



Política y Procedimiento	Página: 1 de 19
Departamento: Asuntos Médicos	Efectividad: <i>24 de octubre de 2025</i>
Título: Autorización de Servicios Médicos y Beneficios	Aplica al Departamento: Asuntos Médicos
Número: 2025-AM-PP- <u>06</u>	Fecha más reciente de revisión: <i>24 de octubre de 2025</i>
Aprobado por:	
Director Médico: Luis Martínez Suárez <i>[Signature]</i>	
Directora Ejecutiva: Wanda Ortega Álamo <i>[Signature]</i>	

I Título

Autorización de Servicios Médicos y Beneficios

II Política

La Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA), administra los servicios médicos y beneficios de acuerdo con la "Ley de Protección Social por Accidentes de Vehículos de Motor" (Ley Núm. 111-2020) la cual ofrece derecho a los servicios médicos y beneficios que dispone esta Ley todo lesionado y dependiente que sea elegible conforme la cubierta que provee esta Ley. Los servicios médicos y beneficios que provee esta Ley incluyen pagos por incapacidad por pérdida de ingresos, servicios médico-hospitalarios, servicios quiroprácticos, desmembramiento, muerte y gastos funerales. Esta política y procedimiento describe los requisitos que se deben cumplir para la evaluación y autorización de estos beneficios.

III Base Legal

Esta política y procedimiento se establece a tenor con el Artículo 4, de la Ley Núm. 111 de 14 de agosto de 2020, en vigor el 12 de noviembre de 2020, "Ley de Protección Social por Accidentes de Vehículos de Motor" en adelante "Ley Núm. 111-2020", y las Reglas 14, 15, 16, 17 del Reglamento Núm. 9249, aprobado el 29 de diciembre de 2020, según enmendado, conocido como "Reglamento para la Ley de Protección Social por Accidentes de Vehículos de Motor", en adelante, "Reglamento 9249". Estas son las fuentes legales principales sobre el tema, pero no excluyen otras con efectos regulatorios sobre el asunto.

IV Propósito


Establecer y definir los criterios para otorgar los beneficios correspondientes a los lesionados y dependientes dispuestos por la Ley Núm. 111-2020. Para autorizar estos servicios, la ACAA requiere la aplicación de la presente política y procedimiento, los criterios médicos y los procedimientos establecidos en este documento.

Política y Procedimiento	Página: 2 de 19
Departamento: Asuntos Médicos	Efectividad: 24 de octubre de 2025
Título: Autorización de Servicios Médicos y Beneficios	Aplica al Departamento: Asuntos Médicos
Número: 2025-AM-PP 06	Fecha más reciente de revisión: 24 de octubre de 2025
Aprobado por	
Director Médico: Luis Martínez Suárez	
Directora Ejecutiva: Wanda Ortega Álamo	

V Definiciones


Los siguientes términos, palabras y frases utilizadas en el contexto de la presente política tendrán el significado a continuación especificado, excepto que en el texto se provea otro significado o fuere incompatible con el espíritu y el propósito de la Ley Núm. 111 2020. La referencia al tiempo presente incluye el futuro; el género masculino incluye el femenino o cualquier otro y el número singular incluye el plural y viceversa. Para fines de esta política y procedimiento se definen los siguientes términos:

- A. **Accidente de Vehículo de Motor** – Suceso atribuido directa o indirectamente al uso normal y corriente de un vehículo de motor como tal vehículo en que se lesiona una o varias personas.
- B. **Ambulancia** - Vehículo especialmente preparado y equipado para transportar por tierra o aire a personas heridas o enfermas. Debe incluir el equipo requerido según su categoría y cumplir con los requisitos legales para operar como ambulancia en Puerto Rico. Las categorías de ambulancias en Puerto Rico son las siguientes: Categoría I - Ambulancia destinada a la transportación de pacientes que no son de emergencia y no necesitan ser transportados en camillas ni asistencia médica inmediata; Categoría II - Ambulancias que llenan todos los requisitos establecidos en la Categoría I, pero también están equipadas con equipo de estabilización avanzada; Categoría III - Ambulancias especialmente diseñadas, construidas y equipadas con equipo de estabilización avanzada según sea establecido por la Oficina de Certificación de Ambulancias de la Secretaría Auxiliar para la Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud del Departamento de Salud. Deberá estar diseñada, construida y equipada como una sala de emergencias rodante; Categoría IV - Aeronave de ala fija o rotativa (ambulancia aérea) diseñada, construida, configurada, dedicada y equipada especialmente para proveer transporte especializado por aire, a personas enfermas o lesionadas que requieren atención médica avanzada; y Categoría V - Embarcación (ambulancia marítima) diseñada, construida, configurada, dedicada y equipada especialmente para proveer transporte especializado por agua a personas enfermas o lesionadas que requieren atención médica.
- C. **Asesor Médico** - Profesionales licenciados en varias disciplinas de la medicina, seleccionados y contratados por la Administración para la toma de decisiones clínicas y consejo en su facultad, a la luz de la Ley Núm. 111-2020 y el Reglamento Núm. 9249 que rigen la ACAA, los cuales conforman el Comité de Evaluación Médica.
- D. **Beneficios** – Aquellos que podrán ser solicitados al amparo de la Ley Núm. 111-2020, conocida como "Ley de Protección Social por Accidentes de Vehículos de Motor", los cuales incluyen pagos por pérdida de ingreso por incapacidad, servicios médico-hospitalarios,


Política y Procedimiento	Página: 3 de 19
Departamento: Asuntos Médicos	Efectividad: 24 de octubre de 2025
Título: Autorización de Servicios Médicos y Beneficios	Aplica al Departamento: Asuntos Médicos
Número: 2025-AM-PP 04	Fecha más reciente de revisión: 24 de octubre de 2025
Aprobado por	
Director Médico: Luis Martínez Suárez	
Directora Ejecutiva: Wanda Ortega Álamo	

servicios quiroprácticos, desmembramiento, muerte y gastos funerales.

- E. **Buzón Médico Central** - Módulo dentro del Sistema Electrónico ACAA-21 Web que permite al Departamento de Asuntos Médicos evaluar las consultas referidas por el personal de las Oficinas Regionales.
- F. **Casa de Convalecencia** - Institución legalmente autorizada por el Departamento de Salud a operar como Facilidad de Cuidado de Larga Duración, Casa de Salud o cualquier otra facilidad con funciones y licencias comparables, que provee servicios clínicos de enfermeras graduadas, médicos primarios o fisiatras y profesionales diestros en terapias de rehabilitación a personas que requieren atención clínica durante veinticuatro (24) horas al día o servicios de rehabilitación. El término se conoce en la Industria de la Salud como Facilidad de Cuidado Diestro de Enfermería o "Skill Nursing Facility", por su nombre en inglés.
- G. **Certificación Electrónica y Manual de Servicios Médico-Hospitalarios y Quiroprácticos** - Instrumento de valor financiero emitido por la ACAA para autorizar los servicios de salud a los proveedores que prestarán asistencia médico-hospitalaria a los lesionados. Las certificaciones electrónicas se expedirán a través del Sistema Electrónico ACAA21 Web, mientras las certificaciones manuales son las preparadas cuando se activa el Plan de Contingencia por fallas en los sistemas computarizados o falta de energía eléctrica.
- H. **Comité de Evaluación Médica** – Grupo de médicos asesores seleccionados por la Administración de Compensación por Accidentes de Automóviles para la toma de decisiones clínicas.
- I. **Consultas (Consultas Médicas)**- Nombre con el que se identifican las solicitudes de autorización de servicios o información solicitada por la Oficina Regional al Departamento de Asuntos Médicos, usando las funcionalidades del sistema electrónico, fax u otros medios en casos de emergencia o problemas con el sistema.
- J. **Dentista** - Doctor en medicina dental autorizado por la Junta Dental Examinadora de Puerto Rico a practicar la profesión de odontología en Puerto Rico. Un dentista es un profesional de la salud especializado en el diagnóstico, prevención y tratamiento de enfermedades, afecciones y problemas relacionados con la boca, los dientes y las encías. También se le conoce como odontólogo, ya que la odontología es la rama de la medicina que se ocupa del estudio y tratamiento de los problemas dentales.

Política y Procedimiento	Página: 4 de 19
Departamento: Asuntos Médicos	Efectividad: 24 de octubre de 2025
Título: Autorización de Servicios Médicos y Beneficios	Aplica al Departamento: Asuntos Médicos
Número: 2025-AM-PP 04	Fecha más reciente de revisión: 24 de octubre de 2025
Aprobado por	
Director Médico: Luis Martínez Suárez	
Directora Ejecutiva: Wanda Ortega Álamo	

- K. **Departamento de Asuntos Médicos** - Unidad de trabajo dentro de la estructura organizacional de la ACAA a la que están adscritas las Áreas de Autorizaciones de Servicios Médicos-Hospitalarios, Servicios Quiroprácticos, Manejo de Casos, Farmacia y Área de Contratación y Relaciones con los Proveedores.
- L. **Director Médico** – Doctor en medicina con licencia para practicar en Puerto Rico nombrado por el director ejecutivo, quien dirigirá los trabajos evaluativos y clínicos relacionados con los servicios médicos que ofrece la Administración.
- M. **Director Regional** - Funcionario administrativo de mayor jerarquía a cargo de una Oficina Regional, nombrado por el director ejecutivo, el cual es de confianza, de libre remoción, y en quien el director ejecutivo delega funciones de investigar y decidir en primera instancia toda reclamación de servicio médico o beneficio.
- N. **Equipo Médico Duradero, Prótesis, Órtesis y Suplidos (DMEPOS, por sus siglas en inglés)** – Cualquier equipo médico que ofrece beneficios terapéuticos a un lesionado que lo necesita para tratamiento médico, cirugía o rehabilitación debido a ciertas condiciones médicas o enfermedades causadas por el accidente de vehículo de motor. El equipo puede ser duradero (DME, por sus siglas en inglés) o no duradero (suplidos), un aparato artificial que se implanta en el cuerpo para sustituir un órgano o a un miembro (prótesis), un aparato que le ofrece apoyo al cuerpo para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema neuromusculoesquelético (órtesis), una bandeja médico-quirúrgica o cualquier otro suministro médico, conforme a las políticas y procedimientos médicos aprobados por la ACAA.
- O. **Incapacidad** – Se refiere a la inhabilidad física o mental causada por las lesiones de un accidente de vehículo de motor, sobrevenida dentro de los veinte (20) días siguientes al accidente. Es aquella de tal naturaleza, que impida al lesionado en forma total y continua dedicarse a su empleo u ocupación, profesión, capacitado por educación, experiencia o entrenamiento tal como; negocio propio y otras actividades que produzcan ingresos. Según definida en la Ley Núm. 111-2020, la ACAA ofrece beneficios por pérdida de ingresos por dos (2) tipos de incapacidades:
1. **Incapacidad Total, Continua y Permanente** – Es la incapacidad sufrida como consecuencia de un accidente de vehículo de motor que le impedirá a la persona trabajar durante el resto de su vida.
 2. **Incapacidad Total, Continua y Temporera** - Es la incapacidad a corto plazo sufrida como consecuencia de un accidente de vehículo de motor que impide a la persona trabajar, pero de la cual se recuperará y podrá regresar a trabajar.

Política y Procedimiento	Página: 5 de 19
Departamento: Asuntos Médicos	Efectividad: 24 de octubre de 2025
Título: Autorización de Servicios Médicos y Beneficios	Aplica al Departamento: Asuntos Médicos
Número: 2025-AM-PP 06	Fecha más reciente de revisión: 24 de octubre de 2025
Aprobado por	
Director Médico: Luis Martínez Suárez	
Directora Ejecutiva: Wanda Ortega Álamo	

En este tipo de incapacidad se incluirá aquellas instancias donde el lesionado hiciera el esfuerzo y comenzará a trabajar siempre que la condición relacionada con el accidente le obligue a desistir de su iniciativa dentro de los primeros noventa (90) días de comenzar a trabajar, si evidenciare que la incapacidad nunca cesó.

- P. **Lesionado** - Persona natural que sufra daño corporal, enfermedad o la muerte, como consecuencia de un accidente, o durante un mantenimiento de emergencia o uso por sí mismo o por otra persona de un vehículo de motor como tal vehículo.
- Q. **Médico Autorizado** – El médico designado por el director del Departamento de Asuntos Médicos de la ACAA para evaluar y contestar las consultas generadas por las Oficinas Regionales.
- R. **Médico de Tratamiento** – Doctor en medicina legalmente autorizado para ejercer la práctica de la medicina en Puerto Rico que ofrece servicios y atiende al momento, o de forma habitual, al lesionado de accidente de vehículo de motor. Éste puede ser el médico primario o el médico especialista (ortopeda, neurólogo, fisiatra, o psiquiatra, entre otros).
- S. **Médico Primario** - Doctor en medicina legalmente autorizado para ejercer la práctica de la medicina en Puerto Rico. Para efectos de la ACAA, se considera como médico primario al generalista, internista, médico de familia, ginecólogo-obstetra y pediatra.
- T. **Necesidad Médica** - Se fundamenta en la práctica aceptada de la medicina que garantiza la habilidad de que el lesionado del accidente mantenga, conserve u obtenga sus capacidades funcionales y conforme a las políticas médicas aprobadas. Incluye, pero no se limita a servicios, tratamientos, equipos y suministros que son necesarios para el diagnóstico y tratamiento del estado médico del lesionado, que cumplen con los estándares de la práctica de la medicina y que no se proveen por conveniencia del lesionado o su proveedor de servicio.
- U. **Oficial de Autorizaciones de Servicios** – Doctor en medicina legalmente autorizado para ejercer la práctica de la medicina en Puerto Rico a cargo de evaluar, revisar y autorizar los servicios médico-hospitalarios y quiroprácticos que solicitan los médicos, proveedores de la red de la ACAA, para el diagnóstico y tratamiento de los reclamantes, lesionados por accidentes de vehículo de motor.
- V. **Oficial de Consultas** – Profesional de la salud a cargo de evaluar, revisar y autorizar los servicios médico-dentales, servicios quiroprácticos, ambulancias, incapacidad, terapia física, y/o equipo médico que solicitan los médicos y proveedores de la red de la ACAA, para

Política y Procedimiento	Página: 6 de 19
Departamento: Asuntos Médicos	Efectividad: 24 de octubre de 2025
Título: Autorización de Servicios Médicos y Beneficios	Aplica al Departamento: Asuntos Médicos
Número: 2025-AM-PP 04	Fecha más reciente de revisión: 24 de octubre de 2025
Aprobado por	
Director Médico: Luis Martínez Suárez	
Directora Ejecutiva: Wanda Ortega Álamo	

tratamiento de los lesionados de accidentes de vehículo de motor.

