

# EL FACTURADOR



Asociación de Facturadores Médicos de Puerto Rico

Edición 1 de septiembre de 2019. (787) 251.7723. (787) 635.7723. [servicio@afamep.org](mailto:servicio@afamep.org)

ASOCIACIÓN DE FACTURADORES  
MÉDICOS DE PUERTO RICO, INC.



## Visítanos:

Página: [www.afamep.org](http://www.afamep.org)

Blog: <http://actividadesafamep.blogia.com>

Calle Dr. Ferrer 4, Bayamón, Puerto Rico 00960

## ¿Está usted usando el MBI?

First Coast Service Options (First Coast), su contratista administrativo de Medicare para Florida, Puerto Rico, e Islas Vírgenes de EU, le envía este recordatorio importante sobre la transición al Identificador de Beneficiario de Medicare o MBI, ya que se acerca la fecha límite al 31 de diciembre de 2019.

Comenzado el 1 de enero de 2020, todos los proveedores deben usar el MBI en sus reclamaciones de Medicare. Las reclamaciones enviadas con el *Health Insurance Claim Number* (HICN), con algunas excepciones, serán rechazadas. FCSO quiere ayudarle a hacer las preparaciones finales para evitar impactos a sus pagos.

Adjunto la circular “**Cuenta regresiva a la fecha límite del MBI**”. En la misma encontrará información sobre cómo obtener el MBI y algunos consejos como advertencia para evitar posibles impactos en sus reclamaciones. Para obtener la circular oprima aquí: [CIRCULAR](#)

Para asistir a la comunidad de proveedores, FSCO está ofreciendo múltiples *webinars* de corta duración para ayudar con la transición al MBI. Favor de verificar nuestro [calendario de eventos](#) en el sitio web de First Coast para las fechas y horario.

## Medical Billing Expo 2020

¡Regresa a Dorado, Puerto Rico!  
Viernes 21 de febrero de 2020

100 % Coding



- **Educativas exclusivas para Facturadores, Codificadores y Auditores**
- **Horas / Créditos para las distintas profesiones relacionadas**
- **Conferenciantes reconocidos en la Industria por su trayectoria y experiencia**
- **Exhibidores, Sorteos, Meriendas, Almuerzo, Música y más...**

¡En febrero tu ruta es para Medical Billing Expo 2020! Solicita información en nuestro exhibidor, en la recepción, escribiendo a: [medicalbillingexpo@gmail.com](mailto:medicalbillingexpo@gmail.com)  
(939) 232-5545. (787) 251-7723

Invitan:



## ¡Tome Nota! ACTUALIZACIONES ICD-10 PARA 2020

Durante un proceso de adiestramientos internos, el Dr. Armando Ortiz, Presidente de AFAMEP enfatizó sobre la importancia de mantenerse actualizado especialmente en todo lo relacionado con la documentación y la codificación clínica (ICD-10). Advirtió que conforme a la regla establecida para el sistema de pago prospectivo o IPPS, publicada el 23 de abril de 2019, se esperan 273 códigos nuevos para 2020. De igual manera, explicó el doctor Ortiz, que 21 códigos serán eliminados y en adición se revisarán 30 títulos de códigos. Conforme a la norma propuesta, casi 1500 cambios en la complicación o comorbilidad (CC/MMC).

La codificación ICD-10 CM presentará 5 códigos nuevos en el capítulo 3 (Enfermedades de la Sangre y sus órganos relacionados), 1 cambio en el capítulo 8 (Enfermedades del oído), en adición se esperan 30 códigos nuevos para las enfermedades del sistema circulatorio, 25 para las enfermedades de la piel, 3 para el sistema genitourinario, 31 para malformaciones genéticas, 3 para el capítulo 18 de signos y síntomas, 87 para las lesiones, intoxicaciones y otras consecuencias de causas externas, 75 para el capítulo 20 (causas externas de morbilidad) y 13 códigos nuevos para los factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios de salud (capítulo 21).

Por ejemplo, en el capítulo 9 (Enfermedades del Sistema Circulatorio) hay cuatro nuevos códigos de fibrilación articular y dos códigos existentes (I48.1 / I48.2) se han eliminado. Los nuevos códigos informados son: 11, fibrilación auricular persistente de larga duración, 19, otras fibrilaciones auriculares persistentes, 20, fibrilación auricular crónica, no especificada, 21, fibrilación auricular permanente.

