



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Administración de Seguros de Salud



Procedimiento para el Reembolso de Pagos por Servicios y/o Tratamientos de Remdesivir y/o Plasma Convaleciente

Procedimiento Operativo Estándar

Entidad Responsable: ASES

Versión 1.5
13 de noviembre de 2020



Aprobado por Director Ejecutivo / Fecha:  11/13/2020

I. Historial de Revisión del Documento

Numero de Versión	Fecha	Descripción
v 1.0	<30/10/20>	Primera versión publicada para revisión.
v.1.5	<13/11/20>	1.Se incluyó el requerimiento a Hospitales de la facturación sobre la administración de los tratamientos de Remdesivir y/o Plasma Convaleciente al MCO que administra la cubierta de beneficios del beneficiario del Plan Vital. 2.Se añade la codificación de tratamiento y administración de tratamiento para las facturas relacionadas de Remdesivir y/o Plasma Convaleciente.



II Tabla de Contenido

HISTORIAL DE REVISIÓN DEL DOCUMENTO	I
TABLA DE CONTENIDO	III
1. ACRÓNIMOS Y TÉRMINOS	1
2. BASE LEGAL	2
3. PROPÓSITO	2
4. ALCANCE	3
5. EFECTIVIDAD	3
6. PARTES RESPONSABLES	4
7. PROCEDIMIENTO PARA EL REEMBOLSO DE PAGOS POR SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS DE REMDESIVIR Y/O PLASMA CONVALECIENTE	4
8. DIAGRAMA DE FLUJO	12
9. SUBSISTEMAS INTERNOS DE LA ASES	13
10. CODIFICACIÓN ESTÁNDAR APLICABLE	13
11. REFERENCIAS	13
12. VIGENCIA	13



1. Acrónimos Y Términos

La siguiente tabla proporciona definiciones para los acrónimos y términos utilizados en este documento.

Tabla 1: Acrónimos Y Términos

Acrónimos	Definición
Actuario	Un profesional de la ciencia actuarial que se ocupa de las repercusiones financieras de riesgo e incertidumbre. Los actuarios proporcionan evaluaciones de expertos de sistemas de garantía financiera, con especial atención a su complejidad, sus matemáticas y sus mecanismos.
ASES	Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico.
Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS)	Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid es la agencia dentro del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU. Esta administra los principales programas de atención médica del país. El CMS supervisa programas que incluyen Medicare, Medicaid, el Programa de seguro médico para niños (CHIP) y los mercados de seguros médicos estatales y federales. CMS recopila y analiza datos, produce informes de investigación y trabaja para eliminar casos de fraude y abuso dentro del sistema de salud.
Enterprise Data Warehouse (EDW)	Es un sistema para recopilar y administrar datos de diversas fuentes para proporcionar información comercial significativa. Un almacén de datos generalmente se usa para conectar y analizar datos comerciales de fuentes heterogéneas.
Organización de Atención Administrada/ Managed Care Organization (MCO)	Una entidad que está organizada con el propósito de brindar atención médica y está autorizada como aseguradora por el Comisionado de Seguros de Puerto Rico, que contrata con la ASES para la prestación de Servicios y Beneficios Cubiertos en toda la Isla sobre la base de Pagos PMPM, bajo el programa del PSG.
Plan de Salud VITAL/ Plan de salud del Gobierno (PSG)	Es el plan de salud que el gobierno de Puerto Rico otorga a través de los fondos federales de Medicaid y fondos estatales.
Sistema de MIP	Módulo Cuenta a Pagar. Este módulo se registran las facturas para pago de Cuenta a Pagar, La información que se entrará en A/P Invoices Form es la siguiente: factura, fecha, cantidad, descripción, Vendor ID, entrar la transacción en débito y crédito entre otros.



Acrónimos	Definición
Procedimiento Operativo Estándar (SOP)	Conjunto de instrucciones que describe todos los pasos y actividades relevantes de un proceso o procedimiento.

2. Base Legal

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) han flexibilizado y promovido el acceso a los servicios y tratamientos disponibles para el COVID-19. Estos cambios en las políticas se basan en las flexibilidades reglamentarias concedidas en virtud de la declaración de emergencia. CMS está ampliando este beneficio de manera temporal y de emergencia bajo la autoridad de exención de 1135 y la Ley que permite una adecuada respuesta ante Coronavirus (COVID-19).

