



Guía para el Establecimiento de Práctica Privada para Nutricionistas-Dietistas en Puerto Rico



Revisión:

Lcda. Saimyliz Rivera Cordero

Lcda. Ileana Feliciano Aguilar

**Dra. Celia Mir,
Presidente 2021-2022**

Mayo 2022

Documento creado con derechos de autor del Colegio de Nutricionistas y Dietistas de Puerto Rico 2022.

TABLA DE CONTENIDO

Prólogo	4	
Relevo de Responsabilidad	5	
Introducción	6	
Estableciendo la Práctica Privada	7-12	
Selección de la localidad/ Tipos de localidad y requisitos	7	
Selección del Mobiliario y Equipos	8	
Documentos para la consulta nutricional en Práctica Privada	9	
Expediente de Salud	11	
Proceso educativo del paciente/cliente	12	
Manual de Normas y Procedimiento	12	
Estableciendo Tipos de Negocio Práctica Privada	13-23	
Práctica Privada Pago directo del paciente/cliente	13	
Rotulación Práctica Privada	14	
Nutricionistas - Dietista como proveedor (ra) Planes Médicos	15	
Contratación para ser proveedor (ra) de Planes Médicos	15	
Proceso de Facturación a las Aseguradoras de Salud	18	
TeleNutrición/ TeleSalud	24-28	
Disposición del Reglamento para el Uso de la Estampilla en TeleNutrición	27	
ANEJOS “templates”	29	
Referencias	37	

PRÓLOGO

La Guía para el establecimiento de Práctica Privada (GPP) se ha trabajado y actualizado en varias ocasiones. Se comenzó a estructurar en el 2012-2013. En este primer borrador trabajaron las licenciadas Alma Lozada y Mayda Acevedo. Su primera publicación formal fue en el 2014. Esa edición fue preparada por; Lcda. Mayda Acevedo, Lcda. Ileana Camacho, Lcda. Gladys Díaz y la Lcda. Hilda Rosario. El propósito de la Guía de Práctica Privada es brindar una base para que el Nutricionista-Dietista emprenda en la Práctica Privada. En los últimos años se ha observado un incremento en el interés de colegas en establecer su Práctica Privada, además las aseguradoras de salud han ampliado sus cubiertas para la Terapia Médico Nutricional (TMN).

Debido a los cambios acelerados en los pasados años en la Práctica Privada como negocio y nuevas tendencias y reglamentaciones en la industria de la facturación a planes médicos, la Lcda. Saimyliz Rivera Cordero Vocal Sector Privado y la Lcda. Ileana Feliciano Aguilar, por encomienda nuevamente de la Dra. Celia Mir, Presidente del Colegio de Nutricionistas y Dietistas de PR (CNDPR), realizaron una revisión detallada y actualización del contenido de la Guía. Se añadieron otros ángulos importantes para el continuo crecimiento del profesional y posicionarnos en la comunidad como pieza clave en el cuidado de salud de nuestros pacientes/clientes. Nuestro propósito es brindar una Guía básica de los distintos aspectos que incluye establecer una Práctica Privada. Es una meta que se puede lograr. Requiere esfuerzo y dedicación, y sabemos que para nuestros colegas es un paso muy importante. Queremos que usted se sienta capaz de lograr este objetivo y confiamos en que esta Guía para el Establecimiento de Práctica Privada para Nutricionistas-Dietistas en Puerto Rico, le sea de ayuda.



RELEVO DE RESPONSABILIDAD

La información en esta Guía, al igual que las referencias aquí presentadas pueden cambiar en cualquier momento. Sugerimos estar pendiente a cada actualización de éstas.

Las autoras, los editores y la Junta de Gobierno del CNDPR no se responsabilizan por las futuras actualizaciones del contenido de la Guía. Los usuarios asumirán la responsabilidad de estar actualizados.

Esta Guía te da una idea general de pasos a seguir. No pretende certificarte como facturador. Tampoco garantiza que cuando usted realiza por cuenta propia la gestoría no surjan otros requisitos por las aseguradoras y otras agencias reguladoras.

Si decide facturar a planes médicos, se recomienda buscar asesoría de personas que tengan peritaje en Administración Médica y Facturación.

Esta Guía no abarca todas las leyes y/o permisos requeridos. Los mismos pueden variar según el escenario de trabajo y/o área geográfica, entre otras.



INTRODUCCIÓN

En la siguiente Guía usted puede encontrar información útil con todos los aspectos básicos para establecer y desarrollar una Práctica Privada como Profesional de Nutrición y Dietética. El Colegio de Nutricionistas y Dietistas de Puerto Rico (CNDPR) desea brindarles este servicio.

En los últimos años hemos observado un aumento significativo en la cantidad de Nutricionistas-Dietistas que deciden dedicarse a la Práctica Privada de tiempo completo o a tiempo parcial. Algunas de las características que usted debe tener para asumir este reto son, pero no se limitan; responsabilidad, constancia, conocimiento de las leyes relacionadas saber trabajar bajo presión, organización, entre otras. Si tiene estas características y siempre ha tenido el sueño de empezar su Práctica Privada, ya sea recién graduado o lleve años en la profesión le invitamos a leer y evaluar esta Guía. Comenzar es el primer paso.

¡Todo Nutricionista-Dietista colegiado es bienvenido a ejercer en Práctica Privada!



ESTABLECIENDO LA PRÁCTICA PRIVADA A NIVEL INDIVIDUAL

1. Selección de una localidad:

a. Individual

- Compra de local
- Renta de oficina
- Especialista provea un espacio con o sin costo

Luego de obtener todas las credenciales para ejercer como Nutricionista-Dietista en PR, el siguiente paso es, obtener una localidad, la cual puede realizar sus servicios de manera individual o compartida con algún colega, médico u otro.

2. Tipos de Localidad y Requisitos:

- a. Propietario de un local: Ser accesible para impedidos, rampa, baño para pacientes, rotulado salidas, extintores, agua potable, energía eléctrica, internet, muebles, otros.
- b. Renta local: Contrato arrendamiento, permiso de uso, permiso único y todo lo indicado en el punto a.
- c. Renta de oficina y/o espacio:
 - i. Con costo: Contrato arrendamiento, no necesita permiso uso si es una oficina existente.
 - ii. Libre de costo: Carta del propietario autorizando el uso de la localidad.

3. Equipos y Mobiliarios:

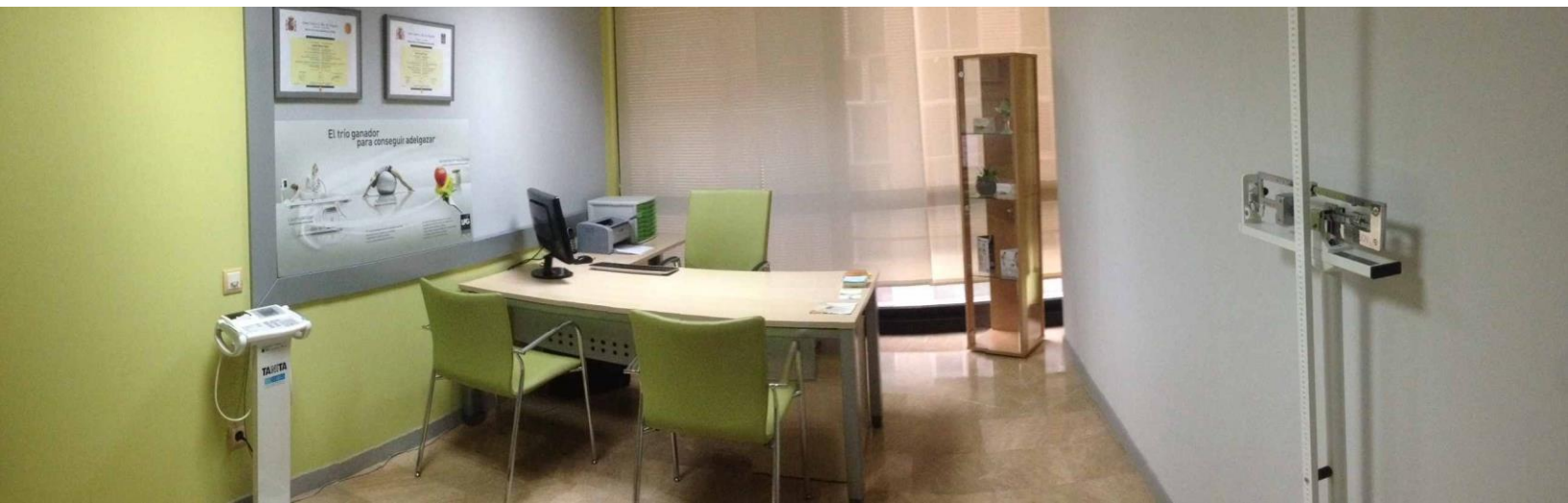
Todo el equipo de su oficina va a depender principalmente de su espacio y concepto del diseño. El espacio debe ser suficiente para cumplir con la ley HIPAA y considerar las limitaciones físicas del paciente/cliente y/o población a servir.