Como comentario final, el doctor Ortiz advirtió que pronto otros importantes cambios se estarán informando para la codificación 2020. Dijo, "No bajen la guardia", "No esperen hasta octubre".

## ¡De camino el ICD-11!

**¡MUY CERCA EL ICD-11!** Así informó la Organización Mundial de la Salud (WHO)

Tarde o temprano ICD-11 será lanzado, y parece que será más temprano que tarde. La OMS publicó la noticia el 18 de junio de 2018. La Organización Mundial de la Salud declaró que "ICD-11 se presentará en la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2019 para su aprobación por los Estados Miembros, y entrará en vigor el 1 de enero de 2022.

Esta publicación es un avance que le permitirá a los países interesados a planificar e implementar el uso de la nueva versión, preparar traducciones y capacitar a profesionales de la salud.

La Dra. Lubna Alansari, Directora General Adjunta de la OMS para Métricas y Mediciones de Salud, dice: "ICD es una piedra angular de la información de salud y ICD-11 ofrecerá una visión actualizada de los patrones de la enfermedad". Habrá algunos cambios. Por ejemplo, no habrá una "I" alfa que estamos acostumbrados a ver en la ICD-10 para cardiología y la letra "O" ya no se utilizará para los códigos de obstetricia.

Artículo completo oprimiendo aquí:

<https://www.findacode.com/articles/who-said-icd-11-is-coming-soon-34055.html>

Puedes revisar un modelo de la nueva versión propuesta de ICD-11 aquí: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

## ¿Las certificaciones profesionales son obligatorias?

Aviso: El artículo a continuación está basado en mis experiencias, conocimientos y opiniones.

Buscar, mantener o subir de nivel en un empleo se ha convertido en un verdadero reto en Puerto Rico, Estados Unidos y otras partes del mundo. No basta con tener un alto nivel de preparación académica o algún conocimiento técnico de alta demanda. Tampoco es suficiente conocer o hablar dos idiomas, preferiblemente el español y el inglés. Aunque todas las destrezas mencionadas anteriormente son relevantes y suman grandes oportunidades, tanto las competencias profesionales y las técnicas han tomado un giro hacia la especialidad, la consultoría y el prestigio. De las tres, posiblemente el prestigio es la pieza más atractiva en el tablero de las competencias y las oportunidades.

Para adquirir una especialidad, subir al nivel de consultor o lograr el prestigio, la mayoría de las organizaciones y asociaciones que agrupan gremios técnicos y profesionales han creado ciertos instrumentos para medir las capacidades de sus asociados dentro de las expectativas de las diferentes industrias. Estos instrumentos que tradicionalmente le llaman "certificaciones" pueden tener distintos requisitos dependiendo de la organización que los promueva. Algunos requisitos son: conocimientos previos, experiencia en la industria, recomendaciones, certificados de antecedentes penales negativos y en la mayoría de los casos, se exige la aprobación de un examen para obtener la certificación. No obstante, el valor profesional o prestigio de la certificación depende principalmente del reconocimiento que posea la entidad que la promueve. (ver artículo completo oprimiendo aquí: <http://afamep.blogspot.es/1554578683/certificaciones-profesionales-mitos-y-realidades/>)

## “RCM” – Revenue Cycle Management

Mitos y Realidades Información recopilada y adaptada de distintas fuentes

Algunas personas o empresas dedicadas a vender servicios electrónicos o servicios de consultoría, auditoría o cumplimiento indican que el RCM sustituirá la facturación tradicional por procesos de alta tecnología. Otros alegan que no existe una sustitución, simplemente es una cuestión de transformación.

Adicional a su interés en vender sus productos y servicios, estas empresas afirman que la tecnología que acompaña el RCM es un sistema milagroso que acabaría con los errores y las pérdidas en la captación de los ingresos por facturación y cobros privados.

### ¿Mitos o Realidades?

La Industria de los servicios de salud ha sufrido grandes transformaciones a través del tiempo. Debido a las leyes federales y de Puerto Rico, los cambios tecnológicos y otros elementos relacionados con el servicio al paciente, los seguros médicos y directamente con los proveedores, se han considerado alternativas para agilizar los procedimientos específicamente en áreas de alto interés como la facturación y la codificación de los diagnósticos y procedimientos clínicos. Hasta el momento ninguno de los componentes claves de la industria se ha expresado con relación al RCM y la desaparición del facturador. Los seguros de salud, los proveedores, la tecnología, la contabilidad-auditoria, el codificador y el facturador siguen siendo parte integrante del sistema. De hecho, hay proveedores que afirman su interés en mantener una relación de negocios con el facturador independientemente las alternativas existentes.

