

TRANSACCIONES Y SERIES DE CÓDIGO

Instrucciones para el Formulario de Quejas

El Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS, por sus siglas en inglés), específicamente la Oficina de Estándares de HIPAA (OHS, por sus siglas en inglés), es responsable por las transacciones y series de código (TCS, por sus siglas en inglés), el cumplimiento de HIPAA. OHS es una oficina dentro de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), pero para propósitos del cumplimiento de HIPAA, OHS funciona como una entidad aparte y completamente separada de las actividades relacionadas con Medicare y Medicaid de CMS.



IMPORTANTE: Este formulario no se puede utilizar para quejas sobre Privacidad de HIPAA. Quejas de Privacidad deben referirse a la Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés), al 1-866-627-7748 o visitar el sitio web: www.hhs.gov/ocr/hipaa

Este formulario de quejas lo sule OHS para asistir a los proveedores del cuidado de la salud, planes médicos, facilidades de aprobación del cuidado de la salud, entre otros para presentar quejas escritas relacionadas a la regla de transacciones y series de código de HIPAA. Si usted tiene acceso a la Internet le aconsejamos que use el Recurso para el Cumplimiento de Simplificación Administrativa (ASET, por sus siglas en inglés), un recurso electrónico que se puede obtener en: <https://htct.hhs.gov>. Este sistema en línea permite al usuario inscribirse, descargar documentos, y darle seguimiento al estado de la queja en el sistema en línea. De no tener acceso a la Internet, llene este formulario para presentar su queja a OHS. Para asegurar la privacidad de la información en el formulario, OHS no aceptará quejas vía fax o correo electrónico.

¿Quién puede presentar una queja de transacción y series de código?

Cualquiera puede presentar una queja de transacción y series de código de HIPAA. Sin embargo, si usted tiene preguntas o preocupaciones, o quiere clarificación en otros temas relacionados con HIPAA, usted debe llamar a CMS para ayuda. Usted puede llamar a la línea de ayuda de CMS HIPAA al 1-866-282-0659 o enviar sus preguntas al correo electrónico de CMS HIPAA askhipaa@cms.hhs.gov. Antes de llenar un formulario de quejas con OHS, todas las entidades cubiertas deben entender el enfoque de ejecución de OHS para cumplir después del 16 de octubre de 2003. El formulario de quejas, así como otros valiosos recursos, están disponibles en el correo electrónico de CMS HIPAA www.cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2.

Llenar una queja de transacción de HIPAA con OHS debe ser el último esfuerzo por resolver la disputa después de trabajar con sus acuerdos de socios y consultar varios recursos de HIPAA. Para asistencia técnica en una situación específica de transacción y series de código, diríjase a la Guía de Implementación oficial de HIPAA disponible para descargar en el sitio web www.wpc-edit.com de la Compañía Washington Publishing. Las Guías de Implementación del Consejo Nacional para los Programas de Medicinas Recetadas (NCPDP, por sus siglas en inglés) sobre las transacciones de farmacias detallistas están disponibles en el sitio web www.ncpdp.org.

¿Qué es el proceso de quejas?

Para presentar una queja, el querellante debe proveer su nombre e información de contacto de la organización que representa. También deben proveer información acerca de la entidad por la cual presentaron una queja y la causa de la queja. Una vez su formulario de queja es recibido por OHS, usted recibirá una carta como evidencia de que recibieron su queja. OHS analizará su queja y le enviará una carta sobre el estado de su queja dentro de los 14 días de haberla recibido. OHS se comunicará con usted de requerir documentación adicional o información que ayude a resolver la disputa.

FORMULARIO DE QUEJA

1. Por favor lea las instrucciones en la primera página antes de completar el formulario.
2. Por favor escriba a máquina o en letra de imprenta con tinta oscura.
3. Complete la mayor información posible.
4. Usted puede incluir copias de cualquier documento que ayude a OHS a resolver su queja.

