



**BlueCross BlueShield**  
of Illinois



# BCBSIL - Transparencia en cobertura - Archivos legibles con máquina - Guía del usuario para cuentas de comercios y con póliza de seguro con primas mensuales (fully insured)

**Versión 1.3.2**

10/15/2024

# Índice

<b>Versión 1.3.2.....</b>	<b>1</b>
<b>1 Resumen – .....</b>	<b>3</b>
1.1 RESUMEN SOBRE ARCHIVOS LEGIBLES CON MÁQUINA (MRF, EN INGLÉS) .....	3
1.2 ACERCA DE ESTE DOCUMENTO .....	3
1.3 INFORMACIÓN DE CONTACTO.....	3
<b>2 Acceso a los archivos legibles con máquina .....</b>	<b>4</b>
2.1 NAVEGACIÓN.....	4
2.2 CONVENCIÓN DE NOMENCLATURA DEL ARCHIVO ÍNDICE .....	4
2.3 ACCESO A LOS ARCHIVOS .....	5
2.4 ARCHIVOS DISPONIBLES .....	5
2.5 PLAZO DE PUBLICACIÓN .....	6
<b>3 Detalles y elementos de datos de archivos legibles con máquina...6</b>	
3.1 ARCHIVO ÍNDICE .....	7
3.1.1 Variaciones en el nombre de la cobertura .....	9
3.2 ARCHIVO DE LA RED .....	12
3.2.1 Detalles de tarifas negociadas (FFS).....	16
3.2.2 Asignaciones de tipo/acuerdo negociado .....	17
3.2.3 Tabla de métodos de precios estándar.....	18
3.2.4 Pago manual y consideración para particulares .....	20
3.2.5 Detalles de servicios con cobertura para capitación .....	20
3.2.5.1 Objeto de tarifas negociadas para tarifas de capitación .....	22
3.2.5.2 Objeto de servicios con cobertura para tarifas de capitación .....	23
3.3 ARCHIVO DE MONTOS PERMITIDOS FUERA DE LA RED.....	23
3.3.1 Elementos de datos del Archivo de montos permitidos fuera de la red .....	24
3.3.2 Requisitos de privacidad del paciente para servicios fuera de la red.....	27
3.4 TIPOS DE CÓDIGO DE FACTURACIÓN.....	27
3.5 CÓDIGOS DE LUGAR DE SERVICIO .....	28
<b>4 Retención de datos.....</b>	<b>29</b>
<b>5 Definiciones .....</b>	<b>30</b>
<b>6 Anexo .....</b>	<b>31</b>
6.1 REVISIÓN DE LA INTEGRIDAD DEL ARCHIVO LEGIBLE CON MÁQUINA.....	31

# 1 Resumen –

## 1.1 Resumen sobre archivos legibles con máquina (MRF, en inglés)

En virtud de la norma final de Transparencia en Cobertura, los planes y las aseguradoras divulgarán la información de precios al público mediante archivos legibles con máquina, a los que se puede acceder de un archivo Índice. En el primer archivo, que se conoce como Archivo de la red, se informan las tarifas negociadas entre las coberturas y los profesionales médicos para productos y servicios con cobertura. En el segundo archivo, que se conoce como Archivo de montos permitidos fuera de la red, se divulgan los montos permitidos especiales y cargos facturados para servicios fuera de la red.

Los archivos legibles con máquina se publican en un sitio web de acceso público donde no se cobra ningún cargo y donde no se necesita ingresar ninguna información de identificación personal ni iniciar sesión en una cuenta. El archivo se actualiza todos los meses. Los archivos están descritos en detalle en la [Sección 3](#) de este documento.

Un archivo legible con máquina es una representación digital de información en un archivo que puede ser importado o leído por un sistema informático para continuar con su procesamiento sin la intervención humana, donde al mismo tiempo se garantiza que no se pierda el significado semántico. El intercambio de archivos legibles con máquina usa el formato de archivo JavaScript Object Notation y hace uso de la versión del diagrama CMS, como se define en el [sitio de CMS GitHub](#).

Los seguros de gastos médicos grupales son responsables de publicar los precios de sus coberturas. Para apoyar a los seguros de gastos médicos para grupos que hacen uso de BCBSIL para negociar en la red y procesar reclamaciones, BCBSIL genera los archivos de servicios dentro y fuera de la red para todas las coberturas que administra y aquellos que son de carácter obligatorio para cumplir con la norma final de Transparencia en Cobertura. Estos archivos se encuentran disponibles para el emisor de una cobertura médica para grupos el 1 de julio de 2022. (Aviso: Los archivos de Salud Mental y Servicios para la vista se alojarán en sus respectivos sitios web. Estas URL figuran en el Índice que aparece en la página de inicio legible por máquina del sitio web en [espanol.bcbsil.com](http://espanol.bcbsil.com). Consultar la sección [2.1](#)).

