



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE  
**PUERTO RICO**

Administración de Seguros  
de Salud de Puerto Rico (ASES)

29 de enero de 2014

A todos los Directores

Ricardo Rivera Cardona  
Director Ejecutivo

### **Referidos a la Oficina de Cumplimiento y Asuntos Clínicos**

En el desempeño de las funciones de la Agencia, experimentamos una diversidad de situaciones internas y externas que ameritan ser referidas a otros Departamentos u Oficinas para su manejo y resolución. La Oficina de Cumplimiento y Asuntos Clínicos atiende el mayor volumen de estas situaciones; por tanto se ha hecho necesario establecer un mecanismo que garantice el control y la atención apropiada de estos referidos.

Con ese objetivo, se desarrolló un formulario para hacer los referidos y el procedimiento para atenderlos. Estamos incluyendo la forma de referido, las instrucciones para completarlo y el procedimiento que se seguirá con los mismos.

Efectivo a la fecha de esta comunicación, toda situación que sea referida a la Oficina de Cumplimiento y Asuntos Clínicos, incluyendo apelaciones y otras querellas, deberá hacerse mediante este formulario. La Oficina de Cumplimiento no aceptará referidos por otros medios. Es importante orientar a todo el personal bajo su supervisión de esta directriz.

De tener alguna duda sobre el proceso o el formulario, pueden comunicarse con William Ruiz a la extensión 2220.

Contamos con su colaboración y compromiso para continuar mejorando nuestras operaciones.

**Anejos: Procedimiento de referidos  
Formulario de referidos**

## OFICINA DE CUMPLIMIENTO Y ASUNTOS CLINICOS

### Procedimiento de referidos

1. Propósito:
  - a. Existe una diversidad de situaciones que pueden ser referidas a la Oficina de Cumplimiento y Asuntos Clínicos para que sean investigadas, atendidas o resueltas. Para agilizar el procesamiento de los asuntos referidos, se adopta el presente procedimiento y formulario. No se aceptaran referidos por otras vías ni referidos incompletos. (Ver anejo 1.)
2. Aplicabilidad:
  - a. Este formulario aplica a asuntos relacionados a Cumplimiento, Asuntos Clínicos o de Privacidad. Asuntos relacionados a Fraude o Abuso, serán referidos directamente a la Unidad Anti- Fraude usando el formulario desarrollado a esos efectos. (Ver anejo 2.)
3. Las situaciones a referir incluyen, pero no se limitan a, las siguientes:
  - a. Apelaciones para evaluación y determinación por Asuntos Clínicos
    - i. En este caso deben incluir toda la documentación relacionada al caso como:
      1. Solicitud de apelación
      2. Determinación inicial
      3. Determinación de reconsideración de la aseguradora
      4. Evidencia clínica, historial, ordenes médicas, etc.
  - b. Asuntos relacionados a preautorizaciones
    - i. Asuntos o quejas relacionadas a retraso, denegaciones o preautorizaciones incompletas.
      1. Servicio al Cliente tiene que haber intentado resolver el asunto y solo se referirán aquellos casos en los cuales Servicio al Cliente identifique la necesidad de escalar el asunto por entender que hay incumplimiento en el manejo de la situación.
      2. Tiene que incluir toda la evidencia de las querrela y las gestiones relacionadas a la misma (correos regulares y electrónicos, minutas de llamadas o entrevistas, etc.).
    - ii. Asuntos relacionados a referidos a especialistas
      1. Servicio al Cliente tiene que haber intentado resolver el asunto y solo se referirán aquellos casos en los cuales Servicio al Cliente identifique la necesidad de escalar el asunto por entender que hay incumplimiento en el manejo de la situación.

2. Tiene que incluir toda la evidencia de las querella y las gestiones relacionadas a la misma (correos regulares y electrónicos, minutas de llamadas o entrevistas, etc.).
    - iii. Quejas o querellas relacionadas a retrasos en prestación de servicios o denegaciones de tratamiento, acceso o servicios.
      1. Servicio al Cliente tiene que haber intentado resolver el asunto y solo se referirán aquellos casos en los cuales Servicio al Cliente identifique la necesidad de escalar el asunto por entender que hay incumplimiento en el manejo de la situación.
      2. Tiene que incluir toda la evidencia de las querella y las gestiones relacionadas a la misma (correos regulares y electrónicos, minutas de llamadas o entrevistas, etc.).
    - iv. Asuntos relacionados a incumplimiento de contrato o reglamentaciones
      1. Por parte de las facilidades o proveedores
      2. Por parte de los planes contratados
    - v. Violaciones a la privacidad
    - vi. Otros asuntos
      1. Debe incluir evidencia y explicación que justifique la intervención de la Oficina de Cumplimiento y Asuntos Clínicos.
4. Completar el referido
  - a. Marque con una X a dónde desea dirigir el referido: Cumplimiento, Asunto Clínicos o Privacidad.
  - b. Indique el nombre de quien refiere, el departamento y la fecha.
  - c. Conteste si está refiriendo un asunto nuevo o actualizando un asunto ya referido.
    - i. Si está actualizando un asunto referido previamente, especifique:
      1. Fecha en que se refirió inicialmente
      2. El asunto referido
      3. Persona contacto atendiendo el asunto
  - d. Seleccione la naturaleza del asunto que refiere en las opciones de la tabla.
  - e. Incluya una explicación detallada del asunto referido e incluya toda la evidencia disponible como anejos al referido.
  - f. Firme e indique la fecha.
5. Envíe el referido a la Administradora de Sistemas (AS) de la Oficina de Cumplimiento y Asuntos Clínicos.
6. Cuando la AS reciba el referido deberá:
  - a. Ponchar en el documento la fecha de recibido el mismo día de recibido.
  - b. Registrar el referido en el Control de Referidos (Anejo 3).
  - c. Canalizar, dentro de los dos días siguientes, el referido como sigue:
    - i. Apelaciones – Dr. Miranda
    - ii. Privacidad- Mayra Matos
    - iii. Cumplimiento y otros- Consultar con la Supervisora a quien se le asignará.

