Notas del Formulario HCFA 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."

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.