

USAbled Administrators

Preguntas Frecuentes

A continuación se encuentran algunas preguntas que reciben comúnmente nuestros representantes de servicio. Para información adicional, favor de referirse a la sección titulada Beneficios o a Productos y Servicios (Products and Services). Si no encuentra aquí la respuesta a su pregunta, por favor envíele un mensaje por correo electrónico al Departamento de Servicios al Cliente (Customer Service) o llámelos al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación (ID).

Beneficios

1. Si tengo preguntas sobre el estado de un reclamo, ¿con quién debo comunicarme?

Para recibir asistencia, sírvase llamar al Departamento de Servicios al Cliente al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación. Usted también puede revisar sus beneficios en línea (check your benefits).

2. He recibido una Explicación de Beneficios (EOB) que explica el pago de un reclamo. Si tengo preguntas al respecto, ¿con quién debo comunicarme?

Para recibir asistencia en relación con preguntas sobre los pagos de sus reclamos, por favor envíe un mensaje por correo electrónico al Departamento de Servicios al Cliente (Customer Service) o bien llámelos al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación. Para más información sobre cómo interpretar su EOB, visite la sección titulada Entendiendo Su EOB (Understanding Your EOB) de nuestro sitio en la red.

3. Si no estoy de acuerdo con la denegación de beneficios, ¿cómo puedo solicitar una revisión del caso?

Las solicitudes para revisión de beneficios denegados deberán efectuarse por escrito y enviarse a:

USAbled Administrators
P.O. Box 1460
Little Rock, AR 72203

Su solicitud de revisión deberá estar acompañada por la información adicional pertinente. Le enviaremos una respuesta por escrito después de haber concluido la misma. Cualquier apelación a tal revisión deberá enviarse a su administrador del plan.

4. He recibido un cuestionario de Coordinación de Beneficios (COB) de parte de US Able Administrators. ¿Por qué necesitan saber si tengo alguna otra cobertura médica?

Bajo las disposiciones de coordinación de beneficios de su contrato, si usted está cubierto por más de un plan médico, deberá tomarse una decisión con respecto a cuál de los planes es responsable por efectuar los pagos primarios. Una vez que se haya pagado el reclamo bajo el plan primario, el plan secundario pagará su porción de los cargos permitidos. El pago total no equivaldrá a más del 100 por ciento de los cargos permitidos. Para más información, visite la sección titulada Coordinación de Beneficios (Coordination of Benefits).

Reclamos

1. ¿Qué tengo que hacer para presentar un reclamo?

La mayoría de los proveedores presentará el reclamo por usted. Usted puede presentar el reclamo si su proveedor no lo hace. Usted puede bajar un formulario de la red (download a form) en este sitio. Si requiere asistencia para llenar el formulario, sírvase llamar al Departamento de Servicios al Cliente al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación o puede enviar un mensaje por correo electrónico al Departamento de Servicios al Cliente (e-mail Customer Service).

2. ¿Dónde debo enviar el reclamo?

Por favor envíe su reclamo a:

US Able Administrators
P.O. Box 1460
Little Rock, AR 72203

3. ¿Me notificarán ustedes una vez que hayan procesado mi reclamo?

Sí, le enviaremos una Explicación de los Beneficios (EOB). La EOB detalla las cantidades pagadas al proveedor de servicio, cualquier cantidad denegada

conjuntamente con las razones para tal denegación y la porción de pago por la cual usted es responsable.

Definiciones del Plan Médico

1. ¿Qué significa notificación previa a la hospitalización, prenotificación o precertificación y qué es lo que tengo que hacer con mi cobertura?

La notificación previa a la hospitalización, prenotificación y precertificación son términos que se refieren a los programas de restricción de costos médicos. Éstos involucran la revisión de la necesidad médica y si otros métodos de tratamiento son más apropiados. Usted puede recibir una penalización deducida de sus beneficios médicos si se requiere la prenotificación o precertificación y usted no la proporciona. Así mismo, su reclamo puede denegarse si el servicio no es médicamente necesario. Para más información, refiérase a la sección titulada Utilización del Manejo (Utilization Management). Por favor consulte su folleto de beneficios o llame al Departamento de Servicios al Cliente al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación a fin de determinar si usted está sujeto a prenotificación o precertificación antes de recibir ciertos servicios médicos.

2. ¿Qué significa administrador de reclamos de tercera parte?

El administrador de reclamos considerado como tercera parte es una compañía que proporciona servicios de pago de reclamos a grupos de empleadores autofinanciados. El grupo de empleadores diseña el paquete de beneficios y establece las pautas para el procesamiento de los mismos. El administrador considerado como tercero o de tercera parte emite los pagos de los reclamos de conformidad con dichas pautas. El grupo de empleadores reembolsa los pagos de los reclamos y efectúa un recargo por la administración de los mismos.

3. ¿Qué significa proveedor?

El proveedor es un hospital, instalación de servicios, médico u otro profesional que proporcione servicios de cuidado médico.

4. ¿Qué quiere decir PPO?

PPO significa organización de proveedores preferidos (PPO corresponde a sus siglas en inglés). El PPO es un sistema de cuidado médico que proporciona

servicios de descuento o cargos fijos a miembros del plan. Los proveedores preferidos son aquellos que participan en la red y están de acuerdo con los descuentos y tabla de cargos. Los cargos de los proveedores participantes por los servicios médicos por lo general son más bajos que los de los proveedores no pertenecientes a la red. Los cargos más bajos les ahorran dinero a los miembros del plan (las personas cubiertas). Así mismo, los miembros se evitan el tener que presentar reclamos ya que los proveedores son responsables por la presentación de los mismos ante USABLE Administrators.