Nota: se rinde una planilla anual por equipos y mobiliarios al CRIM Mueble. Si la oficina es rentada y el mobiliario no le pertenece, no requiere rendir dicha planilla y/o rendirla en cero. Un contable le puede ofrecer más información sobre este particular.



- **Lista de equipos y mobiliario sugeridos:**

- ◇ Área de recepción
- ◇ Sillas en sala de espera
- ◇ Asiento para el paciente sin brazos de acuerdo con la población a servir:
 - ◇ **Población bariátrica:** sillas soporten más de 500 libras,
 - ◇ **Población pediátrica:** sillas pequeñas.
- ◇ Escritorio para el Nutricionista-Dietista
- ◇ Silla para el Nutricionista-Dietista
- ◇ Asiento para el/los acompañantes
- ◇ Área para guardar archivos o documentos importantes
- ◇ Sistema de digitalización de expedientes
- ◇ Computadora
- ◇ Servicio de Internet
- ◇ Teléfono
- ◇ Báscula clínica (Puede considerar una báscula que provea información de composición corporal como masa muscular, grasa, porcentaje de agua entre otros.
 - ◇ **Población bariátrica:** báscula 500 libras o más capacidad.
 - ◇ **Población pediátrica:** Báscula de mesa para infantes
- ◇ Cintas antropométricas.
- ◇ Tarjetas para anotarle al paciente la próxima cita.
- ◇ Otros.



4. Documentos para la consulta nutricional en Práctica Privada

Es de suma importancia que todo documento que contenga información acerca del paciente/cliente cumplan con leyes de confidencialidad.

a. Documentos del expediente Administrativo

◇ Ejemplos:

- ◇ Información demográfica del paciente
- ◇ Historial Médico
- ◇ Historial Familiar
- ◇ Historial Nutricional
- ◇ Gustos y Preferencias (utilizar el medio que usted prefiera como: registro de ingesta de 24 horas, diario de 3 días de alimentos, frecuencia de ingesta de alimentos).
- ◇ Documento explicativo de la ley HIPAA (*Health Insurance Portability and Accountability Act Public Law*).
- ◇ Consentimiento del Tratamiento Médico-Nutricional.
- ◇ Política de pago por servicios prestados
- ◇ Política de cancelación de citas.
- ◇ Consentimiento de firmas electrónicas (si aplica).
- ◇ Otros.

b. Documentos del expediente para la intervención clínica*

- ◇ Estampilla del CNDPR y bitácora.
- ◇ Hoja de Evaluación Inicial y Seguimiento
- ◇ Tablas de crecimiento para infantes/niños/adolescentes del CDC u WHO.
- ◇ Recetario con logo, dirección física, nombre del proveedor, NPI, licencia. Pre-impreso para suplementos y/o laboratorios.
- ◇ *Según establecido en el 2004 cuando se enmienda de la Ley 82 del 31 mayo 1972. Basic Metabolic Panel (BMP) y Lipid Profile.*



Ejemplo: Orden para laboratorios

<p>Lcda. _____</p> <p>Tel: <u>xxx-xxx-xxxx</u></p> <p>Dirección de la oficina</p> <p>Email: <u>xxxxxxx</u></p> <hr/> <p>Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____</p> <p>Edad: _____</p> <p>Fecha de Nacimiento: _____</p> <p> </p> <p>RX</p> <p>BMP</p> <p>Lipid Panel</p> <p style="text-align: center;">NOTE: ICD-10: E78.5</p> <p style="text-align: center;">FIRMA</p> <hr style="width: 20%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">Lcda. Nutricionista Dietista Lic. NPI:</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>Coloque su logo aquí</p> </div>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Adjunto a este documento puede encontrar otros ejemplos de “templates” o planillas, que puede utilizar como referencia.*



5. Expediente de Salud

Es importante saber de antemano que modalidad de expediente de salud que va utilizar. Tenemos dos modalidades, puede ser de manera electrónica o de manera físico/manual.

◇ Expediente Físico/Manual

- a. Necesitas cartapacio 8.5 x 11, sostenedores, perforadora de papeles, computadora, impresora, acceso al internet. Además, se requiere:
 - ◇ Ejemplo: lado izquierdo cartapacio información demográfica y otros documentos administrativos.
 - ◇ Lado derecho cartapacio, documentos clínicos como notas de progreso, copia referidos contestados, laboratorios.
- b. Crear un protocolo para crear el número del expediente y en qué orden van los documentos.
- c. Delinear la manera de archivar ya sea en orden de letras, nombres o secuencia de números.
- d. Entregue al paciente el número de expediente para que sea más sencillo a la hora de buscarlo.
- e. Asigne un área para archivar que puedas cerrar con llave, no este accesible a personal no autorizado.
 - ◇ Recomendamos llevar una bitácora en Excel para poder tener la lista de sus pacientes en orden de fecha, número de expediente.

◇ Expediente Electrónico

- a. Se requiere herramientas básicas como una computadora, impresora, acceso al internet:
- b. De los expedientes de salud electrónicos más utilizados por los Nutricionistas Dietistas en la actualidad (2022) lo son:
 - ◇ “KALIX”
 - ◇ “HEALTHIE”
- c. Es importante realizar un estudio del Expediente de Salud médico electrónico, el mismo tiene que cumplir con la ley HIPAA.
- d. Debes contar con un método de digitalización de documentos para guardar la información del paciente.
- e. Entre los mayores beneficios de utilizar Expediente de Salud Electrónico son: menos uso de papel, contienen el programa de TeleNutrición, incluye calendario, envío y recibo de documentos firmados por el paciente a través de la aplicación, incluye plantillas de documentos, cálculos nutricionales automáticos entre otros.
 - ◇ Debes estudiar tu tipo de población antes de considerar la TeleNutrición.

6. Proceso educativo del paciente/cliente:

Es importante entender que el proceso educativo de cada paciente/cliente es uno individual y no se debe comparar. Es nuestra tarea buscar las herramientas necesarias para transmitir el mensaje de una manera adecuada para el paciente. La modalidad puede ser, visual, ilustrativo, escrito. A continuación, se mencionan algunas opciones que debes tener para completar la educación del paciente.

- ◇ Modelos de alimentos
- ◇ Plan nutricional simple con un tamaño adecuado de al menos 14.
- ◇ Libro de etiquetas nutricionales.
- ◇ Hojuelas educativas de distintas enfermedades crónicas.
- ◇ Hojuelas educativas de cambios de hábitos alimentarios.
- ◇ Hoja de acuerdos de tres metas realistas con el paciente.
- ◇ Lista de intercambio de alimentos.
- ◇ Para pacientes no lean y/o no escriban, es importante contar con material visual como un plato saludable para poder entregar y explicar al paciente.
- ◇ Tarjeta de calendario de próximas citas.

7. Manual de Normas y Procedimientos

- ◇ Debes realizar un protocolo el cuál ayude tanto a ti como Nutricionista como a tu equipo de trabajo a la hora de la visita del paciente, el mismo debe incluir lo siguiente:
 - ◇ Horario de la oficina.
 - ◇ Tiempo que tardas en citas iniciales y citas de seguimiento.
 - ◇ Color de bolígrafo el cuál debe ser negro o azul.
 - ◇ Planes médicos que son aceptados.
 - ◇ Métodos de pago por servicios prestados.
 - ◇ Momento de cobro del servicio. Se recomienda cobrar antes de ofrecer el servicio.
 - ◇ Proceso de confirmación de citas. Ejemplo: cobro por separar espacio cita.
 - ◇ Documentos que deben ser completados en la visita inicial.
 - ◇ Reglas generales sobre pacientes pediátricos.
 - ◇ Solicitar laboratorios de no más de 6 meses.
 - ◇ Pacientes que necesitan referido médico.
 - ◇ Que planes médicos acepta y cubiertas. Actualizar anualmente.



