

Criterios de Cobertura de Servicios Médicos, Productos y Medicamentos de la Parte B de Medicare

Cuando Leon Health examina la solicitud de autorización previa, se evalúa la necesidad médica de los servicios o procedimientos solicitados, de los productos o de los medicamentos de la Parte B de Medicare, empleando los criterios de InterQual™, la Base de Datos de Cobertura de Medicare (conocida por “MCD”) o los manuales únicamente de internet de los CMS, lo que suele implicar hacer una comparación de los detalles de la enfermedad del miembro, de la historia clínica y del plan propuesto de tratamiento con los criterios específicos señalados en las normas de InterQual™ o en la Base de Datos de Cobertura de Medicare (MCD) que corresponden a ese servicio o procedimiento, producto o medicamento de la Parte B.

Los criterios clínicos de InterQual™ son normas basadas en evidencias que emplean muchos planes de salud, inclusive Leon Health, para valorar la necesidad médica de los servicios o procedimientos, productos y medicamentos de la Parte B durante el proceso de la autorización previa.

La Base de Datos de Cobertura de Medicare (MCD) es una base de datos en que se hacen búsquedas y en la que se contiene la información completa sobre las políticas y normas de cobertura de los servicios y procedimientos, productos y ciertos medicamentos de la Parte B según el Medicare Original.

Los manuales solamente de internet de los CMS ofrecen instrucciones, políticas y procedimientos del día a día basados en leyes y reglamentos, normas, modelos y directrices. Estos criterios contribuyen a garantizar que los miembros reciban una atención adecuada y de alta calidad basada en la última evidencia clínica y en las mejores prácticas.

Cuando los criterios de cobertura no están detallados completamente en InterQual™. En la Base de Datos de Cobertura de Medicare (MCD) o en los manuales solamente de internet de los CMS, Leon Health generará y publicará criterios de cobertura interna. Estos criterios se elaboran basados en la evidencia actual procedente de normas de tratamiento usadas ampliamente y literatura clínica disponible públicamente. Este enfoque garantiza que los criterios de cobertura interna de Leon Health sean completos, con validez científica y estén alineados con los últimos adelantos de la atención médica. También ayudan a llenar el vacío de cuando InterQual™, la Base de Datos de Cobertura de Medicare (MCD) o los manuales solamente de internet de los CMS pueden estar deficientes, lo que garantiza que los miembros reciban una atención adecuada y necesaria.

Puede tener acceso a los criterios clínicos de InterQual™ aquí: (es imprescindible que cree una cuenta Optum One Healthcare ID para acceder a los criterios):

<https://prod.ds.interqual.com/service/connect/transparency?tid=b90a3bab-18bb-44f8-b73c-e4f069561148>

Leon Health, Inc. es una HMO con contrato con Medicare. Inscribirse en Leon Health, Inc. depende de que se renueve el contrato. ATENCIÓN: Si usted habla español, los servicios gratuitos de asistencia lingüística están disponibles para usted. También están disponibles de forma gratuita ayudas y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-844-969-5366 (TTY:711) o hable con su proveedor.

H4286_CCMSMPBDS_C

Infórmese aquí del Proceso de Desarrollo Clínico de InterQual™:

<https://prod.cue4.com/help/InterQualOnline/MobileHelp/content/pdf/interqual%20development%20process%202024.pdf>

Puede acceder a la Base de Datos de Cobertura de Medicare (MCD) aquí:

<https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/search.aspx>

Puede acceder a los manuales solamente de internet de los CMS aquí:

<https://www.cms.gov/medicare/regulations-guidance/manuals/internet-only-manuals-ioms>

Leon Health, Inc. es una HMO con contrato con Medicare. Inscribirse en Leon Health, Inc. depende de que se renueve el contrato. ATENCIÓN: Si usted habla español, los servicios gratuitos de asistencia lingüística están disponibles para usted. También están disponibles de forma gratuita ayudas y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-844-969-5366 (TTY:711) o hable con su proveedor.

H4286_CCMSMPBDS_C

	Política Núm:	MMP-HS-19-00	Página Núm.: 1 de 16
Nombre de la Política:	Política sobre la Regla de Dos Medianoche de Ingreso de Pacientes		
Reglas Citadas:	42 CFR §412.3: https://www.ecfr.gov/current/title-42/section-412.3 Sección 1852(g)(1)(A) de la Ley del Seguro Social: Social Security Act §1852 (ssa.gov) 42 CFR § 422.101(c): https://www.ecfr.gov/current/title-42/section-422.101 Base de Datos de Cobertura por Medicare: MCD Search (cms.gov)		

1.0 POLÍTICA

El referente de dos medianoche forma parte de los criterios de Ingreso de Pacientes señalados en §412.3. Los CMS exigen que todos los planes Medicare Advantage (MA) se apeguen a la regla de dos medianoche descrita en 42 CFR §412.3, que podrá encontrarse en <https://www.ecfr.gov/current/title-42/section-412.3>.

