



Carta Normativa 19-1104

4 de noviembre de 2019

A: Organizaciones de Cuidado Dirigido (MCOs) contratadas por el Plan de Seguro de Salud del Gobierno de PR (PSG) Vital, Médicos Primarios (PCP), Grupos Médicos Primarios (GMP) y Proveedores Participantes

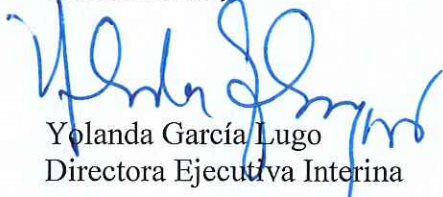
Re: Formulario de Referido y/o Consulta y Formulario de Preautorizaciones del Plan Vital

Según indicamos en la Carta Normativa 19-0424 emitida a todos los MCOs el pasado 24 de abril de 2019, el Plan Vital requiere que las Organizaciones de Manejo de Cuidado (MCO por sus siglas en inglés) provean acceso a servicios a través de su red de proveedores en toda la isla. Reconociendo el impacto al proveedor de servicios que es parte de la red en diferentes MCOs, la Administración de Seguros de Salud (ASES) tiene el objetivo de estandarizar formularios y/o procesos que son requeridos como parte de la administración de la cubierta de beneficios.

En esta Carta Normativa incluimos el “**Formulario de Referido y/o Consulta Genérico de Plan Vital**” que deberá ser utilizado y distribuido a la red de proveedores de todos los MCOs. El proceso o mecanismo para el manejo de este formulario establecido por cada MCO no tiene cambios. El MCO tendrá 30 días a partir del recibo de esta notificación para efectuar los cambios en su programación por lo que su **efectividad será el 5 de diciembre de 2019**. Previo a esta fecha, los proveedores deberán recibir este nuevo formulario para la continuidad de los servicios de nuestros beneficiarios del Plan Vital. Durante el periodo de implementación se deben honrar tanto los formularios corrientes, como el nuevo formulario.

Por este medio también hacemos constar que el “**Formulario Pre-Autorizaciones Genérico del Plan Vital**” fue distribuido a todos los MCOs el pasado 25 de julio de 2019 para implementarse a más tardar el **15 de agosto de 2019, fecha en que fue efectivo**. Este formulario debe estar siendo utilizado por todos los proveedores a la fecha de hoy.

Cordialmente,



Yolanda García Lugo
Directora Ejecutiva Interina

FORMULARIO DE PREAUTORIZACIONES



SECCION I INFORMACION DEL BENEFICIARIO					
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE	INICIAL
NUMERO DE CONTRATO			FECHA DE CUBIERTA		
			MES / DIA / AÑO		
TIENE OTRO SEGURO MEDICO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DEL SEGURO	NUMERO DE CONTRATO DEL OTRO SEGURO	FECHA DE EFECTIVIDAD MES / DIA / AÑO	GRUPO MEDICO	
GENERO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	FECHA DE NACIMIENTO MES / DIA / AÑO	EDAD	NUMERO DE TELEFONO O CELULAR	NUMERO ALTERNO	NUMERO DE FAX
DIRECCION FISICA		MUNICIPIO	ZIP CODE	CORREO ELECTRONICO	
DIRECCION POSTAL		MUNICIPIO	ZIP CODE	FIRMA DEL PACIENTE	

SECCION II INFORMACION DEL PROVEEDOR QUE SOLICITA				
NOMBRE DEL PROVEEDOR (En letra de molde)	NUMERO DE LICENCIA	NPI	ESPECIALIDAD	TELEFONO OFICINA
FIRMA DEL PROVEEDOR	CORREO ELECTRONICO	FECHA DE EMISION DEL REFERIDO MES / DIA / AÑO	CELULAR DE MEDICO	FAX DE MEDICO

SECCION III SERVICIO A SOLICITAR			
FAVOR DE INDICAR LOS CODIGOS DE DIAGNOSTICOS Y PROCEDIMIENTOS JUNTO A SU DESCRIPCION POR EL CUAL SOLICITA LOS SERVICIOS			FAVOR DE SELECCIONAR LUGAR DE SERVICIO
CODIGO DE DIAGNOSTICO	DESCRIPCION	CODIGO CPT / HCPC	DESCRIPCION
1- []		1- []	
CODIGO DE DIAGNOSTICO	DESCRIPCION	CODIGO CPT / HCPC	DESCRIPCION
2- []		2- []	
CODIGO DE DIAGNOSTICO	DESCRIPCION	CODIGO CPT / HCPC	DESCRIPCION
3- []		3- []	
CODIGO DE DIAGNOSTICO	DESCRIPCION	CODIGO CPT / HCPC	DESCRIPCION
4- []		4- []	
OTROS (favor de especificar)			SERVICIO EN EL HOGAR (favor de indicar servicio, cantidad y fecha)
			<input type="checkbox"/> DME <input type="checkbox"/> TRANSPORTE

