445 Grant Avenue, San Francisco, CA 94108
www.CCHPHealthPlan.com

Políticas y Prácticas Sobre el Pago de Reclamaciones

Responsabilidad fuera de la red y facturación de saldos

Chinese Community Health Plan está diseñado para que los miembros obtengan servicios de una red de médicos. Los miembros pueden elegir recibir servicios de médicos fuera de esta red. Los servicios cubiertos obtenidos de proveedores fuera de la red pueden resultar en un costo compartido mayor para el Miembro. Es posible que CCHP deba autorizar previamente ciertos servicios médicos antes de que el plan los cubra. Algunos servicios no están cubiertos a menos que los brinde un proveedor de la red. Por favor consulte la Evidencia de Cobertura y el Resumen de Beneficios del Plan para obtener más información.

Presentación de reclamaciones del afiliado

Una reclamación es una solicitud a una compañía de seguros para el pago de los servicios de cuidado médico. Por lo general, los proveedores nos presentan reclamaciones en su nombre. Si usted recibió servicios de un proveedor fuera de la red, y si ese proveedor no nos presenta una reclamación, usted puede presentarla directamente. Hay límites sobre cuánto tiempo tiene para presentar reclamos, incluimos detalles sobre el límite por estado a continuación. También puede consultar la información del límite de tiempo de presentación de reclamos de su plan específico para determinar el límite de tiempo específico para presentar su reclamación. Presentación de reclamaciones médicas del afiliado e información sobre el límite de tiempo de presentación de reclamaciones: Estado (Límite Máximo de Tiempo de Presentación de Reclamaciones) para CA es de 90 días.

Para presentar una reclamación, sigas estos pasos:
1) Complete un formulario de reclamación *[Haga clic para descargar el Formulario de Reclamo de Emergencia Médica]*
2) Adjunte una factura detallada del proveedor por el servicio cubierto.
3) Haga una copia para sus registros.
4). Envíe su reclamación por correo a la siguiente dirección.
Chinese Community Health Plan
445 Grant Ave
San Francisco, CA 94108
5) Alternativamente, puede enviar la información por correo electrónico a memberservices@cchphealthplan.com

Periodos de gracia y reclamaciones pendientes

El período de gracia comenzará un día después de la fecha de vencimiento de la prima, este período continuará durante 30 días consecutivos (90 días consecutivos para las personas que reciben créditos fiscales). CCHP pagará todas las reclamaciones correspondientes por los servicios prestados al afiliado durante el primer mes del período de gracia y puede dejar pendientes las reclamaciones por los servicios prestados al afiliado en el segundo y tercer mes del período de gracia. CCHP continuará brindando cobertura de conformidad con los términos del contrato del plan de salud. A los miembros se les enviará un aviso de suspensión por falta de pago de las primas el primer día del período de gracia efectivo (un día después de la fecha de vencimiento de la prima). El aviso se envía por separado de la factura de la prima original e

incluirá el monto en dólares adeudado a CCHP, la divulgación del período de gracia y otra información necesaria.

Denegaciones retroactivas

Una denegación retroactiva es la revocación de una reclamación que ya hemos pagado. Si denegamos retroactivamente un reclamo que ya hemos pagado por usted, usted será responsable del pago. Algunas razones por las que podría tener una denegación retroactiva incluyen tener una reclamación que se pagó durante el segundo o tercer mes de un período de gracia o tener una reclamación pagada por un servicio para el cual usted no era elegible. Usted puede evitar denegaciones retroactivas pagando sus primas a tiempo y en su totalidad, y asegurándose de hablar con su proveedor acerca de si el servicio realizado es un beneficio cubierto. También puede evitar las denegaciones retroactivas al obtener sus servicios médicos de un proveedor dentro de la red.

Recuperación de sobrepagos

Si usted pagó en exceso por su prima y CCHP lo detecta, el monto en exceso se reembolsará automáticamente. Sin embargo, si usted cree que se le debe un reembolso de su prima y no se ha procesado automáticamente, comuníquese con nuestro Centro de Servicios para Miembros al 1-888-775-7888.

Determinación de necesidad médica

La Necesidad Médica se utiliza para describir atención que es razonable, necesaria y apropiada, según los estándares clínicos de atención basados en la evidencia.

