

BlueAdvantage Administrators of Arkansas

Preguntas Frecuentes

A continuación se encuentran algunas preguntas que reciben comúnmente nuestros representantes de servicio. Para información adicional, favor de referirse a la sección titulada Beneficios o a Productos y Servicios (Products and Services). Si no encuentra aquí la respuesta a su pregunta, por favor envíele un mensaje por correo electrónico al Departamento de Servicios al Cliente (Customer Service) o llámelos al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación.

Beneficios

1. Si tengo preguntas sobre el estado de un reclamo, ¿con quién debo comunicarme?

Para recibir asistencia, sírvase llamar al Departamento de Servicios al Cliente al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación. Usted también puede revisar sus beneficios en línea (check your benefits).

2. He recibido una Explicación de Beneficios (EOB) que explica el pago de un reclamo. Si tengo preguntas al respecto, ¿con quién debo comunicarme?

Para recibir asistencia en relación con preguntas sobre los pagos de sus reclamos, por favor envíe un mensaje por correo electrónico al Departamento de Servicios al Cliente (Customer Service) o bien llámeles al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación. Para más información sobre cómo interpretar su EOB, visite la sección titulada Entendiendo Su EOB (Understanding Your EOB) de nuestro sitio en la red.

3. Si no estoy de acuerdo con la denegación de beneficios, ¿cómo puedo solicitar una revisión del caso?

Las solicitudes para revisión de beneficios denegados deberán efectuarse por escrito y enviarse a:

BlueAdvantage Administrators of Arkansas
P.O. Box 1460
Little Rock, AR 72203

Su solicitud de revisión deberá estar acompañada por la información adicional pertinente. Le enviaremos una respuesta por escrito después de haber concluido la misma. Cualquier apelación deberá enviarse a su administrador del plan.

4. He recibido un cuestionario de Coordinación de Beneficios (COB) de parte de BlueAdvantage. ¿Por qué necesitan saber si tengo alguna otra cobertura médica?

Bajo las disposiciones de coordinación de beneficios de su contrato, si usted está cubierto por más de un plan médico, deberá tomarse una decisión con respecto a cuál de los planes es responsable por efectuar los pagos primarios. Una vez que se haya pagado el reclamo bajo el plan primario, el plan secundario pagará su porción de los cargos permitidos. El pago total no equivaldrá a más del 100 por ciento de los cargos permitidos. Para más información, visite la sección titulada Coordinación de Beneficios (Coordination of Benefits).

BlueCard®

1. ¿Qué es BlueCard?

El programa BlueCard proporciona a sus miembros la oportunidad de llevarse con ellos sus beneficios de cuidado médico cuando viajen o vivan fuera del estado de Arkansas. El programa se encuentra disponible en los 50 estados e internacionalmente, abarcando 28 países. Proporciona métodos innovadores de reducción de costos y promueve la satisfacción del cliente. El programa BlueCard PPO (organización de proveedores preferidos de BlueCard) permite a los clientes recibir descuentos a través de las disposiciones contractuales del Blue Plan local. En la actualidad, más del 85 por ciento de los hospitales y médicos de los Estados Unidos tienen contrato con planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.

Para determinar si usted participa o no en este programa, por favor comuníquese con su empleador o llame al Departamento de Servicios al Cliente al número de teléfono que aparece en su Tarjeta de identificación. El logotipo de Blue Cross and Blue Shield y el emblema de equipaje en su tarjeta de identificación indican su participación en este programa.

2. ¿Qué es ITS?

Los Servicios de Teleprocesamiento entre Planes (Inter-Plan Teleprocessing Services o ITS, por sus siglas en inglés) son un instrumento de software que conecta a todos los planes de Blue Cross and Blue Shield. Es la cámara de compensación de datos para el programa BlueCard. El sistema ITS contiene datos de presentación de reclamos y pagos. Todos los planes participantes le proporcionan determinaciones de beneficios al sistema ITS.

He aquí cómo funciona:

- Un miembro del plan viaja o vive fuera de la zona del plan local.
- El miembro del plan obtiene servicios a través de un proveedor participante.
- El proveedor presenta el reclamo ante el plan anfitrión.

