



ICD – 10

Reglas Generales de Facturación

Estas Reglas de Negocio aplican sólo a MCS y no necesariamente representan las guías adoptadas por otros planes médicos. Estas son reglas generales para adjudicar reclamaciones utilizando el sistema de clasificación ICD 10, y no representan la totalidad de las reglas para el proceso de adjudicación. Recuerde que puede acceder a Provinet para mayor detalle con relación a las políticas clínicas y/u otras reglas comunicadas previamente a los proveedores.

Fecha de Servicio

La fecha de servicio o la fecha en que ocurre el encuentro es la que dirigirá cuál de los dos sistemas de clasificación de enfermedades se debe utilizar.

Los encuentros ocurridos en o antes de 09/30/2015 deberán ser reportados con ICD-9. Los encuentros o servicios ofrecidos en o después de 10/01/2015 deberán ser reportados con ICD-10.

Sometimiento de Reclamaciones

No someta reclamaciones con ambos tipos de sistema de clasificación.

Para las reclamaciones de servicios de hospitalización utilizará la fecha de alta como guía para determinar cuál sistema utilizará.

- Si la fecha de alta es en o antes de 09/30/2015 deberá utilizar ICD-9.
- Si la fecha de alta es en 10/01/2015 en adelante deberá utilizar ICD-10.

En el caso de servicios ambulatorios que sean ofrecidos en un rango de fechas que comienzan previo a Octubre 1 y termina en o después de Octubre 1, tiene que reportar los servicios en 2 reclamaciones diferentes de acuerdo a las fechas de servicio y sistema de clasificación.

- Reclamaciones para servicios ofrecidos en o antes de 09/30/2015 utilice el ICD-9.
- Reclamaciones p 10/01/2015 en adelante utilizando ICD-10.

Códigos Validos **

Para que una reclamación pueda ser adjudicada es requisito que incluya códigos de diagnósticos válidos.

Para que un código sea válido debe cumplir con la estructura correcta. Esto significa que si el código en cuestión se encuentra en una categoría o familia de códigos que su estructura requiere 4, 5 ,6 o 7 caracteres usted debe someter el código con los caracteres requeridos para que pueda ser procesada. Si no cumple con la estructura del código entonces se clasifica como un código truncado y la reclamación será rechazada.

Políticas Médicas de Cubierta **

Las políticas de cubierta (LCD, NCD, etc) y Políticas Medicas de MCS que requieren especificidad en ICD 9 continuarán requiriendo especificidad en ICD 10.

** Esta información es cónsona con el memo publicado por CMS en Julio 31, 2015, titulado: “Clarifying Questions and Answers Related to the July 6, 2015 CMS/AMA Joint Announcement and Guidance Regarding ICD-10 Flexibilities –Update”, que clarifica la información contenida en el memo publicado por CMS en Julio 6, 2015