (AST). De la discusión de pares no resultar en una aprobación de días en la admisión, usted tendrá el derecho de apelar la determinación dentro de **45 días calendario**, a partir de la fecha que aparece en la carta de determinación adversa final.

2. La apelación puede ser iniciada por el hospital o por el médico participante en un término de hasta **de 45 días calendarios** a partir de la fecha de cierre. En la línea de negocio comercial, la evaluación del expediente clínico y determinación en el proceso apelativo será delegado a una organización independiente de revisión (IRO, por sus siglas en inglés) contratada por Triple-S y acreditada por *Utilization Review Accreditation Commission (URAC)*. En las líneas de negocio Vital y Medicare Advantage el proceso apelativo será manejado por Triple-S.
3. Del hospital no someter el expediente clínico en el período establecido (**45 días calendarios**), se entenderá que el hospital renuncia al proceso de apelación sobre la decisión de no pago que tome Triple-S, una vez evaluada la razón del retraso o denegación.
4. La determinación adversa puede aplicar cuando: falta información esencial, no cumple con los estándares de cuidado aceptados, criterios clínicos o protocolos administrativos (como, por ejemplo, pero sin limitarse a cubierta y elegibilidad entre otros).
5. Triple-S deberá responder la apelación en un término no mayor de **30 días** calendarios a partir de la fecha de recibida la solicitud de apelación. De Triple-S no contestar las apelaciones en el tiempo establecido, se aprobarán los días denegados y la denegación no será reconocida.
6. La solicitud de Apelación debe ser por escrito a la atención Gerente de *Facility Base Care Management*, P.O. Box 363628, San Juan, Puerto Rico 00936-3628 (Anexo 1, Piso 1). Debe incluir la siguiente información: nombre del paciente número de contrato, fecha de servicio, copia del expediente clínico en su totalidad, carta exponiendo las razones por las cuales el servicio debe autorizarse y cualquier otra información para apoyar el servicio. Triple-S emitirá una carta de Acuse de Recibo de la **Apelación o Re-Apelación** sometida, a más tardar de **tres días laborables** a partir de la fecha en que fue recibida.
7. La solicitud de apelación será revisada por un médico licenciado, el cual no ha estado involucrado en la determinación inicial. El médico asesor de Triple-S o del IRO que revisa la apelación puede modificar la decisión anterior de determinación adversa conforme a la documentación del expediente, estándares de cuidado, guías clínicas y protocolos de Triple-S, CMS, Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), ASES o por agencias y asociaciones de salud reconocidas. El médico asesor de Triple-S y del IRO debe ser de la misma especialidad o similar, de quien trata típicamente la condición médica, realiza el procedimiento o provee el tratamiento y que no es subordinado de ninguna persona envuelta en la determinación inicial.
8. En cada nivel de apelación, el peticionario puede presentar comentarios, documentos, expedientes o información adicional para apoyar su caso independientemente que dicha información haya sido sometida o considerada en la determinación inicial. Cada determinación de Triple-S será expedida por un médico asesor distinto y conecedor del procedimiento clínico objeto de la apelación.

**SERVICIO A PROVEEDORES:**

Vital: 1.844.263.6063

Comercial: 1.877.357.9777

ssspr.com • mitriples.com

Medicare Advantage: 1.855.886.7474

sssadvantage.com • mitriples.com

Triple-S Salud y Triple-S Advantage son concesionarios independientes de BlueCross BlueShield Association.

9. De Triple-S necesitar información adicional durante la revisión de la **Apelación o Re-Apelación**, se solicitará al proveedor mediante una notificación escrita de "Solicitud de información adicional" y por tal el día establecido para completar la apelación se detiene. La notificación de solicitud de información adicional incluirá la documentación específica o la información necesaria para tomar una determinación. El proveedor debe proporcionar la documentación solicitada dentro de los **siete días calendario** a partir de la fecha de la notificación. Si la documentación solicitada no se presenta dentro de este término, Triple-S tomará la decisión basándose en la información disponible. Una vez que el proveedor envíe la información, se reanudará el conteo establecido para completar la **Apelación / Re-Apelación** de acuerdo con la política.
10. El proveedor tiene derecho a solicitar copia del Racional Clínico utilizado en la primera determinación, los criterios utilizados en la evaluación de solicitud de la apelación y los documentos relevantes a la misma, a través del teléfono 787-749-4949, extensiones 8803244 o 8326536, al fax 787-774-4839 o al correo electrónico [fbcmappeal@ssspr.com](mailto:fbcmappeal@ssspr.com).
11. De no estar satisfecho con la determinación tomada en la primera apelación, el peticionario tiene **30 días calendario** a partir de la fecha de emitida la determinación de la apelación para presentar una segunda apelación o **Re-Apelación**.
12. La **Re-Apelación** para la línea de negocio Comercial será delegada a una organización independiente (IRO) contratada por Triple-S y acreditada por URAC. En las líneas de negocio Vital y Medicare Advantage será manejada por Triple-S. La determinación será notificada a la facilidad en un término no mayor de **30 días calendario** desde el momento de recibida la solicitud de Re-Apelación. El médico asesor que evaluará la **Re-Apelación** no intervino en la determinación inicial ni en el primer nivel de apelación. La Re-Apelación es el último nivel apelativo y la determinación emitida será considerada como final y firme.

De no estar satisfecho con la determinación tomada en la Re-Apelación el peticionario tiene derecho a continuar con el proceso de vista administrativa según la línea de negocio: Comercial con la Oficina del Comisionado de Seguro [1-(888)-722-8686], el grupo Comercial-Federal contactar a la OPM [1-(202)-606-3818], para los grupos ASO debe contactar al patrono del empleado; para Vital contactar a ASES [1-(800)-981-1352] y para la línea Advantage contactar a Medicare al [1-800-633-4227]. Para información adicional debe dirigirse al Manual del Proveedor.

13. El proveedor o peticionario no responsabilizará al asegurado del plan por el pago de servicios que Triple-S determine adversamente durante el proceso de revisión de utilización.

**SERVICIO A PROVEEDORES:**

Vital: 1.844.263.6063  
Comercial: 1.877.357.9777  
ssspr.com • mitriples.com

Medicare Advantage: 1.855.886.7474  
sssadvantage.com • mitriples.com

Triple-S Salud y Triple-S Advantage son concesionarios independientes de BlueCross BlueShield Association.