



ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

CARTA NORMATIVA 2013-24-06

24 de junio de 2013

A TODAS LAS ENTIDADES CONTRATADAS, PLANES PLATINO, MEDICOS PRIMARIOS Y ESPECIALISTAS

RE: CERTIFICACION VOLUMEN DE PACIENTES POR ENCUENTROS MEDICAID FEDERALES PARA EL PAGO DE INCENTIVOS A PROVEEDORES POR LA ADQUISICION, IMPLEMENTACION O ACTUALIZACION (*ADOPT, IMPLEMENT OR UPDATE (AIU)*) DEL RECORD ELECTRONICO DE SALUD *ELECTRONIC HEALTH RECORD (EHR)* Y SU USO SIGNIFICATIVO (*MEANINGFUL USE*)

La Administración de Seguros de Salud (ASES) se encuentra en el proceso de validación de los profesionales y hospitales elegibles para el pago de incentivos por la adquisición, implementación, actualización y uso significativo (AIU y MU, por sus siglas en inglés) del record electrónico de salud (EHR, por sus siglas en inglés).

Para validar estos encuentros hemos determinado que la información sea certificada por la Aseguradora quien puede identificar propiamente la población Medicaid federal (códigos 100 y 110). Para ello, hemos diseñado el formato que se acompaña como parte de esta Normativa identificado como FORM: EP-6-2013. Dicho formato podrá ser accesado por el proveedor al comenzar su proceso de atestación en el *State Level Repository*. Esta nueva forma (EP-6-2013) deja sin efecto la forma EP-3-13 enviada el pasado 5 de marzo de 2013 a todas las Aseguradoras para validar los datos de proveedores que atestaron para el año 2012 con base de encuentros 2011.

Períodos de Atestación:

Todo proveedor que atestó en el 2012, el período representativo de 90 días de encuentros tiene que corresponder al año calendario 2011 (enero-diciembre). Para el cálculo de "Not Hospital Based" los encuentros deben corresponder a los 12 meses del año calendario 2011.

El período de atestación para el año 2012 con base de encuentros 2011, para Puerto Rico cerró el 30 de abril de 2013. Toda atestación posterior a esta fecha corresponde al período 2013 y su base de encuentros corresponde al 2012.

A partir de 2013 esta Regla cambia y se consideran el total de encuentros de pacientes Medicaid o *Needy* en cualquier período representativo de 90 días previo al año calendario de pago o en los 12 meses previos a la fecha en que atestó. Para el cálculo de "Not Hospital Based" los encuentros deben corresponder a los 12 meses que preceden la fecha de la atestación.

Los encuentros no pueden duplicarse lo que quiere decir que solamente pueden ser contabilizados basados en una visita a oficina en un período de 24 horas independientemente de cuantos procedimientos se realizó el paciente en el mismo día.

Forma EP-6-2013:

Una vez el proveedor haya atestado y seleccionado el período de encuentros de noventa (90) días, completará la información correspondiente en la forma EP-6-2013, accesada a través del SLR. Revisará sus encuentros y seleccionará el período de encuentros de 90 días que entienda le convenga. Deberá someter dicha información

ante la Aseguradora para la certificación de los encuentros Medicaid Federales (numerador) y la totalidad de todos los encuentros (denominador) para el período de 90 días seleccionado. Si dicho período no cumpliera con el de pacientes Medicaid federales la Aseguradora puede asistir al proveedor en cuanto al período de noventa (90) días que más le convenga, para el año calendario previo al año de pago o los 12 meses previos a la atestación, según corresponda. Con este proceso el proveedor podrá tomar una decisión más asertiva al momento de optar por atestar ya sea como Individuo o Grupo. La decisión final del período a atestar será exclusiva del proveedor.

Cada forma EP-6-2013 debidamente completada deberá ser entregada por la Aseguradora ante ASES en un CD acompañada del correspondiente *Aging*, dentro del período de siete (7) días posteriores a la fecha de entrega en la Aseguradora. Toda información que el proveedor desee someter ante ASES o la Aseguradora debe realizarlo de forma segura para proteger toda información sensible. De igual forma la Aseguradora deberá enviar los datos a ASES protegidos con *passwords*. ASES no se hace responsable por información enviada por el médico o la Aseguradora sin observar los procedimientos de seguridad.