FORMULARIO DE QUEJA

NOMBRE	NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN
--------	---------------------------

DIRECCIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO
-----------	--------------------

CIUDAD/PUEBLO	CONDADO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
---------------	---------	--------	---------------

ENTIDAD CONTRA LA CUAL PRESENTA LA QUEJA

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN	NOMBRE DE CONTACTO
---------------------------	--------------------

DIRECCIÓN FÍSICA	NÚMERO DE TELÉFONO
------------------	--------------------

CIUDAD/PUEBLO	CONDADO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
---------------	---------	--------	---------------

TIPO DE QUEJA

- Datos Recibidos de No-Cumplimiento** –Usted ha recibido una transacción en no-cumplimiento con HIPAA de una entidad cubierta.

- Datos en Cumplimiento Enviados y Rechazados**- Usted ha enviado una transacción de HIPAA en cumplimiento a una entidad cubierta y fue rechazada.

- Guía de Compañía Inválida** – Una entidad de la cual usted envía y recibe datos ha especificado una guía de compañía en no-cumplimiento. Por ejemplo, la guía de compañía no debe especificar espacios adicionales más allá de los especificados por HIPAA.

- Otras, Violaciones a la Ley de Simplificación Administrativa de HIPAA**- Usted tiene otro tipo de queja en contra de una entidad cubierta de la cual usted envía o recibe datos de HIPAA. La queja se relaciona específicamente con la provisión de la Ley de Simplificación Administrativa de HIPAA.

- Número de Identificación del Empleado (NIE)**- Usted ha recibido una transacción sin el número estándar de identificación del empleado requerido, o su transacción utilizando el número estándar de identificación del empleado fue rechazada.

- Otras** - Usted tiene otro tipo de queja en contra de una entidad cubierta que usted envía o recibe datos de HIPAA. Su queja no cae bajo la estipulación de la Ley de Simplificación Administrativa de HIPAA.

TEMA DE QUEJA: Escriba una oración o menos sobre el tema de la queja. Por ejemplo: "Rechazo de reclamación de cumplimiento".

DESCRIPCIÓN DE LA QUEJA: Limite su queja a un asunto. Para múltiples asuntos, use más de un formulario de queja. Si usted necesita espacio adicional, por favor use la parte de atrás de este formulario o añada papel adicional.

INFORMACIÓN ADICIONAL

1. Por favor, descríbase. Circule la descripción apropiada.
 - Pagador del cuidado de la Salud
 - Proveedor del cuidado de la salud – **Entre el tipo** →
 - Paciente o representante del paciente
 - Facilidad de aprobación
 - Otros

2. ¿Su queja es sobre una entidad cubierta? **SÍ** **NO**
 Si es así, circule cuál es:
 - Pagador del cuidado de la salud
 - Proveedor del cuidado de la salud – **Entre el tipo** →
 - Facilidad de aprobación

3. ¿Es usted una de las partes de la transacción? **SÍ** **NO**

4. ¿Es su queja en relación con una Transacción de HIPAA? **SÍ** **NO**

5. ¿De qué tipo de transacción se queja usted?
 Circule las transacciones apropiadas. Nota: Si la transacción no está en la lista, OHS no es la autoridad reguladora.
 - 004010X092A1 - 270 Elegibilidad, Cubierta o Estudio de Beneficio
 - 004010X092A1 - 271 Elegibilidad, Cubierta o Información de Beneficio
 - 004010X093A1 - 276 Solicitud del Estado de la Reclamación del Cuidado de la Salud
 - 004010X093A1 - 277 Solicitud del Estado de la Notificación del Cuidado de la Salud
 - 004010X094A1 - 278 Revisión del Servicio del Cuidado de la Salud-Solicitud de Revisión
 - 004010X094A1 - 278 Revisión del Servicio del Cuidado de la Salud- Respuesta de la Solicitud de Revisión
 - 004010X061A1 - 820 Orden de Pago/Aviso de Remitente
 - 004010X095A1 - 834 Beneficio de Inscripción y Mantenimiento
 - 004010X091A1 - 835 Pago de Reclamación del Cuidado de la Salud/Aviso
 - 004010X096A1 – 837Reclamación del Cuidado de la Salud: Institucional
 - 004010X097A1 - 837 Reclamación del Cuidado de la Salud: Dental
 - 004010X098A1 - 837 Reclamación del Cuidado de la Salud – Profesional
 - NCPDP
 - No disponible