Por distintas razones, la creación de algunas leyes como HIPAA en el 1996 dio paso para la creación del nuevo estilo de “pánico”. Médicos y proveedores en general fueron víctimas del miedo para venderles servicios, documentos, carpetas y otros servicios bajo la expectativa del “cumplimiento federal”. Esa modalidad aún persiste. Se ha comentado que empresas de facturación, médicos y administradores de facilidades de salud han sido bombardeados con la famosa palabra “incumplimiento” e inclusive con advertencias de posibles multas, cárcel o referidos a agencias como CMS, OIG y otras por “actividades no adecuadas” en las oficinas médicas y otros lugares donde se ofrecen servicios de salud. ¿Será RCM el nuevo “cuco” para los médicos? ¿Será RCM el modelo de éxito financiero que toda la Industria espera?

### ¿Qué es RCM- “Revenue Cycle Management”

Este concepto parece una novedad. En realidad, no lo es. “RCM” en términos gramaticales significa: “administrar un ciclo financiero o de ganancias”. Ya sea una actividad eficiente o deficiente, el RCM es común y rutinario dentro de la industria. Las oficinas médicas tienen y manejan un ciclo de facturación y colectan sus ingresos ya sea de forma manual o utilizando sistemas electrónicos. Conforme a los artículos publicados por algunas empresas de tecnología en los Estados Unidos el “RCM” es un proceso que comienza desde la recepción de servicio y concluye con un proceso de auto análisis o “auditoría”. La revisión de este ciclo incluye la identificación de los errores y las fallas que permiten la pérdida de ingresos y la pobre captación ya sea a través de las reclamaciones a las aseguradoras o a través de facturación privada. Algunos de los fallos que mencionan los expertos son: 1) supervisión limitada del personal de recepción, 2) pobre seguimiento al paciente, poca promoción de los servicios disponibles para éste, no se provoca la motivación necesaria para mantener su asistencia constante, manejo deficiente de la documentación, referidos y actualización de casos, 3) severos problemas de codificación, 4) desconocimiento sobre el flujo de las facturas, recobros, apelaciones y políticas de pago, 5) poca información y educación al paciente, 6) informes en atrasos, no presentados o escasos en su contenido, 7) notas de progreso y documentación médica con poca información, 8) un sistema de auditoria inexistente, 9) no existe un sistema de contabilidad o utilización sistemas incompletos, 10) poca o ninguna tecnología (sistemática o autónoma). No se trata de inventar. Se trata de mejorar la estructura existente y añadir o mejorar los procesos y la tecnología que sea necesaria. No obstante, el RCM no se empeña en eliminar a nadie sino en aumentar la eficiencia. ¡Claro, puede ser que a alguna persona o negocio en particular le convenga que el facturador desaparezca por aquello de la competencia! Pero, ese cuestionamiento quedaría como una simple especulación.

Para propósitos administrativos, el “RCM” es el proceso financiero, que utiliza alta tecnología para administrar eficientemente el proceso de facturación médica. Esta tecnología es utilizada por las instituciones y proveedores para monitorear los servicios que le ofrecen al paciente desde la programación de citas y el registro hasta el pago final de la reclamación o deuda pendiente.

## “RCM” – Revenue Cycle Management (cont.)

Mitos y Realidades Información recopilada y adaptada de distintas fuentes

### ¿Cómo funciona RCM?

RCM unifica los aspectos comerciales y clínicos del servicio al paciente mediante el acoplamiento de los datos administrativos, como: el nombre del paciente, el proveedor de seguros y otra información personal, con el tratamiento que recibe un paciente y sus datos. La comunicación con las compañías de seguros de salud es un componente clave de RCM. Cuando un paciente programa una cita, el consultorio del médico o el personal del hospital generalmente verifica la cobertura del seguro informada por el paciente antes de la visita. Después de que un paciente asegurado recibe tratamiento para una afección dada y proporciona cualquier copago aplicable, el personal de la oficina médica o codificador clasifica la naturaleza del tratamiento según los códigos ICD-10. Luego, el hospital o centro de servicio envía la documentación aplicable y los requisitos de pago con los códigos ICD a través de la tecnología autónoma hacia la compañía de seguros. El sistema integrado discrimina con el pago y determina de forma rápida y precisa la parte que le corresponde pagar al paciente y la parte que le corresponde pagar a la compañía de seguros.