## 1.2 Acerca de este documento

La guía del usuario para MRF detalla los requisitos de archivos que se especifican en la norma final de Transparencia en Cobertura, donde se definen los datos que están incluidos en los archivos y se aclara el proceso para tener acceso a archivos específicos que contienen información sobre precios según la cobertura. Proporciona información sobre coberturas asociadas con grupos con pólizas de seguro con primas mensuales (fully insured) estándar/personalizados y comerciales.

Esta guía del usuario incluye:

- Indicaciones para examinar los archivos legibles con máquina ([sección 2](#))
- Definición del archivo Índice ([sección 2.2](#))
- Aclaración sobre plazos de publicación y actualizaciones de datos ([sección 2.5](#))
- Definición de la disposición de los datos del Archivo de la red con definiciones de campos ([sección 3.2](#))
- Definición de la disposición de los datos del Archivo de montos permitidos fuera de la red con definiciones de campos ([sección 3.3](#))

## 1.3 Información de contacto

Si tiene preguntas relacionadas con la guía del usuario o los archivos legibles con máquina, comuníquese con [MRFINquiry@BCBSIL.com](mailto:MRFINquiry@BCBSIL.com).

Para otras preguntas, contacte a su representante de cuenta (si corresponde).

## 2 Acceso a los archivos legibles con máquina

BCBSIL publica archivos legibles con máquina en un sitio de acceso público. El sitio incluye los MRF para beneficios médicos fuera de la red y de la red y los planes de medicamentos con receta ofrecidos que tienen membresía activa y son administrados por BCBSIL. (Aviso: Los archivos de Salud Mental y Servicios para la vista se alojarán en sus respectivos sitios web. Estas URL figuran en el Índice que aparece en la página de inicio legible por máquina del sitio web en [espanol.bcbsil.com](http://espanol.bcbsil.com). Consultar la sección [2.1](#)).

### 2.1 Navegación

Para acceder a estos archivos, ingrese en el sitio público [espanol.bcbsil.com](http://espanol.bcbsil.com) y haga clic en "Servicios". Desde allí, haga clic en el enlace "Archivos legibles con máquina para transparencia en cobertura", que está en la sección "Documentos de póliza". Haga clic en este enlace y lo llevará a la página web pública para pólizas de seguro con primas mensuales (fully insured).

#### Vista previa de la pantalla:

Abajo se incluye una captura de pantalla de la página de aterrizaje y el Índice que incluye los archivos legibles con máquina de los servicios en la red y fuera de la red de las coberturas. La fecha de la última actualización ("Last Update") representa la fecha en que se creó el Índice. Los MRF dentro de la red (INN, en inglés) y fuera de la red (OON, en inglés) pueden no reflejar la misma fecha que la fecha de la última actualización que figura en la página web.



The screenshot shows the BlueCross BlueShield of Illinois website. At the top, there is a search bar and buttons for "Realizar un pago" and "Iniciar sesión o inscribirse". The navigation menu includes "Atención médica", "Comparar coberturas", "Medicamentos", "Conceptos básicos", and "Servicios". The main heading is "Transparencia en cobertura - Archivos legibles con máquina de BCBSIL". Below this, it states "Last Update: 2024-09-21". The text explains that the final transparency rule requires the disclosure of negotiated rates with professionals. It also notes that files can be large and download times can be significant. A link to the "Guía del usuario" is provided. At the bottom, there is a section titled "Índice" with a list of documents, including "2024-09-21\_Blue-Cross-and-Blue-Shield-of-Illinois\_index".

### 2.2 Convención de nomenclatura del archivo Índice

En el índice hay una página para descargar que se usa para acceder a los MRF. El enlace utiliza las siguientes convenciones de nomenclatura:



montos permitidos fuera de la red se divulgan los montos permitidos especiales para servicios prestados fuera de la red y los cargos facturados relacionados durante un período específico. Los dos archivos están disponibles a través de un enlace separado en el Índice. (Aviso: Los archivos de Salud Mental y Servicios para la vista se alojarán en sus respectivos sitios web. Estas URL figuran en el Índice que aparece en la página de inicio legible por máquina del sitio web en [espanol.bcbsil.com](http://espanol.bcbsil.com). Consultar la sección [2.1](#)).

#### **Ejemplo de archivos legibles con máquina:**

[Archivo de la red legible con máquina](#)

[Archivo fuera de la red legible con máquina](#)

## **2.5 Plazo de publicación**

A partir del 1 de julio de 2022, BCBSIL publica los archivos legibles con máquina el 1.º de cada mes a partir de la fecha de entrada en vigor de la cobertura.

