



SERIE INFORMATIVA SOBRE HIPAA

4. Resumen de Transacciones Electrónicas y Series de Código

HIPAA

Un Reto y una Oportunidad para la Industria del Cuidado de la Salud

INFORMACIÓN DE TEMAS DE SERIES

1. HIPAA 101

2. ¿Es usted una entidad cubierta?

3. Fechas claves de HIPAA y guías para prepararse.

★ 4. ¿Qué transacciones electrónicas y conjunto de códigos están estandarizados por HIPAA?

5. ¿Está su vendedor de programación o facturación listo para HIPAA?

6. ¿Qué debe esperar de los planes médicos?

7. ¿Qué necesita saber sobre las pruebas técnicas?

8. Acuerdos de socios comerciales.

9. Pasos finales para cumplir las transacciones electrónicas y conjunto de códigos.

10. Cumplimiento.

Éste es el cuarto documento informativo de una serie desarrollada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para comunicarse con los proveedores del cuidado de la salud. Esta serie de información se centra en conceptos claves y requisitos de HIPAA-Ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguros de Salud de 1996. Este boletín discute varios de los requisitos de las transacciones electrónicas, series de código y cómo podrían usarse en su oficina.

FECHAS LÍMITES IMPORTANTES

16 de abril de 2003
Pruebas de Programas

16 de octubre de 2003
Cumplir con Transacciones Electrónicas y Series de Código

¿Qué son los estándares de transacción de HIPAA?

Las transacciones de HIPAA son actividades distintas y específicas que involucran la información de transferencia electrónica para propósitos particulares del cuidado de la salud. De acuerdo con la Simplificación Administrativa de HIPAA, si la entidad cubierta se ajusta a una o más de las transacciones electrónicas identificadas, la entidad debe cumplir con el estándar de esa transacción.

NOTA: Los formatos estándar ANSI ASC X12N se han publicado y están disponibles en "Washington Publishing Company" a través de <http://www.wpc-edi.com/>.

El Instituto Americano de Estándares Nacionales (ANSI, por sus siglas en inglés) ha constituido algunas organizaciones, entre ellas el Subcomité ASC X12N y el Consejo Nacional de Programas para Medicinas Recetadas (NCPDP, por sus siglas en inglés) para especificar estándares electrónicos para la industria del cuidado de la salud. El Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) ha adoptado varios estándares para ocho diferentes transacciones de salud –cinco de las cuales pueden aplicar a los proveedores. De acuerdo con HIPAA, las organizaciones de salud que usan transacciones definidas de HIPAA deben usar los formatos estándar ANSI ASC X12N y NCPDP. Los formatos estándar NCPDP son usados por farmacias detallistas para las transacciones de reclamaciones de medicinas.

¿Qué son guías de implementación?

Las organizaciones responsables de adoptar los estándares han desarrollado guías de implementación para asistir las entidades cubiertas y sus socios de negocios. Las guías proveen detalles técnicos comprensivos para la implementación de HIPAA. Éstas definen las actividades específicas relacionadas a cada transacción, mencionan las series de códigos estandarizados no médicos y las direcciones de cómo se debería mover los datos electrónicamente.

TRANSACCIONES ESTÁNDAR

1. Reclamación o información de datos equivalentes.
 2. Pagos y avisos de remitentes.
 3. Investigación del estado de la reclamación y respuesta.
 4. Investigación de la elegibilidad y respuestas.
 5. Certificaciones de referidos, investigaciones autorizadas y respuestas.
 6. Inscripción y retiro de los planes médicos.
 7. Pago de las primas de los planes médicos.
 8. Coordinación de beneficios.
- Pendiente de Aprobación:*
9. Anexos de reclamaciones.
 10. Primer reporte de daños.