- W. **Oficial de Cumplimiento de Servicios al Lesionado** – Personal adscrito al Departamento de Asuntos Médicos responsable de canalizar las necesidades clínicas y sociales de los lesionados de accidentes de vehículo de motor y coordinar los servicios necesarios para su recuperación, rehabilitación e independencia en las actividades del diario vivir.
- X. **Procedimiento de Autorización** – Proceso que se lleva a cabo en el Departamento de Asuntos Médicos en el cual se analiza y se determina la relación causal entre el accidente, cada una de las lesiones recibidas por el lesionado y la necesidad médica de los beneficios solicitados previo a la aprobación o denegación de los beneficios médico-hospitalarios o del pago de estos.
- Y. **Reclamante** – El lesionado que insta personalmente su reclamación ante la ACAA y a la persona que este designa como su representante autorizado ante la Administración. Puede ser reclamante aquel que comparece en capacidad representativa del lesionado como en el caso de menores de edad, personas bajo tutela, personas discapacitadas o representantes mediante poder, poder duradero u otros.
- Z. **Servicios de Custodia** – Es el servicio no médico, que no requiere de un plan de tratamiento o ser ofrecido directamente por enfermeras graduadas, diseñado para prestar asistencia personal al lesionado de accidente de vehículo de motor, en sus actividades del diario vivir como ayuda para caminar, transferirse de un lugar a otro, vestirse, bañarse, alimentarse, uso y supervisión del servicio sanitario, mantenimiento de su higiene personal, y otros cuidados personales que no requieran atención continua de personal clínico adiestrado, y cuando no exista un cuidador disponible y capacitado para prestarlos, por el término establecido en las políticas médicas.
- AA. **Servicios de Salud en el Hogar** - Servicios y cuidados médicos que se ofrecen fuera del ambiente del hospital para tratar, promover, mantener o restaurar la funcionalidad y la salud física del lesionado a su mejor capacidad.
- BB. **Sistema de Administración y Manejo de Reclamaciones y Beneficios (Sistema Electrónico ACAA-21 Web)** – Aplicación (software) con múltiples módulos, diseñada para realizar los procesos de radicación, adjudicación y administración de una reclamación por servicio médico-hospitalarios, equipo médico, farmacia, compensación por muerte, funeral y desmembramiento; además de los pagos de compensación semanal por pérdida de ingresos por incapacidad, por muerte o desmembramiento.

Política y Procedimiento	Página: 7 de 19
Departamento: Asuntos Médicos	Efectividad: 24 de octubre de 2023
Título: Autorización de Servicios Médicos y Beneficios	Aplica al Departamento: Asuntos Médicos
Número: 2025-AM-PP 04	Fecha más reciente de revisión: 24 de octubre de 2025
Aprobado por	
Director Médico: Luis Martínez Suárez	
Directora Ejecutiva: Wanda Ortega Álamo	

VI. Disposiciones Generales

Tipos de Consultas para Autorización de Servicios Médicos y Beneficios

A. La Oficina Regional genera las consultas dentro de las siguientes clasificaciones:

1. **Extensión** - Consulta cuyo propósito es solicitar la cubierta extendida. Esta consulta es para casos de más de dos (2) años y genera la autorización de servicio.
2. **Lesión** - Consulta para añadir lesiones no informadas originalmente por el lesionado.
3. **Libre** - Consulta que no está relacionada a un servicio en particular. Esta consulta no conlleva la autorización de servicio.
4. **Prolongación de cubierta básica** – Consulta para extender provisionalmente los servicios de la cubierta básica por un periodo mayor a los dos (2) años, con el único propósito de culminar los servicios médico-hospitalarios previamente autorizados hasta un máximo de seis (6) meses.
5. **Servicio** - Consulta relacionada a un servicio. Esta consulta se genera para casos de cubierta básica y extendida y conlleva la certificación de servicio.

B. El Sistema Electrónico (ACAA-21 Web) distribuye los tipos de consultas generadas en diferentes **clases de consultas**, siendo estas:

- Bandeja para Cirugía
- Casos de Desmembramiento
- Casos de Reconsideración
- Comité Médico Más de Dos (2) años
- Comité Médico Menos de Dos (2) años
- Dental
- Diaria
- Director
- Equipo Médico
- Escrita
- Incapacidad
- Lesión

Política y Procedimiento	Página: 8 de 19
Departamento: Asuntos Médicos	Efectividad: 24 de octubre de 2025
Título: Autorización de Servicios Médicos y Beneficios	Aplica al Departamento: Asuntos Médicos
Número: 2025-AM-PP 04	Fecha más reciente de revisión: 24 de octubre de 2025
Aprobado por	
Director Médico: Luis Martínez Suárez	
Directora Ejecutiva: Wanda Ortega Álamo	

- Medicina Física y Rehabilitación
- Muerte
- Psiquiatría
- Reembolso
- Salud en el Hogar
- Transporte (Ambulancia)

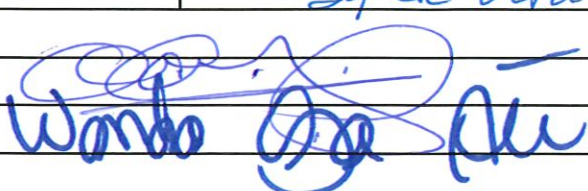
C. La autorización de servicios médicos y beneficios se realizará mediante los distintos tipos de consultas, que se detallan a continuación y se refieren a un servicio o beneficio específico. Según el servicio solicitado, la Oficina Regional deberá someter una descripción detallada y la documentación requerida. El Área de Autorizaciones tiene un tiempo asignado para contestar cada tipo de consulta, a base a la urgencia y necesidad del servicio.

1. **Bandeja para Cirugía (Médico Quirúrgico)** - Se requiere solicitar autorización al Departamento de Asuntos Médicos para todos los equipos y/o implantes que serán utilizados en un procedimiento quirúrgico que sea de carácter electivo y programable. La solicitud de autorización debe estar acompañada de la orden médica del equipo a ser utilizado, la orden de admisión de cirugía y la fecha del procedimiento. Se le requiere al médico cirujano generar esta solicitud por lo menos diez (10) días de anticipación para llevar a cabo la coordinación necesaria para la adquisición de la bandeja. Una vez recibida la información completa, el tiempo para contestar esta consulta es de dos (2) días laborables.
2. **Casos de Desmembramiento** - Consulta para la autorización del beneficio de desmembramiento, en la cual se establece la relación causal entre el accidente de vehículo de motor y la pérdida de uno o más miembros del cuerpo del lesionado. La solicitud debe estar acompañada por el informe médico detallado. Esta consulta es evaluada y contestada por el Director Médico o por un Médico autorizado. El tiempo para contestar esta consulta es de hasta treinta (30) días laborables.
3. **Casos de Reconsideración** - Consulta para reconsiderar una denegación de un servicio en el cual el lesionado no está de acuerdo con la decisión tomada por el Comité de Evaluación Médica. Se requiere que la solicitud esté acompañada de nueva documentación (según solicitada en la consulta denegada) provista por el lesionado y sus médicos de tratamiento para reconsiderar la denegación del caso. Esta consulta es evaluada y contestada por el Director Médico o por un Médico autorizado, distinto al que llevó a cabo la primera evaluación. Si la

Política y Procedimiento	Página: 9 de 19
Departamento: Asuntos Médicos	Efectividad: 24 de octubre de 2025
Título: Autorización de Servicios Médicos y Beneficios	Aplica al Departamento: Asuntos Médicos
Número: 2025-AM-PP 04	Fecha más reciente de revisión: 24 de octubre de 2025
Aprobado por	
Director Médico: Luis Martínez Suárez	
Directora Ejecutiva: Wanda Ortega Álamo	

consulta fue evaluada inicialmente por el Director Médico, será un Médico autorizado, quien evalúe y conteste la apelación. Una vez recibida la nueva documentación, el tiempo para contestar esta consulta es de hasta diez (10) días laborables.

4. **Comité Médico Más de dos (2) Años** - Consulta para la autorización de servicios médicos bajo la cubierta extendida en casos de más de dos (2) años luego del accidente. Estos casos son evaluados y autorizados por los miembros del Comité Evaluación Médica. El tiempo para contestar esta consulta es de hasta treinta (30) días calendarios. En este tipo de consulta se evalúan y autorizan los siguientes servicios:
 - a) Clasificación de los lesionados con diagnóstico de paraplejia, cuadriplejia, trauma severo, y fracturas múltiples con complicaciones y todo lesionado que requiera la cubierta extendida.
 - b) Servicios de Casas de Convalecencia, Servicio de Custodia en el Hogar, Servicio de Custodia en Unidades Especiales y Servicio de Ama de Llaves.
 - 1) Se requiere una orden médica con el diagnóstico, la justificación médica del proveedor que solicita el servicio y la recomendación del Oficial de Cumplimiento de Servicios al Lesionado de la ACAA. Además, se requiere completar la Forma ACAA 200-06, Referido a Casa de Convalecencia o la Forma ACAA 200-17, Solicitud de Extensión de Estadía en Casa de Convalecencia, según sea el caso
 - 2) Si el servicio solicitado es un alta desde el Centro Médico de Puerto Rico y se solicita servicio custodial en una unidad especial, se requiere una orden médica con el diagnóstico, la justificación médica del proveedor que solicita el servicio, la Evaluación Inicial Oficial de Cumplimiento, Forma ACAA 200-192, con la recomendación del Oficial de Cumplimiento de Servicios al Lesionado de la ACAA, y el informe del Trabajador Social. También aplica en aquellos casos en que el lesionado sea transferido del hospital a una unidad especial o de una casa de convalecencia a una unidad especial.
 - 3) Si el servicio solicitado es de servicio custodial en el hogar y/o servicio de ama de llaves, requiere una orden médica con el diagnóstico, la justificación médica del proveedor que solicita el servicio y la Evaluación Inicial Oficial de Cumplimiento, Forma ACAA 200-192, con la

Política y Procedimiento	Página: 10 de 19
Departamento: Asuntos Médicos	Efectividad: 24 de octubre de 2025
Título: Autorización de Servicios Médicos y Beneficios	Aplica al Departamento: Asuntos Médicos
Número: 2025-AM-PP 04	Fecha más reciente de revisión: 24 de octubre de 2025
Aprobado por	
Director Médico: Luis Martínez Suárez	
Directora Ejecutiva: Wanda Ortega Álamo	

recomendación del Oficial de Cumplimiento de Servicios al Lesionado de la ACAA.

5. **Comité Médico Menos de Dos (2) Años** - Consulta para la autorización de servicios médicos bajo la cubierta básica que requieren ser evaluados y autorizados por los miembros del Comité de Evaluación Médica de la ACAA. Se consulta además, los casos que requieren extender provisionalmente los servicios de la cubierta básica por un periodo mayor a los dos (2) años, con el único propósito de culminar los servicios médico-hospitalarios previamente autorizados hasta un máximo de seis (6) meses. El tiempo para contestar esta consulta es de hasta cinco (5) días laborables, excepto en los casos de planificación de alta del hospital que se contestarán en dos (2) días laborables o menos.
6. **Consultas de Director** - Consulta para la evaluación y autorización de servicios médicos en casos de cubierta básica y extendida, específicamente los casos en los cuales exista duda con relación a los servicios solicitados o denegados. Estos casos son evaluados y autorizados por el Director Médico de la ACAA o un Médico Autorizado. En este tipo de consulta se evalúan y autorizan además los siguientes servicios:
 - a) Reconsideración sobre añadir lesiones no informadas en la radicación del caso.
 - b) Reconsideración sobre Servicios de Resonancia Magnética "MRI" por sus siglas en inglés y Tomografía Computarizada "CT Scan" por sus siglas en inglés.
 - c) Servicios de Hospital de Rehabilitación.

Una vez recibida la información completa, el tiempo para contestar esta consulta es de hasta cinco (5) días laborables.

7. **Consulta de Equipo Médico** - Consulta para la evaluación y autorización de servicios para el alquiler, compra, reemplazo y/o reparación de equipo médico duradero. Se requiere, la orden médica con el diagnóstico y la justificación médica del proveedor que solicita el equipo. Una vez recibida la información completa, el tiempo para contestar esta consulta es de hasta dos (2) días laborables.

Política y Procedimiento	Página: 11 de 19
Departamento: Asuntos Médicos	Efectividad: 24 de octubre de 2025
Título: Autorización de Servicios Médicos y Beneficios	Aplica al Departamento: Asuntos Médicos
Número: 2025-AM-PP 04	Fecha más reciente de revisión: 24 de octubre de 2025
Aprobado por	
Director Médico: Luis Martínez Suárez	
Directora Ejecutiva: Wanda Ortega Álamo	

a) **Equipo Médico Duradero (DME)**

Es el equipo que cumple con todos los siguientes criterios:

- 1) Puede resistir el uso repetido, es decir, normalmente podría ser alquilado y utilizado por otros pacientes sucesivamente;
- 2) Se utiliza para servir a un propósito médico;
- 3) Por lo general, solo es útil para una persona con una enfermedad o lesión, y;
- 4) Es apropiado para el uso en el hogar del lesionado.