Una vez recibidas las certificaciones en ASES se procederá con la validación y cómputo de los datos.

Aging Reports:

El *Aging* debe contener la totalidad de encuentros para el año calendario si el proveedor atestó en el 2012 con base de encuentros 2011 o los 12 meses previos al fecha de atestación si atestó en el 2013 con base de encuentros 2012. La fecha de atestación es aquella en que el proveedor entró en el NLR, esta fecha también será incluida por el proveedor en la certificación. El *Aging Report* se utilizará por ASES para validar los criterios de *Not Hospital Based y Patient Volume*.

Los encuentros deben reportarse sin repetir, lo que quiere decir que el encuentro por paciente se contabilizará como uno independientemente de cuantos procedimientos o visitas haya realizado el paciente al proveedor en un período de 24 horas.

Los resultados serán provistos por ASES al proveedor para que éste pueda continuar su proceso de atestación de cumplir con el criterio de *patient volume*.

Metodología:

Para cumplir con el volumen de porcentaje de encuentros establecidos para la fase de AIU (*Adopted, Implemented or Upgrade*) el total de los encuentros se dividirá entre los encuentros Medicaid federales (categorías 100F y 110F) correspondientes al período de 90 días antes descrito.

La metodología establecida por CMS para identificar el cumplimiento con el *patient volume* es la siguiente:

Pediatras 20%, Médicos y Dentistas 30%: Para calcular el *Medicaid patient volume* de médicos, dentistas y pediatras tendrán que dividir el total de encuentros de pacientes Medicaid Federales para cualquier periodo representativo de 90 días entre el total de encuentros para ese mismo período de 90 días. Si atestó en el 2012 se utilizarán los encuentros del año calendario previo al año de la atestación. Si atestó en el 2013, se utilizarán los encuentros del año calendario previo al año de pago o los 12 meses que preceden la fecha de la atestación.

FQHCs (Federally Qualified Health Centers) 30%: Tendrán que dividir el total de encuentros de *needy individuals* (población Medicaid con código de cubierta 100 y 110) para cualquier periodo representativo de 90 días entre el total de encuentros para ese mismo período de 90 días. Si atestó en el 2012 se utilizarán

CARTA NORMATIVA 2013-06-06

6 de junio de 2013

Página -3-

los encuentros del año calendario previo al año de la atestación. Si atestó en el 2013, se utilizarán los encuentros del año calendario previo al año de pago o los 12 meses que preceden la fecha de la atestación.

Hospitales de Cuidado Agudo 10%: tienen que cumplir con una estadía promedio de 25 días o menos y contar con un CCN cuyos últimos cuatro dígitos correspondan a las series 0001- 0879 o 1300-1399. Aplica la anterior metodología para reportar los encuentros pero se reportan en el año fiscal correspondiente al hospital. Aplica la misma regla en cuanto al período de 90 días y los encuentros reportados al año que precede el año de pago o los doce meses previos a la fecha de atestación.

Hospitales de Niños 0%: CCN cuyo 4 últimos dígitos corresponden a las series 3300-3399; o que CMS les haya provisto un número temporero para propósitos de registrarse en el Programa de Incentivos EHR como Hospital Pediátrico y que predominante ofrezcan tratamiento a menores de 21 años. No tienen que cumplir con límite alguno de *patient volume*.

Como atestar bajo un Grupo Médico:

Todo médico perteneciente a un Grupo Médico tiene la opción de atestar bajo el Grupo, para cumplir con el criterio de *patient volume*. Al atestar bajo el Grupo se considerarán la totalidad de encuentros de todos los médicos participantes en el Grupo, incluyendo los encuentros de aquellos médicos en el Grupo no elegibles para el incentivo y los encuentros de aquellos que hayan optado por no participar del incentivo. El médico podrá optar por designar al Grupo como beneficiario o cualquiera otra persona o entidad a la que él desee beneficiar u optar por ser él el beneficiario.

De ser el Grupo Médico quien provea la herramienta de EHR al proveedor no implica que el proveedor tenga la obligación de asignar al grupo como beneficiario del incentivo. El proveedor es el único que puede decidir a quien desea beneficiar con el incentivo.