Favor de tomar nota: El Medicare Tradicional también emplea el término “presunción de dos medianoche”, lo que se aplica a las instrucciones sobre revisión médica para contratistas según el programa del Medicare Tradicional, no a los planes Medicare Advantage. La política señalada a continuación se aplica ÚNICAMENTE al “referente de dos medianoche de ingresos de pacientes” definido y citado anteriormente. Se ruega que consulte esta política en las definiciones para mayor aclaración. Los CMS también exigen que todos los planes Medicare Advantage cumplan con las condiciones generales de coberturas y beneficios contempladas en el Medicare Tradicional para la cobertura de las estadías de pacientes externos. Los planes Medicare Advantage tienen que cumplir con todas las determinaciones nacionales y locales sobre las áreas de servicio de Leon y las condiciones sobre las coberturas de beneficios contempladas en las leyes del Medicare Tradicional. Esta política cumple con el objetivo de apegarse a las reglas citadas anteriormente que rigen los programas Medicare Advantage y del Medicare Tradicional.

Según lo emitido por los CMS, Leon HP puede emplear la autorización previa o la revisión concurrente de los ingresos de pacientes para determinar los factores médicos complejos documentados en la historia clínica a fin de justificar la necesidad médica de los ingresos de pacientes citados en esta política.

El objetivo de esta política es el de definir el proceso mediante el cual Leon llevará a cabo la revisión de ingresos en hospitales, tanto los que estén en perspectiva como los actuales, a fin de aprobar, modificar o denegar los ingresos de pacientes.

2.0 ALCANCE

El alcance de la póliza se aplicará a todos los empleados de Leon, a sus FDR (entidades de primer nivel/secundarias), entidades delegadas o de proveedores contratados que llevan a cabo las actividades de autorizaciones previas, revisiones concurrentes o revisiones retrospectivas en nombre de Leon.

Revisión	0.0	Fecha de vigencia:	11/7/24
Aprobado por:		El Comité de Gestión de la Utilización	

	Política Núm:	MMP-HS-19-00	Página Núm.: 2 de 16
Nombre de la Política:	Política sobre la Regla de Dos Medianoche de Ingreso de Pacientes		
Reglas Citadas:	42 CFR §412.3: https://www.ecfr.gov/current/title-42/section-412.3 Sección 1852(g)(1)(A) de la Ley del Seguro Social: Social Security Act §1852 (ssa.gov) 42 CFR § 422.101(c): https://www.ecfr.gov/current/title-42/section-422.101 Base de Datos de Cobertura por Medicare: MCD Search (cms.gov)		

Esta política señalará el proceso de revisión para determinar el estatus de los ingresos de los pacientes de Leon según la necesidad médica, conforme a la documentación de las historias clínicas, por el médico/proveedor responsable del ingreso, empleando criterios basados en la evidencia o normas de servicios, mientras el miembro se encuentre en el servicio de emergencias o en situación aguda o posaguda, esperando el estatus de ingresado.

3.0 DEFINICIONES

Agudo: Significa comienzo repentino de la enfermedad o síntomas que se presentan rápidamente y se espera que, en general, se resuelvan en menos de seis meses. Aquellos miembros que están estables hemodinámicamente que necesitan tratamiento, valoración o intervención cada 4 a 8 horas.

Beneficios: Servicios de atención en salud cuyo objetivo es el de mantener o mejorar el estado de salud de los afiliados, por lo que a la organización de Medicare Advantage se le causa un costo o deuda según el plan Medicare Advantage (no siendo solamente un costo de tramitación administrativa). Los beneficios se presentan y se aprueban mediante el proceso de licitación anual.

Nivel crítico de cuidados: Aquellos miembros inestables hemodinámicamente o los que presentan la posibilidad de convertirse en inestables, que necesitan valoraciones o intervenciones cada 1 a 2 horas conforme a lo definido en los criterios de InterQual®.

Nivel de cuidados intermedios: Miembros estables hemodinámicamente que necesitan tratamiento, valoraciones o intervenciones cada 2 a 4 horas conforme a lo definido en los criterios de InterQual®.

Determinación de cobertura local: El término “determinación de cobertura local” significa la determinación de un intermediario financiero o compañía según la parte A o la parte B, según corresponda, respecto a que si el producto o servicio en particular se cubre a nivel de intermediario o compañía, según dichas partes, de acuerdo con la sección 1862(a)(1)(A).

Revisión	0.0	Fecha de vigencia:	11/7/24
Aprobado por:		El Comité de Gestión de la Utilización	

	Política Núm:	MMP-HS-19-00	Página Núm.: 3 de 16
Nombre de la Política:	Política sobre la Regla de Dos Medianoche de Ingreso de Pacientes		
Reglas Citadas:	42 CFR §412.3: https://www.ecfr.gov/current/title-42/section-412.3 Sección 1852(g)(1)(A) de la Ley del Seguro Social: Social Security Act §1852 (ssa.gov) 42 CFR § 422.101(c): https://www.ecfr.gov/current/title-42/section-422.101 Base de Datos de Cobertura por Medicare: MCD Search (cms.gov)		

Plan MA (Medicare Advantage): Según lo definen los CMS, significa la cobertura por beneficios de salud ofrecida según la póliza o contrato de la organización Medicare Advantage en que se contempla un grupo específico de beneficios de salud brindados a razón de una prima uniforme y costos compartidos a nivel uniforme a todos los beneficiarios de Medicare que viven en el área de servicios del plan MA (o en ciertos sectores del área de servicios conforme a la Regla [§ 422.304\(b\)\(2\)](#)).

Observación: Aquellos miembros hemodinámicamente estables que necesitan, al menos, 6 horas, y cuando se trata de ciertos casos hasta 48 horas de tratamiento o valoraciones, pendiente de la decisión relativa a la necesidad de más cuidados. Los niveles de observación de los cuidados pueden brindarse en ciertos lugares, como en la unidad de observación, en la sala del hospital o en la unidad de cuidados intermedios. La definición de los servicios de observación es el uso de una cama y el monitoreo periódico, que son razonables y necesarios, por parte de enfermeros o demás empleados auxiliares a fin de evaluar el estado del paciente externo para determinar la necesidad de que se le ingrese como paciente interno.

Presunciones de dos medianoche: Es el término empleado en el programa Tradicional u Original de Medicare y se trata de la instrucción sobre la revisión médica dada a los contratistas de auditoría pospago y cumplimiento de Medicare a fin de ayudar a seleccionar reclamaciones para revisar la necesidad médica posterior al pago en el Medicare Original. El término no se aplica a las decisiones de los planes MA acerca de cómo/cuándo enfrascarse en revisar la estadía en particular de un paciente ingresado.

4.0 PROCEDIMIENTO

La documentación clínica para determinar si el ingreso del paciente es razonable y necesario porque la aprobación/certificación del ingreso del paciente tiene que basarse en el criterio médico/clínico del médico/profesional y se incluye:

- Validar/autenticar la orden del médico/profesional:
 - La orden tiene que estar rellena/redactada, firmada, fechada y documentada
 - Tiene que ser antes del alta
- El médico que rellena/redacta la orden tiene que:

Revisión	0.0	Fecha de vigencia:	11/7/24
Aprobado por:		El Comité de Gestión de la Utilización	

	Política Núm:	MMP-HS-19-00	Página Núm.: 4 de 1
Nombre de la Política:	Política sobre la Regla de Dos Medianoches de Ingreso de Pacientes		
Reglas Citadas:	42 CFR §412.3: https://www.ecfr.gov/current/title-42/section-412.3 Sección 1852(g)(1)(A) de la Ley del Seguro Social: Social Security Act §1852 (ssa.gov) 42 CFR § 422.101(c): https://www.ecfr.gov/current/title-42/section-422.101 Base de Datos de Cobertura por Medicare: MCD Search (cms.gov)		

- Ser responsable del miembro o tener suficientes conocimientos del caso y poder certificar el ingreso, de ser necesario. En esto se incluye lo siguiente:
 - El médico que consta como el que otorga el ingreso
 - El médico de guardia fuera del centro
 - El hospitalista primario o provisional
 - El médico primario o el profesional de guardia en el centro
 - El cirujano responsable del procedimiento
 - Los profesionales de la sala de emergencias o clínica que atienden al miembro en el momento del ingreso
- La razón de los servicios de paciente ingresado
- El tiempo estimado o el requerido de estancia en el hospital:
 - El referente de dos medianoches sí exige que el médico justifique el total del tiempo contiguo en el hospital cuando formule la duración esperada de la estancia. Todos los documentos tienen que justificar esta expectativa.
 - La orden de ingreso no puede ser retrospectiva. La estancia del paciente ingresado comienza a partir de la orden.
- La orden de ingresos de pacientes NO puede ser de carácter permanente
- El protocolo de revisión clínica se puede emplear, vea más abajo lo que es este documento.

El médico/profesional calificado tiene que llevar a cabo el proceso formal de ingreso.

Órdenes verbales:

A los profesionales no autorizados para dar ingreso, como las enfermeras, se les puede permitir aceptar y registrar las órdenes verbales en el centro correspondiente; sin embargo:

- El médico/profesional que las da tiene que comunicar la orden directamente y tiene que refrendarla con su firma, tal cual esté redactada, a fin de autenticar la orden.
- El tiempo de estadía del paciente ingresado empieza a partir de la orden verbal, si está

Revisión	0.0	Fecha de vigencia:	11/7/24
Aprobado por:		El Comité de Gestión de la Utilización	

	Política Núm:	MMP-HS-19-00	Página Núm.: 5 de 16
Nombre de la Política:	Política sobre la Regla de Dos Medianoches de Ingreso de Pacientes		
Reglas Citadas:	42 CFR §412.3: https://www.ecfr.gov/current/title-42/section-412.3 Sección 1852(g)(1)(A) de la Ley del Seguro Social: Social Security Act §1852 (ssa.gov) 42 CFR § 422.101(c): https://www.ecfr.gov/current/title-42/section-422.101 Base de Datos de Cobertura por Medicare: MCD Search (cms.gov)		

Autenticada.

Hay que determinar la necesidad médica con base a:

- Los criterios de cobertura y beneficios
 - Si los productos/servicios son razonables y necesarios
 - La historia clínica del miembro (por ejemplo, el diagnóstico, los padecimientos y el estado funcional)
 - Las recomendaciones de los médicos
 - Y las notas clínicas

Leon HP tiene que dar cobertura y tramitar los servicios para que se ingrese al paciente y considerar los factores médicos complejos documentados en la historia clínica como criterios de ingreso según la Regla 42 CFR 412.3 (d)(1) y (3) que aparece a continuación:

- El médico que autoriza el ingreso espera que el miembro necesite atención hospitalaria más de dos medianoches
- El médico que autoriza el ingreso no espera que el miembro necesite atención más de dos medianoches; sin embargo, él o ella determina, basándose en los factores médicos complejos documentados en la historia clínica, que se necesita la atención de paciente ingresado
- El ingreso del paciente es para un procedimiento quirúrgico especificado por Medicare que se realiza solamente cuando el paciente está ingresado.

En consecuencia con las reglas, Leon HP debe apegarse al criterio del médico, siempre que el criterio sea razonable, basado en los factores médicos complejos documentados en la historia clínica.

La necesidad de servicios prestados en el hospital, aplicando los criterios correspondientes, la debe determinar la enfermera calificada de Leon que se encarga de la autorización previa o hace la revisión concurrente o determinarse en la revisión del médico. Si el paciente cumple con los criterios a cualquier nivel de cuidados, entonces, ha satisfecho el requisito de la regla de que haya necesidad médica.

Revisión	0.0	Fecha de vigencia:	11/7/24
Aprobado por:		El Comité de Gestión de la Utilización	

	Política Núm:	MMP-HS-19-00	Página Núm.: 7 de 16
Nombre de la Política:	Política sobre la Regla de Dos Medianoches de Ingreso de Pacientes		
Reglas Citadas:	42 CFR §412.3: https://www.ecfr.gov/current/title-42/section-412.3 Sección 1852(g)(1)(A) de la Ley del Seguro Social: Social Security Act §1852 (ssa.gov) 42 CFR § 422.101(c): https://www.ecfr.gov/current/title-42/section-422.101 Base de Datos de Cobertura por Medicare: MCD Search (cms.gov)		

Quien realiza la revisión tiene que determinar si el paciente es adecuado para el estado de ingresado u observación, según el nivel de cuidados que corresponde y la duración esperada de la estadía. Según la presentación del paciente, los criterios basados en la evidencia, como InterQual, pueden ser la base de la duración de la estadía que espera el profesional.

Siga la norma que aparece a continuación para determinar el estado de paciente ingresado O paciente externo:

Si.....	Entonces.....
Se espera que los cuidados duren 2 medianoches, y los criterios que cumple el paciente son de cuidados a nivel agudo, intermedio o crítico.	Inpatient status may be appropriate to approve as per the above. Please Note: CMS states that in the event of unforeseen circumstances which may result in a shorter stay, the status of inpatient admission may still be appropriate. Such instances are: • Leaving against medical advice or AMA • Unexpected death • Transfer of the member • Unexpected clinical/condition improvement • Member elects hospice
Se espera que los cuidados duren menos de 2 medianoches, pero se cumplen los criterios sobre cuidados agudos, intermedios o críticos. Tome nota: Los servicios de observación de pacientes externos no se deben emplear para reemplazar los ingresos médicamente necesarios. Los servicios de observación de pacientes externos no se deben emplear a conveniencia del hospital, de sus médicos, de sus pacientes ni de los familiares de los pacientes, ni mientras se espera que lo asignen a otro centro de salud.	Asignar el estatus de observación podría ser lo adecuado. (Ver las excepciones más abajo) • En estadías por las que el medico espere que el miembro necesite menos de dos medianoches de cuidados hospitalarios (y el procedimiento no esta en la lista de los que son solo para pacientes ingresados o aparece como excepción nacional), se puede aprobar el ingreso del paciente, pagándolo Leon, de acuerdo con cada caso en particular, según el criterio del medico que da el ingreso.

Revisión	0.0	Fecha de vigencia:	11/7/24
Aprobado por:		El Comité de Gestión de la Utilización	

	Política Núm:	MMP-HS-19-00	Página Núm.: 8 de 16
Nombre de la Política:	Política sobre la Regla de Dos Medianoches de Ingreso de Pacientes		
Reglas Citadas:	42 CFR §412.3: https://www.ecfr.gov/current/title-42/section-412.3 Sección 1852(g)(1)(A) de la Ley del Seguro Social: Social Security Act §1852 (ssa.gov) 42 CFR § 422.101(c): https://www.ecfr.gov/current/title-42/section-422.101 Base de Datos de Cobertura por Medicare: MCD Search (cms.gov)		

Los servicios de observación del paciente tienen que ser específicos para ese paciente y no parte del procedimiento operativo estándar del centro ni tampoco protocolo de cierto diagnóstico o servicio.	- La documentación en la historia clínica tiene que justificar que hay que ingresar al paciente y esto queda sujeto a revisión médica. Excepciones: Los CMS definen que las excepciones siguientes son adecuadas para el estatus de paciente ingresado, independientemente de lo que dure la estadía: - La ventilación mecánica establecida durante la hospitalización actual - El procedimiento o intervención quirúrgicos que están en la Lista de Sólo Pacientes Ingresados.
Hay indecisión o no se está seguro de que los cuidados durarán dos medianoches	Emplee como orientación el nivel satisfecho de cuidados. - Se puede esperar que el paciente que satisface los criterios a nivel de cuidados agudos tenga una estadía que dure más de dos medianoches, y se le podrá asignar el estatus de paciente ingresado. - Los pacientes que satisfacen los criterios a nivel de cuidados de Observación son más adecuados para el estatus de observación.
Estatus de observación de paciente externo	Se puede considerar que los servicios de estatus de observación del paciente externo están cubiertos cuando se prestan de acuerdo con la orden del médico. Los servicios de observación de pacientes externos no se deben emplear para reemplazar los ingresos medicamente necesarios del paciente. Los servicios de observación de pacientes externos no se deben emplear a conveniencia del

Revisión	0.0	Fecha de vigencia:	11/7/24
Aprobado por:		El Comité de Gestión de la Utilización	

	Política Núm:	MMP-HS-19-00	Página Núm.: 9 de 16
Nombre de la Política:	Política sobre la Regla de Dos Medianoches de Ingreso de Pacientes		
Reglas Citadas:	42 CFR §412.3: https://www.ecfr.gov/current/title-42/section-412.3 Sección 1852(g)(1)(A) de la Ley del Seguro Social: Social Security Act §1852 (ssa.gov) 42 CFR § 422.101(c): https://www.ecfr.gov/current/title-42/section-422.101 Base de Datos de Cobertura por Medicare: MCD Search (cms.gov)		

	hospital, de sus médicos, del miembro, ni de los familiares de los miembros, ni tampoco cuando se espera la asignación a otro centro de salud. Los servicios de observación de pacientes externos tienen que aplicar específicamente al miembro y no son parte del procedimiento operativo estándar del centro ni tampoco del protocolo del diagnóstico que se ha dado.
--	---

Traslados:

Los empleados que realizan la revisión concurrente manejarán los traslados de acuerdo con lo siguiente:

- Se podrá tener en cuenta el tiempo anterior al traslado y los cuidados prestados al miembro en el centro inicial o en el de traslado cuando se determina que se cumplió con el referente de dos medianoches.
- El tiempo del traslado se comienza a contar a partir de los cuidados en el centro inicial o en el de traslado
- Hay que excluir los tiempos de espera excesivos o el tiempo pasado en el centro por servicios que no son médicamente necesarios.

Se le deben pedir las historias clínicas al centro que realiza el traslado para justificar la necesidad médica de los servicios que se prestaron y verificar cuándo comenzaron los cuidados del miembro.

Documentación clínica

La enfermera/empleado revisor médico correspondiente de Leon mencionará el proceso jerárquico clínico actual que adoptó Leon Health Plan cuando llevó a cabo la revisión.

Cuando se trata de la revisión correspondiente al paciente ingresado, el revisor:

- Validará si el miembro cumple con los requisitos necesarios (idoneidad)

Revisión	0.0	Fecha de vigencia:	11/7/24
Aprobado por:		El Comité de Gestión de la Utilización	

	Política Núm:	MMP-HS-19-00	Página Núm.: 10 de 16
Nombre de la Política:	Política sobre la Regla de Dos Medianoche de Ingreso de Pacientes		
Reglas Citadas:	42 CFR §412.3: https://www.ecfr.gov/current/title-42/section-412.3 Sección 1852(g)(1)(A) de la Ley del Seguro Social: Social Security Act §1852 (ssa.gov) 42 CFR § 422.101(c): https://www.ecfr.gov/current/title-42/section-422.101 Base de Datos de Cobertura por Medicare: MCD Search (cms.gov)		

- Validará el estatus del proveedor o profesional que se va a contratar o no se va a contratar
- Usando InterQual, llevará a cabo la revisión primaria de necesidad médica:
 - Seleccionará el grupo general o subgrupo más adecuado según los síntomas/hallazgos de que se necesitan los servicios hospitalarios
 - Seleccionará y aplicará el día episodio adecuado
 - Seleccionará el nivel de cuidados: Observación, agudo, intermedio o crítico
 - Seleccionará los criterios que se aplican al caso que se revisa
 - Llevará a cabo la revisión secundaria, si es necesaria
 - Incluye en la comunicación al segundo revisor la Norma de Cobertura de Medicare, Regla Federal (CFR) o estatuto adecuado.

I. Casos de revisión concurrente de pacientes ingresados

- a. Al avisarse del ingreso al plan de salud, el caso de paciente ingresado del miembro se transfiere a la enfermera de revisión concurrente de gestión de la utilización para la revisión inicial y concurrente.
- b. La enfermera de revisión concurrente de gestión de la utilización es la responsable de recopilar del médico y/o centro que le presta el servicio al miembro la información clínica específica del paciente. La información se puede enviar por fax, telefónicamente, electrónicamente u obtenerse en el mismo centro cuando corresponda.
- c. La enfermera de revisión concurrente de gestión de la utilización es la responsable de llevar a cabo la gestión de la revisión concurrente del paciente ingresado y la planificación del alta, inclusive los referidos a Gestión de Cuidados (“CM”) cuando corresponda.
- d. La revisión inicial y concurrente se lleva a cabo empleando orientaciones clínicas basadas en la evidencia. La información clínica recibida se revisará, cotejándose con esta política, en todos los ingresos hospitalarios. La enfermera de revisión concurrente de gestión de la utilización llevará a cabo el proceso siguiente para documentar el resultado determinado en el sistema de gestión de cuidados:

Revisión	0.0	Fecha de vigencia:	11/7/24
Aprobado por:		El Comité de Gestión de la Utilización	

	Política Núm:	MMP-HS-19-00	Página Núm.: 11 de 16
Nombre de la Política:	Política sobre la Regla de Dos Medianoche de Ingreso de Pacientes		
Reglas Citadas:	42 CFR §412.3: https://www.ecfr.gov/current/title-42/section-412.3 Sección 1852(g)(1)(A) de la Ley del Seguro Social: Social Security Act §1852 (ssa.gov) 42 CFR § 422.101(c): https://www.ecfr.gov/current/title-42/section-422.101 Base de Datos de Cobertura por Medicare: MCD Search (cms.gov)		

1. Documentar claramente la información clínica empleada para justificar la revisión
2. Documentar claramente las normas de cobertura de Medicare, las reglas federales ("CFR"), el estatuto, las normas de ejercicio clínico, según las políticas de LHP e InterQual® que justifican el resultado determinado
3. El resultado determinado (favorable o adverso)
4. El caso que no cumpla con los criterios de las normas clínicas se referirá al Director Médico para que tome la determinación definitiva sobre el resultado, según la política de Revisión de Referidos al Director Médico
5. Determinación definitiva sobre el resultado, si el caso se le refiere al Director Médico
6. Aviso al proveedor o profesional del resultado determinado, en lo que se debe incluir:
 - a) La fecha/hora del aviso de la determinación
 - b) A quién se le dio la información, y la modalidad de notificación: Telefónicamente, por fax y/o medios electrónicos
 - c) La próxima fecha de revisión, si corresponde
 - d) Si el resultado determinado fue el de denegación, se le debe transmitir al proveedor/profesional la oportunidad entre iguales ("Peer-to-Peer") con instrucciones y número telefónico de llamar para solicitar
- e. Llevar a cabo las actividades siguientes es responsabilidad de la enfermera de revisión concurrente de gestión de la utilización:
 1. Identificar los ingresos electivos, si se necesitó la autorización previa. Si no hay autorización archivada, el caso debe referirse al Director Médico para que lo revise y tome la determinación sobre el resultado.
 2. Verificar los códigos de procedimientos y servicios que solicitó el proveedor/profesional, inclusive los códigos de ingresos monetarios ["income"]

Revisión	0.0	Fecha de vigencia:	11/7/24
Aprobado por:		El Comité de Gestión de la Utilización	

	Política Núm:	MMP-HS-19-00	Página Núm.: 12 de 16
Nombre de la Política:	Política sobre la Regla de Dos Medianoches de Ingreso de Pacientes		
Reglas Citadas:	42 CFR §412.3: https://www.ecfr.gov/current/title-42/section-412.3 Sección 1852(g)(1)(A) de la Ley del Seguro Social: Social Security Act §1852 (ssa.gov) 42 CFR § 422.101(c): https://www.ecfr.gov/current/title-42/section-422.101 Base de Datos de Cobertura por Medicare: MCD Search (cms.gov)		

(tipo de cama dada en el ingreso) con el número de unidades (días) identificado en la historia clínica del miembro.

3. Identificar e ingresar los códigos de diagnóstico que faltan, inclusive actualizar el diagnóstico hecho al ingresar con el diagnóstico primario y los diagnósticos secundarios, una vez confirmados.
4. Monitorear el estatus de inscripción e idoneidad (“elegibilidad”) del miembro a lo largo de la estancia del ingreso del miembro para garantizar que los beneficios se apliquen adecuadamente.
5. Documentar la estancia inicial y la duración restante de la misma (“LOS”), las revisiones de historias y valoraciones del miembro, según lo señalan las Rondas a Pacientes Ingresados, y los cambios de estatus, en lo que podría figurar:
6. Obtener la información clínica específica que justifica la necesidad médica de que continúe la estancia, según se determina en las normas aprobadas sobre los criterios.
7. Asistir en la decisión de darle el alta y/o hacer las transiciones de los cuidados del miembro.
8. Identificar, documentar y reportar todo padecimiento adquirido en el hospital (“HAC”),
refiriendo todos los casos correspondientes a Inquietudes por la Calidad de Cuidados (Quality-of-Care Concerns).
9. Identificarle y coordinarle al miembro lo que se necesite para el alta a fin de que la transición de cuidados se realice sin novedad cuando ocurra el alta.
10. Hacer referidos a Gestión de Cuidados (“Care Management”), si se determina que el miembro podría necesitar la participación del servicio de Gestión de Cuidados para planificar el alta (por ejemplo, el miembro ya está en el programa CM o Gestión de Cuidados o al miembro se le identifica como más vulnerable, servicios prestados de cuidados complejos o de suma alta de dinero):

Revisión	0.0	Fecha de vigencia:	11/7/24
Aprobado por:		El Comité de Gestión de la Utilización	

	Política Núm:	MMP-HS-19-00	Página Núm.: 13 de 16
Nombre de la Política:	Política sobre la Regla de Dos Medianoche de Ingreso de Pacientes		
Reglas Citadas:	42 CFR §412.3: https://www.ecfr.gov/current/title-42/section-412.3 Sección 1852(g)(1)(A) de la Ley del Seguro Social: Social Security Act §1852 (ssa.gov) 42 CFR § 422.101(c): https://www.ecfr.gov/current/title-42/section-422.101 Base de Datos de Cobertura por Medicare: MCD Search (cms.gov)		

- i. Si se identifica que ya el miembro está en el programa CM, hay que avisarle al Mánager de Cuidados que se ha asignado.
- f. La enfermera de revisión concurrente de Gestión de la Utilización se apegará a los plazos siguientes en los casos de revisiones de casos y determinación de resultados cuando se trate de ingresos de emergencia/urgencia:
 - Las revisiones de caso iniciales/concurrentes se llevarán a cabo dentro de 24 a 48 horas a partir del aviso del proveedor/profesional.
 1. Si hay suficiente información clínica para justificar la revisión de necesidad médica, el resultado determinado se le comunicará al proveedor/profesional dentro de las primeras 24 horas a partir de que se haya terminado la revisión.
 2. Si hay información insuficiente para llevar a cabo la revisión inicial/concurrente, la enfermera de revisiones concurrentes de Gestión de la Utilización seguirá el procedimiento según la política de falta de información y señalará el resultado determinado dentro de un plazo no mayor a las 72 horas contadas a partir del aviso del ingreso.
- g. Las revisiones para extender los servicios autorizados no se suelen hacer a diario, sino que la frecuencia se basa en la complejidad del caso y gravedad del estado del miembro, así como en los convenios contractuales. A los médicos y proveedores/profesionales se les dan instrucciones de comunicar la información clínica sobre la necesidad de extender los servicios antes de que se venza el período de autorización anterior.
- h. Utilizando las aplicaciones de LHP, la revisora concurrente documenta:
 1. La información clínica adecuada
 2. Los criterios empleados, inclusive la fecha/versión
 3. El resultado de la revisión
 4. La oferta entre iguales (“Peer-to-Peer”), cuando corresponda

Revisión	0.0	Fecha de vigencia:	11/7/24
Aprobado por:		El Comité de Gestión de la Utilización	



**Política
Núm:**

MMP-HS-19-00

Página Núm.: 14 de 16

**Nombre de la
Política:**

Política sobre la Regla de Dos Medianoche de Ingreso de Pacientes

Reglas Citadas:

42 CFR §412.3: <https://www.ecfr.gov/current/title-42/section-412.3>
Sección 1852(g)(1)(A) de la Ley del Seguro Social: [Social Security Act §1852 \(ssa.gov\)](https://www.ssa.gov/policy/docs/ssps/chapter18.html)
42 CFR § 422.101(c): <https://www.ecfr.gov/current/title-42/section-422.101>
Base de Datos de Cobertura por Medicare: [MCD Search \(cms.gov\)](https://www.cms.gov/mcd/)

