DENVER PUBLIC HEALTH & ENVIRONMENT

DANIELLE PETERS CONSULTING

Facturación para Proveedores de Servicios de Doula

Una guía paso a paso para el envío de reclamaciones

Objectivos

Facturación

Comprender consideraciones clave para que las doulas (individuales y en grupo) puedan facturar eficazmente a Medicaid en Colorado.

Envío de Reclamaciones

Comprender cómo enviar una reclamación a Medicaid de Colorado.

Reembolso

Navegar el proceso de reembolso de Medicaid para doulas individuales y grupos.

Estándares de Facturación

**Estos elementos deben incluirse en tu reclamación*

- **Nombre del miembro**
- **ID de Medicaid**
- **Visitas de la doula que incluyan:**
  - Fechas de las citas (servicios)
  - Duración de las citas
  - Servicios prestados
  - Lugar de la cita (en hogar del paciente, consultorio, telemedicina) (modalidad)
- **NPI del proveedor**

Resumen de Facturación

NPI del Proveedor de Referencia

El NPI del proveedor de referencia debe estar indicado en todas las reclamaciones

Facturación en incrementos de 15 minutos

Usar el código HCPCS T1032 y facturar los servicios en unidades de 15 minutos

Tiempos de Servicio Precisos

Documentar la hora exacta de inicio y fin de cada servicio para una facturación precisa por unidad

Documentación de respaldo para la facturación

Mantener documentación que respalde el número de unidades facturadas

Los formularios de reclamación deben incluir elementos específicos, como tiempos exactos y precisión. Además, la documentación enviada debe coincidir con los servicios facturados.

Mecánica de Facturación para Grupos

- **Envío de Reclamaciones: Grupo vs. Individual**

  Las reclamaciones del grupo usan el NPI Tipo 2 (organizacional) como proveedor facturador, mientras que la doula individual se identifica con el NPI Tipo 1 como proveedora. Algunos estados limitan qué tipos de grupos pueden facturar servicios de doula.

- **Ubicación del NPI en las Reclamaciones**

  Deben incluirse y estar correctamente posicionados tanto el NPI del grupo/proveedor como el NPI de la doula en la reclamación.

- **Facturación para Proveedores No Médicos**

  Modelos estatales varían (grupo, colectivo, supervisado). Requiere inscripción y certificación adecuadas según el modelo. Cada estado establece sus propios códigos de facturación y normas para doulas.

- **Redirección de Beneficios**

  Requiere autorización formal para que el pago vaya al grupo, generalmente mediante formularios específicos como el CMS-855R. Las excepciones legales al pago directo permiten la facturación grupal. Legal exceptions to direct payment rule allow for group billing.

- **Modificadores Requeridos para Facturación**

  Los modificadores específicos varían por procedimiento y estado (ej. T1032, T1033 en Colorado). Puedes aplicar modificadores especiales por telemedicina cuando corresponda. A diferencia de servicios de médicos, no hay modificadores grupales adicionales.

Implicaciones Financieras

- **Tarifas de Pago: Grupo vs. Individual**

  Las tarifas suelen ser estándar sin importar el modelo de facturación; se usan los mismos códigos y tarifas; la facturación grupal por lo general no modifica el pago base; en algunos estados, los colectivos tienen códigos y pagos especializados.

- **Distribución de Pagos en Prácticas Grupales**

  El grupo recibe los pagos y administra su distribución interna; Se emplean acuerdos internos para definir pagos individuales; Se pueden deducir honorarios administrativos u operativos antes de distribuir; Se requieren políticas claras para manejar ingresos compartidos.

- **Ventajas Financieras para Grupos de Doula**

  Personal administrativo y experiencia en facturación compartidos; inscripción y acreditación centralizadas; mayor poder para negociar con planes de atención administrada; menores costos por proveedor de seguros de responsabilidad; participación más eficiente en modelos de pago innovadores. Estos son unos de las ventajas de trabajar en un grupo de doula.

- **Incentivos Específicos para Grupos**

  Mejor seguimiento de pagos por incentivos de calidad; más capacidad para ajustes geográficos en tarifas (como bonificaciones rurales); facilita la documentación para incentivos basados en resultados; integración más sencilla con estructuras de pago por valor.

- **Administración de Rechazos y Recuperaciones**

  Pericia en facturación para prevenir rechazos; procesos establecidos para apelar rechazos incorrectos; riesgo compartido entre varios proveedores; seguimiento de documentación para auditorías más eficiente; mejor administración del flujo de efectivo durante disputas.

Componentes Vitales en las Reclamaciones

Requisitos de Reclamación

Diferencias según el tipo de proveedor

Los proveedores individuales (PT 79) deben usar sus credenciales personales y el NPI Tipo 1. Las prácticas grupales (PT 72) facturan bajo la afiliación del grupo usando el NPI Tipo 2.

Requisitos adicionales de mantenimiento de registros

Las prácticas grupales de Colorado deben conservar registros por **7 años**, incluyendo: documentación de proveedores que recomiendan, cambios en la estructura organizativa, y protocolos de verificación de elegibilidad

Los requisitos de documentación para doulas grupales en Colorado se centran en mantener registros completos y conformes para respaldar el reembolso de Medicaid, incluyendo afiliaciones detalladas y administración de registros médicos.

Continuación de Requisitos de Reclamación

NPI del proveedor remitente

Las doulas deben documentar recomendaciones escritas o electrónicas de profesionales con licencia (ej.: OB-GYN, proveedor de atención primaria, clínico de salud mental), incluyendo el NPI del proveedor que recomienda.

Administración de registros médicos entre proveedores

Se exige un sistema seguro de documentación, protocolos estandarizados y justificación completa de las reclamaciones. Los servicios por telemedicina requieren documentación adicional con modificadores específicos.