- El plan anfitrión le presenta el reclamo al plan local del miembro del plan a través del sistema ITS.
- El plan local le informa al plan anfitrión sobre los beneficios disponibles a través del sistema ITS.
- El plan local le proporciona una Explicación de Beneficios al miembro del plan.
- El plan anfitrión le paga al proveedor.

3. ¿Qué es un “plan local”?

En lo que se refiere a la participación en el programa Bluecard, BlueAdvantage se considera como el plan local. Esto quiere decir que BlueAdvantage tiene la responsabilidad de proporcionar servicios al cliente a nuestros miembros del plan, manteniendo la elegibilidad, adjudicando beneficios del plan para notificación al plan anfitrión y proporcionando explicaciones de beneficios a los miembros del plan.

4. ¿Qué es un “plan anfitrión”?

En lo que se refiere a la participación en el programa BlueCard, plan anfitrión sería cualquier plan de Blue Cross and Blue Shield cuyos proveedores contratados le proporcionen servicios a un miembro del plan fuera de la zona del plan local. El plan anfitrión tiene la responsabilidad de proporcionar al proveedor servicio al cliente, presentar los reclamos al plan local después de la validación de la información y aplicación de precios además de pagarle al proveedor.

CHIP (Comprehensive Health Insurance Pool)

1. ¿Cómo pueden efectuarse los pagos?

Mensualmente con retiros bancarios automáticos o trimestralmente por cheque. Con el retiro bancario, el primer mes se factura directamente; el mes siguiente comienzan a efectuarse los retiros automáticos.

2. ¿Cuándo se considera a la persona NO elegible para participar en CHIP?

- A. Si tiene Medicare
- B. Si recibe cualquier tipo de financiamiento estatal o gubernamental, incluyendo Medicaid.
- C. Si existe una cobertura de grupo o COBRA disponible (aun cuando los beneficios puedan ser inferiores).

3. ¿Cuándo puede cambiar la persona su deducible?

Se pueden pedir aumentos de la cantidad de deducible en cualquier momento. El cambio entrará en vigencia el primer mes después de haberse recibido la petición

de cambio. Las reducciones de deducible sólo podrán efectuarse el 1 de enero de cada año natural.

4. ¿Cómo se presentan los reclamos de farmacia (medicinas recetadas)?

Manualmente. Los formularios de reclamo se incluyen en el paquete de inscripción nueva. El pago se efectúa en un 80 por ciento (después de haber satisfecho el deducible) y se le entrega directamente al titular de la póliza. No hay red de farmacias para CHIP. Haga clic aquí para bajar un formulario de reclamo de la red (Click here to download a claim form).

5. ¿Cuándo se inicia otra vez el deducible?

El 1ro de enero de cada año.

6. ¿Puede una persona comprar la cláusula de excepción para las condiciones preexistentes si hace su solicitud como residente elegible?

Sí, pero deberá tener derecho a dicha cláusula cuando se le cancele la cobertura involuntariamente y deberá solicitarla dentro de un lapso de 30 días posterior a dicha cancelación.

7. ¿De cuánto tiempo dispone una persona para hacer su solicitud como miembro federalmente elegible?

Deberá hacer su solicitud dentro de un lapso de 62 días posterior a la terminación de su cobertura de grupo o COBRA.

8. ¿Puede ser elegible una persona que tenga una póliza individual con tarifas elevadas?

Sí, pero las tarifas deberán ser por lo menos 50 por ciento mayores que las del CHIP o bien la póliza deberá tener beneficios substancialmente menores.

Reclamos

1. ¿Qué tengo que hacer para presentar un reclamo?

La mayoría de los proveedores presentará el reclamo por usted. Usted puede presentar el reclamo si su proveedor no lo hace. Usted puede bajar un formulario de la red (download a form) en este sitio. Si requiere asistencia para llenar el formulario, sírvase llamar al Departamento de Servicios al Cliente al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación o puede enviar un mensaje por correo electrónico al Departamento de Servicios al Cliente (e-mail Customer Service).

2. ¿Dónde debo enviar el reclamo?

Por favor envíe su reclamo a:

BlueAdvantage Administrators of Arkansas
P.O. Box 1460
Little Rock, AR 72203

3. ¿Me notificarán ustedes una vez que hayan procesado mi reclamo?

Sí, le enviaremos una Explicación de los Beneficios (EOB). La EOB detalla las cantidades pagadas al proveedor de servicio, cualquier cantidad denegada conjuntamente con las razones para tal denegación y la porción de pago por la cual usted es responsable.

Definiciones del Plan Médico

1. ¿Qué significa notificación previa a la hospitalización, prenotificación o precertificación y qué es lo que tengo que hacer con mi cobertura?

La notificación previa a la hospitalización, prenotificación y precertificación son términos que se refieren a los programas de restricción de costos médicos. Éstos involucran la revisión de la necesidad médica y si otros métodos de tratamiento son más apropiados. Usted puede recibir una penalización deducida de sus beneficios médicos si se requiere la prenotificación o precertificación y usted no la proporciona. Así mismo, su reclamo puede denegarse si el servicio no es médicamente necesario. Para más información, refiérase a la sección titulada Utilización del Manejo (Utilization Management). Por favor consulte su folleto de beneficios o llame al Departamento de Servicios al Cliente al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación a fin de determinar si usted está sujeto a prenotificación o precertificación antes de recibir ciertos servicios médicos.

2. ¿Qué significa administrador de reclamos de tercera parte?

El administrador de reclamos considerado como tercera parte es una compañía que proporciona servicios de pago de reclamos a grupos de empleadores autofinanciados. El grupo de empleadores diseña el paquete de beneficios y establece las pautas para el procesamiento de los mismos. El administrador considerado como tercero o de tercera parte emite los pagos de los reclamos de conformidad con dichas pautas. El grupo de empleadores reembolsa los pagos de los reclamos y efectúa un recargo por la administración de los mismos.

3. ¿Qué significa proveedor?

El proveedor es un hospital, instalación de servicios, médico u otro profesional que proporcione servicios de cuidado médico.

4. ¿Qué quiere decir PPO?

PPO significa organización de proveedores preferidos (PPO corresponde a sus siglas en inglés). El PPO es un sistema de cuidado médico que proporciona servicios de descuento o cargos fijos a miembros del plan. Los proveedores preferidos son aquellos que participan en la red y están de acuerdo con los descuentos y tabla de cargos. Los cargos de los proveedores participantes por los servicios médicos por lo general son más bajos que los de los proveedores no pertenecientes a la red. Los cargos más bajos les ahorran dinero a los miembros del plan (las personas cubiertas). Así mismo, los miembros se evitan el tener que presentar reclamos ya que los proveedores son responsables por la presentación de los mismos ante BlueAdvantage.

Uno de los PPO a la disposición de los grupos de BlueAdvantage es el conocido como Arkansas' FirstSource® PPO. Arkansas' FirstSource® PPO tiene contratos con un grupo de proveedores en todo el estado para conformar una red. A fin de recibir descuentos y para que los proveedores de la red presenten los reclamos, los miembros del plan deben utilizar los servicios de tales médicos e instalaciones contratados por PPO.

5. ¿Qué es un HMO?

HMO significa organización de mantenimiento médico, (HMO corresponde a sus siglas en inglés). Es un sistema de cuidado médico que asume o comparte tanto el financiamiento como los riesgos de suministro asociados con la entrega de servicios médicos comprensivos a una población voluntariamente inscrita en un área en particular, por lo general, a cambio de honorarios fijos o prepagados.

6. ¿Qué significa POS?

POS significa el lugar donde se efectuó la transacción. El plan POS proporciona a las personas cubiertas la opción de salirse de la red designada. No obstante, la cantidad de reembolso se reduce significativa y generalmente para los servicios prestados por proveedores fuera de la red. Por esta razón, la utilización de servicios fuera de la red es tradicionalmente menor.

7. ¿Qué es el CMM?

Bajo el CMM (Cuidado Médico Comprensivo completo o Cuidado Médico Mayor), las personas cubiertas pagan un deducible que corresponde a la primera cantidad cubierta de cargos elegibles incurridos durante el año del contrato. Una vez que se

haya satisfecho el deducible, el miembro del plan paga un porcentaje de la cantidad cubierta hasta alcanzar su límite de pérdida (la cantidad máxima de desembolso personal). CMM es un plan de cargo tradicional por servicio, que proporciona el mismo nivel de beneficios sin tomar en cuenta al proveedor médico que haya seleccionado la persona cubierta. La diferencia entre CMM y PPO es que CMM no tiene una red de proveedores.

Tarjeta de Identificación

1. Si se me pierde la tarjeta de identificación, ¿cómo puedo reemplazarla?

Sírvase llamar al Departamento de Servicios al Cliente al 1-888-872-2531 para solicitar una nueva tarjeta de identificación.

2. ¿Por qué es importante que le muestre mi tarjeta de identificación a mi proveedor de servicios?

Su tarjeta de identificación contiene información importante relacionada con su participación en el programa. Ésta le permite saber a su proveedor de servicio si usted es participante de una red de médicos específica a fin de que pueda usted recibir los beneficios más elevados a los que tenga derecho. Así mismo, proporciona el número de identificación que se refleja en nuestro sistema de procesamiento de reclamos. Es necesario que al presentar el reclamo se tenga este número para verificar que corresponda al miembro del plan y para acelerar, a su vez, el proceso de pago de su reclamo.

Red de Cuidados Médicos Primarios

1. ¿Qué significa PCN?

PCN significa red de cuidados médicos primarios (PCN corresponde a sus siglas en inglés). El participar en una red PCN requiere de la selección de un médico general primario o PCP. Las personas cubiertas deben consultar primero a su PCP, quien se ocupará de administrar su cuidado o, de ser necesario, de referirle a un especialista o internarle en un hospital.

La estructura de beneficios de la red PCN difiere levemente tanto del plan de cuidado médico mayor (CMM) como de la organización de proveedores preferidos (PPO). La red PCN comúnmente reembolsa un 100 por ciento después de haber efectuado el copago de la consulta médica por cualquiera de los servicios facturados

por el PCP (excepto por la cirugía de paciente interno y obstetricia). Típicamente, los beneficios por parte de un especialista no son elegibles para reembolso sin referencia, orden y arreglos hechos y autorizados por el PCP (excepto en casos de emergencias en los que la vida o una de las extremidades del paciente estén en peligro o por otras excepciones, según lo definido por el plan médico).

2. ¿Qué significa médico general primario (PCP)?

El médico general primario (PCP) es un profesional médico que sirve de primer contacto entre el miembro del plan y el sistema del plan de cuidado médico. Al PCP también se le conoce como proveedor de atención médica primaria, médico de atención personal o proveedor de atención médica personal. Si su plan médico tiene una red de cuidado médico primario, requeriremos que usted seleccione a un PCP.

3. ¿Necesito una referencia de mi médico general primario para recibir servicios a través de un especialista?

Para información sobre los requisitos de referencia médica, consulte el folleto de su plan de beneficios o llame al Departamento de Servicios al Cliente al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación. Usted puede elegir revisar sus beneficios (benefits) en línea.

4. Yo participo en una red de cuidado médico primario (PCN). ¿Tengo que seleccionar el mismo médico general primario para toda mi familia?

No. Cada miembro específicamente selecciona su médico general primario. Debe seleccionarlo de la lista de médicos autorizada para su red en particular. Por favor comuníquese con su empleador para recibir una lista de los médicos generales primarios o visite el Directorio de Proveedores (Provider Directories).

5. ¿Puedo cambiar de médico general primario?

Sí, usted puede cambiar a su médico general primario, pero su plan médico puede limitar la frecuencia con la cual pueda usted efectuar tales cambios. Por favor comuníquese con su empleador para recibir información sobre cómo cambiar a su PCP. Pregúntele a su empleador si será necesario que llene un formulario de cambio.

6. ¿Qué debo hacer si mi médico general primario no se encuentra en su consultorio, pero necesito atención médica inmediata?

Llame al consultorio de su médico general primario. Solicite los servicios del médico que esté cubriendo por su médico. (Se requiere que todos los médicos generales primarios tengan un médico que les substituya durante sus periodos de ausencia).