Fechas de publicación en el Índice:

- **Ejemplo 1:** Una cobertura con fecha de renovación del 1 de enero de 2022 al 1 de julio de 2022 se publica por primera vez el 1 de julio de 2022, cuando la norma entra en vigor.
- **Ejemplo 2:** Una cobertura con fecha de renovación del 2 de julio de 2022 o con fecha posterior, que se renueva el 1.º día del mes, se publica por primera vez en la fecha de renovación de la cobertura.
- **Ejemplo 3:** Una cobertura con fecha de renovación del 2 de julio de 2022 en adelante, que se renueva después del 1.º día del mes, se publica por primera vez en el mes posterior al mes de la renovación.
- **Ejemplo 4:** Una cobertura nueva se publica por primera vez el 1.º del mes de la fecha de entrada en vigor.

El archivo fuera de la red solo incluirá los datos sobre servicios fuera de la red una vez que el plan tenga suficientes reclamaciones para cumplir el límite para la publicación, y después del período retroactivo de 180 días cuando se haya alcanzado el plazo de vencimiento de 90 días para respaldar la publicación de los datos.

- **Ejemplo 1:** Una cobertura con inicio del año el 1 de enero de 2022 o el 1 de febrero de 2022 y reclamaciones elegibles publicará los datos fuera de la red en el archivo inicial el día 1 de julio de 2022.
- **Ejemplo 2:** Una cobertura con fecha de renovación del 1 de julio de 2022 no habrá cumplido con el período de retroactividad de 180 días con el plazo de vencimiento de 90 días para reclamaciones elegibles, por lo tanto el archivo fuera de la red que se publique no tendrá datos. La actualización del 1 de noviembre de 2022 será el primer mes en el que se incorporarán las reclamaciones fuera de la red elegibles en el archivo correspondiente.

No se informarán los precios fuera de la red para ninguna cobertura nueva hasta al menos 4 meses después de la fecha de entrada en vigor de la cobertura.

Los archivos que contienen precios de la red y fuera de la red se eliminan del sitio al mes siguiente de la fecha de finalización de la cobertura.

## **3 Detalles y elementos de datos de archivos legibles con máquina**

En esta sección se describen los componentes clave del Índice y de los Archivos de la red y fuera de la red legibles con máquina de conformidad con la norma final de Transparencia en Cobertura.

Descripciones de contenido de componentes clave
<b>Índice:</b> incluye enlaces al Archivo de la red y al Archivo fuera de la red para poder acceder fácilmente.
<b>Archivo de la red:</b> tarifas de los precios disponibles que están en vigencia a la fecha de producción, que se seleccionan cuidadosamente a partir de varias fuentes de datos o contratos.
<b>Archivo fuera de la red:</b> montos de cargos permitidos y facturados en función de las reclamaciones actuales recibidas por servicios fuera de la red en el <i>período de 90 días que comienza 180 días antes</i> de la fecha de publicación del archivo. Es posible que estos archivos no tengan información de precios si no hay ejemplos elegibles de reclamaciones fuera de la red para publicar.

### 3.1 Archivo Índice

El archivo Índice ofrece acceso al Archivo de la red y al Archivo fuera de la red. En el caso de las coberturas nacionales, para que sean más manejables para descargar, hay archivos separados para representar a todas las coberturas para ese estado.

En la tabla de abajo se define cada campo de datos y si es necesario o no para el Archivo Índice. (Consulte el sitio [CMS GitHub](#) para ver un esquema detallado de archivos y ejemplos).

Definición de campos de datos del Índice y divulgaciones			
Elemento de datos	Definición de CMS	Valor predeterminado	Divulgaciones adicionales
<b>Nombre de entidad</b>	El nombre legal de la entidad que publica el MRF	"Blue Cross and Blue Shield of <Estado>"	N/C
<b>Tipo de entidad</b>	El tipo de organización que publica el archivo, por ejemplo, una cobertura médica para grupos, compañía de seguro de gastos médicos, o un tercero contratado a través de la cobertura o compañía aseguradora para proporcionar la información requerida (por ej., un administrador externo, cámara de compensación para reclamaciones de atención médica o emisor de seguros de gastos médicos que tenga contrato con un patrocinador de cobertura médica para grupos)	"Emisor de seguros de gastos médicos"	N/C
<b>Nombre de la cobertura</b>	El nombre de la cobertura y el nombre del patrocinador de la cobertura o la compañía aseguradora	Se completa con una de estas opciones: nombre de la cobertura que se comercializa, nombre del producto o <n.º de grupo>	En el caso de coberturas comerciales y como prestación laboral (grupal) estándar ofrecidas, se completa el nombre del plan de marketing  En el caso de coberturas comerciales