### Ciclo de ingresos

El ciclo de ingresos incluye todas las funciones administrativas y clínicas que contribuyen a la captación, trámite y recaudación de los ingresos por servicios para pacientes, según la Healthcare Financial Management Association (HFMA). Esto es lo que está involucrado en el ciclo de ingresos:

- Prestación de servicios médicos con cargos facturables.
- Envío de reclamaciones de tarifas facturables a compañías de seguros
- Codificación: diagnósticos y procedimientos adecuados.
- Determinar los saldos de los pacientes y el cobro de los pagos.
- Recopilación de información previa al registro, como la cobertura del seguro, antes de que el paciente llegue a recibir el servicio.
- Registro: Recopilación de información posterior del paciente durante el registro para establecer un número de registro médico y cumplir con diversos requisitos normativos, financieros y clínicos.
- Procesamiento de remesas: aplicación o rechazo de pagos a través del procesamiento de remesas.
- Seguimiento a terceros: recaudación de pagos de aseguradores externos.
- Revisión de utilización: examinar la necesidad de servicios médicos. Factores que afectan el ciclo de ingresos

Al igual que con cualquier asunto financiero, existen factores internos y externos que afectan la forma en que se recaudan los ingresos. Las oficinas médicas o instituciones pueden ejercer cierto control sobre la dinámica interna, como la productividad del proveedor, el volumen del paciente y las tarifas por los servicios. Sin embargo, es más difícil influir en los factores externos, como los pagos a los pacientes o las revisiones de reclamaciones de las compañías de seguros.

Sistemas de gestión del ciclo de ingresos A menudo los proveedores en general compran e implementan sistemas de récord electrónico (EMR), o sistemas para facturar con el interés de convertirlo en un centro de información del paciente. Un sistema “RCM” eficaz puede reducir la cantidad de tiempo entre la prestación de un servicio y la recepción de pagos al interactuar efectivamente y ser compatibles con estos sistemas tradicionales.

Un sistema “RCM” también puede ahorrarles tiempo a las organizaciones de salud al automatizar los deberes que previamente manejaban los empleados. Estas tareas incluyen tareas administrativas como: informar a los pacientes de las próximas citas, recordarles a los pagadores y los pacientes sobre un saldo existente y comunicarse con las aseguradoras de forma inmediata cuando se rechaza un reclamo.

Los sistemas de “RCM” en términos generales pueden ahorrar dinero a los proveedores al brindarles una idea de por qué se han denegado los reclamos. El efecto sobre la aplicación de este sistema concluye en reducir las reclamaciones denegadas al solicitar a los facturadores que ingresen toda la información requerida para procesar las reclamaciones. Esto les ahorra tener que revisar o volver a enviar el reclamo y brinda a los proveedores una mejor idea de por qué se han denegado, lo que les permite rectificar el problema. De esta manera se asegura que los proveedores reciban un reembolso adecuado por el servicio adecuado a los pacientes de Medicare y de otros seguros de salud

## “RCM” – Revenue Cycle Management (cont.)

Mitos y Realidades Información recopilada y adaptada de distintas fuentes

**Recomendaciones** Es recomendable que el proveedor evalúe el sistema actual de facturación, identifique las fallas y errores y considere un sistema tecnológico “software” o aplicación que esté capacitado para analizar los datos y utilizar el “Dashboard” para controlar la captación de ingresos comenzando desde la primera cita del paciente. Los sistemas tecnológicos destinados con este fin incluyen tecnologías como la informática cognitiva para ayudar a garantizar que se asignen los códigos médicos correctos al paciente correcto y la automatización del proceso robótico para ayudar a acelerar el proceso.

**Pago por servicio vs. Pago por Valor** Algunos expertos creen que los sistemas RCM también ayudarán en última instancia a la transición de los pagos por servicios a pagos por valor. RCM permite a los pagadores y proveedores obtener una visión más detallada de su población de pacientes. Ejemplo: qué parte de su población de pacientes padece qué enfermedades crónicas. Esta actividad es clave para cumplir con los distintos informes (PQRS / HEDIS, etc.). También les permite controlar los datos de reclamos e identificar cualquier anomalía. Esto es particularmente importante dado el acceso a Medicare y la Ley de reautorización de CHIP de 2015 (MACRA, por sus siglas en inglés). Esta legislación impulsa el cuidado de la salud hacia la atención basada en el valor y el reembolso basado en el valor.

Como recomendación final, es conveniente consultar a HFMA y estar al día con sus publicaciones. HFMA es una organización sin fines de lucro que aboga por la salud financiera producto del servicio al paciente y promueve estándares y prácticas relacionados. Antes de tomar acciones o contratar consultores le recomendamos que visite los lugares de HFMA. Oprima aquí: <https://www.hfma.org/hfm/>.

**Editorial:** El facturador es parte del ciclo de cobros. Por el momento no es una pieza reemplazable. La industria de servicios de salud local ha sido constante y muestra amplia complejidad en sus procesos. La Asociación de Facturadores Médicos de Puerto Rico ha venido estudiando y trabajando este tema con expertos y entidades tecnológicas. Se trata de un cambio de actitud y la integración de la tecnología adecuada.

No obstante, cualquiera que desee revisar su RCM debe considerar seriamente otras iniciativas que han implementado o están en proceso impulsadas por agencias federales como CMS. Estas iniciativas apuntan a un récord médico universal e integrado.

## Codificación para los Pacientes de la Comunidad LGBTT+

Aplicación del modificador KX conforme a la Carta Normativa 190305 – ASES

**Antes de aplicar el código KX, Es sumamente importante considerar:** 1) la documentación, 2) los códigos de evaluación y manejo, 3) los servicios de medicina preventiva, 4) varios códigos de procedimientos, 5) la validación del uso de otros modificadores, 6) necesidad de los registros médicos para el diagnóstico final.

### Modificador KX

Deberá colocarse en el encasillado **24D de la Forma CMS 1500**. En el **encasillado 44 de la Forma UB-04**. En el **segmento SV202-3 al SV202-6 de la Forma 837I**. En el segmento **SV101-3 al SV101-6 de la Forma 837P**. Se presume que al facturar con el modificador KX, se elimina el édito por restricción por razón de sexo, de manera que el sistema permita que la línea de la reclamación facturada pueda continuar el procesamiento de adjudicación para garantizar el pago correspondiente de la reclamación al proveedor. Utilice el modificador KX solo en los casos en que la condición del paciente es tal que los servicios que se proporcionan supera adecuadamente las características del código de diagnóstico en relación con el género. No utilice de manera rutinaria el modificador KX para todos los pacientes si no cumplen con estas condiciones. Asegúrese de que la documentación apoya adecuadamente el uso del modificador KX y es lo suficientemente detallada para demostrar que los servicios facturados: Son los servicios necesarios y razonables y están justificados por la documentación pertinente en la historia clínica. El asegurado tiene derecho a una excepción de género. **Ejemplo de código de diagnóstico:** Contiene una descripción específica de género masculino y se factura el modificador KX para un asegurado que se realizó una cirugía transgénero para cambio a mujer al que nunca removieron la próstata: ICD-10-CM N41.2: Abscess of prostate.

¡Tenemos las certificaciones requeridas por la Industria! Visitamos y adiestramos directamente en tu oficina o centro de trabajo.

### HIPAA / FWA (Fraud, Abuse and Waste) / EMTALA

¡Cursos presenciales y por módulos (Internet)!, \*\*\*Visitamos tu oficina o centro de trabajo. Te certificamos el mismo día de la actividad. Cursos de certificación reconocidos por importantes universidades. Costos especiales (económicos). Adiestradores con Maestría y/o Doctorado. Nos ajustamos a la fecha y horarios del cliente. ¡Solicita tu cotización a través de nuestro email: [servicio@afamep.org](mailto:servicio@afamep.org) o llama a los siguientes números de teléfono: (787) 251-7723. (787) 635-7723. (787) 649-9235.



### Aviso sobre Membresía:

¿No eres socio(a)? ¿Tienes la membresía vencida? ¿Necesitas renovar?

Tenemos una oferta especial de membresía que comienza el domingo 8 de septiembre de 2019 y finaliza el viernes 13 de septiembre de 2019. Aproveche esta oportunidad.

