

Ascension Personalized Care

Boletín para clínicos, febrero de 2022

Este boletín comparte novedades importantes, recordatorios y recursos relacionados con el plan médico de Ascension Personalized Care (APC)

Lo que los médicos deben tener en cuenta con una Organización de proveedores exclusivos (EPO)

Ascension Personalized Care (APC) es una Organización de proveedores exclusivos (EPO) que ofrece planes médicos individuales del mercado de seguros en Michigan, Indiana y Kansas. A menudo se le llama una red estrecha, una EPO tiene una red exclusiva de médicos y especialistas. Debido a que la cobertura solo se limita a los médicos de la red, una EPO permite que los pacientes visiten a cualquier médico de su red sin una remisión de su PCP.

Recuerde que cuando remita pacientes de APC a un especialista, los miembros deben permanecer dentro de la red del plan para estar cubiertos. Si los pacientes reciben tratamiento de un médico fuera de la red, serán responsables de la cantidad total del servicio.

Nuestros asistentes están aquí para ayudar

APC da las herramientas y el apoyo que necesita para prestar una atención de calidad. Una de las formas en que hacemos esto es dándole asistentes de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (personas que están asignadas a consultorios médicos por región y están disponibles para responder cualquier pregunta que pueda tener). También están disponibles para la incorporación y el entrenamiento de APC, en persona o virtualmente. Actualmente tenemos cuatro asistentes que atienden nuestros mercados en Indiana, Kansas y Michigan:

- Michigan (Condados de Genesee, Saginaw, Kalamazoo, Lapeer y Losco): robin.kanemostyn@ascension.org
- Michigan (Condados de Wayne, Oakland, Macomb, Livingston y St. Clair): arlene.bell@ascension.org
- Indiana: theodore.horton@ascension.org
- Kansas: katherine.gann@ascension.org

Cómo presentar un reclamo con APC por servicios profesionales

Los médicos de APC deben enviar todos los reclamos de servicios profesionales **electrónicamente** a la oficina de información de EDI Change Healthcare con el número de identificación del pagador 38259. APC debe recibir los reclamos en el plazo de 180 días a partir de la fecha del servicio. Los reclamos recibidos fuera de este plazo serán denegados por presentación fuera de plazo.

Para evitar reclamos rechazados, incluya la siguiente información:

- Número de identificación del miembro
- Nombre del paciente
- Fecha de nacimiento y sexo del paciente
- Número de grupo del asegurado

- Indicación de condición relacionada con el automóvil/empleo/emergencia (cuando corresponda)
- Número de precertificación: incluya remisión o precertificación cuando corresponda
- Nombre del médico que remite. Si el paciente se autoremite, escriba “él mismo”
- Código de diagnóstico (ICD-10)
- Fecha del servicio
- Código del procedimiento (CPT o HCPCS cuando aplique, con modificadores apropiados)
- Cargos facturados
- Número de unidades
- Cargos totales
- Número de identificación fiscal del proveedor
- Número de NPI del proveedor
- Dirección y teléfono de facturación del proveedor

Tenga en cuenta: APC devolverá al médico los reclamos a los que les falte la información de arriba para que los complete.

Registrarse en el portal para médicos es rápido y fácil

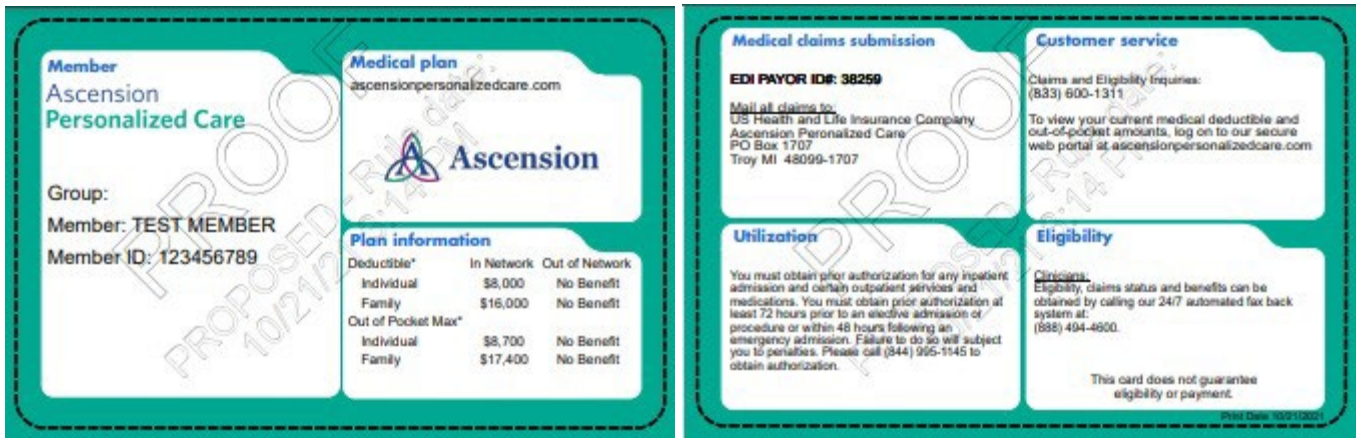
Como médico de APC, hay muchos beneficios al ser parte de nuestra red. Uno de ellos es tener acceso a nuestro portal de clínicos. Registrarse en el portal es fácil. Si usted es un médico contratado por APC, puede visitar ascensionpersonalizedcare.com/clinicians y hacer clic en “Registrarse”. Si es nuevo en el portal web, se le pedirá que complete y envíe un formulario por correo electrónico al soporte técnico de ABS para obtener acceso a este sitio web seguro. Si es un médico no contratado, podrá registrarse después de presentar su primer reclamo.

