



SERIE INFORMATIVA SOBRE HIPAA

6. ¿Qué debe esperar de los planes médicos?

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 sexto documento informativo de una serie desarrollada por los Centros de Medicare y Medicaid (CMS) para comunicar conceptos claves y requisitos de acuerdo con la ley HIPAA – Ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguros de Salud del 1996. Esta serie se enfoca, en particular, en las transacciones electrónicas y requisitos de series de código sobre HIPAA y qué los proveedores necesitan saber para prepararse para éstos.

Éste documento discute la relación del proveedor/plan de salud y la importancia de continua comunicación en el proceso de implementación de HIPAA.

¿Qué son Acuerdos de Socios Comerciales?

La mayoría de los proveedores están familiarizados con el concepto de acuerdos de socios y contratos— ellos son una parte integral de hacer negocios. Estos acuerdos detallan los servicios, condiciones, y costos de hacer negocios con planes de salud y facilidades de aprobación.

Muchos planes de salud usan acuerdos llamados “Intercambio de Acuerdo con los Socios” o (TPA, por sus siglas en inglés) para establecer los detalles de intercambio de datos electrónicos (EDI, por sus siglas en inglés) que realizaran entre el plan y los proveedores con que hacen negocios. Desde una perspectiva de negocio, un intercambio de acuerdos con los socios hace sentido. Es un recurso de mucho valor y protege sus intereses, así como los intereses de sus socios de intercambio.

Para mas información, vea el documento 8 de esta serie, “Acuerdos de socios comerciales el cual detalla la clase de información que usted puede esperar encontrar en TPA.

CUMPLIMIENTO CON HIPAA ES UNA CALLE DE DOS SALIDAS

Sus planes de salud, pagadores, servicios de facturación y facilidades de aprobación son sus socios en el proceso de cumplimiento con HIPAA.

NOTA: Cada Acuerdo de Socio Comercial de Plan de Salud sera diferente y hecho a la medida para su necesidad y la de sus planes de salud. Esto le da mucha flexibilidad a ambas partes.

Fechas Límites de Cumplimiento

16 de abril de 2003
Pruebas de Programas
16 de octubre de 2003
Cumplir con las
Transacciones Electrónicas y
Series de Código



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, volúmenes 1 y 2**.
4. Procedimientos para pacientes en hospital-**ICD-9-CM, Vol. 3**.
5. Servicios dentales-código de procedimientos dentales y nomenclatura-**ra**.
6. Medicinas/Biológicos-**NDC para farmacias detallistas**.

Guías de Implementación X12N

La ASC X12 N Guía de Implementación para cada transacción estándar es el conjunto oficial de reglas de la transacción electrónica estándar específica. Sus planes de salud, pagadores, servicio de facturación, vendedores de programación y facilidades de aprobación dependen de estos documentos para cumplir con los requisitos de las transacciones electrónicas y conjunto de códigos de HIPAA. Cada guía tiene los requisitos técnicos para el uso específico de formatos y los elementos de datos sin formatos. Por ejemplo, existen cuatro, 837 guías de implementación que proveen información en detalle relacionado a como varios tipos de reclamaciones de salud deberían ser estructurados. Para una discusión mas técnica, vea el documento 4 “Resumen de Transacciones Electrónicas y Series de Código”.

NOTA: Las guías de implementación se diseñaron para ayudar a esos que ponen en práctica cualquiera de las transacciones y series de código. Frecuentemente, esta información de sistema (IS, por sus siglas en ingles) de las entidades cubiertas son del departamento o vendedor de programación.

¿Qué es la guía de compañía?

Usted puede recibir una “guía de compañía” de su plan de salud. Éste documento es un conjunto de instrucciones especiales que proveen guías más allá en como el plan de salud esta interpretando las guías de implementación. Mientras HIPAA

NOTA: La “guía de compañía” es el término común usado para describir un documento desarrollado por muchos planes de salud para sustituir las guías de implementación de HIPAA.

especifica guías de implementación, guías de compañía han sido creadas independientemente y son hechos a la medida para satisfacer las necesidades particulares de los planes de salud. Por ejemplo, la guía de compañía, o otro tipo de instrucciones especiales de los planes de salud, detallan que datos específicos requieren el plan de salud para transacciones que requieran datos de base situacional.

¿Qué hay sobre acuerdos de socios de negocios?

Un socio de negocio es una persona u organización que hace la función o actividad de parte “entidad cubierta”. Compañías de facturación y vendedores de programación no se consideran entidades cubiertas según HIPAA; sin embargo, muchas de estas compañías tienen relaciones de negocio con entidades cubiertas. Por ejemplo, vendedores pueden proveer funciones de proceso de reclamaciones, manejo de practicas o servicios de facturación de programas para una entidad cubierta. Por que ellos tienen acceso a Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés), los socios de negocios deben acordar sobre los requisitos de privacidad y seguridad de HIPAA. El acuerdo de socios de negocio se usa para describir las responsabilidades de los socios de negocio de proteger la privacidad y seguridad de PHI. Aún cuando las entidades cubiertas requieren ya cumplir con todos los requisitos de privacidad y seguridad de HIPAA, si son socios de negocio deben tener un acuerdo entre ellos.



**SITIOS TÉCNICOS
EN EL WEB**

X12N Guías de Implementación: www.wpc-edi.com

Guías para farmacias detallistas: www.ncdpd.org

Identificador del Proveedor Nacional: <http://aspe.hhs.gov/admsimp/bannerid.htm>

Código de Taxonomía para el Proveedor : <http://www.wpc-edi.com/codes/Codes.asp>

Código de Terminología Actual: www.ada.org

Códigos de terminología de Procedimiento Actual: <http://www.ama-assn.org>

Sistema de Codificación de Procedimiento Común (HCPCS, por sus siglas en inglés) <http://www.cms.gov/medicare/hcpcs>

Enfermedades de Clasificación Internacional (ICD, por sus siglas en inglés) www.cdc.gov/nchs

NOTA IMPORTANTE

Los proveedores deberán revisar sus sistemas actuales, así como sus planes futuros, para asegurar que utilizan la transacción estándar y el código de serie de HIPAA y que mantienen los formatos estándar de identificadores. Vea para más información el documento 4 “Resumen de Transacciones Electrónicas y Series de Código”.

Comuníquese con sus planes de salud

La comunicación es esencial para cumplir con HIPAA. Pregunte a su plan de salud sobre los planes de implementación de HIPAA. Es una buena idea documentar la información que recibe. Muchos proveedores están solicitando a los planes de salud que provean las respuestas de algunas preguntas por escrito. En todo caso que usted escoja escribirle formalmente a sus planes de salud, o llamarlos por teléfono es importante que le haga preguntas de la siguiente información.

IMPORTANTE: Si usted no ha recibido información de sus planes de salud, coteje el sitio web de su plan de salud o llame y pregunte sobre los planes de implementación de HIPAA.

Ejemplos de preguntas para sus planes de salud

- **¿Está en cumplimiento con HIPAA? ¿Usted tiene un intercambio de acuerdos con los socios para sus proveedores?**
- **¿Cuándo usted piensa hacer pruebas e implementación de las transacciones de HIPAA?** El uso de transacciones y series de código son obligatorios comenzando el 16 de octubre de 2003. Muchos planes de salud estarán implementando las transacciones escalonadamente para reducir la carga de trabajo que viene en octubre. Averigüe con sus planes de salud cuándo estarán listos para hacer pruebas de cada transacción. Las pruebas internas deben comenzar no más tarde del 16 de abril de 2003—aun si sus pruebas no incluyen pruebas con sus socios de intercambio. Asigne pruebas con sus socios de intercambio. Vea el documento 7 de esta serie, “¿Qué necesita saber sobre las pruebas técnicas?” para más información.
- **¿Usted tiene una guía de compañía, u otros tipos de instrucciones para sus proveedores?** La guía de compañía explica como un plan de salud esta implementando las transacciones estándar y provee detalles al plan de salud.
- **¿Qué ayuda le puede ofrecer a sus proveedores?** Muchos planes de salud ofrecen ayuda a sus proveedores de contrato. La ayuda puede ser en información escrita y consejos, o ayuda técnica.
- **¿Qué política o cambios de negocios se pueden ejecutar como parte de su esfuerzo de cumplimiento?** Sus planes de salud pueden escoger el cambiar cierta practica de negocio como resultado de los requisitos de implementación de HIPAA. Por ejemplo, un plan puede cambiar los requisitos de autorización o políticas, para utilizar más eficientemente los estándares electrónicos para autorizaciones.
- **¿Qué hay sobre sistemas de Entrada de Datos Directos (DDE, por sus siglas en inglés) y los programas de base-web?** Sus planes de salud pueden ofrecer Entrada de Datos Directos o sistema de base web para realizar transacciones de HIPAA.

**Fechas
límites de
HIPAA**

**14 de abril de 2003
Privacidad**

(14 de abril de 2004 para planes de salud pequeños)

**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: Medicare requerirá que todas las transacciones de Medicare se sometan 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 de salud pequeños)

Los planes pueden continuar ofreciendo este servicio, además de EDI, pero no se les requiere hacerlo. Averigüe si su plan de salud continuará ofreciendo y apoyando estas aplicaciones.

Recuerde, las transacciones electrónicas de HIPAA pueden eliminar la ineficiencia de reclamaciones de papel. Ahora que Medicare va a requerir que las reclamaciones se suministren electrónicamente (con la excepción de esos proveedores pequeños y ciertas circunstancias limitadas), otros planes de salud pueden más adelante entablar juicio. Mantenga relación con sus planes de salud y este al tanto de los planes de implementación para HIPAA.

PARA MÁS INFORMACIÓN SOBRE HIPAA...

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

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

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



Inscríbese para recibir avisos de correo electrónico GRATIS sobre las regulaciones nuevas de HIPAA:
<http://www.cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2/regulations/lsnotify.asp>

Aprenda lo último sobre los materiales y eventos de alcance de la Simplificación Administrativa de HIPAA. Inscríbese en la lista de servicio y alcance de comunidades de la salud de HIPAA en CMS. Para inscribirse, vaya a: <http://www.cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2>