

## Evaluación y revisiones de manejo

Humana, o su representante, tiene derecho a llevar a cabo revisiones de los expedientes de los proveedores de cuidado de la salud relacionados con los servicios prestados a los pacientes con cubierta de Humana en determinadas circunstancias. Humana solicita el acceso a los expedientes médicos y documentos de facturación periódicamente para llevar a cabo revisiones. En caso de que se solicite, el proveedor de cuidado de la salud debe poder proporcionar los expedientes médicos para respaldar los suplididos y servicios facturados.

Estas revisiones confirman que:

- Se proporcionaron los servicios más apropiados y rentables.
- Los expedientes y/o la documentación justifican el entorno o el nivel de servicio proporcionado al paciente.

## ¿Por qué compartimos esta información?

La salud de nuestros afiliados está en sus manos. Es por eso que Humana se compromete a respaldar su práctica con recursos de capacitación, actualizaciones de políticas y programas de cuidado del paciente líderes en la industria.

## ¿Qué buscan los revisores?\*

- Expedientes y/o documentación para respaldar el entorno o el nivel de servicio proporcionado al paciente.
- Expedientes revisados para el tipo de historia y examen; toma de decisiones médicas; asesoramiento y coordinación del cuidado (si corresponde); naturaleza del problema que se presenta y tiempo (Guías de Terminología Actual de Procedimientos (CPT, por sus siglas en inglés) 99202-99205, 99212-99215 de 2021).

## Expedientes necesarios para llevar a cabo la revisión:\*

- Notas médicas para respaldar el entorno o el nivel de servicio brindado al paciente.
- Notas de trámite por servicios facturados con códigos de evaluación y manejo (E/M).

## Códigos de servicio revisados:\*

- Todos los códigos de E/M de alto nivel
- Todos los servicios y exámenes de salas de emergencia de alto nivel con toma de decisiones médicas de moderadas a complejas.  
(99205, 99215, 99220, 99223, 99226, 99233, 99236, 99425, 99255, 99285, 99291-99292)

# Humana®

LC15751PR1221 PRHLFTUES

\* Lo anterior es simplemente una referencia y se usa como ejemplo, pero no debe considerarse todo incluido.

# Cosas a tener en cuenta:

## Tipos de revisiones:

### Revisiones de prepago

- El objetivo es pagar bien la primera vez y disminuir las revisiones posteriores al pago, lo que conduce a mejores experiencias de pacientes y proveedores.

### Revisiones posteriores al pago

- Ejecutado después del pago de la reclamación según el acuerdo contractual (basado en materiales y códigos y no todo incluido).

## Requisitos de documentación:

- El expediente médico debe estar completo y ser legible.
- La documentación de cada encuentro con el paciente debe incluir el motivo del encuentro, la historia y el examen pertinentes, los resultados del diagnóstico, el diagnóstico y el plan de cuidado de la salud.
- Se deben identificar los factores de riesgo para la salud según corresponda.
- Los códigos de diagnóstico y tratamiento informados en el estado de cuenta deben estar respaldados por la documentación en el expediente médico.

## Referencias de proveedores:

- Libro de Terminología Actual de Procedimientos (CPT) del año en curso
- Guías de documentación médica de 1995 o 1997
- Determinación de cubierta local (LCD, por sus siglas en inglés)
- Determinación de cubierta nacional (NCD, por sus siglas en inglés)
- Guías de los CMS
- Guías de la American Medical Association (Asociación Médica Americana)
- Las políticas de pago de Humana, en [Humana.com/claimpaymentpolicies](https://www.humana.com/claimpaymentpolicies)
- Instrucciones adicionales para disputas de reclamaciones en [Humana.com/publications](https://www.humana.com/publications)