Ejemplos de estos son: sillas de ruedas (manuales y eléctricas), camas de posición, bastones, muletas, andadores, ventiladores, oxígeno, colchones de presión y otros que reúnan los requisitos anteriores y cumplan con una necesidad médica determinada y aprobada por la ACAA. El equipo médico duradero, incluye, además, los servicios de prótesis, órtesis y suministros médicos.

b) **Equipo Médico No Duradero (Suplidos)** – Consiste en equipos o materiales médicos que:

- 1) Son desechables;
- 2) No puede usarse repetidamente por más de una persona;
- 3) Son para ser utilizados para un propósito médicamente justificado;
- 4) No son usualmente utilizados por una persona ante la ausencia de una enfermedad o condición médica;
- 5) Debe ser ordenado o prescrito por un médico.

8. **Consulta de Incapacidad** – Consulta para la evaluación y autorización de todos los casos de Incapacidad, excepto los casos de Incapacidad Total, Continua y Permanente y los casos con una Incapacidad Total, Continua y Temporera de tres (3) meses o menos. La consulta debe estar acompañada de la Determinación Médica de Incapacidad, Forma ACAA 200-168, en la cual el

Política y Procedimiento	Página: 12 de 19
Departamento: Asuntos Médicos	Efectividad: 24 de octubre de 2025
Título: Autorización de Servicios Médicos y Beneficios	Aplica al Departamento: Asuntos Médicos
Número: 2025-AM-PP <u>de</u>	Fecha más reciente de revisión: 24 de octubre de 2025
Aprobado por	
Director Médico: Luis Martínez Suárez	
Directora Ejecutiva: Wanda Ortega Álamo	

médico documenta la incapacidad y el tiempo de está. Se requiere además una certificación de los intentos de regresar al trabajo cotidiano dentro de un término no mayor de tres (3) meses. Una vez recibida la información completa, el tiempo para contestar esta consulta es de hasta treinta (30) días calendarios.

9. **Consulta de Lesión – Consulta para añadir lesiones adicionales** no informadas originalmente por el lesionado a las reportadas en el Diagrama del Cuerpo Humano, Forma 300-53-B y C. Todo lesionado o representante autorizado deberá radicar su reclamación de añadir lesiones adicionales, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha del accidente y deberá someter junto con la reclamación, toda la evidencia que sea razonablemente posible obtener en relación con las circunstancias del accidente y las razones para añadir las lesiones adicionales. Entre las justas causas para añadir una lesión se considerará el haber mencionado la lesión en sala de emergencia, el estar hospitalizado por más de quince (15) días, y si la lesión está relacionada a la misma área anatómica (por ejemplo, clavícula-hombro, cadera –pelvis). Una vez recibida la información completa, el tiempo para contestar esta consulta es de hasta treinta (30) días calendarios.
10. **Consulta de Medicina Física y Rehabilitación** - Consulta para la evaluación y autorización de servicios de Fisiatría, Terapia Física, Ocupacional y/o del Habla y Acuaterapia. Se requiere orden médica con diagnóstico y justificación médica. Una vez recibida la información completa, el tiempo para contestar esta consulta es de hasta cinco (5) días calendarios.
11. **Consulta de Muerte** - Consulta para la evaluación, establecimiento de la relación causal y determinación del beneficio de muerte. Estos casos son evaluados y autorizados por el Director Médico o el Médico autorizado. Se requiere el certificado de defunción y la Certificación Muerte del Instituto de Ciencias Forenses en los casos donde se realice o se haya referido a autopsia (Forma ICF-01286-PAT). Una vez recibida la información completa, el tiempo para contestar esta consulta es de hasta treinta (30) días calendario.
12. **Consulta de Psiquiatría** - Consulta para evaluación de salud mental por un Psiquiatra, para establecer relación causal y autorización de servicios de psiquiatría y psicología. Estas consultas son evaluadas por el asesor en psiquiatría de la ACAA. Se requiere orden médica con diagnóstico y justificación médica. Si la consulta es aprobada, se le entregará al lesionado la Evaluación de Salud Mental, Forma ACAA 200-165, para ser a su vez entregada al proveedor de psicología y/o psiquiatría personalmente o a través de correo

Política y Procedimiento	Página: 13 de 19
Departamento: Asuntos Médicos	Efectividad: 24 de octubre de 2025
Título: Autorización de Servicios Médicos y Beneficios	Aplica al Departamento: Asuntos Médicos
Número: 2025-AM-PP 04	Fecha más reciente de revisión: 24 de octubre de 2025
Aprobado por	
Director Médico: Luis Martínez Suárez	
Directora Ejecutiva: Wanda Ortega Álamo	

electrónico. Esta última forma deberá ser devuelta por correo electrónico a la oficina regional o será entregada por el proveedor al lesionado para que la entregue sellada en la oficina regional. Una vez recibida la información completa, el tiempo para contestar esta consulta es de hasta diez (10) días calendarios.

13. **Consulta de Reembolso** - Consulta para la solicitud de reembolsos por servicios pagados por el lesionado. Se requiere como evidencia factura del servicio recibido y del pago realizado por el lesionado. Además, se requiere la justificación del servicio (orden médica) con evidencia clínica. Una vez recibida la información completa, el tiempo para contestar esta consulta es de hasta treinta (30) días calendarios.
14. **Consulta de Salud en el Hogar** - Consulta para la evaluación y autorización de servicios que son ofrecidos en el hogar del lesionado o en una unidad especial, tales como: Terapia Física, Terapia Ocupacional, Terapia del Habla y Curación de Úlceras y/o Cuidado Diestro de Enfermería. Se requiere una orden médica con el diagnóstico y justificación médica del proveedor que solicita el servicio. Una vez recibida la información completa, el tiempo para contestar esta consulta es de hasta tres (3) días calendarios.
15. **Consulta de Transporte (Ambulancia)** - Se requiere autorización de todos los casos que necesiten del transporte de **no emergencia** en ambulancia o transporte alternativo incluyendo Tipo Van para Silla de Ruedas, **excepto** en los casos donde el traslado del lesionado sea desde el lugar del accidente a una facilidad hospitalaria y/o el traslado interhospitalario de emergencia. La consulta debe estar acompañada de la Certificación de Servicios Médico-Hospitalarios y Quiroprácticos, Forma ACAA 300-242, en la cual el médico de tratamiento documenta la necesidad médica de este servicio. Cuando el servicio solicitado es en el momento del alta de un hospital del Centro Médico, se requiere, además, la recomendación del Oficial de Cumplimiento de Servicios al Lesionado de la ACAA y el Resumen de Alta (*Discharge Summary*) del lesionado. El tiempo para contestar esta consulta es de hasta dos (2) días calendarios.
16. **Consulta Dental** – Consulta por parte del Departamento de Asuntos Médicos para la evaluación y autorización de servicios dentales. Se requiere la Diagrama del Cuerpo Humano, Forma ACAA 300-53 y la Factura Dental, Forma ACAA 300-139 y/o evaluación del dentista, maxilofacial o de sala de emergencia donde se documente el daño. El tiempo para contestar esta consulta es de hasta cinco (5) días calendarios.

Política y Procedimiento	Página: 14 de 19
Departamento: Asuntos Médicos	Efectividad: 24 de octubre de 2025
Título: Autorización de Servicios Médicos y Beneficios	Aplica al Departamento: Asuntos Médicos
Número: 2025-AM-PP 06	Fecha más reciente de revisión: 24 de octubre de 2025
Aprobado por	
Director Médico: Luis Martínez Suárez	
Directora Ejecutiva: Wanda Ortega Álamo	

17. **Consulta Diaria** - Consulta para la evaluación y autorización de servicios médicos en casos de menos de dos (2) años, que, por la naturaleza del servicio, a juicio de un médico, Director Regional o su representante autorizado, requieren sean contestados con urgencia. Se requiere la orden médica con diagnóstico y la justificación médica. En este tipo de consulta se evalúan, entre otras: la solicitud de servicios de cirugías ambulatorias que son identificados con la **letra C**, en el Sistema Electrónico (ACAA-21 Web). Una vez recibida la información completa, el tiempo para contestar esta consulta es de hasta tres (3) días calendarios.
18. **Consulta Escrita** - Consulta para la evaluación y autorización de servicios médicos en casos de menos de dos (2) años, cuyo servicio no es de carácter urgente. Se requiere la orden médica con diagnóstico, la justificación médica y/o notas de progreso correspondientes a la consulta. Una vez recibida la información completa, el tiempo para contestar esta consulta es de hasta cinco (5) días calendarios.

VII. Procedimiento de Autorización de Beneficios

- A. El procedimiento de autorización de beneficios se lleva a cabo en el Área de Autorización de Servicios adscrita al Departamento de Asuntos Médicos, la cual es responsable del análisis, evaluación y determinación de la necesidad médica y relación causal de los servicios médicos solicitados por los lesionados de accidente de vehículo de motor. Esta Área está compuesta por el Director Médico, el Comité de Evaluación Médica, el Oficial de Autorizaciones de Servicios y el Oficial de Consultas, quienes están autorizados para evaluar y contestar las solicitudes de autorizaciones de servicios médicos, y un Gerente de Asuntos Médicos a cargo de la coordinación de los trabajos médicos y la función administrativa del área.
- B. Los Oficiales de Autorización de Servicios y los Oficiales de Consultas Médicas podrán realizar su función de manera presencial, remota o híbrida.
- C. Las certificaciones electrónicas se expedirán a través del Sistema Electrónico (ACAA21 Web), mientras las certificaciones manuales son las preparadas cuando se activa el Plan de Contingencia por fallas en los sistemas computarizados o falta de energía eléctrica. A continuación, se detallan las cinco (5) formas:
 1. Certificación de Servicios Médico-Hospitalarios y Quiroprácticos (Forma ACAA-300-242)

Política y Procedimiento	Página: 15 de 19
Departamento: Asuntos Médicos	Efectividad: 24 de octubre de 2025
Título: Autorización de Servicios Médicos y Beneficios	Aplica al Departamento: Asuntos Médicos
Número: 2025-AM-PP 26	Fecha más reciente de revisión: 24 de octubre de 2025
Aprobado por	
Director Médico: Luis Martínez Suárez	
Directora Ejecutiva: Wanda Ortega Álamo	

2. Certificación de Servicios Médico-Hospitalarios y Quiroprácticos Manual (Forma ACAA-300-242A)
3. Certificación de Servicios Médico-Hospitalarios y Quiroprácticos Manual, Cirugía Ambulatoria (Forma ACAA-300-242B)
4. Certificación de Servicios Médico-Hospitalarios y Quiroprácticos Manual, Equipo Médico (Forma ACAA-300-242C)
5. Certificación de Servicios Médico-Hospitalarios y Quiroprácticos Manual, Terapia Física (Forma ACAA-300-242D)

D. El procedimiento de autorización se inicia cuando el personal de la ACAA designado en la Oficina Regional genera las consultas a través del Sistema Electrónico (ACAA-21 Web). Se requiere la autorización del Departamento de Asuntos Médicos para **todos** los beneficios solicitados por un lesionado de accidente de vehículo de motor con **excepción** de los siguientes:

1. Primeras dos (2) visitas al **médico primario** con **radiografías sencillas** (una (1) visita inicial y una (1) visita de seguimiento).
2. Primeras tres (3) visitas al **Ortopeda** y las **primeras (3) radiologías**.
3. Primeras dos (2) visitas al **Fisiatra** (una (1) visita inicial y una (1) visita de seguimiento).
 - a) Si en la visita inicial se recomienda Terapia Física, Ocupacional o del Habla se autorizará hasta un máximo de quince (15) sesiones por cada tipo de terapia.
4. Primera visita inicial al **Quiropráctico**.
5. Primera visita y una (1) visita de seguimiento de los siguientes especialistas (con orden médica, evaluación del médico de sala de emergencia que esté ordenado en el Resumen de Alta (*Discharge Summary*) del hospital:
 - a) Visita al Cirujano de Trauma.
 - b) Visita al Cirujano General.
 - c) Visita al Dentista (primera placa panorámica).
 - d) Visita al Neumólogo.

Política y Procedimiento	Página: 16 de 19
Departamento: Asuntos Médicos	Efectividad: 24 de octubre de 2025
Título: Autorización de Servicios Médicos y Beneficios	Aplica al Departamento: Asuntos Médicos
Número: 2025-AM-PP 06	Fecha más reciente de revisión: 24 de octubre de 2025
Aprobado por	
Director Médico: Luis Martínez Suárez	
Directora Ejecutiva: Wanda Ortega Álamo	

- e) Visita al Oftalmólogo.
- f) Visita al Otorrinolaringólogo.

6. Adquisición del siguiente equipo (con orden médica con el diagnóstico y la evaluación médica):

Equipo:

- a) Muletas
- b) Bastón
- c) Collar Cervical de Foam
- d) *Ankle Brace* (tobillera)
- e) *Wrist Splint* (muñequera)
- f) Cabestrillo

Códigos:

- E0114
- E0100
- L0120
- L1902
- L3908
- A4565

7. Tampoco se requiere la autorización del Departamento de Asuntos Médicos para los traslados del lesionado desde el lugar del accidente a una facilidad hospitalaria y el traslado interhospitalario de emergencia.
8. Los casos de Incapacidad Total, Continua y Permanente y los casos con una Incapacidad Total, Continua y Temporera de tres (3) meses o menos, según establecido en la Política y Procedimiento: Criterios Médicos para la Autorización de la Determinación Médica de Incapacidad.

E. El Área de Autorización de Servicios recibe la consulta a través del Módulo de Buzón Médico Central, del Sistema Electrónico (ACAA-21 Web). Los documentos que se mencionan a continuación son necesarios para la evaluación de una consulta por parte del Área de Autorización de Servicios. Es responsabilidad de la Oficina Regional digitalizar estos documentos antes de realizar la consulta.