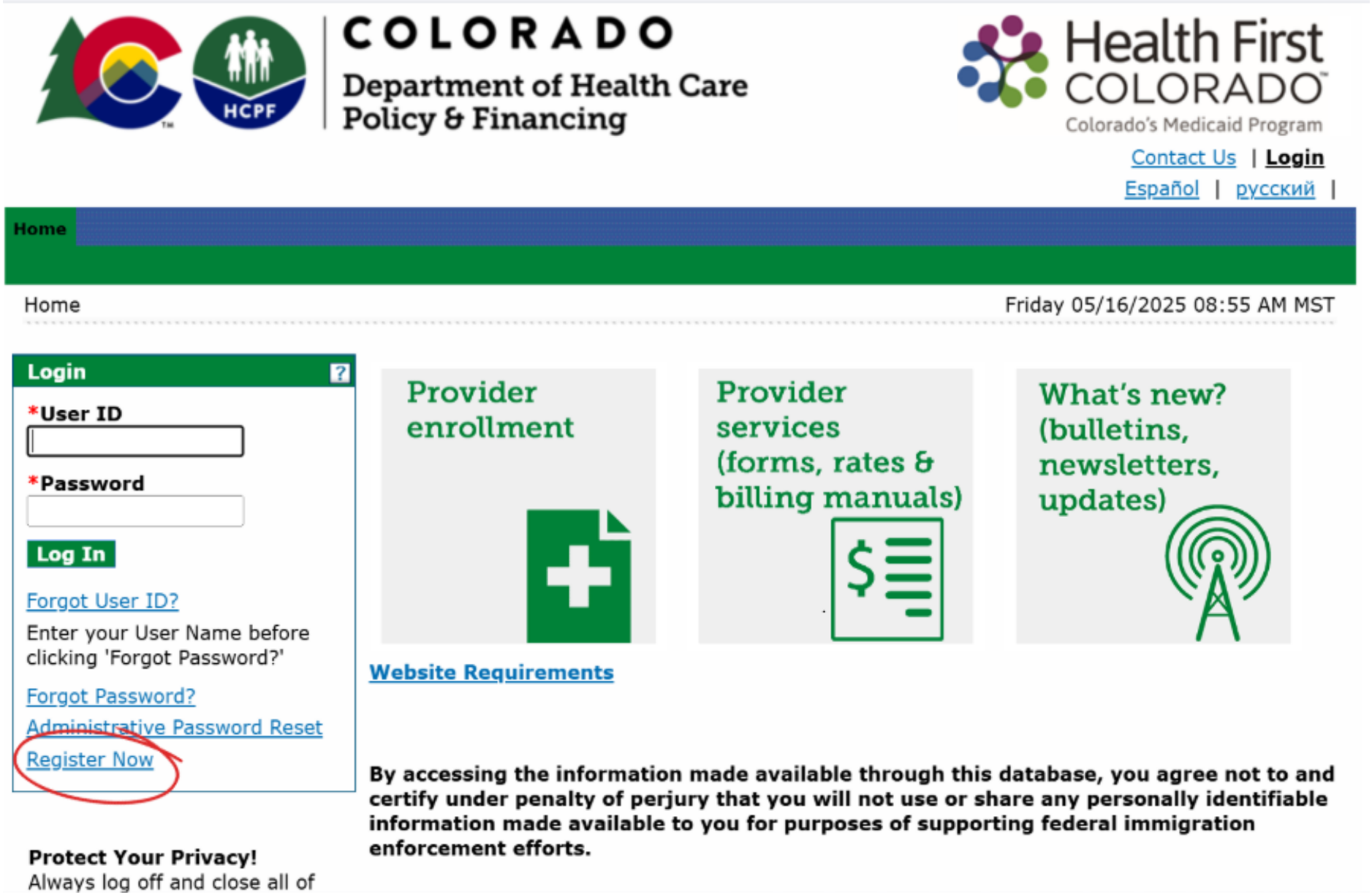
Proceso de Envío de Reclamaciones

PASO 1

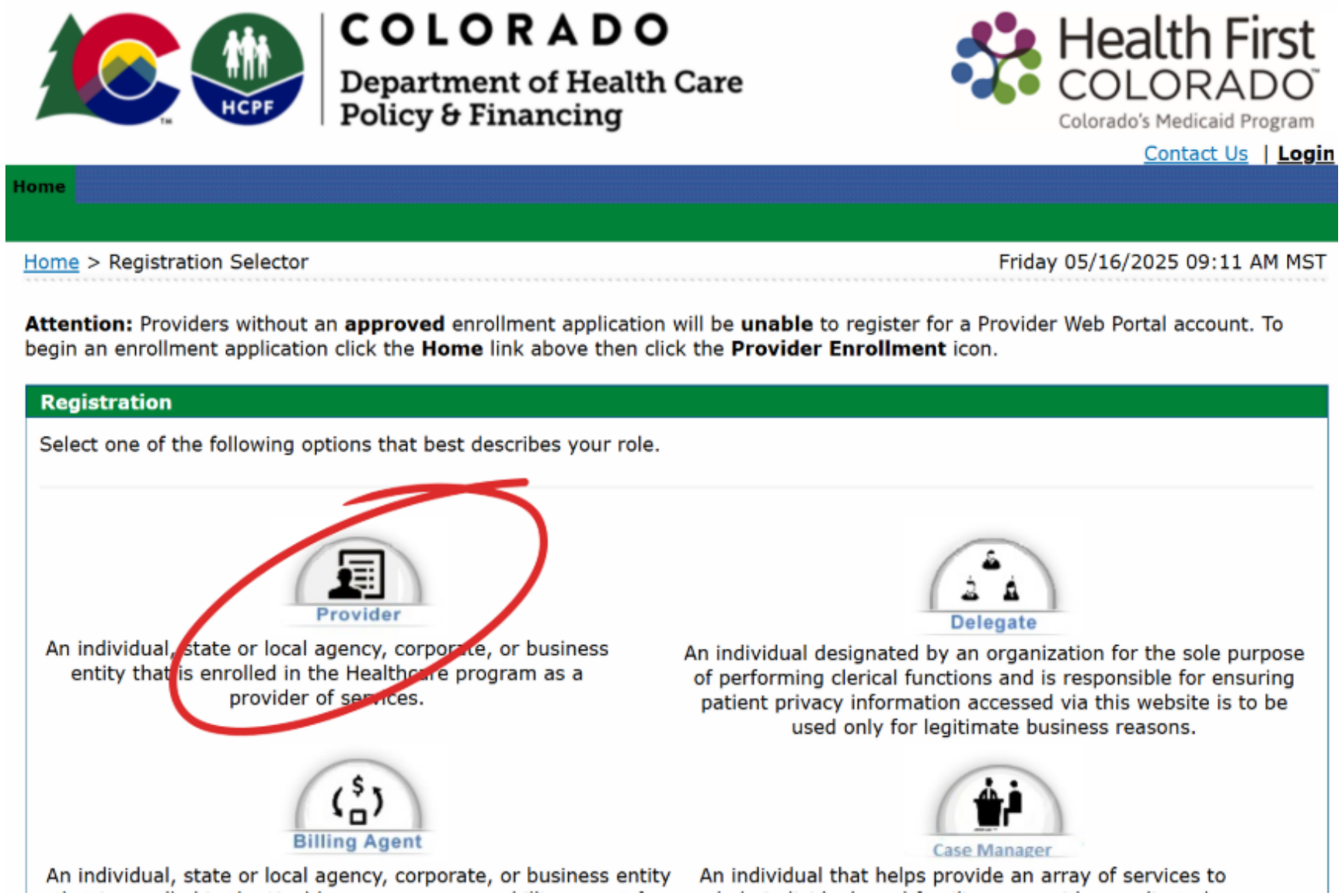
Configuración del portal

1) Ingresa al sitio web de proveedores HCPF de Colorado

2) Haz clic en *"Register Now"*



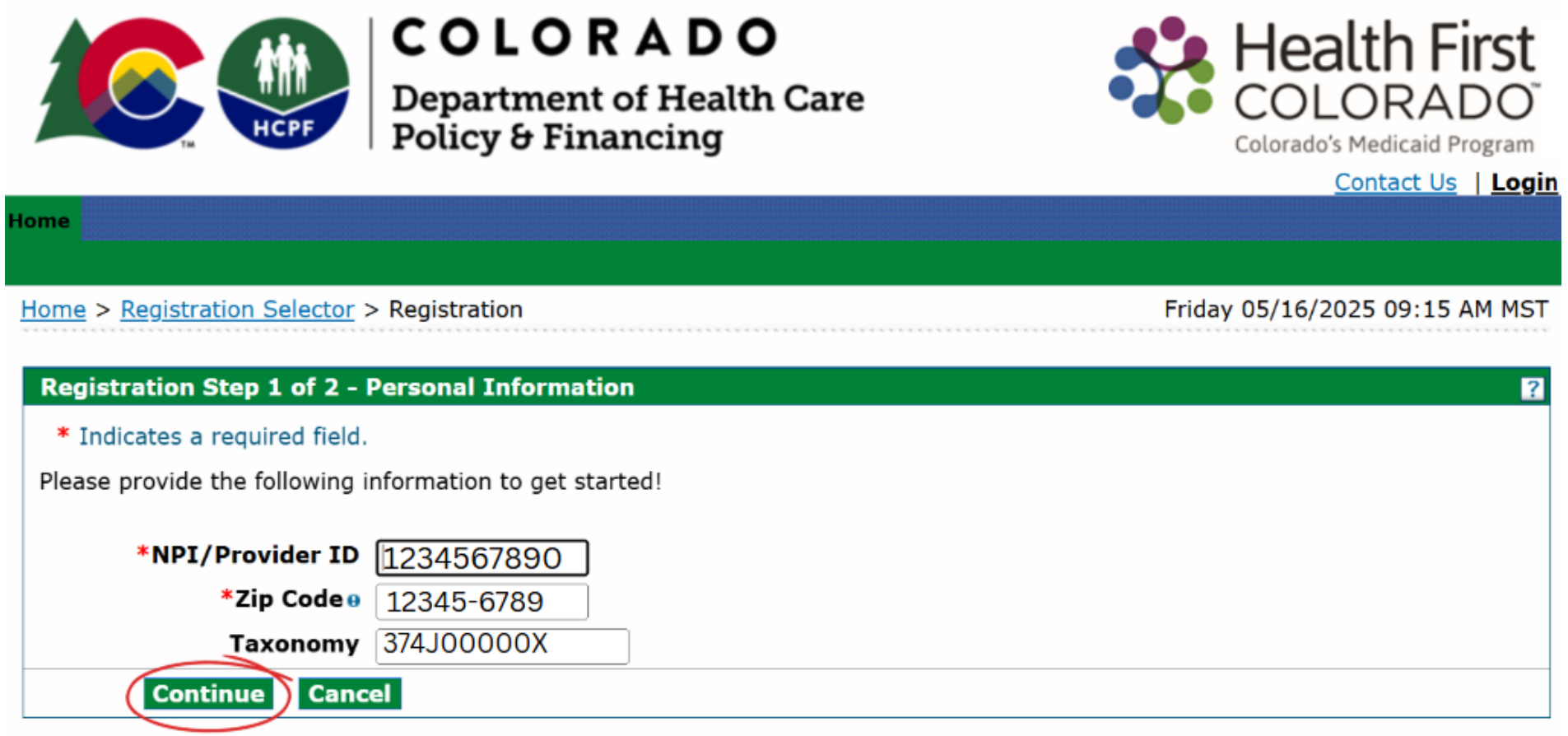
3) Selecciona **proveedor**



4) Ingresa tu número **NPI**

5) Ingresa tu código postal de 9 dígitos

6) Ingresa la taxonomía de doula: 374J00000X



7) Crea un nombre de usuario

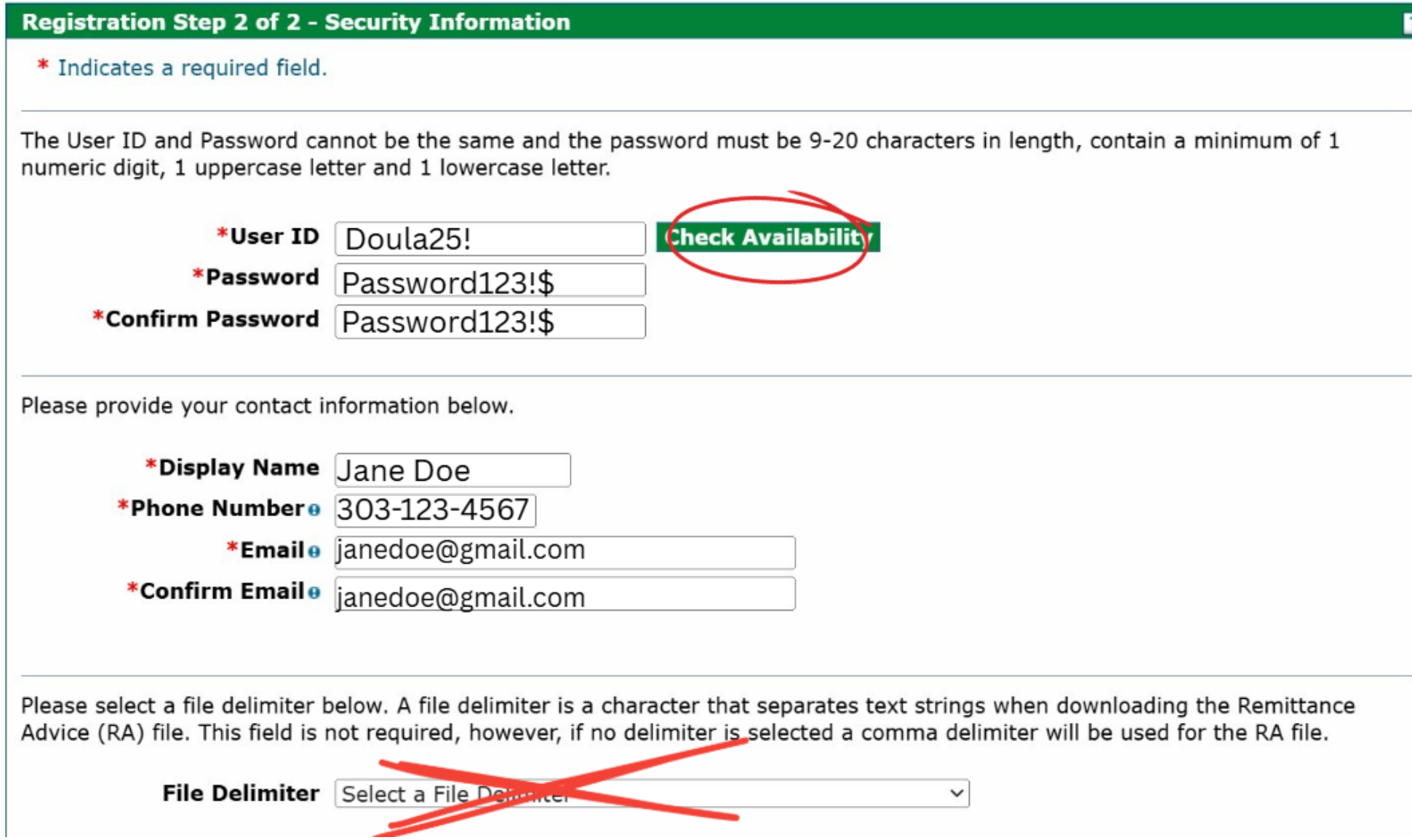
8) Haz clic en *"Check Availability"* para verificar disponibilidad

9) Crea una contraseña

10) Escribe tu nombre completo en *"Display Name"*

11) Ingresa tu número de teléfono y correo electrónico

12) Ignora la opción de delimitador de archivo y desplázate hacia abajo



13) Elige tus preguntas de seguridad y responde

Please select a unique challenge question and provide an answer for each of the question groups below.

***Challenge Question #1**	Select a Challenge Question
***Answer to #1**	Answer 1
***Challenge Question #2**	Select a Challenge Question
***Answer to #2**	Answer 2
***Challenge Question #3**	Select a Challenge Question
***Answer to #3**	Answer 3

14) Lee y desplázate por el Acuerdo de Usuario del Portal Web

15) Firma escribiendo tu nombre completo

16) Haz clic en Submit

User Agreement

Colorado Medical Assistance Program

Web Portal User Agreement

The following Agreement explains how you may use the Web Portal and your responsibilities and obligations as a user.

