

SERIE INFORMATIVA SOBRE HIPAA

8. Acuerdos de Socios Comerciales

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 octavo documento informativo de una serie desarrollada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para comunicar a los proveedores del cuidado de la salud los conceptos claves y requisitos de HIPAA – Ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguros de Salud de 1996. Este documento se enfoca en las transacciones de la Simplificación Administrativa y los requisitos de los conjuntos de códigos y en el rol de los socios comerciales en la implementación de HIPAA.

NOTA: Con HIPAA, cualquier proveedor que lleve a cabo transacciones electrónicas con otra entidad, debería tener un acuerdo escrito con esa entidad en el que describe cómo se llevará a cabo el intercambio de datos electrónicos (EDI, por sus siglas en inglés).

¿Por qué los acuerdos de socios comerciales son beneficiosos?

El documento 6, “Qué debe esperar de los planes médicos” introduce el concepto de los acuerdos de socios comerciales (TPA, por sus siglas en inglés). Aunque HIPAA requiere el uso de transacciones electrónicas y conjunto de códigos, los estándares solo cubren parte de la información que los socios comerciales necesitan para realizar transacciones eficientemente. Generalmente, los estándares ordenan el formato y el contenido de elementos de datos claves, pero no tienen requisitos sobre cómo las transacciones se envían o se reciben—o qué se hace con la transacción después de recibida. Los planes de salud usan los TPA para describir estos requisitos de procesos de datos del cuidado de la salud. Además, los acuerdos de socios comerciales:

- Especifican los requisitos y funciones de procesamiento de EDI. Ellos no pueden cambiar los estándares de ninguna forma.
- Son diferentes para cada plan de salud y pagador. Esto le da a los socios comerciales la flexibilidad necesaria.

¿Cómo es un acuerdo de socios comerciales?

HIPAA define un acuerdo de socio comercial en la reglamentación de las series de código y las transacciones electrónicas; sin embargo, no hay un formato estándar de HIPAA o requisito de contenido para los TPA. Un TPA podría, o no, parecerse a un contrato normal y corriente. Por ejemplo, puede ser parte de un acuerdo amplio, o de uno sencillo. Ya que no hay limitaciones o especificaciones en la forma o en las provisiones de un TPA, cada acuerdo será diferente y único a su situación.

NOTA: HIPAA no requiere un TPA o especifica qué es lo que tiene que estar en el acuerdo. Sus planes de salud y pagadores determinan lo que se debe incluir en sus TPA.





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.

Serie 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**.

Los acuerdos de socios comerciales son solo un mecanismo de comunicación. Sus socios comerciales como la facilidad de aprobación y plan de salud podrían escoger utilizar otros métodos para dejarles saber acerca de cambios de formatos, contenido de datos y otros requisitos. Esta comunicación podría tener el formato de instrucciones de facturación, memorandos, o boletines. Los planes de salud también pueden desarrollar “guías de compañía” de implementaciones. Estas guías se usan en conjunto con las guías de implementación X12N, y como los TPA, tratan situaciones de intercambio de datos electrónicos específicos únicos de ese plan de salud. Para más información en guías de compañía, vea el documento 6 de esta serie, “¿Qué debes esperar de los planes médicos?”

¿Qué podría incluir un acuerdo de socios comerciales?

Los acuerdos de socios comerciales cubren una variedad de situaciones de transacciones electrónicas. Por ejemplo, podrían incluir:

- Identificadores para proveedores:**
Cuáles identificadores de proveedor se usarán en las transacciones hasta que adopte un Identificador para Proveedor Nacional (NPI, por sus siglas en inglés).
- Requisitos de procesamiento:**
Si las transacciones se manejarán o no en tiempo real y/o en grupos.
- Códigos de taxonomía para proveedores:**
Si el plan de salud requerirá o no al proveedor suministrar el código de taxonomía del proveedor en la reclamación.
- Problemas situacionales:**
Cómo los proveedores deben trabajar con ciertas situaciones. Muchos elementos de datos en los estándares son “de situación,” lo que significa que se requieren de surgir una situación.
- Comunicaciones Interna:**
El método de aceptar y enviar transacciones. Si bien los estándares discuten los formatos y contenido de datos, los estándares no discuten como las entidades intercambian información de salud. Por ejemplo, los TPA identificarán facilidades de aprobación, otros grupos de terceros, o arreglos de entrada de datos directos. Ellos pueden discutir también el uso de discos, cintas, conexión de discado, o cualquier otra conexión electrónica que tenga el respaldo de los socios comerciales.
- Pruebas:**
Los detalles que se necesitan para la fase de pruebas. Por ejemplo, como se hará la prueba, el tiempo para el procesamiento de prueba, y como se le notifica los resultados de las pruebas a los proveedores.
- Información de contacto:** Los números de teléfono de socios comerciales y contactos para asistencia técnica de EDI, y al proveer los servicios al cliente.