1. Radicación y Certificación de Reclamaciones, Forma ACAA C-001.
2. Datos médicos que pueden ayudar al manejo adecuado del lesionado y Diagrama del cuerpo humano para identificar las áreas que fueron impactadas en el accidente de automóvil, Forma ACAA 300-53 A, B y C.
3. Informe de Evaluación y Tratamiento de todos los médicos que han evaluado al lesionado, Forma ACAA 300-70.
4. Informe de Choque de Tránsito, Forma PPR 621.4.

Política y Procedimiento	Página: 17 de 19
Departamento: Asuntos Médicos	Efectividad: 24 de octubre de 2025
Título: Autorización de Servicios Médicos y Beneficios	Aplica al Departamento: Asuntos Médicos
Número: 2025-AM-PP <u>06</u>	Fecha más reciente de revisión: 24 de octubre de 2025
Aprobado por	
Director Médico: Luis Martínez Suárez	
Directora Ejecutiva: Wanda Ortega Álamo	

5. Fotos de la(s) lesión(es), cuando el servicio a solicitar es un procedimiento de cirugía plástica o reconstructiva, o cuidados de heridas o úlceras de la piel.
6. Informe de evaluación de Sala de Emergencia, (si aplica)
7. Resultados de laboratorios, reportes de radiología, informe de procedimientos realizados y estudios médicos diagnósticos, entre otros.
8. Resumen de Alta del hospital (si aplica).

- F. Al abrir el Buzón de Médico Central, el médico autorizado deberá analizar y evaluar las consultas usando de referencia toda la información digitalizada en Sistema Electrónico (ACAA-21 Web). El médico deberá contestar las consultas médicas, aprobando o denegando lo solicitado. De ser denegado el beneficio, el médico deberá indicar la razón específica de la denegación.
- G. La aprobación o la denegación de cada servicio se consignará mediante la firma electrónica del médico que la evaluó.

VIII Vigencia

Esta política tendrá vigencia inmediatamente después de su aprobación. Queda derogada cualquier otra política o disposición anterior en conflicto con esta normativa.

IX. Anejos

1. Radicación y Certificación de Reclamaciones, Forma ACAA – C-001
2. Referido Casa de Convalecencia, Forma ACAA – 200-06
3. Solicitud Extensión Estadía de Casa de Convalecencia, Forma ACAA – 200-17
4. Evaluación de Salud Mental, Forma ACAA – 200-165
5. Determinación Médica de Incapacidad, Forma ACAA – 200-168
6. Evaluación Oficial de Cumplimiento, Forma ACAA – 200-192
7. Notificación Intención de Recobro, Forma ACAA – 300-44-A

Política y Procedimiento	Página: 18 de 19
Departamento: Asuntos Médicos	Efectividad: 24 de octubre de 2025
Título: Autorización de Servicios Médicos y Beneficios	Aplica al Departamento: Asuntos Médicos
Número: 2025-AM-PP <u>Op</u>	Fecha más reciente de revisión: 24 de octubre de 2025
Aprobado por	
Director Médico: Luis Martínez Suárez	
Directora Ejecutiva: Wanda Ortega Álamo	

8. Diagrama del Cuerpo Humano Hombre, Forma ACAA – 300-53-B
9. Diagrama del Cuerpo Humano Mujer, Forma ACAA – 300-53-C
10. Factura por Servicios Dentales, Forma ACAA – 300-139
11. Certificación de Servicios Médico-Hospitalarios y Quiroprácticos, Forma ACAA – 300-242
12. Certificación de Servicios Médico-Hospitalarios y Quiroprácticos Manual, Forma ACAA – 300-242-A
13. Certificación de Servicios Médico-Hospitalarios y Quiroprácticos Cirugía Ambulatoria, Forma ACAA – 300-242-B
14. Certificación de Servicios Médico-Hospitalarios y Quiroprácticos Equipo Médico, Forma ACAA – 300-242-C
15. Certificación de Servicios Médico-Hospitalarios y Quiroprácticos Terapias Físicas, Forma ACAA – 300-242-D
16. Reporte Administrativo, Forma ACAA – 500-48
17. Informe de Choque de Tránsito, PPR-621.4

X. Referencias


2015-AM-PP-07: Programa de Manejo de Casos.

2019-AM-PP-03: Equipo Médico.

2024-DE-02: Transporte en Ambulancias Terrestres.

2025-AM-PP-14-C: Criterios Médicos para la Autorización de la Determinación Médica de Incapacidad.

Evertec, Inc., Manual del Usuario, Módulo Central, ACAA-21, mayo 2004.

Política y Procedimiento	Página: 19 de 19
Departamento: Asuntos Médicos	Efectividad: 24 de octubre de 2025
Título: Autorización de Servicios Médicos y Beneficios	Aplica al Departamento: Asuntos Médicos
Número: 2025-AM-PP 06	Fecha más reciente de revisión: 24 de octubre de 2025
Aprobado por	
Director Médico: Luis Martínez Suárez	
Directora Ejecutiva: Wanda Ortega Álamo	

XI. Control de Cambios:

Nombre de la política y/o procedimiento	Fecha:	Cambios:
2015-AM-PP-12-A - Autorización de Beneficios	8 de octubre de 2020	Derogada



ADMINISTRACIÓN DE
COMPENSACIONES
POR ACCIDENTES
DE AUTOMÓVILES

RADICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE RECLAMACIONES

NÚMERO DE RECLAMACIÓN: _____

TIPO DE PRIMA: _____

NÚMERO DE QUERRELA: _____

INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE									
Núm. de Cuartel o Placa de Policía	Fecha del Accidente (Mes-Día-Año)	Hora	Lugar del Accidente	Pueblo	Fecha de Radicación (Mes-Día-Año)				
INFORMACIÓN DEL LESIONADO									
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre		Inicial	Sexo		
Número de Seguro Social	Clasificación: Conductor ____ Peatón ____ Pasajero ____ Motora ____ Ciclista ____ Jinete ____	Dirección Residencial			Ciudad	País	Código Postal		
Dirección Postal:			Ciudad	País	Código Postal	Teléfono Celular			
Teléfono del Trabajo	Teléfono Residencial	Email			Ocupación	Fecha de Nacimiento (Mes-Día-Año)			
Seguro Privado Si _ No		Seguro Social Choferil Si ____ No ____		Nombre de la Aseguradora		Número de Póliza			
INFORMACIÓN DEL TUTOR									
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre		Inicial	Sexo		
Dirección Residencial			Ciudad	País	Código Postal	Teléfono del Trabajo			
Dirección Postal			Ciudad	País	Código Postal	Teléfono Residencial			
Número de Seguro Social	Relación con el Lesionado		Email:				Teléfono Celular		
INFORMACIÓN DEL CONDUCTOR									
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre		Inicial	Sexo		
Dirección Residencial:			Ciudad	País	Código Postal	Teléfono del Trabajo:			
						Teléfono Residencial:			
Dirección Postal :			Ciudad	País	Código Postal	Teléfono Celular.:			
Número de Seguro Social	Número de Licencia de Conducir		Tipo de Licencia		Fecha de Expedición (Mes-Día-Año)		Fecha de Expiración (Mes-Día-Año)		

NÚMERO DE RECLAMACIÓN: _____

INFORMACIÓN DEL CONDUCTOR AUTORIZADO ACOMPAÑANTE					
Apellido Paterno	Apellido Materno		Nombre	Inicial	Sexo
Dirección Residencial		Ciudad	País	Código Postal	Teléfono del Trabajo
					Teléfono Residencial
Dirección Postal		Ciudad	País	Código Postal	Teléfono Celular
Número de Seguro Social	Número de Licencia de Conducir	Tipo de Licencia		Fecha de Expedición (Mes-Día-Año)	Fecha de Expiración (Mes-Día-Año)

INFORMACIÓN DEL DUEÑO DEL VEHÍCULO					
Nombre Persona o Compañía:					Sexo:
Dirección Residencial o Negocio		Ciudad	País	Código Postal	Teléfono Persona o Compañía
					Teléfono Residencial
Dirección Postal		Ciudad	País	Código Postal	Teléfono Celular:
Número de Seguro Social	Número de Tablilla de Vehículo	Tipo de Vehículo	Fecha de Expedición (Mes-Día-Año)	Fecha de Expiración (Mes-Día-Año)	Número Marbete

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE
Escriba de manera concisa las lesiones y descripción de cómo ocurrió el accidente. Además, incluya el nombre de todas las personas que estuvieron en ese accidente.

Indique si tiene otra reclamación con ACAA vigente y cuál es el número de caso.	
Certifico que la información suministrada es correcta y conociendo las penalidades de Ley por ofrecer información falsa juro y firmo para que así conste.	
Nombre del Reclamante y/o Representante :	Fecha: (Mes-Día-Año)
Firma del Reclamante y/o Representante:	
Nombre del Oficial de Reclamaciones:	Fecha: (Mes-Día-Año)
Firma del Oficial de Reclamaciones:	
Nombre del Director: o Representante Autorizado	
Firma del Director o Representante Autorizado:	

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACION DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DE AUTOMOVILES

REFERIDO CASA DE CONVALECENCIA

1. Fecha (m/d/a): _____
2. Núm. Reclamación: _____

3. Nombre y Apellidos del lesionado:		4. Fecha de Nacimiento:		5. Dirección:	
6. Fecha del accidente:	7. Fecha de Ingreso:	8. Fecha de Alta:	9. Fecha de Referido:	10. Hospital que Refirió:	
11. Diagnósticos:					
12. Nivel de Servicios Recomendado: <input type="checkbox"/> NIVEL I Potencial de Rehabilitación a <i>largo plazo</i> Ej: terapias pasivas, curaciones, etc. <input type="checkbox"/> NIVEL II Potencial de Rehabilitación a <i>corto plazo</i> Ej: Rehabilitación activa					
13. Resultados de Laboratorios y Rayos X:					
14. Tratamientos y Medicamentos Recomendados (PT, OT, ST)					
15. Metas a alcanzar en este Nivel de Cuidado:					
16. Nombre, dirección y Teléfono del médico:			17. Firma del Médico:		



SOLICITUD EXTENSIÓN ESTADÍA DE CASA DE CONVALECENCIA

Nombre de la Institución

Nombre de la Víctima

Número de Reclamación

Número de Expediente de la Institución

Fecha Accidente

Edad

Nivel de Cuidado Actual: _____

Nivel de Cuidado Recomendado: _____

1. Diagnóstico

2. Logros al Presente

3. Potencial de Rehabilitación

4. Tratamiento Adicional Recomendado

a) Tratamiento: _____

b) Frecuencia: _____

c) Metas a Alcanzar: _____

Fecha

Nombre del Médico (Letra de molde)

Firma del Médico



Evaluación de Salud Mental

I. Información General

Nombre completo: _____ Edad: _____ Número de reclamación: _____
Escolaridad: _____ Ocupación: _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Estado Civil: _____ Sexo: F ____ M ____
Fecha de accidente: ____/____/____ Fecha de evaluación: ____/____/____
Referido por Dr. (a): _____

II. Problemas/Queja Principal: (Describa la condición según el lesionado)

III. Historial Enfermedad Actual: (Cuadro clínico, síntomas, intensidad, tiempo)

IV. Historial Médico: (Incluya traumas físicos)

Alergias: Si ☐ No ☐ Tratamiento: _____
Cirugías: Si ☐ No ☐ Tratamiento: _____
Convulsiones: Si ☐ No ☐ Tratamiento: _____

Círcule otras condiciones orgánicas según apliquen: Cuadriplejía, Paraplejía, Amputación, una (1) o más extremidades, Quemaduras más de 50 % 3er grado que afecte funciones, ceguera total y permanente, Fracturas múltiples con complicaciones, no aplica ninguna de las anteriores.

Diabetes: Si ☐ No ☐ Tratamiento: _____
Hipertensión: Si ☐ No ☐ Tratamiento: _____
Herniación discal: Si ☐ No ☐ Tratamiento: _____
Asma bronquial: Si ☐ No ☐ Tratamiento: _____
Otros: _____



V. Historial Psiquiátrico:

Historial previo: Si ☐ No ☐

Diagnóstico: _____

Fechas de evaluaciones previas: _____/_____/_____

Historial hospitalización psiquiátrica: Convencional: Si ☐ No ☐ Fechas: _____/_____/_____

Parcial: Si ☐ No ☐ Fechas: _____/_____/_____

Nombre del médico tratante: _____

Medicamentos psicotrópicos: Si ☐ No ☐ Cuáles: _____

Historial previo de intento suicida: Si ☐ No ☐

Cannabis Medicinal: Si ☐ No ☐ Diagnóstico: _____ Fecha: _____

VI. Historial de Uso y Abuso de Sustancias Controladas

Sustancias	Si	No	Observaciones/Frecuencia de Uso
Alcohol			
Cocaína			
Heroína			
Marihuana			
Crack			
Benzodiazepina			
Café			
Tabaco			
Otros			

VII. Actividades del Diario Vivir:

VIII. Examen Mental:

Apariencia: Edad _____ Salud _____ Higiene: Buena _____ Pobre _____

Vestimenta: _____

Peso: () Apropiado () Obeso () Sobrepeso () Delgado () Asténico

Actividad Psicomotriz: () Sin Defectos () Usa Bastón () Silla de Ruedas () Encamado

Agitación: Si ☐ No ☐ Otros: _____



IX. Conducta/Actitud:

Conducta/Actitud	Si	No	Observaciones
Contacto Visual			
Cooperador			
Motivado			
Anhedonia			
Evasivo			
Suspica			
Retraído			
Seductor			
Agresivo			
Intranquilo			
Lloroso			
Irritable			
Indiferente			
Impulsivo			
Auto Agresivo			

