



**Departamento de Trabajo de los EE. UU.
Oficina de Programas de Compensación para Trabajadores**

Documento de listas de honorarios a leer primero

Lori Chavez-DeRemer,
Secretaria de Trabajo

Douglas A Pennington,
Director Interino de la Oficina de Programas de Compensación para Trabajadores

Versión 2025.02.21

INFORMACIÓN GENERAL DE CONTACTO

Direcciones y números de teléfono de presentación para el procesamiento de facturas médicas

División de Compensación
para Trabajadores Federales,
Estibadores
y
Portuarios (FECA, por sus
siglas en inglés)

PO Box 8300
London, KY 40742-8300
1-844-493-1966

[ACENTRA](#)

División de
Compensación para
Trabajadores de
Minas de Carbón
(Pulmón Negro)

PO Box 8302
London, KY 40742-8302
1-800-638-7072

[ACENTRA](#)

División de
Compensación por
Enfermedad Laboral de
Empleados de Energía
(Energía)

PO Box 8304
London, KY 40742-8304
1-866-272-2682

[ACENTRA](#)

Números de teléfono de presentación de facturas de farmacia

Beneficios de farmacia de la FECA
1-833-FECA-PBM
(1-833-332-2726)

[OPTUM](#)

Beneficios de farmacia de Pulmón
Negro y Energía
1-866-664-5581

[CONDUENT](#)

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	6
2. PROCESAMIENTO DE RECLAMOS	6
2.1. Información general.....	6
2.1.1. Servicios cubiertos.....	7
2.1.2 Presentación de facturas	7
2.1.3 Reembolsos del reclamante y viajes	7
2.1.4 Restricciones de utilización.....	8
2.1.5 Códigos del Centro de Ingresos (RCC).....	8
2.1.6 Servicios agrupados	8
2.1.7 Lógica de las reducciones	8
2.2 Iniciativa Nacional de Codificación Correcta (NCCI).....	8
2.2.1 Ediciones de pares de códigos de Procedimiento a Procedimiento (PTP).....	8
2.2.2 Ediciones Médicamente Improbables (MUE) y unidades máximas.....	9
2.2.3 Modificadores.....	9
2.2.4 Códigos adicionales.....	9
2.3 Autorización previa.....	10
2.4 Equipos médicos implantados e implantes protésicos.....	10
2.5 Facturación y codificación	10
3. LISTAS DE HONORARIOS DE LA OWCP	12
3.1. Lista de honorarios médicos.....	12
3.2 Servicios ambulatorios.....	12
3.2.1 Cargos de instalaciones hospitalarias ambulatorias.....	13
3.2.2 Exención estatal.....	13
3.3 Centro de cirugía ambulatoria (ASC).....	13
3.3.2 Cargos de instalaciones de ASC	14
3.3.3 Servicios de ASC incluidos en el pago de las instalaciones	14
3.3.4 Servicios de ASCs no incluidos en el pago de las instalaciones.....	15
3.3.5 Inyecciones en la columna vertebral.....	15
3.4 Servicios de hospitalización	15
3.5 Servicios de anestesia	16
3.6 Servicios de farmacia	17
3.6.1 Reembolso de farmacia del programa de la FECA.....	17
3.6.2 Lista de honorarios de farmacia de los programas de energía y pulmón negro.....	18
3.7 Servicios dentales	18
3.8 Pago oportuno.....	18
3.9 Apelaciones.....	18
3.10 Cargos superiores al máximo permitido	18

4. APÉNDICE.....	19
A. Ejemplos de la Lista de Honorarios Médicos	19
B. Ejemplo de Honorarios de ASC por Servicios Ambulatorios.....	21
C. Ejemplo de modificador relacionado con un ASC.....	22
D. Ejemplos de servicios de hospitalización	23
E. Ejemplo de anestesia	24
5. Glosario de Siglas.....	27
6. Enlaces útiles	29

AVISO

Este documento resume los esquemas de codificación aceptados para la facturación de procedimientos y servicios médicos, que incluyen equipos médicos duraderos, prótesis, ortesis, y suministros (DMEPOS, por sus siglas en inglés), conforme a los Programas de la Oficina de Compensación para Trabajadores del Departamento de Trabajo de EE. UU. Estos esquemas de codificación incluyen:

- La Terminología Procesal Actual (CPT, por sus siglas en inglés) © de la Asociación Médica Estadounidense (AMA, por sus siglas en inglés).
- El Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes de Atención Médica Nivel II (HCPCS, por sus siglas en inglés) © de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
- La Terminología Dental Actual (CDT, por sus siglas en inglés) © de la Asociación Dental Estadounidense.
- Códigos del Centro de Ingresos (RCC, por sus siglas en inglés).
- Códigos únicos y exclusivos de la Oficina de Programas de Compensación para Trabajadores (OWCP, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de los EE. UU.

Se denegarán los cargos y honorarios por servicios facturados que usen códigos de servicio caducados, de conformidad con los esquemas de codificación mencionados arriba.

Para la conveniencia de los lectores, en este documento nos referiremos a los códigos CPT, HCPCS, RCC, CDT, y a los códigos únicos y exclusivos de la OWCP como *códigos de servicio*.

1. INTRODUCCIÓN

La Oficina de Programas de Compensación para Trabajadores (OWCP, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de los EE. UU. (DOL, por sus siglas en inglés) administra cuatro programas importantes de compensación por discapacidad: la Ley de Compensación de Empleados Federales (FECA, por sus siglas en inglés) y la Ley de Compensación para Estibadores y Trabajadores Portuarios (LHWCA, por sus siglas en inglés) administradas por la División de Compensación para Trabajadores Federales, Estibadores y Portuarios, la Ley de Beneficios del Pulmón Negro (BLBA, por sus siglas en inglés) administrada por la División de Compensación para Trabajadores de Minas de Carbón (Pulmón Negro), y la Ley del Programa de Compensación por Enfermedad Laboral para Empleados de Energía (EEOICPA, por sus siglas en inglés) administrada por la División de Compensación por Enfermedad Laboral de Empleados de Energía (Energía).

El Documento de listas de honorarios a leer primero (RMF, por sus siglas en inglés) de la Oficina de Programas de Compensación para Trabajadores (OWCP, por sus siglas en inglés) proporciona un resumen de las políticas de facturación y listas de honorarios para la OWCP. Incluye información sobre procesamiento de reclamos, servicios cubiertos, cálculos de reembolso, listas de honorarios y reglas específicas de facturación de diferentes programas de compensación (Ley de Compensación de Empleados Federales [FECA, por sus siglas en inglés], Pulmón Negro, y Energía). El documento también contiene ejemplos, apéndices y referencias a fórmulas clave de las listas de honorarios correspondientes a servicios médicos, servicios de centros de cirugía ambulatoria (ASC, por sus siglas en inglés), servicios de anestesia y servicios de hospitalización.

2. PROCESAMIENTO DE RECLAMOS

2.1. Información general

Esta sección proporciona información general sobre el procesamiento de reclamos y las pautas para la OWCP. Ofrece un resumen de los componentes involucrados en el procesamiento de reclamos relacionados con temas médicos. Las listas de honorarios de la OWCP se basan en un sistema que asigna valores relativos a los servicios médicos, ajustándolos según variaciones regionales de costos y factores económicos generales que afectan el ejercicio de la medicina. Esto asegura que los pagos reflejen los recursos requeridos para proporcionar cada servicio, teniendo en cuenta las diferencias geográficas y los cambios en la economía. Los honorarios pueden aumentar o disminuir según las actualizaciones del valor relativo de los servicios, los ajustes de costos regionales, y los cambios en los factores económicos que afectan el ejercicio de la medicina. Los lectores deben revisar este documento y comunicarse con los contratistas adecuados de procesamiento de facturas en caso de tener preguntas o inquietudes.

El portal web de Procesamiento de Facturas Médicas de Compensación para Trabajadores (WCMBP, por sus siglas en inglés), administrado por Acentra, es la plataforma en la cual los proveedores y reclamantes pueden presentar facturas médicas para la adjudicación. Este portal ofrece funciones de autoservicio para proveedores, reclamantes, representantes de reclamantes, personal del DOL, y empleados de Acentra. Los proveedores tienen acceso a noticias, recursos útiles y otra información disponible al público a través del portal. Los usuarios registrados tienen acceso rápido y seguro a funciones de facturación, elegibilidad del reclamante, autorización, e inscripción de proveedores. Los proveedores deben inscribirse a través de OWCP Connect para acceder al portal de autoservicio de WCMBP.

