



LA LEY 138 DE 2020 – Impacto en el Proceso de Facturación

Este artículo proviene de distintas fuentes de información. Las referencias fueron incluidas.

Recientemente, el gobierno de Puerto Rico firmó la Ley 138 de 2020 la cual entró en vigor el 1ro. de diciembre de 2020. Esta ley pretende regular la relación entre las aseguradoras y el médico u otros proveedores de servicios de salud.

Esta ley sustituye la Ley 150 de 2011 conocida como Ley de Pago Puntual de Reclamaciones de Servicios de Salud.

¿Qué cambios trae esta ley?

La ley 138 establece que una aseguradora tendrá un periodo de 30 días a partir del recibo de la reclamación para realizar el pago al proveedor por una factura considerada como "factura limpia".

No obstante, la ley introdujo importantes enmiendas para estandarizar el concepto de "factura limpia o clean claim" que son obligatorias y vinculantes en todo contrato establecido entre un proveedor y una aseguradora. Las definiciones estándares establecen términos precisos y claros sobre el contenido mínimo de una factura limpia.

La ley incluyó además guías específicas para los reglamentos que se crean para la revisión de la utilización de los servicios médicos-hospitalarios sean altamente precisos y eficientes (referencia: www.microjuris.com).

Los 30 días establecidos por ley aplican al pago de las facturas limpias como las facturas no procesables para pago. La aseguradora tiene que responder con el pago o con la notificación de rechazo dentro del periodo establecido. En adición, la ley prohíbe que la aseguradora clasifique una factura limpia como "adjudicada" dentro del periodo de los 30 días y no emita el pago dentro del mismo periodo establecido. En resumen, no basta con adjudicar una factura, también tiene que pagarla.

La ley incluye otras enmiendas importantes entre ellas la obligación de las aseguradoras de proveer los medios necesarios para evitar que la revisión de utilización tarde más de 48 horas luego de ofrecido el servicio al paciente.

Otras enmiendas:

- Los hospitales deben culminar la revisión concurrente del expediente del paciente en la misma fecha de alta.
- Prohíbe que más del 25% de la revisión de utilización hospitalaria corresponda a revisión retrospectiva.
- Prohíbe que las guías de revisión clínica establecidas dentro de los estándares reconocidos por la comunidad médica para el proceso de revisión de utilización no sean sustituidas por la discreción médica.
- Establece que la Telemedicina o Telesalud en Puerto Rico será considerada como una consulta presencial para propósitos de facturación.

Definición de Factura Limpia según la ley:

i) Factura limpia (clean claim): es aquella que no tiene ningún defecto, impropiedad o circunstancia especial, como, por ejemplo, la falta de documentación necesaria que atrasa el pago a tiempo de la misma. Un proveedor participante someterá una reclamación limpia, proveyendo la data requerida en formas estándares de reclamación, diseñadas para estos propósitos por el Centro para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), y donde se adjunta cualquier información, evidencia de servicio o revisiones que el proveedor tenga conocimiento. Las reclamaciones de servicios de hospitalización y servicios de facilidades hospitalarias se presentan en el formulario CMS-1450 (UB-04) y las reclamaciones por servicios médicos y profesionales individuales se someten en el formulario CMS-1500. Mientras que las reclamaciones por servicios dentales se presentarán haciendo uso del formulario J515 aprobado por la *American Dental Association* (ADA). De igual forma, un Asegurador u Organización de Servicios de Salud, incluyendo las aseguradoras participantes del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, deberán reconocer, en todo momento, la factura de consultas por telemedicina como si fueran consultas presenciales y pagarlas como tal. Para que una reclamación se considere limpia debe cumplir con todos los elementos requeridos por el Centro para servicios de Medicare y Medicaid (CMS) o con la *American Dental Association* (ADA), según corresponda. Solo mediante contrato, un Asegurador u Organización de Servicios de Salud puede exigir documentación adicional para ser incluida en la factura de servicio y esta documentación tiene que ser específica y haber sido anunciado por adelantado. En ninguna circunstancia un Asegurador u Organización de Servicios de Salud debe exigir documentación que frustre los propósitos e intención de esta Ley.

Revise la ley completa aquí: <http://www.lexjuris.com/lexlex/Leyes2020/lex12020138.htm>

Referencia:

Enmiendas establecidas - Código de Seguros de Salud y Ley para Establecer la Política Pública del ELA Relacionada con la Interpretación de las Disposiciones del Código de Seguros de Salud y Emitir Prohibiciones.

www.microjuris.com

www.lexjuris.com



ONDEFACT