

PROGRAMA BLUE CARD  
de la BlueCross BlueShield Association

GUÍA DE  
RECLAMACIONES



REFERENCIA RÁPIDA PARA SOMETER

# RECLAMACIONES Y AJUSTES

A TRIPLE-S SALUD POR SERVICIOS BRINDADOS  
A ASEGURADOS DEL BLUE CARD PROGRAM (BCP)  
DE LA BLUECROSS BLUESHIELD ASSOCIATION.

Triple-S Salud es el único concesionario independiente de la *BlueCross BlueShield Association* (BCBSA) para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. El cumplimiento con este Programa forma parte de su contrato como médico participante.

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.



## PASOS PARA SOMETER SU RECLAMACIÓN:

- Para facturar electrónicamente, solo debe cumplir con tener un programa de facturación que sea compatible con el formato estándar X12 HIPAA-5010 y estar registrado como proveedor en Triple-S Salud.
- Facture de forma electrónica en el formato estándar HIPAA 837 profesional o institucional. Plan Code 973 (PR) / Plan Code 965 (USVI).

**La facturación electrónica permite mayor precisión, reduce rechazos y le permite recibir su pago rápidamente.**



- 1** Asegurado de otro Plan Azul recibe servicios del proveedor. La tarjeta de identificación del plan médico siempre va a tener el logo y el nombre de *BlueCross BlueShield*.
- 2** Proveedor somete reclamación al Plan Azul local (Host Plan), en su caso a Triple-S Salud.
- 3** Triple-S Salud, su Plan Azul local, reconoce al asegurado *Blue Card* y transmite reclamación en formato estándar al Plan Azul del asegurado.
- 4** Plan Azul del asegurado (Home Plan) adjudica la reclamación de acuerdo con los beneficios del plan del asegurado.
- 5** Plan Azul del asegurado emite un EOB al asegurado.
- 6** Plan Azul del asegurado transmite disposición para el pago de la reclamación a su Plan Local que es Triple-S Salud (Host Plan).
- 7** Triple-S Salud, su Plan Azul local, paga al proveedor de acuerdo a las tarifas contratadas.

## ACUSE DE RECIBO Y NOTIFICACIÓN DE RECLAMACIONES RECHAZADAS POR ERROR (NO PROCESABLES):

### **Transacción 277CA** Transacción de Acuse de Recibo

Tendrá disponible el informe que presenta las reclamaciones aceptadas y rechazadas en error en el formato de la transacción 277CA, a través de los *clearinghouses* y a través del portal [www.ssspr.com](http://www.ssspr.com).

Su *clearinghouse* le transformará la transacción 277CA y así, le hará disponible los informes necesarios para su reconciliación.

**Las reclamaciones rechazadas por error** no entrarán al sistema de adjudicación de Triple-S/*Blue Card Program*. Estos rechazos los verá en la **transacción 277CA**. Una vez reciba una notificación de rechazo a través de la **transacción 277CA**, deberá someter la reclamación corregida como nueva.

### **Transacción 835** Explicación de Pago

Toda reclamación notificada como aceptada en la **transacción 277CA**, se incluirá en la Explicación de Pago; ya sea pagada o denegada.

**VALIDE LOS  
SIGUIENTES  
ENCASILLADOS  
EN SU PROGRAMA  
DE FACTURACIÓN**

- Número de contrato. Ej: XYZ99999999
- Nombre del Paciente – La tarjeta BCBSA para asegurados del *Blue Card Program* solo indica el nombre del asegurado principal. Por lo tanto, coloque el nombre, la fecha de nacimiento y género del paciente. No coloque el asegurado principal como paciente si no lo es.
- Información demográfica del paciente
- Enlace los diagnósticos con cada servicio ofrecido. Para servicios preventivos utilice el diagnóstico preventivo como el principal de su reclamación.
- Recuerde utilizar códigos de procedimiento, modificadores, lugares de servicio y diagnósticos actualizados. Utilice las unidades correspondientes al servicio ofrecido.
- Detalle el cargo por cada servicio ofrecido basado en la tarifa que usted tenga contratada con Triple-S Salud.
- No olvide validar el NPI del proveedor que brindó el servicio (Rendering NPI) y que el mismo se encuentre afiliado a su facilidad (Billing NPI) bajo el contrato de Triple-S Salud.
- Facture solo los servicios ofrecidos en el mismo año calendario. Servicios en año subsiguiente deberán ser facturados en una nueva reclamación. Ej. 31 de diciembre y 1<sup>er</sup> de enero serán reclamadas en transacciones independientes.

## COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Valide los encasillados en su programa de facturación con la información de pago del plan primario. Ej: Medicare, Triple-S Salud, Cigna. Etc.

## INSTITUCIONAL

A diferencia de un asegurado de Triple-S Salud, no es necesario registrar al paciente del *Blue Card Program* en el portal de Mi Triple-S. Siempre utilice el RevCode/HCPCS/CPT del servicio ofrecido y basado en su contratación con Triple-S Salud.

- Incluya el cargo por servicio. Honraremos la tarifa según su contratación con Triple-S Salud.
- Tiempo de facturación según su contrato con Triple-S Salud.

## GUÍA PARA SOMETER AJUSTES

- Genere una reclamación en formato estándar HIPAA 837 profesional o institucional según el formato de facturación que le aplique o buscar la reclamación originalmente sometida en formato HIPAA 837.
- Realice las correcciones necesarias en la factura, por ejemplo: cambio de diagnóstico, cambio en las fechas de servicio, corrección en el número de contrato del asegurado, corrección en el número de NPI del médico que brindó el servicio, entre otros. Recibirá confirmación de aceptación o rechazo del ajuste en transacción 277CA. Recibirá CRN del ajuste aceptado en transacción 835.
- En el campo de Frequency Code CLM05-3 - Incluir el número 7 (al añadir esta información se identifica como ajuste, la reclamación en formato 837).

## GUÍA PARA SOMETER AJUSTES cont.

- En el campo Ref\*F8 Loop 2300 debe incluir el claim ID de la reclamación que se requiere ajustar (número de control de la reclamación original que usted recibe en la explicación de pago **y no el número de la transacción 277CA**). El no hacerlo puede afectar su pago al no completar la información necesaria.
- Debe facturar el total de líneas que tenía en la reclamación original para evitar posibles recobros. Si en la reclamación original facturó seis procedimientos (líneas) y sólo uno requiere ajuste, debe someter su petición con los seis procedimientos (líneas) y haciendo el cambio en la línea que lo requiera.
- En los casos que se requiere incluir información en el campo *Note Text Element* (NTE), debe incluir entre otros los tipos de agujas, modelo de marcapaso, etc. También, puede indicar comentarios relacionados a su petición.
- En algunas ocasiones la reclamación del ajuste tendrá un Claim ID diferente al de la reclamación original. Esto no afectará el manejo de la solicitud de ajuste.
- Continúe con el mismo proceso por el cual envía las reclamaciones electrónicas.

Para más detalles, debe hacer referencia a la  
Guía de Ajustes publicada en el portal [www.ssspr.com](http://www.ssspr.com)