Por tanto, la Administración de Seguros de Salud (ASES) emite el siguiente procedimiento en virtud, de la aprobación de CMS (TN-20-0010) con efectividad al 1ero de octubre de 2020. CMS aprobó la enmienda al Plan Estatal (SPA, con sus siglas en inglés), proceso mediante el cual se incluye en la cubierta de beneficiarios al Plan de Salud del Gobierno (PSG), "Plan Vital" el tratamiento para el COVID-19 de Remdesivir y Plasma Convaleciente.

3. Propósito

En respuesta a la pandemia de COVID-19, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han aprobado la introducción o infusión de terapias, incluido el **Remdesivir** y el **Plasma Convaleciente**.

El SPA aprobado por CMS, presentado por la Oficina del Programa de Medicaid PR, establece que los costos asociados al tratamiento de Remdesivir y/o Plasma Convalecientes están excluidos del Pago Prima Mensual de las Organizaciones de Salud (MCO, con sus siglas en inglés). La metodología de Pago es basada en reembolso. Esta determinación fue sustentada, dado los cambios constantes en las



Guías Clínicas y el Tratamiento Novel son elementos que impactan la proyección de costos.

Basado en lo anterior la ASES ha establecido el procedimiento operacional que permita el reembolso a los MCOs por los tratamientos de referencia. Además de mantener la documentación necesaria de forma correcta y auditable de dichos reembolsos.

El propósito de este procedimiento es establecer y proveer las guías al personal del Departamento de Sistemas de Información de la ASES que realizan las entradas de datos automatizada y certificaciones necesarias para la ejecución del pago por reembolso de reclamaciones sobre tratamientos de Remdesivir y/o Plasma Convaleciente a los MCOs, llevando a cabo los controles fiscales de rigor que demanda las regulaciones Estatales y Federales vigentes.

4. Alcance

Este Procedimiento aplica para que se establezcan los controles necesarios y se proceda a efectuar correctamente los desembolsos y notificaciones del pago de las reclamaciones, presentadas por las MCOs, en cumplimiento de todas las legislaciones Estatales y Federales aplicables.

5. Efectividad

Tratamientos y/o servicios prestados a beneficiarios del Plan Vital desde el 1ero de octubre de 2020.



6. Partes Responsables

Las siguientes partes son responsables de la ejecución de este Procedimiento.

1. Departamento de Planificación de la ASES
2. Oficina de Cumplimiento de la ASES
3. Departamento de Sistema de Información de la ASES
4. Departamento de Finanzas de la ASES
5. Organizaciones de Salud (MCO, con sus siglas en ingles contratadas para Plan Vital)

7. Procedimiento para el Reembolso de Pagos por Servicios y/o Tratamientos de Remdesivir y/o Plasma Convaleciente

Los hospitales deberán facturar a los MCOs, según el tratamiento utilizado (Remdesivir / Plasma), al igual que la administración de dicho tratamiento a los beneficiarios del Plan Vital a través del formulario CMS-1450 (UB-04). La facturación del tratamiento y su administración debe realizarse separado de otros servicios prestados (unbundle) a los MCOs. Estos servicios/tratamientos son considerados fuera del alcance de Perdiem y/o alguna otra modalidad de contratación entre el MCO y el hospital. Los MCOs recibirán las facturas de estos servicios/tratamientos y realizarán el pago según las tarifas determinadas por la ASES.

Por consiguiente, la facturación por estos servicios debe realizarse en una línea separada utilizando la siguiente codificación:



Remdisivir

Administración del Tratamiento

Name	Description	Validation Rules	REIMBURSMENTS CODIFICATION	
			Values	Description
Bill Type	Originating bill type – U=UB-04 / Institutional H=HCFA/CMS1500 / Individual / Professional P=Pharmacy Claim D=Dental Claim	Required Must equal "U", "H", "P" or "D".	U	UB-04 / Institutional
UB Type of Bill	Type of Bill on the UB claim form. The type of bill encodes facility type, bill classification, and description.	Required for all claims submitted on Uniform Bill (UB) claim form. When present, must be one of the standard three digit codes as described in the National Uniform Billing Committee (NUBC) UB-04 data specifications manual.	11X	Hospital Inpatient
Procedure Code	For non-Pharmacy Standard procedure code conforming to HCPCS/CPT or HCSPC/CDT as appropriate	For claims from CMS1500 / UB-04, when present must be a HCPCS/CPT code. For Dental claims must be a valid dental HCPCS/CDT code. For Pharmacy claims this must be all blanks.		
Primary ICD Diagnosis code	Non-Pharmacy/Dental ICD diagnosis code.	Not required for Pharmacy and Dental claims. Must be a valid ICD/DSM IV code without any decimal points. Diagnosis codes must be carried to their highest degree of detail. Left justified, blank filled.	U071	Covid19
Primary ICD Procedure code to Sixth ICD Procedure code	Non-Pharmacy/Dental ICD-10 Surgical Procedure Code (Principal Surgery)	Not required for Pharmacy and Dental claims. If provided, must be a valid ICD10-CM procedure code without any decimal points.	XW033E5	Introduction of Remdesivir Anti-infective into Peripheral Vein, Percutaneous Approach, New Technology Group 5
			XW043E5	Introduction of Remdesivir Anti-infective into Central Vein, Percutaneous Approach, New Technology Group 5
Claim Type	Claim Type: I=Inpatient O=Outpatient P=Professional	Required for all medical claims. For Rx and Dental claims, this field can be left blank. Must equal "I", "O" or "P" if populated.	I	Inpatient
Units of Service	Number of occurrences of service	When present must be a number		



Tratamiento

Name	Description	Validation Rules	Values	Description
Bill Type	Originating bill type – U=UB-04 / Institutional H=HCFA/CMS1500 / Individual / Professional P=Pharmacy Claim D=Dental Claim	Required Must equal "U", "H", "P" or "D".	U	UB-04 / Institutional
UB Type of Bill	Type of Bill on the UB claim form. The type of bill encodes facility type, bill classification, and description.	Required for all claims submitted on Uniform Bill (UB) claim form. When present, must be one of the standard three digit codes as described in the National Uniform Billing Committee (NUBC) UB-04 data specifications manual.	11X	Hospital Inpatient
Procedure Code	For non-Pharmacy Standard procedure code conforming to HCPCS/CPT or HCSPC/CDT as appropriate	For claims from CMS1500 / UB-04, when present must be a HCPCS/CPT code. For Dental claims must be a valid dental HCPCS/CDT code. For Pharmacy claims this must be all blanks.	C9399	Unclassified drug or biological
Bill Type	For UB-04 Claims NUBC Revenue Code	Required for UB-04 claims. When present it must be a valid Revenue code. Must be zero filled to the left.	0250	Pharmacy General Classification
National Drug Code	For Pharmacy only. National Drug Code value for prescribed drug in 5 4 2 format	Required on Pharmacy claims. Must be a valid NDC code in 5 4 2 format filling all 11 bytes. For non-Pharmacy claims must be blank.	61958290101 61958290202	Injection, Powder, Lyophilized, For Solution Injection
Primary ICD Diagnosis code	Non-Pharmacy/Dental ICD diagnosis code.	Not required for Pharmacy and Dental claims. Must be a valid ICD/DSM IV code without any decimal points. Diagnosis codes must be carried to their highest degree of detail. Left justified, blank filled.	U071	Covid19
Claim Type	Claim Type: I=Inpatient O=Outpatient P=Professional	Required for all medical claims. For Rx and Dental claims, this field can be left blank. Must equal "I", "O" or "P" if populated.	I	Inpatient
Units of Service	Number of occurrences of service	When present must be a number		



Plasma Convaleciente

Administración del Tratamiento

Name	Description	Validation Rules	REIMBURSEMENTS CODIFICATION	
			Values	Description
Bill Type	Originating bill type – U=UB-04 / Institutional H=HCFA/CMS1500 / Individual / Professional P=Pharmacy Claim D=Dental Claim	Required Must equal "U", "H", "P" or "D".	U	UB-04 / Institutional
UB Type of Bill	Type of Bill on the UB claim form. The type of bill encodes facility type, bill classification, and description.	Required for all claims submitted on Uniform Bill (UB) claim form. When present, must be one of the standard three digit codes as described in the National Uniform Billing Committee (NUBC) UB-04 data specifications manual.	11X	Hospital Inpatient
Procedure Code	For non-Pharmacy Standard procedure code conforming to HCPCS/CPT or HCSPC/CDT as appropriate	For claims from CMS1500 / UB-04, when present must be a HCPCS/CPT code. For Dental claims must be a valid dental HCPCS/CDT code. For Pharmacy claims this must be all blanks. Required for UB-04 claims.	P9099	Blood component or product not otherwise classified
Revenue Code	For UB-04 Claims NUBC Revenue Code	When present it must be a valid Revenue code. Must be zero filled to the left.	0383	Blood Components - Plasma
Primary ICD Diagnosis code	Non-Pharmacy/Dental ICD diagnosis code.	Not required for Pharmacy and Dental claims. Must be a valid ICD/DSM IV code without any decimal points. Diagnosis codes must be carried to their highest degree of detail. Left justified, blank filled. Required for all medical claims.	U071	Covid19
Claim Type	Claim Type: I=Inpatient O=Outpatient P=Profe	For Rx and Dental claims, this field can be left blank. Must equal "I", "O" or "P" if populated.	I	Inpatient
Units of Service	Number of occurrences of service	When present must be a number		
First Occurrence Code	A code to describe specific event(s) relating to this billing period. These fields can be used for either occurrences or occurrence spans. Must be a valid code. See NUBC manual for specific codes. Must be right justified, zero filled.	Should be supplied when available for all claims submitted on Uniform Bill (UB) claim. Occurrence codes are two alpha-numeric digits. For claims without occurrence code, this field must be left blank.	DR	Disaster Related