- Ejemplos de Tipos de Proveedores**
- Ambulancia
 - Laboratorio de Diagnóstico Clínico
 - DME
 - Grupos de Patronos
 - Planes de Salud /Facturación de Terceros
 - Administradores
 - Cuidados de Hospicio en el Hogar
 - Hospital
 - Salud Mental
 - Practicantes No-médicos
 - Patología / Radiología / Anestesiólogo
 - Terapia Física/ OT / Rehabilitación
 - Médicos
 - Diálisis Rural/ Facilidades de ESRD
 - Salud Rural/ FQHC
 - SNF / LTC
 - Vendedores
 - Otros

6. ¿Ha intentado usted resolver esta disputa? **SÍ** **NO**



LEA LO SIGUIENTE ANTES DE FIRMAR ABAJO

Por favor, incluya copia de cualquier papel involucrado en su disputa (correo electrónico, contratos, ejemplos de transacciones, correspondencia, otros.) **NO ENVÍE ORIGINALES.**

POLÍTICA DE PRIVACIDAD:

La información recopilada se requiere solo para individuos que desean presentar una queja con relación a LA Ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) de 1996, específicamente la regla de transacciones y series de código. Si usted escoge proveernos con información adicional sobre usted por correspondencia, mensaje por correo electrónico, o por el sistema en línea del recurso ASET, nosotros solo conservamos la información el tiempo necesario para responder a su pregunta o quejas. Sin embargo, todas las comunicaciones dirigidas al Secretario de HHS, o el Maestro web, o el Administrador de CMS se conservan, lo requerido por ley, para propósitos históricos. Estas comunicaciones se archivan mensualmente, pero también se protegen por la Ley de Privacidad que restringe nuestro uso de ellos, pero permite ciertas divulgaciones.

POLÍTICA PHI:

Esta política describe como OHS usará y divulgará la información obtenida mediante el proceso de la queja escrita. OHS usa y divulga la información relevante obtenida en el formulario de quejas escrito, y la correspondencia de correo, solo para resolver quejas relacionadas exclusivamente a violaciones de la regla de Transacciones y Series de Código de HIPAA. El uso de este proceso de quejas es voluntario. La información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) divulgada a OHS por una entidad cubierta mediante cartas por correo, o por el papel de formulario de quejas, es información de salud necesaria para OHS usar para determinar si una transacción en particular es el tema de la queja que cumple con el programa estándar y si, por lo tanto, se permite divulgar bajo 45 CFR 160.512(d).

Durante el proceso de resolución de queja, OHS puede divulgar información sola a las partes de la transacción en particular o a la persona afectada debido a eso. Según la información es recibida por OHS, es automáticamente recopilada y almacenada. La información usada en este proceso incluye el nombre de la persona que presenta la queja, dirección, fecha de la queja, número de identificación de impuestos, e información relevante de la queja. OHS usa la información provista, incluyendo PHI, para resolver la queja específica, y luego notificar las partes de la resolución de la queja. La información se utiliza también para seguir los tipos de quejas, y para otras investigaciones agregadas de cumplimiento y/o propósitos de estadística. La información obtenida no se divulga a terceras personas, excepto después de la resolución y así como lo requiere la Ley de Libertad de Información.

OTRAS DECLARACIONES:

HHS/CMS/OHS no divulga, entrega, vende o transfiere información personal, a menos que se requiera para el cumplimiento de la ley o el estatuto.

La información suministrada en este formulario de queja se usará para resolver quejas específicas de OHS.

Yo he leído y comprendido lo declarado arriba:

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

FIRMA

FECHA

Envíe formularios completos a:

**Centro de Servicios de Medicare & Medicaid
Actividades de Cumplimiento TCS de HIPAA
P.O. Box 8030
Baltimore, Maryland 21244-8030**

¿Puede CMS comunicarse con usted sobre esta queja por correo electrónico? **SÍ** **NO**

Dirección de correo electrónico para comunicarse con usted:
