



# MÓDULO DIDÁCTICO AUDITORÍA Y RECONCILIACIÓN DE CUENTAS MÉDICAS UNDÉCIMO GRADO

agosto 2020



**DE** DEPARTAMENTO DE  
**EDUCACIÓN**  
GOBIERNO DE PUERTO RICO

Página web: <https://de.pr.gov/>  Twitter: @educacionpr

Nota. Este módulo está diseñado con propósitos exclusivamente educativos y no con intención de lucro. Los derechos de autor (*copyrights*) de los ejercicios o la información presentada han sido conservados visibles para referencia de los usuarios. Se prohíbe su uso para propósitos comerciales, sin la autorización de los autores de los textos utilizados o citados, según aplique, y del Departamento de Educación de Puerto Rico.

## CONTENIDO

<b>LISTA DE COLABORADORES.....</b>	<b>5</b>
<b>CARTA PARA EL ESTUDIANTE, LAS FAMILIAS Y MAESTROS .....</b>	<b>6</b>
<b>CALENDARIO DE PROGRESO EN EL MÓDULO.....</b>	<b>8</b>
<b>Unidad I: Auditoría.....</b>	<b>9</b>
<b>Lección 1: Auditoría médica .....</b>	<b>10</b>
Ejercicio de práctica 1.1 .....	15
Ejercicio de práctica 1.2.....	15
Ejercicio para calificar 1.1 .....	16
Ejercicio para calificar 1.2 .....	16
<b>Lección 2: Historia de la auditoría médica .....</b>	<b>17</b>
Ejercicio de práctica 2 .....	19
Ejercicio para calificar 2.1 .....	20
Ejercicio para calificar 2.2 .....	20
<b>Lección 3: Tipos de auditoría .....</b>	<b>21</b>
Ejercicio de práctica 3 .....	24
Ejercicio para calificar 3.1 .....	25
Ejercicio para calificar 3.2 .....	25
<b>Lección 4: Procesos de auditoría.....</b>	<b>26</b>
Ejercicio de práctica 4 .....	28
Ejercicio para calificar 4.....	29
<b>Lección 5: Auditoría en oficinas médicas .....</b>	<b>30</b>
Ejercicio de práctica 5 .....	32
Ejercicio para calificar 5.....	33
<b>Lección 6: Ley de pago puntual.....</b>	<b>34</b>
Ejercicio de práctica 6 .....	36
Ejercicio para calificar 6.....	37
<b>Unidad II: Denegaciones .....</b>	<b>38</b>
<b>Lección 7: Denegaciones de reclamaciones.....</b>	<b>39</b>
Ejercicio de práctica 7 .....	43
Ejercicio para calificar 7.....	44

<b>Unidad III: Códigos de remesa .....</b>	<b>45</b>
<b>Lección 8: Códigos de remesa.....</b>	<b>46</b>
Ejercicio de práctica 8 .....	51
Ejercicio para calificar 8.....	52
<b>Unidad IV: Reclamaciones.....</b>	<b>53</b>
<b>Lección 9: Tipos de reclamaciones .....</b>	<b>54</b>
Ejercicio de práctica 9 .....	57
Ejercicio para calificar 9.....	58
<b>Lección 10 Proceso de reconciliación .....</b>	<b>59</b>
Ejercicio de práctica 10 .....	62
Ejercicio para calificar 10 .....	63
<b>CLAVES DE RESPUESTA DE EJERCICIOS DE PRÁCTICA.....</b>	<b>64</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>66</b>
<b>GUÍA DE ACOMODOS RAZONABLES PARA LOS ESTUDIANTES QUE TRABAJARÁN BAJO MÓDULOS DIDÁCTICOS.....</b>	<b>68</b>
<b>HOJA DE DOCUMENTAR LOS ACOMODOS RAZONABLES UTILIZADOS AL TRABAJAR EL MÓDULO DIDÁCTICO .....</b>	<b>70</b>

## LISTA DE COLABORADORES

**Prof. Denise Pérez Rodríguez**

Maestra de Educación Comercial – Sistemas de Oficinas  
Escuela Superior Luis F. Crespo  
Camuy, Puerto Rico

**Prof. Ginnette E. Reyes Guzmán**

Maestra de Educación Comercial – Sistemas de Oficinas  
Escuela Superior Vocacional Dra. María Socorro Lacot  
Guayama, Puerto Rico

**Prof. Lourdes Burgos Rivera**

Maestra de Educación Comercial – Sistemas de Oficinas  
Escuela Superior Vocacional Ana D. Flores Santana  
Fajardo, Puerto Rico

**Prof. Luz S. Santiago Gómez**

Maestra de Educación Comercial – Sistemas de Oficinas  
Escuela Superior Vocacional Dr. Antonio Fernós Isern  
San Lorenzo, Puerto Rico

**Prof. Stephanie M. Rivera Hernández**

Maestra de Educación Comercial – Sistemas de Oficinas  
Escuela Superior Rafael Cordero Molina  
San Juan, Puerto Rico

**Prof. Tammy M. Torres Arocho**

Maestra de Educación Comercial – Sistemas de Oficinas  
Escuela Superior Eugenio María de Hostos  
Mayagüez, Puerto Rico

**Profa. Vanessa Rodríguez Corchado**

Maestra de Educación Comercial - Contabilidad  
Escuela Superior Vocacional Dr. Heriberto Domenech  
Isabela, Puerto Rico

## CARTA PARA EL ESTUDIANTE, LAS FAMILIAS Y MAESTROS

Estimado estudiante:

Este módulo didáctico es un documento que favorece tu proceso de aprendizaje. Además, permite que aprendas en forma más efectiva e independiente, es decir, sin la necesidad de que dependas de la clase presencial o a distancia en todo momento. Del mismo modo, contiene todos los elementos necesarios para el aprendizaje de los conceptos claves y las destrezas de la clase de Auditoría y Reconciliación de Cuentas Médicas, sin el apoyo constante de tu maestro. Su contenido ha sido elaborado por maestros, facilitadores docentes y directores de los programas académicos del Departamento de Educación de Puerto Rico (DEPR) para apoyar tu desarrollo académico e integral en estos tiempos extraordinarios en que vivimos.

Te invito a que inicies y completes este módulo didáctico siguiendo el calendario de progreso establecido por semana. En él, podrás repasar conocimientos, refinar habilidades y aprender cosas nuevas sobre la clase de Auditoría y Reconciliación de Cuentas Médicas por medio de definiciones, ejemplos, lecturas, ejercicios de práctica y de evaluación. Además, te sugiere recursos disponibles en la internet, para que amplíes tu aprendizaje. Recuerda que esta experiencia de aprendizaje es fundamental en tu desarrollo académico y personal, así que comienza ya.

Estimadas familias:

El Departamento de Educación de Puerto Rico (DEPR) comprometido con la educación de nuestros estudiantes, ha diseñado este módulo didáctico con la colaboración de: maestros, facilitadores docentes y directores de los programas académicos. Su propósito es proveer el contenido académico de la materia de Auditoría y Reconciliación de Cuentas Médicas para las primeras diez semanas del nuevo año escolar. Además, para desarrollar, reforzar y evaluar el dominio de conceptos y destrezas claves. Ésta es una de las alternativas que promueve el DEPR para desarrollar los conocimientos de nuestros estudiantes, tus hijos, para así mejorar el aprovechamiento académico de estos.

Está probado que cuando las familias se involucran en la educación de sus hijos mejora los resultados de su aprendizaje. Por esto, te invitamos a que apoyes el desarrollo académico e integral de tus hijos utilizando este módulo para apoyar su aprendizaje. Es fundamental que tu hijo avance en este módulo siguiendo el calendario de progreso establecido por semana.

El personal del DEPR reconoce que estarán realmente ansiosos ante las nuevas modalidades de enseñanza y que desean que sus hijos lo hagan muy bien. Le solicitamos a las familias que brinden una colaboración directa y activa en el proceso de enseñanza y aprendizaje de sus hijos. En estos tiempos extraordinarios en que vivimos, les recordamos que es importante que desarrolles la confianza, el sentido de logro y la independencia de tu hijo al realizar las tareas escolares. No olvides que las necesidades educativas de nuestros niños y jóvenes es responsabilidad de todos.

Estimados maestros:

El Departamento de Educación de Puerto Rico (DEPR) comprometido con la educación de nuestros estudiantes, ha diseñado este módulo didáctico con la colaboración de: maestros, facilitadores docentes y directores de los programas académicos. Este constituye un recurso útil y necesario para promover un proceso de enseñanza y aprendizaje innovador que permita favorecer el desarrollo holístico e integral de nuestros estudiantes al máximo de sus capacidades. Además, es una de las alternativas que se proveen para desarrollar los conocimientos claves en los estudiantes del DEPR; ante las situaciones de emergencia por fuerza mayor que enfrenta nuestro país.

El propósito del módulo es proveer el contenido de la materia de Auditoría y Reconciliación de Cuentas Médicas para las primeras diez semanas del nuevo año escolar. Es una herramienta de trabajo que les ayudará a desarrollar conceptos y destrezas en los estudiantes para mejorar su aprovechamiento académico. Al seleccionar esta alternativa de enseñanza, deberás velar que los estudiantes avancen en el módulo siguiendo el calendario de progreso establecido por semana. Es importante promover el desarrollo pleno de estos, proveyéndole herramientas que puedan apoyar su aprendizaje. Por lo que, deben diversificar los ofrecimientos con alternativas creativas de aprendizaje y evaluación de tu propia creación para reducir de manera significativa las brechas en el aprovechamiento académico.

El personal del DEPR espera que este módulo les pueda ayudar a lograr que los estudiantes progresen significativamente en su aprovechamiento académico. Esperamos que esta iniciativa les pueda ayudar a desarrollar al máximo las capacidades de nuestros estudiantes.

## CALENDARIO DE PROGRESO EN EL MÓDULO

DÍAS / SEMANAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
1	Inicio del curso	Lección 1	Lección 1	Lección 1	Lección 1
2	Lección 2	Lección 2	Lección 3	Lección 3	Lección 4
3	Lección 4	Lección 5	Lección 5	Lección 6	Lección 6
4	Lección 7	Lección 7	Lección 7	Lección 7	Lección 7
5	Lección 7	Lección 7	Lección 7	Lección 7	Lección 7
6	Lección 8	Lección 8	Lección 8	Lección 8	Lección 8
7	Lección 8	Lección 8	Lección 8	Lección 8	Lección 8
8	Lección 9	Lección 9	Lección 9	Lección 9	Lección 9
9	Lección 9	Lección 9	Lección 10	Lección 10	Lección 10
10	Lección 10	Lección 10	Lección 10	Lección 10	Lección 10



## Unidad I: Auditoría

### Estándares:

1. Manejar el uso de los recursos financieros para asegurar la estabilidad de un negocio de facturación de planes médicos.

### Competencias:

Al finalizar el estudio de esta unidad, se espera que el estudiante domine las siguientes competencias propias del curso de Contabilidad con Auditoría y Reconciliación de Cuentas Médicas:

1. Describe conceptos financieros fundamentales en un proceso de auditoría.
2. Conoce las leyes y reglamentos aplicables en el área de la auditoría médica.

### Objetivos de aprendizaje:

Al finalizar la unidad Auditoría, el estudiante será capaz de:

1. Reconocer el propósito de la auditoría médica en el ciclo de eventos de la facturación médica.
2. Identificar las leyes y reglamentos que deben ser cumplidas durante los procesos médicos y administrativos.
3. Mencionar los tipos de auditoría, las responsabilidades del auditor y las áreas evaluadas en la auditoría médica.
4. Identificar el propósito de las remesas de pago en la reconciliación de cuentas médicas.

**Tiempo de trabajo:** 3 semanas

### Instrucciones:

A continuación, presentamos la primera unidad: Auditoría. En la primera unidad podrás descubrir la función principal de la auditoría en el ciclo de eventos de la facturación de servicios médicos. La misma consta de seis lecciones, objetivos y una especificación del tiempo de duración para cada una. En cada lección encontrarás una introducción y las secciones de la misma. Luego completarás los ejercicios de práctica cotejando los mismos con la clave de las contestaciones. Para comprobar tu aprendizaje, completarás los ejercicios de evaluación (para calificar), utilizando la hoja de contestaciones provista.

## Lección 1: Auditoría médica



### Instrucciones:

*Esta es la lección de auditoría médica. Tendrás la oportunidad de leer y analizar toda la información que aparece a continuación. Completa los ejercicios de práctica y coteja tus contestaciones con la clave que aparece al final de este módulo. Al finalizar la lección, encontrarás los ejercicios de evaluación que deberás completar en tu hoja de contestaciones.*



### Objetivos:

- *Conocer el significado de auditoría y su funcionamiento.*
- *Identificar el evento de auditoría en el ciclo de facturación.*
- *Reconocer las responsabilidades y requisitos de la profesión de auditoría.*



**Tiempo de trabajo:** 3 días

## Introducción

La facturación de servicios médicos es un ciclo de eventos que se unen para demostrar a los seguros de salud que el proveedor ofreció un servicio médico de alta calidad. El ciclo de eventos comienza con la validación del seguro del paciente y culmina con la auditoría médica. La auditoría médica es un proceso interdisciplinario, que permite realizar la evaluación de los servicios médicos y administrativos brindados, con los objetivos de mejorar la práctica médica, ser un medio de educación continua y mejorar la calidad de la atención médica (Avilés, Ortiz y Sanjurjo 2013).

## ¿Qué es la auditoría médica?

- La auditoría médica es un proceso interdisciplinario, que permite realizar la evaluación de los servicios médicos y administrativos brindados, con los objetivos de mejorar la práctica médica, ser un medio de



educación continua y mejorar la calidad de la atención médica (Avilés, Ortiz y Sanjurjo 2013).

- Según Maldonado (2009) la auditoría médica es el proceso de evaluación de los expedientes médicos del paciente, servicios y recursos humanos en los centros de salud como son los hospitales, clínicas, oficinas médicas, entre otros.
- La auditoría tiene como propósito mejorar la calidad de los servicios médicos, observando los puntos débiles, las deficiencias y la calidad en los procesos médicos como administrativos, desde la atención del paciente al momento en que este llega al centro de salud (Maldonado, 2009).
- Es un proceso de investigación de los procesos médicos y administrativos. Sin embargo, la auditoría en el departamento de facturación, verificará los procesos financieros realizados para cobrar los servicios de salud ofrecidos.

### Ciclo de eventos de la facturación médica



La auditoría médica es el último paso en el ciclo de eventos de la facturación médica. Repasar los pasos del ciclo de eventos en la facturación nos ayudará a

comprender el enfoque de la auditoría médica. El enfoque de la auditoría médica es mejorar la calidad de la atención médica evaluando cómo brindamos esa atención, si hicimos lo proyectado y si podríamos mejorarlo. Repasemos los pasos del ciclo de eventos de la facturación médica:

- 1** • **Paso 1:** Validación del seguro – Procedimiento que se puede hacer a través de sistemas electrónicos o llamada telefónica. La tarjeta del paciente indica la fecha de vencimiento del contrato, pero no garantiza que la póliza esté vigente.
- 2** • **Paso 2:** Reclamación manual (CMS 1500) o electrónica – Después que el paciente recibe el servicio, el oficinista o facturador procede a completar una reclamación manual (CMS 1500) o electrónica conforme a los diagnósticos, servicios o procedimientos realizados.
- 3** • **Paso 3:** Revisión de datos de la factura manual o electrónica – Le corresponde al facturador revisar la entrada de datos a la factura manual o electrónica antes de enviarla.
- 4** • **Paso 4:** Evaluación del seguro médico – La reclamación pasa por una evaluación del seguro médico para determinar que sea procesable para ser pagada. Las reclamaciones van a ser sometidas a la política del seguro médico que le corresponda pagar.
- 5** • **Paso 5:** Proveedor recibe las remesas de pago (“vouchers”) – El proveedor recibirá las remesas de pago (“vouchers”) con las facturas pagadas y las facturas denegadas. El facturador identificará los errores que provocaron las denegaciones, procederá a corregir y resometer dentro del término de tiempo establecido por ley.
- 6** • **Paso 6:** Análisis y reconciliación de las cuentas médicas – Proceso por el cual se verifica que la cantidad recibida por los servicios médicos

ofrecidos sea correcta, según las facturas enviadas a cobro al seguro médico. Si la cantidad pagada es menor de la acordada con el seguro médico, se deberá resometer la misma.

## 7

- **Paso 7:** Auditoría médica – Revisión de los procesos financieros realizados para cobrar los servicios de salud ofrecidos. Se identifican errores en las cuentas médicas y procedimientos no autorizados. Se prepara un informe para presentar los hallazgos en la revisión y un plan de acción correctiva para la solución de errores cometidos. Existen varios tipos de auditorías. Estas son: la auditoría interna, externa, de estructura, y de resultados.

### ¿Qué es un auditor?

El auditor es un funcionario que realiza una evaluación exhaustiva de los procesos médicos y administrativos tales como operaciones financieras, contables, procesos administrativos, datos de importancia del paciente, personal a cargo de los procesos y firmas de apoyo en documentos oficiales. El auditor analiza los hallazgos y ofrece recomendaciones constructivas sobre las operaciones realizadas en el centro de salud auditado.



### Requisitos de la profesión de auditor



**Objetividad** – El auditor médico debe mantener una actitud mental que le permita tener la honesta convicción que en el producto de su trabajo no exista nada que comprometa la calidad de su labor.

**Ética profesional** – Debe tener conocimientos, habilidades y destrezas en la aplicación de normas, procedimientos y técnicas. Además, un alto sentido de ética profesional le permitirá cumplir con normas profesionales de conducta que le imponen patrones de honestidad, objetividad, diligencia y lealtad.

## Responsabilidades del auditor médico



1. Velar por la salud y bienestar de los pacientes sin distinción de género, preferencias, raza, estatus social y/o económico.
2. Manejar cuidadosamente los fondos destinados para los procesos de auditoría.
3. Informar los hallazgos, tanto positivos como negativos.
4. Exhibir veracidad, objetividad, imparcialidad, diligencia y respeto por la dignidad de las personas las leyes, siguiendo los reglamentos de la ética profesional.
5. Confrontar las normas, reglamentos y protocolos en los procesos administrativos con los datos encontrados en el historial clínico del paciente y documentos administrativos.
6. Recomendar actividades para mejorar los puntos débiles para que sean corregidos de inmediato por la institución que brinda los servicios de salud.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### **Ejercicio de práctica 1.1**

*Instrucciones: Selección múltiple. Selecciona la respuesta correcta. Coteja tus contestaciones con la clave que aparece al final de este módulo.*

- \_\_\_\_\_ 1. Es el proceso de auditoría médica
- a. evaluación de los expedientes médicos del paciente, servicios y recursos humanos en los centros de salud
  - b. creación de los expedientes médicos del paciente, servicios y recursos humanos en los centros de salud
  - c. corrección de los expedientes médicos del paciente, servicios y recursos humanos en los centros de salud
- \_\_\_\_\_ 2. Son el primer y último paso respectivamente del ciclo de facturación
- a. auditoría y validación del seguro del paciente
  - b. análisis y reconciliación de cuentas médicas
  - c. validación del seguro del paciente y auditoría

### **Ejercicio de práctica 1.2**

*Instrucciones: Coloque en orden de secuencia (1 al 7) los pasos en el ciclo de eventos de la facturación. Coteja tus contestaciones con la clave que aparece al final de este módulo.*

- \_\_\_\_\_ Auditoría
- \_\_\_\_\_ Factura CMS 1500 manual o electrónica
- \_\_\_\_\_ Validación del seguro
- \_\_\_\_\_ Revisión de datos de la factura manual o electrónica
- \_\_\_\_\_ Seguro médico evalúa la reclamación
- \_\_\_\_\_ Análisis y reconciliación de cuentas médicas
- \_\_\_\_\_ Proveedor recibe remesas de pagos

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### Ejercicio para calificar 1.1

*Instrucciones: Cierto o falso. Contesta con una **A** si la aseveración es cierta y con una **B**, si es falsa. Utiliza tu hoja de contestaciones.*

- \_\_\_\_\_ 1. La auditoría es el último paso en el ciclo de eventos de facturación.
- \_\_\_\_\_ 2. En la auditoría se verifican los procesos financieros que se cobran por los servicios de salud ofrecidos.
- \_\_\_\_\_ 3. El facturador analiza los hallazgos y ofrece recomendaciones constructivas sobre las operaciones realizadas en el centro de salud auditado.
- \_\_\_\_\_ 4. Los patrones de honestidad, objetividad, diligencia y lealtad son relacionados con la ética profesional.
- \_\_\_\_\_ 5. La acción correctiva se propone antes de los hallazgos.

### Ejercicio para calificar 1.2

*Instrucciones: Parea. Parea los conceptos que se presentan a continuación con las alternativas de la parte inferior. Utiliza tu hoja de contestaciones.*

- a) Auditoría médica
- b) Auditor y requisitos
- c) Responsabilidades del auditor médico
- d) Ciclo de eventos de facturación

- \_\_\_\_\_ 6. Se unen para demostrar a los seguros de salud que el proveedor ofreció un servicio médico de alta calidad.
- \_\_\_\_\_ 7. Proceso de evaluación de los expedientes médicos del paciente, servicios y recursos humanos en los centros de salud como son los hospitales, clínicas, oficinas médicas, entre otros.
- \_\_\_\_\_ 8. Analiza los hallazgos y ofrece recomendaciones constructivas sobre las operaciones realizadas en el centro de salud auditado. Es objetivo y ético.
- \_\_\_\_\_ 9. Bienestar de pacientes, manejo de fondos, hallazgos, reglamentos, acción correctiva.



## Lección 2: Historia de la auditoría médica



### Instrucciones:

*Esta es la lección de la historia de la auditoría médica. Tendrás la oportunidad de leer y analizar toda la información que aparece a continuación. Completa el ejercicio de práctica y coteja tus contestaciones con la clave que aparece al final de este módulo. Al finalizar la lección, encontrarás los ejercicios de evaluación que deberás completar en tu hoja de contestaciones.*



### Objetivos:

- *Relacionar la evolución de los procesos de facturación de servicios médicos en Puerto Rico a la luz de la historia general de la auditoría.*
- *Identificar los eventos históricos que marcaron la historia de la auditoría en los Estados Unidos.*
- *Conocer e identificar las aportaciones de personajes y asociaciones en la historia general de la auditoría médica.*



**Tiempo de trabajo:** 2 días

## Introducción

A principios del siglo XX, en los Estados Unidos surgió el concepto de la calidad de la atención médica, que se desarrolló paralelamente a la evolución hospitalaria, y llevó a la creación de organizaciones encargadas de controlarla. A continuación, estudiaremos la historia de la auditoría médica.

## La auditoría médica en E.U. desde el siglo XX hasta la actualidad

**1910**

El informe Flexner (Abraham Flexner 1866, Louisville, Kentucky 1959) reveló una crítica severa al sistema de enseñanza de la Medicina en las diferentes universidades de Estados Unidos. Esto concluyó con la no-acreditación de 47 facultades de Medicina.



- 1917** El Colegio Americano de Cirujanos dictó las Normas para la acreditación hospitalaria.
- 1950** Se realizó un estudio piloto en 15 hospitales, institucionalizándose el procedimiento, venciendo el temor de considerar a la auditoría como un instrumento de control y punición.
- 1980** La auditoría médica se implantó en casi todos los hospitales americanos.
- Actualidad** La auditoría médica es un sistema de mejoramiento de la calidad de la atención médica.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## **Ejercicio de práctica 2**

*Instrucciones: Coloca en orden de secuencia (1 al 5) los eventos de la historia de la auditoría médica. Coteja tus contestaciones con la clave que aparece al final de este módulo.*

\_\_\_\_\_ Informe Flexner

\_\_\_\_\_ Institucionalización de la auditoría

\_\_\_\_\_ Implantación de auditoría en hospitales americanos

\_\_\_\_\_ Normas para la acreditación hospitalaria

\_\_\_\_\_ Sistema de mejoramiento de la calidad de la atención médica en la actualidad.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Ejercicio para calificar 2.1

*Instrucciones: Parea. Parea los conceptos que se presentan a continuación con las alternativas de la parte inferior. Utiliza tu hoja de contestaciones.*

- a) Calidad de la atención médica
- b) Informe Flexner
- c) Colegio Americano de Cirujanos
- d) Grado de calidad en la atención médica

- \_\_\_\_\_ 10. Crítica severa al sistema de enseñanza de la Medicina en las diferentes universidades de E.U.
- \_\_\_\_\_ 11. Se evalúa tal como aparece en el expediente médico.
- \_\_\_\_\_ 12. Se compara con las normas o principios aceptadas como correctos en la profesión.
- \_\_\_\_\_ 13. Normas para la acreditación hospitalaria.

## Ejercicio para calificar 2.2

*Instrucciones: Parea. Parea los conceptos que se presentan a continuación con las alternativas de la parte inferior. Utiliza tu hoja de contestaciones.*

- a) Institucionalización de auditoría
- b) Implantación de auditoría
- c) auditoría en la actualidad

- \_\_\_\_\_ 14. A través de un estudio piloto en 15 hospitales de E.U.
- \_\_\_\_\_ 15. Proceso que se llevó a cabo en 1980 en casi todos los hospitales americanos.
- \_\_\_\_\_ 16. Sistema de mejoramiento de la calidad de la atención médica.

## Lección 3: Tipos de auditoría



### Instrucciones:

Esta es la lección de los tipos de auditoría. Tendrás la oportunidad de leer y analizar toda la información que aparece a continuación. Completa el ejercicio de práctica y coteja tus contestaciones con la clave que aparece al final de este módulo. Al finalizar la lección, encontrarás los ejercicios de evaluación que deberás completar en tu hoja de contestaciones.



### Objetivos:

- Identificar los tipos de auditoría.
- Relacionar los tipos de auditoría con el proceso de análisis de resultados en el centro de salud auditado.

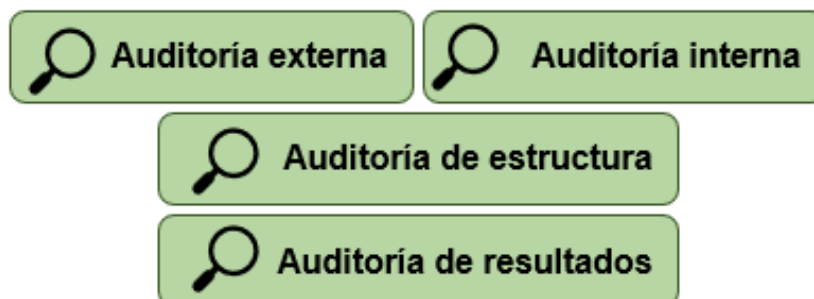


**Tiempo de trabajo:** 2 días

## Introducción

El auditor médico debe realizar una evaluación exhaustiva de los procesos administrativos, datos de importancia del paciente, personal a cargo de los procesos y firmas de apoyo a los documentos oficiales. Además, debe ofrecer un análisis de los hallazgos y dar recomendaciones constructivas sobre las operaciones realizadas dentro del centro de salud auditado. Para ello debe conocer los tipos de auditoría.

## Tipos de auditoría





### **Auditoría externa**

- En la auditoría externa se evalúan los procedimientos administrativos y médicos de los centros de salud por parte de compañías externas.
- Las compañías externas pueden ser los planes médicos, el Departamento de Salud y el Departamento de Justicia.
- Su propósito es obtener información sobre actividades fraudulentas que puedan esclarecer casos en los tribunales por una mala práctica médica o robo a planes médicos.
- Es recomendable que se realice una auditoría externa cada 90 días o en un periodo de tiempo razonable.



### **Auditoría interna**

- En la auditoría interna se evalúan y corrigen los procesos médicos y administrativos antes de ser auditados por compañías externas (planes médicos, agencias gubernamentales).
- Su propósito es corregir de inmediato los procesos identificados como actividades fraudulentas con nuevos procesos de control. Es el tipo de auditoría más practicada en los centros de salud.



### **Auditoría de estructura**

- En la auditoría de estructura se evalúa la acreditación de los servicios médicos y hospitalarios.



## Auditoría de resultados

- En la auditoría de resultado se hacen las recomendaciones pertinentes luego de realizada la evaluación con el fin principal de lograr la calidad en la atención médica.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### **Ejercicio de práctica 3**

*Instrucciones: Selección múltiple. Selecciona la respuesta correcta. Coteja tus contestaciones con la clave que aparece al final de este módulo.*

- \_\_\_\_\_ 1. Es el tipo de auditoría que se conoce como externa
- a. se evalúan los procedimientos administrativos de los centros de salud por parte de compañías externas
  - b. se evalúan los procedimientos administrativos y médicos de los centros de salud por parte de compañías externas
  - c. se evalúan los procedimientos administrativos y médicos de los centros de salud por parte del gobierno exclusivamente
- \_\_\_\_\_ 2. Es el tipo de auditoría que se conoce como interna
- a. se evalúan y corrigen los procesos médicos y administrativos antes de ser auditados por compañías externas
  - b. se evalúan y corrigen los procesos médicos y administrativos luego de ser auditados por compañías externas
  - c. se evalúan y corrigen los procesos médicos y administrativos mientras son auditados por compañías externas e internas



Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### Ejercicio para calificar 3.1

*Instrucciones: Cierto o falso. Contesta con una A si la aseveración es cierta y con una B, si es falsa. Utiliza tu hoja de contestaciones.*

- \_\_\_\_\_ 17. Las compañías externas pueden ser los planes médicos, el Departamento de Salud y el Departamento de Justicia.
- \_\_\_\_\_ 18. Es recomendable que se realice una auditoría externa cada 90 días o en un periodo de tiempo razonable.
- \_\_\_\_\_ 19. El propósito de la auditoría externa es obtener información de las condiciones de los pacientes.
- \_\_\_\_\_ 20. A través de la auditoría externa se identifican actividades fraudulentas que pueden esclarecer casos en los tribunales por una mala práctica médica o robo a planes médicos.
- \_\_\_\_\_ 21. El propósito de la auditoría externa es adiestrar.

### Ejercicio para calificar 3.2

*Instrucciones: Clasifique. Clasifica en auditoría externa, interna, de estructura o de resultado. Utiliza tu hoja de contestaciones.*

- a) auditoría externa
- b) auditoría interna
- c) auditoría de estructura
- d) auditoría de resultado

- \_\_\_\_\_ 22. Su propósito es corregir de inmediato los procesos identificados como actividades fraudulentas con nuevos procesos de control.
- \_\_\_\_\_ 23. Se evalúa la acreditación de los servicios médicos y hospitalarios.
- \_\_\_\_\_ 24. Se evalúan los procedimientos administrativos y médicos de los centros de salud por parte de compañías externas.
- \_\_\_\_\_ 25. Se hacen las recomendaciones pertinentes luego de realizada la evaluación con el fin principal de lograr la calidad en la atención médica.

## Lección 4: Procesos de auditoría



### Instrucciones:

*Esta es la lección de los procesos de auditoría. Tendrás la oportunidad de leer y analizar toda la información que aparece a continuación. Completa el ejercicio de práctica y coteja tus contestaciones con la clave que aparece al final de este módulo. Al finalizar la lección, encontrarás un ejercicio de evaluación que deberás completar en tu hoja de contestaciones.*



### Objetivos:

- *Identificar los procesos de auditoría de un centro de salud.*
- *Describirá el contenido de los informes de auditoría.*



**Tiempo de trabajo:** 2 días

## Introducción

La auditoría médica es una herramienta en la calidad de un centro de salud. Es un proceso cíclico que mejora la calidad de los cuidados clínicos y los analiza sistemáticamente. Las auditorías identifican errores. Existen cuatro etapas básicas en los procesos de un programa de auditoría médica. A continuación, analizaremos cada una de las etapas.

## Procesos de auditoría médica



### Etapa 1 Planificación

- En la etapa de planificación se determinan los objetivos y el alcance de la auditoría. También se determinan qué actividades se analizarán, qué recursos se necesitan para efectuar el estudio, análisis de terreno e identificación de áreas críticas.

## **Etapa 2** Análisis e interpretación

- En la etapa de análisis e interpretación, se examina y evalúa la información de los datos que se seleccionaron.

## **Etapa 3** Presentación de resultados

- En la etapa de presentación de resultados, se hacen conclusiones y recomendaciones. Luego, se hace entrega de informes escritos de los resultados y se divulgan.

## **Etapa 4** Seguimiento

- En la etapa de seguimiento, se determina si las acciones correctivas se están aplicando o no y si están alcanzando los objetivos deseados.

## **Informe de auditoría médica**

Los informes de auditoría médica son documentos producidos de forma escrita con lenguaje sencillo y sin ambigüedad que contienen dictámenes (poseen valor legal) en donde se destacan los hallazgos. No es un informe para enjuiciar o acusar sino para corregir un proceso. Los datos principales del informe de auditoría se presentan a continuación:

- Fecha de la auditoría
- Información del destinatario
- Área y/o servicios auditados
- Nombre de los auditados y títulos profesionales
- Datos sobre observaciones realizadas de acuerdo a las guías o normas de procedimientos establecidos en la institución de salud.
- Documentos analizados en la auditoría
  - ✓ facturas, expedientes médicos, contratos, otros



Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### **Ejercicio de práctica 4**

*Instrucciones: Coloque en orden de secuencia (1 al 4) las etapas en los procesos de un programa de auditoría médica. Coteja tus contestaciones con la clave que aparece al final de este módulo.*

\_\_\_\_\_ Presentación de resultados

\_\_\_\_\_ Planificación

\_\_\_\_\_ Seguimiento

\_\_\_\_\_ Análisis e interpretación

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### **Ejercicio para calificar 4**

*Instrucciones: Selección múltiple. Selecciona la respuesta correcta. Utiliza tu hoja de contestaciones.*

- \_\_\_\_\_ 26. Contienen dictámenes en los que se destacan los hallazgos.
- a. Informes de valor legal
  - b. Informes de acción correctiva
  - c. Informes de auditoría
  - d. Informes de facturación
- \_\_\_\_\_ 27. Los informes de auditoría sirven para
- a. corregir una reclamación
  - b. corregir un proceso
  - c. corregir la planificación
  - d. corregir datos del paciente
- \_\_\_\_\_ 28. Etapa del proceso de auditoría en la que se determinan los objetivos y el alcance.
- a. análisis e interpretación de resultados
  - b. planificación
  - c. seguimiento
  - d. presentación de resultados
- \_\_\_\_\_ 29. Etapa del proceso de auditoría en la que se examina y evalúa la información de los datos que se seleccionaron.
- a. análisis e interpretación
  - b. etapa 4
  - c. etapa 1
  - d. etapa 2
- \_\_\_\_\_ 30. Es lo que se determina en la etapa de seguimiento
- a. hallazgos
  - b. informes
  - c. acciones correctivas
  - d. presentación de resultados

## Lección 5: Auditoría en oficinas médicas



### Instrucciones:

*Esta es la lección de auditoría en oficinas médicas. Tendrás la oportunidad de leer y analizar toda la información que aparece a continuación. Completa el ejercicio de práctica y coteja tus contestaciones con la clave que aparece al final de este módulo. Al finalizar la lección, encontrarás un ejercicio de evaluación que deberás completar en tu hoja de contestaciones.*



### Objetivos:

- *Mencionar los tipos de auditoría en la oficina médica.*
- *Diferenciar la auditoría de expedientes médicos de la auditoría de procesos de facturación y reconciliación.*



**Tiempo de trabajo:** 2 días

## Introducción

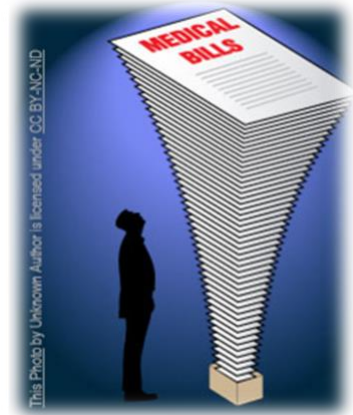
La oficina médica es un centro de salud que requiere la realización de auditorías internas y externas periódicamente. La reconciliación y la auditoría de cuentas médicas son los elementos claves para la salud financiera de la oficina médica. Para ello, identificaremos los tipos de auditoría, específicamente en la oficina médica.

### Tipos de auditoría en la oficina médica

1. **Auditoría de expedientes médicos** – Es el análisis crítico y sistemático del expediente, incluyendo evaluación de estructura (partes y componentes), datos y documentos requeridos (pre-autorizaciones). Además, analiza el cumplimiento de códigos de diagnósticos y procedimientos correspondientes de acuerdo a los servicios prestados al paciente.



2. **Auditoría de procesos de facturación médica** – Es el análisis del proceso de facturación médica. Se analiza el cumplimiento de la emisión de reclamaciones, calidad de las reclamaciones, códigos de diagnósticos y procedimientos de acuerdo a los servicios realizados al paciente. Se evalúan los servicios prestados a pacientes versus las reclamaciones a los planes médicos.



3. **Auditoría de procesos de reconciliación de servicios facturados** (cuentas médicas) – Se evalúa e informa procedimiento brindado al paciente y el status del mismo (pendiente de pago, denegado, ajuste, no procesable). Se determina las razones para el status de las facturas. Algunas de las razones son: errores en codificación, reclamaciones incompletas, errores en documentación, no elegibilidad del paciente, reclamación emitida fuera del periodo contractual (periodo de contrato).

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Ejercicio de práctica 5

*Instrucciones: Clasifique. Clasifica de acuerdo al tipo de auditoría. Coteja tus contestaciones con la clave que aparece al final de este módulo.*

- a) Auditoría de expedientes médicos
- b) Auditoría de procesos de facturación médica
- c) Auditoría de procesos de reconciliación de servicios facturados

- \_\_\_\_\_ 1. Analiza el cumplimiento de códigos de diagnósticos y procedimientos correspondientes de acuerdo a los servicios prestados al paciente.
- \_\_\_\_\_ 2. Se evalúan los servicios prestados a pacientes versus las reclamaciones a los planes médicos.
- \_\_\_\_\_ 3. Analiza el cumplimiento de la emisión de reclamaciones, calidad de las reclamaciones, códigos de diagnósticos y procedimientos de acuerdo a los servicios realizados al paciente.
- \_\_\_\_\_ 4. Se evalúa e informa procedimiento brindado al paciente y el status del mismo (pendiente de pago, denegado, ajuste, no procesable, etc.).
- \_\_\_\_\_ 5. Análisis crítico y sistemático que incluye evaluación de estructura (partes y componentes), datos y documentos requeridos (pre-autorizaciones).



Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### **Ejercicio para calificar 5**

*Instrucciones: Cierto o falso. Contesta con una **A** si la aseveración es cierta y con una **B**, si es falsa. Utiliza tu hoja de contestaciones.*

- \_\_\_\_\_ 31. La auditoría de expedientes médicos incluye el análisis de la facturación médica.
- \_\_\_\_\_ 32. En la auditoría de reconciliación de servicios facturados, se determina las razones para el status de las facturas.
- \_\_\_\_\_ 33. Es en la auditoría de facturación que se evalúan los servicios prestados a pacientes versus las reclamaciones a los planes médicos.
- \_\_\_\_\_ 34. En la auditoría de expedientes, se evalúa e informa el procedimiento brindado al paciente y el status del mismo (pendiente de pago, denegado, ajuste, no procesable).
- \_\_\_\_\_ 35. En la auditoría de procesos de reconciliación se detectan errores que atrasan el pago de facturas.

## Lección 6: Ley de pago puntual



### Instrucciones:

*Esta es la lección de la ley de pago puntual. Tendrás la oportunidad de leer y analizar toda la información que aparece a continuación. Completa el ejercicio de práctica y coteja tus contestaciones con la clave que aparece al final de este módulo. Al finalizar la lección, encontrarás un ejercicio de evaluación que deberás completar en tu hoja de contestaciones.*



### Objetivos:

- *Identificar los términos de reclamación y pagos de acuerdo a la Ley de Pago Puntual.*
- *Distinguir entre las reclamaciones procesables y no procesables para pago de acuerdo a la Ley de Pago Puntual.*



**Tiempo de trabajo:** 2 días

## Introducción

La ley número 150 del 27 de julio de 2011, enmendó lo que conocemos como la **Ley de Pago Puntual** (Ley 104 del año 2002) modificando los términos de reclamación y pagos.

### ¿Por qué existe la Ley de Pago Puntual?

Con la aprobación de la Ley de Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico mejor conocida por sus siglas como ASES (1993) aumentó el proceso de pago de reclamaciones. Por esto surgieron situaciones como las siguientes:

- Pago tardío
- Incumplimientos contractuales (de contratos)
- Ofertas de pago por debajo de la cantidad reclamada
- Falta de pago por insolvencia económica



Los proveedores optaron por no trabajar con algunas aseguradoras. Estas a su vez aumentaron los costos de sus primas de seguro de salud. El gobierno de Puerto Rico reconoció la necesidad de regular la prestación de servicios de salud para todos los puertorriqueños y reglamentar el pago oportuno (a tiempo) a los proveedores de salud. Para esto, diseñaron un modelo dentro de un esquema responsable de cobro y pago que se presenta a continuación.



## Término para el Pago de Reclamaciones

Ley número 150 del 27 de julio de 2011

Reclamaciones procesables para pago	Reclamaciones NO procesables para pagos
<p>Proveedor <b>somete reclamaciones de pago por servicios prestados dentro de los noventa (90) días siguientes de haber prestado los mismos.</b></p>	<p><b>Asegurador</b> tiene treinta (30) días para objetar. De lo contrario, se entiende que la reclamación es procesable. Debe informar por escrito o por medios electrónicos.</p>
<p>Asegurador <b>está obligado a pagar en su totalidad toda la reclamación procesable para pago dentro de treinta (30) días a partir del recibo de la reclamación.</b></p>	<p><b>Proveedor</b> debe responder la misma dentro de los siguientes veinte (20) días. Proveedor resomete la reclamación y asegurador debe pagar a los 30 días luego de recibirla.</p>
<p><b>Cualquier reclamación procesable que no se pague dentro del término dispuesto, devengará intereses a favor del proveedor.</b></p>	<p>Si el asegurador se equivoca y notifica erróneamente una reclamación como no procesable, el término de los 30 días no se interrumpe.</p>

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### **Ejercicio de práctica 6**

*Instrucciones: De acuerdo a la Ley de Pago Puntual, indique si el proceso está correcto (A) o incorrecto (B). Coteja tus contestaciones con la clave que aparece al final de este módulo.*

- \_\_\_\_\_ 1. El proveedor sometió la reclamación a los 95 días del servicio prestado.
- \_\_\_\_\_ 2. El asegurador objetó la reclamación a los 25 días de haberla recibido.
- \_\_\_\_\_ 3. El asegurador pagó una reclamación procesable para pago a los 20 días de recibirla.
- \_\_\_\_\_ 4. El proveedor resometió una reclamación no procesable para pago en 10 días luego de recibida.
- \_\_\_\_\_ 5. La reclamación anterior, el asegurador la pagó a los 35 días de recibirla.
- \_\_\_\_\_ 6. El asegurador tuvo que pagar intereses de una reclamación procesable pagada luego del término de tiempo.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Ejercicio para calificar 6

*Instrucciones: Lee y analiza los sucesos que están en orden de secuencia. Luego contesta el ejercicio de selección múltiple. Utiliza tu hoja de contestaciones.*

- ✓ El asegurador (plan médico) recibió del proveedor una reclamación el 2 de septiembre de 2019.
- ✓ El asegurador (plan médico) la devolvió como una reclamación no procesable el día 21 de septiembre de 2019.
- ✓ El asegurador (plan médico) recibió del proveedor el 22 de septiembre de 2019 la factura porque proveedor insiste que el asegurador se equivocó al catalogarla como no procesable.
- ✓ El asegurador la analiza y determina que **sí** era procesable y que por equivocación la devolvió como no procesable.

\_\_\_\_\_ 36. Luego de los sucesos anteriores, indique la cantidad de días que tiene el asegurador (plan médico) para pagar.

- a. 10 días
- b. 20 días
- c. 50 días
- d. 40 días

## Unidad II: Denegaciones

### Estándares:

1. Manejar el uso de los recursos financieros para asegurar la estabilidad de un negocio de facturación de planes médicos.

### Competencias:

Al finalizar el estudio de esta unidad, se espera que el estudiante domine las siguientes competencias propias del curso de Contabilidad con Auditoría y Reconciliación de Cuentas Médicas:

1. Analiza las reclamaciones denegadas.
2. Utiliza el protocolo establecido para las apelaciones y sus respectivos niveles.

### Objetivos de aprendizaje:

Al finalizar la unidad Denegaciones, el estudiante será capaz de:

1. Adquirir conocimientos sobre la denegación, las apelaciones y sus niveles.
2. Reconocer la aplicación correspondiente en cada apelación.
3. Seleccionar el nivel administrativo de la apelación para determinar el grado de denegación.

**Tiempo de trabajo:** 2 semanas

### Instrucciones:

A continuación, presentamos la segunda unidad: Denegaciones. En la segunda unidad podrás descubrir el proceso para corregir las reclamaciones denegadas. La misma consta de una lección con sus objetivos y una especificación del tiempo de duración para cada una. En la lección encontrarás una introducción y las secciones de la misma. Luego completarás los ejercicios de práctica cotejando los mismos con la clave de las contestaciones. Para comprobar tu aprendizaje, completarás el ejercicio de evaluación (para calificar), utilizando la hoja de contestaciones provista.

## Lección 7: Denegaciones de reclamaciones



### Instrucciones:

*Esta es la lección de denegaciones de reclamaciones. Tendrás la oportunidad de leer y analizar toda la información que aparece a continuación. Completa el ejercicio de práctica y coteja tus contestaciones con la clave que aparece al final de este módulo. Al finalizar la lección, encontrarás un ejercicio de evaluación que deberás completar en tu hoja de contestaciones.*



### Objetivos:

- *Definir el concepto reclamación denegada y apelación.*
- *Enumerar los pasos para evitar denegaciones y hacer apelaciones.*
- *Seleccionará el nivel administrativo de la apelación para determinar el grado de denegación.*



**Tiempo de trabajo:** 10 días

## Introducción

Es importante que recordemos que la reclamación (*claim*) es el formulario que se envía a las aseguradoras de servicios médicos para el pago de beneficios. El proveedor somete reclamaciones de pago por servicios prestados dentro de los noventa (90) días siguientes de haber prestado los mismos. El asegurador tiene treinta (30) días para objetar si identifica que la reclamación no es procesable para pago. A continuación, estudiaremos en qué consiste la denegación de una reclamación por parte del asegurador (plan médico).

### ¿Qué es una reclamación denegada?

Una reclamación denegada es aquella que le falta información requerida. A diferencia de una reclamación inválida que es aquella que contiene información completa pero ilógica e incorrecta.



## Pasos para evitar denegaciones

- Verificar elegibilidad del paciente. Es necesario revisar si el paciente está en un plan Medicare o si el paciente tiene una cubierta para otro plan primario a Medicare.
- Si el proveedor descubre que el paciente no tiene servicio cubierto por Medicare debe completar una notificación adelantada al beneficiario (ABN).
  - El ABN es un aviso que se envía a los beneficiarios del plan original de Medicare para informar que Medicare no cubrirá un servicio específico.

## ¿Qué es una apelación?

Es el proceso de apelar una decisión de una notificación final en una reclamación por servicios médicos. Una notificación final significa que la factura fue totalmente pagada, fue pagada parcialmente o fue denegada. El beneficiario o el suplidor tienen el derecho de apelar la decisión.



## Proceso de apelación de facturas denegadas

El proceso de apelaciones es ofrecer al médico, hospital y/o paciente con casos de facturas denegadas, la oportunidad de reevaluar cada caso en particular. La solicitud de reevaluación debe ser por escrito en un término de 5 hasta 30 días laborables a partir de la fecha de la denegación.

### Datos relevantes de la carta de reevaluación

- Nombre del paciente y número de contrato
- Fecha de servicio
- Nombre del procedimiento o estudio solicitado





- Razones que justifiquen la reevaluación del estudio, procedimiento médico o servicio de salud
- Anejos del expediente médico que evidencien el servicio denegado.

## Reapertura

La reapertura administrativa es un recurso disponible para atender los errores administrativos que ocurren cuando existen:

- códigos de diagnósticos o procedimientos transpuestos
- errores de cómputos
- entrada incorrecta de datos
- selección de una tarifa inadecuada, reclamaciones duplicadas o errores en el sistema de computadoras
- información incorrecta como número de proveedor, fecha de servicio y uso del modificador incorrecto

Una vez el proveedor identifica el error, puede someter una solicitud de reapertura telefónica a través del sistema de respuesta automática.

## Niveles de apelación

**Nivel I: Redeterminación** – Cuando el personal de Medicare o un fiscal intermediario revisan la reclamación. Este personal que revisa la reclamación es distinto al que tomó la determinación inicial de la reclamación. La redeterminación debe ser solicitada por escrito.

**Nivel II: Reconsideración** – La reconsideración debe ser conducida por un contratista independiente. Esta redeterminación surge cuando una de las partes solicita una reconsideración por insatisfacción.

**Nivel III:** Audiencia con un juez administrativo - Una vez surge la redeterminación, una de las partes de la reconsideración puede solicitar una audiencia con un juez administrativo dentro de los 60 días de la reconsideración.

**Nivel IV: Concilio de apelaciones** – Si una parte de una audiencia no está satisfecha con la decisión, la parte puede solicitar una revisión por el Concejo de Apelaciones de Medicare. No existen requisitos concernientes a la cantidad de dinero en controversia. La solicitud para la revisión del Concejo de Apelaciones de Medicare debe ser enviada por escrito dentro de 60 días del recibo de la decisión y debe especificar los asuntos y hallazgos que están siendo impugnados.

**Nivel V: Revisión judicial** – Luego de la revisión por el Concejo de Apelaciones de Medicare, si \$1,260 o más todavía están en controversia, una parte puede solicitar una revisión judicial ante un juez de la Corte de Distrito Federal. El apelante debe solicitar una audiencia de Corte de Distrito Federal dentro de 60 días del recibo de la decisión del Concejo de Apelación de Medicare.



Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### **Ejercicio de práctica 7**

*Instrucciones: Cierto o falso. Contesta con una **A** si la aseveración es cierta y con una **B**, si es falsa. Coteja tus contestaciones con la clave que aparece al final de este módulo.*

- \_\_\_\_\_ 1. La reclamación (*claim*) es el formulario que se envía a los proveedores para el pago de beneficios.
- \_\_\_\_\_ 2. Una reclamación denegada es aquella que le falta información requerida.
- \_\_\_\_\_ 3. La apelación se hace luego de obtener una notificación final.
- \_\_\_\_\_ 4. Los códigos de diagnósticos o procedimientos transpuestos son un ejemplo de errores administrativos.
- \_\_\_\_\_ 5. Existen cuatro niveles de apelación.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Ejercicio para calificar 7

*Instrucciones: Pareo. Parea los conceptos que se presentan a continuación con las alternativas de la parte inferior. Utiliza tu hoja de contestaciones.*

- a) reclamación denegada
- b) reclamación inválida
- c) apelación
- d) reapertura administrativa

\_\_\_\_\_ 37. falta información requerida

\_\_\_\_\_ 38. contiene información completa pero ilógica e incorrecta

\_\_\_\_\_ 39. proceso de apelar una decisión de una notificación final en una reclamación por servicios médicos

\_\_\_\_\_ 40. recurso disponible para atender los errores administrativos

## **Unidad III: Códigos de remesa**

### **Estándares:**

1. Manejar el uso de los recursos financieros para asegurar la estabilidad de un negocio de facturación de planes médicos.

### **Competencias:**

Al finalizar el estudio de esta unidad, se espera que el estudiante domine las siguientes competencias propias del curso de Contabilidad con Auditoría y Reconciliación de Cuentas Médicas:

1. Conduce un análisis de los códigos de remesa para tomar decisiones apropiadas para el negocio de facturación de planes médicos.

### **Objetivos de aprendizaje:**

Al finalizar la unidad Códigos de remesa, el estudiante será capaz de:

1. Reconocer los códigos de remesa establecidos por Medicare.
2. Identificar los códigos de remesa.
3. Cotejar cada remesa para tomar decisiones correctas

**Tiempo de trabajo:** 2 semanas

### **Instrucciones:**

A continuación, presentamos la tercera unidad: Códigos de remesa. En la tercera unidad podrás descubrir la función de los códigos de remesa al analizar los “vouchers”. La misma consta de una lección, objetivos y una especificación del tiempo de duración. En la lección encontrarás una introducción y las secciones de la misma. Luego completarás el ejercicio de práctica cotejando los mismos con la clave de las contestaciones. Para comprobar tu aprendizaje, completarás el ejercicio de evaluación (para calificar), utilizando la hoja de contestaciones provista.

## Lección 8: Códigos de remesa



### Instrucciones:

*Esta es la lección de denegaciones de reclamaciones. Tendrás la oportunidad de leer y analizar toda la información que aparece a continuación. Completa el ejercicio de práctica y coteja tus contestaciones con la clave que aparece al final de este módulo. Al finalizar la lección, encontrarás un ejercicio de evaluación que deberás completar en tu hoja de contestaciones.*



### Objetivos:

- *Explicar el propósito de los códigos de remesa.*
- *Mencionará la función del sistema de códigos de remesa en las remesas de pago (“vouchers”).*
- *Identificará los códigos de remesa más utilizados.*



**Tiempo de trabajo:** 10 días

## Introducción

En el ciclo de eventos de la facturación, el proveedor recibe las remesas de pago mejor conocidas como “vouchers” una vez el seguro médico evalúa las reclamaciones. El proveedor recibirá las remesas de pago con las facturas pagadas y con las facturas denegadas. Para ello existe un sistema de códigos de remesa que ayudará a analizar las facturas pagadas o denegadas.

## Remesas en papel y electrónicas

Tanto las remesas en papel SPR (standard paper remittance), como las electrónicas ERA (electronic remittance advice), notifican a los proveedores, facturadores y abastecedores acerca de sus pagos y ajustes de reclamaciones. Estas notificaciones electrónicas proporcionan la misma información que se encuentra en la SPR, así como información adicional, que incluye datos adicionales y eficiencia administrativa que no están disponibles en una SPR. El



uso de la ERA ahorra tiempo y aumenta la productividad al proporcionar información de ajuste de pago electrónico que es portátil, reutilizable, recuperable y almacenable. La efectividad puede ser intercambiada entre los socios con mucha mayor facilidad que una remesa de pago en papel.

Las remesas serán recibidas directamente al centro de salud, compañía de facturación contratada por el proveedor de servicios médicos o cualquier otra entidad que represente al proveedor. El Centro de Servicios de Medicare y Medicaid desarrolló una aplicación libre de costo llamada Medicare Remit Easy Print (MREP) que proporciona una herramienta a los proveedores para leer e imprimir una remesa de pago desde el archivo electrónico conocido con el nombre de “Transacción 835”.

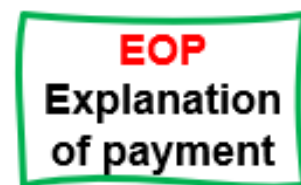
### ¿Cómo se genera una ERA y cómo puede visualizarse la información?



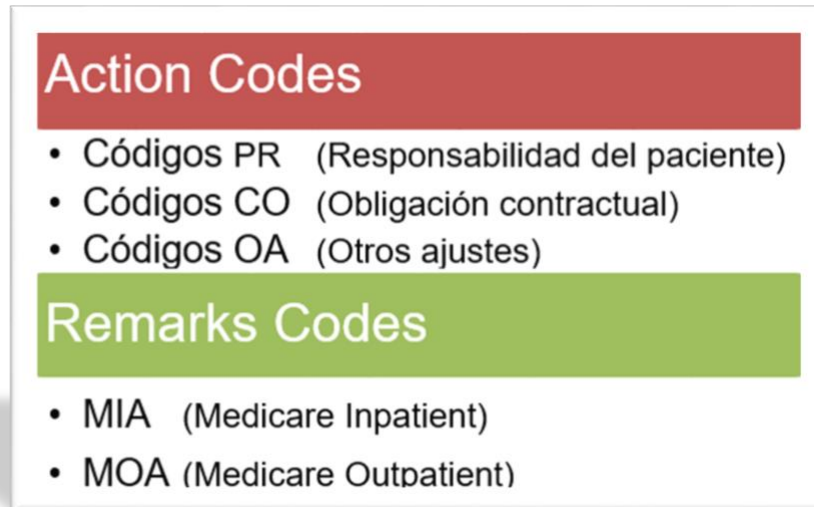
- El archivo no se lee fácilmente y debe ser convertido a un formato legible.
- Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) proporcionan un software gratuito para que usted lo pueda descargar, ver e imprimir copias duplicadas de las remesas electrónicas de la Parte A y la Parte B cuando desee.
- Si las reclamaciones son transmitidas electrónicamente, hay que completar una hoja de inscripción de intercambio electrónico de datos (EDI) por sus siglas en inglés antes de descargar el software gratis.

### Explicación de pago (EOP – Explanation of payment)

La explicación de pago es un documento que identifica al paciente y el pago por el servicio brindado. La EOP ayuda en el proceso de reconciliación que es cuando se comparan las facturas pagadas con lo facturado. Al identificar qué facturas fueron denegadas podemos iniciar el proceso de corregir la reclamación.



Aunque existen las remesas electrónicas, existen proveedores que las reciben en papel. Los códigos para la lectura de remesas en papel son “Action Codes”, “Remarks Codes”, y “MIA / MOA Codes”.



## Action codes

Son códigos que definen la acción que se tomó en relación a la reclamación o a una línea de la reclamación en particular.

### Códigos PR - (Responsabilidad del paciente)

Se refiere a la responsabilidad financiera del beneficiario o de su Medigap/Suplementario. El deducible y co-aseguro son responsabilidad del paciente. A continuación, presentamos algunos códigos PR.

1. Cantidad de deducible
2. Cantidad de coaseguro
3. Cantidad de copago
4. El código de procedimiento es contradictorio al modificador o falta un modificador requerido.
5. El código de procedimiento o el tipo de factura es contradictorio con el lugar de servicio.



6. El código de procedimiento es contradictorio con la edad del paciente.
7. El código de procedimiento es contradictorio con el sexo del paciente.
8. El código de procedimiento es contradictorio con el tipo de proveedor.
9. El diagnóstico es contradictorio con la edad del paciente.
10. El código de procedimiento es contradictorio con el procedimiento
11. La fecha de la muerte precede a la fecha del servicio.
12. La fecha del nacimiento es posterior a la fecha del servicio.

### **Códigos CO - (Obligación contractual).**

Se utilizan para identificar cantidades en exceso por los cuales la ley prohíbe el pago de Medicare y releva al beneficiario de cualquier responsabilidad

### **Códigos OA (Otros Ajustes)**

Se utiliza cuando no apliquen los códigos PR o CO, ya que el mensaje indica que la reclamación se pagó en su totalidad.

### **Remarks codes**

Estos explican detalladamente el porqué o cuál información específica está omitida en la reclamación.

### **Remarks codes MIA (Medicare Inpatient) / MOA (Medicare Outpatient)**

Los códigos especiales que Medicare usa para notificar errores de reclamaciones se conocen como “Códigos de Adjudicación Medicare en Servicios a Pacientes Hospitalizados como Ambulatorios”. Los códigos de observación de Medicare MIA / MOA se utilizan para transmitir información de apelación y otra información específica de la reclamación que no implica un ajuste financiero.

A continuación, presentamos los “remarks codes” más utilizados.

### Códigos MOA (Medicare Outpatient)

CÓDIGOS	DESCRIPCIÓN DEL CÓDIGO
M51	El o los código(s) de procedimiento y tarifas están incompletas o inválidas.
M52	La(s) fecha(s) de servicio está(n) incompleta(s) o inválida(s).
M53	No se presentó el número de días o unidad(es) de servicio(s).
M76	El diagnóstico y condición del paciente incompletos o inválidos.
M77	El lugar de servicio está completo o inválido.
M78	No se completó o se indicó correctamente un modificador.
M79	No se completó o se indicó el cargo correspondiente por cada servicio reclamado.

### Códigos MIA (Medicare Inpatient)

CÓDIGOS	DESCRIPCIÓN DEL CÓDIGO
MA58	El indicador de divulgación de información está incompleto o inválido.
MA60	La relación del paciente con el asegurado está incompleta o inválida.
MA61	No se completó o no se indicó correctamente el número de seguro social o número de medicare del paciente.
MA75	Nuestros récords indican que ni la firma del paciente o su representante autorizado fue sometida en la reclamación.
MA81	Nuestros récords indican que la firma del médico o suplidor no fue sometida en la reclamación.
MA83	No indicó si Medicare es el pagador primario o secundario.
MA100	No se indicó correctamente la fecha de enfermedad actual, lesión o embarazo.
MA112	Nuestros récords indican que el médico/suplidor quien provee el servicio es un miembro de un grupo, pero no llenó correctamente o no indicó el número del PIN asignado.
MA114	No completó o indicó correctamente el nombre y la dirección, o el número del PIN asignado de la entidad o facilidad en donde se ofrecieron los servicios.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Ejercicio de práctica 8

*Instrucciones: Pareo. Parea los conceptos que se presentan a continuación con las alternativas de la parte inferior. Coteja tus contestaciones con la clave que aparece al final de este módulo.*

- a) proveedor
- b) seguro médico
- c) explicación de pago (EOP)
- d) MIA / MOA Codes
- e) remesas de pago
- f) códigos para la lectura de remesas

- \_\_\_\_\_ 1. Informes de pago (“vouchers”)
- \_\_\_\_\_ 2. Recibe las remesas de pago con facturas pagadas y denegadas.
- \_\_\_\_\_ 3. Evalúa las reclamaciones.
- \_\_\_\_\_ 4. “action codes”, “remarks Codes” y “MIA / MOA Codes”.
- \_\_\_\_\_ 5. Códigos especiales que Medicare usa para notificar errores de reclamaciones.
- \_\_\_\_\_ 6. Documento que identifica al paciente y el pago por el servicio brindado.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Ejercicio para calificar 8

*Instrucciones: Pareo. Páree los conceptos que se presentan a continuación con las alternativas de la parte inferior. Utiliza tu hoja de contestaciones.*

- a) Primer paso de reconciliación
- b) Segundo paso de reconciliación
- c) Tercer paso de reconciliación
- d) Cuarto paso de reconciliación

- \_\_\_\_\_ 41. Identificar qué facturas fueron denegadas utilizando el EOP para reconciliar.
- \_\_\_\_\_ 42. Proveedor recibirá las remesas de pago con las facturas pagadas y con las facturas denegadas.
- \_\_\_\_\_ 43. Proveedor analiza las facturas pagadas o denegadas con el sistema de códigos "action codes", "remarks Codes" y "MIA/MOA Codes".
- \_\_\_\_\_ 44. Iniciar proceso de corrección de facturas denegadas.

## **Unidad IV: Reclamaciones**

### **Estándares:**

1. Manejar el uso de los recursos financieros para asegurar la estabilidad de un negocio de facturación de planes médicos.

### **Competencias:**

Al finalizar el estudio de esta unidad, se espera que el estudiante domine las siguientes competencias propias del curso de Contabilidad con Auditoría y Reconciliación de Cuentas Médicas:

1. Analiza las transacciones para las reclamaciones pertinentes a las aseguradoras de servicios médicos.
2. Realiza el proceso de reconciliación de las cuentas médicas.

### **Objetivos de aprendizaje:**

Al finalizar la unidad Reclamaciones, el estudiante será capaz de:

1. Reconocer los conceptos relacionados al proceso de reconciliación de cuentas médicas.
2. Explicar el proceso de una reconciliación.
3. Mencionar el propósito de una petición de ajuste.
4. Diferenciar entre reclamaciones procesables para pago y las no procesables para pago.

**Tiempo de trabajo:** 3 semanas

### **Instrucciones:**

A continuación presentamos la cuarta unidad: Reclamaciones. En la cuarta unidad podrás descubrir el proceso de las reclamaciones. La misma consta de una lección, objetivos y una especificación del tiempo de duración. En la lección encontrarás una introducción y las secciones de la misma. Luego completarás el ejercicio de práctica cotejando los mismos con la clave de las contestaciones. Para comprobar tu aprendizaje, completarás el ejercicio de evaluación (para calificar), utilizando la hoja de contestaciones provista.

## Lección 9: Tipos de reclamaciones



### Instrucciones:

*Esta es la lección de tipos de reclamaciones. Tendrás la oportunidad de leer y analizar toda la información que aparece a continuación. Completa el ejercicio de práctica y coteja tus contestaciones con la clave que aparece al final de este módulo. Al finalizar la lección, encontrarás un ejercicio de evaluación que deberás completar en tu hoja de contestaciones.*



### Objetivos:

- Definir los conceptos reclamación y reconciliación
- Mencionar los tipos de reclamaciones
- Identificar las herramientas para reconciliar.



**Tiempo de trabajo:** 7 días

## ¿Qué es una reclamación?

Una reclamación es el formulario que se envía a las aseguradoras de servicios médicos para el pago de beneficios a los proveedores. Existen las reclamaciones procesables para pagos y las no procesables para pago o denegadas. Cada seguro de salud (plan médico) tiene sus políticas de reclamación y su sistema de codificación para denegaciones.

## ¿Qué es una reconciliación?

La reconciliación es el proceso por el cual se verifica que la cantidad recibida por los servicios médicos ofrecidos sea correcta, según las facturas enviadas para cobrar los servicios médicos con tarifas acordadas con el plan médico. Se realiza con la explicación de pago (EOP- *explanation of payment*). Es el paso final del ciclo de facturación antes de la auditoría. De esta manera podemos identificar los errores que provocaron las

denegaciones. El facturador debe tener algunas herramientas que serán de utilidad para lograr el éxito en el cobro solicitado.

## **Tipos de reclamaciones**

1. Reclamaciones procesables para pago – Son facturas “limpias” recibidas por los planes médicos las cuales contienen toda la información necesaria y correcta para procesarla de forma rápida. El proveedor somete la reclamación de pago por servicios prestados dentro de los noventa (90) días siguientes de haber prestado los mismos. El plan médico está obligado a pagar en su totalidad toda la reclamación procesable para pago dentro de treinta (30) días a partir del recibo de la reclamación. Todo facturador debe tener evidencia de las facturas reclamadas y enviadas para dar seguimiento a las reclamaciones.
2. Reclamaciones no procesables para pago (denegadas) – Son facturas que serán devueltas por el plan médico al proveedor. El plan médico tiene treinta (30) días para objetar. De lo contrario, se entiende que la reclamación es procesable. Debe informar por escrito o por medios electrónicos.
3. Reclamaciones pendientes de pago – Son reclamaciones que tienen más de 30 días de sometidas al plan médico sin ser pagadas o denegadas.

## **Herramientas para reconciliar**

1. Remesas (“vouchers”) – Las remesas de pago son informes de pago que fueron estandarizados como parte del CMS (Centro de Servicios de Medicare y Medicaid) para eliminar las variaciones en la administración de Medicare a través de la nación y proveer a todos los proveedores de la salud un nivel uniforme de información sobre las decisiones tomadas en las reclamaciones.
2. Historial de pago – El historial de pago es un documento que se solicita al plan médico para evidenciar las facturas y transacciones realizadas. También se conoce como informe de envejecimiento (“aging”). Si la factura reclamada aparece pagada según el historial de pago del plan médico y estamos seguros de que no la hemos recibido, entonces debemos solicitar al plan médico una investigación para ver si enviaron el pago al proveedor correcto.

3. Acuse de recibo – Informe que detalla las reclamaciones realizadas al seguro médico. El mismo está disponible no más tardar del próximo día laborable a través del sistema electrónico provisto por los planes médicos. Estos informes deben ser archivados ya que son una herramienta de suma importancia al momento de realizar auditorías y procesos de ajustes de facturas denegadas.
4. Informe de auditoría reciente o retroactivo - Documento producido de forma escrita con lenguaje sencillo y sin ambigüedad que contiene dictámenes (poseen valor legal) en donde se destacan los hallazgos. No es un informe para enjuiciar o acusar sino para corregir un proceso incorrecto.
5. Políticas de cada uno de los seguros de salud – Son normas del plan médico que deben parrear con los procedimientos de cobro realizados por el proveedor.



Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### **Ejercicio de práctica 9**

*Instrucciones: Cierto o falso. Contesta con una **A** si la aseveración es cierta y con una **B**, si es falsa. Coteja tus contestaciones con la clave que aparece al final de este módulo.*

- \_\_\_\_\_ 1. Con la explicación de pago se identifican los errores que provocaron la denegación de la reclamación.
- \_\_\_\_\_ 2. La reconciliación es el método de cobro al plan médico.
- \_\_\_\_\_ 3. La reconciliación se realiza luego de la auditoría.
- \_\_\_\_\_ 4. Las facturas "limpias" son las que se consideran procesables para pago.
- \_\_\_\_\_ 5. Las reclamaciones denegadas son devueltas por el proveedor.
- \_\_\_\_\_ 6. Las reclamaciones pendientes de pago, tienen más de 30 días sin ser pagadas o denegadas.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Ejercicio para calificar 9

*Instrucciones: Selección múltiple. Selecciona la respuesta correcta. Utiliza tu hoja de contestaciones.*

- \_\_\_\_\_ 45. Son informes de pago que se envían a los proveedores de servicios de salud
- a. reclamaciones
  - b. "vouchers"
  - c. acuse de recibo
- \_\_\_\_\_ 46. Es quien emite los acuses de recibo
- b. proveedor de servicios de salud
  - c. aseguradoras
  - d. auditores
- \_\_\_\_\_ 47. Son informes que detallan las reclamaciones enviadas al seguro médico
- a. acuses de recibo
  - b. acuses de reclamaciones
  - c. acuses de auditoría
- \_\_\_\_\_ 48. Son herramientas para reconciliar
- a. remesas de pago, informes de auditoría, políticas de los seguros
  - b. vouchers, informes de auditoría, políticas de los proveedores
  - c. remesas de pago, informes de los seguros, políticas de la oficina médica

## Lección 10 Proceso de reconciliación



### **Instrucciones:**

*Esta es la lección de Proceso de reconciliación. Tendrás la oportunidad de leer y analizar toda la información que aparece a continuación. Completa el ejercicio de práctica y coteja tus contestaciones con la clave que aparece al final de este módulo. Al finalizar la lección, encontrarás un ejercicio de evaluación que deberás completar en tu hoja de contestaciones.*



### **Objetivos:**

- Repasar los eventos del ciclo de facturación previos a la reconciliación.
- Mencionar los pasos del proceso de reconciliación de cuentas médicas.
- Explicar el procedimiento para petición de ajuste.



**Tiempo de trabajo:** 8 días

## **Introducción**

Luego de crear la reclamación manual o electrónica, la misma debe ser revisada y sometida dentro de los noventa (90) días siguientes de haber prestado los servicios médicos. Luego, el seguro médico está obligado a pagar en su totalidad toda la reclamación procesable para pago dentro de treinta (30) días a partir del recibo de la misma. Si surge una denegación, entonces el proveedor debe responder la misma dentro de los siguientes veinte (20) días. Proveedor resomete la reclamación y asegurador debe pagar a los 30 días luego de recibirla. A continuación, se detalla el proceso de reclamaciones.

## **Eventos del ciclo de facturación previos al proceso de reconciliación**

1. Validación del seguro del paciente
2. Realizar la reclamación (factura) manual o electrónica
3. Revisión de datos de la reclamación (factura) manual o electrónica

4. Evaluación de la reclamación (factura) manual o electrónica por parte del seguro médico.
5. Proveedor recibe las remesas de pago.



## Proceso de reconciliación

1. Revisar el informe de confirmación (acuse) de recibo que incluye las facturas enviadas, aceptadas y denegadas o rechazadas. Este documento representa una evidencia de las facturas transmitidas y recibidas por el seguro médico.
2. Identificar en el acuse, las facturas denegadas por errores y las aceptadas.
3. Iniciar proceso de **reconciliación**. Para este proceso se recomienda tener a mano los siguientes documentos:
  - contratos de proveedores con seguros médicos
  - condiciones de contratación
  - tarifas de pago
  - contratos negociados por capitación, por tarifas fijas o contratadas

4. Revisar las tarifas pagadas y hacer un pareo con las tarifas negociadas.
5. Si la tarifa no fue pagada, está en cero o el pago no es el correcto, la reclamación se presenta nuevamente para el ajuste o pago correspondiente. Sin embargo, hay que verificar si el asegurado tiene un plan secundario con el cual exista una coordinación de beneficios.
6. Si el plan primario deniega la factura y existe coordinación de beneficios con un plan secundario, e debe generar una factura al plan secundario del paciente.

### **¿Qué es una petición de ajuste?**

Luego de realizada la reconciliación (revisar las tarifas pagadas y hacer un pareo con las tarifas negociadas), se hace un informe de petición de ajuste si fuera necesario. La petición de ajuste es la acción por la cual un proveedor de servicios médicos puede resometer facturas denegadas o facturas que se han pagado parcialmente. En los seguros médicos establecidos en Puerto Rico, el proveedor tiene el derecho de solicitar que se evalúen los casos denegados, en cero o pagados parcialmente en un periodo no mayor a 20 días a partir de la fecha de recibo de las denegaciones, excepto que el contrato entre las partes indique lo contrario.

### **Diferencia entre las reclamaciones pendientes de ajuste y las pendientes de pago**

Las facturas denegadas y las facturas pendientes de pago deben ser separadas. Las facturas denegadas fueron enviadas al proveedor por errores conforme a los códigos establecidos por las aseguradoras. Las facturas pendientes de pago son las reclamaciones que tienen más de treinta días de sometidas al seguro médico sin ser pagadas o denegadas. Es recomendable agrupar las facturas por códigos de denegación y preparar una lista de referencia.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### **Ejercicio de práctica 10**

*Instrucciones: Cierto o falso. Contesta con una **A** si la aseveración es cierta y con una **B**, si es falsa. Coteja tus contestaciones con la clave que aparece al final de este módulo.*

- \_\_\_\_\_ 1. La reclamación manual o electrónica debe ser sometida dentro de los cincuenta (50) días siguientes de haber prestado los servicios médicos.
- \_\_\_\_\_ 2. El seguro médico está obligado a pagar en su totalidad toda la reclamación procesable para pago dentro de treinta (30) días a partir del recibo de la misma.
- \_\_\_\_\_ 3. Si surge una denegación, entonces el proveedor debe responder la misma dentro de los siguientes veinte (20) días.
- \_\_\_\_\_ 4. Cuando el proveedor resomete una reclamación, el asegurador debe pagar a los veinte (20) días luego de recibirla.
- \_\_\_\_\_ 5. El evento anterior al proceso de reconciliación es la auditoría.
- \_\_\_\_\_ 6. El evento de reconciliación es posterior a recibir las remesas de pago.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Ejercicio para calificar 10

*Instrucciones: Pareo. Parea los conceptos que se presentan a continuación con las alternativas de la parte inferior. Utiliza tu hoja de contestaciones.*

- a. Primer paso en proceso de reconciliación
- b. Segundo paso en proceso de reconciliación
- c. Tercer paso en proceso de reconciliación
- d. Cuarto paso en proceso de reconciliación

- \_\_\_\_\_ 49. Identificar en el acuse, las facturas denegadas por errores y las aceptadas.
- \_\_\_\_\_ 50. Reconciliar con los documentos requeridos a mano.
- \_\_\_\_\_ 51. Revisar el informe de confirmación (acuse) de recibo que incluye las facturas enviadas, aceptadas y denegadas o rechazadas.
- \_\_\_\_\_ 52. Hacer petición de ajuste si fuera necesario, para Identificar en el acuse, las facturas denegadas por errores y las aceptadas.

## CLAVES DE RESPUESTA DE EJERCICIOS DE PRÁCTICA

Sección	Item	Respuesta(s)	Página
1.1	1	a	
1.1	2	c	
1.2		7	
1.2		2	
1.2		1	
1.2		3	
1.2		4	
1.2		6	
1.2		5	
2		1	
2		3	
2		4	
2		2	
2		5	
3	1	b	
3	2	a	
4		3	
4		1	
4		4	
4		2	
5	1	a	
5	2	b	
5	3	b	
5	4	c	
5	5	a	
6	1	b	
6	2	a	
6	3	a	
6	4	a	
6	5	b	
6	6	a	



Sección	Item	Respuesta(s)	Página
7	1	b	
7	2	a	
7	3	a	
7	4	a	
7	5	a	
8	1	e	
8	2	a	
8	3	b	
8	4	f	
8	5	d	
8	6	c	
9	1	a	
9	2	b	
9	3	b	
9	4	a	
9	5	b	
9	6	a	
10	1	b	
10	2	a	
10	3	a	
10	4	b	
10	5	b	
10	6	a	

## REFERENCIAS

Maldonado Fernández, Eric. (2009). *La Auditoria en la Facturación Médica*.

Martínez, M. V. (2012). *Procesos de Auditoria a Planes Médicos, Reconciliación de Pagos, Análisis de Cuentas, Reclamaciones y Apelaciones*, [http://www.slideshare.net/profmmartinez/auditoria-reconciliacion-reclamaciones-y-apelaciones-2012?qid=21d38447-e9d4-4c14-9a6fade98cf41f2b&v=default&b=&from\\_search=1](http://www.slideshare.net/profmmartinez/auditoria-reconciliacion-reclamaciones-y-apelaciones-2012?qid=21d38447-e9d4-4c14-9a6fade98cf41f2b&v=default&b=&from_search=1)

Ortiz Santiago, A., Avilés, E. I., y Sanjurjo Manso, S. (2011). *Asistente de Oficina Médica. Facturación Electrónica y Destrezas de Negocio*. Primera Edición. Asociación de Facturadores de Puerto Rico Incorporado.

Estimada familia:

El Departamento de Educación de Puerto Rico (DEPR) tiene como prioridad el garantizar que a sus hijos se les provea una educación pública, gratuita y apropiada. Para lograr este cometido, es imperativo tener presente que los seres humanos son diversos. Por eso, al educar es necesario reconocer las habilidades de cada individuo y buscar estrategias para minimizar todas aquellas barreras que pudieran limitar el acceso a su educación.

La otorgación de acomodados razonables es una de las estrategias que se utilizan para minimizar las necesidades que pudiera presentar un estudiante. Estos permiten adaptar la forma en que se presenta el material, la forma en que el estudiante responde, la adaptación del ambiente y lugar de estudio y el tiempo e itinerario que se utiliza. Su función principal es proveerle al estudiante acceso equitativo durante la enseñanza y la evaluación. Estos tienen la intención de reducir los efectos de la discapacidad, excepcionalidad o limitación del idioma y no, de reducir las expectativas para el aprendizaje. Durante el proceso de enseñanza y aprendizaje, se debe tener altas expectativas con nuestros niños y jóvenes.

Esta guía tiene el objetivo de apoyar a las familias en la selección y administración de los acomodados razonables durante el proceso de enseñanza y evaluación para los estudiantes que utilizarán este módulo didáctico. Los acomodados razonables le permiten a su hijo realizar la tarea y la evaluación, no de una forma más fácil, sino de una forma que sea posible de realizar, según las capacidades que muestre. El ofrecimiento de acomodados razonables está atado a la forma en que su hijo aprende. Los estudios en neurociencia establecen que los seres humanos aprenden de forma visual, de forma auditiva o de forma kinestésica o multisensorial, y aunque puede inclinarse por algún estilo, la mayoría utilizan los tres.

Por ello, a continuación, se presentan algunos ejemplos de acomodados razonables que podrían utilizar con su hijo mientras trabaja este módulo didáctico en el hogar. Es importante que como madre, padre o persona encargada en dirigir al estudiante en esta tarea los tenga presente y pueda documentar cuales se utilizaron. Si necesita más información, puede hacer referencia a la **Guía para la provisión de acomodados razonables** (2018) disponible por medio de la página [www.de.pr.gov](http://www.de.pr.gov), en educación especial, bajo Manuales y Reglamentos.

## GUÍA DE ACOMODOS RAZONABLES PARA LOS ESTUDIANTES QUE TRABAJARÁN BAJO MÓDULOS DIDÁCTICOS

Acomodos de presentación	Acomodos en la forma de responder	Acomodos de ambiente y lugar	Acomodos de tiempo e itinerario
<p>Cambian la manera en que se presenta la información al estudiante. Esto le permite tener acceso a la información de diferentes maneras. El material puede ser presentado de forma auditiva, táctil, visual o multisensorial.</p>	<p>Cambian la manera en que el estudiante responde o demuestra su conocimiento. Permite a los estudiantes presentar las contestaciones de las tareas de diferentes maneras. Por ejemplo, de forma verbal, por medio de manipulativos, entre otros.</p>	<p>Cambia el lugar, el entorno o el ambiente donde el estudiante completará el módulo didáctico. Los acomodos de ambiente y lugar requieren de organizar el espacio donde el estudiante trabajará.</p>	<p>Cambian la cantidad de tiempo permitido para completar una evaluación o asignación; cambia la manera, orden u hora en que se organiza el tiempo, las materias o las tareas.</p>
<p><b>Aprendiz visual:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Usar letra agrandada o equipos para agrandar como lupas, televisores y computadoras</li> <li>▪ Uso de láminas, videos pictogramas.</li> <li>▪ Utilizar claves visuales tales como uso de colores en las instrucciones, resaltadores (highlighters), subrayar palabras importantes.</li> <li>▪ Demostrar lo que se espera que realice el estudiante y utilizar modelos o demostraciones.</li> <li>▪ Hablar con claridad, pausado</li> <li>▪ Identificar compañeros que puedan servir de apoyo para el estudiante</li> <li>▪ Añadir al material información complementaria</li> </ul> <p><b>Aprendiz auditivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leerle el material o utilizar aplicaciones que convierten el</li> </ul>	<p><b>Aprendiz visual:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Utilizar la computadora para que pueda escribir.</li> <li>▪ Utilizar organizadores gráficos.</li> <li>▪ Hacer dibujos que expliquen su contestación.</li> <li>▪ Permitir el uso de láminas o dibujos para explicar sus contestaciones</li> <li>▪ Permitir que el estudiante escriba lo que aprendió por medio de tarjetas, franjas, láminas, la computadora o un comunicador visual.</li> <li>▪ Contestar en el folleto.</li> </ul> <p><b>Aprendiz auditivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grabar sus contestaciones</li> <li>▪ Ofrecer sus contestaciones a un adulto que documentará por escrito lo mencionado.</li> </ul>	<p><b>Aprendiz visual:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ambiente silencioso, estructurado, sin muchos distractores.</li> <li>▪ Lugar ventilado, con buena iluminación.</li> <li>▪ Utilizar escritorio o mesa cerca del adulto para que lo dirija.</li> </ul> <p><b>Aprendiz auditivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ambiente donde pueda leer en voz alta o donde pueda escuchar el material sin interrumpir a otras personas.</li> <li>▪ Lugar ventilado, con buena iluminación y donde se les permita el movimiento mientras repite en voz alta el material.</li> </ul> <p><b>Aprendiz multisensorial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ambiente se le permita moverse, hablar, escuchar música mientras trabaja, cantar.</li> <li>▪ Permitir que realice las actividades en</li> </ul>	<p><b>Aprendiz visual y auditivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Preparar una agenda detallada y con códigos de colores con lo que tienen que realizar.</li> <li>▪ Reforzar el que termine las tareas asignadas en la agenda.</li> <li>▪ Utilizar agendas de papel donde pueda marcar, escribir, colorear.</li> <li>▪ Utilizar “post-it” para organizar su día.</li> <li>▪ Comenzar con las clases más complejas y luego moverse a las sencillas.</li> <li>▪ Brindar tiempo extendido para completar sus tareas.</li> </ul> <p><b>Aprendiz multisensorial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Asistir al estudiante a organizar su trabajo con agendas escritas o electrónicas.</li> <li>▪ Establecer mecanismos para</li> </ul>

Acomodos de presentación	Acomodos en la forma de responder	Acomodos de ambiente y lugar	Acomodos de tiempo e itinerario
<p>texto en formato audible.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leer en voz alta las instrucciones.</li> <li>▪ Permitir que el estudiante se grabe mientras lee el material.</li> <li>▪ Audiolibros</li> <li>▪ Repetición de instrucciones</li> <li>▪ Pedirle al estudiante que explique en sus propias palabras lo que tiene que hacer</li> <li>▪ Utilizar el material grabado</li> <li>▪ Identificar compañeros que puedan servir de apoyo para el estudiante</li> </ul> <p><b>Aprendiz multisensorial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Presentar el material segmentado (en pedazos)</li> <li>▪ Dividir la tarea en partes cortas</li> <li>▪ Utilizar manipulativos</li> <li>▪ Utilizar canciones</li> <li>▪ Utilizar videos</li> <li>▪ Presentar el material de forma activa, con materiales comunes.</li> <li>▪ Permitirle al estudiante investigar sobre el tema que se trabajará</li> <li>▪ Identificar compañeros que puedan servir de apoyo para el estudiante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hacer presentaciones orales.</li> <li>▪ Hacer videos explicativos.</li> <li>▪ Hacer exposiciones</li> </ul> <p><b>Aprendiz multisensorial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Señalar la contestación a una computadora o a una persona.</li> <li>▪ Utilizar manipulativos para representar su contestación.</li> <li>▪ Hacer presentaciones orales y escritas.</li> <li>▪ Hacer dramas donde represente lo aprendido.</li> <li>▪ Crear videos, canciones, carteles, infografías para explicar el material.</li> <li>▪ Utilizar un comunicador electrónico o manual.</li> </ul>	<p>diferentes escenarios controlados por el adulto. Ejemplo el piso, la mesa del comedor y luego, un escritorio.</p>	<p>recordatorios que le sean efectivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Utilizar las recompensas al terminar sus tareas asignadas en el tiempo establecido.</li> <li>▪ Establecer horarios flexibles para completar las tareas.</li> <li>▪ Proveer recesos entre tareas.</li> <li>▪ Tener flexibilidad en cuando al mejor horario para completar las tareas.</li> <li>▪ Comenzar con las tareas más fáciles y luego, pasar a las más complejas.</li> <li>▪ Brindar tiempo extendido para completar sus tareas.</li> </ul>

## HOJA DE DOCUMENTAR LOS ACOMODOS RAZONABLES UTILIZADOS AL TRABAJAR EL MÓDULO DIDÁCTICO

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Número de SIE: \_\_\_\_\_

Materia del módulo: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

Estimada familia:

**1.**

Utiliza la siguiente hoja para documentar los acomodados razonables que utiliza con tu hijo en el proceso de apoyo y seguimiento al estudio de este módulo. Favor de colocar una marca de cotejo [✓] en aquellos acomodados razonables que utilizó con su hijo para completar el módulo didáctico. Puede marcar todos los que aplique y añadir adicionales en la parte asignada para ello.

Acomodos de presentación	Acomodos de tiempo e itinerario
<p><b>Aprendiz visual:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Usar letra agrandada o equipos para agrandar como lupas, televisores y computadoras</li> <li><input type="checkbox"/> Uso de láminas, videos pictogramas.</li> <li><input type="checkbox"/> Utilizar claves visuales tales como uso de colores en las instrucciones, resaltadores (<i>highlighters</i>), subrayar palabras importantes.</li> <li><input type="checkbox"/> Demostrar lo que se espera que realice el estudiante y utilizar modelos o demostraciones.</li> <li><input type="checkbox"/> Hablar con claridad, pausado</li> <li><input type="checkbox"/> Identificar compañeros que puedan servir de apoyo para el estudiante</li> <li><input type="checkbox"/> Añadir al material información complementaria</li> </ul> <p><b>Aprendiz auditivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Leerle el material o utilizar aplicaciones que convierten el texto en formato audible.</li> <li><input type="checkbox"/> Leer en voz alta las instrucciones.</li> <li><input type="checkbox"/> Permitir que el estudiante se grabe mientras lee el material.</li> <li><input type="checkbox"/> Audiolibros</li> <li><input type="checkbox"/> Repetición de instrucciones</li> <li><input type="checkbox"/> Pedirle al estudiante que explique en sus propias palabras lo que tiene que hacer</li> <li><input type="checkbox"/> Utilizar el material grabado</li> <li><input type="checkbox"/> Identificar compañeros que puedan servir de apoyo para el estudiante</li> </ul> <p><b>Aprendiz multisensorial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Presentar el material segmentado (en pedazos)</li> <li><input type="checkbox"/> Dividir la tarea en partes cortas</li> <li><input type="checkbox"/> Utilizar manipulativos</li> <li><input type="checkbox"/> Utilizar canciones</li> </ul>	<p><b>Aprendiz visual:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Utilizar la computadora para que pueda escribir.</li> <li><input type="checkbox"/> Utilizar organizadores gráficos.</li> <li><input type="checkbox"/> Hacer dibujos que expliquen su contestación.</li> <li><input type="checkbox"/> Permitir el uso de láminas o dibujos para explicar sus contestaciones</li> <li><input type="checkbox"/> Permitir que el estudiante escriba lo que aprendió por medio de tarjetas, franjas, láminas, la computadora o un comunicador visual.</li> <li><input type="checkbox"/> Contestar en el folleto.</li> </ul> <p><b>Aprendiz auditivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Grabar sus contestaciones</li> <li><input type="checkbox"/> Ofrecer sus contestaciones a un adulto que documentará por escrito lo mencionado.</li> <li><input type="checkbox"/> Hacer presentaciones orales.</li> <li><input type="checkbox"/> Hacer videos explicativos.</li> <li><input type="checkbox"/> Hacer exposiciones</li> </ul> <p><b>Aprendiz multisensorial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Señalar la contestación a una computadora o a una persona.</li> <li><input type="checkbox"/> Utilizar manipulativos para representar su contestación.</li> <li><input type="checkbox"/> Hacer presentaciones orales y escritas.</li> <li><input type="checkbox"/> Hacer dramas donde represente lo aprendido.</li> <li><input type="checkbox"/> Crear videos, canciones, carteles, infografías para explicar el material.</li> <li><input type="checkbox"/> Utilizar un comunicador electrónico o manual.</li> </ul>

Acomodos de presentación	Acomodos de tiempo e itinerario
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Utilizar videos</li> <li><input type="checkbox"/> Presentar el material de forma activa, con materiales comunes.</li> <li><input type="checkbox"/> Permitirle al estudiante investigar sobre el tema que se trabajará</li> <li><input type="checkbox"/> Identificar compañeros que puedan servir de apoyo para el estudiante</li> </ul>	
Acomodos de respuesta	Acomodos de ambiente y lugar
<p><b>Aprendiz visual:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ambiente silencioso, estructurado, sin muchos distractores.</li> <li><input type="checkbox"/> Lugar ventilado, con buena iluminación.</li> <li><input type="checkbox"/> Utilizar escritorio o mesa cerca del adulto para que lo dirija.</li> </ul> <p><b>Aprendiz auditivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ambiente donde pueda leer en voz alta o donde pueda escuchar el material sin interrumpir a otras personas.</li> <li><input type="checkbox"/> Lugar ventilado, con buena iluminación y donde se les permita el movimiento mientras repite en voz alta el material.</li> </ul> <p><b>Aprendiz multisensorial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ambiente se le permita moverse, hablar, escuchar música mientras trabaja, cantar.</li> <li><input type="checkbox"/> Permitir que realice las actividades en diferentes escenarios controlados por el adulto. Ejemplo el piso, la mesa del comedor y luego, un escritorio.</li> </ul>	<p><b>Aprendiz visual y auditivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Preparar una agenda detalladas y con códigos de colores con lo que tienen que realizar.</li> <li><input type="checkbox"/> Reforzar el que termine las tareas asignadas en la agenda.</li> <li><input type="checkbox"/> Utilizar agendas de papel donde pueda marcar, escribir, colorear.</li> <li><input type="checkbox"/> Utilizar “post-it” para organizar su día.</li> <li><input type="checkbox"/> Comenzar con las clases más complejas y luego moverse a las sencillas.</li> <li><input type="checkbox"/> Brindar tiempo extendido para completar sus tareas.</li> </ul> <p><b>Aprendiz multisensorial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Asistir al estudiante a organizar su trabajo con agendas escritas o electrónicas.</li> <li><input type="checkbox"/> Establecer mecanismos para recordatorios que le sean efectivos.</li> <li><input type="checkbox"/> Utilizar las recompensas al terminar sus tareas asignadas en el tiempo establecido.</li> <li><input type="checkbox"/> Establecer horarios flexibles para completar las tareas.</li> <li><input type="checkbox"/> Proveer recesos entre tareas.</li> <li><input type="checkbox"/> Tener flexibilidad en cuando al mejor horario para completar las tareas.</li> <li><input type="checkbox"/> Comenzar con las tareas más fáciles y luego, pasar a las más complejas.</li> <li><input type="checkbox"/> Brindar tiempo extendido para completar sus tareas.</li> </ul>
<p><b>Otros:</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

## 2.

Si tu hijo es un candidato o un participante de los servicios para estudiantes aprendices del español como segundo idioma e inmigrantes considera las siguientes sugerencias de enseñanza:

- Proporcionar un modelo o demostraciones de respuestas escritas u orales requeridas o esperadas.
- Comprobar si hay comprensión: use preguntas que requieran respuestas de una sola palabra, apoyos y gestos.
- Hablar con claridad, de manera pausada.
- Evitar el uso de las expresiones coloquiales, complejas.
- Asegurar que los estudiantes tengan todos los materiales necesarios.
- Leer las instrucciones oralmente.
- Corroborar que los estudiantes entiendan las instrucciones.
- Incorporar visuales: gestos, accesorios, gráficos organizadores y tablas.
- Sentarse cerca o junto al estudiante durante el tiempo de estudio.
- Seguir rutinas predecibles para crear un ambiente de seguridad y estabilidad para el aprendizaje.
- Permitir el aprendizaje por descubrimiento, pero estar disponible para ofrecer instrucciones directas sobre cómo completar una tarea.
- Utilizar los organizadores gráficos para la relación de ideas, conceptos y textos.
- Permitir el uso del diccionario regular o ilustrado.
- Crear un glosario pictórico.
- Simplificar las instrucciones.
- Ofrecer apoyo en la realización de trabajos de investigación.
- Ofrecer los pasos a seguir en el desarrollo de párrafos y ensayos.
- Proveer libros o lecturas con conceptos similares, pero en un nivel más sencillo.
- Proveer un lector.
- Proveer ejemplos.
- Agrupar problemas similares (todas las sumas juntas), utilizar dibujos, láminas, o gráficas para apoyar la explicación de los conceptos, reducir la complejidad lingüística del problema, leer y explicar el problema o teoría verbalmente o descomponerlo en pasos cortos.
- Proveer objetos para el aprendizaje (concretizar el vocabulario o conceptos).
- Reducir la longitud y permitir más tiempo para las tareas escritas.
- Leer al estudiante los textos que tiene dificultad para entender.
- Aceptar todos los intentos de producción de voz sin corrección de errores.
- Permitir que los estudiantes sustituyan dibujos, imágenes o diagramas, gráficos, gráficos para una asignación escrita.
- Esbozar el material de lectura para el estudiante en su nivel de lectura, enfatizando las ideas principales.
- Reducir el número de problemas en una página.
- Proporcionar objetos manipulativos para que el estudiante utilice cuando resuelva problemas de matemáticas.



### 3.

Si tu hijo es un estudiante dotado, es decir, que obtuvo 130 o más de cociente intelectual (CI) en una prueba psicométrica, su educación debe ser dirigida y desafiante. Deberán considerar las siguientes recomendaciones:

- Conocer las capacidades especiales del estudiante, sus intereses y estilos de aprendizaje.
- Realizar actividades motivadoras que les exijan pensar a niveles más sofisticados y explorar nuevos temas.
- Adaptar el currículo y profundizar.
- Evitar las repeticiones y las rutinas.
- Realizar tareas de escritura para desarrollar empatía y sensibilidad.
- Utilizar la investigación como estrategia de enseñanza.
- Promover la producción de ideas creativas.
- Permitirle que aprenda a su ritmo.
- Proveer mayor tiempo para completar las tareas, cuando lo requiera.
- Cuidar la alineación entre su educación y sus necesidades académicas y socioemocionales.