Tratamiento

Name	Description	Validation Rules	Values	Description
Bill Type	Originating bill type – U=UB-04 / Institutional H=HCFA/CMS 1500 / Individual / Professional P=Pharmacy Claim D=Dental Claim	Required Must equal "U", "H", "P" or "D".	U	UB-04 / Institutional
UB Type of Bill	Type of Bill on the UB claim form. The type of bill encodes facility type, bill classification, and description.	Required for all claims submitted on Uniform Bill (UB) claim form. When present, must be one of the standard three digit codes	11X	View Ref
Procedure Code	For non-Pharmacy Standard procedure code conforming to HCPCS/CPT or HCSPG/CDT as appropriate	For claims from CMS 1500 / UB-04, when present must be a HCPCS/CPT code. For Dental claims must be a valid dental HCPCS/CDT code.	P9099	Blood component or product not otherwise classified
Revenue Code	For UB-04 Claims NUBC Revenue Code	Required for UB-04 claims. When present it must be a valid Revenue code. Must be zero filled to the left.	0383	Blood Components - Plasma
Primary ICD Diagnosis code	Non-Pharmacy/Dental ICD diagnosis code.	Not required for Pharmacy and Dental claims. Must be a valid ICD/DSM IV code without any decimal points.	U071	Covid19
Claim Type	Claim Type: I=Inpatient O=Outpatient P=Profe	Required for all medical claims. For Rx and Dental claims, thi	I	Inpatient
Units of Service	Number of occurrences of service	When present must be a number		
First Occurrence Code	A code to describe specific event(s) relating to this billing period. These fields can be used for either occurrences or occurrence spans. Must be a valid code. See NUBC manual for specific codes. Must be right justified, zero filled.	Should be supplied when available for all claims submitted on Uniform Bill (UB) claim. Occurrence codes are two alpha-numeric digits. For claims without occurrence code, this field must be left blank.	DR	Disaster Related

El MCO procesará la factura y emitirá el pago correspondiente consono al volumen de servicios y tarifa establecida, e itinerario de pagos. No se aplicará copagos o deducibles.

Posterior al pago emitido por el MCO a los hospitales, el MCO debe reportar estas transacciones de pago a la ASES mediante el requerimiento contractual denominado .CLM.

Las reclamaciones a ser evaluadas por la ASES serán aquellas recibidas en los archivos .CLM que envían las aseguradoras en o antes de los días 15 de cada mes. La ASES procesara el pago en el mes subsiguiente luego de recibido las transacciones emitidas en .CLM.



La ASES ejecutará una serie de validaciones para identificar las reclamaciones que son aptas para realizar un reembolso de parte de la ASES a los MCOs relacionadas a las reclamaciones de los tratamientos de Remdesivir y /o Plasma Convaleciente.

El personal de Finanzas tendrá un módulo en la aplicación EDW donde podrá manejar todos los meses el reembolso correspondiente a los MCOs basados en los pagos reportados por los tratamientos de referencia según las reclamaciones recibidas por la ASES en los archivos .CLM.

Luego del 15 de cada mes el Departamento de Finanzas procederá a comenzar con el proceso de identificar y validar las reclamaciones relacionadas al COVID-19 por medio del Módulo COVID-19 en el EDW.