Al atestar como Grupo se requiere que se incluya en el SLR el roster (listado o registro) certificando todos los proveedores que componen el Grupo. Todos los proveedores en dicho listado deberán estar debidamente credencializados por la Aseguradora. El roster incluido por el proveedor en el SLR se validará contra la información que proviene de la Aseguradora. Aquellos proveedores no credencializados por la Aseguradora como parte del Grupo no aparecerán en el *Provider Master File* y el sistema del SLR no le permitirá continuar con la atestación. En esos casos, el proveedor deberá solicitarle al Grupo que actualice en la Aseguradora la información de sus proveedores en el Grupo.

Todo nuevo proveedor tendrá que ser debidamente credencializado por parte de la aseguradora. El tiempo que conlleva el proceso de la credencialización podría impedir que el proveedor pueda atestar en la misma fecha que el resto del Grupo. De ser así, podrá atestar a futuro utilizando la información de encuentros que radicó el resto del Grupo. Si al momento de usted poder atestar, su Grupo se encuentra en la etapa de *Meaningful Use (MU)*, usted podría atestar tanto para AIU como para MU y recibir ambos incentivos.

Un médico que forme parte de más de un grupo debe escoger con que grupo atestará y utilizará solamente los encuentros del Grupo con que seleccionó atestar. Si decide atestar de forma individual, podrá utilizar únicamente sus encuentros y no los encuentros del Grupo. En este caso, sí puede atestar utilizando sus encuentros de los distintos Grupos en los que preste servicios, siempre y cuando correspondan al mismo período de 90 días. Al atestar como individuo, siendo parte de un Grupo que atestó, descalificará al Grupo ya que no pueden utilizar sus encuentros por lo tanto, el resto del Grupo no podrá recibir su incentivo. El Grupo tampoco podrá utilizar sus encuentros y deberá cada integrante del Grupo atestar de forma individual utilizando sus encuentros particulares.

CARTA NORMATIVA 2013-06-06

6 de junio de 2013

Página -4-

Para no afectar al Grupo podría atestar de forma individual utilizando un período representativo de 90 días distinto al seleccionado por el Grupo. De incluir encuentros por servicios brindados en hospital o salas de emergencias, estos no podrán exceder de un 89% en lugares de servicio codificados con 21 (*inpatient*) y 23 (*emergency room*).

Toda información del proveedor como nombre, especialidad, NPI, TIN, dirección registrada en el *National Level Repository* (NLR) de CMS tiene que parrear con la información sometida en el *State Level Repository* (SLR). Es importante que los datos de encuentros correspondan al NPI y TIN del proveedor que atesta.

Validación de los datos:

La validación de los datos sometidos al SLR es una función administrada por Xerox. Los criterios de *Patient Volume* y *Not Hospital Based*, se validarán por ASES mediante certificación de las distintas Aseguradoras. Luego de ser validados los criterios en todas sus partes y ser recibido del SLR el *State Pay Form*, ASES se procede a solicitar a CMS la aprobación del pago. Una vez aprobado el pago Medicaid solicita la liberación de los fondos y transferecia a ASES para la emisión del incentivo. Este proceso estará sujeto a auditorias en su totalidad. De tener preguntas puede comunicarse con ASES a través del 1-800-981-2737.

Regional Extension Centers (REC)Escuela de Medicina de Ponce:

El REC es la entidad que tiene la responsabilidad de orientar y brindar todo el apoyo necesario a los proveedores y hospitales que voluntariamente atesten para recibir los incentivos de Medicaid para EHR. Ningún empleado o ex-empleado del REC puede brindar servicios a cambio de compensación alguna por estos servicios.

Los servicios ofrecidos por el REC son de forma gratuita a todo proveedor que así los requiera. El cobro de estos servicios por algún empleado activo del REC es una acción fraudulenta y podría conllevar sanciones. Solicitamos que reporte a ASES cualquier acercamiento realizado de esta manera. Debe anotar los datos de la persona que le ofrezca dichos servicios y debe informarlo a ASES inmediatamente a través del siguiente correo electrónico: Hitpip_helpdesk@asespr.org o a través del número de teléfono libre de cargos 1-800-981-2737. Solicite hablar con personal del Proyecto HITPIP o de Incentivos de Medicaid para Record Medico Electrónico. Personal adiestrado procederá con la investigación correspondiente.