Series de Código

1. Servicios médicos y otros de cuidados de salud. Tanto **HCPCS como CPT-4**.
2. Suministros médicos, ortopédicos y Equipo Médico Duradero-**HCPCS**.
3. Códigos de diagnósticos- **ICD-9-CM, Vols. 1 y 2**.
4. Procedimientos para pacientes en hospitales **ICD-9CM, Vol. 3**.
5. Servicios dentales **código de procedimientos dentales y nomenclatura**.
6. Medicinas/Biológicos- **NDC para farmacias detallistas**.

En resumen, estas guías de implementación proveen instrucciones de cómo programar el programa del cuidado de la salud de acuerdo con los requisitos de estándares electrónicos de HIPAA. Sus planes de salud, pagadores, servicios de facturación, vendedores de programación y facilidades de aprobación dependen de estos documentos para llegar a cumplir con las transacciones electrónicas y los requisitos de series de código de HIPAA.

Transacciones estándar usadas por los proveedores

RECLAMACIONES O DATOS:

La información de servicio del cuidado de la salud (al detalle, registro específico de servicios de salud realizados) provistos al plan de salud para reembolso. Con HIPAA hay cuatro clases de reclamaciones o informaciones que están detalladas en las guías de implementación.

NOTA: El Consejo Nacional de Programas para Medicinas Recetadas (NCPDP) tiene su sitio web en www.ncdp.org con información sobre las guías de implementación de NCPDP

- El ASC X12N 837: Guía de Implementación Profesional (versión 4010X097 & 4010X097A1)
- El ASC X12N 837: Guía de Implementación Institucional (versión 4010X091 & 4010X091A1)
- El ASC X12N 837: Guía de Implementación Dental (versión 4010X097 & 4010X097A1)
- El NCPDP: Transacciones de farmacias detallistas (versión 5.1 para telecomunicaciones y versión 1.1 para transacciones de grupo)

Los planes de salud tienen cierta flexibilidad en cuanto a cuáles guías de implementación le pedirán usar al proveedor. Por ejemplo, algunos planes de salud pueden solicitar al proveedor usar la Reclamación Institucional 837 para notificar servicios de salud en el hogar y otros podrían requerir la Reclamación Profesional 837. Es importante que usted se comunique con sus planes de salud o pagadores para determinar cuáles de estas guías de implementación se utilizarán y qué cambios esperar en el proceso actual de la presentación de reclamaciones.

AVISO DE REMITENTE:

Una explicación de una reclamación o proceso de datos y/o el envío de pago de un plan de salud a un proveedor.



Estándar para Documentos Adjuntos

HHS adoptará estándares para unir las transacciones de reclamaciones e informaciones en el futuro. Una vez esto ocurra, los proveedores van a poder enviar electrónicamente información clínica (como apoyo para una reclamación) a los planes de salud.

Reclamaciones de Documento

- De acuerdo con HIPAA, los proveedores pueden escoger si quieren o no someter transacciones electrónicamente. Los proveedores que no realicen ninguna transacción electrónica no se les requieren cumplir con HIPAA.
- Los planes de salud y Pagadores podrían solicitar a los proveedores realizar cualquier transacción estándar electrónicamente.
- **Efectivo el 16 de octubre de 2003-** Medicare requerirá que todas las reclamaciones de Medicare se sometan electrónicamente (con la excepción de ciertos proveedores pequeños y en ciertas circunstancias limitadas).

- Usa el ASC X12N 835: Pago de Reclamación del Cuidado de la Salud, Guía de Implementación de Avisos (versión 4010X091 y 4010X091A1)

El Pago de Reclamación del Cuidado de la Salud/ la Guía de Implementación de Avisos se puede usar tanto para el Aviso de Remitente como para los Pagos de Transferencia de Fondos Electrónicos al banco del proveedor.

❑ PREGUNTA DE ELEGIBILIDAD Y RESPUESTA:

Una pregunta de un proveedor y la respuesta del plan de salud con relación a la elegibilidad de la cubierta de un paciente, o los beneficios por los cuales un paciente podría ser elegible.