		<nombre de acuerdo de beneficios>	de transición y con derechos adquiridos (TX), se completa con el nombre del producto  Para el resto de las coberturas con primas mensuales (fully insured): se completa con <n.º de grupo> <nombre de acuerdo de beneficios>. Ejemplo: Si el número de grupo es 123456 y el nombre del acuerdo de beneficios es PPO Gold, se completará así: "123456 PPO Gold"
<b>Tipo de comprobante de cobertura</b>	Valores permitidos: "EIN" e "HIOS"	"HIOS"	En el caso de las cuentas de póliza de seguro con primas mensuales (fully insured), el archivo contendrá "HIOS" solamente para el identificador del Sistema de Supervisión de Seguros de Gastos Médicos, no el Número de identificación del empleado (EIN, en inglés)
<b>Comprobante de cobertura:</b>	El comprobante de cobertura es el identificador HIOS de 10 dígitos, en caso de no estar disponible, el identificador HIOS de 5 dígitos. Para el de ASO o cuando el identificador HIOS no está disponible, el comprobante de cobertura es el EIN para cada cobertura o seguro médico que ofrece una cobertura o emisor	<HIOS de 10 dígitos> Ejemplo: XXXXXXXXXX  <HIOS de 5 dígitos> Ejemplo: XXXXX	En el caso de la cobertura como prestación laboral (grupo pequeño) y comercial sin derechos adquiridos ni de transición, se completa con el identificador HIOS de 10 dígitos. Para el resto de las coberturas o cuando el identificador HIOS de 10 dígitos no está disponible, se completa con el identificador HIOS de 5 dígitos
<b>Tipo de mercado</b>	Valores permitidos: "grupo" y "particulares"	"particulares"  "grupo"	Este campo se completará con "particulares" para coberturas comerciales y con "grupo" para las demás coberturas
<b>Archivo(s) de la red</b>	Consultar la <a href="#">Sección 3.2</a>	<i>Descripciones y URL para los MRF INN</i>	El archivo Índice tiene los enlaces a todos los archivos con precios de la cobertura de la red que están relacionados con cada cobertura/acuerdo y nombre de dominio para descargar los datos de la red
<b>Monto permitido (archivo(s) fuera de la red)</b>	Consultar la <a href="#">Sección 3.3</a>	<i>Descripciones y URL para los MRF OON</i>	El archivo Índice tiene los enlaces a todos los archivos con precios de los montos permitidos de la cobertura que están relacionados con cada cobertura/acuerdo. Para cada archivo de montos permitidos, hay una descripción y ubicación (nombre de

			<p>dominio donde se pueden descargar los datos de servicios fuera de la red).</p> <p>Algunas coberturas no tienen beneficios fuera de la red ni reclamaciones suficientes para ser elegibles para la publicación; por lo tanto, los datos de precios no se publican en los archivos legibles con máquina fuera de la red que se pueden descargar.</p>
--	--	--	---

### 3.1.1 Variaciones en el nombre de la cobertura

Segmento del mercado	Tipo de cobertura	Cómo se crea el nombre de la cobertura	Entrada de datos	Nombre de la cobertura publicada en el Índice
Cobertura comercial y como prestación laboral (grupal) estándar	PPO con primas mensuales (fully insured)	El nombre de la cobertura se crea usando el nombre con el que se comercializa	Nombre de la cobertura con el que se comercializa: IL PPO	IL PPO
	HMO con póliza de seguro con primas mensuales (fully insured) (MT, OK, NM y TX no Blue Essentials)	El nombre de la cobertura se crea usando el nombre con el que se comercializa	Nombre de la cobertura con el que se comercializa: OK HMO	OK HMO
	HMO con póliza de seguro con primas mensuales (fully insured) (TX Blue Essentials)	El nombre de la cobertura se crea usando el nombre con el que se comercializa y anexando el número de grupo y número de sección separados por un guión bajo	Nombre de la cobertura con el que se comercializa: TX HMO N.º de grupo: 123456 N.º de sección: 0000	TX HMO_123456_0000

	HMO con póliza de seguro con primas mensuales (fully insured) (IL)	El nombre de la cobertura se crea usando el nombre con el que se comercializa y anexando el número de cobertura y código de tipo de producto separados por un guión bajo	Nombre de la cobertura con el que se comercializa: IL HMO  N.º de cobertura: F54  Código de tipo de producto: BLUEH	IL HMO_F54_BLUEH
	PPO con póliza de seguro con primas mensuales (fully insured) con más de un prefijo alfabético	El nombre de la cobertura se crea usando el nombre con el que se comercializa y anexando el prefijo alfanumérico separados por un guión bajo	Nombre de la cobertura con el que se comercializa: IL PPO  Prefijo alfanumérico (1 de 2): VNU  Prefijo alfanumérico (2 de 2): XOF	Nombre de cobertura para el prefijo alfanumérico 1: IL PPO_VNU  Nombre de cobertura para el prefijo alfanumérico 2: IL PPO_XOF
Coberturas comerciales de transición y con derechos adquiridos (TX)	PPO con primas mensuales (fully insured)	El nombre de la cobertura se crea usando el nombre del producto	Nombre del producto: PPO Blue Choice	PPO Blue Choice
	HMO con póliza de seguro con primas mensuales (fully insured) (OK y TX no Blue Essentials)	El nombre de la cobertura se crea usando el nombre del producto	Nombre del producto: HMO BlueLincs	HMO BlueLincs
	HMO con póliza de seguro con primas mensuales (fully insured) (TX Blue Essentials)	El nombre de la cobertura se crea usando el nombre del producto y anexando el número de grupo y número de sección separados por un guión bajo	Nombre del producto: Blue Essentials  N.º de grupo: 123456  N.º de sección: 0000	Blue Essentials_123456_0000