X. Expresión Verbal:

Producción Adecuada: Si ☐ No ☐

Volumen: Alto _____ Bajo _____ Tono _____

XI. Proceso de Pensamiento:

Proceso de pensamiento	Si	No	Observaciones
Lógico			
Coherente			
Relevante			
Espontáneo			
Fuga de Ideas			
Circunstancial			
Organizado			
Tangencial			
Bloqueos			
Lentitud en Proceso Mental			



XII. Contenido de Pensamientos:

Contenido de pensamiento	Si	No	Observaciones
Ideas Suicidas			
Homicidas			
Referencias			
Delirios			
Obsesiones			
Compulsiones			
Fobias			

XIII. Percepciones:

Percepciones	Si	No	Observaciones
Distorsión			
Alucinación			
Alucinación Visual			
Alucinación Olfativa			
Alucinación Gustativa			
Alucinación Táctil			
Ilusiones			

XIV. Afecto:

Apropiado: Si ☐ No ☐ Lábil: Si ☐ No ☐ Embotado: Si ☐ No ☐ Restringido: Si ☐ No ☐
Talante: Ansioso: Si ☐ No ☐ Eutímico: Si ☐ No ☐ Apropiado: Si ☐ No ☐
Deprimido: Si ☐ No ☐ Eufórico: Si ☐ No ☐ Otros: _____
Memoria Inmediata: Si ☐ No ☐ Reciente: Si ☐ No ☐ Remota: Si ☐ No ☐

XV. Orientación:

Tiempo: Si ☐ No ☐ Espacio: Si ☐ No ☐ Persona: Si ☐ No ☐
Atención: Si ☐ No ☐ Concentración Apropiaada: Si ☐ No ☐
Distraído: Si ☐ No ☐ Introspección Apropiaada: Si ☐ No ☐ Pobre: Si ☐ No ☐
Menoscabada: Si ☐ No ☐
Juicio Apropiado: Si ☐ No ☐



XVI. Tema Discutidos/Observaciones:

XVII. Diagnóstico según DSM V:

XVIII. Plan Disposición Alta:

XIX. Tratamiento Ofrecido:

XX. Medicamentos y Dosis:

XXI. Lesionado(a) o su encargado fue orientada sobre reacciones a medicación:

Si ☐ No ☐

XXII. Lesionado(a) o su encargado manifiesta entender las instrucciones de alta:

Si ☐ No ☐

XXIII. Necesidad Hospitalización Convencional o Parcial, Explique:



XXIV. Solicitud de Extensión de Tratamiento:

XXV. Cumplimiento con el Tratamiento:

- () Bueno: Ninguna ausencia de citas
Toma medicación según prescritos
- () Moderado: Ausencia de 1-2 citas
- () Pobre: Ausencia de citas
No toma medicación según prescrita

Firma del médico/psicólogo

Número de licencia

____/____/____
Fecha

Firma lesionado(a)

Reclamación

____/____/____
Fecha



**PARA QUE ESTE FORMULARIO SEA CONSIDERADO POR LA ADMINISTRACIÓN PARA
LA DETERMINACIÓN MÉDICA DEL BENEFICIO DE COMPENSACIÓN POR PÉRDIDA DE INGRESO
POR INCAPACIDAD, EL MISMO TENDRÁ QUE ESTAR COMPLETADO EN SU TOTALIDAD
SIN TACHADURAS O ALTERACIONES**

☐ NUEVA

DETERMINACIÓN MÉDICA DE INCAPACIDAD

☐ EXTENSIÓN

La Ley 111 de 12 de noviembre de 2020, y su Reglamento, provee para pagos por pérdida de Ingresos por Incapacidad. Según el Reglamento, se considerará una Incapacidad física o mental causada por las lesiones del accidente de vehículo de motor, aquella sobrevenida dentro de los veinte (20) días siguientes al accidente (incluyendo sábados, domingos y días feriados), que impida en forma total y continua que la persona pueda dedicarse a cualquier empleo, ocupación, o actividad lucrativa para la cual la persona esté capacitada por educación, experiencia o adiestramiento. Esto son requisitos indispensables sin los cuales no existe el derecho a la compensación, aunque hubiera pérdida de ingreso

Nombre del lesionado:

Número de Reclamación ACAA:

Fecha del Accidente (mes/día/año):

Fecha primera evaluación médica (mes/día/año):

Fecha evaluación subsiguiente:
(mes/día/año):

Lesiones relacionadas con:

☐ Accidente de automóvil

☐ Otros:

Diagnósticos Incapacitantes Totales Permanentes:

☐ Hemiplejía

☐ Paraplejía

☐ Cuadraplejía

☐ Trauma Cerebral Severo

☐ Amputación de 2 extremidades o más (especifique fecha y nivel) Fecha: _____ Nivel: _____

☐ Pérdida del habla

☐ Quemaduras 3^{er} grado en un 50% o más de la superficie corporal

☐ Pérdida total de visión en ambos ojos

Periodo de Incapacidad Total Permanente:

☐ 2 años Desde: _____
(mes/día/año)

Hasta: _____
(mes/día/año)

Diagnósticos Incapacitantes Totales Temporeros:

☐ Procedimientos quirúrgicos

☐ Fracturas múltiples con complicaciones

☐ Fractura de dos (2) o más huesos largos proximales

☐ Fractura de hueso largo en adición a fractura de la columna vertebral o de la pelvis

☐ Fracturas de pelvis severas

☐ Fracturas desplazadas de acetábulo

☐ Emocional agudo (incluir Forma ACAA 200-165)

Periodo de Incapacidad Total Temporera:

☐ 1 mes Desde: _____
(mes/día/año)

☐ 2 meses Hasta: _____
(mes/día/año)

☐ 3 meses

Otros diagnósticos incapacitantes: _____

Periodo de incapacidad:

☐ 1 mes

☐ 2 meses

☐ 3 meses

Desde: _____ Hasta: _____
(mes/día/año) (mes/día/año)

¿El (la) paciente estuvo hospitalizado(a)?

☐ Sí ☐ No

Desde: _____ Hasta: _____
(mes/día/año) (mes/día/año)

¿La incapacidad surge dentro de los 20 días del accidente?

☐ Sí

☐ No

Fecha probable de regreso a su trabajo o actividad usual:
(mes/día/año):

CERTIFICACIÓN

Certifico que la información arriba indicada es correcta, y que soy un médico autorizado a ejercer mi profesión en el Gobierno de Puerto Rico de Puerto Rico. Emito esta certificación, siguiendo los preceptos y cánones éticos de mi profesión. Canon 16: *"El médico podrá expedir o emitir certificaciones médicas a favor del paciente para distintos propósitos sociales. Por razones de integridad de carácter, el médico certificará sólo aquello que haya verificado personalmente y cualquier formulario de evaluación deberá ser contestado veraz, honesta y oportunamente."*

Firma:

Fecha (mes/día/año):

Nombre (en letra de molde):

Número de licencia:

Dirección física oficina médica:

Teléfono:

Fax:

E-mail:

*Favor ver instrucciones al dorso.



INSTRUCCIONES PARA EL PROVEEDOR DE SERVICIOS MÉDICOS AL COMPLETAR LA DETERMINACIÓN MÉDICA DE INCAPACIDAD

- La **Determinación Médica de Incapacidad (Forma ACAA 200-168)**, tiene que ser completada por el médico que evalúa al lesionado por primera vez o por el médico de tratamiento (Nueva).
- Para que el reclamante sea considerado para la determinación de pago por pérdida de ingresos por incapacidad, el formulario **tiene que ser completado en todas sus partes, sin tachaduras y/o alteraciones.**
- Para que la **Determinación Médica de Incapacidad** sea válida, una vez complete la misma, ésta debe ser colocada en el sobre que se incluye y sellar el mismo.
- Se considerará una incapacidad física o mental, aquella causada por un accidente de vehículo de motor, sobrevenida dentro de los veinte (20) días siguientes al accidente (incluyendo sábados, domingos y días feriados), que impida en forma total y continua que la persona pueda dedicarse a cualquier empleo, ocupación, o actividad lucrativa para la cual la persona esté capacitada por educación, experiencia o adiestramiento. Éstos son requisitos indispensables sin los cuales no existe el derecho a la compensación, aunque hubiera pérdida de ingreso.
- Se considerará diagnósticos incapacitantes, entre otros: Hemiplejia, Paraplejia, Cuadriplejia, Trauma cerebral severo, Amputación de dos extremidades ocurridas dentro de los veinte (20) días siguientes a la fecha del accidente, Quemaduras de 3^{er} grado en un 50% o más de la superficie corporal, Pérdida total de visión en ambos ojos, Pérdida del habla que genere una incapacidad en producir lenguaje que pueda escucharse, sostenerse y entenderse, **Procedimientos quirúrgicos**, mientras se realizan los procedimientos quirúrgicos necesarios para devolver la capacidad adecuada de funcionamiento al órgano o extremidad afectada y/o *Emocional Agudo* para la cual se completará la Evaluación Psiquiátrica Forma ACAA 200-165).
- El médico que complete la **Determinación Médica de Incapacidad** tiene el deber, antes de adjudicar la incapacidad, comprobar mediante la exploración física y reconocimiento del reclamante, la sintomatología alegada por éste para solicitar la incapacidad.
- Esta incapacidad debe estar sustentada por los hallazgos clínicos encontrados, los cuales se detallarán en el **Informe de Evaluación y Tratamiento**, Forma ACAA 300-70, en la **Evaluación Psiquiátrica** (en aquellos casos que aplique), Forma ACAA 200-165, y en el **Diagrama del Cuerpo Humano**, Forma ACAA 300-53, para identificar las áreas que fueron impactadas en el accidente de vehículo de motor. La incapacidad deberá ser sustentada, además, mediante resultados de placas y estudios realizados por sala de emergencia o por otros proveedores, que justifiquen que el reclamante está afectado funcionalmente para incorporarse a su trabajo.
- Las evaluaciones médicas, (Informe de Evaluación y Tratamiento, Forma ACAA 300-70), deberán ir dirigidas a diagnosticar, evaluar, medir y comparar el progreso en cada visita de seguimiento para que se le pueda adjudicar el periodo razonable de incapacidad que requiera la condición médica.
- Si el reclamante continúa incapacitado, después de transcurridos los tres (3) meses, el médico que otorgó la incapacidad inicialmente, tiene que completar otro formulario de Determinación Médica de Incapacidad (Forma ACAA 200-168), certificando que la incapacidad continúa (Extensión). La incapacidad se documentará en las notas de progreso del **Informe de Evaluación y Tratamiento** (Forma ACAA 300-70).
- Una vez el reclamante haya alcanzado razonablemente una mejoría en función, que ya no le impida realizar su trabajo, el médico de tratamiento podrá recomendar que éste pueda reincorporarse a su empleo.



FECHA: _____

HORA: _____

EVALUACION INICIAL
OFICIAL DE CUMPLIMIENTO

NOMBRE DEL LESIONADO: _____ NÚM. DE RECLAMACIÓN: _____
FECHA DE ACCIDENTE: _____ F _____ M _____ EDAD: _____ F/N: _____
UBICACIÓN: ☐ ER ☐ ESTABILIZADORA ☐ HOSPITAL: _____ HAB: _____
CASO TRABAJADO POR: _____

TIPO ACC:

☐ PEATÓN
☐ CONDUCTOR

☐ MOTORA
☐ PASAJERO

DATOS PERSONALES:

☐ HOGAR PROPIO-CON FAMILIA/SOLO

☐ FUERA DE PUERTO RICO

☐ SIN HOGAR ☐ REFERIDO AL DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA ☐ OTRO _____

CLASIFICACIÓN

☐ 1. FRACTURA CON COMPLICACIONES

☐ 2. CUADRAPLÉJICO

☐ 3. PARAPLÉJICO

☐ 4. TRAUMA SEVERO:

a. TBI ☐

b. Estado Vegetativo ☐

c. Desmembramiento ☐

COMENTARIO: _____

DATOS PERSONALES DEL LESIONADO

OFICINA REGIONAL: _____ TELÉFONO: _____

CONTACTO/PARENTESCO: _____ TELÉFONO: _____

EQUIPOS REQUERIDOS PARA EL ALTA

CAMA DE POSICIÓN

☐ Sí ☐ No

RENTA ☐

POR _____ MES(ES)

COMPRA ☐

SILLA DE RUEDAS

☐ Sí ☐ No

RENTA ☐

POR _____ MES(ES)

COMPRA ☐

MÁQUINA DE SUCCIÓN

☐ Sí ☐ No

RENTA ☐

POR _____ MES(ES)

COMPRA ☐

CONCENTRADOR DE OXIGENO

☐ Sí ☐ No

RENTA ☐

POR _____ MES(ES)

COMPRA ☐

ALIMENTACIÓN

☐ Sí ☐ No

POR _____ MES(ES)

ANTIBIOTICOS

☐ Sí ☐ No

POR _____ MES(ES)

CUIDADO DE HERIDA

☐ Sí ☐ No

POR _____ MES(ES)

PRESION NEGATIVA

☐ Sí ☐ No

POR _____ MES(ES)

CATÉTER URINARIO
FOLEY-CONDON FOLEY

☐ Sí ☐ No

POR _____ MES(ES)

CATETER DE SUCCION

☐ Sí ☐ No

POR _____ MES(ES)

SUPLIDO DE TRAQUEOSTOMIA

☐ Sí ☐ No

POR _____ MES(ES)

SUPLIDO DE COLOSTOMIA

☐ Sí ☐ No

POR _____ MES(ES)

MATTRESS

☐ Sí ☐ No

THERABOOT

☐ Sí ☐ No

INMOVILIZADOR

☐ Sí ☐ No

B-JACKET-TLSO

☐ Sí ☐ No

COLLAR

☐ Sí ☐ No

ANDADOR

☐ Sí ☐ No

MULETAS

☐ Sí ☐ No

OTRO

☐ Sí ☐ No

COMENTARIOS

NOTA:



FECHA: _____

HORA: _____

EVALUACION – SEGUIMIENTO
OFICIAL DE CUMPLIMIENTO

NOMBRE DEL LESIONADO: _____ NÚM. DE RECLAMACIÓN: _____

FECHA DE ACCIDENTE: _____ F _____ M _____ EDAD: _____ F/N: _____

☐ HOGAR ☐ ER ☐ AMBULATORIO ☐ REHAB ☐ HOSPITAL: _____ HAB: _____

CASO TRABAJADO POR: _____ OFICINA REGIONAL: _____

EQUIPOS DE SEGUIMIENTO

CAMA DE POSICIÓN

☐ Sí ☐ NoRENTA ☐

POR _____ MES(ES)

COMPRA ☐

SILLA DE RUEDAS

☐ Sí ☐ NoRENTA ☐

POR _____ MES(ES)

COMPRA ☐

MÁQUINA DE SUCCIÓN

☐ Sí ☐ NoRENTA ☐

POR _____ MES(ES)

COMPRA ☐

CONCENTRADOR DE OXIGENO

☐ Sí ☐ NoRENTA ☐

POR _____ MES(ES)

COMPRA ☐

ALIMENTACIÓN

☐ Sí ☐ No

POR _____ MES(ES)

ANTIBIOTICOS

☐ Sí ☐ No

POR _____ MES(ES)

CUIDADO DE HERIDA

☐ Sí ☐ No

POR _____ MES(ES)

PRESION NEGATIVA

☐ Sí ☐ No

POR _____ MES(ES)

CATÉTER URINARIO
FOLEY-CONDON FOLEY☐ Sí ☐ No

POR _____ MES(ES)

CATETER DE SUCCION

☐ Sí ☐ No

POR _____ MES(ES)

SUPLIDO DE TRAQUEOSTOMIA

☐ Sí ☐ No

POR _____ MES(ES)

SUPLIDO DE COLOSTOMIA

☐ Sí ☐ No

POR _____ MES(ES)

MATTRESS

☐ Sí ☐ No

THERABOOT

☐ Sí ☐ No

INMOVILIZADOR

☐ Sí ☐ No

B-JACKET-TLSO

☐ Sí ☐ No

COLLAR _____

☐ Sí ☐ No

ANDADOR

☐ Sí ☐ No

MULETAS

☐ Sí ☐ No

OTRO _____

☐ Sí ☐ No

OTRO _____

☐ Sí ☐ No

OTRO _____

☐ Sí ☐ No

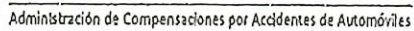
OTRO _____

☐ Sí ☐ No

OTRO _____

☐ Sí ☐ No

NOTA:



HORA: _____

2



NOTIFICACION DE RECOBRO

Nombre:

Dirección:

Fecha:

Estimado(a) señor(a):

Reclamación	Lesionado

El día _____ de _____ de _____, [] usted, [] o un vehículo registrado a su nombre, estuvo involucrado en un accidente donde la Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA) incurrió en gastos por una o varias exclusiones de nuestra Ley Núm. 111 de 14 de agosto de 2020 (Ley Núm. 111-2020):

- [] Conducía un vehículo de motor sin una licencia válida y vigente para la conducción de ese vehículo de motor en particular. Esto incluye conducir con una licencia extranjera transcurrido 180 días de haber entrado a Puerto Rico a partir del 22 de diciembre de 2022, (Ley Núm. 115-2022).
- [] Conducía en estado de embriaguez o bajo los efectos de drogas ilegales, cannabis medicinal o cualquier medicamento o sustancia, legal o recetada que limitaba su habilidad para conducir u operar un vehículo de motor.
- [] Cometía o participaba en un acto criminal (que no sea una violación a la Ley de Tránsito).
- [] Conducía un vehículo de motor que no tuviere una licencia de vehículo de motor y tablilla válida y vigente a la fecha de accidente.
- [] Participaba en competencias de carreras, o regateo, o concursos de velocidad o aceleración en un área reservada para tales fines, o en cualquier carretera estatal o municipal, ya fuera como conductor, pasajero, espectador o como funcionario o empleado.
- [] Las lesiones fueron provocadas por un acto u omisión realizado con la intención de causar daño a su propia persona.
- [] Participaba en un vehículo de motor en un festival o carnaval.
- [] Al momento de accidente se encontraba participando en un vehículo de motor en uso para la celebración de la fiesta rodante o "party bus".
- [] Provocó un accidente intencionalmente.
- [] Sin ser el conductor o lesionado que provocó un accidente.
- [] Como conductor involucrado en un accidente, no se detuvo inmediatamente y abandonó el lugar del accidente.

- [] Por el desprendimiento de objetos cargados en aditamentos o accesorios instalados en el vehículo de motor, o por el desprendimiento de aditamentos o accesorios agregados al vehículo de motor que no sean de fábrica.
- [] Pago indebido (**no es una exclusión de la Ley Núm. 111-2020**).
- [] Aquellas que resulten ser deudor beneficiario, según definido en esta Ley, no tendrán derecho a recibir los beneficios provistos por esta.
- [] Aquellas cuyas lesiones ocurran en un accidente provocado por causas fortuitas que no esté relacionado al uso del vehículo de motor o fuerza mayor, con excepción de derrumbes.

Las anteriores son exclusiones de cubierta o beneficios o ambas dispuestas en los Artículos 6 y 7, de la Ley Núm. 111-2020, conocida como "Ley de Protección Social por Accidentes de Vehículos de Motor" por lo que no tiene cubierta bajo esta Ley y también se incluye el pago indebido que no es una exclusión de la Ley Núm. 111-2020, pero está relacionado al pago realizado por ACAA que no correspondía.

Hasta este momento los gastos incurridos por ACAA relacionados al accidente en cuestión ascienden a \$ _____. Esta cantidad puede aumentar de continuar recibiendo servicios o beneficios cualquier persona en el caso de referencia o contrarreferencia.

La Ley Núm. 111-2020, autoriza a ACAA en aquellos casos en que se tenga derecho a recobro por exclusión de Ley, a presentar en el Departamento de Transportación y Obras Públicas (DTOP) la anotación de gravámenes sobre la licencia de conducir de la persona responsable de indemnizar a la ACAA y cualquier tablilla de vehículo de motor que dicha persona posea. Dicha anotación constituirá un gravamen real sobre la tablilla de la persona responsable de indemnizar a la ACAA y una prohibición para traspasar el vehículo de motor o para expedir o renovar cualquier tipo de licencia del vehículo de motor identificado con dicha tablilla o licencia de conducir hasta que la deuda sea satisfecha.

Le invitamos a visitar nuestra oficina regional dentro de los próximos treinta (30) días a partir de la fecha de la notificación para orientación, de manera que, podamos llegar a un acuerdo satisfactorio en cuanto a la forma de pago y pueda examinar los documentos que acreditan la exclusión de ley o pago indebido. Se le apercibe que por disposición de Ley vendrá obligado a pagar a la ACAA por los gastos incurridos en el accidente. De no recibir comunicación suya en el término señalado, consideraremos que no tiene alegación alguna que presentar y procederemos a continuar con las gestiones de cobro, entre la cuales se encuentran referir su caso a nuestros abogados para la acción legal correspondiente y/o proceder conforme a la Ley antes mencionada.

Director Oficina Regional y/o
Representante Autorizado



ADMINISTRACIÓN DE
COMPENSACIONES
POR ACCIDENTES
DE AUTOMÓVILES

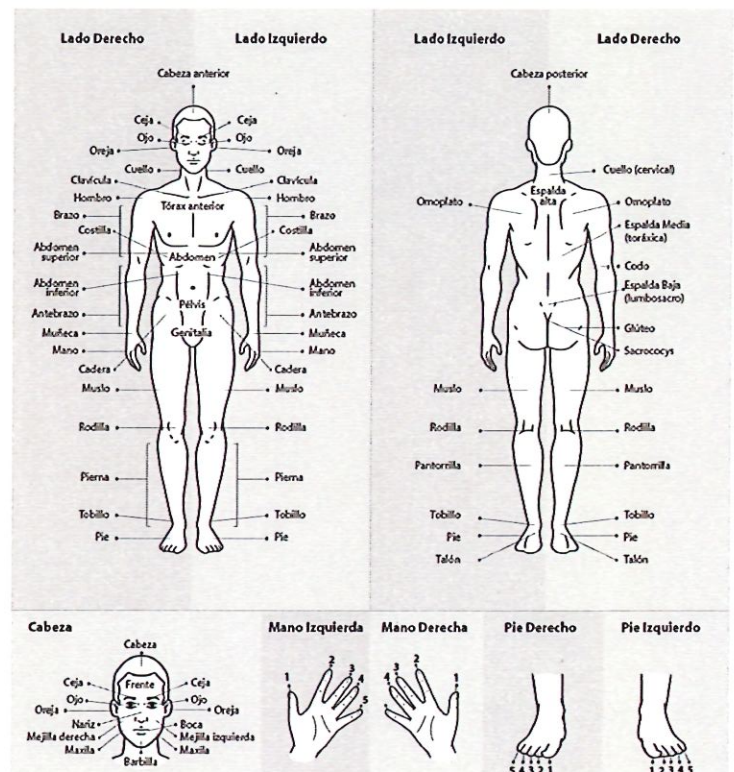
Nombre del Lesionado:

Fecha Accidente:

Núm. de Solicitud:

Núm. de Reclamación:

**DIAGRAMA DEL CUERPO HUMANO
PARA IDENTIFICAR LAS ÁREAS QUE FUERON IMPACTADAS EN EL ACCIDENTE DEL AUTOMOVIL**



¿Fue a sala de Emergencia? Sí ___ No ___ ¿Dónde? _____

¿Fue hospitalizado? Sí ___ No ___ ¿Dónde? _____

Firma del lesionado _____

Firma del familiar/encargado _____

Relación con el lesionado _____

Fecha: _____



ADMINISTRACIÓN DE
COMPENSACIONES
POR ACCIDENTES
DE AUTOMÓVILES

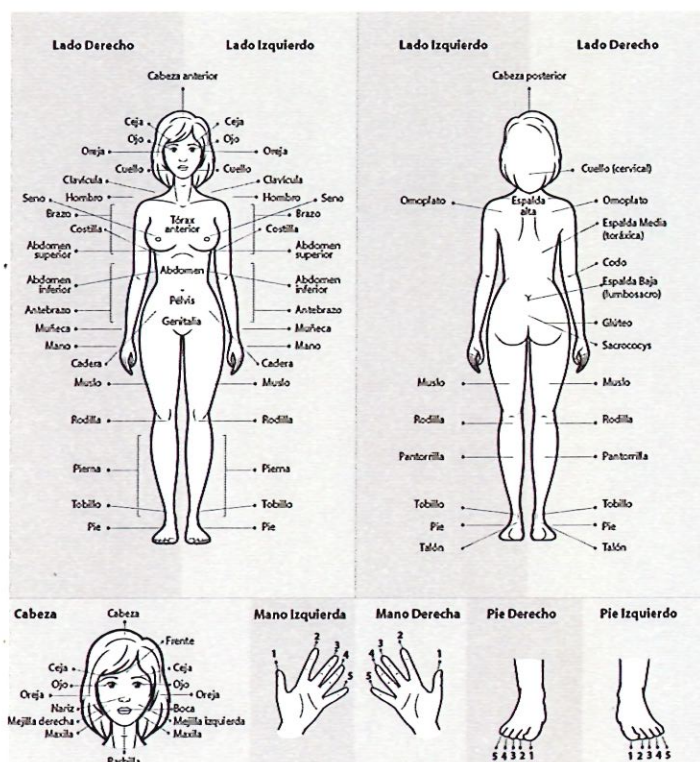
Nombre del Lesionado:

Fecha Accidente:

Núm. de Solicitud:

Núm. de Reclamación:

**DIAGRAMA DEL CUERPO HUMANO
PARA IDENTIFICAR LAS ÁREAS QUE FUERON IMPACTADAS EN EL ACCIDENTE DEL AUTOMOVIL**



¿Fue a sala de Emergencia? Sí ___ No ___ ¿Dónde? _____

¿Fue hospitalizado? Sí ___ No ___ ¿Dónde? _____

Firma del lesionado _____

Firma del familiar/encargado _____

Relación con el lesionado _____

Fecha: _____

**FACTURA POR SERVICIOS DENTALES**

EN CASO DE DEVOLUCIÓN DE ESTA FACTURA, FAVOR DE LLENAR LA INFORMACIÓN QUE FALTA SEGÚN ENCASILLADO(S) MARCADO(S).

☐ FIRMA DEL RECLAMANTE Y/O PROVEEDOR ☐ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL ☐ NÚMERO DE RECLAMACIÓN ☐ FECHA DE SERVICIO ☐ NÚMERO DEL PROVEEDOR ☐ NÚMERO DE QUERRELLA

A.

NOMBRE DEL RECLAMANTE	
NÚMERO DE RECLAMACION	
FECHA ACCIDENTE	
SÉGURO SOCIAL DEL RECLAMANTE	
NOMBRE DEL PROVEEDOR	
NÚMERO DE PROVEEDOR	

B. NÚMERO DE QUERRELLA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

F. USO INSTALACIONES GUBERNAMENTALES

NÚM. MEDICO	NÚM. DE FACTURA

O. ESTE DOCUMENTO ES

☐ UNA FACTURA ☒ UN PLAN DE TRATAMIENTO

<p>C. INDIQUE RAZON DEL SERVICIO:</p> <p>1 <input type="checkbox"/> ACCIDENTE DEL TRABAJO</p> <p>2 <input type="checkbox"/> ACCIDENTE DE AUTOMÓVIL</p> <p>3 <input type="checkbox"/> OTRO ACCIDENTE</p>	<p>E. ¿TIENE EL ASEGURADO OTRO SEGURO DE SALUD?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> SÍ</p> <p>2 <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>NOMBRE DE LA COMPAÑÍA</p>	
<p>NÚM. CONTRATO</p>	

IDENTIFICAR DIENTES AUSENTES CON X

BUCCAL

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

LINGUAL

A B C D E F G H I J

MAXILAR

17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32

MANDIBULAR

K L M N O P Q R S T

BUCCAL

LINGUAL

K. DIAGNÓSTICO Y COMENTARIOS:

[illegible]

Certifico que estos servicios fueron prestados por este proveedor y no han sido facturados anteriormente. Acepto la asignación de beneficios de acuerdo con los contratos y honorarios vigentes.

