

## SERIE INFORMATIVA SOBRE HIPAA

### 2. ¿Es usted una entidad cubierta?

#### HIPAA

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

#### INFORMACION 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 tu vendedor de programación o facturación listo para HIPAA?

6. ¿Qué debes esperar de tus planes médicos?

7. ¿Qué necesitas saber sobre las pruebas técnicas?

8. Acuerdos de socios comerciales.

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

10. Cumplimiento

Este es el segundo documento informativo de una serie desarrollada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para ayudar a los proveedores a entender lo que es la Ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguros de Salud del 1996 (HIPAA) y la Simplificación Administrativa y lo que significa para sus prácticas de negocio.

Simplificación Administrativa de HIPAA es una ley que establece y promueve la eficiencia y estandarización en la industria del cuidado de la salud.

HIPAA puede afectar su oficina en muchas formas. Asigna nuevas reglas y procedimientos que requieren tiempo, dinero y recursos que implementar. Sin embargo, a la misma vez, HIPAA ofrece oportunidades de reducir costos, procesos automáticos, menos errores y mejor servicio. Para tomar ventaja de los beneficios de HIPAA, la primera pregunta que un proveedor debe hacer es: ¿HIPAA, aplica a mi actual ambiente de negocio?

**NOTA:** HHS a desarrollado para los proveedores una "Herramienta de Decisión para Entidades Cubiertas", para acceder está información visite: <http://www.cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2>.

#### Entidades Cubiertas

Según discutido en el primer documento informativo, "HIPAA 101 para las Oficinas de Proveedores", HIPAA cambia la forma en que las organizaciones trabajan con la información medica de las personas. La ley afecta muchas industrias del cuidado de la salud—seguro de salud, proveedor de servicio del cuidado de la salud (incluyendo hospitales, doctores y los servicios de facturación de terceros); así como patronos que proveen data de salud a sus empleados. Como resultado, HIPAA juega un importante papel en un amplio margen de organizaciones. Esto incluye pagadores, patronos, proveedores, facilidades de aprobación, vendedores de sistemas de información del cuidado de la salud, agentes de facturación y organizaciones de servicio.

Las regulaciones y leyes de HIPAA aplican a diferentes grupos o entidades conocidas como "entidades cubiertas". La ley aplica directamente a tres grupos de "entidades cubiertas".

- Proveedores del Cuidado de la Salud: Cualquier proveedor médico o del cuidado de la salud, suplidor, que envíe electrónicamente cualquier información de la salud en conexión con una transacción para la cuál requisitos estandarizados han sido adoptados.
- Planes Médicos: Cualquier individuo o plan grupal que provee o paga los costos del cuidado de la salud.
- Facilidades de Aprobación del Cuidado de la Salud: Entidad pública o privada que transforma las transacciones del cuidado de la salud de un formato a otro.



**Transacciones Estándares**

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.

**Códigos**

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

**¿HIPAA, me aplica a mí?**

Es importante saber que HIPAA indirectamente afecta muchos otros en el campo del cuidado de la salud. Por ejemplo, los vendedores de programas de facturación y los servicios de facturación de terceros que no son las facilidades de aprobación, no tienen que cumplir con la ley. Pero aún estas entidades, pueden necesitar hacer cambios para poder continuar haciendo negocios con personas “cubiertas” por HIPAA.

Si usted es un proveedor que transmite (o servicios de facturación de terceros o facilidades de aprobación hacen por usted) una o más de las transacciones electrónicas mencionadas en la caja de la izquierda usted probablemente está cubierto por HIPAA. (Nota: Los proveedores generalmente llevan a cabo solo las transacciones mencionadas a bajo).

- Reclamación o información equivalente
- Pagos y avisos de remitentes
- Información sobre el estatus del reclamo o respuesta
- Información sobre elegibilidad o respuesta
- Información sobre la autoridad de referido

Los proveedores del cuidado de la salud no requieren por HIPAA realizar ninguna transacción electrónica (aunque se le puede pedir el suministrar las reclamaciones de Medicare electrónicamente tema a discutirse más adelante). Sin embargo, si hace una o más de las transacciones electrónicas, mencionadas arriba, debe ser en el formato electrónico estándar de HIPAA.

**¿Qué son Transacciones Electrónicas?**

Transacciones electrónicas son actividades que involucran la transferencia de información electrónica para propósitos específicos. Como proveedor puedes tener acceso a cierta data de salud que se envía electrónicamente.

➤ **Intercambio de Data Electrónica (EDI)**

Intercambio de Data Electrónica (EDI) es la forma líder de las transacciones electrónicas. Es el término utilizado por la tecnología que permite el movimiento de data electrónica de dos entidades. Por ejemplo, si envía a un pagador reclamaciones electrónicas usted esta usando tecnología EDI. Para simplificar el proceso de EDI, HIPAA identifica el conjunto de data que forman las diez transacciones estándar, reclamaciones o avisos de remitentes. Con HIPAA, el proveedor o pagador solo usará un método para traducir la información recibida. El grupo de industrias que HIPAA menciona como responsables de desarrollar los estándares EDI son ANSI Organización de Desarrollo Estándar (SDO) y el Comité de Contenido de Data (DCC). Juntos estos grupos forman la Organización de Mantenimiento Estándar Designada (DSMOs).

HIPAA prepara el camino para la estandarización en la industria del cuidado de la salud.



Fuente de Información Electrónica
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tecnología de Intercambio de Data Electrónica (EDI)</li> <li>• El internet y aplicaciones de base-web</li> <li>• Entrada de Data Directa (DDE) marcar el módem</li> <li>• Enviar disco duro/ cinta magnetofónica</li> <li>• Usar máquina de tarjeta de crédito/ Punto de Servicio (POS)</li> <li>• Usar "fax devuelto" en respuesta de mensaje de teléfono</li> </ul>
¿Quién no está cubierto por HIPAA?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas de compensación de trabajadores</li> <li>• Aseguradores de propiedad y accidentes</li> <li>• Planes de salud con menos de 50 participantes</li> <li>• Proveedores que realizan <b>todas</b> sus transacciones estándar en papel, teléfono o FAX (desde una máquina de fax específicamente)</li> </ul>

Para identificar cada transacción, hay unos estándares que:

- especifican el formato,
- los elementos de data requeridos para la estructura del formato,
- el contenido de data requerido para cada una de las transacciones.

➤ Aplicaciones base-Web

Además de EDI, algunos planes de salud y algunos pagadores proveen aplicaciones de base-web que permite al proveedor entrar transacciones de data. Estas aplicaciones le permite a su oficina enviar información electrónica por el internet. Por ejemplo, si usted verifica la elegibilidad de un paciente sobre su seguro médico usando la computadora eso envía información a través del internet, usted está realizando una transacción electrónica.

➤ Entrada de Data Directa (DDE)

Entrada de data directa (DDE) es una forma de ajustar data directamente en la pantalla de la computadora o forma web y enviarla inmediatamente a una computadora de un plan de salud. Muchos pagadores suplen un terminal "silencioso" que está conectado directamente a la computadora principal. El terminal es en esencia una extensión remota del sistema de computadora de los pagadores. El proveedor ajusta en una reclamación inmediatamente la transmisión al plan de salud o a la computadora del pagador. Este tipo de entrada de data directa en pantalla debe unirse a los requisitos de contenido de data de HIPAA. Sin embargo, si la data es entrada directamente al sistema y es transmitida más tarde al plan de salud, la transacción se debe enviar por completo en el formato y contenido estándar.

Cualquier otra transmisión de transacciones de HIPAA por EDI, base-web, aplicaciones, o cualquier otra información electrónica cubierta en la lista de la caja de la izquierda, debe estar en conjunto con el uso de los estándares de HIPAA.

***¿Están todos los proveedores cubiertos por HIPAA?***

Muchos proveedores están cubiertos por HIPAA. Sin embargo, si usted es un proveedor y no realiza de forma electrónica ninguna de las transacciones cubiertas mencionadas arriba, entonces usted no está cubierto por HIPAA. En otras palabras, si **todas** sus actividades de negocio de oficina y transacciones del cuidado de la salud se hacen en papel, teléfono o fax (de una máquina de fax específicamente, a diferencia de un fax de computadora). HIPAA no le aplica a usted y no necesita realizar los otros requisitos de HIPAA como privacidad y seguridad.

**NOTA:** Los sistemas de Entrada de Data Directa deben cumplir con los requisitos de HIPAA. Verifique si su plan de salud continuará ofreciendo apoyo a las aplicaciones de Entrada de Data Directa.

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

Enlace al HIPAA HHS

Los CD y videos instructivos

Preguntas más frecuentes de HIPAA

Formulario para el suministro de quejas

**Preguntas de Privacidad sobre HIPAA**

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

Llame GRATIS a la línea de ayuda de Privacidad al:

1-866-627-7748

**Revisión final de la entidad cubierta:**

¿Es usted un proveedor que debe cumplir con HIPAA? Usted o su organización:

- ¿Provee cuidado de la salud?**  
Ejemplos comunes incluyen doctores, dentistas, enfermeros, proveedores de salud mental, centros de radiología, laboratorios, farmacias, proveedores de equipo médico, hospitales, y otros tipos de proveedores del cuidado de la salud. También hay servicios que no se conocen de forma común como del “cuidado de la salud” así como compañías de ambulancia, trabajadores de hogares de la salud, gerentes de casos, y trabajadores sociales.
- ¿Realiza una o más transacciones estándar de HIPAA?** (o le paga a alguien para que realice de su parte, tales ¿cómo los servicios de facturación o facilidades de aprobación?). Dirigirse a la lista de transacciones estándar mencionadas en la página dos de este documento.
- ¿Realiza transacciones estándar de forma electrónica?** (o ¿paga a alguien para que realice sus transacciones de forma electrónica, como los servicios de facturación o facilidades de aprobación?)  
Revise las formas de medio electrónico usado en su organización.

Si marco los tres encasillados, entonces usted probablemente es una entidad cubierta. Los proveedores cubiertos están sujetos a todas las regulaciones de HIPAA-transacciones, privacidad, seguridad, identificadores, y cualquier otro que surja.

**Requisitos electrónicos nuevos de Medicare**

HIPAA provee estandarización, de medios eficaces a doctores, suplidores y a otros proveedores del cuidado de la salud para suministrar reclamaciones electrónicas a todos los pagadores con los cuales ellos interaccionan.

Efectivo el 16 de octubre del 2003, la ley de HIPAA requiere que todas las reclamaciones suministradas a Medicare se realicen de forma electrónica y en el formato estándar de HIPAA. Desde ese momento, Medicare no aceptara reclamaciones en papel (con la excepción de ciertos proveedores pequeños y otras circunstancias limitadas). La regla que detalla los nuevos requisitos electrónicos de Medicare a sido finalizada. Usted recibirá más información sobre esta estipulación en el siguiente boletín para proveedores de Medicare.

**Efectivo el 16 de Octubre de 2003-** Medicare requiere que todas las reclamaciones se realicen de forma electrónica, con la excepción de ciertos proveedores pequeños y otras circunstancias limitadas.



## FECHAS LÍMITES

### 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**

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

### 21 de abril de 2005 **Fecha Límite de Seguridad**

(21 de abril de 2006 para planes pequeños)

**Nota:** Inscríbase a la Lista de Servicio de Regulaciones a: <http://www.cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2/regulations/isnotify.asp>

Este correo electrónico le informa cuando las nuevas regulaciones de HIPAA son publicadas.

Los nuevos requisitos electrónicos de Medicare reducen la carga administrativa y el trabajo con papeles relacionados con las reclamaciones de Medicare. Moviéndonos de reclamaciones en papel a electrónicas tienen un potencial significativo de ahorro y eficiencia para los médicos de Medicare, suplidores y otros proveedores del cuidado de la salud—así como para el mismo programa de Medicare.

Favor de observar que estas medidas solo aplican a las reclamaciones de Medicare. Sin embargo, no impide a cualquier proveedor de suministrar reclamaciones en papel a otros planes de salud que si aceptan está reclamaciones. Además observe que a los planes de salud no les requieren el aceptar reclamaciones en papel y muchos planes de salud se están moviendo a los métodos electrónicos más costo efectivo y eficientes.

### **Suplidores y proveedores pequeños de Medicare**

La ley de HIPAA provee una excepción a los pequeños proveedores y suplidores que cumplen los requisitos específicos de tamaño. Los siguientes proveedores y suplidores pequeños pueden seguir suministrando las reclamaciones de papel a Medicare.

La ley define a los proveedores y suplidores pequeños como:

- Un proveedor de servicio con menos de 25 empleados a tiempo completo, o
- Un médico, profesional de la salud, facilidad o suplidor (otro además del proveedor de servicio) con menos de diez empleados a tiempo completo.

Debe saber que aun los proveedores y suplidores pequeños, como se definen arriba, están sujetos a los requisitos de HIPAA si son entidades cubiertas. Por ejemplo, usted puede ser un médico con menos de diez empleados que suministran reclamaciones a Medicare de forma electrónica. En este caso, usted es una entidad cubierta bajo HIPAA.

También usted puede ser un proveedor pequeño que suministra actualmente sus reclamaciones en papel a Medicare. Sin embargo, usted verifica la elegibilidad de un paciente con Medicare de forma electrónica. Usted también es una "entidad cubierta" y debe cumplir con los otros requisitos de HIPAA.

**Nota:** CMS ofrece a los proveedores programas de facturación de Medicare gratis o de bajo costo. Visite: <http://www.cms.hhs.gov/providers/edi> para más información.

**Nota:** [según el SSA Sec. 1861 (u)] El término "proveedor de servicio" significa un hospital, hospital de acceso crítico, facilidad de destreza de cuidado, facilidad de rehabilitación de pacientes ambulatorios, agencias de salud, programas de hospedería, o, para propósitos de sección 1814(g) y sección 1835(e), un fondo.



**¿Qué sucede si continuo suministrando reclamaciones en papel?**

**P y R**

P. ¿HIPAA aplica solamente a los que facturan a Medicare y Medicaid?

R. NO. HIPAA es una ley que aplica al sistema público y privado del cuidado de la salud.



P. ¿HIPAA requiere que proveedores del cuidado de la salud realicen todas las transacciones electrónicas electrónicamente?

R. NO. HIPAA no requiere que el proveedor del cuidado de la salud se mueva de una oficina de documentos en papel a oficina electrónica. Si requiere al proveedor suministrar reclamaciones electrónicas a Medicare, con la excepción de proveedores pequeños y en circunstancias limitadas.

Mientras usted y otros proveedores del cuidado de la salud pueden continuar con transacciones de papel-realizarlo puede tener muchos efectos negativos para muchos proveedores, particularmente a esos proveedores que reciben pagos de Medicare.

**Nota:** Reclamaciones de papel son reemplazadas rápidamente por tecnología nueva en intercambio de data electrónica (EDI) y el internet.

Efectivo el 16 de octubre del 2003, Medicare tiene prohibido por ley pagar reclamaciones de papel excepto para esos proveedores pequeños y en circunstancias limitadas. Después de esa fecha, cualquier proveedor que no sea "proveedor pequeño" o otra excepción tiene que suministrar reclamaciones electrónicas para poder seguir recibiendo reembolsos de Medicare. En ese momento, el proveedor tiene que cumplir con los requisitos de las reglas de privacidad.

Quizás lo más importante, son las transacciones electrónicas que pueden eliminar la ineficiencia de procesar de forma manual los documentos en papel. Ellos pueden reducir la carga administrativa, reducir los costos operativos y mejorar de forma general la calidad de data-beneficios significativos hoy en día para los proveedores del cuidado de la salud.

**PARA MÁS INFORMACIÓN SOBRE HIPAA...**

Visite el sitio web de CMS HIPAA: <http://www.cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2>

Envíe a través del correo electrónico sus preguntas a: [askhipaa@cms.hhs.gov](mailto:askhipaa@cms.hhs.gov)

Llame GRATIS a la línea de ayuda de CMS HIPAA 1-866-282-0659