	HMO con póliza de seguro con primas mensuales (fully insured) (IL)	El nombre de la cobertura se crea usando el nombre del producto y anexando el número de cobertura y código de tipo de producto separados por un guión bajo	Nombre del producto: HMO Blue Advantage N.º de cobertura: F54 Código de tipo de producto: BLUEH	Blue Advantage HMO_F54_BLUEH
Todas las demás coberturas con primas mensuales (fully insured)	PPO con primas mensuales (fully insured)	El nombre de la cobertura se crea combinando el número de grupo y la descripción del Acuerdo de beneficios separados por un espacio	N.º de grupo: 123456 Descripción del acuerdo de beneficios: PPO Plan	123456 PPO Plan
	HMO con póliza de seguro con primas mensuales (fully insured) (MT, OK, NM y TX no Blue Essentials)	El nombre de la cobertura se crea combinando el número de grupo y la descripción del Acuerdo de beneficios separados por un espacio	N.º de grupo: 234567 Descripción del acuerdo de beneficios: HMO Plan	234567 HMO Plan
	HMO con póliza de seguro con primas mensuales (fully insured) (TX Blue Essentials)	El nombre de la cobertura se crea combinando el número de cuenta y la descripción del Acuerdo de beneficios separados por un espacio y anexando el número de grupo y el número de sección separados por un guión bajo	N.º de cuenta: 345678 Descripción del acuerdo de beneficios: Blue Essentials HMO Número de grupo: 987654 N.º de sección: 0001	345678 Blue Essentials HMO_987654_0001
	HMO con póliza de seguro con primas mensuales (fully insured) (IL)	El nombre de la cobertura se crea combinando el número de cuenta y la descripción del Acuerdo de beneficios separados por	N.º de grupo: 456789 Descripción del acuerdo de beneficios: IL HMO Plan N.º de cobertura:	456789 IL HMO Plan_A01_BLUEH

		un espacio y anexando el número de cobertura y código de tipo de producto separados por un guión bajo	A01 Código de tipo de producto: BLUEH	
	PPO con póliza de seguro con primas mensuales (fully insured) con más de un prefijo alfabético	El nombre de la cobertura se crea combinando el número de grupo y la descripción del Acuerdo de beneficios separados por un espacio y anexando el prefijo alfanumérico separados por un guión bajo	N.º de grupo: 567890 Descripción del acuerdo de beneficios: PPO Plan Prefijo alfanumérico (1 de 2): VNU Prefijo alfanumérico (2 de 2): XOF	Nombre de cobertura para el prefijo alfanumérico 1: 567890 PPO Plan_VNU  Nombre de cobertura para el prefijo alfanumérico 2: 567890 PPO Plan_XOF

### 3.2 Archivo de la red

El MRF de la red para la norma final de Transparencia en Cobertura incluye la siguiente convención de nomenclatura:

<AAAA-MM-DD>\_<nombre del pagador o emisor>\_<nombre de red>\_<nombre de tipo de archivo>.<extensión de archivo>

Variaciones:

MRF de la red	Convención de nomenclatura
MRF VBC INN (TX Sanitas)	<AAAA-MM-DD>_Blue-Cross-and-Blue-Shield-of-Texas_MyBlue-Health-HMO-TX-Sanitas-capitation-rate_in-network-rates.json
MRF VBC INN (TX Kelsey)	<AAAA-MM-DD>_Blue-Cross-and-Blue-Shield-of-Texas_Blue-Essentials-TX-Kelsey-Cap-Table-<#>_in-network-rates.json
MRF VBC INN (grupos de médicos no estándar IL)	<AAAA-MM-DD>_Blue-Cross-and-Blue-Shield-of-Illinois_<nombre de la red>-<código de tipo de producto>-<número de cobertura de beneficios>-IL-HMO-Non-Standard_in-network-rates.JSON
MRF VBC INN (grupos de médicos con asesor y estándar IL)	<AAAA-MM-DD>_Blue-Cross-and-Blue-Shield-of-Illinois_<nombre de la red>-<código de tipo de producto>-<número de cobertura de beneficios>-IL-HMO-Standard-Advocate-Health_in-network-rates.JSON
MRF INN de la red nacional	<AAAA-MM-DD><código de cobertura (área geográfica) individual><ID de red>_in-network-rates_N_of_N.json
MRF INN de Magellan	<AAAA-MM-DD>_<nombre del pagador o emisor>_<nombre de la red>_<ID de red>_behavioral-health-services_in-network-rates.json

MRF INN común	AAAA-MM-DD_<nombre del pagador o emisor>_<nombre de la red del asegurado>_common_<nombre de tipo de archivo>.extensión de archivo
MRF INN personalizado	AAAA-MM-DD_<nombre del pagador o emisor>_<nombre de la red del asegurado>-<número de grupo>_<nombre de tipo de archivo>.extensión de archivo
MRF INN EyeMed	eyemed_in-network-rates.json

Aviso: El archivo indica MRF de la red de otros emisores de cobertura médica para aquellas redes que BCBSIL no administra. La interpretación de otros emisores de cobertura médica respecto de la norma final de Transparencia en Cobertura puede ser distinta.