<p>Información y Recursos Disponibles en el sitio Web de CMS</p>
<p>http://www.cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2</p> <p>Recurso de decisión para entidad cubierta</p> <p>Lista de cotejo para proveedores</p> <p>Lista de servicio y alcance de CMS</p> <p>Fechas de conferencias telefónicas sobre HIPAA</p> <p>Enlace al HIPAA HHS</p> <p>Los CD y videos instructivos</p> <p>Preguntas más frecuentes de HIPAA</p> <p>Formulario para el suministro de quejas</p>
<p>Preguntas de Privacidad sobre HIPAA</p>
<p>http://www.hhs.gov/ocr/hipaa</p> <p>Llame GRATIS a la línea de ayuda de Privacidad al: 1-866-627-7748</p>

Ejemplos de plan de salud-información específica

Las guías de implementación de HIPAA proveen a los planes de salud un poco de flexibilidad para determinar que contenido de datos requerir dentro de un formato específico. Por consiguiente, la comunicación de ambas partes es una parte crítica para cumplir con el proceso de HIPAA. Los siguientes son ejemplos de los tipos de información específica para planes de salud que podrían proveerse en los acuerdos comerciales, guías de compañía u otras instrucciones especiales.

- Comentarios generales:**
Algunos comentarios podrían ampliar las definiciones en el ASC X12N guías de implementación. Por ejemplo, HIPAA requiere un formato específico para el apellido de un pagador en el requisito de la guía de implementación 837. Uno de sus planes de salud podría añadir un comentario al lado de este requisito que indique, *“El apellido refleja la información que tienen nuestros registros de membresía. Si está información es diferente a la que usted suministró, usted necesita actualizar sus registros para futuras reclamaciones”*.
- Tablas técnicas:**
Los planes de salud pueden proveer tablas que detallen instrucciones técnicas especiales. Las tablas podrían tener una fila por cada segmento que el plan de salud tenga algo adicional (además de) la información en la guía de implementación. Por ejemplo, un plan de salud que limita el largo de un elemento simple de datos podría proveer un comentario que indique, *“Las reclamaciones que contienen cantidades en por ciento suministradas con más de dos posiciones a la izquierda o a la derecha del decimal podrían ser rechazadas”*.
- Información de varios niveles:**
HIPAA provee a los planes de salud cierta flexibilidad dentro del formato para determinar qué contenido de datos requerir. Por ejemplo, HIPAA requiere que la solicitud de elegibilidad y las transacciones de respuestas, como mínimo, incluyan el nombre de un miembro, identificación y fecha de nacimiento. La respuesta del plan de salud, como mínimo, debe tener información que indique si el individuo es, por lo general, elegible para servicios a la fecha que se suministró la solicitud. Recuerde, un plan de salud podría escoger requerir datos adicionales para una transacción en ciertas situaciones. Por ejemplo, un plan de salud también podría pedir procedimientos específicos y datos de diagnóstico, o fechas elegibles de servicio además de el mínimo requerido para una transacción elegible.

**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**

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.

**30 de julio de 2004
Identificador Nacional
de Empleados
(01 de agosto de 2005
para planes pequeños de
salud)**

**21 de abril de 2005
Fecha Límite de
Seguridad
(21 de abril de 2006 para
planes pequeños de la
salud)**

Qué hacer cuando recibe un TPA

Cuando reciba un TPA, usted debe enviar inmediatamente una copia a la persona, oficina, o servicio de facturación responsable de procesar las reclamaciones electrónicas.

Como proveedor, usted debe asegurarse de que todos los individuos revisen el acuerdo y dirijan cualquier preocupación. Esto involucra en su oficina a la "persona responsable" de HIPAA, su gerente de facturación o su consejero legal. Cuando revise el acuerdo, le ayudaría el tener estas preguntas en mente:

- Sistema de Información/ Servicio de facturación u otras preocupaciones del vendedor:
 - ¿Puede su sistema de facturación/ vendedor proveer los requisitos?
 - ¿Usted cuenta con los recursos para estar al tanto de todos los diferentes TPA de los diferentes planes de salud?
 - ¿Qué cambios se requieren y a qué costo?
 - ¿Cuánto tiempo de ventaja se requiere para hacer cambios?
 - ¿Estará en cumplimiento con HIPAA para el 16 de octubre de 2003?

- Preocupaciones del personal de la oficina:
 - ¿Hay procesos manuales comerciales que se requieren por el acuerdo?
 - ¿Algún procedimiento o póliza necesita cambiar para cumplir con los requisitos?
 - ¿Qué clase de adiestramiento el grupo de trabajo necesitará?
 - ¿Usted tiene los recursos para proveer el adiestramiento?
 - ¿Su oficina estará en cumplimiento para el 16 de octubre de 2003?

PARA MÁS INFORMACIÓN SOBRE HIPAA...

Visite el sitio web de CMS HIPAA para servicios y recursos educativos:

<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 1-866-282-0659