**Oferta de Membresía - 30 % del costo regular:**

Membresía Nueva - \$ 75.00 - Oferta: \$ 52.00  
Renovación - \$ 70.00 - Oferta: \$ 49.00  
Estudiante - \$ 45.00 - Oferta: \$ 31.00

Solicite o renueve su membresía oprimiendo aquí: [MEMBRESIA](#)



La Asociación de Facturadores Médicos de Puerto Rico ha establecido una importante alianza con la Asociación Gastronómica y Culinaria de Puerto Rico (AGCAP) para ofrecer a nuestros socios las siguientes opciones:

- Servicio de “catering” para todo tipo de actividades
- Adiestramientos especializados en “Preparación de Alimentos”, Chocolates y Vinos, “Bartending”, Entremeses, Plateo, entre otros.
- Cursos para principiantes de elaboración de alimentos
- Cursos de seguridad (para cocineros y asistentes)
- Certificaciones de “Inocuidad” para sus empleados de cocina
- Referidos para empleo (conforme a disponibilidad)

Si le interesa algún servicio de “catering”, certificarse o simplemente mejorar las destrezas en la cocina, comuníquese:

(787) 241-2634 / [agcap@outlook.com](mailto:agcap@outlook.com)

visítanos en Facebook: [www.facebook.com/agcapchefs](http://www.facebook.com/agcapchefs)

**INTER EDUCACIÓN CONTINUA**



### ¿NO tienes tiempo? ¿Necesitas la certificación HIPAA y FWA (Fraude, Abuso y Desperdicio)?

Solicita tus módulos por Email. Las instrucciones están disponibles aquí: <http://actividadesafamep.blogia.com/2019/022001-certificaciones-hipaa-fraude-abuso-y-desperdicio-y-emptala-modulos.php>. Puede acceder, seleccionar y pagar el módulo (los módulos) de su preferencia oprimiendo aquí: [SOLICITUD CERTIFICACIONES HIPAA, FWA Y EMTALA](#).

## **CURSO COMPLETO DE FACTURACION DE SERVICIOS MEDICOS CON CODIFICACION, AUDITORIA Y FACTURACION ELECTRONICA**

80 horas. ¡Un curso diseñado para principiantes, personas no certificadas y la comunidad en general. No debe tener experiencias ni conocimientos previos. Para recibir información completa, contenido, costos, dirección, fecha de comienzo y registro. Oprima sobre el lugar de su preferencia:

[Curso Facturación - Caguas y Yauco](#)

[Curso de Facturación - AFAMEP Bayamon](#)

[Curso de Facturación - Arecibo - Mayaguez](#)

[Curso de Facturación Nocturno - San Juan - InterTec](#)

## **CALENDARIO DE CURSOS CORTOS Y CONFERENCIAS**

Bayamon - Socios: \$ 20.00 - No socios: \$ 40.00

Tenemos disponibles cursos cortos y conferencias especializadas en: Facturación de Biopsias, Radiología, Dental, Hema-Onco, OB-Gym, HEDIS, HIPAA, FWA y mucho más... Revisa nuestras opciones oprimiendo a continuación:

[CURSOS CORTOS Y CONFERENCIAS](#)

## **CURSO PARA LA CERTIFICACION PMB-CODING Certified**

Professional Medical Billing – Coding

Esta certificación es recomendada para facturadores, codificadores y auditores que desean especializarse en codificación clínica y profesional. Este curso y certificación está disponible para Bayamón, Caguas, Mayaguez, Arecibo y San Juan -nocturno.

Para recibir información completa, lugares de comienzo, contenido, costos, dirección, fecha de comienzo y registro:

[PMB-CODING CERTIFIED](#)

## **CURSOS ESPECIALES PARA PRINCIPIANTES**

Este calendario se ha creado pensando en personas que desean aprender destrezas básicas y específicas dentro del campo de la facturación de servicios medicos. Cursos disponibles:

### ***Codificación Paso a Paso***

Aprenda a utilizar el ICD-10 y el CPT desde "cero". Conozca las estrategias, políticas y otros elementos relacionados con la codificación y la documentación relacionada.

### ***Curso Completo de Facturación Dental - Paso a Paso***

Aprenda a utilizar el CDT y la forma ADA desde "cero". Conozca las estrategias, políticas y otros elementos relacionados con la facturación dental.

### ***Curso de Facturación Electrónica Paso a Paso***

Incluye las aplicaciones de: Secure Claim y Proclaim. Si tenías dudas este es el momento. 15 espacios disponibles.

Si le interesa participar en alguno de los cursos anteriores, oprima aquí:

[CURSOS ESPECIALES AFAMEP](#)