Uno de los PPO a la disposición de los grupos de USABLE Administrators es el conocido como USABLE® PPO. USABLE PPO tiene contratos con un grupo de proveedores en todo el estado para conformar una red. A fin de recibir descuentos y para que los proveedores de la red presenten los reclamos, los miembros del plan deben utilizar los servicios de tales médicos e instalaciones contratados por PPO.

5. ¿Qué es un HMO?

HMO significa organización de mantenimiento médico, (HMO corresponde a sus siglas en inglés). Es un sistema de cuidado médico que asume o comparte tanto el financiamiento como los riesgos de suministro asociados con la entrega de servicios médicos comprensivos a una población voluntariamente inscrita en un área en particular, por lo general, a cambio de honorarios fijos o prepagados.

6. ¿Qué significa POS?

POS significa el lugar donde se efectuó la transacción. El plan POS proporciona a las personas cubiertas la opción de salirse de la red designada. No obstante, la cantidad de reembolso se reduce significativa y generalmente para los servicios prestados por proveedores fuera de la red. Por esta razón, la utilización de servicios fuera de la red es tradicionalmente menor.

7. ¿Qué es el CMM?

Bajo el CMM (Cuidado Médico Comprensivo completo o Cuidado Médico Mayor), las personas cubiertas pagan un deducible que corresponde a la primera cantidad cubierta de cargos elegibles incurridos durante el año del contrato. Una vez que se haya satisfecho el deducible, el miembro del plan paga un porcentaje de la cantidad cubierta hasta alcanzar su límite de pérdida (la cantidad máxima de desembolso personal). CMM es un plan de cargo tradicional por servicio, que proporciona el mismo nivel de beneficios

sin tomar en cuenta al proveedor médico que haya seleccionado la persona cubierta. La diferencia entre CMM y PPO es que CMM no tiene una red de proveedores.

Tarjeta de Identificación

1. Si se me pierde la tarjeta de identificación, ¿cómo puedo reemplazarla?

Sírvase llamar al Departamento de Servicios al Cliente al 1-888-USABLE1 (872-2531) para solicitar una nueva tarjeta de identificación.

2. ¿Por qué es importante que le muestre mi tarjeta de identificación a mi proveedor de servicios?

Su tarjeta de identificación contiene información importante relacionada con su participación en el programa. Ésta le permite saber a su proveedor de servicio si usted es participante de una red de médicos específica a fin de que pueda usted recibir los beneficios más elevados a los que tenga derecho. Así mismo, proporciona el número de identificación que se refleja en nuestro sistema de procesamiento de reclamos. Es necesario que al presentar el reclamo se tenga este número para verificar que corresponda al miembro del plan y para acelerar, a su vez, el proceso de pago de su reclamo.

Red de Cuidados Médicos Primarios

1. ¿Qué significa PCN?

PCN significa red de cuidados médicos primarios (PCN corresponde a sus siglas en inglés). El participar en una red PCN requiere de la selección de un médico general primario o PCP. Las personas cubiertas deben consultar primero a su PCP, quien se ocupará de administrar su cuidado o, de ser necesario, de referirle a un especialista o internarle en un hospital.

La estructura de beneficios de la red PCN difiere levemente tanto del plan de cuidado médico mayor (CMM) como de la organización de proveedores preferidos (PPO). La red PCN comúnmente reembolsa un 100 por ciento después de haber efectuado el copago de la consulta médica por cualquiera de los servicios facturados por el PCP (excepto por la cirugía de paciente interno y obstetricia). Típicamente, los beneficios por parte de un

especialista no son elegibles para reembolso sin referencia, orden y arreglos hechos y autorizados por el PCP (excepto en casos de emergencias en los que la vida o una de las extremidades del paciente estén en peligro o por otras excepciones, según lo definido por el plan médico).

2. ¿Qué significa médico general primario (PCP)?

El médico general primario (PCP) es un profesional médico que sirve de primer contacto entre el miembro del plan y el sistema del plan de cuidado médico. Al PCP también se le conoce como proveedor de atención médica primaria, médico de atención personal o proveedor de atención médica personal. Si su plan médico tiene una red de cuidado médico primario, requeriremos que usted seleccione a un PCP.

3. ¿Necesito una referencia de mi médico general primario para recibir servicios a través de un especialista?

Para información sobre los requisitos de referencia médica, consulte el folleto de su plan de beneficios o llame al Departamento de Servicios al Cliente al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación. Usted puede elegir revisar sus beneficios (benefits) en línea.

4. Yo participo en una red de cuidado médico primario (PCN). ¿Tengo que seleccionar el mismo médico general primario para toda mi familia?

No. Cada miembro específicamente selecciona su médico general primario. Debe seleccionarlo de la lista de médicos autorizada para su red en particular. Por favor comuníquese con su empleador para recibir una lista de los médicos generales primarios o visite el Directorio de Proveedores (Provider Directories).

5. ¿Puedo cambiar de médico general primario?

Sí, usted puede cambiar a su médico general primario, pero su plan médico puede limitar la frecuencia con la cual pueda usted efectuar tales cambios. Por favor comuníquese con su empleador para recibir información sobre cómo cambiar a su PCP. Pregúntele a su empleador si será necesario que llene un formulario de cambio.

6. ¿Qué debo hacer si mi médico general primario no se encuentra en su consultorio, pero necesito atención médica inmediata?

Llame al consultorio de su médico general primario. Solicite los servicios del médico que esté cubriendo por su médico. (Se requiere que todos los médicos generales primarios tengan un médico que les substituya durante sus periodos de ausencia).