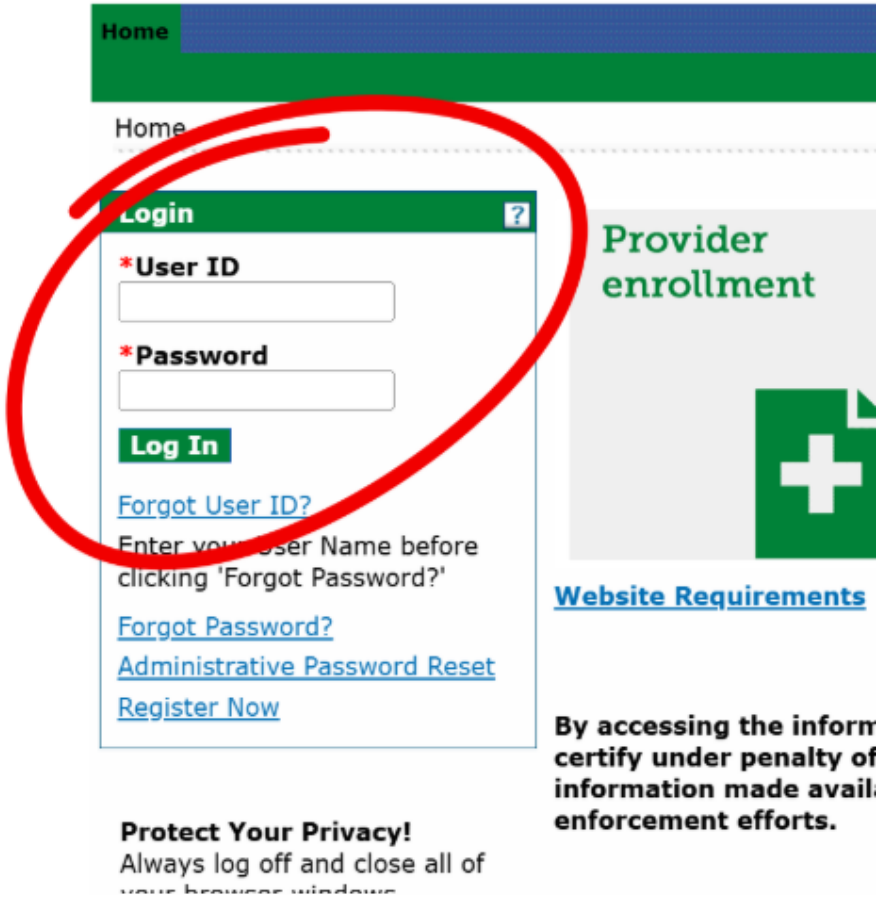
PLEASE READ!

By entering my full name in the space provided below and transmitting this form electronically, I state that, I am the person whom I represent myself to be herein, and I acknowledge that I have read and understand the User Agreement and agree to the terms and conditions as described about the role that I will perform.

***Please sign by typing your full name here:** Jane Doe

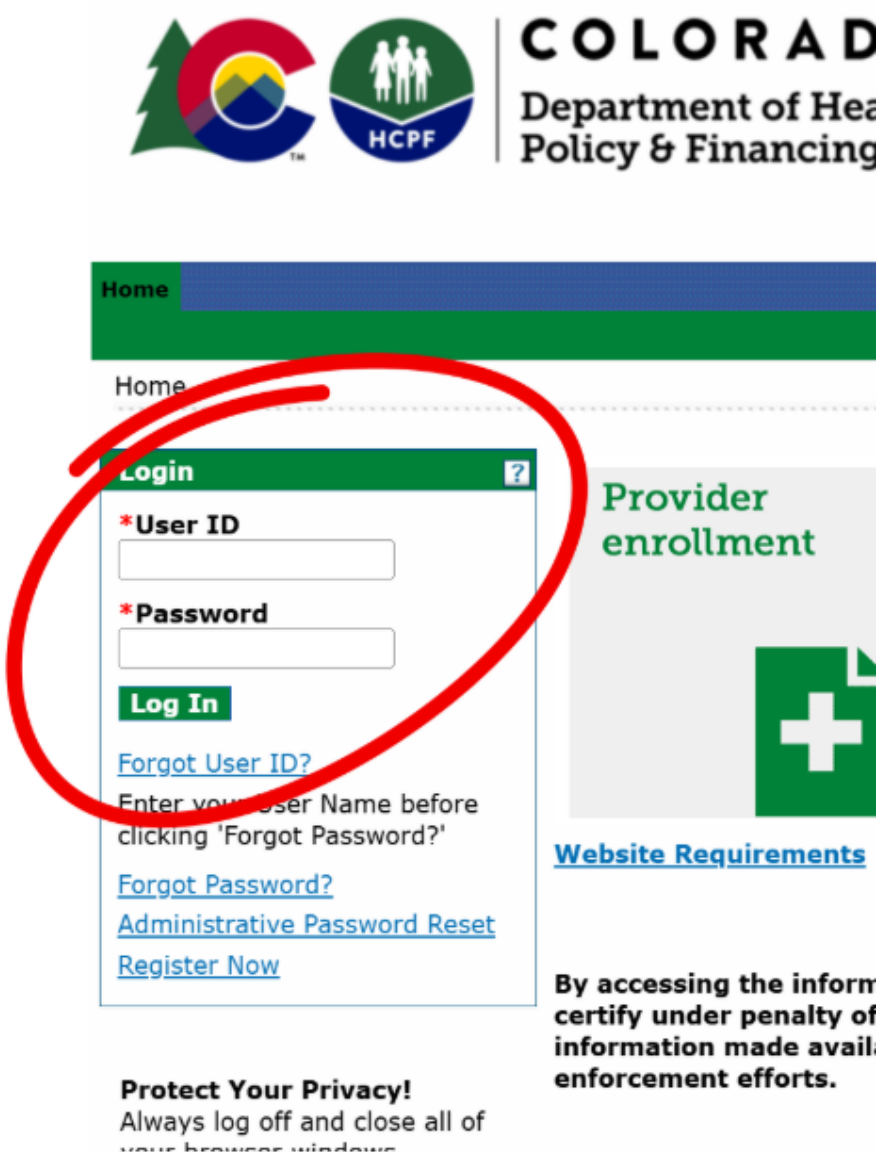
Submit **Cancel**

- Después de enviar, espera de 15 a 30 minutos para recibir un correo de confirmación.
- Haz clic en el enlace del correo para regresar al sitio.
- En el sitio, ingresa tu usuario y contraseña para confirmar.
- Finalmente, vuelve al Portal de Proveedores HCPF (HCPF Provider Website), y ingresa tus credenciales y accede.



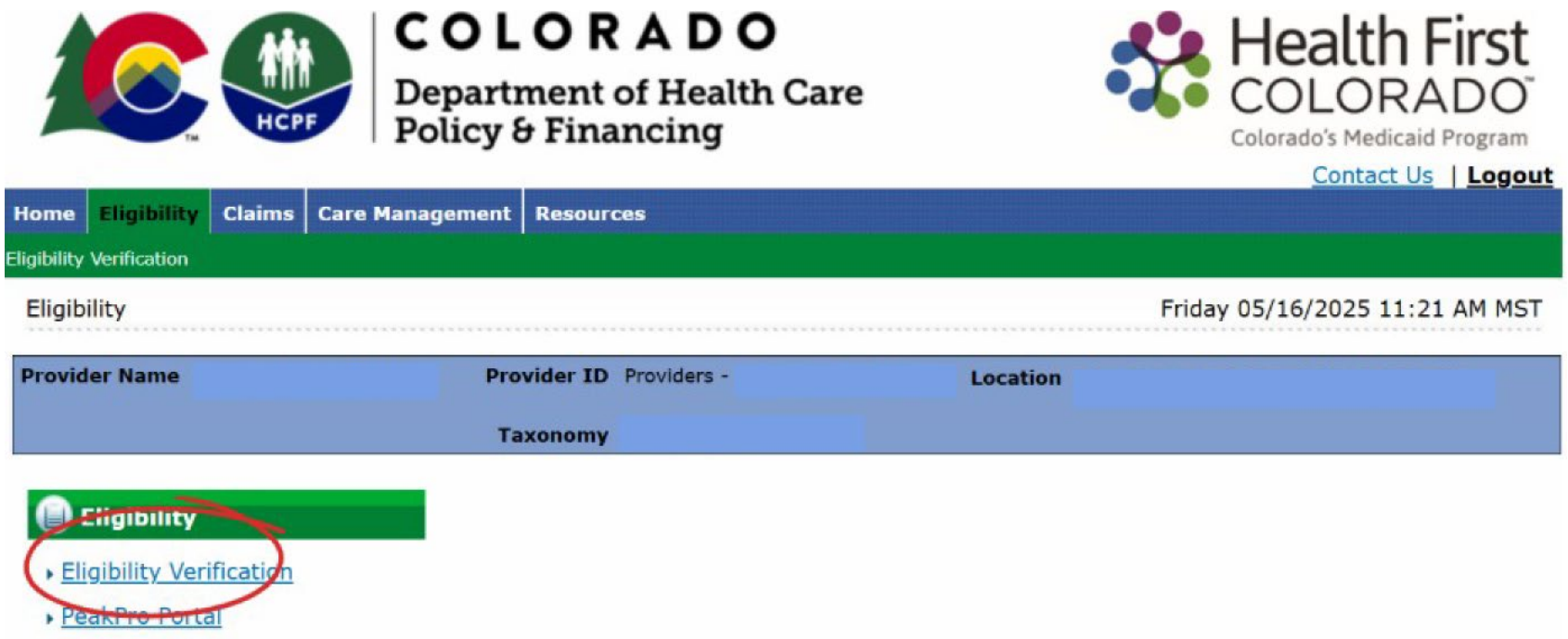
Verificación de elegibilidad de miembros de Medicaid

- Ingresa al Portal Health First Colorado con tu usuario y contraseña



2) Haz clic en *"Eligibility"* en la barra superior azul

3) Selecciona *"Eligibility Verification"*



Herramienta de verificación

- Ingresa el ID del miembro
- Marca “No soy un robot” (*I am not a robot)*
- Haz clic en *"Submit"*