Una vez que cree su cuenta, obtendrá acceso a una variedad de recursos. Estos incluyen verificar la elegibilidad de los miembros, ver la historia de reclamos y el estado de pago, el estado de autorización previa, administrar reclamos y ver listas de pacientes.

Recordatorio: La tarjeta médica de APC y la tarjeta de farmacia de Cigna son diferentes

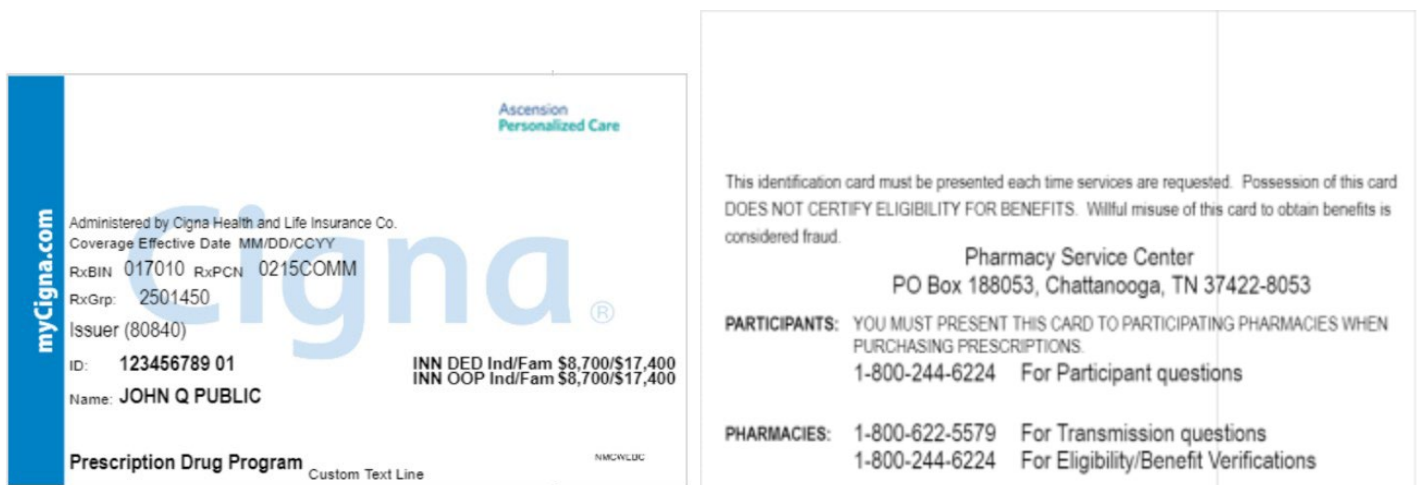
Los miembros de APC reciben dos tarjetas de identificación de miembro: Una tarjeta médica de APC y una tarjeta de farmacia de Cigna.

Los miembros deben presentar la tarjeta médica de APC cada vez que visiten un médico, un hospital, un centro de atención virtual o de urgencia. Esta tarjeta de identificación incluye la información de su plan médico para los médicos y la información de contacto de APC. En la parte de adelante se identifica su nombre, el número de grupo y el número de identificación de miembro. La parte de atrás de la tarjeta de identificación incluye información como nuestro número de atención al cliente, información sobre la autorización previa, información sobre la elegibilidad de los miembros para los médicos y cómo presentar reclamos.



