

16 de septiembre de 2015

FLEXIBILIDAD EN LA CATEGORIA O FAMILIA DE DIAGNOSTICO ICD-10

Deseamos informar a todos nuestros proveedores nuestra política de pago relacionada a la flexibilidad de los códigos de diagnóstico ICD-10, que se comenzará a utilizar a partir del 1ro de octubre de 2015 y el concepto de la categoría o familia de diagnósticos.

Herramientas relacionadas a ICD-10

Existen varias herramientas relacionadas al ICD-10 CM (médicos y facilidades) y el ICD-10 PCS (solo para facilidades que facturan en una UB04) que los proveedores pueden acceder gratuitamente. Es importante seguir las guías que incluyen estos manuales. También existe el mapa general conocido por sus siglas en inglés *GEMs*. Esta información la encuentra en la página de Internet de CMS <https://www.cms.gov/Medicare/Coding/ICD10/index.html>, bajo los títulos "2016 ICD-10-CM and *GEMs*" and "2016 ICD-10-PCS and *GEMs*". Estas serán de gran ayuda para iniciar sus equivalencias de ICD-9 a ICD-10. Siempre tendrá que incorporar diagnósticos adicionales a su práctica y eliminar otros que no aplican.

Concepto de Familia o Categoría

El concepto "familia" o categoría, se refiere a los primeros (3) tres dígitos del diagnóstico ICD-10.

Concepto de Flexibilidad

El concepto de flexibilidad informado por CMS/AMA *Joint Announcement and Guidance Regarding ICD-10 Flexibilities*, el 6 de julio de 2015, permite el uso de diagnósticos válidos o facturables no específicos *Not elsewhere classified* (NEC) y *Not otherwise specified* (NOS). Durante doce (12) meses luego del 1 de octubre de 2015, estos diagnósticos no específicos, no deberán ser sometidos a auditoría o denegados por el plan. El proveedor puede solicitar orientación a su pagador.

Excepciones a la Flexibilidad

Esta flexibilidad no implica que se pueden facturar diagnósticos incompletos o que no cumplan con las Guías del Manual de ICD-10, como por ejemplo: diagnósticos que no se facturan como principales o primarios.

Existen otras circunstancias donde la flexibilidad no aplica:

1. Cuando el diagnóstico es requerido para editar apropiadamente servicios relacionados a políticas médicas y de pago.
2. Para justificar la relación del diagnóstico y el procedimiento realizado.
3. Beneficios que requieren una relación específica con el diagnóstico.
4. Diagnósticos que con el ICD-10 tienen un nivel de especificidad mayor, como lateralidad, encuentro inicial, subsiguiente o secuela; entre otros.
5. Contrataciones y acuerdos especiales entre el proveedor y el plan para el pago de ciertos servicios.

Para más información puede comunicarse con nuestro Centro de Llamadas en el Departamento de Gerencia de Servicio a los teléfonos (787) 749-4700 o al 1-877-357-9777 (para llamadas de larga distancia sin cargos).

Cordialmente,



Enid M. Mateo, MD
Director Médico Asociado
División de Asuntos Médicos y Dentales