



GOBIERNO DE PUERTO RICO

ADMINISTRACIÓN DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DE AUTOMÓVILES
Director Departamento de Finanzas, Planificación y Presupuesto | Luis A. Cruz Gerena | lcruzg@acaa.pr.gov

17 de agosto de 2021

CARTA CIRCULAR 2021-FINA-02

A TODOS LOS PROVEEDORES DE LA ACAA

FACTURACIÓN ELECTRÓNICA - SERVICIOS INSTITUCIONALES

Reciba un cordial saludo de la Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA).

Recientemente, la ACAA implementó la facturación electrónica para los servicios médico-hospitalarios y quiroprácticos. Estamos en los procesos de ajustes de los servicios institucionales, a estos efectos se solicita a los proveedores que facturan por estos servicios, añadir la **imagen de la UB-04** en los documentos requeridos para la facturación con el fin examinar las líneas de servicios con sus respectivas fechas y descripciones de cada servicio.

Se incluye, además, los campos que deben completar en las formas de facturación a la ACAA como documentos adjuntos a esta comunicación.

Otros aspectos de importancia, es que la ACAA no modificó sus requisitos para la facturación, solo la transmisión de manera automática. Estamos adaptando toda la estructura, para aquellos proveedores que son exclusiones como dental, implantes ortopédicos, o autorizados a facturar manual deben utilizar la forma correspondiente del mercado toda vez que la ACAA descontinuo la forma ACAA-300-136.

Es importante recordar que el término para facturar a la ACAA de ciento veinte (120) días a partir de la fecha del servicio y cuarenta cinco (45) días para solicitar ajustes a partir de la fecha de la explicación de pago, queda inalterado. Además, cada servicio facturado tiene que ser acompañado con la evidencia de soporte de los servicios por los cuales reclama el pago. Es requerido la evidencia de la firma del lesionado o su representante autorizado cuando no exista la firma en la forma de facturación ya que de no hacerlo serán rechazados los servicios.

De surgir alguna duda o pregunta, favor de comunicarse al Área de Contratación y Relaciones con Proveedores a través del (787) 759-8989 extensiones 2762. Si aún necesita crear una cuenta para facturar a la ACAA, puede solicitarlo por medio del correo electrónico lhernjim@acaa.pr.gov.

Cordialmente,


Luis A. Cruz Gerena

Director de Finanzas, Planificación y Presupuesto

249 Avenida Arterial Hostos, Esquina Chardón, San Juan, PR 00918 | PO Box 364847, San Juan, PR 00939-4847

Tel. 787-759-8989 | Fax 787-756-6820 | www.acaa.pr.gov

GUIA PARA TRANCISIÓN DE LA FORMA ACAA 300-136 A LA 1500
FACTURA DE SERVICIOS MEDICOS, HOSPITALARIOS Y ANCILARES

Forma 1500	Debe Indicar	Notas
10.b	Auto Accident	Tipo de Accidente
15	Fecha de Accidente	Incluir fecha de accidente y zip code del lugar del accidente
3	Fecha de Nacimiento del Lesionado	MM/DD/YY
1.a	Número de Reclamación del Lesionado	Número de identificador que le asigna la ACAA a cada lesionado
33	Nombre del Proveedor	Debe incluir la dirección y teléfono
19	Número de Proveedor	Número de Proveedor asignado por la ACAA para el proveedor que factura.
	En caso de Hospitalización Indique:	Esto corresponde a la forma UB-04 de facilidad
24.d	HCCPS, Código de Servicio y Modificador	En la Forma 1500 se reporta solamente lo profesional. Pueden identificar por el modificador 26. Aplica solamente para la Radiología y Pruebas Nucleares. En el caso del laboratorio no se divide la tarifa en componente profesional y producción.
23	Orden de Compra o Número de Preautorización	
21	Diagnóstico	Código ICD-10
24.a	Fecha de servicio	Fecha cuando se prestó el servicio
24.b	Lugar de Servicio	Utilizar los lugares de servicios validados por la ACAA (11, 12, 21, 22, 23, 24, 31, 41 o 42)
24.g	Número de Servicios	Cantidad de unidades
24.f	Cantidad Reclamada	Tarifa contratada para el servicios prestado
12	Firma del Lesionado	
31	Firma del Proveedor	

Observaciones:

Esta alineado con los estandares de Accredited Standards Committee X12 5010A1.

GUIA PARA TRANCISIÓN DE LA FORMA ACAA 300-136 A LA UB-04 (CMS-1450)
FACTURA DE SERVICIOS MEDICOS, HOSPITALARIOS Y ANCILARES

Forma UB-04	Debe Indicar	Notas
29	Auto Accident	Tipo de Accidente
30	Fecha de Accidente	Incluir fecha de accidente y zip code del lugar del accidente
10	Fecha de Nacimiento de Lesionado	MM/DD/YY
8.a	Número de Reclamación de Lesionado	Número de identificador que le asigna la ACAA a cada lesionado
1	Nombre del Proveedor	Debe incluir la dirección y teléfono
57.a	Número de Proveedor	Número de Proveedor asignado por la ACAA para el proveedor que factura.
44	HCPS	
66	Diagnóstico	Código ICD-10
45	Fecha de Servicio	Fecha cuando se prestó el servicio
37	Lugar de Servicio	Lugar donde se prestó el servicio
N/A	Descripción del Servicio	Breve descripción del servicio prestado
46	Número de Servicios	Cantidad de unidades
47	Cantidad Reclamada	Tarifa contratada para el servicios prestado
38	Firma del Lesionado	
80	Firma del Proveedor	
57.c	Número de Seguro Social Patronal	
56	Número de NPI de Proveedor	
1	Número de Teléfono del Proveedor	

Observaciones:

Esta alineado con los estandares de Accredited Standards Committee X12 5010A1.