Abajo se detallan los elementos de datos que se incorporan en el Archivo de la red.

Elementos de datos del Archivo de la red			
Elemento de datos	Definición de CMS	Valor predeterminado	Divulgaciones adicionales
<b>Nombre de entidad</b>	El nombre legal de la entidad que publica el archivo legible con máquina	"Blue Cross and Blue Shield of <Estado>"	N/C
<b>Tipo de entidad</b>	El tipo de entidad que publica el archivo legible con máquina (una cobertura médica para grupos, compañía de seguro de gastos médicos, o un tercero contratado a través de la cobertura o compañía aseguradora para proporcionar la información obligatoria, por ej., un administrador externo, cámara de compensación para reclamaciones de atención médica o compañía de seguro de gastos médicos que tenga contrato con un patrocinador de cobertura médica para grupos).	"Emisor de seguros de gastos médicos"	N/C
<b>Última actualización</b>	Fecha en que el archivo se actualizó por última vez. La fecha debe estar en el formato ISO 8601	<AAAA-MM-DD>	Representa el día en que se generó el archivo
<b>Versión</b>	La versión del diagrama para la información	"1.3.3"	Esto podría cambiar en la medida en que se lanzan nuevas actualizaciones del diagrama de CMS

<b>Acuerdo de negociación</b>	Indicación sobre si se aplica un acuerdo de reembolso en lugar de un modelo estándar de pago por servicio (FFS, en inglés). Valores permitidos: "ffs", "combinado" o "capitación"	"ffs", "combinado" o "capitación"	Varía en función del método de precios o negociación que se use  Para más detalles, consultar la <a href="#">Sección 3.2.2</a>
<b>Código de lugar de servicio</b>	Los códigos de dos dígitos mantenidos por los CMS que están disponibles <a href="#">en el sitio web de los CMS</a>	Valores posibles: 02, 10, 11, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 49, 62, 66, 72, 81	Códigos de lugar de servicio de los CMS asociados al lugar de servicio de la tarifa negociada  Los códigos del lugar de servicio solamente se completan para proveedores "profesionales"
<b>Código de facturación</b>	Código utilizado por una cobertura, emisor o prestador de servicios médicos para identificar productos o servicios de atención médica con fines de facturación, adjudicación y pago de reclamaciones por un artículo o servicio con cobertura	<i>El código de facturación correspondiente</i>	El archivo legible con máquina de la red solamente incluye los códigos de facturación CPT, HCPC, DRG o Código de Ingresos.
<b>Nombre del código de facturación</b>	Es el nombre del producto o servicio que se presta	<i>La descripción en formato corto estándar del código de facturación</i>	Será la descripción en formato corto. Si no la hubiera, BCBSIL usará la descripción en formato largo.
<b>Descripción del código de facturación</b>	Breve descripción del producto o servicio	<i>La descripción en formato largo estándar del código de facturación</i>	Será la descripción en formato largo. Si no la hubiera, BCBSIL usará la descripción en formato corto.
<b>Tipo de código de facturación</b>	Tipos de código de facturación comunes	<i>El valor de informe del tipo de código de facturación para CPT, HCPC, DRG o Código de Ingresos.</i>	Consultar la <a href="#">Sección 3.4</a>
<b>Versión del tipo de código de facturación</b>	Podría haber versiones asociadas al tipo de código de facturación	<i>La versión del tipo de código de facturación.</i>	N/C
<b>Tarifas negociadas (FFS)</b>	Este objeto se usa para modelos de pago a profesionales médicos donde los productos y servicios con cobertura prestados a un participante o beneficiario por un tratamiento o procedimiento	N/C	Consultar la <a href="#">Sección 3.2.1</a>