El procedimiento a seguir para lograr el objetivo antes descrito será el siguiente:

1) La ASES realizara la siguiente validación para cada una de las transacciones recibidas por tratamientos y/o servicios de Remdesivir y/o Plasma Convalecientes.

Utilizando la base de datos del EDW, se seleccionarán las reclamaciones con los siguientes criterios de validación:

- A. Carrier contratados para PSG o Plan Vital. (Se incluyen los Medicare Advantage Organizations (MAOs contratadas para la cubierta de Medicare Platino)
- B. Servicios Prestados a los beneficiarios del Plan Vital a la fecha del servicio.
- C. Facturas no duplicadas (MIP- Fecha de servicio -desde -hasta).
- D. Identificadas como pagadas por el MCO
- E. Identificadas como Hospital/Inpatient
- F. Fecha de servicio (from date) de 1 de octubre 2020 en adelante
- G. Validación de transacciones por las cuales la ASES haya emitido un reembolso.
- H. Códigos del tratamiento:



- i. Remdesevir
- ii. Plasma Convaleciente

2) El MCO incluirá en la certificación mensual requerida .clm la cantidad de pagos emitidos por los tratamientos de referencia. El Departamento de Sistemas de ASES recibirá esta Certificación y será compartida con el Departamento de Finanzas de la ASES. El informe generado por el Departamento de Sistemas de la ASES deberá coincidir con las cantidades presentadas por cada MCO en dicha certificación.

3) El Departamento de Sistemas/ ASES generará un reporte y un archivo para Finanzas con el resumen por MCO y por cubierta (Medicaid, CHIP, Estatal) de los totales de costos y reclamaciones que cumplieron con los criterios establecidos.

4) La ASES ejecutará una serie de validaciones en las reclamaciones identificadas: duplicidad /fechas de servicios/ beneficiarios del Plan Vital.

5) Al recibo de una Certificación, por parte de Sistemas de Información a Finanzas, que los reembolsos y transacciones han sido validadas, Finanzas/ASES procederá con los pagos correspondientes a cada MCO.

6) Se generará un reporte para cada MCO con las reclamaciones que cumplieron con todos los criterios de validación, detallando el pago para el reembolso.

7) La ASES generará un reporte para las aseguradoras con las reclamaciones que no cumplieron con el criterio de validación explicativa.



Diagrama General del Proceso de Reembolso

PASO 1: Pagos por tratamiento de COVID19

PASO 2: Reembolso Mensual



- El Hospital envía reclamaciones al MCO utilizando la **codificación** correspondiente para tratamiento de COVID19.
- EL MCO realiza el proceso de adjudicación y pago de estas reclamaciones

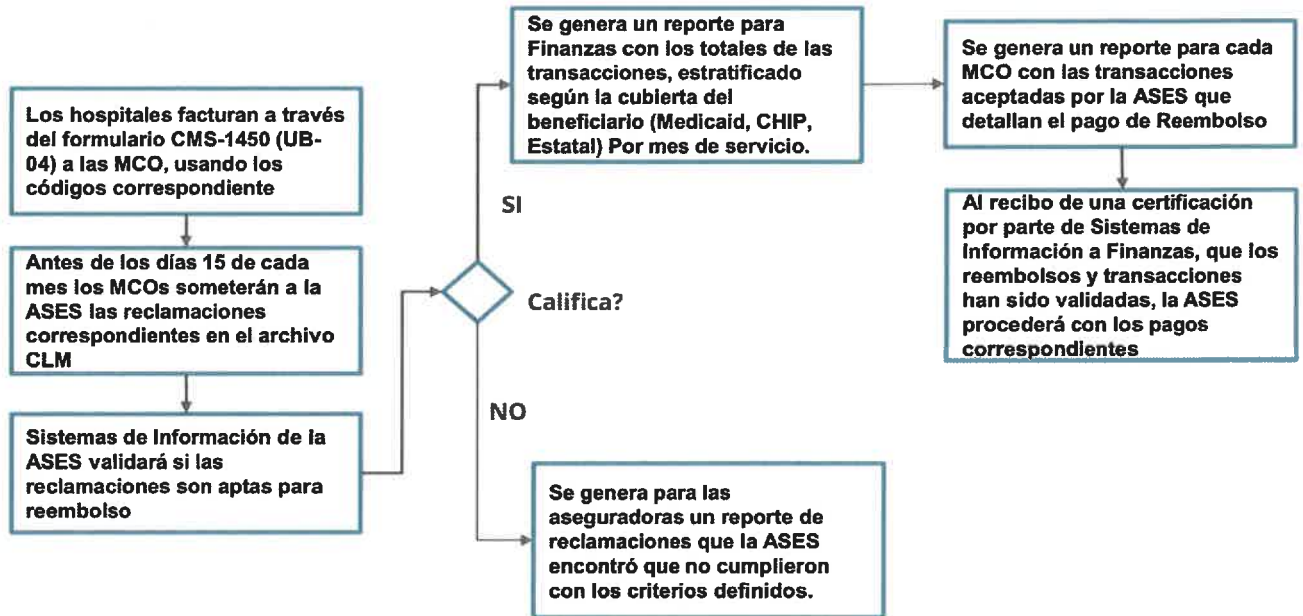
- El MCO envía, en o antes del 15 de cada mes, el File CLM
- ASES identifica las transacciones que califican para reembolso (Remdesivir y/o Convalescent Plasma).
- ASES realiza el pago del reembolso y envía file de explicación de pago.