La autorización previa es un proceso mediante el cual un emisor aprueba una solicitud para acceder a un beneficio cubierto antes de que el afiliado acceda al beneficio. Algunos servicios pueden requerir autorización previa y pueden estar sujetos a revisión por necesidad médica. Por ejemplo, cualquier tipo de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (excepto atención de maternidad), cirugía/procedimiento ambulatorio, servicios proporcionados por un proveedor fuera de la red (excepto atención de emergencia o servicio de urgencia) requieren autorización previa.

Los criterios objetivos se utilizan para tomar decisiones de utilización y se revisan y actualizan con la evidencia clínica y médica actual según sea necesario, pero no menos de una vez al año. Las fuentes de criterios son:

- Mandatos y Directrices Estatales y Federales (CMS)
- Beneficios para Miembros
- InterQual
- Póliza Médica de CCHP
- Directorio de Tecnología Médica de Hayes
- Normas nacionales que reflejan las mejores prácticas
- Otras fuentes según corresponda y estén disponibles
- Para los servicios de salud mental/trastorno por consumo de sustancias, CCHP utiliza las asociaciones profesionales sin fines de lucro (NPA) de acuerdo con SB 855:
    - Directrices de la ASAM (versión actual) desarrolladas por la Sociedad

Estadounidense de Medicina de la Adicción (ASAM) para el trastorno por uso de sustancias para cualquier edad
- Sistema de Utilización de Nivel de Atención (LOCUS) (versión actual) desarrollado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatras Comunitarios (AACP) para Trastornos de Salud Mental para pacientes de 18 años o más
- Sistema de Utilización del Nivel de Atención para Niños y Adolescentes (CALOCUS-CASII) (versión actual) desarrollado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatras Comunitarios (AACP) y la Academia Estadounidense de Psiquiatría Infantil y Adolescente (AACAP) para trastornos de salud mental para pacientes de 6 a 17 años de edad.
- Instrumento de Intensidad de Servicios para la Primera Infancia (ESCII) (versión actual) desarrollado por AACAP para Trastornos de Salud Mental para pacientes de 0 a 5 años de edad
- Estándares de Atención de WPATH (versión actual) desarrollados por la Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero (WPATH) para pacientes con disforia de género

El proceso de revisión no debe interferir, causar demoras en los servicios ni impedir la prestación de los servicios. Al tomar una determinación basada en la necesidad médica, solo se solicitará la información razonablemente necesaria para tomar una decisión. El proceso de UM garantizará que la información necesaria para determinar la necesidad médica, como los registros médicos del paciente, las conversaciones con los proveedores apropiados y otra información clínica, se utilice en el proceso de toma de decisiones para aprobar o rechazar.

Apropiadamente, los profesionales de la salud con licencia supervisan todas las decisiones de necesidad médica. Los miembros del personal que no sean profesionales de la salud calificados pueden recopilar datos para autorización previa y revisión concurrente bajo la supervisión de profesionales de la salud debidamente autorizados. También pueden tener la autoridad para aprobar (pero no denegar) servicios para los cuales existen criterios explícitos.

Todas las autorizaciones y decisiones de UM se basan en la idoneidad y necesidad médica de la atención y el servicio. El personal que emite denegaciones de cobertura o servicio de atención no recibe una recompensa específica. No se ofrecen incentivos financieros a los tomadores de decisiones que puedan alentar decisiones que resulten en subutilización.

Las copias de los criterios clínicos están disponibles y se pueden recibir a pedido del miembro, sin costo alguno.

Plazos de autorización previa

Las decisiones de utilización se toman de manera oportuna de acuerdo con los requisitos reglamentarios y según la urgencia de la solicitud. El Departamento de UM mantiene un sistema de seguimiento para identificar el estado de todas las solicitudes de autorización.

Para las autorizaciones de rutina, las decisiones se toman dentro de los 5 días hábiles posteriores a la solicitud de los miembros comerciales. Las decisiones urgentes se toman de manera oportuna, apropiada para la condición del miembro, sin exceder las 72 horas posteriores a la recepción de la solicitud. El proveedor es notificado dentro de un día hábil

de la decisión. Las decisiones de necesidad médica en situaciones retrospectivas se resuelven dentro de los 30 días de calendario siguientes a la recepción de la solicitud. Se informa a los proveedores y miembros de las denegaciones retrospectivas dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de la solicitud.