	específico se pagan por separado.		
<b>Códigos combinados</b>	Este objeto se usa para modelos de pago por el que se realiza un pago único a un profesional médico para todos los productos y servicios con cobertura prestados a un participante o beneficiario por un tratamiento o procedimiento específico.	N/C	BCBSIL no tiene contrato con proveedores para servicios combinados. Sin embargo, otras afiliadas de la cobertura de Blue Cross and Blue Shield podrían incluir pagos combinados en los archivos de precios a nivel nacional
<b>Servicios incluidos</b>	Este objeto se usa cuando el pago de una tarifa fija por participante o beneficiario por unidad de tiempo se hace por adelantado al proveedor por la prestación de un tratamiento o procedimiento con cobertura.  Las tarifas de capitación pueden cambiar en función de la edad o género del asegurado. La tarifa de capitación publicada en el archivo refleja la tarifa básica de capitación que corresponde para una cobertura y no representa la tarifa de capitación en pólizas para particulares.	N/C	Consultar la <a href="#">Sección 3.2.5</a>
<b>NPI</b>	Una serie de números de identificación de proveedores (NPI, en inglés) individuales (tipo 1 y 2)	<i>El identificador de proveedor nacional (NPI, en inglés) asociado al número de identificación tributaria (TIN, en inglés) y la tarifa negociada</i>	Si el proveedor no tiene un NPI, BCBSIL usa "0" Tanto el tipo 1 y 2 de NPI se completan en el campo NPI para garantizar que ambos elementos formen parte del diagrama
<b>Tipo de TIN</b>	Contiene información tributaria sobre el lugar de prestación	"EIN"	Se usa el "NPI" si el proveedor utiliza su número de Seguro Social como su TIN
<b>Valor de TIN</b>	El número de identificación tributaria único emitido por el Servicio de Rentas Internas (IRS, en inglés) para el tipo de "EIN" o el NPI del proveedor para el "NPI" de tipo de TIN	<número de identificación tributaria> Ejemplo: XXXXXXXXX	Se vuelve a usar el NPI si el proveedor utiliza su número de Seguro Social como su TIN.

<b>Identificación del grupo de prestadores de servicios médicos</b>	La clave única principal para el objeto del grupo de prestadores de servicios médicos asociado	<XXX-XX>	La identificación del grupo de prestadores de servicios médicos estará precedida de un código de cobertura de la sede de 3 dígitos (un código exclusivo asignado a cada cobertura médica que tiene contrato con la BCBS Association). Ejemplo: 121 para IL, 250 para MT, 340 para OK, 290 para NM y 400 para TX
<b>Información adicional</b>	El campo de texto de información adicional se puede usar para dar contexto para los acuerdos negociados que no encajan en el formato actual del diagrama. Inicie una conversación en Github para preguntar sobre su situación en caso de que su cobertura use este atributo.	N/C	Este campo no se completa ya que es opcional

Consultar [CMS GitHub](#) para conocer los diagramas detallados de archivos y ejemplos.

### 3.2.1 Detalles de tarifas negociadas (FFS)

Tarifas negociadas			
Elemento de datos	Definición de CMS	Valor predeterminado	Divulgaciones adicionales
<b>Tipo negociado</b>	Hay varias maneras en que se pueden presentar las tarifas negociadas. Valores permitidos: "negociado," "derivado" y "programa de tarifas"	"negociado", "derivado", "programa de tarifas", "porcentaje" o "per diem" en función del método de establecimiento de precios/negociación que se utilice	Consultar la <a href="#">sección 3.2.2</a>
<b>Tarifa negociada</b>	El porcentaje o monto en dólares en función del tipo de negociación	<X.XX>	Consultar la <a href="#">sección 3.2.1</a>
<b>Fecha de vencimiento</b>	La fecha en que termina el acuerdo de precios negociados según el tipo negociado. La fecha debe estar en el formato ISO 8601	<AAAA-MM-DD>	Se usa "9999-12-31" si no hay fecha de finalización.  La fecha utilizada representa la más anterior de estas cuatro posibles fechas: fecha de vencimiento de la tarifa, fecha de cronograma de reembolsos, fecha de vencimiento del grupo PIN y la fecha de vencimiento de la red

<b>Código de lugar de servicio</b>	El código de dos dígitos mantenido por los CMS que se incluye en una reclamación profesional para indicar el entorno donde se prestó un servicio. Cuando el atributo de la clase de facturación tiene el valor de "profesional", el código de servicio es obligatorio.	<XX>	Códigos de lugar de servicio de los CMS asociados al lugar de servicio de la tarifa negociada  Los códigos del lugar de servicio solamente se completan para proveedores "profesionales"  Consultar la lista completa en la <a href="#">tabla 3.5</a>
<b>Clase de facturación</b>	Valores permitidos: "profesional", "institucional"	"profesional" o "institucional"	"Profesional" se usa cuando se registran tarifas para profesionales (profesionales de la salud particulares, grupos médicos, etc.) e "institucional" cuando se registran tarifas para centros (hospitales, etc.)  Aviso: Los proveedores que facturan en UB-04 se completarán como "institucional" y los proveedores que facturan en CMS/HCFA 1500 se completarán como "profesional"
<b>Modificador del código de facturación</b>	Una serie de secuencias. Hay algunos tipos de códigos de facturación que permiten modificadores (por ej., el tipo de codificación CPT permite modificadores). Si una tarifa negociada para un tipo de código de facturación está condicionada por un modificador para el producto o servicio informado, se debería incluir un precio negociado adicional que represente la diferencia.	N/C	Las tarifas que no se registran ni se completan dependerán del modificador del código de facturación

### 3.2.2 Asignaciones de tipo/acuerdo negociado

Los métodos de precios deben cumplir con los términos del proveedor con contrato y la política médica adoptada por la cobertura, además de las leyes y normativas estatales. El método podría ser diferente entre proveedores y regiones.