Para ayudar a los proveedores y reclamantes a determinar las tasas de reembolso, se incluye una herramienta de calculadora de la lista de honorarios en el portal web de WCMBP. Después de

iniciar sesión, los proveedores pueden usar esta herramienta para estimar la cantidad máxima permisible para los servicios facturados en el formulario profesional 1500 de la OWCP o en el formulario dental de la ADA. Tenga en cuenta lo siguiente:

- La calculadora de la lista de honorarios proporciona un estimado del pago, pero no garantiza la elegibilidad o la cobertura para servicios específicos.
- La herramienta no evalúa si los servicios son adecuados para la condición aceptada ni si se requiere una autorización. Para estas verificaciones, use las funciones de consulta de elegibilidad del reclamante y presentación de autorización.

Para obtener más información, consulte "Enlaces útiles — Guía de referencia rápida de la calculadora de la lista de honorarios".

Optum administra el programa de Administración de Beneficios de Farmacia conforme a la Ley de Compensación de Empleados Federales (FECA), que es un requisito para todos los reclamantes de la FECA. Conduent ha sido contratada para manejar los servicios de facturación de farmacia específicamente para los programas de Energía y Pulmón Negro. Para obtener más detalles, consulte "Enlaces Útiles — Farmacia de los Programas de Energía y Pulmón Negro (Conduent) y Farmacia de FECA (Optum)".

2.1.1. Servicios cubiertos

La OWCP no cubre todos los códigos de servicio, y la cobertura varía de acuerdo al programa. Las decisiones se basan en las necesidades específicas de atención médica y las pautas de cada programa, lo que asegura que solamente se cubran los servicios médicamente necesarios y pertinentes para cada programa. Este enfoque permite crear soluciones personalizadas de atención médica que satisfacen los requisitos únicos de cada programa.

2.1.2 Presentación de facturas

La OWCP recomienda presentar facturas y documentos adjuntos de forma electrónica a través del Proceso Seguro de Transferencia de Archivos (SFTP, por sus siglas en inglés), el Ingreso Directo de Datos (DDE, por sus siglas en inglés) y el Intercambio Electrónico de Datos (EDI, por sus siglas en inglés) para simplificar el procesamiento, reducir los errores, y acelerar los reembolsos. Puede encontrar instrucciones detalladas para presentar reclamos de manera electrónica en el Portal en línea de WCMBP.

2.1.3 Reembolsos del reclamante y viajes

Los reclamantes pueden usar el formulario OWCP-915 de reembolso médico del reclamante para solicitar un reembolso por gastos de su propio bolsillo relacionados con afecciones, medicamentos recetados, y suministros médicos aceptados. Se debe presentar un formulario separado para cada proveedor para el cual se ha incurrido en gastos bolsillo propios.

El formulario de solicitud de reembolso por viajes médicos — millaje (OWCP-957A) y el formulario de solicitud de reembolso por viajes médicos — gastos (OWCP-957B) se usan para solicitar el reembolso de gastos de viajes relacionados con asuntos médicos. El programa de Pulmón Negro no utiliza el formulario OWCP-957-A.

Cada programa tiene políticas de viaje específicas que determinan el reembolso. Algunos viajes requieren autorización previa, y cada programa tiene requisitos diferentes con respecto a los

recibos y el millaje. Revise la política del programa respectivo para obtener una guía de los reembolsos relacionados con viajes.

Para obtener acceso, consulte la sección "Enlaces útiles — formularios y referencias" más abajo.

2.1.4 Restricciones de utilización

Las restricciones de utilización (UR, por sus siglas en inglés) son políticas diseñadas para regular el número de unidades que pueden reembolsarse dentro de un periodo de tiempo específico para asegurar cuidados médicamente necesarios. Por ejemplo, una restricción de utilización puede imponer un límite de dos unidades al mes para un procedimiento específico, dependiendo de la necesidad médica y las pautas clínicas. Esto asegura que los recursos se utilicen adecuadamente y los pacientes reciban los cuidados necesarios sin caer en la utilización excesiva.

2.1.5 Códigos del Centro de Ingresos (RCC)

Los Códigos del Centro de Ingresos (RCC, por sus siglas en inglés) son códigos numéricos que identifican una adaptación, servicio auxiliar, cálculo de facturación, o arreglo específico relevante al reclamo. Son usados por los hospitales o sistemas de atención médica para comunicar dónde estuvo el paciente o qué tipo de artículo o equipo recibió.

2.1.6 Servicios agrupados

Los códigos agrupados son procedimientos cubiertos que se pueden facturar pero no se pueden pagar por separado. Los pagos por códigos agrupados se incluyen en el pago de los servicios a los que están vinculados.

2.1.7 Lógica de las reducciones

La lógica de las reducciones se refiere a un conjunto de reglas o algoritmos diseñado para ajustar o reducir las unidades facturadas por determinados servicios o procedimientos. Este mecanismo asegura que los reclamos facturados se alineen con las pautas de la política. Opera imponiendo limitaciones en la cantidad de unidades o la frecuencia de los servicios cubiertos, ajustando pagos según criterios predeterminados, como la agrupación de múltiples procedimientos, y asegurando el cumplimiento de las políticas de la OWCP y los requisitos de necesidad médica. Además, la lógica de las reducciones ayuda a controlar los costos al prevenir cargos excesivos o innecesarios e identificar y corregir errores o incoherencias en la facturación. En resumen, busca manejar y optimizar el reembolso respetando las políticas y medidas de control de costos establecidas.

2.2 Iniciativa Nacional de Codificación Correcta (NCCI)

El propósito de la Iniciativa Nacional de Codificación Correcta (NCCI, por sus siglas en inglés) es promover metodologías de codificación precisas y adecuadas y controlar la codificación inadecuada que puede causar pagos inadecuados. Al implementar políticas y ediciones de codificación, la NCCI ayuda a asegurar que los reclamos se facturen correctamente y los pagos se hagan por servicios médicamente necesarios y respeten las pautas de la OWCP.

2.2.1 Ediciones de pares de códigos de Procedimiento a Procedimiento (PTP)

Las ediciones de pares de códigos de Procedimiento a Procedimiento (PTP, por sus siglas en inglés) están diseñadas para prevenir pagos inadecuados identificando pares de códigos de servicio que no deben informarse juntos para el mismo paciente en la misma fecha de servicio. Estas

ediciones se implementan en los sistemas de procesamiento de reclamos de la OWCP para detectar y denegar pares de códigos inadecuados automáticamente. Los proveedores pueden usar modificadores específicos para sortear ciertas ediciones si las circunstancias clínicas justifican el informe por separado. La OWCP actualiza estas ediciones trimestralmente para que reflejen los cambios de normas de codificación y ejercicio de la medicina.

2.2.2 Ediciones Médicamente Improbables (MUE) y unidades máximas

La OWCP utiliza las Ediciones Médicamente Improbables (MUEs, por sus siglas en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) para los códigos de servicio. Las MUE definen la cantidad máxima de unidades de servicio que un proveedor informaría típicamente para un solo beneficiario en una sola fecha de servicio. Cabe destacar que no todos los códigos de servicio tienen una MUE asociada.

Si bien los CMS publican la mayoría de los valores MUE en su sitio web, algunos valores MUE son confidenciales y no pueden divulgarse. La confidencialidad de estos valores MUE puede cambiar con el paso del tiempo.

Los CMS actualizan sus archivos públicos de MUE de la NCCI trimestralmente, inclusive las adiciones, eliminaciones y revisiones de servicios de profesionales, servicios hospitalarios ambulatorios y equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés). La política de la OWCP dicta el uso de estas MUE para el procesamiento de facturas, salvo cuando los estatutos, las regulaciones, o las políticas escritas de un programa de compensación especifican algo diferente.

De manera similar a las MUE, las Unidades Máximas definen la cantidad máxima de unidades de servicio que informaría típicamente un proveedor para un solo beneficiario en una sola fecha de servicio. Sin embargo, las Unidades Máximas son determinadas por el programa y no se publican públicamente.

2.2.3 Modificadores

Un modificador es un código alfanumérico de dos caracteres que se agrega a un código de procedimiento o servicio para indicar circunstancias específicas que pueden afectar el reembolso de dicho servicio. Los modificadores proporcionan información adicional para asegurar la comunicación clara y precisa de los servicios prestados. Los siguientes son algunos ejemplos de modificadores:

- Modificador 25: Servicio significativo de evaluación y tratamiento, identificable por separado, prestado por el mismo médico en el mismo día del procedimiento u otro servicio.
- Modificador 59: Servicio distinto relacionado con el procedimiento, usado para indicar que un procedimiento o servicio fue distinto o independiente de otros servicios llevados a cabo el mismo día.
- Modificador 50: Procedimiento bilateral, que indica que se realizó el mismo procedimiento en ambos lados del cuerpo.

Los modificadores ayudan a clarificar los servicios prestados y a asegurar que el reembolso refleje de manera precisa la complejidad o las circunstancias únicas del servicio prestado.

2.2.4 Códigos adicionales

Un Código Adicional (AOC, por sus siglas en inglés) es un código de servicio que describe un procedimiento que suele realizarse junto con un servicio primario. Un AOC no es elegible para el reembolso si se factura sin el código del servicio primario asociado.

2.3 Autorización previa

La autorización previa (PA, por sus siglas en inglés) es un control interno que requiere que los reclamantes, médicos, y otros profesionales de atención médica obtengan una aprobación con antelación de la OWCP antes de que un servicio o artículo específico califique para el pago. La PA se usa para asegurar cuidados adecuados del paciente y suele requerirse para niveles de cuidado más altos. Los requisitos de PA para todos los programas se encuentran en la sección "Enlaces útiles" de este documento. Los proveedores y reclamantes pueden presentar solicitudes de autorización a través del Portal de Proveedores de WCB (ingreso directo de datos), o por fax o correo electrónico. Los proveedores deben estar inscritos activamente en el programa para el cual estén solicitando autorización. Por favor, tenga en cuenta que una autorización aprobada no garantiza el reembolso por los servicios proporcionados.

2.4 Equipos médicos implantados e implantes protésicos

En el caso de Energía, los implantes se reembolsan a través del Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Ambulatorios (OPPS, por sus siglas en inglés). En algunos casos, los implantes pueden reembolsarse usando la Lista de Honorarios Médicos. Los implantes no están cubiertos para el Programa de Pulmón Negro.

En el caso del Programa de la FECA, los proveedores recibirán un reembolso según el costo de adquisición del implante. Los proveedores deben presentar una copia de la factura original, que muestre claramente el costo de la factura menos cualesquier descuento aplicable, junto con la factura. El costo de adquisición se define como el costo de la factura para el proveedor, incluidos los gastos de envío, manejo, e impuestos sobre la venta, una vez aplicados todos los descuentos.

2.5 Facturación y codificación

Todos los servicios médicos, al margen del entorno, así como todos los servicios profesionales ambulatorios — incluidos los componentes técnicos de radiología, patología, y laboratorio clínico — deben registrarse utilizando los códigos de servicio adecuados.

Las convenciones de codificación, incluido el uso de modificadores, deben respetarse cuidadosamente. La codificación incorrecta o no cumplir con el requisito de indicar con precisión el número de unidades (frecuencia o tiempo) en los formularios de facturación puede causar el procesamiento impreciso de reclamos. Además, la OWCP revisa los servicios facturados para asegurarse de que correspondan a las descripciones del procedimiento y otros estándares comunes de adecuación.

Los códigos de servicio no específicos que terminan en "99", como los códigos no listados o no especificados, se categorizan como servicios varios que proporcionan información descriptiva inadecuada sobre un procedimiento. Estos códigos a menudo se consideran inadecuados para el uso debido a su falta de especificidad, y con frecuencia pueden resultar en un reembolso inadecuado. Por lo tanto, deben utilizarse con moderación y solo cuando sea necesario. Se anima a los proveedores a usar los códigos más específicos y precisos disponibles para asegurar el reembolso adecuado y para evitar retrasos o denegaciones de pago.

Indicar un solo código de servicio múltiples veces para un solo día de servicio puede causar la denegación de todos los cargos salvo el cargo inicial, ya que el sistema automatizado de la OWCP puede considerarlos cargos duplicados. Si un procedimiento cubierto bajo un único código de servicio se realiza más de una vez en el mismo día, use las unidades o los modificadores adecuados para indicar la frecuencia.

La información incompleta puede causar denegaciones de reclamos, retrasos en los procesamientos, o reembolsos erróneos.

3. LISTAS DE HONORARIOS DE LA OWCP

Las listas de honorarios de la OWCP proporcionan el máximo reembolso permisible para servicios y artículos proporcionados a reclamantes de la OWCP. Estas listas de honorarios incluyen la Lista de Honorarios Médicos (también llamada Lista de Honorarios del Médico), la Lista de Honorarios de Servicios Ambulatorios, la Lista de Honorarios de Centros de Cirugía Ambulatoria (ASC, por sus siglas en inglés), la Lista de Honorarios de Servicios de Hospitalización, la Lista de Honorarios de Farmacia, y la Lista de Honorarios de Servicios de Anestesia. Las facturas se procesan a través de un sistema automatizado donde los reembolsos suelen hacerse por el menor de los montos facturados, o por el monto máximo permitido (MAA, por sus siglas en inglés). Esto asegura que el límite de los pagos sea el monto máximo permitido especificado por las pautas de la OWCP, sin dejar de pagar también a los montos facturados más bajos cuando corresponda.

La información imprecisa presentada en los reclamos puede causar denegaciones, reducciones erróneas del MAA, o retrasos en el procesamiento de facturas.

3.1. Lista de honorarios médicos

La Lista de Honorarios Médicos de la OWCP cubre las tarifas de pago para una amplia gama de servicios proporcionados por médicos y otros profesionales de atención médica. Esto incluye servicios de evaluación y tratamiento, procedimientos quirúrgicos, pruebas de diagnóstico, DME, y otros diversos servicios de atención médica. La Lista de Honorarios Médicos determina las tasas de reembolso para estos servicios basándose en la Escala de Valor Relativo Basada en Recursos (RBRVS, por sus siglas en inglés), que representa los recursos requeridos para realizar cada servicio, incluyendo el tiempo, la habilidad, y los gastos generales. La Lista de Honorarios Médicos también considera las variaciones geográficas en los costos de la práctica, y se actualiza anualmente para reflejar los cambios en el ejercicio de la medicina y las condiciones económicas.

La Lista de Honorarios Médicos suele publicarse anualmente, y se hacen actualizaciones adicionales a lo largo del año según sea necesario. Además, se notifica al público de cualquier actualización en la página web donde se publican los honorarios.

A cada procedimiento sujeto al monto máximo permitido bajo la Lista de Honorarios Médicos de la OWCP se le asignan tres unidades de valor relativo (RVU, por sus siglas en inglés): gasto de trabajo (W, por su sigla en inglés), gasto de la práctica (PE, por sus siglas en inglés), y gasto por mala praxis (MP, por sus siglas en inglés). Estas tres RVU se ajustan de acuerdo a tres valores de índice de costos de práctica geográfica (GPCI, por sus siglas en inglés) que representan las variaciones regionales en los costos procedimentales: gasto de trabajo (w), gasto de la práctica (pe), y gasto por mala praxis (mp). Luego, el valor resultante se multiplica por un factor de conversión (CF, por sus siglas en inglés) para determinar el monto final en dólares. La OWCP desarrolla CFs para convertir RVUs y GPCIs en los máximos montos permisibles en dólares para servicios y artículos médicos. Para ver un ejemplo de cómo se utilizan las RVUs, los GPCIs y los CFs para calcular el MAA, consulte el apéndice A.

