

# POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO

Política n.º: 2019CLM018  
Número de página: 1 de 3  
Fecha de vigencia: Agosto 2019  
Última revisión: N/A



## TÍTULO: PRESENTACIÓN DE RECLAMACIÓN DEL AFILIADO PARA REEMBOLSO

<b>Departamento:</b>	Operaciones - Reclamaciones	<b>Jefe del departamento:</b> (Nombre y firma)	Mychelle Scott  [Firma]
<b>Fecha de aprobación:</b>	8/14/19	<b>Fecha de la próxima revisión:</b> (12 meses desde la fecha de aprobación)	Agosto 2020

### Cumplimiento/Aprobación Ejecutiva:

<b>Name:</b> [Firma]	<b>Fecha:</b> 8/14/19
----------------------	-----------------------

**APLICACIÓN:**  MEDICAID  CHIP/ CHIP P  HEALTH INS MARKETPLACE  OTRO  
 BH  STAR+PLUS  D SNP  MMP  TODOS

### PROPÓSITO:

Un afiliado que recibe servicios de un proveedor fuera del área de servicio de Community puede presentar una reclamación para la consideración de reembolso a más tardar 90 días después de la fecha del servicio.

El propósito de la política es describir y definir el proceso de aceptación y procesar una reclamación presentada por un afiliado.

### POLÍTICA:

Un afiliado puede completar un formulario de reclamación médica del mercado de seguros médicos o enviar una carta con los siguientes datos requeridos:

- √ Nombre del miembro
- √ Número de Id. del miembro
- √ Servicios recibidos
- √ Fecha de servicio
- √ NPI y nombre del proveedor

Un afiliado que recibe atención de emergencia fuera de los Estados Unidos debe proporcionar la siguiente información:

- √ El comprobante de pago al proveedor extranjero por los servicios proporcionados.
- √ Expediente y/o información médica completa.
- √ Comprobante de viaje al país extranjero, como los pasajes de avión o los sellos en el pasaporte.
- √ La lista de cargos del proveedor extranjero, si utiliza una agencia de facturación.

# POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO

Política n.º: 2019CLM018  
 Número de página: 2 de 3  
 Fecha de vigencia: Agosto 2019  
 Última revisión: N/A



## PROCEDIMIENTO:

Al recibir la reclamación.

Parte responsable (quién)	Medida	Medidas adoptadas (qué hace)
Sala de correo	(A)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recibe el formulario de reclamación médica del mercado de seguros médicos o la carta del miembro y los entrega al asistente del personal de reclamaciones.</li> </ul>
Asistente del personal de reclamaciones	(A)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reclamación por escrito de Laser fiches</li> <li>Crea un boleto de SysAid y lo asigna al director de reclamaciones con los documentos adjuntos.</li> <li>Crea otro boleto de SysAid y lo asigna al Departamento de Cumplimiento solicitando que se envíe una carta de confirmación al miembro.</li> </ul>
Coordinador del Departamento de Cumplimiento	(A)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de los 15 días posteriores a la recepción de la reclamación, se envía una carta de confirmación al miembro.</li> <li>Escanea una copia de la carta a la cuenta del miembro en Softheon.</li> <li>Actualiza las notas en el boleto de SysAid y cierra el boleto.</li> </ul>
Director del equipo de reclamaciones/coordinador de servicios de reclamaciones	(A)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Documenta la reclamación en el registro de reembolso del miembro.</li> <li>Revisa la reclamación para validar que se recibieron todos los datos requeridos.</li> <li>Si se recibieron todos los datos requeridos, se ingresa la reclamación en el sistema de pago de reclamaciones y se procesa según las pautas de procesamiento de reclamaciones.</li> <li>Completa la hoja de trabajo de reembolso del miembro.</li> <li>Crea un boleto de SysAid para Apoyo financiero - Consulta general y adjunta el comprobante de pago del miembro y la hoja de trabajo de reembolso del miembro.</li> <li>Envía por correo una Explicación de beneficios al miembro. (Consulte la política 2019CLM0011, Explicación de beneficios del afiliado).</li> </ul>

# POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO

Política n.º: 2019CLM018  
Número de página: 3 de 3  
Fecha de vigencia: Agosto 2019  
Última revisión: N/A



<b>Parte responsable (quién)</b>	<b>Medida</b>	<b>Medidas adoptadas (qué hace)</b>
Director del equipo de reclamaciones/coordinador de servicios de reclamaciones	(B)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si faltan datos, notifica al miembro sobre la información faltante a través de una correspondencia que asesora sobre la información necesaria para procesar la reclamación.</li></ul>
Departamento de Finanzas	(A)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Solicita un cheque de Amegy para emitir al miembro.</li><li>• Recibe el cheque y actualiza el boleto de SysAid.</li></ul>
Director del equipo de reclamaciones/coordinador de servicios de reclamaciones	(C)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Recibe una notificación del Departamento de Finanzas del recibo del cheque a través del boleto de SysAid.</li><li>• Crea una Explicación de beneficios (EOB).</li><li>• Envía todos los documentos al archivo del miembro.</li><li>• Actualiza la nota del miembro con la fecha, el número y el monto del cheque.</li><li>• Envía la Explicación de beneficios al Departamento de Finanzas</li></ul>
Departamento de Finanzas	(B)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Envía por correo la Explicación de beneficios y el cheque al miembro.</li></ul>

## MONITOREO:

Registro de reembolso del miembro

## ANEXOS:

Formulario de reclamación médica del mercado de seguros médicos

community-medical  
-claimform-v2.pdf

## Formulario de reclamación médica del mercado de seguros médicos

### SECCIÓN 1 INFORMACIÓN DEL CLIENTE SUSCRIPTOR: El suscriptor debe completar esta sección.

A1. NOMBRE DEL SUSCRIPTOR (Nombre)	(Apellido)	(Inicial del segundo nombre)	A2. SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	B. FECHA DE NACIMIENTO MM DD AAAA
C. DIRECCIÓN DE CORREO DEL SUSCRIPTOR (N.º, Calle)	(Ciudad)	(Estado)	(Código Postal)	N.º DE TELÉFONO DE DÍA ( )
¿HUBO UN CAMBIO DE DIRECCIÓN? (Nota: La dirección también debe cambiarse llamando a Servicios para Miembros, si corresponde). <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		D. N.º DE ID. DE COMMUNITY (en el frente de su tarjeta de Id. de Community)		

### SECCIÓN 2 INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Complete esta sección SOLO si el paciente no es el suscriptor.

A. NOMBRE DEL PACIENTE (Apellido)	(Nombre)	(Inicial del segundo nombre)	B. RELACIÓN CON EL SUSCRIPTOR <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro	C. FECHA DE NACIMIENTO MM DD AAAA	D. SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
E. DIRECCIÓN DEL PACIENTE – SI NO ES LA DIRECCIÓN DEL SUSCRIPTOR (N.º, Calle)		(Ciudad)	(Estado)	(Código Postal)	
F. N.º DE ID. DE COMMUNITY DEL PACIENTE (El número de Id. de Community se encuentra en el frente de su tarjeta de Id.)					

### SECCIÓN 3 INFORMACIÓN DE RECLAMACIÓN DEL ACCIDENTE/OCUPACIONAL: Complete esta sección solo si presenta la reclamación por un accidente o una enfermedad o lesión ocupacional (relacionada con su trabajo).

A. ¿ACCIDENTE O ENFERMEDAD RELACIONADO CON SU TRABAJO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	B. ¿LESIÓN POR ACCIDENTE DE AUTOMÓVIL? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	C. DESCRIBA CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE, LA ENFERMEDAD O LA LESIÓN RELACIONADA CON EL TRABAJO			
D. FECHA DEL ACCIDENTE O COMIENZO DE LA ENFERMEDAD		E. ¿PRESENTAN USTED O SUS DEPENDIENTES UNA RECLAMACIÓN O DEMANDA CONTRA UN TERCERO, COMO UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS, PARA RECUPERAR EL COSTO DE GASTOS INCURRIDOS COMO RESULTADO DEL ACCIDENTE O LA ENFERMEDAD? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si es así, nombre del tercero y n.º de teléfono: _____			

### SECCIÓN 4 INFORMACIÓN DE COBERTURA FAMILIAR/OTRA COBERTURA: Complete solo si la reclamación se presenta en nombre de un dependiente y/o tiene otra cobertura vigente.

A. ¿SU CÓNYUGE TIENE UN EMPLEO? SI RESPONDE "NO", ¿SU CÓNYUGE TUVO ALGUN EMPLEO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	B. NOMBRE DEL CÓNYUGE (Apellido)	(Nombre)	(Inicial del segundo nombre)	FECHA DE NACIMIENTO DEL CÓNYUGE MM DD AAAA	
C. NOMBRE DEL EMPLEADOR DEL CÓNYUGE	DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR DEL CÓNYUGE (N.º, Calle)	(Ciudad)	(Estado)	(Código Postal)	N.º DE TELÉFONO ( )
D1. ¿EL PACIENTE ESTÁ CUBIERTO POR OTRO PLAN DE SEGURO MÉDICO? Si es así, detallar: NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE SALUD		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA MM DD AAAA	NÚMERO DE PÓLIZA	TIPO DE PLAN (HMO O PPO), SI LO CONOCE
D2. ¿EL PACIENTE ESTÁ CUBIERTO POR MEDICARE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					

### SECCIÓN 5 CERTIFICACIÓN

Cualquier persona que deliberadamente y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona: (1) presenta una solicitud de declaración de seguro de reclamación que contiene información sustancialmente falsa; u (2) oculta, con el propósito de inducir a error, información relativa a cualquier hecho sustancial de dicha solicitud, comete un acto de seguro fraudulento que constituye un delito. Si es residente de Texas, consulte la última página de este formulario.  
Certifico que la información suministrada es verdadera y correcta.

