

POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO

Política n.º: 2018CLM003
Número de página: 2 de 3
Fecha de vigencia: Febrero de 2017
Última revisión: Agosto de 2018



TÍTULO: COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Departamento: Operaciones- Reclamaciones	Jefe del departamento: (Nombre y firma) Mychelle Scott <i>Mychelle Scott</i>
Fecha de aprobación: 8/13/18	Fecha de la próxima revisión (12 meses desde la fecha de aprobación) Agosto de 2018
Cumplimiento/aprobación ejecutiva	
Nombre: Devona J Williams	Fecha: 8/14/18

APLICACIÓN: MEDICAID CHIP/ CHIP P MERC. SEGUROS OTROS MÉDICOS
 STAR+PLUS D SNP MMP

PROPÓSITO:

El objetivo de esta política y procedimiento es cumplir los requisitos reglamentarios federales y estatales respecto a la identificación y coordinación de beneficios para los servicios cubiertos que se proveen a los afiliados de Community Health Choice (Community).

POLÍTICA:

Community administra los beneficios de conformidad con el Código de Seguros de Texas, sección 843.349, párrafos (e) y (f); para las organizaciones de cuidado administrado (MCO) de Medicaid, aplica las normas del capítulo 42, sección 433.139 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR). Community es el pagador de último recurso si también hay otro seguro vigente. Si no se identifica información de otro seguro primario, Community pagará todos los servicios médicos cubiertos. Al recibir notificación de que existe otro seguro primario, Community utilizará todas las acciones razonables para tratar de recuperar beneficios pagados como beneficios primarios.

"La cobertura de Medicaid paga el último recurso, excepto que se prohíba expresamente en leyes estatales o federales, cuando se coordinan beneficios con todas las coberturas de seguros. La cobertura que se provee con Medicare pagará beneficios para los servicios cubiertos que continúen impagos luego de que se han agotado todas las otras coberturas de seguros. En cuanto a los proveedores dentro de la red y fuera de la red (OON) que pactaron reembolso con las MCO, éstas deberán pagar el balance impago de los servicios cubiertos hasta el monto que se acordó contractualmente. En cuanto a los proveedores OON que no poseen pactos escritos de reembolso, las MCO deberán pagar el balance impago para los servicios cubiertos de conformidad con las reglas administrativas de HHSC con respecto al pago fuera de la red (Código de Administración de Texas, Capítulo 1, sección 353.4). En ambos casos, las MCO deben pagar la diferencia entre el monto reembolsado del seguro del tercero y la tarifa negociada de las MCO o la tarifa requerida OON, lo que sea aplicable."

POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO

Política n.º: 2018CLM003
Número de página: 2 de 3
Fecha de vigencia: Febrero de 2017
Última revisión: Agosto de 2018



Situación hipotética	Respuesta
El servicio no está cubierto por un seguro privado, pero está cubierto por Medicaid.	El proveedor factura al seguro privado, recibe la Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) que deniega la cobertura, luego factura a la MCO de Medicaid por la tarifa acordada contractualmente, establecida entre el proveedor y la MCO de Medicaid.
El servicio está cubierto por el seguro privado y Medicaid, pero no se ha alcanzado el deducible.	El proveedor factura al seguro privado, recibe la EOB que indica que el deducible no se ha alcanzado, luego factura a la MCO de Medicaid por el deducible hasta la tarifa acordada contractualmente, establecida entre el proveedor y la MCO de Medicaid.
El servicio está cubierto por el seguro privado y Medicaid, y se ha alcanzado el deducible.	El proveedor factura al seguro privado, recibe la EOB y el pago hasta la tarifa acordada. Luego, el proveedor puede facturar a la MCO de Medicaid SÍ el reembolso del seguro privado es <i>inferior</i> a la tarifa acordada contractualmente, establecida entre el proveedor y la MCO de Medicaid. La MCO debe pagar la diferencia entre el reembolso ofrecido por el seguro privado y el reembolso acordado, ofrecido por la MCO de Medicaid.

DEFINICIONES:

Evitar costos significa evitar el pago de reclamaciones cuando el afiliado dispone de otros recursos de seguro.

Se denomina **Coordinación de beneficios** (Coordination of Benefits, **COB**) cuando un afiliado está cubierto por dos o más planes de salud. Los beneficios de estos planes se coordinarán para que la compensación no exceda el beneficio máximo.

POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO

Política n.º: 2018CLM003
Número de página: 3 de 3
Fecha de vigencia: Febrero de 2017
Última revisión: Agosto de 2018



PROCEDIMIENTO:

Al recibir una reclamación, revise el archivo del miembro para obtener la información de COB:

<u>Parte responsable (quién)</u>	<u>Medida</u>	<u>Medidas adoptadas (qué hace)</u>
Examinador o evaluador de reclamaciones	(A)	Si no existe otro seguro primario, adjudique la reclamación.
	(B)	Si existe otro seguro primario y no se adjunta ninguna explicación de beneficios de la aseguradora, denegue la reclamación y solicite una explicación de beneficios de la otra aseguradora.
	(C)	Si existe otro seguro primario y se adjunta una explicación de beneficios de la aseguradora, pague solamente el monto que no exceda el límite contractual permitido.

MONITOREO:

Validación mensual de los informes de los Sistemas de Gestión de Salud (Health Management Systems, HMS) para garantizar que los registros de los miembros se actualicen en el sistema QNXT.

INFORMES:

<u>Nombre del informe</u>	<u>Frecuencia del informe</u>	<u>Propietario</u>
Informe de auditoría aleatoria	Mensual	Equipo de administración de reclamaciones

ANEXOS:

Ninguno