3.2 Servicios ambulatorios

Los cargos auxiliares por servicios hospitalarios ambulatorios (como sala de emergencias, sala de recuperación, y sala de operaciones) deben facturarse usando los Códigos del Centro de Ingresos (RCC) adecuados junto con los códigos de servicio relevantes, cuando sea pertinente, en el formulario UB-04/OWCP-04. La OWCP requiere que algunos Códigos RCC se facturen con los códigos de servicio correspondientes. Para determinar cuáles RCCs requieren un código de servicio adjunto, consulte el enlace útil titulado "Códigos RCC que requieren un Código de Servicio Adjunto".

La OWCP usa dos (2) metodologías diferentes de determinación de precios para la facturación de servicios ambulatorios:

1. Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Ambulatorios (OPPS)

El Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Ambulatorios (OPPS, por sus siglas en inglés) es un método utilizado por la OWCP para pagar los servicios hospitalarios ambulatorios. Conforme al OPPS, los pagos se determinan con base en las Clasificaciones de Pagos Ambulatorios (APCs, por sus siglas en inglés). El programa de Pulmón Negro no utiliza la regla de determinación de precios del OPPS para los Servicios Ambulatorios; en su lugar, usa la Lista de Honorarios de la OWCP. Cada APC es una agrupación de servicios que son clínicamente similares y requieren recursos comparables. Los pagos por cada APC son predeterminados y cubren los costos de la instalación asociados con la prestación de servicios ambulatorios, incluyendo los equipos, los suministros, y el trabajo. Pueden hacerse ajustes en caso de variaciones geográficas en los costos, y pueden proporcionarse pagos adicionales para casos atípicos de alto costo, hospitales rurales, y ciertos hospitales especializados en cáncer.

Los tipos de facturas 13x o 14x suelen procesarse usando el OPPS. Sin embargo, el OPPS no es aplicable a los hospitales de acceso crítico, hospitales de Maryland, ASCs, centros de diálisis, clínicas independientes, o Centros de Salud con Calificación Federal (FQHC, por sus siglas en inglés). Las tasas e indicadores de estado de las APCs se actualizan trimestralmente. La OWCP utiliza sistemas de información de salud de 3M para clasificar con precisión los servicios ambulatorios. El OPPS es utilizado por los programas de la FECA y Energía, aunque no todos los códigos ambulatorios se procesan usando el OPPS. El MAA derivado del OPPS se multiplica por 1.25 para determinar el monto del reembolso.

2. Lista de honorarios médicos de la OWCP

Si el tipo de factura no es 13x o 14x, o si el precio de los servicios no se puede determinar usando el OPPS por cualquier motivo, el precio de los servicios se determinará utilizando la metodología de la lista de honorarios médicos.

3.2.1 Cargos de instalaciones hospitalarias ambulatorias

Los cargos de instalaciones ambulatorias son costos por cuidados proporcionados en entornos ambulatorios y de consultorios médicos que son propiedad de hospitales o están controlados por ellos. Estos cargos deben identificarse con los códigos RCC y de servicio, de ser pertinente, en los formularios UB-04/OWCP-04 para instalaciones hospitalarias ambulatorias.

3.2.2 Exención estatal

La Comisión de Revisión de Costos de los Servicios de Salud de Maryland establece las tasas para los servicios hospitalarios de cirugía ambulatoria en Maryland. Dado que los hospitales de Maryland están obligados a facturar estas tasas, el reembolso de los servicios ambulatorios se basa en el cargo facturado.

Los centros de cirugía ambulatoria independientes no hospitalarios de Maryland no están cubiertos bajo la exención estatal de Maryland.

3.3 Centro de cirugía ambulatoria (ASC)

Los ASCs proporcionan cirugías sin requerir una estadía de un día para otro, y no están vinculados con un hospital. Los cargos de la instalación deben facturarse en el formulario CMS-1500/OWCP-1500 usando los códigos de servicio adecuados para los procedimientos primarios, secundarios, terciarios, etc., con el modificador "SG" aplicado a cada código de servicio.

El monto máximo de reembolso para cualquier procedimiento quirúrgico cubierto realizado en un ASC equivale al 200% de la tasa del MAA, en base a la metodología de la Lista de Honorarios Médicos, sin tener en cuenta la lógica de cualquier otro sistema que pueda reducir el MAA (p. ej., lógica de las reducciones).

También deben cumplirse los requisitos de autorización previa para procedimientos optativos, así como los requisitos de adecuación para la afección aceptada y otros requisitos del programa. Los servicios ambulatorios profesionales deben facturarse por separado usando los códigos de servicio adecuados.

La lista de procedimientos cubiertos de ASCs se encuentra en la sección "Enlaces útiles". Sin embargo, la inclusión en esta lista no garantiza el pago automático. Por favor, consulte los apéndices B y C para ver ejemplos de cómo calcular las tasas de servicios de ASCs.

3.3.2 Cargos de instalaciones de ASC

Los honorarios de procedimientos realizados en centros de cirugía ambulatoria independientes se pagan en base al código de servicio del procedimiento o procedimientos quirúrgicos realizados. Las facturas deben presentarse en el formulario CMS-1500/OWCP-1500, y cada procedimiento quirúrgico debe indicarse con el código de servicio adecuado y el modificador "SG" de la OWCP para indicar que se está cobrando el honorario de la instalación. Las tarifas de pago se ajustan cuando se realizan múltiples procedimientos quirúrgicos, con un criterio de ajuste que permite el 100% del MAA para los procedimientos de mayor precio, y el 50% del MAA para procedimientos secundarios, terciarios, y todos los demás procedimientos. El pago real se basa en la tarifa de pago calculada o en el cargo facturado (el que sea menor).

Estas tarifas de pago, establecidas en la lista de honorarios médicos de la OWCP, solo se aplican a los cargos de la instalación. No incluyen honorarios del médico, honorarios del anestesiólogo, u honorarios de otros proveedores profesionales que llevan a cabo procedimientos de cirugía ambulatoria y facturan de manera independiente. Los honorarios profesionales deben presentarse por separado de los honorarios de las instalaciones. La tarifa de pago no cubre pruebas de laboratorio, rayos X, o procedimientos de diagnóstico que no están directamente relacionados con el procedimiento quirúrgico. Los cargos por servicios de diagnóstico no quirúrgicos también deben presentarse por separado de los honorarios de las instalaciones. Además, la tarifa de pago no es aplicable a dispositivos protésicos quirúrgicamente implantados, servicios de ambulancia, aparatos ortopédicos para piernas, brazos y espalda, extremidades artificiales, o equipos médicos duraderos para uso en el hogar. Los cargos por los DMEPOS deben presentarse por separado de los honorarios de las instalaciones y deben estar acompañados por copias de la factura del proveedor.

3.3.3 Servicios de ASC incluidos en el pago de las instalaciones

Los pagos de las instalaciones para los ASC cubren varios servicios que no se pagan por separado, incluidos:

- Servicios de enfermería, servicios de personal técnico, y otros servicios relacionados
- Uso de las instalaciones de un ASC por parte del paciente, incluidas la sala de operaciones y la sala de recuperación
- Fármacos, incluidos los medicamentos, productos biológicos, apósticos quirúrgicos, suministros, férulas, yesos, aparatos, y equipos para llevar a casa directamente relacionados con el procedimiento quirúrgico
- Artículos y servicios diagnósticos o terapéuticos directamente relacionados con el procedimiento quirúrgico, como pruebas de laboratorio preoperatorias sencillas (p. ej., análisis de orina, hemoglobina en sangre o hematocrito)
- Artículos y servicios administrativos, de mantenimiento de registros, y de mantenimiento del hogar

- Sangre, plasma sanguíneo, plaquetas, etc.
- Materiales de anestesia
- Lentes intraoculares

3.3.4 Servicios de ASCs no incluidos en el pago de las instalaciones

Los pagos de las instalaciones para los ASC no cubren los siguientes servicios, que pueden pagarse por separado:

- Servicios profesionales, incluidos aquellos proporcionados por médicos
- Servicios de laboratorio
- Procedimientos de rayos X o de diagnóstico que no estén directamente relacionados con el procedimiento quirúrgico
- Prótesis e implantes, con la excepción de los lentes intraoculares
- Servicios de ambulancia
- Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello
- Extremidades artificiales
- DME para uso en el hogar del paciente

3.3.5 Inyecciones en la columna vertebral

Los procedimientos de inyección se facturan de la misma manera que los demás procedimientos quirúrgicos, con las siguientes consideraciones:

1. Para el propósito del descuento de procedimientos múltiples, cada procedimiento de un conjunto bilateral se considera un único procedimiento.
2. Para los procedimientos de inyección que requieren el uso de localización y guía fluoroscópica, los ASC ya no pueden facturar por separado el componente técnico del código CPT radiológico (p. ej., 77003-TC). El pago de estos códigos se agrupa en el pago del procedimiento primario.

3.4 Servicios de hospitalización

Por lo general, los cuidados de hospitalización requieren una estadía de un día para otro en un hospital u otro entorno de cuidado, y se asocian con cirugías, procedimientos y cuidados más serios que requieren al menos una estadía de un día para otro. Los servicios de hospitalización prestados bajo la OWCP se agrupan usando el programa informático 3M Core Grouping Software (que también se usa para determinar su precio), y están sujetos a una lista de reembolsos basada en el Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Hospitalizados de los CMS (IPPS, por sus siglas en inglés). El IPPS asigna servicios a grupos relacionados con el diagnóstico (DRGs, por sus siglas en inglés) y ajusta las tasas de cada hospital basándose en su índice de costos específico. La OWCP usa el software de 3M junto con las metodologías de pago de los CMS. En el caso de los servicios de hospitalización no cubiertos por el IPPS de los CMS, el reembolso se basa en una fórmula que usa las tablas de datos de la relación costo-cargo (CCR, por sus siglas en inglés) publicadas anualmente por los CMS para los hospitales rurales y urbanos de cada estado.

Los servicios de hospitalización basados en el hospital deben facturarse en el formulario UB-04, incluidos los RCCs, los códigos de diagnóstico y de procedimiento de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD, por sus siglas en inglés), y el número de Medicare del hospital. Los servicios profesionales del médico deben codificarse y facturarse por separado en el formulario CMS-1500/OWCP-1500.

El apéndice D detalla la metodología para los reembolsos por servicios de hospitalización.

3.5 Servicios de anestesia

La OWCP reembolsará los servicios de anestesia proporcionados por anestesiólogos, médicos, enfermeros anestesistas titulados certificados (CRNAs, por sus siglas en inglés), o asistentes de anestesiólogos (AAs, por sus siglas en inglés) calificados, si dichos servicios están relacionados con las afecciones aceptadas por la OWCP.

La anestesia involucra la administración de un fármaco o gas para inducir la pérdida parcial o total de conciencia. Todos los servicios de anestesia deben facturarse usando el código CPT de procedimiento de anestesia (de cinco dígitos) junto con los códigos de modificador relevantes: AA, QY, QK, AD, QX, o QZ. Los códigos quirúrgicos no son adecuados para facturar servicios de anestesia.

Los anestesiólogos y CRNAs deben facturar por separado los servicios de anestesia que realicen personalmente. En casos donde se proporcione dirección médica, tanto el anestesiólogo como el CRNA deberán facturar a la OWCP por sus componentes respectivos del procedimiento, cada uno de ellos usando el modificador adecuado de anestesia.

Los CFs de anestesia de la OWCP se determinan para cada localidad donde se prestan los servicios. Un solo CF se aplica a todos los profesionales de anestesia calificados, incluidos tanto los médicos como los no médicos. Cuando múltiples profesionales de anestesia del mismo grupo estén involucrados en un procedimiento, un profesional podrá realizar el examen previo a la anestesia, mientras el otro proporciona dirección médica y cuidados después de la anestesia. El historial médico debe indicar claramente el nombre del profesional que proporcionó cada servicio específico.

La fórmula para calcular el máximo permitido para la anestesia es:

$$(\text{Unidades de tiempo} + \text{unidades base}) \times \text{CF} = \text{MAA}$$

Unidades de tiempo:

El tiempo de anestesia comienza cuando el anestesiólogo empieza a preparar al paciente para el procedimiento. Normalmente, este servicio se lleva a cabo en la sala de operaciones, pero en algunos casos, la preparación puede comenzar en otra ubicación (es decir, en el área de espera). El tiempo de anestesia es un periodo de tiempo continuo, en minutos, desde el inicio de la anestesia hasta el final de un servicio de anestesia. Al contar el tiempo de anestesia, el profesional de anestesia puede agregar bloques de tiempo alrededor de una interrupción en el tiempo de anestesia, siempre y cuando el profesional de anestesia brinde cuidados de anestesia continuos dentro de los periodos de tiempo alrededor de la interrupción.

La OWCP asignará una (1) unidad de tiempo cuando el tiempo total de anestesia sea igual o inferior a 15 minutos. Cuando se calculen las unidades de tiempo más allá de los primeros 15 minutos, la OWCP utilizará la regla de las cifras significativas para redondear al número entero más cercano. Las décimas de unidades del cero al cuatro se redondean a cero; las décimas del 5 al 9 se redondean al siguiente número entero. Esta política requiere que se informen los minutos reales transcurridos desde el momento en que el anestesiólogo o CRNA comienza a preparar al paciente para la inducción hasta cuando se coloca al paciente, de manera segura, bajo supervisión

posoperatoria y el anestesiólogo o CRNA ya no está personalmente presentes. Las unidades de tiempo se calcularán a partir del número de minutos de anestesia informados en el localizador 24G del formulario OWCP-1500 o su equivalente electrónico.

Unidades base:

La OWCP ha adoptado los valores de unidad base de anestesia que los CMS han asignado a cada código de procedimiento de anestesia y refleja la dificultad de los servicios de anestesia, lo que incluye la atención y evaluación preoperatorias y posoperatorias habituales. La unidad base se utiliza para determinar una porción del monto del reembolso del procedimiento de anestesia.

Nota: Las unidades base de anestesia se calculan de forma automática y no deben informarse en el formulario de reclamo.

Factores de conversión:

Los factores de conversión de anestesia de la OWCP se determinan para cada localidad donde se proporcionan servicios. Se utilizará un solo factor de conversión para todos los profesionales de anestesia calificados (p. ej., médicos y no médicos).

Cuando todos los profesionales de anestesia que participan en un procedimiento están asociados con el mismo grupo, un profesional puede realizar el examen previo a la anestesia y el otro puede encargarse de la dirección médica y los cuidados después de la anestesia. El historial médico debe indicar el nombre del profesional que proporcionó el servicio específico.

- Cuando las unidades de tiempo se calculan a un número con una unidad de tiempo decimal de 0.4 o inferior, la unidad se redondea hacia abajo al número entero más cercano.
- Cuando las unidades de tiempo se calculan a un número con una unidad de tiempo decimal de 0.5 o superior, la unidad se redondea al siguiente número entero.

Para obtener información adicional, consulte el enlace útil titulado "Códigos de Procedimiento de Anestesia con Unidades Base, Factores de Conversión de Código Postal, y Modificadores de Anestesia". Por favor, consulte el apéndice F para ver ejemplos de cómo calcular las tasas de servicios de anestesia.

3.6 Servicios de farmacia

El alcance de los servicios de farmacia abarca diversos elementos críticos que contribuyen al uso de los medicamentos de manera segura, efectiva, y consciente de los costos.

3.6.1 Reembolso de farmacia del programa de la FECA

Los proveedores de farmacia reciben reembolsos del Administrador de Beneficios de Farmacia (PBM, por sus siglas en inglés) de la FECA. Los proveedores de farmacia pueden pedir información sobre el reembolso y unirse a la red poniéndose en contacto directamente con el PBM de la FECA que aparece en la sección de enlaces útiles de este documento.

3.6.2 Lista de honorarios de farmacia de los programas de energía y pulmón negro

A partir del 1 de agosto de 2024, la Oficina de Programas de Compensación para Trabajadores (OWCP) comenzó a calcular los honorarios máximos permitidos para las facturaciones de farmacia de fármacos recetados utilizando una fórmula que diferencia entre fármacos de marca, fármacos genéricos y fármacos compuestos. Los honorarios máximos permitidos para los fármacos de marca equivalen al 85% del Precio Mayorista Promedio (AWP, por sus siglas en inglés) más una tarifa de dispensación de \$4.00; los honorarios máximos permitidos para los fármacos genéricos equivalen al 60% del AWP más una tarifa de dispensación de \$4.00; y los honorarios máximos permitidos para los fármacos compuestos equivalen al 30% del AWP más una tarifa de dispensación de \$4.00.

3.7 Servicios dentales

Deberá usarse el formulario de reclamos dentales de la Asociación Dental Estadounidense (ADA, por sus siglas en inglés) para todas las facturas por servicios dentales. El formulario de reclamos dentales de la ADA también puede subirse como archivo adjunto al facturar electrónicamente.

3.8 Pago oportuno

La Ley de Pago Oportuno (PPA, por sus siglas en inglés) es una ley que requiere que las agencias federales paguen los reclamos de manera oportuna. Los reclamos de pago oportuno se adjudican a más tardar 21 días naturales después de su recepción.

3.9 Apelaciones

Si la OWCP reduce un honorario o no reembolsa un monto satisfactorio para el proveedor o reclamante, este podrá solicitar la reconsideración del monto del reembolso. Se puede presentar una apelación para solicitar una revisión del reembolso, lo cual debe hacerse a más tardar 30 días naturales después del pago inicial. La sección de enlaces útiles de las páginas web del programa incluye más información sobre procesos de apelación específicos. El Formulario de Apelación de Listas de Honorarios (OWCP-FSA) también se encuentra en la página del Portal de Procesamiento de Facturas Médicas bajo el enlace de formularios y referencias.

3.10 Cargos superiores al máximo permitido

El proveedor debe cobrar a la OWCP la tarifa más baja que cobra al público en general. La lista de honorarios de la OWCP no debe utilizarse para establecer las tasas de facturación. Si la OWCP paga parcialmente los honorarios de un proveedor porque sus tasas excedieron el MAA, el proveedor no debe solicitar un reembolso por parte del reclamante. Dichas acciones pueden causar que el proveedor sea excluido de la participación, y las exclusiones se informan al Banco Nacional de Datos de Profesionales del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés).

No todos los servicios tienen un MAA. Dicho servicios, de estar cubiertos, se pagan como fueron facturados y están sujetos a la revisión para asegurar su adecuación.

4. APÉNDICE

Los ejemplos de determinación de precios que figuran en este documento son para propósitos ilustrativos solamente y reflejan valores de RVU y GPCI que están sujetos a cambios.

A. Ejemplos de la Lista de Honorarios Médicos

Para determinar el MAA conforme a la Lista de Honorarios Médicos, determine los RVUs y el CF del código del servicio, y el GPCI del código postal.

La Lista de Honorarios Médicos usa tres RVU:

- RVU de Gastos de Trabajo (Wrvu, por sus siglas en inglés) — refleja el tiempo relativo y la intensidad asociados con la prestación de un servicio.
- RVUs de Gastos de la Práctica (PErvu, por sus siglas en inglés) — refleja el costo, como el alquiler de un espacio de trabajo y la compra de equipos.
- RVUs de Gastos de Mala Praxis (MPrvu, por sus siglas en inglés) — reflejan los costos relativos de comprar un seguro de mala praxis.

La lista de honorarios médicos también usa tres GPCI:

- Gastos de trabajo (w gpci, por sus siglas en inglés)
- Gastos de la práctica (pe gpci, por sus siglas en inglés), y
- Gastos de mala praxis (mp gpci, por sus siglas en inglés).

La fórmula de la lista de honorarios médicos para la facturación completa de servicios prestados fuera de las instalaciones y en las instalaciones es:

Ejemplo fuera de las instalaciones

$$[(W_{rvu} \times W_{gpci}) + (PE_{rvu} \times PE_{gpci}) + (MP_{rvu} \times MP_{gpci})] \times CF = MAA$$

Wrvu	:	Unidades de valor relativo del trabajo
Wgpci	:	Valor del índice de costos de práctica geográfica del trabajo
PErvu	:	Unidades de valor relativo de los gastos de prácticas <u>fueras de las instalaciones</u>
PEgpci	:	Valor del índice de costos de práctica geográfica de los gastos de prácticas
MPrvu	:	Unidades de valor relativo de mala praxis
Mpgpci	:	Valor del índice de costos de práctica geográfica de mala praxis
CF	:	Factor de conversión
MAA	:	Monto máximo permitido

EJEMPLO: CPT 11451: Escisión de piel y tejido subcutáneo por hidradenitis axilar con reparación compleja

Lugar de servicio: Washington, DC 20002

Nombre de la localidad: Suburbios de DC+MD/VA

CPT 11451 RVU:	Trabajo	4.43
	Gasto de práctica fuera de las instalaciones	10.43
	Gasto de mala praxis	0.95

Nombre de la localidad: Suburbios de DC+MD/VA (Código postal 20002)

Trabajo	1.057
Gasto de práctica	1.192
Gasto de mala praxis	1.168

Factor de conversión = 64.48

CÁLCULO:

$$[(4.43 \times 1.057) + (10.43 \times 1.192) + (0.95 \times 1.168)] \times 64.48 = \$1,175.13$$

Ejemplo en las instalaciones

$$[(W_{rvu} \times W_{gpci}) + (PE_{rvu} \times PE_{gpci}) + (MP_{rvu} \times MP_{gpci})] \times CF = MAA$$

W _{rvu}	: Unidades de valor relativo del trabajo
W _{gpci}	: Valor del índice de costos de práctica geográfica del trabajo
P _{rvu}	: Unidades de valor relativo de los gastos de prácticas <u>en las Instalaciones</u>
P _{Egpci}	: Valor del índice de costos de práctica geográfica de los gastos de prácticas
M _{Prvu}	: Unidades de valor relativo de mala praxis
M _{pgpci}	: Valor del índice de costos de práctica geográfica de mala praxis
CF	: Factor de conversión
MAA	: Monto máximo permitido

EJEMPLO: CPT 11451: Escisión de piel y tejido subcutáneo por hidradenitis axilar con reparación compleja

Lugar de servicio: Washington, DC 20002

Nombre de la localidad: Suburbios de DC+MD/VA

CPT 11451 RVU:	Trabajo	4.43
	Gasto de Práctica en las instalaciones	4.64
	Gasto de mala praxis	0.95

Nombre de la localidad: Suburbios de DC+MD/VA (Código postal 20002)

Trabajo	1.057
Gasto de práctica	1.192
Gasto de mala praxis	1.168

Factor de conversión = 64.48

CÁLCULO:

$$[(4.43 \times 1.057) + (4.64 \times 1.192) + (0.95 \times 1.168)] \times 64.48 = \$730.11$$

B. Ejemplo de Honorarios de ASC por Servicios Ambulatorios

La fórmula de facturación por servicios ambulatorios en las instalaciones de un ASC es:

$$[(W_{rvu} \times W_{gpci}) + (PE_{rvu} \times PE_{gpci}) + (MP_{rvu} \times MP_{gpci})] \times CF = MAA \times 200\%$$

W _{rvu}	: Unidades de valor relativo del trabajo
W _{gpci}	: Valor del índice de costos de práctica geográfica del trabajo
PE _{rvu}	: Unidades de valor relativo de los gastos de prácticas <u>en las Instalaciones</u>
PE _{gpci}	: Valor del índice de costos de práctica geográfica de los gastos de prácticas
MP _{rvu}	: Unidades de valor relativo de mala praxis
M _{pgpci}	: Valor del índice de costos de práctica geográfica de mala praxis
CF	: Factor de conversión
MAA	: Monto máximo permitido

EJEMPLO: CPT 11451: Escisión de piel y tejido subcutáneo por hidradenitis axilar con reparación compleja

Lugar de servicio: Washington, DC 20002

Nombre de la localidad: Suburbios de DC+MD/VA

CPT 11451 RVU:	Trabajo	4.43
	Gasto de Práctica en las instalaciones	4.64
	Gasto de mala praxis	0.95

Nombre de la localidad: Suburbios de DC+MD/VA (Código postal 20002)

Trabajo	1.057
Gasto de práctica	1.192
Gasto de mala praxis	1.168

Factor de conversión = 64.48

CÁLCULO:

$$[(4.43 \times 1.057) + (4.64 \times 1.192) + (0.95 \times 1.168)] \times 64.48 = \$730.11 \times 200\% = \$1,460.21$$

C. Ejemplo de modificador relacionado con un ASC

La OWCP aceptará todos los modificadores CPT y HCPCS válidos; sin embargo, no todos los modificadores afectan el pago.

Modificador -50, modificador bilateral

El modificador -50 identifica los casos en los que un procedimiento que suele realizarse en un lado del cuerpo se realiza en ambos lados del cuerpo durante la misma sesión quirúrgica. Los proveedores deben facturar utilizando una sola unidad de concepto para cada procedimiento realizado e incluir el modificador -50 para indicar que un procedimiento se realizó de manera bilateral. El procedimiento bilateral se pagará al 200% + 50% del monto permitido para dicho procedimiento.

Ejemplo: Procedimiento bilateral, modificador -50, Chicago, IL. (código postal 60523)

Unidad de concepto en la factura	Código CPT	Máximo permitido	Política bilateral aplicada	Monto máximo permitido
1	64721-SG-50	\$1,628.87	\$2,443.30*	\$2,443.30*
<i>El procedimiento bilateral se paga al 150% del monto máximo permitido</i>				

Modificador -51, modificador de múltiples procedimientos quirúrgicos, Chicago, IL. (código postal 60523)

El modificador -51 identifica cuando se realizan múltiples cirugías en el mismo paciente en la misma sesión quirúrgica. Los proveedores deben facturar utilizando unidades de concepto separadas para cada procedimiento realizado. El modificador -51 debe aplicarse a la segunda unidad de concepto y a las siguientes. El pago total es igual a la suma de 200% de los honorarios máximos permitidos para el procedimiento de mayor valor según la lista de honorarios, más el 50% de los honorarios máximos permitidos para los procedimientos subsiguientes con los siguientes valores más altos según la lista de honorarios.

Ejemplo: Procedimiento múltiple, modificador -51, Chicago, IL. (código postal 60523)

Unidad de concepto en la factura	Código CPT	Pago máximo	Política de procedimientos múltiples aplicada	Monto permitido
1	29881-SG	\$2,020.37		2020.37*
2	64721-SG-51	\$1,628.87	\$814.43	814.43**

** El procedimiento de mayor valor se paga al 200% del monto máximo permitido.*

*** Al aplicar la política de pago de múltiples procedimientos, el procedimiento secundario facturado con un modificador -51 se paga al 50% del monto máximo permitido para esa unidad de concepto.*

**** Representa la suma de los montos permitidos para la línea 1 + la línea 2.*

D. Ejemplos de servicios de hospitalización

Relación costo-cargo

- Servicios hospitalarios a los que se aplica una fórmula de relación costo-cargo (CCR) y que no están sujetos al Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Hospitalizados de Medicare (IPPS). Por ejemplo, rehabilitación y cuidados a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés)
- La OWCP aplica una fórmula de CCR que se basa en los datos ponderados de casos de los CMS para los costos de funcionamiento y capital de los hospitales por estado. Todos los hospitales exentos del IPPS de un estado reciben un pago según la misma relación.
- Fórmula:
 $((CCR \text{ de Costos de Operaciones del Estado de los CMS} + CCR \text{ de Costos de Capital del Estado de los CMS}) \times \text{Monto Facturado}) \times 1.26 = \text{Máximo Permitido por la OWCP}$

Las instalaciones reciben un pago según lo facturado

- Los hospitales de Maryland, regulados por la Comisión de Revisión de Costos de los Servicios de Salud de Maryland, han negociado con el HHS unas tasas basadas en los costos específicos de la instalación, y se les paga según lo facturado.
- Instalaciones federales (Administración de Veteranos)
- Instalaciones residenciales
- Internado
- Centro de enfermería especializada

Centros de cuidados agudos

A partir del 1 de enero de 2025, los servicios hospitalarios de cuidados agudos cubiertos por el Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Hospitalizados (IPPS) de los CMS se pagan de acuerdo con la siguiente fórmula:

Algoritmo de la OWCP para Servicios de Hospitalización

Los beneficiarios de Medicare pagan "de su propio bolsillo" directamente al hospital el deducible de la parte A para pacientes hospitalizados y los montos del coseguro diario. Los reclamantes de la OWCP no pagan "de su propio bolsillo", por lo que estos montos se aplican al monto permitido por Medicare (MA, por sus siglas en inglés) (a partir de la producción de Grouper/Pricer) al calcular el pago máximo permitido por la OWCP (A, por su sigla en inglés).

- A = pago máximo permitido por la OWCP
- Duración de la estadía (LOS, por sus siglas en inglés) = La duración de la estadía del reclamante
- MA = monto permitido por Medicare, que se calcula utilizando la versión del software 3M de Grouper y Pricer correspondiente a la fecha del alta.

Multiplicador de la OWCP = 1.333

Deducible de los CMS

Si duró 90 días o menos = 1,676

Monto de Coseguro de los CMS

Si duró 90 días o menos = 419

Si duró más de 90 días = 838

EJEMPO de CÁLCULO 1:

Si la LOS es inferior o igual a 60 días. Para este ejemplo, el MA = \$12,500.

$(MA \times 1.333) + \text{Deducible de los CMS} = A$

$$(\$12,500 \times 1.33333) + \$1,676 = \$18,342.63$$

EJEMPO de CÁLCULO 2:

Si la LOS es superior a 60 días pero inferior o igual a 90 días. Para este ejemplo, el LOS = 65 y el MA = \$12,500

$(MA \times 1.333) + \text{Deducible de los CMS} + [(LOS - 60) \times \text{Monto del Coseguro de los CMS}] = A$

$$(\$12,500 \times 1.33333) + \$1,676 + (65-60) \times \$419 = \$20,437.63$$

EJEMPO de CÁLCULO 2:

Si la LOS es superior a 90 días. Para este ejemplo, el LOS = 95 y el MA = \$12,500

$(MA \times 1.333) + \text{Deducible de los CMS} + (30 \times \text{Monto del Coseguro de los CMS 90 días o menos}) + [(LOS - 90) \times \text{Monto del Coseguro de los CMS superior a 90 días}] = A$

$$(\$12,500 \times 1.33333) + \$1,676 + (30 \times \$419) + [(95-90) \times \$838] = \$35,102.63$$

E. Ejemplo de anestesia

Ejemplo de reembolso:

$$(\text{Unidades de Tiempo} + \text{Unidades Base}) \times CF = \text{Monto permitido}$$

(Este es solo un ejemplo. Los proveedores deben verificar sus factores de conversión de anestesia actuales para determinar los montos correctos de los honorarios.)

Código: 00830

Modificador: AA

Tiempo: 120 minutos

Localidad: Dallas (código postal 75201)

Tiempo: 120 minutos = $120 \div 15$ = 8 unidades

Código: 00830, unidades base + 4 unidades
12 unidades

Factor de conversión, Dallas = 52.03

Unidades totales = $12 \times 52.03 = \$624.36$

Monto máximo permitido del médico = \$624.36

5. GLOSARIO DE SIGLAS

SIGLAS	DEFINICIÓN
AA	Asistente de anestesia
ADA	Asociación Dental Estadounidense
AMA	Asociación Médica Estadounidense
AOC	Código Adicional
APC	Clasificaciones de Pagos Ambulatorios
ASC	Centros de Cirugía Ambulatoria
AWP	Precio Mayorista Promedio
BLBA	Ley de Beneficios del Pulmón Negro
CCR	Relación costo-cargo
CDT	Terminología Dental Actual
CF	Factor de conversión
CMS	Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
CPT	Terminología procesal actual. Es un conjunto de códigos médicos mantenidos por la Asociación Médica Estadounidense (AMA) y se usa para describir servicios médicos, quirúrgicos, y de diagnóstico realizados por profesionales de atención médica. Los Códigos CPT son numéricos y alfanuméricos y se usan para propósitos de facturación, lo que permite a los proveedores de atención médica comunicar información estandarizada sobre los servicios que proporcionan a compañías de seguros y otros pagadores. Los códigos CPT se usan ampliamente en el sistema de atención médica de los Estados Unidos para hacer reembolsos, rastrear servicios de atención médica, y hacer investigaciones.
CRNA	Enfermero Anestesista Titulado Certificado
DCMWc (Pulmón Negro)	División de Compensación para Trabajadores de Minas de Carbón
DDE	Ingreso Directo de Datos
DEEOIC (Energía)	División de Compensación por Enfermedad Laboral de Empleados de Energía
DFELHWC (FECA)	División de Compensación de Empleados Federales, y Estibadores y Trabajadores Portuarios
DME	Equipos Médicos Duraderos
DMEPOS	Equipos Médicos Duraderos, Prótesis, Órtesis, y Suministros
DOL	Departamento de Trabajo
DRGs	Grupos Relacionados con el Diagnóstico
EDI	Intercambio Electrónico de Datos
EEOICPA	Ley del Programa de Compensación por Enfermedades Laborales para Empleados de Energía
FECA	Ley de Compensación de Empleados Federales
FQHC	Centros de Salud con Calificación Federal
GPCI	Índice de Costos de Práctica Geográfica

	HCPCS
HCPCS	Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes de Atención Médica. Es un sistema de codificación estandarizada utilizado en los Estados Unidos para describir e identificar servicios y procedimientos médicos proporcionados por profesionales de atención médica. Estos códigos son alfanuméricos y abarcan una amplia gama de servicios, suministros, y equipos de atención médica.
HHS	Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
ICD	Clasificación Internacional de Enfermedades
IPPS	Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Hospitalizados
LHWCA	Ley de Compensación para Estibadores y Trabajadores Portuarios
LOS	Duración de la Estadía
LTC	Cuidados a Largo Plazo
MAA	Monto máximo permitido
MP	Gasto de mala praxis
MP GPCI	Valor del Índice de Costos de Práctica Geográfica de Mala Praxis
MUE	Ediciones Médicamente Improbables
NCCI	Iniciativa Nacional de Codificación Correcta
OPPS	Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Ambulatorios
OWCP	Oficina de Programas de Compensación para Trabajadores
PA	Autorización Previa
PBM	Administrador de Beneficios de Farmacia
PE	Gasto de Práctica
PE GPCI	Valor del Índice de Costos de Práctica Geográfica de los Gastos de Prácticas
PPA	Ley de Pago Oportuno
PTP	Procedimiento a Procedimiento
RBRVS	Escala de Valor Relativo Basada en Recursos
RCC	Códigos del Centro de Ingresos
RVU	Unidades de Valor Relativo
SFTP	Proceso Seguro de Transferencia de Archivos
UB-04	Formulario de Facturación Universal 04
UR	Restricciones de la Utilización
W	Gasto de Trabajo
W GPCI	Valor del Índice de Costos de Práctica Geográfica del Trabajo
WCMBP	Procesamiento de Facturas Médicas de Compensación para Trabajadores

Enlaces útiles

<u>Referencia del Sitio</u>	<u>Enlaces</u>
Portal de Procesamiento de Facturas Médicas	Medical Bill Processing Portal Office of Workers' Compensation Programs (dol.gov) (Portal de Procesamiento de Facturas Médicas Oficina de Programas de Compensación para Trabajadores (dol.gov))
Página del Programa de la FECA	Federal Employees' Compensation Program U.S. Department of Labor (dol.gov) (Programa de Compensación de Empleados Federales Departamento de Trabajo de los EE. UU. (dol.gov))
Página del Programa de Pulmón Negro	Black Lung Program U.S. Department of Labor (dol.gov) (Programa de Pulmón Negro Departamento de Trabajo de los EE. UU. (dol.gov))
Página del Programa de Energía	Energy Workers Program U.S. Department of Labor (dol.gov) (Programa de Trabajadores de Energía Departamento de Trabajo de los EE. UU. (dol.gov))
Servicios de Farmacia de los Programas de Energía y Pulmón Negro (Conduent)	Pharmacy Bill Processing Portal - Home (dol.gov) (Portal de Procesamiento de Facturas de Farmacia — Inicio (dol.gov))
Servicios de Farmacia de la FECA (Optum)	Pharmacy Benefits Management Portal (dol.gov) (Portal de Administración de Beneficios de Farmacia (dol.gov))
Guía de Referencia Rápida (QRG, por sus siglas en inglés) de la Calculadora de la Lista de Honorarios	CR 174 - Fee Schedule Calculator QRG (dol.gov) (CR 174 - Calculadora de la Lista de Honorarios QRG (dol.gov))
Manual del Proveedor de Procesamiento de Facturas Médicas de Compensación para Trabajadores (WCMBP) de la OWCP	WCMBP Provider Manual (dol.gov) (Manual del Proveedor de WCMBP (dol.gov))
Autorizaciones Previas	WCMBP Provider Manual (dol.gov) (Manual del Proveedor de WCMBP (dol.gov))
Autorizaciones Previas para Prescripciones No incluidas en el Formulario y Opioides	FECA Bulletins (2020-2024) U.S. Department of Labor (dol.gov) (Boletines de la FECA (2020-2024) Departamento de Trabajo de los EE. UU. (dol.gov))
Información de la FECA para Proveedores	Information for Medical Providers U.S. Department of Labor (dol.gov) (Información para Proveedores Médicos Departamento de Trabajo de los EE. UU. (dol.gov))
Apelaciones de la FECA	Procedure Manual U.S. Department of Labor (dol.gov) (Manual de Procedimientos Departamento de Trabajo de los EE. UU. (dol.gov))
Apelaciones de Energía	procedure_manual_8.0-2023.11.pdf (dol.gov)
Apelaciones de Pulmón Negro	General OFFICE OF WORKERS' COMPENSATION PROGRAMS (dol.gov)

	<u>(General OFICINA DE PROGRAMAS DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES (dol.gov))</u>
Manual de Procedimientos de Energía	<u>procedure_manual_8.0-2023.11.pdf (dol.gov)</u>

Manual de Procedimientos de la FECA	DFEC Procedure Manual U.S. Department of Labor (dol.gov) Manual de Procedimientos de la División de Compensación de Empleados Federales (DFEC, por sus siglas en inglés) Departamento de Trabajo de los EE. UU. (dol.gov)
Manual de Procedimientos del Programa de Pulmón Negro	DCMWC Procedure Manual U.S. Department of Labor (dol.gov) (Manual de Procedimientos de la DCMWC Departamento de Trabajo de los EE. UU. (dol.gov))
Formularios y referencias	General OFFICE OF WORKERS' COMPENSATION PROGRAMS (dol.gov) (General OFICINA DE PROGRAMAS DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES (dol.gov))
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid	Home - Centers for Medicare & Medicaid Services CMS (Inicio — Centros de Servicios de Medicare y Medicaid CMS)
Códigos de Procedimiento de Anestesia con Unidades Base, Factores de Conversión de Códigos Postales y Modificadores de Anestesia	Anesthesia Procedure Codes with Base Units, Zip Code Conversion Factors and Anesthesia Modifiers U.S. Department of Labor
Lista de Procedimientos Quirúrgicos Permitidos para el Pago de Honorarios de la Instalación a Centros de Cirugía Ambulatoria	List of Surgical Procedures Allowed For Facility Fee Payment to Ambulatory Surgery Center U.S. Department of Labor
Tablas de Relación costo-cargo de Servicios para Pacientes Hospitalizados no cubiertos por el PPS	Cost To Charge Ratio Tables For Inpatient Non-PPS Hospital Services U.S. Department of Labor
Códigos RCC que requieren Códigos CPT/HCPCS, ADA y OWCP con RVU y Factores de Conversión	RCC Codes Requiring CPT/HCPCS/OWCP Codes For Outpatient Hospital Services U.S. Department of Labor
Códigos CPT, HCPCS, ADA y OWCP con RVU y Factores de Conversión	CPT, HCPCS, ADA & OWCP Codes With RVU and Conversion Factors U.S. Department of Labor
Índices de Costos de Práctica Geográfica por Código Postal	Geographic Practice Cost Indices by Zip Code U.S. Department of Labor
Tabla de Niveles de Modificadores para la Referencia Rápida	Modifier Level Table For Quick Reference U.S. Department of Labor