Reclamaciones o transacciones enviadas por los MCOs que no cumplen con los criterios establecidos

- 1) Se generará para a los MCOs un reporte de reclamaciones o transacciones que la ASES juzgó que no se cumplió con los criterios definidos y por tanto no fueron consideradas en el cálculo del reembolso. Para cada transacción habrá una nota que explicará el criterio que no cumplió y por tanto se excluyó del proceso de cálculo del reembolso.
- 2) De ser corregida las transacciones que no fueron consideradas en el calculo de reembolso, MCO deberá re-someterla en el próximo .CLM con estatus de ajustes.
- 3) Al recibo de la transacciones corregidas enviada por el MCO y el informe generado para reembolso por el Departamento de Sistema de la ASES, el Departamento de Finanzas/ASES procederá con los pagos correspondientes a cada MCO.

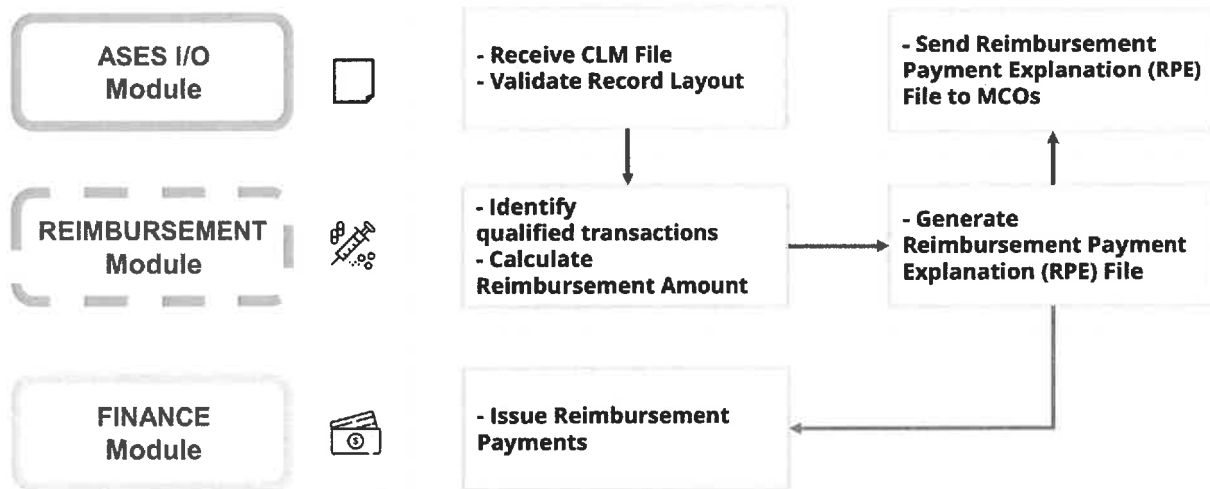


8. Diagrama de Flujo





9.Subsistemas Internos en la ASES



10.Codificación Estándar Aplicable

La Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión Sistema de codificación de procedimientos (ICD-10-PCS), vigente desde el 1 de agosto de 2020.

11.Referencias

Las siguientes referencias se utilizarán para ejecutar este procedimiento.

- Leyes Federales aplicables
- Leyes de Puerto Rico, aplicables
- Políticas de pago y manejo de información especificadas de la ASES.

12.Vigencia

Las disposiciones de este Procedimiento entran en vigor inmediatamente desde la fecha de su aprobación.