ESTABLECIMIENTO TIPO DE NEGOCIO PRÁCTICA PRIVADA

8. Existen dos métodos de como Facturar la Terapia Médico Nutricional al paciente/cliente en Práctica Privada
- Paciente/cliente Privado:** Es el que paga directo el servicio sin que medie una aseguradora o terceros.
 - Factura a los Planes Médicos:** es cuando se tiene contratación con aseguradoras, y son ellos quienes pagan el servicio nutricional.

◇ **Paciente/cliente Privado**

Si usted ofrece servicios facturándole de manera privada directo al paciente usted requiere tener:

- ◇ Credenciales Nutricionista-Dietista licenciada para ejercer la profesión en PR al día.
- ◇ Membresía Colegiado Nutricionistas y Dietistas PR
- ◇ Numero de NPI “*National Provider Identification*”
- ◇ Póliza de impericia
- ◇ Estampillas del CNDPR (ofrece calculo)
- ◇ Certificado Ley HIPAA, Fraude y Abuso (anual)

Recomendamos se cobre el servicio antes de ver al paciente. El servicio tiene que ser pagado en su totalidad. Es importante considerar la escala de cobro sugeridos por el CNDPR para los servicios prestados. El precio que usted determine puede depender del tipo de material a discutir, ubicación de la oficina, nivel socioeconómico entre otros.

- ◇ Tarifas sugeridas por el CNDPR, según la Carta #2 de la Junta de Gobierno 2021-2022 del 20 de octubre de 2021.
- ◇ Visita inicial (sin plan médico) 1 hora \$60.00- \$100.00
- ◇ Visita de seguimiento (sin plan médico) 20-30 minutos \$30.00 - \$50.00
- ◇ Atención grupal cada 30 minutos/pt \$12.00 - \$30.00



Rotulación dentro de la oficina:

- ◇ Método de pago: En la localidad u oficina se requiere tener rotulo anunciando el método de pago disponible, colocar en un lugar visible. Por ley debes tener al menos dos métodos de pago.
- ◇ Ejemplo rotulo métodos de pago: Aceptamos Efectivo, ATH, *ATH Móvil Business*, Giro postal, Visa, MasterCard.
- ◇ Visible: Patente, Permiso de Uso (OGP), Póliza Fondo Del Seguro Del Estado, certificado de salud, otros.
- ◇ Rótulos donde están la/las salidas,
- ◇ Rotulación de los Extinguidores,
- ◇ Identificar el baño,
- ◇ Carta de Derechos del Paciente, debe colocar en un lugar visible, sala de espera, adjunto poster en español de la Carta De Derechos Del Paciente.
- ◇ Otros.

Recibo por servicios prestados:

Recibo disponible para el paciente, electrónico del expediente o manual, a continuación, contenido del recibo:

- ◇ Fecha del servicio:
- ◇ Servicio prestado:
 - ◇ Visita Inicial Nutricionista
 - ◇ Visita seguimiento
 - ◇ Prueba % Grasa Corporal
- ◇ Nombre del paciente:
- ◇ Nombre del nutricionista:
- ◇ NPI:
- ◇ Firma y licencia

Se recomienda tenga la dirección física de donde se ofreció el servicio.

OFICINA del PROCURADOR del PACIENTE
Gobierno de Puerto Rico

Ley Núm. 194 - 2000, según enmendada

CARTA DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

TUS DERECHOS

- Derecho a una alta calidad de servicios de salud.
- Derecho en cuanto a la obtención y divulgación de información.
 - Recibir información sobre planes médicos, facilidades y profesionales de la salud.
- Derechos en cuanto a la selección de planes y proveedores.
 - Seleccionar a su médico primario, proveedores de salud y especialistas de su preferencia de un listado de proveedores de la aseguradora.
- Continuidad de servicios de cuidado de salud.
 - Continuar recibiendo servicios de cuidado de salud a partir de la cancelación o terminación del plan de salud por un periodo transición de noventa (90) días.
- Acceso a servicios y facilidades de emergencia.
 - Ser atendido en sala de emergencia sin necesidad de referido o autorización de su médico primario o aseguradora.
- Participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento.
- Derechos en cuanto a respeto y trato igual.
 - Ser tratado con respeto, no ser discriminado y recibir trato igual por cualquier profesional de la salud.
- Derechos en cuanto a la confidencialidad de la información y registros médicos.
 - Comunicarse libremente con su proveedor de servicios de salud, y tener acceso a su récord médico y su información médica se mantenga confidencial.
- Derechos en cuanto a quejas y agravios.
 - Presentar reclamaciones o quejas ante la Oficina del Procurador del Paciente para resolver situaciones sobre sus servicios de salud.

TUS RESPONSABILIDADES

- Proveer información detallada sobre su condición actual de salud, enfermedades anteriores, medicamentos, hospitalizaciones y asuntos relacionados.
- Reportar los cambios en su condición de salud o profesional de la salud a cargo de su tratamiento.
- Informar a su médico que usted comprendió claramente las indicaciones para tratar su condición de salud.
- Proveer copia escrita de las instrucciones sobre su deseo de tratamiento médico futuro sobre la prolongación de su vida.
- Informar a su médico si ha problema con el tratamiento indicado.
- Conocer la situación con proveedor de ser eficiente y justo al proveer cuidado a otros pacientes.
- Hacer arreglos para que las comodidades del hospital, pacientes médicos y otros empleados no se vean afectadas por su conducta.
- Proveer información necesaria sobre planes médicos y colaborar con el proveedor cuando sea necesario para pagar todas las cuentas y facturas que se le han enviado.
- Reconocer el impacto que su estilo de vida está teniendo en su salud y asumir la responsabilidad de su cuidado. Es su responsabilidad cuidar su salud y la de su familia.
- Participar en toda decisión relacionada a su cuidado de salud.
- Informar a las autoridades sobre cualquier fraude o actuación impropia de la que tenga conocimiento con relación a los servicios y facilidades de salud médico-hospitalarias.
- Utilizar los mecanismos y procedimientos internos establecidos por el proveedor de cuidado de salud o del plan de salud para resolver diferentes problemas.
- Reconocer los riesgos y límites de la medicina y del profesional de la salud.
- Informarse sobre todo lo relacionado a su plan de salud.
- Cumplir con los procedimientos administrativos y operacionales de su plan de salud, proveedor de servicios y de los programas de beneficios de salud gubernamentales.

¡Oriéntate!
1-800-981-0031 (Isla)
(787) 977-1100 (Área Metro)
P.O. Box 11247 San Juan, Puerto Rico 00910-2344

Ejemplo Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente. Importante tener siempre el documento actualizado de la Oficina del Procurador del Paciente.

9. Nutricionista-Dietista como proveedor de planes médicos

Solicitar ser proveedor de planes médicos es un proceso complejo, que requiere de cierto peritaje en esa industria. No es que usted no lo pueda hacer, pero se recomienda invierta en un gestor para que esta persona sea quien realice todos los pasos de manera correcta y eficiente.

Tipos de Planes Médicos en PR

- ◇ Planes Médicos Privados
- ◇ Plan Medicare Tradicional
 - ◇ Solo parte B de Medicare
- ◇ Plan Medicare Advantage (MA)
- ◇ Plan de Salud del Gobierno “Reforma de Salud” (PSG)

Contratación planes médicos privados / comerciales

- ◇ Los planes comerciales son cubiertas para personas que trabajan y su patrono se los provee o que el empleado o individuo obtiene por pago directo. Actualmente Tricare, Mapfre, son planes comerciales que tienen cubierta por reembolso para algunas condiciones de salud. Se recomienda entregar un recibo por terapia nutricional y el paciente realice gestión con el plan médico para reembolso. Al momento de la revisión de esta guía, los planes comerciales que cubren terapia medico nutricional son:
 - ◇ First Medical (International Medical Card),
 - ◇ Humana,
 - ◇ MCS Life,
 - ◇ Prosam
 - ◇ Triple S Salud,
 - ◇ Otros

Las tarifas contratadas varían por cada plan y pueden ser distintas de un proveedor a otro, según especialidad y/o región.



Contratación Medicare Tradicional Parte B

- ◇ Se requiere completar la solicitud CMS 855I en línea o a papel en el portal PECOS. Con esta solicitud obtenemos el famoso PTAN #. Es importante tener una localidad establecida, un lugar donde ve los pacientes. Se requiere que la solicitud sea completada con información real, si por desconocimiento sea completada de manera incorrecta, esto le puede traer situaciones a futuro en la facturación y/o contratación con otros planes *Medicare Advantage*. La información del NPI tiene que estar actualizada.
- ◇ Cubierta *Medicare Part B (Medical Insurance)* solo a pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus o Enfermedad Renal Crónica (CKD), o trasplantado riñón en los pasados 36 meses.
- ◇ Esta cubierta se le conoce como la Regla de CMS .
- ◇ Solo pacientes con diagnostico Diabetes Mellitus, Problema Renal que no esté en diálisis o Trasplantado Riñón más de 36 meses.
 - ◇ Evaluación Nutricional Inicial cada 15 min hasta 3 horas primera visita.
 - ◇ Evaluación Nutricional Seguimiento cada 15 min hasta 2 horas al año.
 - ◇ Evaluación Grupal cada 30 min grupos de 2 o más pacientes.

