



383 Ave FD Roosevelt  
San Juan, Puerto Rico 00918

Carta Circular: C-HGO-01-18

24 de julio de 2018

A TODOS LOS HOSPITALES Y FACILIDADES CON CONTRATO CON HUMANA HEALTH PLANS OF PUERTO RICO, INC. Y HUMANA INSURANCE OF PUERTO RICO, INC.

Con el propósito de mejorar y agilizar los procesos operacionales que inciden en la revisión intrahospitalaria, hemos determinado implementar los siguientes cambios en el proceso. Estos cambios serán efectivos al 1 de agosto del 2018.

A continuación las modificaciones al proceso:

- a. El auditor discutirá los hallazgos con el representante autorizado de la facilidad. Si la recomendación es denegar, y la facilidad no está de acuerdo, el caso se referirá al Director Médico de Humana para revisión y determinación.
- b. Las denegaciones continúan siendo responsabilidad del Director Médico de Humana. Bajo ninguna circunstancia el auditor está autorizado para denegar servicios.
- c. La aplicabilidad de la guía clínica además de tomar como base el diagnóstico de admisión, tomará en consideración lo siguiente: signos y síntomas, diagnósticos secundarios, tratamiento previo, tratamiento actual y evolución de la condición, según cuadro clínico.
- d. En aquellos casos donde no se cumple con criterio de admisión, el especialista en revisión continuará evaluando el caso sin cerrar el mismo antes de la determinación final.
- e. **El ponche final se utilizará al momento del cierre.**
- f. "Peer to Peer":
  - i. **En los casos de Medicare Advantage (Humana Gold Plus HMO, Humana Gold Plus HMO-SNP y Humana Gold Plus Value LPPO) no se estará llevando a cabo la discusión de pares (Peer to Peer). Este es un proceso no reconocido por CMS.**
  - ii. Este proceso se llevará a cabo solo para la línea de negocio Comercial.
  - iii. Casos retrospectivos no tienen derecho de P2P.

De surgir alguna duda, puede comunicarse al área clínica al (787) 622-5986 o al (787) 622-5868.

Cordialmente,

Ivonne M. Vega Pérez MD, MBA-HCM  
Vice Presidenta Regional Servicios de Salud