- Usa el ASC X12N 270-271: Información de los Beneficios de Elegibilidad del Cuidado de la Salud y Respuestas de la Guía de Implementación (versión 4010X092 & 4010X092A1)
- El NCPDP: Transacciones de farmacias detallistas (versión 5.1 de telecomunicaciones y versión 1.1 para cantidad de transacciones)

❑ AUTORIZACIÓN PREVIA Y REFERIDO:

Una pregunta de un proveedor y la respuesta del plan de salud sobre la autorización previa del paciente o referido para servicios.

- Usa el ASC X12N 278: Revisión de Servicio del Cuidado de la Salud— Solicitud de Revisión y Guía de Implementación de Respuesta (versión 4010X094 & 4010X094A1)
- El NCPDP: Transacciones de farmacias detallistas (versión 5.1 de telecomunicaciones y versión 1.1 para transacciones de grupo)

❑ PREGUNTAS SOBRE EL ESTADO DE LA RECLAMACIÓN Y RESPUESTA:

Una pregunta de un proveedor y la respuesta del plan de salud sobre el estatus del proceso de la reclamación o datos suministrados.

- Usa el ASC X12N 276-277 Solicitud del Estado de la Reclamación del Cuidado de la Salud y la Guía de Implementación de Respuestas (versión 4010X093 & 4010X093A1)
- El NCPDP: Transacciones de farmacias detallistas (versión 5.1 para telecomunicaciones y versión 1.1 para transacciones de grupo)



Información y Recursos Disponibles en el sitio web de CMS

<http://www.cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2>

Recurso de decisión para entidad cubierta

Lista de cotejo para proveedores

Lista de servicio y alcance de CMS

Fechas de conferencias telefónicas sobre HIPAA

Enlaces a HIPAA HHS

Los CD y videos instructivos

Preguntas más frecuentes de HIPAA y fechas de cumplimiento

Formulario para el suministro de quejas

Preguntas sobre Privacidad de HIPAA

<http://www.hhs.gov/ocr/hipaa/>

Llame GRATIS a la línea de ayuda de Privacidad al:

1-866-627-7748

¿Cuáles transacciones estándar de HIPAA deben usar?

HIPAA no le requiere a los proveedores realizar electrónicamente ninguna de las transacciones estándar. Usted podría procesar algunas transacciones en papel y otras las puede someter electrónicamente. Sin embargo, esas transacciones estándar de HIPAA que usted escoja realizar electrónicamente deben cumplir con el formato y requisitos de contenido de HIPAA. Para determinar que transacciones aplican a su oficina:

- Identifique cualquiera de las transacciones que usted, su servicio de facturación o facilidad de aprobación someten electrónicamente al presente.
- Comuníquese con sus planes de salud y pregunte si van a continuar apoyando las transacciones no estándar, como las reclamaciones en papel. Pregunte si le requieren a los proveedores someter todas o algunas de las transacciones electrónicamente en el futuro.

Para aumentar la eficiencia y reducir los costos y los errores, los planes de salud podrían decidir aceptar solo transacciones electrónicas. En estos casos, si los proveedores quieren mantener las relaciones de negocio, deben estar preparados para implementar programas de facturación o usar una facilidad de aprobación.

¿Qué códigos tienen que usar?

Las series de código incluyen cualquier conjunto de código usados para codificar elementos de datos, así como tablas de términos de conceptos médicos, diagnósticos, o códigos de procedimientos médicos. Ellos son una parte integral de las transacciones electrónicas- usada para describir varios servicios del cuidado de la salud, procedimientos, pruebas, provisiones, medicinas, diagnóstico de paciente, así como actividades administrativas. HIPAA hace referencia a la serie de códigos como códigos médicos (o códigos clínicos) o códigos no médicos (códigos no clínicos).