Contratación Medicare Advantage (MA)

- ◇ Se requiere que sea proveedor de Medicare Tradicional, obtener el PTAN # y el #PEP *Medicaid*, luego podrá solicitar ser proveedor de los planes *Medicare Advantage*. Debe orientarse con las diferentes aseguradoras MA, cada una de estas tiene sus propios requisitos para ser proveedor.
 - ◇ Humana Medicare,
 - ◇ MCS Classicare,
 - ◇ MMM, PMC (MSO),
 - ◇ Triple S Advantage



Contratación Plan de Salud del Gobierno (PSG)

El Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, año 2018 surge este modelo de plan “Salud Vital”. Es aquel provisto por el gobierno para cubrir las necesidades de salud de los ciudadanos médico-indigentes y ciudadanos que cualifiquen por su nivel de ingreso. Este plan tiene cubiertos los servicios de nutrición, niños y adultos. Se requiere tener el # *PEP Enrollment Medicare*, requisito antes de solicitar PSG.

- ◇ MMM Vital
- ◇ First Medical Vital
- ◇ Triple S Vital
- ◇ Plan de Salud Menonita Vital

El PSG se factura por unidad de 15 minutos y actualmente la tarifa debe ser el 70% tarifa Medicare Tradicional. Importante solicitarle a cada aseguradora, el tarifario actualizado. Esto según establecido en el contrato o a través de algún comunicado por escrito dirigido a usted.

Facturación a Planes Médicos

- ◇ Es indispensable que en la prestación de la TMN se cumpla con todas las leyes y regulaciones de PR y EEUU.
- ◇ Enfatizamos que cuando se le va a facturar al plan, se asegure que ha documentado en el expediente clínico toda la intervención.
- ◇ Además, que culminó con el proceso de estampar según la ley que nos regula. Usted entiende que puede ser auditado al respecto tanto por el CNDPR, como por las aseguradoras.

Ser proveedor de las aseguradoras de salud y la facturación a los planes médicos requiere un conocimiento detallado sobre formatos específicos y codificaciones para realizarlo con un mínimo de error. Se recomienda tomar cursos de educación continuada en instituciones educativas que ofrecen dichos cursos en horarios flexibles. A continuación, se detallan los pasos a seguir para ser proveedor de planes médicos:

- ◇ Solicitar el National Provider Identifier (NPI) personal y de la oficina vía internet a través de <https://nppes.cms.hhs.gov>.
- ◇ Taxonomy code, es el número que mejor describe su clasificación y especialización. Puede tener más de un código, pero en NPI tienes que especificar cual es el primario.

Para ser proveedor del plan médico que usted decida aceptar, debe llenar una solicitud de contratación. Se le requerirán documentos, algunos de estos son, pero no se limitan a:

- ◇ Tarjeta de colegiación (CNDPR)
- ◇ Registro de Profesionales de la Salud
- ◇ Diplomas de Grado Académico
- ◇ Póliza de Impericia Médica
- ◇ Certificado de Buena Conducta
- ◇ Certificado de Good Standing – puede ser requerido por algunos planes médicos. El mismo lo expide la Junta Examinadora de Nutricionistas y Dietistas de Puerto Rico y tiene un costo de \$25.00
- ◇ Carta del banco con número de cuenta y de ruta de la cuenta

Para planes Medicare Advantage y Plan de Salud del Gobierno también conocido como el Plan Vital, además de los documentos mencionados arriba, necesita tener los siguientes:

- ◇ Solicitar #PTAN para ser proveedor de Medicare Tradicional Parte B a través de; <https://pecos.cms.hhs.gov/>
- ◇ Solicitar #PEP Medicaid Enrollment para poder solicitar Planes Médicos Advantage y Plan de Salud del Gobierno a través de; <https://medicaid.pr.gov>

Leer bien y firmar el contrato, observar la tarifa contratada. Si es aceptado como proveedor (ra), la aseguradora le envía una carta de bienvenida. Para realizar la re-credencialización, puede ser cada 3 años o según el tiempo estipulado por cada organización.

Métodos de Someter Facturas a los Planes Médicos


- ◇ A papel manual – Formulario 1500 CM
- ◇ Electrónico a través de un *Clearinghouse*

Es importante utilizar un sistema de facturación electrónica, este ayuda a mantener un control en el ciclo de retorno de ingresos, los sistemas utilizados por Nutricionistas en PR son compañías Inmediata y *Assertus*.

- ◇ Recomendamos contrate a un facturador (a) y usted invierta ese tiempo valioso en ver sus pacientes. Véalo como una inversión y no como un gasto.
- ◇ Siempre se factura por la tarifa contratada, nunca puedes facturar por lo que le pagan a otro colega. Consulta siempre y tenga sus contratos vigentes accesibles.
- ◇ Tenga disponibles cartas circulares donde validen que el servicio está cubierto y/o enmiendas hechas al servicio.
- ◇ Ejemplo: MCS Classicare, extendió su servicio de nutrición sin necesidad de diagnóstico Diabetes o Renal.

La aseguradora MMM, elimino el uso de referido a no platino y eliminó requerido de una pre-autorización para recibir la TMN.

Ejemplo: 1500 CM

 **HEALTH INSURANCE CLAIM FORM**
 APPROVED BY NATIONAL UNIFORM CLAIM COMMITTEE (NUCC) 02/12

PCIA PCIA

1. MEDICARE <input type="checkbox"/> MEDICAID <input type="checkbox"/> TRICARE <input type="checkbox"/> CHAMPVA <input type="checkbox"/> GROUP HEALTH PLAN <input type="checkbox"/> FECA (EXCLUDING FECA) <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/>		1a. INSURED'S ID NUMBER (For Program in Item 1)	
2. PATIENT'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)		3. PATIENT'S BIRTH DATE MM DD YY SEX M F	
5. PATIENT'S ADDRESS (No., Street) CITY STATE ZIP CODE TELEPHONE (include Area Code)		6. PATIENT RELATIONSHIP TO INSURED: Self <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>	
9. OTHER INSURED'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)		10. IS PATIENT'S CONDITION RELATED TO:	
a. OTHER INSURED'S POLICY OR GROUP NUMBER		a. EMPLOYMENT (Current/Retired) YES NO	
b. RESERVED FOR NUCC USE		b. AUTO-ACCIDENT? YES NO PLACE (State)	
c. RESERVED FOR NUCC USE		c. OTHER ACCIDENT? YES NO	
d. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME		10. OTHER CAUSES (Designated by NUCC)	
12. PATIENT'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE (I authorize payment of medical benefits to the undersigned physician or supplier for services described below.)		11. INSURED'S POLICY GROUP OR FECA NUMBER	
SIGNED: _____ DATE: _____		a. INSURED'S DATE OF BIRTH MM DD YY SEX M F	
14. DATE OF CURRENT ILLNESS, INJURY, OR PREGNANCY (If applicable) MM DD YY QJAL		b. OTHER CLAIM ID (Designated by NUCC)	
15. OTHER DATE MM DD YY QJAL		c. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME	
17. NAME OF REFERRING PROVIDER OF SERVICE		d. IS THERE ANOTHER HEALTH BENEFIT PLAN? YES NO (If yes, complete items 9, 9a, and 9b)	
17a. _____ 17b. NPI _____		13. INSURED'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE (I authorize payment of medical benefits to the undersigned physician or supplier for services described below.)	
19. ADDITIONAL CLAIM INFORMATION (Designated by NUCC)		SIGNED: _____	
21. DIAGNOSIS OR NATURE OF ILLNESS OR INJURY (Relate A-L to service the below CME) A. _____ B. _____ C. _____ D. _____ E. _____ F. _____ G. _____ H. _____ I. _____ J. _____ K. _____ L. _____		16. DATES PATIENT UNABLE TO WORK IN CURRENT OCCUPATION FROM MM DD YY TO MM DD YY	
24. A. DATE(S) OF SERVICE From MM DD YY To MM DD YY B. PLACE OF SERVICE C. PROCEDURES, SERVICES, OR SUPPLIES (English/Usual/Grammatical) D. DIAGNOSIS POINTER		18. HOSPITALIZATION DATES RELATED TO CURRENT SERVICES FROM MM DD YY TO MM DD YY	
25. FEDERAL TAX ID NUMBER SSN/ EIN		20. OUTSIDE LAB? YES NO \$ CHARGES	
26. PATIENT'S ACCOUNT NO		22. RE submission CODE ORIGINAL REF. NO	
27. ACCEPT ASSIGNMENT? YES NO		23. PRIOR AUTHORIZATION NUMBER	
28. TOTAL CHARGE \$		29. AMOUNT PAID \$	
30. Paid for NUCC Use		31. SIGNATURE OF PHYSICIAN OR SUPPLIER INCLUDING DEGREE(S) OR CREDENTIALS (I certify that the statements on this form are true and apply to this bill and are made a part thereof.)	
32. SERVICE FACILITY LOCATION INFORMATION		33. BILLING PROVIDER INFO & PH# ()	
SIGNED: _____ DATE: _____		SIGNED: _____	

NUCC Instruction Manual available at: www.nucc.org PLEASE PRINT OR TYPE APPROVED CMB-0938-1197 FORM 1500 (02-12)

Clear Form!