- d. Enviar, dentro de los cinco días siguientes, un correo electrónico a la persona que sometió el referido acusando recibo e informando a quien se le asignó el mismo.
  - e. Completar el Control de Referido con la persona asignada y la fecha en que se acusa recibo.
7. Desarrollo de la situación
- a. La persona asignada deberá evaluar el asunto referido y establecer el plan de acción para atender el mismo.
  - b. El asunto debe ser investigado en un periodo que no exceda de 10 días laborables desde la fecha de recibido en la Oficina.
  - c. La persona asignada enviará un informe final a la supervisora para aprobación y ser enviado al originador del referido.
8. La AS completará el Control de Referidos con el resultado y la fecha de cierre.
9. Los documentos relacionados serán archivados en la sección de Referidos.

### **Anejo 1**



Draft Compliance  
Referral Form v3.doc

### **Anejo 2**



Fraud Allegation  
Referral Form final.doc

### **Anejo 3**



Control de Referidos  
a CAS.doc

## COMPLIANCE AND CLINICAL AFFAIRS REFERRAL FORM

The purpose of this referral form is to track and record all issues and concerns referred to the ASES Compliance and Clinical Affairs Office. A range of issues may be referred for development such as issues raised with members, providers and or contractors as part of MI Salud. When completing this form, please ensure to select the appropriate box below, that all necessary information is documented and that the signed attestation at the bottom of the form is complete.

<b>Referred to:</b>	<b>Compliance</b> <input type="checkbox"/>	<b>Clinical Affairs</b> <input type="checkbox"/>	<b>Privacy</b> <input type="checkbox"/>
---------------------	--	--	---

<b>Name:</b> <i>Name of ASES staff member filing referral</i>	<b>Department:</b> <i>Department who is referring issue</i>
---	---

**Date of Referral:**

If the issue being referred to the Compliance department has already been raised, then skip to question 2 and provide the necessary information below. If the issue is new and is not an update or development from a previous issue raised, then answer yes for question number 1.

- 
1. Is this a new issue?  Yes  No

---

  2. Is this an update to an issue already raised?  Yes  No

<b>Date of previous notification to compliance</b>	
<b>Subject of previous issue</b>	
<b>Contact person in compliance</b>	

Issue referred to Compliance or Clinical Affairs	✓
<b>Appeals</b> (Appeals for clinical evaluation and determinations)	
<b>Prior Authorizations</b> (Issues related to delayed, incomplete or denied PAs)	
<b>Member Referrals</b> (Issues related to member referrals to other specialists)	
<b>Complaints – Delays of Service</b> (Resulting from delays of service)	
<b>Complaints – Denials</b> (Resulting from denials of treatment, access or services)	
<b>Compliance - Facilities and Providers</b> (Noncompliance with contract or regulations)	
<b>Compliance – ASES Contractors (specify)</b> (Noncompliance with contract/ regulations)	
<b>Compliance- Privacy Issues (specify)</b> (Privacy related issues)	
<b>Other Issues (specify)</b> (Any issues not identified above)	

**Include a complete explanation of the issue referred:**

- Provide all relevant information concerning the reason for referral, names, applicable timeframes pertaining to the issue referred and include any supporting documentation.

**ASES NOTIFICATION ATTESTATION:** I hereby certify that the information provided in this referral is complete and accurate as of the date of the referral to the ASES Compliance Department.

\_\_\_\_\_  
Signature of Staff Member

\_\_\_\_\_  
Date



## Fraud Allegation Referral Form

Please complete the following information and send it to the Anti-Fraud Unit at the Compliance Office of ASES.

<b>Referred by:</b>		<b>Date</b>	
<b>Title:</b>		<b>Telephone</b>	
<b>Company:</b>		<b>Fax</b>	
<b>E-mail</b>			
<b>1. Complainant Information</b> (complete if different from above)			
Name:			
Address:			
City:	State:	Zip:	
Telephone:	Fax:		
<b>2. Provider Information</b> (complete if applicable)			
Name:		Provider ID:	
TIN/EIN/SSN:	DBA:	DOB:	
NPI:		Specialty:	
Address:			
City:	State:	Zip:	
Telephone:	Fax:		
<b>3. Beneficiary Information</b> (complete if applicable)			
Name:		Contract number:	
Address:			
City:	State:	Zip:	
Telephone:	Fax:		
SSN:	DOB:	Region:	



## Fraud Allegation Referral Form

<b>4. Reason(s) for Referral: Check all that apply</b>					
<input type="checkbox"/>	Services/items not furnished	<input type="checkbox"/>	Unbundling	<input type="checkbox"/>	Selling prescribed medication
<input type="checkbox"/>	Solicitation, bribe, kickback, rebate	<input type="checkbox"/>	Misrepresentation	<input type="checkbox"/>	Other type of falsification
<input type="checkbox"/>	Up-coding	<input type="checkbox"/>	Falsification of claims	<input type="checkbox"/>	Other (specify)
<input type="checkbox"/>	Not medically necessary service(s)	<input type="checkbox"/>	Falsification of scripts		
<b>5. Estimated amount involved:</b>					
<b>6. Explanation (including how the issue was identified and a list of events and actions taken in chronological order):</b>					
<b>7. Attachments: (Specify attachments included with the referral. If the case is related to falsification or misrepresentation of enrollment / eligibility, please include information about work employment, social security, pension income or other health insurance)</b>					