FIRMA DEL SUSCRIPTOR <b>X</b>	FECHA MM DD AAAA
----------------------------------	---------------------

### SECCIÓN 6 INSTRUCCIONES PARA EL PAGO

Por medio del presente documento, autorizo a Community Health Choice a realizar el pago directamente al profesional de atención médica que figura en las facturas adjuntas.

FIRMA DEL SUSCRIPTOR <b>X</b>	FECHA MM DD AAAA
----------------------------------	---------------------

**IMPORTANTE:** Si el profesional de atención médica tiene un contrato con nosotros, Community siempre pagará directamente a dicho profesional, incluso si esta sección se deje sin firmar. Pagaremos al profesional de atención médica de acuerdo con las tasas acordadas. Si usted ya le ha pagado al profesional de atención médica los servicios recibidos, debe pedirle que le devuelva su dinero.

**NOTA:** Community puede divulgar la información de este formulario a otras personas y entidades. Podemos hacerlo con el fin de procesar la reclamación o administrar el plan de salud.



## INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN MÉDICA

### IMPORTANTE

1. Use este formulario para todas las reclamaciones médicas del seguro de salud del mercado de seguros médicos. Puede encontrar los formularios de reclamación de la farmacia en Navitus.com.
2. Solo debe completar este formulario si su profesional de atención médica no está presentando la reclamación en su nombre. Aunque no forme parte de la red de Community (fuera de la red), su profesional de atención médica aún puede presentar la reclamación en su nombre.
3. Si va a completar el formulario a mano, use un nuevo formulario impreso en lugar de una fotocopia. Así podremos escanear su formulario y procesar la reclamación sin demoras. Escriba en letra de imprenta clara con tinta negra.
4. Debemos recibir su reclamación dentro de los 95 días a partir de la fecha en que recibió el servicio.
5. Use un formulario de reclamación por separado para cada profesional de atención médica y para cada miembro de su familia. Puede obtener un nuevo formulario en blanco llamando a Servicios para Miembros al 713-295-6704 o sin cargo al 1-855-315-5386.
6. Para procesar su reclamación, necesitamos sus números de identificación de Community (Sección 1, Bloque D, Sección 2, Bloque F), ubicados en el frente de su tarjeta de Id. de Community.
7. Para procesar la reclamación correctamente, necesitamos una factura detallada. No podemos aceptar recibos, estados de cuenta de saldo adeudado y cheques cancelados en reemplazo de la factura detallada.
8. Las facturas detalladas deben incluir:

- |                                  |  |  |
|----------------------------------|--|--|
| • Nombre del suscriptor          | • Tipo de servicio/código de procedimiento (código CPT)  | • Dirección del profesional de atención médica que envía la factura  |
| • Fecha de servicio (mm/dd/aaaa) | • Cargo de servicio  | • Número de identificación tributaria y número de identificación del proveedor de atención médica que envía la factura |
| • Nombre del paciente            | • Nombre y número de identificación nacional del proveedor de atención médica nacional que prestó el servicio. | • Código de diagnóstico (formato   |

9. Le recomendamos hacer una copia de sus facturas y del formulario de reclamación completo para sus registros.
10. Importante: Pagamos las reclamaciones cubiertas directamente a cualquier profesional de atención médica con un contrato de Community. Nos reservamos el derecho a solicitar otros documentos, tales como registros médicos, si los necesitamos antes de procesar su reclamación.
11. Si el paciente tiene otra cobertura de seguro de salud y esta es el seguro primario y Community el seguro secundario, necesitamos una Explicación de beneficios (EOB) de la otra compañía de seguros para este servicio cuando nos envíe el formulario completo y la factura detallada.

### INSTRUCCIONES PARA EL ENVÍO POR CORREO

- No broche ni adjunte las facturas al formulario de reclamación.
- Si envía más de una reclamación en el mismo sobre, en ese caso use un clip para mantener juntos el formulario de reclamación y las facturas detalladas.
- Envíe su formulario de reclamación completo y las facturas detalladas a la dirección de Community:

Community Health Choice 2636 S Loop W Fwy #125  
Houston, TX 77054

El formulario de reclamación y las facturas detalladas no pueden enviarse por fax ni por correo electrónico.

Si tiene alguna otra pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros al 713-295-6704, o sin cargo al 1-855-315-5386.

### EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS

Una vez que hayamos procesado la reclamación, recibirá una Explicación de beneficios (EOB). Si corresponde, en la EOB se le explicarán los cargos aplicados a su deducible (el monto que paga por los servicios cubiertos antes de que su plan comience a pagar) y cualquier cargo adeudado a su profesional de atención médica. Guarde la EOB en sus archivos en caso de que la necesite en el futuro.

**Precaución:** Cualquier persona que deliberadamente y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona: (1) presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa, u (2) oculta, con el propósito de engañar, información relativa a cualquier hecho sustancial de dicha solicitud, cometerá un acto de seguro fraudulento.

#### **AVISO IMPORTANTE DE RECLAMACIÓN**

**Residentes de Texas:** Cualquier persona que presente deliberadamente una reclamación falsa o fraudulenta para obtener el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y reclusión en una prisión estatal.