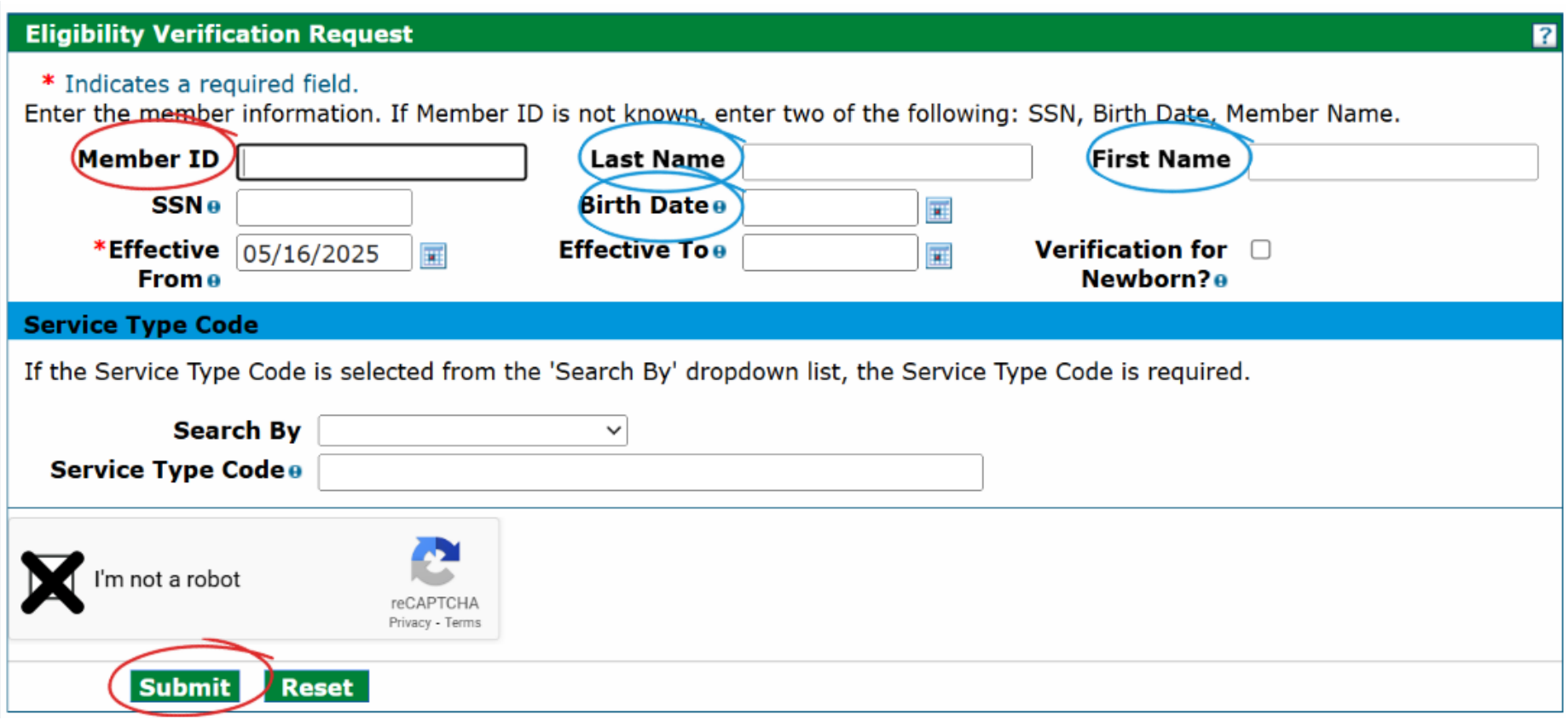
<u>O</u>

- Ingresa apellido
- Ingresa nombre
- Ingresa fecha de nacimiento

- Marca “No soy un robot” (*I am not a robot)*
- Haz clic en *"Submit"*

Los resultados del estado del seguro del miembro se enumerarán a continuación

IMPORTANTE: Haz clic en “Other Insurance Detail Information” para confirmar que no tengan otro seguro primario activo. Si lo tienen, consulta la sección de facturación del seguro primario y CHP+.



Enviar una Reclamación

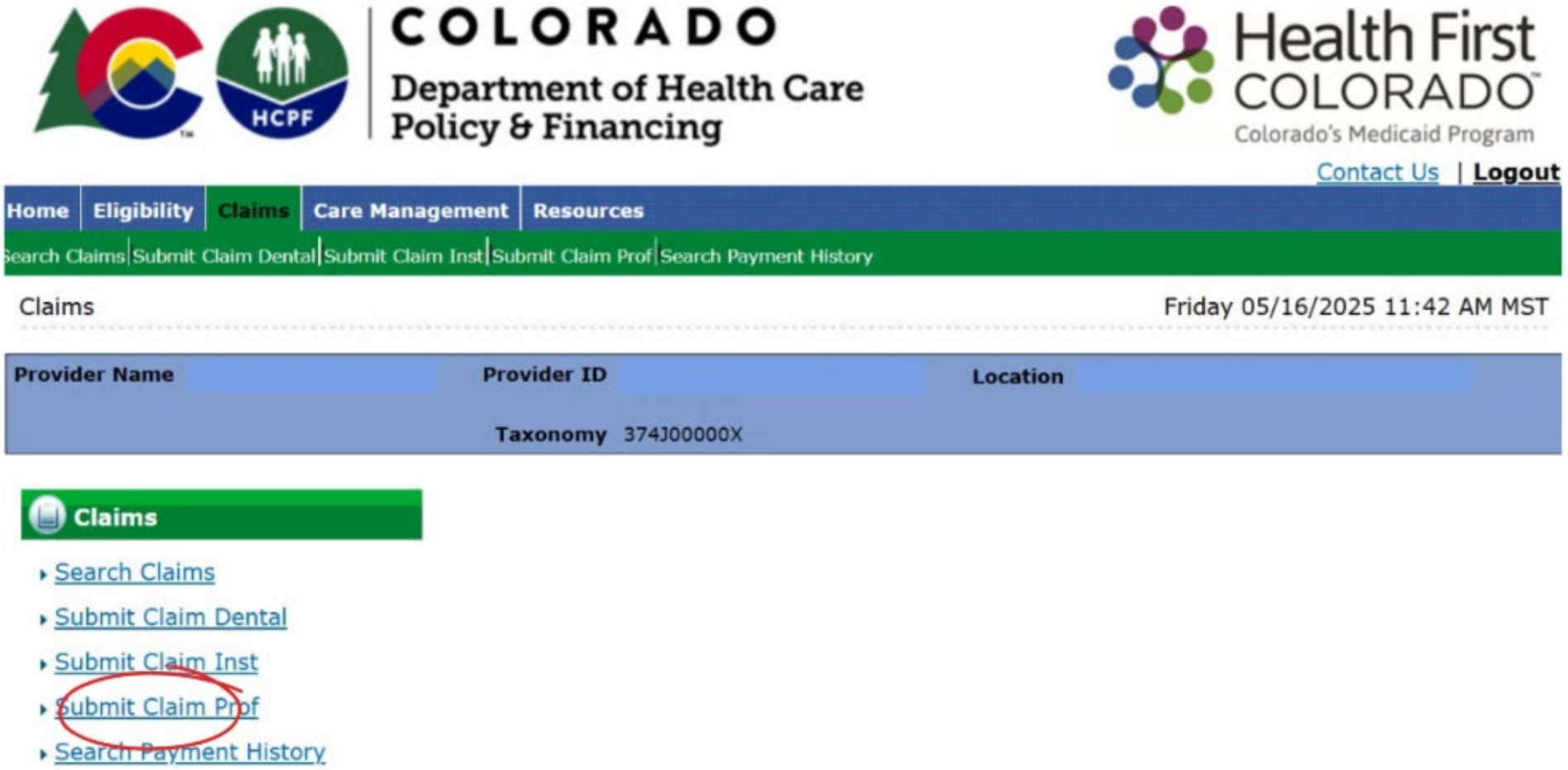
PASO 1:

Desde tu pantalla principal, haz clic en *"Claims"* en la barra azul superior.

PASO 2:

2) Haz clic en *"Submit Claim Prof"*

*Las doulas siempre envían reclamaciones profesionales; puedes ignorar las reclamaciones dentales o institucionales.



PASO 3:

Tu ID de Proveedor, tipo de ID y nombre se completarán automáticamente en cada nueva reclamación.

1) Ingresa el número de ID del proveedor remitente (o puedes obtener en el sitio del NPI Registry Website)

2) En el menú desplegable de tipo de ID, selecciona NPI.

- Al completar estos dos campos, el nombre del proveedor aparecerá automáticamente a la derecha. Confirma que sea correcto.

- *Deja en blanco Supervising Provider ID y Service Facility Location ID.*

Submit Professional Claim: Step 1

* Indicates a required field.

Select the Payer that will be submitted on the claim. The "Payer" is the program that the provider is enrolled in.

"Title XIX" is for Health First Colorado (Colorado's Medicaid Program) or CHP+ through the Department of Health Care Policy and Finance.

Claim Type Professional ***Payer** Title XIX Payer

Provider Information

If the Billing Provider ID is an NPI, the claim will be automatically submitted with the NPI that is Effective on the FDOS of the claim.

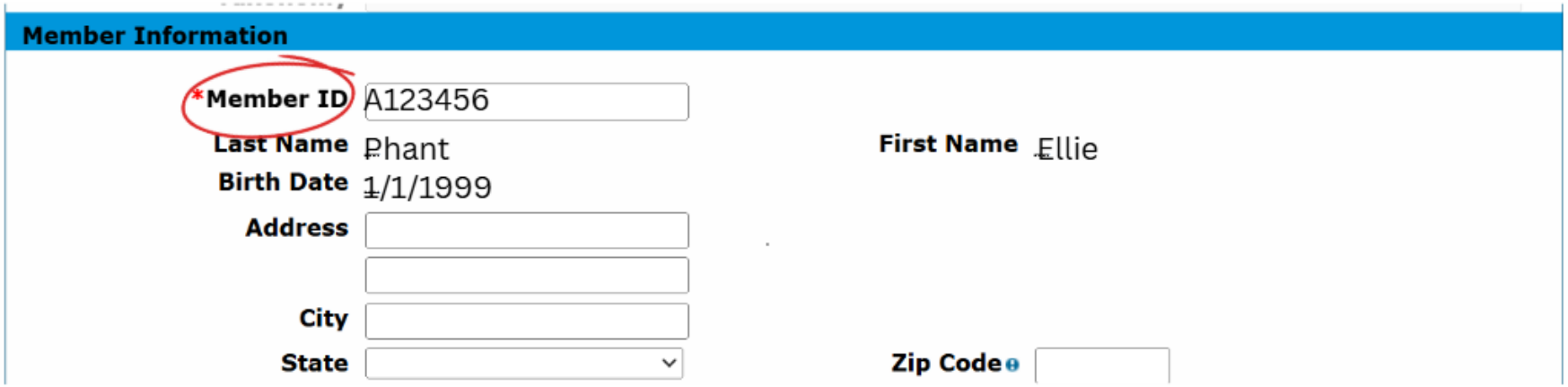
Billing Provider ID	1234567890	**ID Type**	NPI	**Name**	Jane Doe
Taxonomy	Doula				
Referring Provider ID	0987654321	**ID Type**	NPI	**Name**	Dr. Doc Taur
Taxonomy					
Supervising Provider ID		**ID Type**		**Name**	
Taxonomy					
Service Facility Location ID		**ID Type**		**Name**	
Taxonomy					

PASO 4:

1) Ingresa el número de ID del miembro (debe iniciar con una letra seguida de 6 números)

Al ingresarlo, se completarán automáticamente apellido, nombre y fecha de nacimiento; verifica que sean correctos

- No necesitas ingresar la dirección.



PASO 5:

1) En *"Date Type,"* selecciona *"Pregnancy"* del menú.

2) En *"Date of Current,"* ingresa la fecha de hoy.