Series de códigos médicos

Las series de códigos médicos son códigos clínicos usados en transacciones para identificar cuáles procedimientos, servicios, y diagnósticos pertenecen a la información de un paciente. Los códigos caracterizan una condición o un tratamiento médico, por lo general, los mantienen por sociedades profesionales y organizaciones de salud pública. Las series de códigos médicos que han sido aprobadas para usar por HIPAA son:

- ICD-9CM:** Enfermedades de Clasificación Internacional, Novena Edición, Modificación Clínica, Volúmenes 1 y 2 (incluyendo el Oficial ICD-9-CM Guías para Codificar y Reportar), de acuerdo con HHS para las siguientes condiciones:



EJEMPLO DE LOS CONJUNTOS DE CÓDIGOS NO MEDICOS Y SUS RECURSOS

Países, Monedas y Fondos [Instituto Americano de Estándares Nacionales](#)

Estado/Provincia/Código postal- [Servicio Postal/Oficina Postal Canadiense](#)

Lugares de Servicio- [Centros de Servicios de Medicare y Medicaid](#). El lugar de los códigos de servicio de acuerdo con el Grupo de Trabajo en el Lugar de Servicio de CMS, comprometido con la representación de varios componentes del Centro de Servicio de Medicare y Medicaid.

Códigos de Taxonomía de Proveedores – [Washington Publishing Company](#). Lista de Taxonomía de Proveedores del Cuidado de la Salud de acuerdo con el Comité Nacional de Reclamación Uniforme (NUCC) Subcomité de Datos.

Códigos de Decisión y Razón del Servicio del Cuidado de la Salud [Washington Publishing Company](#)

- Enfermedades
- Lesiones
- Impedimentos
- Otros problemas de salud y sus manifestaciones
- Causas de lesiones, enfermedades, impedimentos, u otros problemas de salud

ICD-9CM: Enfermedades de Clasificación Internacional, Novena Edición, Modificación Clínica, Volúmenes 3 Procedimientos (incluyen el Oficial ICD-9-CM Guías para Codificar y Reportar), de acuerdo con HHS para los siguientes procedimientos o tomar otras acciones para enfermedades, lesiones, y daños físicos de pacientes en hospital:

- Prevención
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Manejo

NOTA: No se ha adoptado ningún estándar para reportar medicinas y biológicos en las transacciones de farmacias no detallistas.

NDC: Códigos Nacionales de Drogas, se mantiene y se distribuye por HHS, en colaboración con fabricantes de medicamentos para lo siguiente:

- Medicinas y Biológicos en las transacciones de medicamento de farmacias detallistas

CDT: Terminología Dental Actual, Código de Procedimientos Dentales y Nomenclatura, versión 3, de acuerdo con la Asociación Dental Americana, para servicios dentales.

HCPCS y CPT-4: La combinación de Sistemas Codificados y Procedimientos Comunes del Cuidado de la Salud, de acuerdo con y distribuido por HHS y Terminología de Procedimientos Actual, Cuarta Edición, de acuerdo con y distribuido por la Asociación Médica Americana, para servicios médicos y otros servicios del cuidado de la salud. Estos servicios incluyen, pero no se limitan a lo siguiente:

NOTA: Los códigos médicos de acuerdo con las organizaciones externas. Los códigos no médicos podrían definirse en la guía de implementación de acuerdo con las organizaciones externas.

- Servicios médicos
- Servicios médicos y terapia ocupacional
- Procedimientos de radiología
- Pruebas y laboratorios clínicos
- Otros procedimientos de diagnóstico médico
- Servicios de visión y audición
- Servicios de transportación incluyendo ambulancias



Ejemplo de Códigos de Reclamación Corregidas

- 5** – Código de procedimiento y tipo de facturación es inconsistente con el lugar de servicio.
- 16-** La reclamación y el servicio carecen de información necesaria para el fallo.
- 15-** El pago es ajustado porque la autorización suministrada no tiene un número, el número es inválido, o no aplica al servicio de facturación o proveedor.
- 19-** La reclamación fue denegada por que es una lesión o enfermedad relacionada al trabajo, por ende, es responsabilidad de la aseguradora de Compensación de Trabajadores.

Ejemplos de Códigos de Observación

- M24-** Las reclamaciones deben indicar el número de dosis por frasco.
- M6-** Usted debe proveer y dar servicio de este artículo por el tiempo que el paciente lo necesite (Ejemplo Equipo Médico Duradero).

HCPCS: para todas las otras sustancias, equipo, materiales, u otros artículos usados en el servicio del cuidado de la salud. Estos artículos incluyen, pero no se limitan a lo siguiente:

- Materiales médicos
- Artefactos ortopédico y protético
- Equipo médico duradero

¿Qué hay sobre los “códigos locales” para servicios y materiales?

El propósito de las transacciones y las reglas de las series de códigos es la estandarización y la simplificación. Por lo tanto, es lógico que HIPAA no permita códigos no estandarizados.

Los códigos locales son códigos que diferentes pagadores de organizaciones han desarrollado para manejar circunstancias únicas para propósitos especiales propios.

- Muchos planes de salud, incluyendo los programas de estado de Medicaid, han adoptado códigos locales en respuesta a variaciones específicas en sus programas o reglas de negocio. Según HIPAA, todos los códigos de servicio médico se deben reemplazar por los códigos HCPCS y CPT 4 correspondientes. Además, un número de códigos nuevos hay añadidos al HCPCS para acomodar artículos que no tenían códigos previamente.
- Los planes usan códigos locales por diferentes razones. Algunos códigos designan un lugar específico de servicio que tienen un valor alto de reembolso. Otros pueden identificar un proyecto piloto particular o paquete de beneficios. Otros códigos locales atan sus servicios para crear una estructura separada de reembolso.

IMPORTANTE: Según HIPAA, no se pueden usar los códigos locales. A cambio, los proveedores deben utilizar los códigos estándares nacionales.

IMPORTANTE: Sus planes de salud deben proveerle información sobre cómo sus códigos locales se reemplazaron con las series de códigos estándar.

Conjunto de códigos no médicos

De acuerdo con HIPAA, los conjuntos de códigos que caracterizan una situación administrativa general, en vez de un servicio o condición médica, son referidos como conjunto de códigos no clínicos o no médicos. Las abreviaciones de estado, códigos postales, códigos de teléfonos, códigos étnicos y de raza son ejemplos de conjuntos de códigos no médicos de administración general. Los siguientes conjunto de códigos no médicos son más comprensivos y describen áreas de especialización del proveedor, políticas de pagos, el estatus de las reclamaciones y por qué las reclamaciones fueron denegadas o ajustadas.

NOTA: Las series de códigos no médicos, mencionados en las guías de implementación, están disponibles para revisión y documentación en <http://www.wpc-edi.com/>



Fechas Límites de HIPAA

14 de abril de 2003
Privacidad

La fecha límite para cumplir con los requisitos de privacidad.

16 de abril de 2003
Pruebas Técnicas

Usted debe empezar a realizar pruebas técnicas de sus programas no más tarde del 16 de abril de 2003.

16 de octubre de 2003
Transacciones Electrónicas y los Requisitos de Códigos

NOTA: Y los requisitos de someter reclamaciones a Medicare de forma electrónica, con la excepción de ciertos suplidores y proveedores pequeños y en ciertas circunstancias limitadas.

30 de julio de 2004
Identificador Nacional de Empleado

(01 de agosto de 2005 para planes pequeños de la salud)

21 de abril de 2005
Fecha Límite de Seguridad

(21 de abril de 2006 para planes pequeños de la salud)

☐ CÓDIGOS DE TAXONOMÍA DEL PROVEEDOR: Los códigos de taxonomía son una serie estándar de códigos administrativos para identificar el tipo de proveedor y una área de especialización para todos los proveedores del cuidado de la salud. Al presente, muchos de los identificadores de proveedores se usan para identificar la especialidad que se factura en las reclamaciones profesionales. Cuando se adopta un identificador de proveedor, esta información de especialidad ya no está fijada a los identificadores de proveedores. (Refiérase al Documento 1 para más información sobre los Requisitos de Simplificación Administrativa). Por esta razón, los códigos de taxonomía son elementos de datos de situación. Su plan de salud podría, o no, requerir códigos de taxonomía tanto en las reclamaciones institucionales como en las profesionales. Sin embargo, se requieren en las reclamaciones cuando la información de los códigos de taxonomía es necesaria para que un plan de salud adjudique una reclamación.

☐ CÓDIGOS DE EXPLICACIÓN PARA EL AJUSTE DE RECLAMACIÓN:

Muchos planes de salud envían a los proveedores códigos de "Explicación de Beneficios" (EOB, por sus siglas en inglés) locales que explican las políticas de pagos que impactan los reembolsos. HIPAA requiere que los códigos de ajustes en las reclamaciones locales se reemplacen con los códigos de razones de ajustes en las reclamaciones estándar. Estos códigos comunican la razón por la una reclamación o una línea de servicio fue "ajustada" (o se pagó diferente a como fue facturada) y se usan en el Aviso/Pago de Reclamación del Cuidado de la Salud (835).

☐ CÓDIGOS DE OBSERVACIÓN Y AVISO DE REMITENTE:

Los códigos de observación añaden mayores especificaciones a un código de razón de ajuste. Por ejemplo, si el aviso de remitente usó un código 16 como razón de ajuste (reclamación/servicio carece de información que se necesita para adjudicación) se puede proveer información adicional añadiendo un código de observación tales como el M24 (la reclamación debe indicar el número de dosis por frasco).

☐ CÓDIGOS DE CATEGORÍA PARA EL ESTATUS DE LA RECLAMACIÓN:

Los códigos de categoría para el estatus de la reclamación se usan en la transacción (277) Respuesta al Estatus de la Reclamación para el Cuidado de la Salud. Estos códigos indican el estatus del pago general de la reclamación, por ejemplo, si se ha recibido, si está en espera o si se ha pagado. Algunos ejemplos de los códigos de categoría para el estatus de la reclamación son:

P3 -Información en espera/solicitada: La reclamación o los datos esperan por la información que ya se ha solicitado.

F2 –Finalizada/Denegada: Se ha denegado la reclamación/línea.

R3 –Solicitudes para información adicional/reclamación/línea-Solicitudes es para información que podría someterse, normalmente, en una reclamación.



NOTA: Inscríbese a la Lista de Servicio de regulaciones <http://www.cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2/regulations/lisnotify.asp>. Este correo electrónico le informa cuando las nuevas regulaciones de HIPAA son publicadas.

❑ CÓDIGOS DE ESTATUS DE RECLAMACIÓN: Los códigos de estatus de reclamación se usan en la transacción (277) Respuesta de Estatus de Reclamación para el Cuidado de la Salud. Estos códigos proveen más detalles sobre el estatus que se comunicó en los Códigos de Categoría del Estatus de la Reclamación general.

- **2-** La entidad no fue aprobada para suministrar en forma electrónica.
- **4-** Se requiere un manejo especial en el lugar del plan de salud.
- **5-** Duplicado de una reclamación/línea previamente procesada.

PARA MÁS INFORMACIÓN...

Visite el sitio web de CMS en: <http://www.cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2>
Inscríbese para aprender lo último en Simplificación Administrativa de CMS sobre materiales y eventos de alcance.

Envíe sus preguntas por correo electrónico a: askhipaa@cms.hhs.gov



Identificador del Proveedor Nacional

<http://www.cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2/regulations/identifiers/default.asp>

Códigos de Taxonomía del Proveedor

<http://www.wpc-edi.com/codes/Codes.asp>

Códigos de Terminología Dental Actual

<http://www.ada.org/>

Códigos de Terminología de Procedimientos Actuales

<http://www.ama-assn.org/>

Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes del cuidado de la Salud

<http://www.cms.gov/medicare/hcpcs>