- i. La determinación mediante la revisión concurrente se basa en información médica recibida del proveedor/profesional cuando se prestan los cuidados médicos y en los criterios clínicos que hay que seguir basados en la evidencia.
- j. La enfermera de revisión concurrente de la Gestión de la Utilización podría tener que pedir al proveedor/profesional solicitante más información clínica para determinar si hay necesidad médica y se necesitan los servicios adecuados solicitados, según la política sobre la falta de información.
- k. Si después de revisar toda la información clínica, la enfermera de revisión concurrente de Gestión de la Utilización no puede autorizar la estadía extendida del miembro, se refiere el caso y la información clínica al Director Médico de LHP, según la política de revisión del Director Médico.
- l. La reducción del nivel de cuidados o el fin de los servicios del miembro por falta de información clínica para justificar la continuación de la estadía se decide en el plazo que le dé cabida a la solicitud del miembro/proveedor y se reciba la determinación de la revisión (apelación) antes de la reducción o fin, según las normas reglamentarias de los CMS, ver la política sobre el Aviso de Determinaciones de Resultados de Medicare.
 - Hay que darles aviso por escrito al miembro y al proveedor/profesional, según sea necesario, de acuerdo con el estado de salud del miembro, aunque no después de 72 horas a partir de recibir la solicitud de extensión
 - Si LHP les da aviso verbal de su decisión al miembro y al proveedor, tiene que entregar confirmación por escrito de su decisión dentro de 3 días calendario a partir del aviso verbal.
 - La enfermera de revisión concurrente de Gestión de la Utilización es la responsable de iniciar que se genere y garantizar que se elabore la carta de aviso sobre el resultado determinado cuando corresponda.
- m. Todos los resultados de estadías continuadas se le comunican al proveedor/profesional que los solicitó, centro o miembro ya sea telefónicamente, por fax, por escrito o por interfaz electrónica, según se defina en el convenio contractual de LHP y/o conforme a las leyes estatales.
- n. La reducción en el nivel de cuidados, de Paciente Ingresado a estar en Observación, se

Revisión

0.0

Fecha de vigencia:

11/7/24

Aprobado por:

El Comité de Gestión de la Utilización

	Política Núm:	MMP-HS-19-00	Página Núm.: 15 de 16
Nombre de la Política:	Política sobre la Regla de Dos Medianoches de Ingreso de Pacientes		
Reglas Citadas:	42 CFR §412.3: https://www.ecfr.gov/current/title-42/section-412.3 Sección 1852(g)(1)(A) de la Ley del Seguro Social: Social Security Act §1852 (ssa.gov) 42 CFR § 422.101(c): https://www.ecfr.gov/current/title-42/section-422.101 Base de Datos de Cobertura por Medicare: MCD Search (cms.gov)		

basa en la información médica recibida del proveedor/profesional cuando se prestan los cuidados médicos y en los criterios clínicos basados en la evidencia.

- Utilizando InterQual, la enfermera de revisión concurrente de Gestión de la Utilización lleva a cabo la revisión primaria según la necesidad médica:
 - Selecciona el grupo general o subgrupo más adecuado basándose en los síntomas/hallazgos respecto a la necesidad de servicios hospitalarios
 - Selecciona y aplica el día episodio correspondiente
 - Selecciona el nivel de cuidados solicitado: Agudo, intermedio o crítico
 - Selecciona los criterios que se aplican el caso que se revisa

Lleva a cabo la revisión secundaria (si se necesita)

- Incluye en la comunicación al revisor secundario las Normas de Cobertura correspondientes de Medicare, la regla federal (CFR) o el estatuto.

- o. Si después de llevar a cabo la revisión primaria por necesidad médica la enfermera de revisión concurrente de Gestión de la Utilización no puede autorizar lo del miembro a nivel inicial, según se solicitó, el caso y la información clínica (inclusive la justificación mediante el resultado determinado por InterQual), se refieren al Director Médico de LHP para revisión, según la política de Revisión del Director Médico, la norma de cobertura correspondiente de Medicare, la regla federal (CFR), el estatuto o las normas de ejercicio clínico.

Revisión	0.0	Fecha de vigencia:	11/7/24
Aprobado por:		El Comité de Gestión de la Utilización	

	Política Núm:	MMP-HS-19-00	Página Núm.: 16 de 16
Nombre de la Política:	Política sobre la Regla de Dos Medianoches de Ingreso de Pacientes		
Reglas Citadas:	42 CFR §412.3: https://www.ecfr.gov/current/title-42/section-412.3 Sección 1852(g)(1)(A) de la Ley del Seguro Social: Social Security Act §1852 (ssa.gov) 42 CFR § 422.101(c): https://www.ecfr.gov/current/title-42/section-422.101 Base de Datos de Cobertura por Medicare: MCD Search (cms.gov)		

4.0 HISTORIAL DE REVISIONES

Fecha	Revisión	Descripción del cambio
11/7/24	0.0	Creación

5.0 PREGUNTAS

Dirija las preguntas acerca de esta política a Servicios de Salud (Health Services)

Revisión	0.0	Fecha de vigencia:	11/7/24
Aprobado por:		El Comité de Gestión de la Utilización	