Si usted decide facturar por su cuenta, aquí alguna información básica necesaria:

Antes de facturar asegure que tiene todo lo que la aseguradora le requiere antes de ofrecer el servicio.

Primer paso antes de ofrecer la TMN es, buscar la elegibilidad, si le cubre el servicio de nutrición, cuantas visitas al año y si requiere copago, pago de deducible, requiere tener diagnostico especifico.

- ◇ **Elegibilidad**, verificación de la cubierta antes de ofrecer el servicio (activo/inactivo)
- ◇ **Orden médica**, establece en una hoja recetario los diagnósticos y la razón de la consulta al nutricionista. Medicare Tradicional requiere una orden del médico.
- ◇ **Referido médico**; es un documento establecido como mayormente por las aseguradoras, es un pre-requisito para la consulta. Contiene información del paciente como diagnóstico, el CPT si es inicial o es seguimiento, otros.
- ◇ Ejemplo: Humana Advantage, el diagnostico solo aceptan según la regla CMS. Paciente Diabetes Mellitus Tipo 1 o Tipo 2 o Enfermedad Renal.
- ◇ Atención a la vigencia y fecha del referido.
- ◇ **Pre-autorización** del plan médico, en caso de que este lo requiera.

Copia de la tarjeta del plan médico del paciente

- ◇ Copia identificación personal con foto (ejemplo: licencia de conducir)
- ◇ Elegibilidad
- ◇ Fecha de servicio
- ◇ Nombre con apellidos según aparece en la tarjeta de plan médico
- ◇ Información del paciente: dirección física y postal
- ◇ **Firma del paciente**, asegurar el día del servicio TMN tiene la firma del paciente en el expediente a papel o electrónica.
- ◇ **Super Bill** – documento donde se colocan los códigos que se van a facturar.
- ◇ **Códigos de Procedimiento (CPT)** “*Current Procedural Terminology*”
 - ◇ 97802 paciente nuevo visita inicial
 - ◇ 97803 paciente establecido o seguimiento
 - ◇ 97804 educación grupo de dos o más



Otros CPT que cubren la Terapia Medico Nutricional son:

Paciente nuevo u otra visita clínica externa

- ◇ 99202 15-29 minutos
- ◇ 99203, 30-44 minutos
- ◇ 99204* 45-59 minutos
- ◇ 99205* 60-74 minutos

Paciente establecido seguimiento oficina

- ◇ 99212 10-19 minutos
- ◇ 99213 20-29 minutos
- ◇ 99214* 30-39 minutos
- ◇ 99215* 40-54 minutos

Estos últimos CPT, son códigos utilizados por Triple S Advantage para pacientes que no cumplen con la regla de CMS. No tienen diagnóstico de Diabetes, no es paciente con enfermedad Renal.

Los CPT *99204, 05 y 99214, 15 – requieren enviar nota de progreso sustente la intervención junto con la factura 1500. Tiene que consultar esto con su facturador y con libro de CPT última versión.

- ◇ **Diagnósticos** según ICD-10, (efectivo desde 1 de octubre del 2015)
 - ◇ Se requiere se codifique con la más alta especificidad.
 - ◇ Evitar utilizar diagnósticos “other” o “unspecified”
 - ◇ Diagnósticos más frecuentes en Nutrición,
 - ◇ Diabetes Mellitus
 - ◇ *Chronic Kidney Disease*
 - ◇ *Sobrepeso/Obesidad*
- ◇ Se recomienda codificar al más alto grado. Todo tiene que estar documentado.
 - ◇ Ejemplo: CKD Stage 3, efectivo año fiscal 2021 este diagnóstico tiene que ser específico, CKD 3a o CKD 3b.
 - ◇ En la CMS 1500, la letra o posición en el encasillado del diagnóstico principal, debe ser el que está en contrato y cubierta (Pointer).

- ◇ **Lugar donde se brindó el servicio** (POS) “Place of Service”:
 - ◇ Código 11 si es en la oficina
 - ◇ Código 10 y 02 TeleNutrición
- ◇ **Cargos por servicios o por unidad.**
- ◇ **Tiempo** que tomó el servicio en unidades o por visita “*Units*”
 - ◇ Los planes médicos facturan el tiempo otorgado al paciente al ofrecer el servicio en unidades. Medicare Tradicional o *Medicare Advantage* una unidad es compatible a 15 minutos de servicio al paciente.
 - ◇ Los planes médicos comerciales, una unidad es compatible a cualquier tiempo por visita tarifa fija contratado según el servicio al paciente
- ◇ Número NPI en el área *Rendering*- Proveedor que ofreció el servicio.
- ◇ Número EIN / Seguro Social
- ◇ Numero de cuenta del paciente. Numero de cubierta de la aseguradora.
- ◇ Marcar si acepta los pagos. “*Accept Assigment?*”
- ◇ Monto Total de los cargos facturados.
 - ◇ Se factura el neto. Si el paciente paga deducible, eso nos se le factura a él plan médico.
- ◇ Dirección local, donde ofrece los servicios
- ◇ Dirección Postal donde llegan los pagos
- ◇ Firmar y fecha del proveedor si es a papel.

La factura tiene ir a la par con lo que se documenta en el expediente del paciente. Las notas de progreso tienen que estar completadas antes de someter las facturas. Si usted contrata a un Facturador (ra), se recomienda conozca el ciclo de facturación y pueda supervisar los servicios contratados.

Reclamaciones denegadas

- ◇ Conocer la Explicación de pago EOP o EOB “*explanation of payer*” “*explanation of billing*”. Conocer el código de la denegación.
- ◇ Ejemplos: Elegibilidad, No le cubre el servicio, el paciente agoto sus beneficios máximos anuales, se envió la factura luego de 90 días de ofrecido el servicio.
- ◇ Cada aseguradora tiene su manera de como someter los ajustes por denegaciones.

Ley de Pago Puntual

- ◇ Debe conocer leyes de pago puntual, hay aseguradoras que tienen tiempos más amplios para someter una factura o para enviar ajustes.

Términos establecidos por la Ley Núm. 104 y la Regla Num. LXXIII

- ◇ El Proveedor Participante deberá someter sus reclamaciones dentro de los 90 días siguientes de haber prestado sus servicios. En el caso de proveedores participantes institucionales, el término para someter reclamaciones comenzará a contar a partir de la fecha de alta del paciente. El Asegurador u Organización de Servicios de Salud, notificará a los proveedores participantes, por escrito o medios electrónicos, aquellas reclamaciones que no sean procesables para pago dentro del término de cuarenta (40) días calendario, a partir de la fecha de recibida la reclamación. Dentro de los siguientes cuarenta y cinco (45) días de haber recibido la notificación del Asegurador u Organización de Servicios de Salud, el proveedor participante deberá responder la misma. Una vez el proveedor participante someta la información o documentación requerida, el Asegurador u Organización de Servicios de Salud, deberá proceder con el pago de la reclamación dentro del término de treinta (30) días siguientes al recibo de la información o documentación.

Documentación en el Expediente Clínico

- ◇ Tomar la firma del día de la visita, manual o electrónica
- ◇ Documentar los diagnósticos, intervención, plan recomendado.
- ◇ Tener evidencia del o los diagnósticos, ya sea por orden médica, “*Smart paper*” documento de la aseguradora, pruebas de laboratorios, registros de comida,
- ◇ Copia del plan de alimentación con el número de estampilla CNDPR. Evidenciar en la bitácora.
- ◇ Recomienda resultados de laboratorios de no más de 6 meses de vigencia, Hgb alterada tres meses de vigencia.
- ◇ Otros.