- Omite la opción de "Accident-related reason"

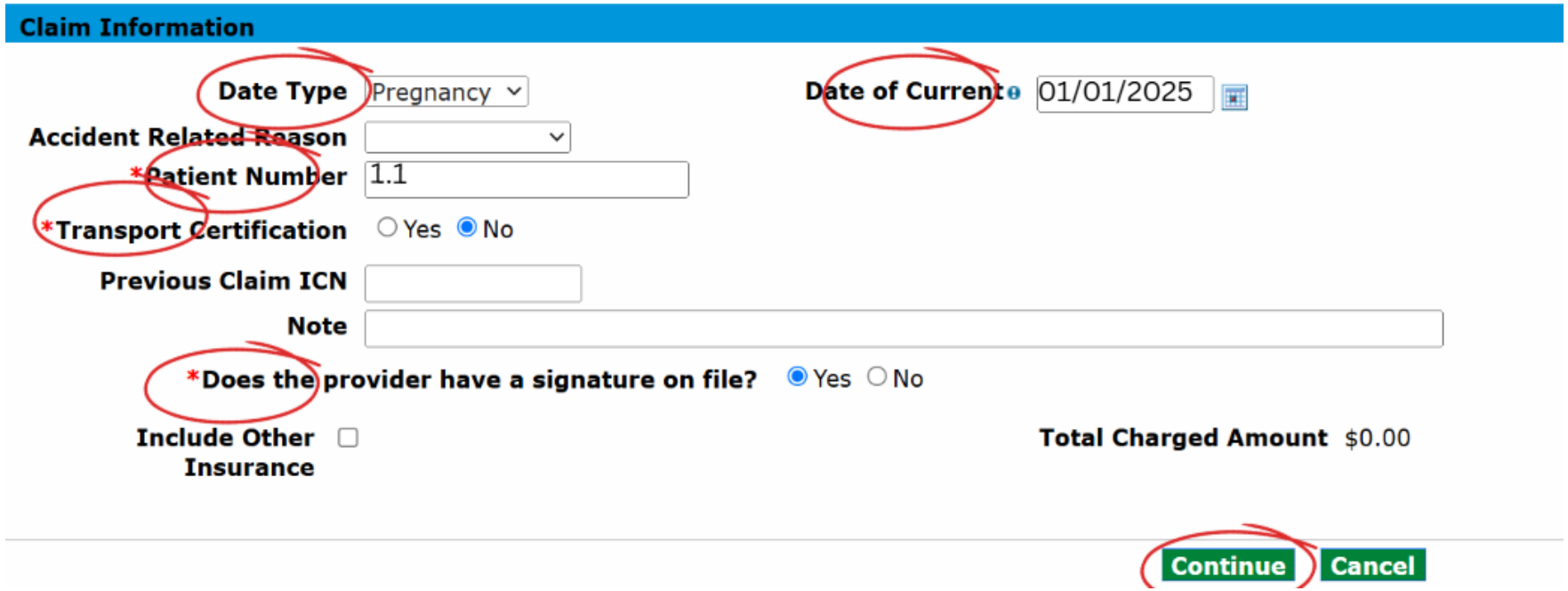
3) Ingresa tu propio número de paciente en "*Patient Number*" (debe ser único).

4) En Transport Certification, selecciona No

- Omite "Previous Claim ICN" y "Note"

5) Contesta Yes a "*Does the provider have a signature on file?*"

6) Haz clic en Continue.



PASO 6:

1) En **Diagnosis Type**, deja **ICD-10-CM** que se completará automáticamente

2) Ingresa el código de diagnóstico

- Al ingresar el código, selecciona la opción que aparece

3) Haz clic en "***ADD***"

Si tienes varios diagnósticos, repite este paso. Si facturas prenatal y nacimiento juntos, con un solo código es suficiente.

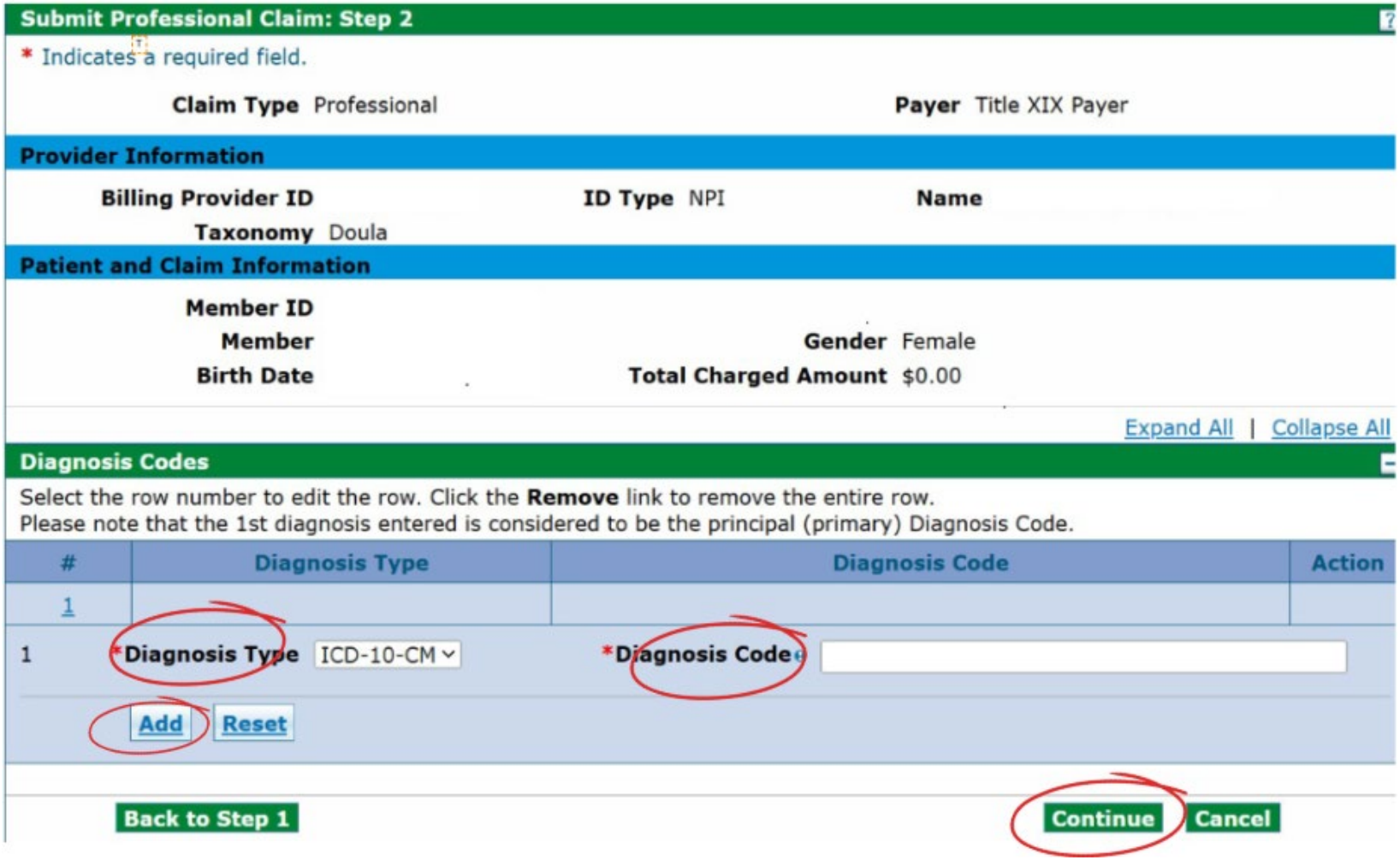
4) Cuando estén todos los códigos, haz clic en "*Continue.*"

Código de Diagnóstico

- Prenatal = Z331

- Parto = Z331

- Posparto = Z392



PASO 7:

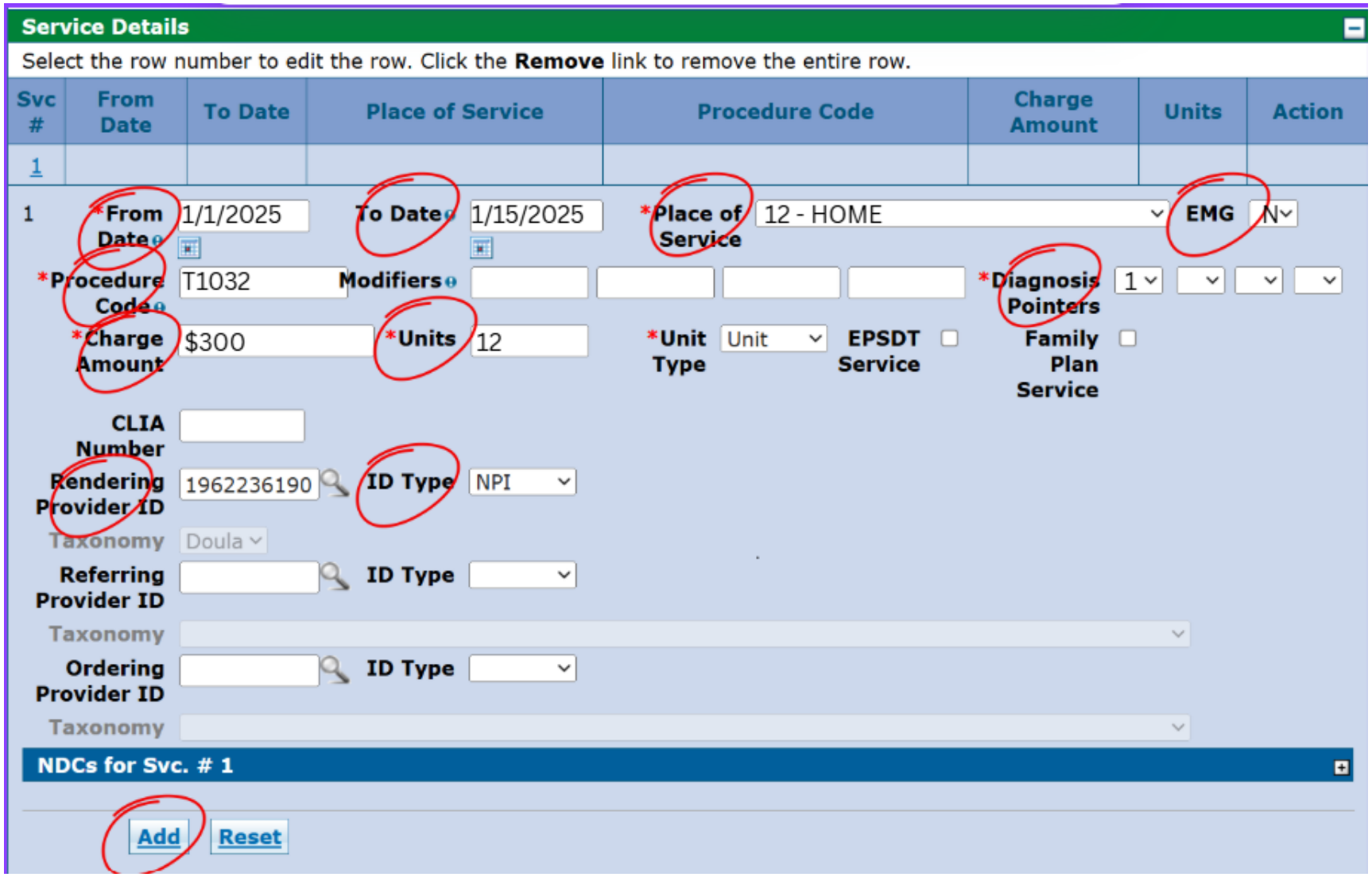
1) Ingresa la fecha del primer servicio (prenatal/ nacimiento/posparto) en "*From Date*"