Esta Carta Normativa será de inmediata efectividad y aplicabilidad.

Cordialmente,



Ricardo A. Rivera Cardona
Director Ejecutivo

Anexo: Forma EP-5-2013



**ELIGIBLE PROFESSIONALS PATIENT VOLUME CERTIFICATION
BY INSURANCE CARRIERS
ELECTRONIC HEALTH RECORD (EHR) INCENTIVE PROGRAM**

FORM: EP-5-2013

The Eligible Professionals Certification is required for incentive payment eligibility verification and will be used only for the Puerto Rico Medicaid Health Information Technology Provider Incentive Program (HITPIP).

The primary objective of the Patient Volume Certification is to assure that Electronic Health Records (EHR) Incentives are released according to Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) guidelines and regulations as per 42 CFR 495. Puerto Rico Health Insurance Administration (PRHIA) is monitoring and providing guidance for Professionals to comply with the eligibility requirements.

Section 1. To be completed by the attesting Professional.

Individual Professional Contact Information

First Name	M.I.	Last Name	Suffix	Physician Type
Taxonomy	TIN (Tax Identification Number)	NPI (National Provider Identifier)	Professional License Number	
Address 1		Address 2		
City	State	Zip Code	E-Mail	Phone Number

Section 2. To be completed by the attesting Professional.

INSTRUCTIONS

If you are attesting under a Group, please complete the following information and include the roster of the Group. If you are attesting within a Group the total encounters must pertain to the total providers under the Group. Please confirm your type of attestation with a check mark (✓): Group Individual. If you pertain to a Group but will attest as individual please make the check mark on the individual box and also provide the name of your Group or Groups that you pertain as a provider.

Name of the Group:	Encounters were performed only at FQHCs (330 Centers)
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Section 3. To be completed by the Carrier.

INSTRUCTIONS

(A roster must be included with this certification if the provider attest under a Group)

Please submit encounters data for a period of 90 continuous days for the calendar year preceding the incentive payment year or the preceding twelve months of the attestation date. The Federal Medicaid patient volume calculation as established by CMS is as follows:

- (i) The total Medicaid patient encounters in any representative, continuous 90-day period in the calendar year preceding the Eligible Professional payment year, or in the 12 months before the Eligible Professional's attestation; by
- (ii) The total patient encounters in the same 90-day period.

Only categories with coverage codes 100 and 110 are considered to be federal Medicaid. **Categories 230 (CHIP) only can be considered eligible when encounters are performed at FQHCs (330 Center). Encounters at FQHCs should be identified in the aging with the POS 50.**

CARRIER PATIENT VOLUME CERTIFICATION

Carrier	90 days Encounters Period (Start Date - End Date)	Total Encounters (Denominator)	Medicaid Federal Encounters (Numerator)	Medicare Platino Federal Encounters (Numerator)	FQHCs Needy Individuals Encounters (Numerator)

AGING REPORT

PAYER	PATIENT ID	COVERAGE CODE	DATE OF SERVICE	PLACE OF SERVICE	AMOUNT PAID
-------	------------	---------------	-----------------	------------------	-------------

By signing this form, I certify that the information related to the "Patient Encounters" provided is correct and valid. By this means, we commit to send all the supporting "Patient Encounters" information to ASES. All information must be submitted using the established format and according to the contract with ASES no later than 7 business days from the date of encounter's request.

Name	Position	Signature	Date

After completing the Certification, please send it to ASES at the following electronic address: Hitpip_helpdesk@asespr.org and also to the provider who requested it in order to complete the attestation process by the provider. In case you have any questions please contact ASES at 1-800-981-2737.

Section 3. For ASES/HITPIP use only:

Professional data submitted at SLR:				Date of submission at SLR:	
Reporting 90 days Period	Medicaid Federal Encounters	Medicare Platino Federal Encounters	FQHCs Federal Needy Individuals Encounters	Not Hospital Base Percentage	Patient Volume Percentage Verified by ASES
Process by:				Date:	