

CARTA CIRCULAR #M2212297

30 de diciembre de 2022

A TODOS LOS PROVEEDORES PARTICIPANTES DE TRIPLE-S SALUD, INC. (COMERCIAL)

Re: Cumplimiento de BlueCross BlueShield Association y Blue Card Program (BCP, por sus siglas en inglés)

Estimado proveedor:

Reciba un cordial saludo de parte de Triple-S Salud, Inc. (Triple-S, en adelante). Esta carta es para orientarle a usted y a su personal sobre el Blue Card Program (BCP) de Triple-S y *BlueCross BlueShield Association* (BCBSA, por sus siglas en inglés). El cumplimiento con este Programa forma parte de su contrato como médico participante.

Triple-S es el único licenciatario independiente de la *BlueCross BlueShield Association* (BCBSA) para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos.

La BCBSA estableció el programa nacional conocido como *Blue Card Program* (BCP), al cual deben pertenecer todos los planes que son miembros de la Asociación. Triple-S es miembro de la BCBSA y, por lo tanto, pertenece a este programa. En el caso de Puerto Rico, este programa facilita que nuestros asegurados tengan acceso a los servicios de salud en las áreas de servicio de otros planes que son miembros de la BCBSA.

Si usted es un proveedor participante de la red de Triple-S, usted es un proveedor participante para todos los miembros del BCP. Como proveedor participante de la red de Triple-S, usted debe prestar servicios a pacientes de otros Planes Azules (Blue Plan) que viajan o viven en Puerto Rico.

¿Cómo funciona este programa?

Triple-S participa en el Programa BlueCard® a través de un acuerdo con la BCBSA.

- Cuando los servicios se presten fuera del área del plan del asegurado, los servicios prestados por otra compañía de BlueCross BlueShield estarán cubiertos bajo los mismos términos que los servicios ofrecidos por los proveedores participantes en el Estado de origen del asegurado.
- El asegurado será responsable del deducible, copago o coaseguro.
- Todos los servicios están cubiertos en base a la póliza del asegurado y lo cual será considerando para el pago de reclamaciones.
- **No solicite al asegurado el pago completo por adelantado.**

COMPROV_2022_57_S

El programa BlueCard excluye:

- Reclamaciones dentales independientes.
- Servicios de Visión y medicamentos recetados autoadministrados y entregados a través de un modelo intermediario (utilizando un “*vendor*”).
- Medicaid y el Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (SCHIP, por sus siglas en inglés).
- HMO (Organización para el Mantenimiento de la Salud).
- Medicare Advantage: Si bien Medicare Advantage está separado del programa Blue Card, con su propio conjunto de políticas y protocolos, sus reclamos se procesan utilizando las mismas plataformas de entrega.
- Medigap/Medicare Complementario/Suplementario.
- El Programa de Empleados Federales (FEP). FEP es un programa separado del BCP y de los programas Inter-Plan. Tiene plataforma propia administrada centralmente fuera de BlueCard.

Reconocimiento de la Marca BlueCross BlueShield:

Las marcas de BCBS son las marcas más reconocidas en la industria de la salud. Casi uno de cada tres estadounidenses recibe su seguro de salud a través de un plan *BlueCross o BlueShield*.

El sistema BCBS consta de 34 planes comunitarios de BCBS. Al menos un Plan Azul (*Blue Plan*) opera en cada uno de los 50 estados, Puerto Rico y el Distrito de Columbia. Además, los planes internacionales operan en Panamá, Uruguay y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos.

Eso significa que puede recibir solicitud de servicios de algún asegurado de algún plan de BCBS de cualquiera de los 50 estados o territorios que viajan o viven en Puerto Rico.



Cómo identificar a los asegurados / tarjetas de identificación de asegurados:

La mayoría de las tarjetas de identificación de BCBS tienen un prefijo de tres caracteres (los primeros tres caracteres del número de identificación). Las tarjetas de identificación tienen el logotipo de una maleta. Las tarjetas de identificación deben incluir el logotipo de una maleta, cuando corresponda.

Cuando los miembros de un *Blue Plan* lleguen a su oficina o instalación, asegúrese de pedirles la tarjeta de identificación de su actual *Blue Plan*. El prefijo de tres caracteres al principio del número de identificación en la tarjeta del plan es el elemento principal utilizado para identificar y enrutar correctamente las reclamaciones. El prefijo identifica el *Blue Plan* o la Cuenta Nacional a la que pertenece el miembro. Es fundamental para confirmar la elegibilidad y la cobertura de un paciente.

El logotipo de la maleta puede aparecer vacío o con las letras PPO, PPOB o HPN en el logotipo. El logotipo de la maleta proporciona información sobre el asegurado, así como los niveles de reembolso del proveedor.

 BlueCross BlueShield Geography		Blue Product ALPHA Employer Group
Member Name Member Name Member ID XYZ123456789	Dependents Dependent One Dependent Two Dependent Three	
Group No. 023457 BIN 987654 Benefit Plan HIOPT Effective Date 00/00/00 Plan Code 123	Plan PPO Office Visit \$15 Specialist Copay \$15 Emergency \$75 Deductible \$50	
		 PPO R

¿Cómo pueden los proveedores obtener información sobre la elegibilidad de los asegurados?

La elegibilidad de los asegurados, el coaseguro, los deducibles y la información sobre beneficios acumulados deben obtenerse mediante:

- Solicitud electrónica de Elegibilidad y Beneficios de Blue Exchange (transacción HIPAA 270) a través de su Plan Blue local (**Triple-S Salud at WWW.SSSPR.COM**).
- Al enviar una solicitud de transacción 270 de HIPAA, es más beneficioso utilizar los códigos de tipo de servicio apropiados para el servicio específico que se proporciona. El uso del Servicio General Tipo "30" (Cobertura del Plan de Beneficios de Salud) o el Tipo de Servicio "1" (Atención Médica) puede no proporcionar suficiente información para abordar todos los beneficios relacionados para pacientes hospitalizados, ambulatorios, de emergencia y profesionales y no incluye información sobre las limitaciones de beneficios y los requisitos del lugar de servicio.
- **La elegibilidad también se puede obtener llamando al 1-800-676-BLUE (2583).** Si se requiere autorización o información previa a la certificación además de la elegibilidad, los



proveedores deben llamar al 1-800-676-BLUE (2583). ¿En esta línea se brinda servicio en español? Si en la afirmativa, por favor indicarlo.

- **Por favor, no solicite al asegurado el pago completo por adelantado.**

Agradecemos su continuo apoyo para garantizar la continuación de la atención médica a nuestros asegurados.

Si necesita información adicional o tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Centro de Servicio para Proveedores al 787-749-4700 o al 1-877-357-9777 (para llamadas de larga distancia, sin cargo) de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 8:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.

Cordialmente,

División de Contratación y Administración de la Red
Triple-S Salud, Inc.

COMPROV_2022_57_S