SECCION IV INFORMACION CLINICA
Resumen breve de la necesidad médica de lo solicitado:
Estudios realizados y resultados que respalden la solicitud (favor de enviar documentos, orden médica, examen físico, resultados de laboratorio junto a la solicitud de preautorización):

INFORMACION DEL PROVEEDOR O FACILIDAD QUE BRINDARA LOS SERVICIOS			
NOMBRE DEL PROVEEDOR O FACILIDAD (En letra de molde)		NPI	TELEFONO DEL PROVEEDOR / FACILIDAD
FIRMA DEL PROVEEDOR	FECHA FIRMA	FECHA DE SERVICIO DESDE MES / DIA / AÑO	FECHA DE SERVICIO HASTA MES / DIA / AÑO

**Definición de la solicitud de servicios Expedito/Urgente, es cuando la vida o la salud del beneficiario podrían verse en peligro por un retraso en el acceso al tratamiento o servicio solicitado. Las solicitudes fuera de esta definición se deben clasificar bajo Electivo/No Urgente. Cualquier presentación incompleta puede ser devuelta sin previo aviso.

REFERIDO PROFESIONAL Y/O CONSULTA



SECCION I INFORMACION DEL BENEFICIARIO						
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	INICIAL	NUMERO DE CONTRATO	FECHA DE CUBERTA MES / DIA / AÑO	GRUPO MEDICO
TIENE OTRO SEGURO MEDICO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		NOMBRE DEL SEGURO	NUMERO DE CONTRATO DEL OTRO SEGURO	FECHA DE EFECTIVIDAD MES / DIA / AÑO	NUMERO DE TELEFONO O CELULAR	NUMERO DE TELEFONO ALTERNIO
DIRECCION FISICA			MUNICIPIO	ZIP CODE	CORREO ELECTRONICO	
DIRECCION POSTAL			MUNICIPIO	ZIP CODE	FIRMA DEL PACIENTE	
SECCION II INFORMACION DEL PROVEEDOR QUE REFIERE						
NOMBRE DEL PROVEEDOR (en letra de molde)				NPI	TELEFONO OFICINA	
FIRMA DEL PROVEEDOR				FECHA DE EMISION DEL REFERIDO MES / DIA / AÑO	CELULAR DE MEDICO	
SECCION III INFORMACION CLINICA						
FAVOR DE INDICAR LOS CODIGOS DE DIAGNOSTICOS Y SU DESCRIPCION POR EL CUAL ESTA REFIRIENDO AL PACIENTE						
1- CODIGO DE DIAGNOSTICO - DESCRIPCION	2- CODIGO DE DIAGNOSTICO - DESCRIPCION	3- CODIGO DE DIAGNOSTICO - DESCRIPCION				
4- CODIGO DE DIAGNOSTICO - DESCRIPCION	5- CODIGO DE DIAGNOSTICO - DESCRIPCION	6- CODIGO DE DIAGNOSTICO - DESCRIPCION				
RAZON DE LA CONSULTA (incluye historial, examen fisico, laboratorios/estudios pertinentes. Anjar copias de estudios y/o resultados de laboratorios)						
SECCION III BENEFICIARIO REFERIDO PARA (ESPECIFICAR)						
<input type="checkbox"/> CIRUGIA <input type="checkbox"/> ANESTESIA <input type="checkbox"/> LABORATORIO <input type="checkbox"/> PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS <input type="checkbox"/> RAYOS X <input type="checkbox"/> PRUEBAS DIAGNOSTICAS <input type="checkbox"/> CONSULTA (Indicar especialidad) <input type="checkbox"/> CONSULTA Y MANEJO <input type="checkbox"/> OTROS _____						
SECCION IV REPORTE DEL ESPECIALISTA						
CONTESTACION A CONSULTA						
Resumen breve de los hallazgos clinicos						
Estudios realizados y resultados						
Diagnósticos						
Plan de tratamiento						
INFORMACION DEL ESPECIALISTA						
NOMBRE DEL PROVEEDOR (en letra de molde)				NPI	TELEFONO OFICINA	
FIRMA DEL PROVEEDOR				FECHA DE SERVICIO DESDE MES / DIA / AÑO	FECHA DE SERVICIO HASTA MES / DIA / AÑO	