La tarjeta de farmacia de Cigna es diferente a la tarjeta médica. Esta tarjeta debe usarse para la cobertura cuando se surtan recetas y solo se pueden usar para los beneficios de las recetas. Los miembros no pueden usar su tarjeta de identificación médica de APC para surtir una receta.

Conocer la diferencia entre las dos tarjetas del seguro ayudará a asegurarse de que se facture en la tarjeta del seguro correcta por los servicios médicos y con suerte evitar errores futuros.



La importancia de una codificación de diagnóstico correcto en la atención de los pacientes

APC exige que los reclamos se presenten usando códigos de la versión actual de ICD-10, ASA, DRG, CPT, HCPCS Nivel II y NDC para la fecha en que se prestan los servicios. Los médicos deben, en todo momento, documentar y asignar códigos de acuerdo con las reglamentaciones de CMS y seguir todas las directrices de codificación aplicables. Asegúrese de que los códigos de diagnóstico sean correctos antes de enviar reclamos a APC.

Abajo se muestran algunos motivos relacionados con el código por los que se puede rechazar o denegar un reclamo:

- Falta el código facturado, no es válido o se eliminó en el momento de los servicios

- El código no es apropiado para la edad o el sexo del miembro
- Falta el código de diagnóstico
- El código del procedimiento apunta a un diagnóstico que no es apropiado facturar como primario
- El código facturado no es apropiado para el lugar o especialidad facturada
- El código facturado es parte de un código más completo facturado en la misma fecha de servicio

Codifique todas las condiciones documentadas que coexisten en el momento de la visita y que necesitan o afectan el tratamiento o manejo del paciente. No codifique condiciones que se trataron antes y ya no existen. Sin embargo, los códigos de la historia pueden usarse como códigos secundarios si la condición histórica o la historia familiar tienen un impacto en la atención actual o influyen en el tratamiento. Tener en cuenta la importancia de una codificación adecuada del diagnóstico ayudará a asegurarse de que los miembros de APC no reciban facturas por servicios médicos que se codificaron incorrectamente.

Guía de referencia rápida

Haga clic aquí para ver una [Guía de referencia rápida](#) para clínicos sobre APC. La Guía de referencia rápida (QRG) incluye información sobre los beneficios, lo que esto significa para los médicos, cómo iniciar sesión en el portal de clínicos, enviar reclamos y con quién comunicarse.

Revise los reclamos en el portal de ABS

Manténgase al tanto de la información de reclamos accediendo al portal de ABS para:

- Ver la historia de reclamos y el estado de los pagos
- Verificar la elegibilidad
- Consultar sobre el estado de autorizaciones previas

[Vaya al portal de ABS](#)

Al usar el portal, usted podrá saber si un miembro está en el grupo de Ascension o de APC una vez que busque en la pestaña “Elegibilidad, Reclamos, Autorizaciones”. Use la pestaña “Elegibilidad” para buscar un miembro usando su SSN o número de identificación de miembro alternativo. Una vez que presione el botón de búsqueda, aparecerá una fila que incluirá el nombre, la fecha de nacimiento, el grupo, el lugar, el sexo, el estado y la fecha de entrada en vigor del miembro. En “Grupo” mostrará “ASCENSIÓN” o uno de los siguientes para APC: ACEXCHKS, ACEXCHMI, ACEXCHIN.

Proceso de acreditación

La mejor manera de asegurarse de que se le acredite rápidamente y sin problemas es asegurarse de que la información de su cuenta CAQH está actualizada, que haya vuelto a certificar en los últimos 180 días y que haya incluido a Ascension Personalized Care como uno de sus planes autorizados.

Siga estos pasos cortos abajo:

1. Inicie sesión en su cuenta de CAQH y asegúrese de que su solicitud está completa, es precisa y está al día.
2. Recertifique que su solicitud está completa y es precisa.

3. Incluya a Ascension Personalized Care como uno de sus planes autorizados al que CAQH puede revelar su información de Acreditación.

Si se siguen estos pasos, esperaremos que haya terminado nuestro proceso y esté activo en nuestra red en 60 días. Si su solicitud está incompleta o desactualizada, recibirá solicitudes de Aperture, nuestra Organización de Verificación de Credenciales (CVO), pidiéndole que siga los pasos de arriba. Esto puede retrasar su participación en la red hasta por 30 a 60 días.



[ascensionpersonalizedcare.com](https://www.ascensionpersonalizedcare.com)