2) Ingresa la fecha del último servicio en "*To Date*"

3) Indica lugar de servicio

- Lugares comunas para doulas son #12 - HOGAR, #21 - HOSPITAL, #25 - CENTRO DE NACIMIENTO

4) Selecciona N (no) for *EMG* (emergencia)



PASO 8:

5) Ingresa el **código del procedimiento:**

- Código del procedimiento de servicios de doula:
Prenatal - T1032
Birth - T1033
Postpartum - T1032

6) Marca #1 o #2 en *"Diagnosis pointers"* para vincular diagnóstico correcto del paso 2

7) Ingresa el costo (i.e. $300 for 3 horas de visitas prenatales o pospartos O $900 para el nacimiento)

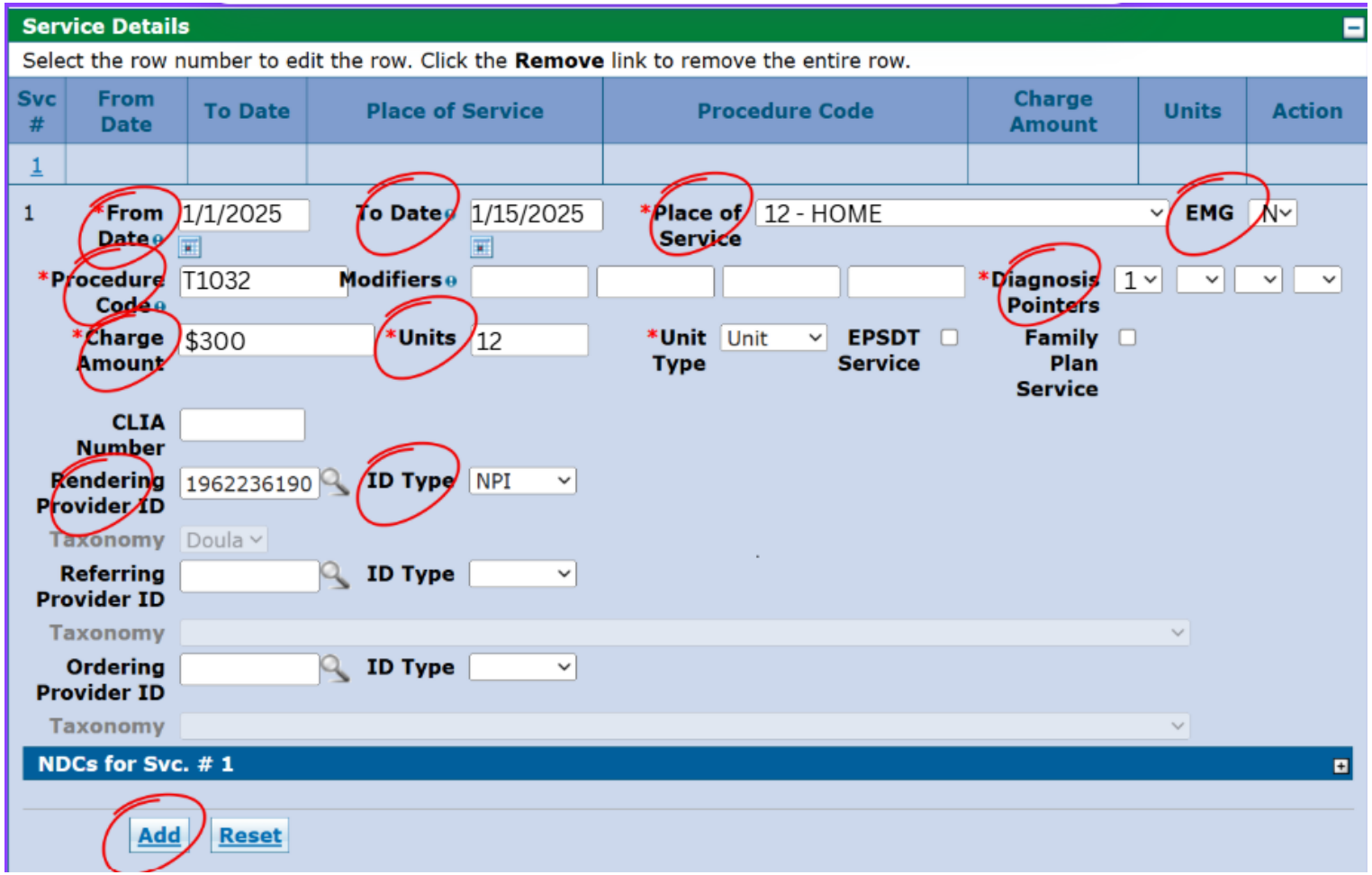
8) Ingresa los unidades incluidos en el costo (i.e. 1 unidad para nacimiento O 12 unidades para 3 horas de prenatal o posparto ($25 cada una unidad de 15 minutos)

9) Ingresa tu NPI en "*Rendering Provider ID*"

10) Haz clic en NPI "*ID Type,*" en el tipo de ID

11) Haz clic en *ADD.*

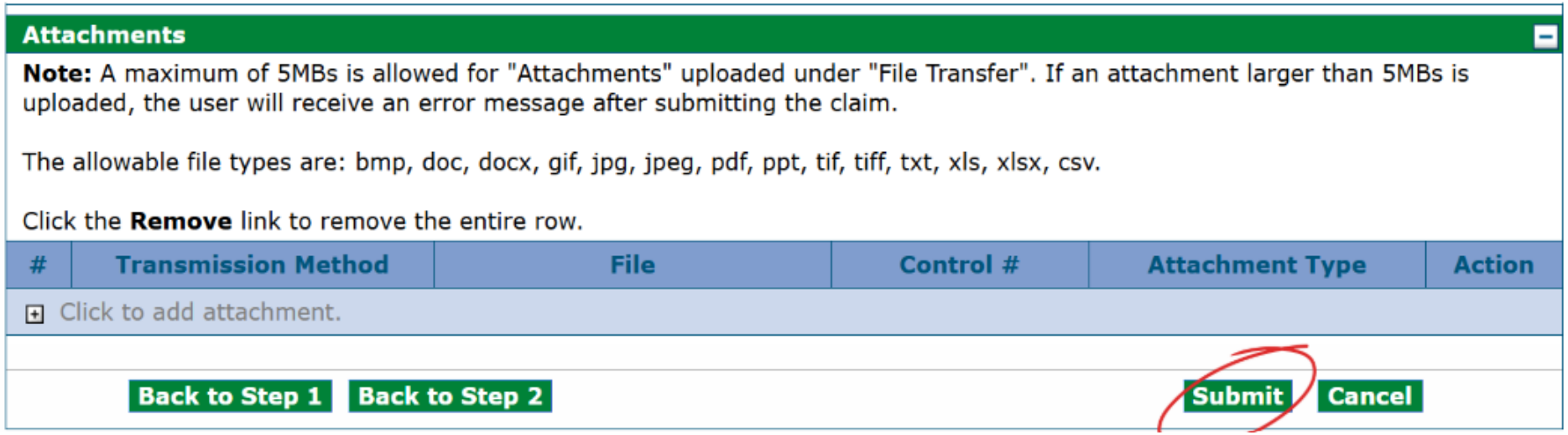
- Si hay varios ítems, repite estos pasos.



PASO 9:

- No es necesario adjuntar documentos

- *Haz* clic en "*Submit*"



Verificar

- Confirma que toda la información sea correcta

- Haz clic en "*Confirm*"

Confirm Professional Claim

Select Print Preview **before** you Confirm if you want to assure you view the claim as you entered it. After confirmation, Print Preview may reflect changes as the claim has been saved on the payer system.

Claim Type Professional **Payer** Title XIX Payer

Provider Information

Billing Provider ID 1234567890 **ID Type** NPI **Name** Jane Doe
Taxonomy Doula
Referring Provider ID 0987654321 **ID Type** NPI **Name** Doc Taur
Taxonomy OBGYN
Supervising Provider ID ... **ID Type** ... **Name** ...
Taxonomy ...
Service Facility Location ID ... **ID Type** ... **Name** ...
Taxonomy ...

Member Information

Member ID A123456 **Gender** Female
Member Ellie Phant
Birth Date 1/1/1999
Address ...
...
City ...
State **Zip Code**

Claim Information

Date Type Pregnancy **Date of Current** 05/16/2025
Accident Related Reason ...
Patient Number 5.16
Transport Certification No
Previous Claim ICN ...
Note ...
Does the provider have a signature on file? Yes
Total Charged Amount $900.00

Expand All | Collapse All

Diagnosis Codes

Service Details

#	From Date	To Date	Place of Service	EMG	Procedure Code	Mod	Diag Code Ptrs	Units	EPSDT Service	Family Plan Service	Charge Amount
1	05/10/2025	05/10/2025	21	N	T1033		1	1.000 Unit			$900.00

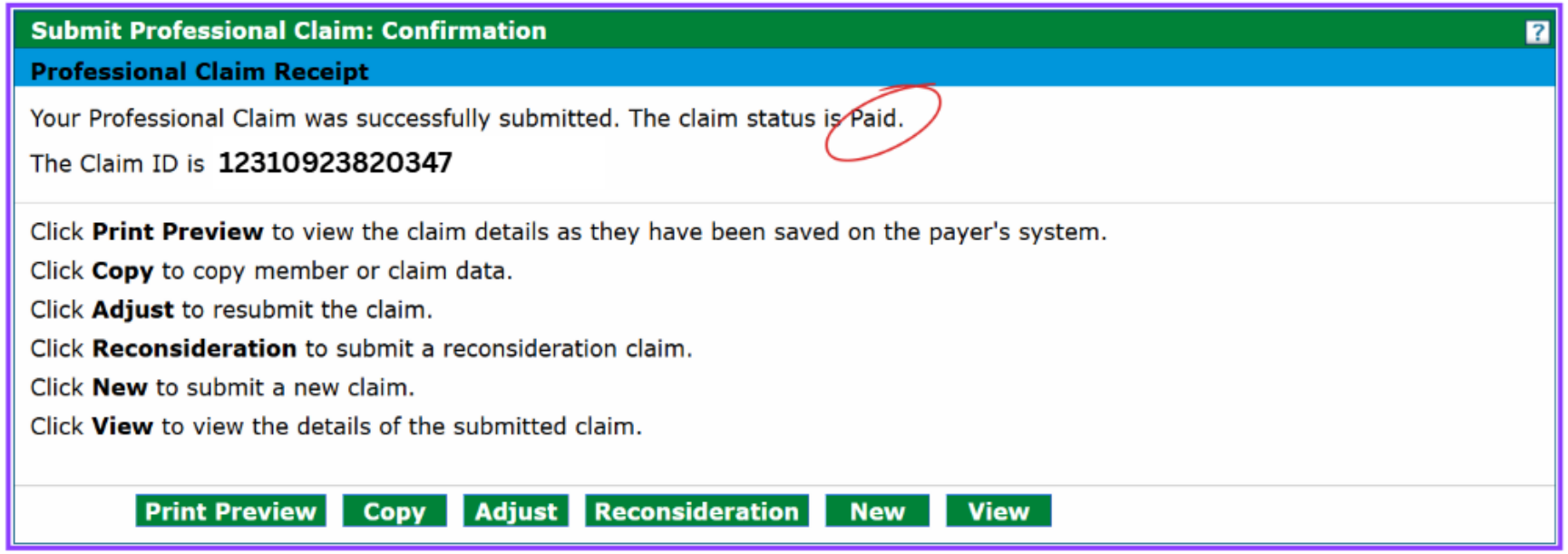
No Other Insurance Details exist for this claim

No Attachments exist for this claim

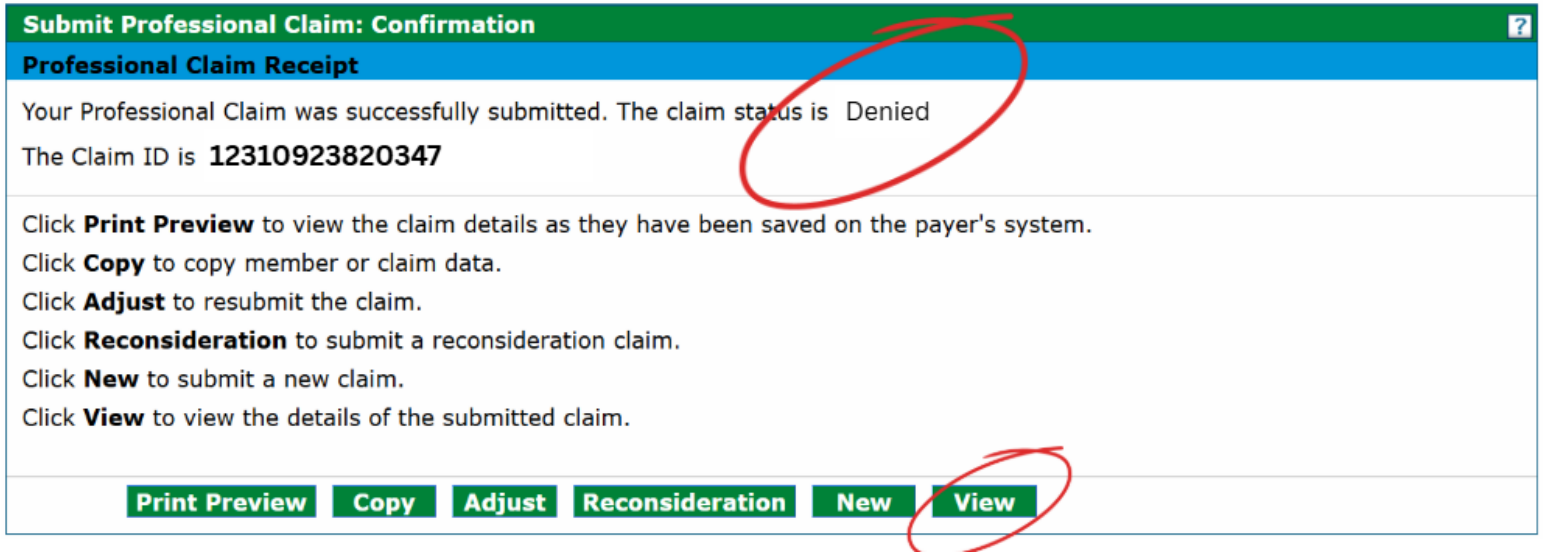
Back to Step 1 | Back to Step 2 | Back to Step 3 | Print Preview | Confirm | Cancel

Confirmación

- Si el estado de la reclamación dice *"PAID"* (pagado), la reclamación fue exitosa y recibirás el pago dentro de 2 semanas mediante transferencia electrónica de fondos (EFT).



- Si el estado del pago dice *"DENIED"* (denegado), haz clic en *"VIEW"* (ver).



- Una vez que hagas clic en “view”, desplázate hacia abajo y busca *"ADJUDICATION ERRORS"* (errores de adjudicación) y haz clic en el signo + a la derecha de la barra verde

- La barra se expandirá y te mostrará exactamente por qué fue denegada tu reclamación

- Si fue un error tuyo, **no edites la reclamación**, crea una nueva y envíala de nuevo

- Si el cliente tiene un seguro privado primario, consulta las siguientes diapositivas

Facturación al Seguro Primario o CHP+

Solo se usa cuando un cliente tiene un seguro privado primario (por ejemplo: Cigna) y Medicaid como seguro secundario. Primero se debe facturar al seguro primario.

HCFA 1500 (CMS 1500)

CLIC

CIGNA HEALTH PLANS
PO BOX 182223
CHATTANOOGA, TN 37422

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM

APPROVED BY NATIONAL UNIFORM CLAIM COMMITTEE (NUCC) 02/12

PICA

1. MEDICARE [ ] (Medicare#) MEDICAID [ ] (Medicaid#) TRICARE [ ] (ID#/DoD#) CHAMPVA [ ] (Member ID#) GROUP HEALTH PLAN [X] (ID#) FECA BLK LUNG [ ] (ID#) OTHER [ ] (ID#)

1a. INSURED'S I.D. NUMBER (For Program in Item 1): U12345678

2. PATIENT'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial): PHANT, ELLIE

3. PATIENT'S BIRTH DATE MM 01 DD 02 YY 88 SEX M [ ] F [X]

4. INSURED'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial): PHANT, ELLIE

5. PATIENT'S ADDRESS (No., Street): 321 FAKE ST

6. PATIENT RELATIONSHIP TO INSURED: Self [X] Spouse [ ] Child [ ] Other [ ]

7. INSURED'S ADDRESS (No., Street): 321 FAKE ST

CITY: BRIGHTON STATE: CO

8. RESERVED FOR NUCC USE

CITY: BRIGHTON STATE: CO

ZIP CODE: 80601 TELEPHONE (Include Area Code): (303) 555-5555

ZIP CODE: 80601 TELEPHONE (Include Area Code): (303) 555-5555

9. OTHER INSURED'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial): PHANT, ELLIE

10. IS PATIENT'S CONDITION RELATED TO:

11. INSURED'S POLICY GROUP OR FECA NUMBER: BBCCDD4563

a. OTHER INSURED'S POLICY OR GROUP NUMBER: X3333333

a. EMPLOYMENT? (Current or Previous) YES [ ] NO [X]

a. INSURED'S DATE OF BIRTH MM 01 DD 02 YY 88 SEX M [ ] F [X]

b. RESERVED FOR NUCC USE

b. AUTO ACCIDENT? YES [ ] NO [X] PLACE (State)

b. OTHER CLAIM ID (Designated by NUCC)

c. RESERVED FOR NUCC USE

c. OTHER ACCIDENT? YES [ ] NO [X]

c. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME: OPEN ACCESS PLUS

d. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME: MEDICAID

10d. CLAIM CODES (Designated by NUCC)

d. IS THERE ANOTHER HEALTH BENEFIT PLAN? [X] YES [ ] NO If yes, complete items 9, 9a, and 9d.

READ BACK OF FORM BEFORE COMPLETING & SIGNING THIS FORM.

12. PATIENT'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE I authorize the release of any medical or other information necessary to process this claim. I also request payment of government benefits either to myself or to the party who accepts assignment below.

SIGNED: ON FILE DATE: 11/20/2024

13. INSURED'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE I authorize payment of medical benefits to the undersigned physician or supplier for services described below.

SIGNED: ON FILE

14. DATE OF CURRENT ILLNESS, INJURY, or PREGNANCY (LMP) MM 03 DD 15 YY 24 QUAL. LMP

15. OTHER DATE QUAL. Birth MM 12 DD 25 YY 24

16. DATES PATIENT UNABLE TO WORK IN CURRENT OCCUPATION FROM MM DD YY TO MM DD YY

17. NAME OF REFERRING PROVIDER OR OTHER SOURCE: HEATHER PRESTRIDGE

17a.

17b. NPI 1689377251

18. HOSPITALIZATION DATES RELATED TO CURRENT SERVICES FROM MM 12 DD 24 YY 24 TO MM 12 DD 26 YY 24

19. ADDITIONAL CLAIM INFORMATION (Designated by NUCC)

20. OUTSIDE LAB? YES [ ] NO [ ] $ CHARGES

21. DIAGNOSIS OR NATURE OF ILLNESS OR INJURY (Relate A-L to service line below (24E)) ICD Ind. 0

A. O09.523 B. Z34.83 C. O80 D. Z37.0

22. RESUBMISSION CODE ORIGINAL REF. NO.

23. PRIOR AUTHORIZATION NUMBER

	24A. DATE(S) OF SERVICE From MM	DD	YY	To MM	DD	YY	B. PLACE OF SERVICE	C. EMG	D. PROCEDURES, SERVICES, OR SUPPLIES (Explain Unusual Circumstances) CPT/HCPCS	MODIFIER	E. DIAGNOSIS POINTER	F. $ CHARGES	G. DAYS OR UNITS	H. EPSDT Family Plan	I. ID. QUAL.	J. RENDERING PROVIDER ID. #
1	11	18	24	11	18	24	12	N	T1032		A,B	50 00	4		NPI	1234567899
2	12	24	24	12	25	24	21	N	T1033		C,D,A	2500 00	1		NPI	1234567899
3															NPI	
4															NPI	
5															NPI	
6															NPI	

25. FEDERAL TAX I.D. NUMBER: 987654321 SSN [X] EIN [ ]

26. PATIENT'S ACCOUNT NO.: 757

27. ACCEPT ASSIGNMENT? (For Govt. Claims, See back) YES [X] NO [ ]

28. TOTAL CHARGE $ 2700 00

29. AMOUNT PAID $ 0 00

30. Rsvd for NUCC Use

31. SIGNATURE OF PHYSICIAN OR SUPPLIER INCLUDING DEGREES OR CREDENTIALS (I certify that the statements on the reverse apply to this bill and are made a part thereof.)

Your signature here

SIGNED DATE 01/01/2026

32. SERVICE FACILITY LOCATION INFORMATION
DOULAGROUP, LLC
456 SESEME ST
DENVER, CO 80210
a. 1234567899 b.

33. BILLING PROVIDER INFO & PH # (970) 397-8440
JANE PERFECT
456 SESEME ST
DENVER, CO 80210
a. 1234567899 b.

NUCC Instruction Manual available at: www.nucc.org

PLEASE PRINT OR TYPE

APPROVED OMB-0938-1197 FORM 1500 (02-12)

Clear Form

CARRIER

PATIENT AND INSURED INFORMATION

PHYSICIAN OR SUPPLIER INFORMATION

Envío de un Formulario HCFA 1500 (CMS 1500)

Esquina superior derecha – Estas líneas son donde se ingresa el nombre de la compañía de seguros y su dirección de facturación.

Secciones 1 a 3 y 5 son autoexplicativas y corresponden a la información del cliente (paciente). Asegúrese de revisar varias veces el "Número de identificación del asegurado" en la sección 1a. Si hay algún error, el reclamo será rechazado. (Por eso es muy importante obtener una copia de la tarjeta de seguro del cliente).

Secciones 4, 6, y 7 Información sobre el "asegurado." Es muy probable que sea igual a la información del cliente, pero no siempre. Un ejemplo sería si el cónyuge o padre/madre del cliente es el asegurado y el cliente está en su póliza de seguro médico.

Sección 9 – Aquí va la información del Medicaid.

Sección 10 – Se responde "No" en la mayoría de los reclamos médicos.

Sección 11– Aquí se ingresa el número de grupo si existe. Si no hay, se puede dejar en blanco o escribir "ninguno."

Sección 11a – Esta sección es autoexplicativo - fecha de nacimiento y sexo del asegurado.

Secciones 12 y 13– Simplemente escribe "firma en archivo" y la fecha en que firmaron el acuerdo con usted. Su acuerdo debe incluir una cláusula de cesión de beneficios (se puede encontrar un ejemplo al final de estas instrucciones). También el cliente puede formar el formulario aquí.

Sección 14 – Para embarazo/posparto y partos, indica la FUM (Fecha de Última Menstruación) en el recuadro de "QUAL."

Sección 15 – Se usa para reclamos de parto; para visitas prenatales/posparto, dejar en blanco.

Sección 17 – Ingrese el nombre del proveedor que estás usando para la derivación de Medicaid. Tiene usted permiso para usar mi nombre y número NPI para los reclamos de doula.

Sección 18 – Solo se usa si fue un parto con hospitalización. Para otros reclamos, dejar en blanco.

Sección 21 – Ingrese el diagnóstico principal usando el código ICD-10 en la línea A. Si hay más de un diagnóstico, puede ingresarlos en las líneas B-L (aunque solo se necesita uno). En la parte superior derecha de esta sección, hay un espacio llamado "ICD Ind."; usa 0 (cero) para indicar que estás usando códigos ICD-10. (La mayoría de las compañías de seguros ya utilizan esto).

Sección 23 - Si los servicios requieren autorización previa, aquí se coloca el número. Si no, dejar en blanco.

Sección 24a - Ingrese la fecha del servicio; debe estar lo mismo en "desde" que en "hasta." Asegúrate de ponerla en ambos.

Sección 24b - Códigos más comunes de servicios de Doulas:

- 02-Telesalud (si el cliente NO está en su casa)
- 04-Refugio para personas sin hogar
- 09-Cárcel/Institución correccional
- 10-Telesalud en casa del cliente
- 11-Oficina
- 12-Hogar/domicilio
- 16-Alojamiento temporal
- 18-Lugar de empleo
- 21-Hospitalización (internado)
- 25-Centro de nacimientos
- 99-Otro lugar de servicio

Sección 24C - Pregunta si estás facturando por una emergencia; las doulas siempre marcarán "N."

Envío de un Formulario HCFA 1500 (CMS 1500) (Parte2)

Sección 24d - Es el código CPT para la sesión. CPT significa "Terminología de Procedimiento Actual," o el tipo de sesión realizada. Para cuidado de doula, los códigos más comunes son:

- T1032 – Visita prenatal o posparto (en incrementos de 15 minutos)
- T1033- Trabajo de parto y parto

Sección 24d - Tiene una sección para "modificaciones." Típicamente, no se usan, pero si se requieren, pueden ser dos letras específicas de la aseguradora.

Sección 24E - Asocia el código de diagnóstico de la sección 21 con los códigos CPT de la 24D. Los reclamos típicamente sólo aceptan tres códigos, al máximo. Entonces, solo tres letras deben ser en este recuadro.

Sección 24F - Ingrese su tarifa por la sesión. Consejo: dobla o triplica la cantidad que esperas recibir. La aseguradora reducirá el precio independientemente de la tarifa contratada. También, los planes pueden variar entre la misma compañía de seguros y es posible recibir más por un tipo de sesión o plan.

Sección 24G - Para visitas prenatales y posparto, escribe cuántos intervalos de 15 minutos hubo. Ejemplo: sesión de 1 hora = 4 unidades. Para labor de parto y parto, es 1 unidad.

Sección 24J - Su número NPI.

Sección 25 - Su número de identificación fiscal (Tax ID); indica si es EIN o su número de seguro social (SSN).

Sección 27 - Marque "sí" para que le llegue el pago del reclamo. (ADVERTENCIA) Blue Cross/Blue Shield casi siempre enviará el pago al cliente sin importar lo que marque usted. Esto significa que tendrá que cobrarle al cliente directamente. Las denegaciones y EOB (explicación de beneficios) le llegarán de todos modos.

Sección 28 - Carga total de la sección 24F (si cobras $60 por cada 15 minutos, 4 unidades = $240).

Sección 29 - Cualquier copago o pago que haya hecho el cliente – normalmente es 0.00.

Sección 31 - Su firma y la fecha.

Secciones 32 y 32a - Dirección y ubicación de su consultorio; el número NPI dependerá de cómo está usted contratado con la aseguradora. Si pertenece a una práctica grupal, asegúrese de incluir el nombre y dirección del grupo. Si es un profesional independiente, simplemente coloca su nombre y dirección.

Secciones 33 y 33a - Ingrese el nombre de su práctica. Si es usted parte de un grupo y los pagos deben ir al grupo, ponga el nombre y dirección del grupo. Si trabaja solo, coloca su nombre y dirección.

Una vez que haya ingresado la información anterior, la reclamación está lista para ser presentada. Asegúrese de volver y revisar que haya ingresado correctamente toda su información. Es bastante fácil omitir un dígito en uno o más de los números solicitados. Guarde una copia del formulario de reclamación y luego envíelo por correo o por fax a la oficina de reclamaciones de la compañía de seguros. Después de 2 a 3 semanas, debería llamar para asegurarse de que hayan recibido su reclamación. Si no la han recibido, vuelva a enviarla por fax y llame para hacer seguimiento. Llame semanalmente para verificar el estado de su reclamación hasta que recibas un pago o una negativa. Siempre pueda el nombre del agente con el que hable y solicite un número de confirmación de la llamada.

Ejemplo de asignación de beneficios
ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y ACUERDO DE PAGO: Autorizo los beneficios médicos al proveedor indicado. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos por esta autorización. Acepto pagar todos los cargos no cubiertos en un plazo de 30 días, de lo contrario, mi cuenta podría generar intereses a una tasa anual del 18%. Además, acepto pagar todos los costos, incluidos los honorarios legales reales, incurridos para el cobro de mi cuenta.

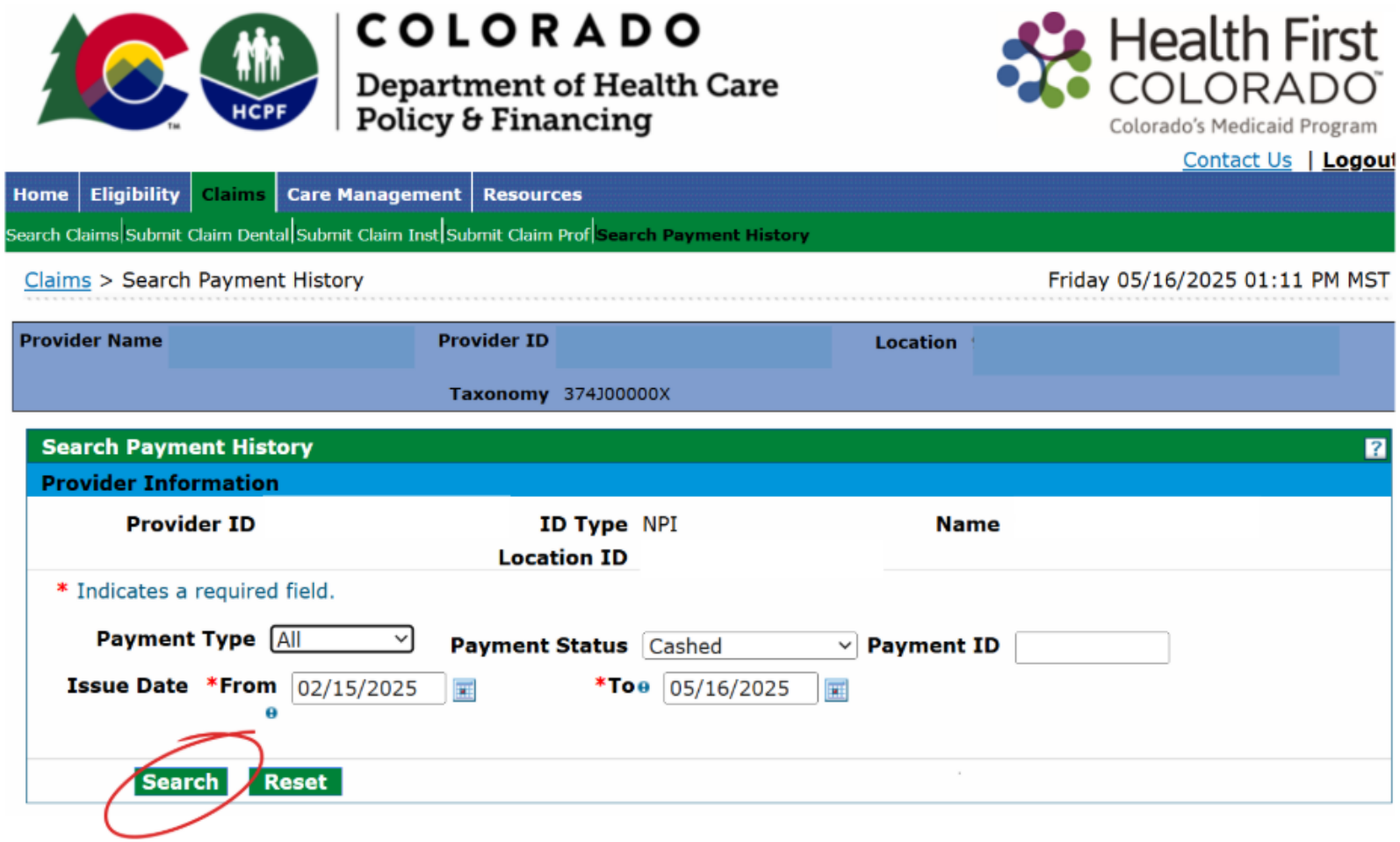
Estado de la Reclamación y Recibos

Para ver los recibos de reclamaciones:

- Haz clic en "*Claims*" (Reclamaciones)

- Haz clic en "*Search Payment History*" (buscar historia de pagos)

- Haz clic en *"Search"* (Buscar)

- A continuación se mostrarán todas las reclamaciones pagadas y las fechas en que fueron pagadas

Nota: El recibo no aparecerá inmediatamente después de enviar la reclamación. El recibo se mostrará una vez que la reclamación haya sido depositada en tu cuenta bancaria.