Certifico que recibí los servicios aquí facturados y autorizo que se ofrezca a la ACAA cualquier información relacionada con esta reclamación.

TOTAL POR PAGAR

FECHA

FIRMA DEL PROVEEDOR O REPRESENTANTE AUTORIZADO

FIRMA DEL RECLAMANTE

FECIHA



INFORMACIÓN DEL LESIONADO		
Nombre del Lesionado:	Fecha de emisión:	
Número de Reclamación:	Fecha de vencimiento:	
Áreas anatómicas para servicios:	Fecha de accidente:	
INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIO		
Instrucciones al proveedor de servicio: 1. Acompañe certificación con su factura, hoja de evaluación, nota de progreso y la carta de excepción, si aplica. 2. Asegúrese que los servicios facturados coincidan con los servicios autorizados en la certificación. 3. Sujeto a auditoría médica. 4. La Firma del Lesionado es requerida en este Documento. 5. El Lesionado deberá Inicialar por servicios prestados.		
Nombre del proveedor:	Teléfono:	
Especialidad:	Correo electrónico:	
Dirección:		
AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICO-HOSPITALARIOS Y QUIROPRÁCTICOS		
Le referimos al lesionado quien sufrió un accidente de vehículo de motor para que provea los servicios médicos que a continuación detallamos:		
Servicio:	Número de autorización:	Iniciales:
Nombre del Oficial de Reclamaciones:	Firma de Oficial de Reclamaciones: _____	
Nombre del lesionado en letra de molde:	Firma del Lesionado: _____	

Advertencia: Esta Certificación de Servicios Médico-Hospitalarios y Quiroprácticos contiene información estrictamente confidencial. De usted no ser el destinatario autorizado, favor de notificar inmediatamente por teléfono a la oficina regional de la ACAA más cercana para programar la devolución de este documento o devolver por correo postal federal a la siguiente dirección: ACAA Departamento de Operaciones, PO Box 364847, San Juan, PR 00939-4847. Si usted no es el destinatario provisto, se le notifica que cualquier divulgación, copia, distribución o cualquier acción basada en el contenido de este documento está estrictamente prohibido.



ADMINISTRACIÓN DE
COMPENSACIONES
POR ACCIDENTES
DE AUTOMÓVILES

CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS MÉDICO-HOSPITALARIOS Y QUIROPRACTICOS MANUAL

INFORMACIÓN DEL LESIONADO			
Nombre del lesionado:	Fecha de emisión (mes/día/año):		
Número de reclamación:	Fecha de vencimiento (mes/día/año):		
Áreas anatómicas para servicios:	Fecha de accidente (mes/día/año):		
INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIO			
Instrucciones al proveedor de servicio: <ol style="list-style-type: none">1. Acompañe certificación original con su factura, Hoja de Evaluación, Nota de Progreso y la Carta de Excepción, si aplica.2. Asegúrese que los servicios facturados coincidan con los servicios autorizados en la certificación.3. Sujeto a auditoría médica.4. La firma del lesionado es requerida en este documento.5. El lesionado deberá iniciar por servicios prestados.			
Nombre del proveedor:	Teléfono:		
Especialidad:	Correo electrónico:		
Dirección:			
AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICO-HOSPITALARIOS Y QUIROPRACTICOS			
Le referimos al lesionado _____ quien sufrió un accidente de vehículo de motor para que le preste los servicios que a continuación detallamos:			
Servicio:	Número de autorización:	Total de servicios:	Iniciales:
<input type="checkbox"/> Visita Inicial	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Visita Seguimiento	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Rayos X	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Rayos X Interpretación	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Rayos X Producción	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Rayos X Producción e Interpretación	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Uso de sala de emergencia (posterior a la 48 horas)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Hospitalización	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Cirugía electiva	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sesiones de Terapia Física	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sesiones psiquiátricas	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Laboratorios	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Casa de convalecencia	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Programa de Salud en el Hogar	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Servicios de enfermería	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Servicio de terapia física en el hogar	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Evaluación psicológica	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Visita psicológica subsiguiente	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Terapia por psicólogo	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Evaluación neuropsicológica	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Evaluación oftalmológica	_____	_____	_____
Nombre del Oficial de Reclamaciones: _____		Firma Oficial de Reclamaciones: _____	
Nombre del Supervisor: _____		Firma del Supervisor: _____	
Nombre del lesionado en letra de molde: _____		Firma del lesionado: _____	

Advertencia: Esta Certificación de Servicios Médico-Hospitalarios y Quiroprácticos contiene información estrictamente confidencial. De usted no ser el destinatario autorizado, favor de notificar inmediatamente por teléfono a la oficina regional de la ACAA más cercana para programar la devolución de este documento o devolver por correo postal federal a la siguiente dirección: ACAA Departamento de Operaciones, PO Box 364847, San Juan, PR 00939-4847. Si usted no es el destinatario previsto, se le notifica que cualquier divulgación, copia, distribución o cualquier acción basada en el contenido de este documento está estrictamente prohibido.



ADMINISTRACIÓN DE
COMPENSACIONES
POR ACCIDENTES
DE AUTOMÓVILES

CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS MÉDICO-HOSPITALARIOS Y QUIROPRACTICOS MANUAL CIRUGÍA AMBULATORIA

INFORMACIÓN DEL LESIONADO	
Nombre del lesionado:	Fecha de emisión (mes/día/año):
Número de reclamación:	Fecha de vencimiento (mes/día/año):
Áreas anatómicas para servicios:	Fecha de accidente (mes/día/año):

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIO	
Instrucciones al proveedor de servicio: <ol style="list-style-type: none">1. Acompañe certificación con su factura, Hoja de Devolución, Nota de Progreso y la Carta de Excepción, si aplica.2. Asegúrese que los servicios facturados coincidan con los servicios autorizados en la certificación.3. Sujeto a auditoría médica.4. La firma del lesionado es requerida en este documento.5. El lesionado deberá inicialar por servicios prestados.	
Nombre del proveedor:	Teléfono:
Especialidad:	
Dirección:	Correo electrónico:

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICO-HOSPITALARIOS Y QUIROPRACTICOS		
Le referimos al lesionado _____ quien sufrió un accidente de vehículo de motor para que le preste los servicios que a continuación detallamos:		
Servicio:	Número de autorización:	Iniciales:
<input type="checkbox"/> Anestesia	_____	_____
<input type="checkbox"/> Visita Pre anestésica	_____	_____
<input type="checkbox"/> EKG Producción	_____	_____
<input type="checkbox"/> EKG Interpretación	_____	_____
<input type="checkbox"/> EKG Intraoperatorio	_____	_____
<input type="checkbox"/> EKG Clearance Cardiac Risk	_____	_____
<input type="checkbox"/> Uso de sala de operaciones	_____	_____
<input type="checkbox"/> Laboratorio	_____	_____
<input type="checkbox"/> Rayos X Clearance pecho - producción	_____	_____
<input type="checkbox"/> Rayos X Clearance pecho - interpretación	_____	_____
<input type="checkbox"/> Cirugía ambulatoria	_____	_____

Nombre del Oficial de Reclamaciones: _____	Firma Oficial de Reclamaciones: _____
Nombre del Supervisor: _____	Firma del Supervisor: _____
Nombre del lesionado en letra de molde: _____	Firma del lesionado: _____

Advertencia: Esta Certificación de Servicios Médico-Hospitalarios y Quiroprácticos contiene información estrictamente confidencial. De usted no ser el destinatario autorizado, favor de notificar inmediatamente por teléfono a la oficina regional de la ACAA más cercana para programar la devolución de este documento o devolver por correo postal federal a la siguiente dirección: ACAA Departamento de Operaciones, PO Box 364847, San Juan, PR 00939-4847. Si usted no es el destinatario provisto, se le notifica que cualquier divulgación, copia, distribución o cualquier acción basada en el contenido de este documento está estrictamente prohibido.



ADMINISTRACIÓN DE
COMPENSACIONES
POR ACCIDENTES
DE AUTOMÓVILES

CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS MÉDICO-HOSPITALARIOS Y QUIROPRACTICOS MANUAL EQUIPO MÉDICO

INFORMACIÓN DEL LESIONADO		
Nombre del lesionado:	Fecha de emisión (mes/día/año):	
Número de reclamación:	Fecha de vencimiento (mes/día/año):	
Áreas anatómicas para servicios:	Fecha de accidente (mes/día/año):	
INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIO		
Instrucciones al proveedor de servicio: <ol style="list-style-type: none">1. Acompañe certificación con su factura, Hoja de Evaluación, Nota de Progreso y la Carta de Excepción, si aplica.2. Asegúrese que los servicios facturados coincidan con los servicios autorizados en la certificación.3. Sujeto a auditoría médica.4. La firma del lesionado es requerida en este documento.5. El lesionado deberá Inicialar por servicios prestados.		
Nombre del proveedor:	Teléfono:	
Especialidad:	Correo electrónico:	
Dirección:		
AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICO-HOSPITALARIOS Y QUIROPRACTICOS		
Le referimos al lesionado _____ quien sufrió un accidente de vehículo de motor para que le preste los servicios que a continuación detallamos:		
Servicio:	Número de autorización:	Iniciales:
<input type="checkbox"/> Equipo Médico Duradero – Bastón (E0100)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Equipo Médico Duradero – Cabestrillo (A4565)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Equipo Médico Duradero – Collar cervical (L0120)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Equipo Médico Duradero – Muletas (E0114)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Equipo Médico Duradero – Splint de brazo (L3908)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Equipo Médico Duradero – Splint de tobillo (L1902)	_____	_____
Nombre del Oficial de Reclamaciones: _____ Firma Oficial de Reclamaciones: _____		
Nombre del Supervisor: _____ Firma del Supervisor: _____		
Nombre del lesionado en letra de molde: _____ Firma del lesionado: _____		

Advertencia: Esta Certificación de Servicios Médico-Hospitalarios y Quiroprácticos contiene información estrictamente confidencial. De usted no ser el destinatario autorizado, favor de notificar inmediatamente por teléfono a la oficina regional de la ACAA más cercana para programar la devolución de este documento o devolver por correo postal federal a la siguiente dirección: ACAA Departamento de Operaciones, PO Box 364847, San Juan, PR 00939-4847. Si usted no es el destinatario provisto, se le notifica que cualquier divulgación, copia, distribución o cualquier acción basada en el contenido de este documento está estrictamente prohibido.



GOBIERNO DE PUERTO RICO

ADMINISTRACIÓN DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DE AUTOMÓVILES

CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS MÉDICO-HOSPITALARIOS Y QUIROPRÁCTICOS

INFORMACIÓN DEL LESIONADO		
Nombre del lesionado:	Fecha de emisión (mes/día/año):	
Número de reclamación:	Fecha de vencimiento (mes/día/año): nota fecha calculada a 90 días calendario según establece la Ley 111-2020	
Áreas anatómicas para servicios:	Fecha de accidente (mes/día/año):	
INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIO		
Instrucciones al proveedor de servicio:		
<ol style="list-style-type: none">1. Acompañe certificación original con su factura, copia del Informe de Evaluación y Tratamiento, Nota de Progreso y la Carta de Excepción, si aplica.2. Asegúrese que los servicios facturados coincidan con los servicios autorizados en la certificación.3. Sujeto a auditoría médica.4. La Firma del Lesionado es requerida en este Documento.5. El Lesionado deberá Inicialar por servicios prestados.		
Nombre del proveedor:	Teléfono:	
Especialidad:	Correo electrónico:	
Dirección:		
AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICO-HOSPITALARIOS Y QUIROPRÁCTICOS		
Le referimos al lesionado _____, quien sufrió un accidente de vehículo de motor para que provea los servicios médicos que a continuación detallamos:		
Servicio:	Número de autorización: (Año-regional que emite la autorización-número secuencial)	Iniciales:
1. Terapia física	2021-10-000000001	_____
2. Terapia física	2021-10-000000002	_____
3. Terapia física	2021-10-000000003	_____
4. Terapia física	2021-10-000000004	_____
5. Terapia física	2021-10-000000005	_____
6. Terapia física	2021-10-000000006	_____
7. Terapia física	2021-10-000000007	_____
8. Visita subsiguiente al fisiatra	2021-10-000000008	_____
Nota: hasta 13 servicios en una misma certificación		
Nombre del Oficial de Reclamaciones: _____		
Nombre del lesionado en letra de molde: _____		Firma del lesionado: _____

Advertencia: Esta Certificación de Servicios Médico-Hospitalarios y Quiroprácticos contiene información estrictamente confidencial. De usted no ser el destinatario autorizado, favor de notificar inmediatamente por teléfono a la oficina regional de la ACAA más cercana para programar la devolución de este documento o devolver por correo postal federal a la siguiente dirección: ACAA Departamento de Operaciones, PO Box 364847, San Juan, PR 00939-4847. Si usted no es el destinatario provisto, se le notifica que cualquier divulgación, copia, distribución o cualquier acción basada en el contenido de este documento está estrictamente prohibido.