TeleNutrición /TeleSalud

La telemedicina, en el caso de los/las Nutricionistas – Dietistas la TeleNutrición, es la modalidad interactiva donde se le ofrece la Terapia Medico Nutricional al paciente/cliente, cara a cara mediante un sistema de video y llamada (video-audio). Este servicio (TMN) fue incluido por CMS a la lista de proveedores ofrecen Telemedicina en 2006 y se añadió para reembolso en el año 2011. La extensión a la lista de proveedores no cambio los criterios de elegibilidad y condiciones de pagos por servicios prestados “*fee for service*”, o método de facturación. La ley en PR solo cuenta con Certificación TeleSalud para Médicos.

Un poco de historia; la oportunidad de ejercer la TeleNutrición para los Nutricionistas-Dietistas en Puerto Rico surgió durante la emergencia de la pandemia del COVID 19. Por medio de una dispensa “waiver”, de CMS “Centers for Medicare & Medicaid Service”, ordenes ejecutiva y el Departamento de Salud, para el 20 de marzo de año 2020, se enmendó “Ley para el uso de la TeleNutrición”.

Ejemplo: Comunicado emitido el 9 de abril del 2020 por la aseguradora MCS Advantage, sobre la flexibilización de los servicios de TeleSalud.

COMUNICACIÓN OFICIAL
DEPARTAMENTO DE MANEJO OPERACIONAL DE LA RED

9 de abril de 2020

A TODOS LOS NUTRICIONISTAS PARTICIPANTES DE MCS ADVANTAGE, INC.

Flexibilización para facturación de los servicios de Tele Salud

¡Saludos de parte de MCS Advantage, Inc.! A raíz de la emergencia de salud pública declarada a causa de la pandemia del COVID-19, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) continúan actualizando la información sobre los servicios de evaluación remota a los pacientes.

Los profesionales en nutrición pueden facturar por las intervenciones con pacientes cuando sean realizadas de manera remota. Todos los componentes de documentación requeridos para las evaluaciones de nutrición tienen que documentarse en el expediente clínico del paciente. Todos los servicios tienen sus tarifas soportados con el modificador -95 cuando sean ofrecidos remotamente. La **tarifa es igual a establecida** en el fee schedule de MCS Advantage para los servicios ofrecidos **presencialmente** (in-person). Las tarifas por códigos están disponibles en Provinet. Utilice los códigos 97802-97804. Estos servicios están sujetos a la cubierta del afiliado al momento del encuentro.

Es importante que nos deje saber que el servicio fue realizado de manera remota, y que observe las siguientes reglas de codificación:

1. Todos los servicios de evaluación remota por Telehealth, consultas virtuales y telemedicina tienen que cumplir con las guías de documentación para servicios de evaluación y manejo.
2. Todos los encuentros están sujetos a la necesidad médica y otras reglas de codificación correcta y estándares de la industria en su aplicación.
3. No aplica copago a estos códigos mientras dure la emergencia, siempre y cuando sean facturados con el modificador -95.
4. Utilice el POS de Telehealth o cuando regularmente es utilizado para ofrecer este servicio, mientras dure la emergencia.
5. Una vez termine la emergencia, aplicarán las reglas originales para facturación de estos servicios.

Si tiene alguna pregunta sobre el asunto, puede comunicarse a nuestro Centro de Llamadas de Servicio al Proveedor al 787.620.2345 (extensión 1) o al 1.800.981.4766 (libre de costo) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. Igualmente, puede comunicarse con su especialista de servicio asignado.

Referencias:

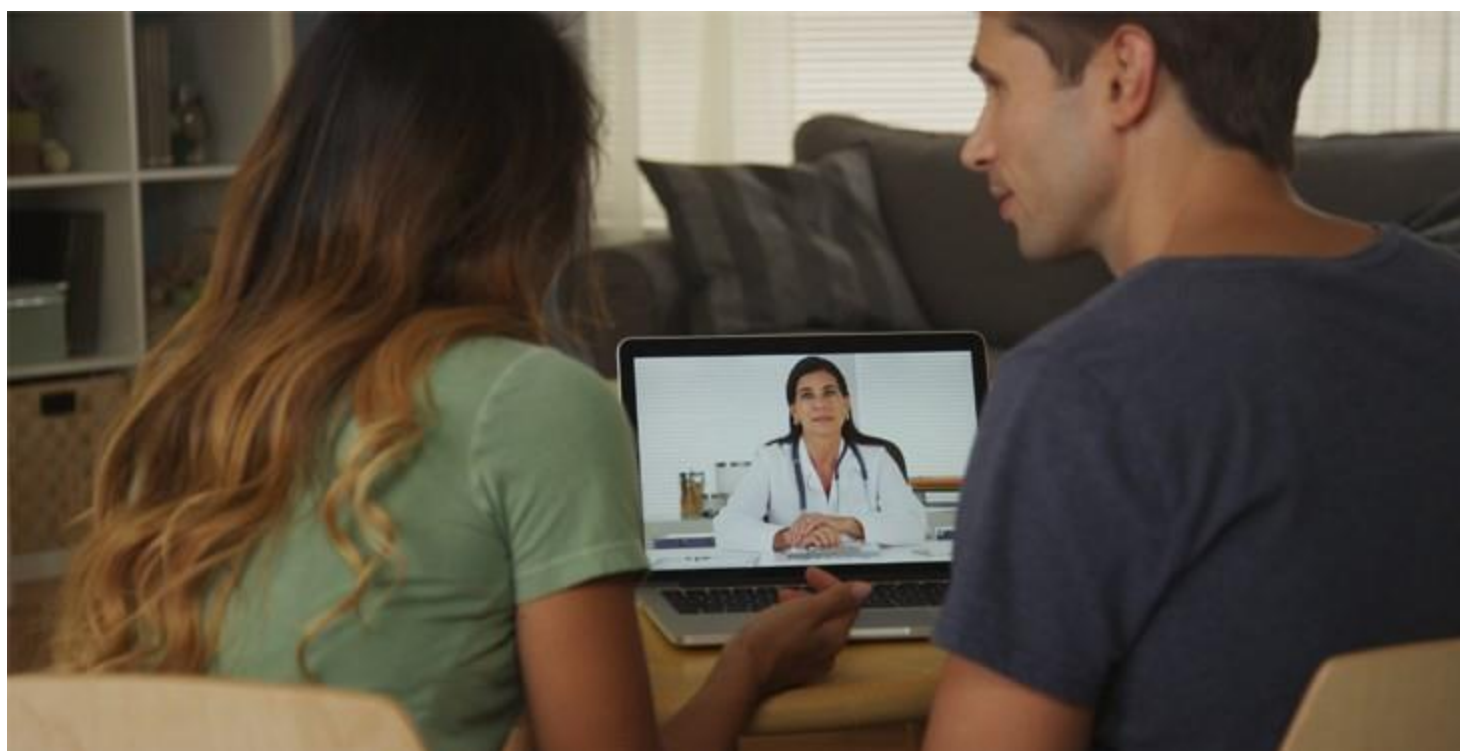
- www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/Telehealth/Telehealth-Codes
- CMS 1744 IFC Medicare and Medicaid Programs; Policy and Regulatory Revisions in Response to the COVID-19 Public Health Emergency

CAN_21750420

- ◇ A la fecha de la revisión de esta Guía, el CNDPR se encuentra realizando las gestiones necesarias con la oficina de Certificación y Reglamentación del Departamento de Salud y con la Junta Examinadora de Nutricionistas- Dietistas para poder obtener la Certificación oficial y sostenible. Luego de que sea aprobada esta Certificación, fuera de dispensas, solo quienes estén certificados podrán ejercer los servicios de TMN en esta modalidad. De otra parte, las aseguradoras honrando esta Certificación deberían remunerar al Nutricionista-Dietista que trabaje TeleNutrición, utilizando las mismas escalas de la tarifa contratada, según el código de procedimiento igual al presencial. Esto no está aprobado aún; ha sido solicitado.

Requisitos y regulaciones de la TeleNutrición

- ◇ Para ejercer la TeleNutrición necesitas una plataforma que cumplan con la ley HIPAA.
- ◇ No es permitido, realizar esta modalidad por plataformas no autorizadas tales como: *WhatsApp*, mensajería de texto, *Zoom*, *Teams*, *Facebook Messenger*, *otros*.
- ◇ Facture o no a planes médicos, estas plataformas no cumplen para realizar el servicio, esto debido a que se intercambia información de salud del paciente/cliente. Tenemos que cumplir con la ley HIPAA 1996.
- ◇ Las aseguradoras tienen sus propias reglas de cómo se pagan los servicios prestados y la reglamentación a seguir. A continuación, le dejamos un ejemplo de la aseguradora Humana, sobre comunicado del lugar de servicio que debe someter al ofrecer servicio de TeleNutrición a sus afiliados.



Ejemplo: Comunicado aseguradora Humana, sobre la actualización códigos para el lugar de servicio de Telemedicina.

Humana.

1 de febrero de 2022

ACTUALIZACIÓN CODIGOS LUGAR DE SERVICIO DE TELEMEDICINA

Estimado proveedor:

Le informamos que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus inglés) actualizó la descripción del lugar de servicio (POS por sus siglas en inglés) de las consultas médicas a distancia a partir del 1 de enero de 2022.

CMS revisó la descripción del código POS 02 y creó un nuevo código POS 10 para añadir especificidad del lugar de servicio según definidos a continuación.

- **POS 02: Telemedicina provisto fuera del hogar del paciente-** el lugar donde los servicios de salud o servicios relacionados a la salud son provistos o recibidos a través de tecnología de telecomunicaciones. El paciente no se encuentra en su hogar cuando recibe los servicios.
- **POS 10: Telemedicina provisto en el hogar del paciente-** el lugar donde los servicios de salud o servicios relacionados a la salud son provistos o recibidos a través de tecnología de telecomunicaciones. El paciente se encuentra en su hogar, la cual es una localización diferente a un hospital o una clínica donde el paciente recibe cuidado en una residencia privada.

Humana aplicará ambos códigos POS para los servicios ofrecidos mediante atención remota para ambas líneas de negocio.

De tener alguna duda con este comunicado o con el proceso de facturación puede comunicarse a nuestro centro de servicio al proveedor al 1-800-611-1474. Además, puede acceder a nuestra página de internet [Humana.com/providers/coronavirus](https://www.humana.com/providers/coronavirus).

Estamos comprometidos en trabajar estrechamente con usted y agradecemos el cuidado que provea a sus pacientes cubiertos por Humana.

Cordialmente;



Ivonne M. Vega Pérez MD, MBA-HCM
Principal Oficial Médica
Humana PR



David E. Maldonado, CPA
Director de Proveedores
Humana PR

Disposición del Reglamento para el Uso de la Estampilla en TeleNutrición

Título: Uso de Estampillas en TeleNutrición

Propósito: Establecer que el Profesional de Nutrición y Dietética que provee servicios de nutrición a través de la modalidad de TeleNutrición, debe cumplir con la Ley Núm. 45 del 10 de enero de 2004 sobre el uso de la estampilla.

Alcance: Profesional de Nutrición y Dietética

Responsabilidad: Profesionales de Nutrición y Dietética licenciados, Comisión Ley Núm. 45

Procedimiento:

1. Todo Profesional de Nutrición y Dietética que ejerza la práctica privada en la modalidad de TeleNutrición será responsable de comprar las estampillas al CNDPR. El CNDPR será responsable de documentar dicha compra en el Registro de Compra de Estampillas a nombre del Profesional de Nutrición y Dietética que realizó la misma. La Asistente Administrativa le proveerá un recibo y documentará la información en el Registro de Compra de Estampillas. Toda la documentación se archivará en el expediente del Profesional de Nutrición y Dietética y en el Registro de Compra de Estampillas.
2. Todo Profesional de Nutrición y Dietética que ejerza la práctica privada en la modalidad de TeleNutrición será responsable de tener una bitácora para documentar cada estampilla utilizada con la información mínima requerida, establecida por el CNDPR.
3. El Profesional de Nutrición y Dietética documentará en su bitácora el servicio de Tele Nutrición provisto.
4. Las estampillas compradas por el Profesional de Nutrición y Dietética no podrán ser intercambiadas con otro colega.
5. Todo Profesional de Nutrición y Dietética radicado fuera de PR que provea servicios de Tele Nutrición en PR, vendrá obligado a cumplir con el uso de la estampilla según se establece en la Ley Núm. 45.
6. El Profesional de Nutrición y Dietética deberá:
 - a. Imprimir el plan de alimentación, dieta o menú.
 - b. Adherir la estampilla en la parte superior derecha al plan de alimentación, dieta o menú.
 - c. Cancelar la estampilla con la fecha y su firma.
 - d. Escanear el plan de alimentación, dieta o menú.
 - e. Enviarlo al paciente/cliente por medio electrónico en primera instancia y por correo postal.
7. En caso de pérdida de estampilla, ya sea por extravío, robo o mutilación, el Profesional de Nutrición y Dietética notificará de inmediato al CNDPR para que la misma pueda ser dada de baja.
8. En caso de fallecimiento del Profesional de Nutrición y Dietética, el familiar o encargado deberá notificarlo al CNDPR. El familiar o encargado deberá devolver las estampillas restantes para que sean dadas de baja.
9. El Profesional de Nutrición y Dietética que utiliza la modalidad de TeleNutrición estará sujeto a ser auditado por parte de un miembro de Comisión o persona que se designe para auditar el uso correcto de las estampillas.
10. Todo Profesional de Nutrición y Dietética que cumpla con el uso correcto de la estampilla, según la auditoría recibirá una notificación por escrito, certificando el cumplimiento.

Servicios de TeleNutrición a paciente/cliente desde Estados Unidos a Puerto Rico y viceversa

El servicio de TeleNutrición ofrecido por Nutricionistas - Dietistas desde fuera de Puerto Rico, debe seguir y cumplir con las leyes, reglamentos y regulaciones de Puerto Rico. También con las regulaciones de cada estado. Puede encontrar más información en el enlace: *Eatrightpro.org. 2022. Dietetics Licensure Statutes and Information by State.*

ANEJOS

COLOQUE LOGO
AQUÍ.

HIPAA Información y Formulario de Consentimiento del Paciente

Yo entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida.

Estos derechos se otorgan a mí, bajo la Ley de 1996 (Ley de Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad). En concreto, hay reglas y restricciones sobre quien puede ver o ser notificado de su información de salud protegida. Estas restricciones no incluyen el intercambio normal de información necesaria para proporcionarle servicios de oficina.

Información adicional y una descripción más completa están disponibles en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. en www.hhs.gov

Entiendo que al firmar este consentimiento, Le autorizo a utilizar y divulgar mi información protegida de salud para llevar a cabo las siguientes funciones y políticas:

- El tratamiento (incluyendo el tratamiento directo o indirecto por otros profesionales de la salud involucrados en mi tratamiento)
- Obtener el pago de los pagadores de terceros (es decir, la compañía de seguros)
- Es la política de esta oficina para recordar a los pacientes de sus citas. Podemos hacer esto por teléfono, correo electrónico, correo de EE.UU. o por cualquier medio conveniente para la práctica y / o según se solicitado por usted.
- Proporcionar a los pacientes el acceso a sus registros de acuerdo con las leyes estatales y federales.

Nombre dos Apellidos del Paciente/Padre o Tutor

Firma del Paciente / Padre o Tutor

Fecha

Documento sujeto a cambios

Coloque su nombre aquí: _____.

Fecha en que reviso el documento: _____

Ejemplo: Información del Paciente

Nombre email:	Información del Paciente	COLOQUE LOGO AQUÍ
Nombre Completo _____ Fecha de Nacimiento __/__/__		
Identificación de género: F__ M__ Declino responder _____. Estatura _____.		
Seguro Social: XXX-XX-_____ Correo electrónico: _____.		
Dirección Residencial: _____ _____		
Dirección Postal: _____ _____		
Tel. Residencial: _____ Tel. Celular: _____ Tel. Trabajo _____.		
Ocupación: _____ Lugar de trabajo: _____.		
¿Quién es su médico primario?		
Nombre: _____ Tel: _____.		
Razón por la que no visita: _____ _____.		
¿Cómo se enteró de los servicios de Nutrición? <input type="checkbox"/> Redes sociales <input type="checkbox"/> Recomendación		
<input type="checkbox"/> Médico Primario <input type="checkbox"/> Colegio de Nutricionistas y Dietistas de PR <input type="checkbox"/> Otros: _____		
En caso de Emergencia notificar a: _____		
Parentesco: _____ Teléfono: _____		
Nos reservamos el derecho de admisión		

Nombre
email:

COLOQUE
LOGO
AQUÍ

Historial Clínico

Lea cuidadosamente cada premisa y marque con una **X** los recuadros y llene los blancos de ser necesario.

1. Marque con una X la(s) condiciones que usted padece:

- | | |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Bulimia |
| <input type="checkbox"/> Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Anorexia |
| <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> Obesidad |
| <input type="checkbox"/> Hipotensión arterial | <input type="checkbox"/> Sobrepeso |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades
cardiovasculares | <input type="checkbox"/> Bajo peso |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades
respiratorias | <input type="checkbox"/> Colesterol alto |
| <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> Estreñimiento |
| <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Gastritis |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| | <input type="checkbox"/> Condiciones gastrointestinales
¿Cuál? _____ |
| | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

2. Menciones los medicamentos que consume diariamente, si alguno:

Nos reservamos el derecho de admisión

Nombre
email:

COLOQUE
LOGO
AQUÍ

3. Marque con una X si algún familiar (madre, padre, abuela, abuelo, hermano/as padecen de alguna de las siguientes condiciones:

- Diabetes
- Hipertensión arterial
- Obesidad
- Enfermedades cardiovasculares
- Enfermedades Respiratorias
- Demencia
- Hipotiroidismo
- Hipertiroidismo
- Cáncer
- Dislipidemia
- Sobrepeso/Obesidad
- Osteoporosis
- Ansiedad
- Otra _____.

4. Menciona cuál es su meta y que espera junto a la Lcda/o _____.

Nos reservamos el derecho de admisión

Nombre _____
 email: _____

COLOQUE
 LOGO
 AQUÍ

4. ¿Ha pasado por algún proceso quirúrgico? Sí, indique cuál: _____ No
5. ¿Donde hace sus comidas? _____.
6. ¿Cuántas veces a la semana consume comida de fuera del hogar? _____.
7. ¿Quien prepara la comida en el hogar? _____.
8. ¿Quien hace la compra de los alimentos en el hogar? _____.
9. ¿Cuantas porciones consume de agua, frutas y vegetales al día?
- Frutas _____ Agua _____ (vasos) Vegetales _____
10. ¿Siente que la ansiedad lo cual lo lleva a comer para calmar su ansiedad?
- No _____ Si _____ ¿Que tipo de alimentos consume cuando siente ansiedad?
 _____.
11. ¿Se provoca el vómito luego de sus comidas? _____
12. ¿Se siente culpable luego de consumir algún alimento?
13. No _____ Si _____ ¿Qué tipo de alimentos? _____.
14. ¿Cuántas veces en semana se pesa? _____
15. ¿Actualmente sigue algún tipo de Plan Nutricional? _____.
16. ¿Toma alcohol? _____ No _____ Si ¿Cuánta frecuencia a la semana _____?
17. ¿Fuma cigarrillo? Sí No
18. ¿Consume alguna otra droga? Sí No
19. ¿Es alérgico a algún medicamento? Sí, mencione: _____
 No
20. ¿Es alérgico a algún alimento? Sí, mencione: _____
 No

Yo _____ certifico que todo lo preguntado anteriormente fue respondido con total sinceridad, para una evaluación nutricional por la Lcda/o _____.

Firma del paciente

Nos reservamos el derecho de admisión

Nombre
email:

COLOQUE
LOGO
AQUÍ

CONSENTIMIENTO Y RELEVO DE RESPONSABILIDAD PARA TRATAMIENTO MÉDICO NUTRICIONAL

Nombre del Paciente _____ #SS XX-XX-_____

Yo _____, reconozco que tengo una condición médica diagnosticada por su médico la cuál requiere de un tratamiento médico nutricional y/o asisto de manera voluntaria a recibir tratamiento médico nutricional con la Lcda. Santiago para _____ (razón de visita). Autorizo que se lleve acabo una Evaluación Médica Nutricional Inicial, Seguimientos y otras intervenciones necesarias.

Entiendo que la práctica de la Nutrición y Dietética es una ciencia variante y que el tratamiento brindado no ofrece garantías exactas sobre el resultado de dicho tratamiento y que mi participación es completamente voluntaria. Además, ha de constar mi consentimiento para participar de los servicios de nutrición que aquí se ofrecen. Entiendo que la **Lcdo/a.** cualquier organización asociada a este servicio, empleados del consultorio no se responsabilizan por ninguna reclamación, daño, accidente o cualquier acción que pueda ocurrir por cualquier persona como resultado de su participación en el referido servicio.

CERTIFICO: He leído y entiendo perfectamente este consentimiento, que se me hicieron todas las explicaciones y advertencias pertinentes y que antes de firmar he recibido orientación sobre mis derechos como paciente y/o tutor legal.

En _____, Puerto Rico, el ____ de _____ de 20____.
(pueblo)

Nombre de Paciente o Tutor Legal

Nombre del Testigo

Firma del Paciente o Tutor Legal

Firma del Testigo

Nos reservamos el derecho de admisión

Ejemplo: Consentimiento y Relevo de Responsabilidad para Tratamiento Médico Nutricional

Nombre
email:

COLOQUE
LOGO
AQUÍ

POLÍTICA DE PAGO Y CANCELACIÓN

Usted autoriza a la Lcdo/a o a su representante autorizado a realizar cualquier gestión de cobro con la aseguradora. Estoy de acuerdo con cumplir con todas las citas programadas y llegar 5 minutos a su cita presencial y/o virtual. De no poder asistir a una sesión programada, llamaré para cancelar y / o reprogramar cita. No habrá ningún cargo si envío un mensaje de texto o realizo una llamada antes de las **48 horas** de la hora programada para la cita. Entiendo que si pierdo o cancelo con menos de 48 horas de aviso, se me cobrará un cargo de **\$15.00** por incumplimiento de lo establecido previamente en este documento.

Entiendo que si mi aseguradora no cubre los servicios prestados la evaluación inicial tiene un costo de \$_____ con duración de no más de 60 minutos y las evaluaciones de seguimientos un costo de \$_____ (con duración de no más de 30 minutos). Presentaré evidencia del pago previo a comenzar la consulta. Entiendo que tengo derecho a recibir un recibo o "Superbill" a pedido, para poder gestionar reembolso con mi aseguradora.

Firma del paciente o tutor legal

Fecha

Nos reservamos el derecho de admisión

COLOQUE LOGO
AQUÍ

Registro de Servicio al Asegurado y/o Cliente Privado

Nombre del participante: _____ Núm. de proveedor: _____ Fecha: _____

Autorizo al participante identificado en este registro o cualquier representante médico a suministrar al plan de seguro de salud a los servicios cubiertos bajo mi contrato con dicho plan según consta mi expediente, a facilitar los mismos (si aplica). De ser cliente privado certifico haber leído la política de pago y cancelación.

ID DEL PT	Seguro de Salud o servicio privado	Fecha de servicio	Costo Inicial	Visita de seguimiento	Firma del asegurado, tutor o representante legal

Certifico por este medio que la institución que legalmente represento prestó servicio a los asegurados presentados en este registro. La información concerniente en cada asegurado, a mi entender es correcta y la documentación evidenciando la misma está disponible a los oficiales del plan, auditores y/o agencias del gobierno para su inspección.

Nombre
Licencia
NPI:

Referencias

Camacho, L., Díaz, L., Rosario, L. and Acevedo, L., 2014. Guía para el establecimiento de Práctica Privada en Nutricionistas Dietistas.

Eatrightpro.org. 2022. *Dietetics Licensure Statutes and Information by State*. [online] Available at: <https://www.eatrightpro.org/advocacy/licensure/licensure-map?fbclid=IwAR3tngDR0rIWfNXfenaZhL4_YGfJvS0QVzPWxD87AAup3l1kz7NbrhBrZ_8> [Accessed 10 April 2022].

Gethealthie.com. 2022. *Software for Nutrition & Health Businesses | Healthie*. [online] Available at: <<https://www.gethealthie.com/about>> [Accessed 10 April 2022].

ICD-10-CM 2022: The Complete Official Codebook, 2022)

Kalixhealth.com. 2022. [online] Available at: <<https://www.kalixhealth.com/#capabilities>> [Accessed 10 April 2022].

M.D. Synovec, M. S. (2022). M.D. Synovec, M. S. (Ed.). (2022). *CPT 2022: Professional Edition 4th Edición*.

Ortiz Santiago, A. and Sanjurjo Manso, S., 2020. *Administración para la Oficina Médica Desde la Recepción Hasta la Facturación*. 1st ed.

Silver, A. and Stollman, L., 2017. *Making Nutrition Your Business*. 2nd ed.