Si se deniega la solicitud de autorización, el miembro y el médico reciben una confirmación por escrito o electrónica de la denegación dentro de los dos días hábiles posteriores a la toma de la decisión. Si se deniega un caso urgente, se notifica al miembro y al médico cómo iniciar una apelación acelerada en el momento en que se les notifica la denegación.

Responsabilidades del afiliado

CCHP debe aprobar algunos servicios antes de que usted los obtenga. Esto se llama autorización previa o revisión previa al servicio. Por ejemplo, cualquier tipo de atención hospitalaria para pacientes internados (excepto la atención de maternidad) requiere autorización previa. Si usted necesita un servicio que primero debemos aprobar, su médico dentro de la red nos llamará para obtener la autorización. Si usted no obtiene autorización previa, es posible que deba pagar hasta el monto total de los cargos. El número para llamar para obtener autorización previa se incluye en la tarjeta de identificación que recibe después de inscribirse. Consulte la información de cobertura específica que recibe después de inscribirse.

Plazos de excepción de medicamentos y responsabilidades del afiliado

CCHP delega la autoridad de administrar el formulario y tomar determinaciones de cobertura para todas las líneas de negocios al PBM contratado. Las excepciones de cobertura para medicamentos que no están en el formulario son revisadas por el PBM en nombre de CCHP. Estas revisiones se completarán de manera oportuna, según la urgencia de la solicitud. Los prescriptores, miembros o representantes de miembros deben completar un formulario de determinación de cobertura y solicitud de excepción para iniciar el proceso de revisión de medicamentos que no están en el formulario. Este formulario se puede obtener llamando al Centro de Servicios para Miembros de CCHP, al Centro de Atención al Cliente del PBM contratado o descargarlo del sitio web de CCHP. El formulario completo, con información sobre la necesidad médica, se enviará por fax al PBM contratado. Los contratados contarán con farmacéuticos y/o profesionales médicos competentes en la evaluación de una revisión clínica y tomarán una decisión, con base en la necesidad médica, en tiempo y forma, dependiendo del tipo del negocio y/o nivel de urgencia de la solicitud. Una vez que se reciba el formulario completo en el PBM, las solicitudes estándar comerciales y de intercambio tendrán una decisión dentro de las 72 horas. Para los asuntos marcados como urgentes, según lo define el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC), las decisiones se tomarán dentro de las 24 horas.
i) Para productos Comerciales y de Intercambio, si no se envía información adicional dentro de los dos días siguientes a la solicitud, se denegará la determinación de cobertura.
ii) Una solicitud urgente puede corresponder a circunstancias apremiantes cuando un afiliado sufre de una condición de salud que puede poner en grave peligro la vida, la salud o la capacidad del afiliado para recuperar la función máxima o cuando un afiliado está siguiendo un curso actual de tratamiento usando un medicamento que no está en el formulario.

445 Grant Avenue, San Francisco, CA 94108
www.CCHPHealthPlan.com

Explicación de Beneficios (EOB)

CCHP enviará la Explicación de Beneficios (EOB) antes del día 15 de cada mes para las reclamaciones procesadas en el mes anterior. EOB es una declaración de CCHP a sus miembros que explica qué servicios médicos se pagan en su nombre. La EOB describe el beneficiario, el pagador y el paciente, el servicio realizado con detalles (fecha del servicio, descripción del servicio, lugar del servicio), el monto facturado, la responsabilidad financiera del paciente y el pago de CCHP.

Coordinación de beneficios (COB)

Los Servicios cubiertos bajo el Formulario de Divulgación y Evidencia de Cobertura Combinados están sujetos a las reglas de coordinación de beneficios (COB). Si usted tiene un plan médico o dental con otro plan de salud o compañía de seguros, coordinaremos los beneficios con la otra cobertura según las reglas de COB del Departamento de Atención Médica Administrada de California. Esas reglas están incorporadas en este Formulario de Divulgación y Evidencia de Cobertura Combinados. Si tanto la cobertura de la otra aseguradora como CCHP cubren el mismo Servicio, la cobertura de la otra aseguradora y CCHP se encargarán de que se pague hasta el 100 por ciento de sus gastos médicos cubiertos por ese Servicio. Las reglas de COB determinan qué cobertura paga primero, o es "primaria", y qué cobertura paga en segundo lugar, o es "secundaria". La cobertura secundaria puede reducir su pago para tener en cuenta el pago de la cobertura primaria. Usted debe brindarnos cualquier información que solicitemos para ayudarnos a coordinar los beneficios.