REPORTE ADMINISTRATIVO

División de Intervención y Procesamiento de Facturas Médicas
Departamento de Finanzas, Planificación y Presupuesto

Proveedor: _____

FACTURA: _____ # BATCH: _____

A. ☐ DEVOLVER FACTURA AL PROVEEDOR:

1. Número de Reclamación: ☐ Incorrecto: _____
☐ Falta: _____
☐ No ha Radicado: _____
☐ Pertenece a otro Accidente: _____
2. Número de Proveedor: ☐ Incorrecto: _____
☐ Falta: _____
3. Firma del Proveedor: ☐ Falta: _____
☐ No se acepta firma en Sello de Goma: _____
☐ Otro: _____
4. Firma del Reclamante: ☐ Irregularidades: _____
☐ Falta: _____
☐ Otro: _____

B. ☐ DECISIÓN DE PETICIÓN DE AJUSTE NO PROCEDE, debido a:

5. ☐ Falta Documentación:
☐ Reporte Operatorio, _____
☐ Lecturas X Ray, _____
☐ Resultados de Laboratorio, _____
☐ Informe Sala de Emergencia, _____
☐ Auditoría Médica, _____
☐ Discharge Summary, _____
☐ Death Summary, _____
☐ Orden Médica: _____
☐ Otra: _____
6. ☐ Documentos no corresponden al Lesionado Facturado, _____
7. ☐ Falta Carta de Excepción, _____
8. ☐ Falta Autorización del Servicio, Cupón Original, _____
☐ Falta Firma en Cupón Original, _____
☐ Cupones sometidos sin factura, _____
☐ No se Acepta copia del Cupón, _____
☐ Servicio pasado las 48 hrs del accidente (Requiere Cupón): _____
9. ☐ Código de Servicio Incluido en Pago Global: _____
☐ Código de Procedimiento Entrelazado: _____
10. ☐ Código de Servicio no autorizado por la ACAA: _____
☐ Código pendiente por Comité de Tarifas: _____
11. ☐ Código pagado correctamente, según tarifas de la ACAA, _____
12. ☐ Código de Servicio Incluido en el Perdiem de uso de Sala de Emergencia, _____
13. ☐ Código duplicado: _____
14. ☐ Denegado según Auditoría Médica, _____
15. ☐ Factura no Existe: _____



16. ☐ No se Acepta Copia de Factura. _____
☐ Falta Factura Ponchada. _____
☐ Facturado en Forma 1500. _____
17. ☐ Falta copia del *Voucher*. _____
18. ☐ Falta Informe de la Policía (Determinar Fecha de Accidente): _____
19. ☐ Falta Informe Suplementario de la Policía (Determinar Fecha de Accidente): _____
20. ☐ Facturado pasado los 120 días: _____
21. ☐ Sometido pasado 45 días (1ra Petición de Ajuste- Seguida al Pago). _____
☐ Sometido pasado 30 días (Petición de Ajuste- Posterior a la Contestación por Escrito del Pedido de Ajuste). _____
☐ No cumplió con el término de días establecido: _____
22. ☐ No se aceptan bitácoras para Ajustes. _____
23. ☐ No ha radicado, pertenece a otro accidente, F/Accidente: _____ F/Servicio: _____
24. ☐ No cumplió con entrega de documentos solicitados; Enviar último aviso: _____

- C. ☐ Petición a Oficina Regional: _____
25. ☐ Falta Informe de la Policía (Determinar Fecha de Accidente): _____
26. ☐ Falta Informe Suplementario de la Policía (Determinar Fecha de Accidente): _____

- D. ☐ Hoja de trámite Correo:
27. ☐ Falta Sello, debe leer la siguiente fecha: _____
28. ☐ Corregir Fecha Incorrecta: _____

- E. ☐ Incident Report (SISTEMA GHAS):
29. ☐ Código Excede Ocurrencia: _____
- 30.a. ☐ Código de Procedimiento: _____, no válido para Especialidad _____
o Tipo _____ y Lugar _____
- 30.b. ☐ Código de Procedimiento: _____, no válido para Especialidad _____
o Tipo _____ y Lugar _____
31. ☐ Código de servicio no existe: _____
32. ☐ Código de servicio no tiene descripción en el Sistema: _____
33. ☐ Otro: _____

- F. ☐ Devolución Reembolso OR: _____ ☐ Falta: _____

34. ☐ Otro Asunto: _____

Determinación Final: _____

FIRMA- Personal Autorizado
Médicas

FIRMA- Gerente de Intervención y Procesamiento de Facturas

Fecha: _____

Fecha: _____

[Iniciar Tour](#)

BIBLIOTECA VIRTUAL



NEGOCIADO DE LA

POLICÍA

GOBIERNO DE PUERTO RICO

Menu

Categoría:

Políticas y

Procedimientos

Sub-Categoría:

Formularios PPR

Fecha Efectividad:

28/12/2018

**PPR-621.4 Informe de Choque de Tránsito****Descripción:**

PPR-621.4 Informe de Choque de Tránsito

Str...

1 / 6

71%

The image shows a historical document, possibly a manuscript or ledger, with a complex grid layout. The document is filled with handwritten text, numbers, and symbols. At the top, there are several rows of text, including "1000" and "10000". Below these, there are columns of text and numbers, some of which are enclosed in rectangular boxes. The document appears to be a record of land or property, possibly a survey or a tax document, given the nature of the data and the structured format. The handwriting is in a historical script, and the overall appearance is that of an old, well-preserved document.

1

2

3

PPR-621.4
Rev. 12/2018

Informe de Choque de Tránsito
DESCRIPCIÓN DE HECHOS

Fecha de Informe:		Área:	
1	2	3	4
5	6	7	8
9		10	
11		12	
13		14	
15		16	
17		18	
19		20	
21		22	
23		24	
25		26	
27		28	
29		30	
31		32	
33		34	
35		36	
37		38	
39		40	
41		42	
43		44	
45		46	
47		48	
49		50	
51		52	
53		54	
55		56	
57		58	
59		60	
61		62	
63		64	
65		66	
67		68	
69		70	
71		72	
73		74	
75		76	
77		78	
79		80	
81		82	
83		84	
85		86	
87		88	
89		90	
91		92	
93		94	
95		96	
97		98	
99		100	
101		102	
103		104	
105		106	
107		108	
109		110	
111		112	
113		114	
115		116	
117		118	
119		120	
121		122	
123		124	
125		126	
127		128	
129		130	
131		132	
133		134	
135		136	
137		138	
139		140	
141		142	
143		144	
145		146	
147		148	
149		150	
151		152	
153		154	
155		156	
157		158	
159		160	
161		162	
163		164	
165		166	
167		168	
169		170	
171		172	
173		174	
175		176	
177		178	
179		180	
181		182	
183		184	
185		186	
187		188	
189		190	
191		192	
193		194	
195		196	
197		198	
199		200	
201		202	
203		204	
205		206	
207		208	
209		210	
211		212	
213		214	
215		216	
217		218	
219		220	
221		222	
223		224	
225		226	
227		228	
229		230	
231		232	
233		234	
235		236	
237		238	
239		240	
241		242	
243		244	
245		246	
247		248	
249		250	
251		252	
253		254	
255		256	
257		258	
259		260	
261		262	
263		264	
265		266	
267		268	
269		270	
271		272	
273		274	
275		276	
277		278	
279		280	
281		282	
283		284	
285		286	
287		288	
289		290	
291		292	
293		294	
295		296	
297		298	
299		300	
301		302	
303		304	
305		306	
307		308	
309		310	
311			

Agregar comentario

Nombre Completo:

2024 Negociado de la Policía de Puerto Rico



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles

ADMINISTRACIÓN DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DE AUTOMÓVILES
Efectivo en la fecha abajo indicada se deroga este documento.
Fecha: 24/0ctubre/2025

Política y Procedimientos	Página: 1 de 17
Departamento: Asuntos Médicos y Relaciones con Proveedores	Efectividad: 8 de octubre de 2020
Título: Política y Procedimiento de Autorización de Beneficios	Aplica al Departamento: Asuntos Médicos y Relaciones con Proveedores
Aprobado por:	Número: 2015-AM-PP-12-A
Director Médico: Dr. Luis Pérez Quiñones	
Directora Ejecutiva: Dra. Margarita Nolasco Santiago	

I. Política

La Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA), administra los beneficios de: compensación de pérdida de ingresos por incapacidad, servicios médico-hospitalarios, y desmembramiento. Además, provee beneficios por muerte a los dependientes de una víctima fallecida en un accidente de vehículo de motor. Este documento describe la Política y el Procedimiento que se deben cumplir para la evaluación y autorización de estos beneficios.

II. Propósito

Definir, establecer y uniformar el procedimiento para la autorización de los *beneficios* a los reclamantes, dispuesto por la Ley de Protección Social por Accidentes de Automóviles, Ley Núm. 138 de 26 de junio de 1968, según enmendada, en adelante "Ley Núm. 138-1968".

III. Base Legal

Esta política se establece a tenor con las Secciones 5 y 14 de la Ley Núm. 138-1968 y las Reglas 8, 9, 10 y 11 del Reglamento 6911, de la Ley Núm. 138-1968 del 1 de diciembre de 2004, según enmendado, en adelante "Reglamento 6911". Estas son las fuentes legales principales sobre el tema, pero no excluyen otras con efectos regulatorios sobre el asunto.

IV. Definiciones

- A. **Accidente de Vehículo de Motor** – Evento en el cual una persona natural sufre daño corporal o enfermedad, como consecuencia del mantenimiento o uso por sí mismo o por otra persona de un vehículo de motor como tal vehículo.



CERTIFICACIÓN

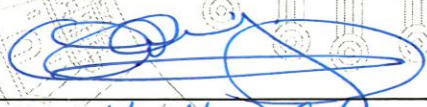
Yo Dr. Luis Martínez Suárez, Director del Departamento de Asuntos Médicos, solicito la enmienda del documento que se describe a continuación, conforme a la Política 2021-DE-PP-01 "Procedimiento para la evaluación, recomendación y aprobación de Políticas, Procedimientos y Reglamentación de la ACAA".

Nombre del Documento:	FORMA ACAA 200-192
Fecha de Aprobación:	Diciembre 2018

Certifico que el documento:

- () está en desuso por estar obsoleto.
- () fue sustituido por el siguiente documento y no fue expresamente derogado.
- () Otros: _____

Oficial de Cumplimiento Departamental
Departamento de _____


Dr. Luis Martínez Suárez
Director
Departamento de Asuntos Médicos

El Director Ejecutivo de la Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA), efectivo hoy 24 de octubre de 2025, derogo el documento antes mencionado en esta Certificación.


Wanda Ortega Álamo
Directora Ejecutiva



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles



ADMINISTRACIÓN DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DE AUTOMÓVILES

PROGRAMA DE MANEJO DE CASOS

EVALUACION INICIAL

Indicada, se deroga este documento.

NOMBRE DEL LESIONADO: _____ NÚM. DE RECLAMACIÓN: _____
F/A: _____ F _____ M _____ EDAD: _____ F/N: _____ PESO: _____ MIDE: _____
UBICACIÓN: ☐ ER ☐ ESTABILIZADORA ☐ HOSPITAL: _____
MANEJADOR DE CASO: _____ FECHA: _____

TIPO ACC:

☐ PEATÓN ☐ MOTORA
☐ CONDUCTOR ☐ PASAJERO

DATOS PERSONALES:

☐ HOGAR PROPIO-CON FAMILIA/SOLO ☐ FUERA DE PUERTO RICO
☐ SIN HOGAR ☐ REFERIDO AL DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA ☐ OTRO _____

COMENTARIO: _____

CLASIFICACIÓN

☐ ANTES DE LA ENMIENDA
☐ PARAPLÉJICO
☐ CUATRAPLÉJICO

☐ FRACTURA CON COMPLICACIONES

a. TBI ☐
b. Estado Vegetativo ☐
c. Desmembramiento ☐

DX: _____

HX: _____

DATOS PERSONALES DEL LESIONADO

MUNICIPIO: _____ TELÉFONO: _____

CONTACTO/PARENTESCO: _____ TELÉFONO: _____

EQUIPOS REQUERIDOS PARA EL ALTA/ FECHA

DESDE

HASTA

CAMA DE POSICIÓN

☐ SI ☐ No
RENTA ☐
POR _____ MES(ES)
COMPRA ☐

SILLA DE RUEDAS

☐ SI ☐ No
RENTA ☐
POR _____ MES(ES)
COMPRA ☐

MÁQUINA DE SUCCIÓN

☐ SI ☐ No
RENTA ☐
POR _____ MES(ES)
COMPRA ☐

CONCENTRADOR DE OXÍGENO

☐ SI ☐ No
RENTA ☐
POR _____ MES(ES)
COMPRA ☐

ALIMENTACIÓN

☐ SI ☐ No
POR _____ MES(ES)

ANTIBIÓTICOS

☐ SI ☐ No
POR _____ MES(ES)

CUIDADO DE HERIDA

☐ SI ☐ No
POR _____ MES(ES)

PRESIÓN NEGATIVA

☐ SI ☐ No
POR _____ MES(ES)

CATÉTER URINARIO
FOLEY-CONDON FOLEY
☐ SI ☐ No

POR _____ MES(ES)

CATÉTER DE SUCCIÓN

☐ SI ☐ No
POR _____ MES(ES)

SUPLIDO DE TRAQUEOSTOMIA

☐ SI ☐ No
POR _____ MES(ES)

SUPLIDO DE COLOSTOMIA

☐ SI ☐ No
POR _____ MES(ES)

AMBULANCIA PARA EL ALTA
☐ SI ☐ No

SNF
☐ SI ☐ No

REHAB
☐ SI ☐ No

TERAPIAS
HOGAR ☐ PT ☐ OT ☐ ST ☐
CENTRO ☐ PT ☐ OT ☐ ST ☐

MATTRESS
☐ SI ☐ No

THERABOOT
☐ SI ☐ No

INMOVILIZADOR
☐ SI ☐ No

B-JACKET-TLSO
☐ SI ☐ No

COLLAR
☐ SI ☐ No

ANDADOR
☐ SI ☐ No

MULETAS
☐ SI ☐ No

OTRO
☐ SI ☐ No

MANEJADOR DE CASO

NOTA DE PROGRESO: