

**PROCEDIMIENTO PARA LA VALIDACIÓN DE NUEVOS
CÓDIGOS Y ASIGNACIÓN DE TARIFAS**

Directoría de Asuntos Médicos y Relaciones con Proveedores

Fecha de efectividad: 29 de diciembre de 2011

Aprobado por:



Julio Alicea Vasallo
Director Ejecutivo

Número:

Nueva creación ()
Fecha:

Revisión:
Fecha: 22 de julio de 2011

Enmienda: ()
Fecha:

Página: 1 de 3

I. INTRODUCCIÓN

En el 1995 la Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA), adoptó el sistema de codificación universal de los procedimientos médicos, conocidos como "Current Procedural Terminology" (CPT), con el propósito de facilitar y agilizar el pago de las reclamaciones por los servicios prestados por los Proveedores a nuestros lesionados.

No todos los códigos del Manual CPT fueron incluidos en el Manual de Tarifas de la ACAA, sólo los más frecuentes y usuales para los pacientes de la Agencia. En este Manual se establecen las políticas de facturación de la Agencia y las tarifas a pagarse por cada código incluido.

II. VALIDACIÓN

1. Si al momento del Proveedor solicitar la autorización de un servicio, éste entiende que el código correspondiente al mismo, no está incluido en el Manual de Tarifas de la ACAA o en las Cartas Circulares, procederá de la siguiente forma:
 - a) Seleccionará la descripción del servicio según el CPT
 - b) Indicará el código que corresponda a esa descripción.
 - c) Incluirá dicho código en la solicitud de autorización del servicio a la ACAA.
2. La Directoría de Finanzas, Planificación y Presupuesto refiere las facturas diferidas por procedimientos con códigos, que no se encuentran validados en el Sistema de Pago GHIAS, al Director de Asuntos Médicos, quien las referirá al Gerente de Revisión y Utilización y/o Oficial de Codificación para su análisis.
3. Si el código de procedimiento es rechazado, se informa al Área Procesamiento de Facturas Médicas para que proceda con la denegación del pago o si es una consulta de Oficina Regional se emite la decisión de denegación (Forma 300-58).
4. Si el código de procedimiento es validado, el Gerente de Revisión y Utilización y/o Oficial de Codificación, realiza un análisis de los códigos CPT y determina si el mismo se valida.

PROCEDIMIENTO PARA LA VALIDACIÓN DE NUEVOS CÓDIGOS Y ASIGNACIÓN DE TARIFAS		Número:
Directoría de Asuntos Médicos y Relaciones con Proveedores		Nueva creación () Fecha:
Fecha de efectividad: <u>29 de diciembre de 2011</u>		Revisión: Fecha: <u>22 de julio de 2011</u>
Aprobado por: 		Enmienda: () Fecha:
Julio Alicea Vasallo Director Ejecutivo		Página: 2 de 3

5. El Gerente de Revisión y Utilización y/o Oficial de Codificación prepara una Tabla Comparativa con las tarifas que se pagan en la industria de servicios médicos por ese código. Obtendrá de dos a tres comparaciones y calculará un promedio que servirá como referencia para fijar las tarifas a pagarse por estos servicios en la Agencia.

III. PARÁMETROS PARA PAGO DE CÓDIGOS DE NUEVA VALIDACIÓN

Se completa una tabla que contiene toda la información que hará válido el nuevo código para que las facturas puedan ser procesadas.

1. Descripción del servicio prestado.
2. Lugar donde se autoriza el servicio: En la oficina, el hogar, el hospital, "Skill Nursing", el Centro de cirugía ambulatoria, la sala de emergencia, etc.
3. Tipo de servicio: ¿Qué tipo de servicio se autorizará? La cirugía, anestesia, asistencia de cirugía, las visitas, las consultas, radiología y laboratorios, etc.
4. Se determinará si el Procedimiento requiere uso de modificadores.
5. Se instituyen las especialidades que podrían facturar el código, así mismo, establecen el tiempo, la frecuencia y la duración.
6. Se identifica si el procedimiento es una cirugía mayor o menor y su Periodo Global.
7. Se prepara la lista de procedimientos que podrían ser pagados en el mismo caso, a la misma vez los códigos entrelazados.

IV. APROBACIÓN

Toda la documentación del nuevo código pasará al Comité de Tarifas, quienes evaluarán y determinarán la aprobación e inclusión del código con la tarifa recomendada. Una vez hecho este análisis, se formalizará la solicitud de aprobación del Director Ejecutivo; de ser aprobado, el Gerente de Consultas validará el código en el Sistema de Pago Médico GHIAS con todos los campos de validación.

El Gerente de Consultas una vez validados los códigos, somete copia de la Fecha de validación al Gerente de Revisión y Utilización y/o Oficial de Codificación, para que éste notifique al Área de Procesamiento de Facturas Médicas y éstos procedan con el pago de dichos servicios.

PROCEDIMIENTO PARA LA VALIDACIÓN DE NUEVOS CÓDIGOS Y ASIGNACIÓN DE TARIFAS

Número:

Directoría de Asuntos Médicos y Relaciones con Proveedores

Nueva creación ()
Fecha:

Fecha de efectividad: 29 de diciembre de 2011.

Revisión:
Fecha: 23 de diciembre de 2011

Aprobado por:



Julio Alicea Vasallo
Director Ejecutivo

Enmienda: ()
Fecha:

Página: 3 de 3

V. DIVULGACIÓN

El Comité de Evaluación de Tarifas y la Directoría de Asuntos Médicos prepararán un borrador de la Carta Circular, con el propósito de informar la creación de nuevos códigos y tarifas a los proveedores, la aprobación de dichos códigos y sus tarifas.

La misma estará firmada por el Director Ejecutivo de la Agencia y luego se circulará como una Carta Circular oficial a los Proveedores.

VI. VIGENCIA

Estas normas tendrán vigencia inmediatamente después de su aprobación. Queda derogado cualquier otro Procedimiento o disposición anterior a la validación de nuevos códigos y asignación de tarifas.

Presentado por:



María M. Díaz Fernández, MD
Director Médico
Directoría Asuntos Médicos
Y Relaciones con Proveedores

Aprobado por:



Julio Alicea Vasallo
Director Ejecutivo

En San Juan, Puerto Rico a 29 de Diciembre de 2011