Acuerdo/tipo	Definición
<b>Monto derivado</b>	El precio que asigna una cobertura médica para grupos o emisor de seguro de gastos médicos para un producto o servicio con el objetivo de realizar tareas de contabilidad interna, conciliación de profesionales médicos o ingreso de datos en montos en dólares (\$) de conformidad con los requisitos de la norma final de Transparencia en Cobertura.
<b>Tabla de tarifas subyacentes</b>	Tarifa por un producto o servicio con cobertura por parte de un profesional o profesionales de la red en particular que usa una cobertura médica para grupos o emisor de seguros de gastos médicos para determinar la responsabilidad de los costos compartidos de un participante o beneficiario por el producto o servicio, en el caso de que la tarifa difiera de la negociada o del monto derivado.
<b>Negociado</b>	Se refleja como monto en dólares, para cada producto o servicio con cobertura de conformidad con la cobertura o emisor que se haya acordado por contrato pagar a un profesional de la red, excepto los medicamentos con receta que están sujetos a un acuerdo de reembolso de pago por servicio, que debe informarse en el archivo legible con máquina del medicamento recetado. Si la tarifa negociada está sujeta a cambio según las características de un participante, beneficiario o asegurado específico, estos montos en dólares se reflejan como la tarifa base negociada que se aplica para el producto o servicio antes de los ajustes para las características de un participante, beneficiario o asegurado específico.
<b>Porcentaje</b>	El valor del porcentaje negociado para el producto o servicio con cobertura de un profesional de la red en particular para el porcentaje del acuerdo por los cargos facturados.
<b>Per Diem</b>	Una tarifa diaria, que se refleja como monto en dólares, para cada producto o servicio cubierto que la cobertura o emisor haya acordado por contrato pagar a un profesional de la red.

### 3.2.3 Tabla de métodos de precios estándar

Métodos de precios estándar	Enfoque de precios	Acuerdo negociado: FFS, combinado o capitación	Tipo negociado: "negociado" "derivado" "tabla de tarifas", "porcentaje" y "per diem"
<b>En base a la ponderación de los DRG</b>	(Para TX: Inlier DRG TX) (para IL: tarifa en base a la ponderación de los DRG) pago para cada código de DRG	Pago por servicio	negociado

<b>APG/Agrupación de códigos de procedimiento</b>	(para OK: Podría haber múltiples APG en una reclamación y se tratan como reclamaciones de una sola línea)	FFS	negociado
<b>Porcentaje del cargo</b>	Registro de un porcentaje de la tarifa del cargo	FFS	porcentaje
<b>Por unidad</b>	Se calcula como 1 unidad (1 día) (centro)	FFS	negociado
<b>Porcentaje de Medicare</b>	Se calcula en función de un factor predeterminado de localidad según Medicare (solo OON TX)	FFS	negociado
<b>Por caso</b>	Uso aplicable para tarifas por caso (centro)	FFS	negociado
<b>Per Diem</b>	Tarifa por un día según el código establecido que genera el per diem (no incluye límite de pérdida o <i>stop loss</i> ) (centro)	FFS	per diem
<b>Por unidad</b>	El profesional se puede calcular por sistema o usar el monto permitido actual de EDW	FFS	negociado
<b>DME</b>	Usar tarifa de alquiler; si no hay, usar tarifa de compra/global (profesional)	FFS	negociado
<b>Anestesia</b>	Suponer unidad por 1 vez y sin modificadores de estado físico (profesional)	FFS	negociado
<b>Capitación (VBC)</b>	<a href="#">Consultar la tabla 3.2.5</a>	capitación	negociado (TX/IL únicamente)
<b>Consideración individual</b>	Se calcula en función de los datos de reclamaciones (consultar la <a href="#">Sección 3.2.4</a> )	FFS	derivado

<b>Pago manual</b>	Se calcula en función de los datos de reclamaciones (consultar la <a href="#">Sección 3.2.4</a> )	FFS	derivado
--------------------	---	-----	----------

### 3.2.4 Pago manual y consideración para particulares

Para los proveedores con una tarifa de porcentaje del cargo por un producto/servicio, la tarifa negociada correspondiente se calcula con los datos de las reclamaciones al:

- Derivar la tarifa negociada en función de la experiencia de las reclamaciones solamente
- Recuperar todo el historial de reclamaciones para cada servicio usando un período retroactivo de 6 meses (180 días) con un plazo de vencimiento de 3 meses (90 días) de reclamaciones generadas
- Eliminar valores atípicos usando un cálculo de derivación estándar
- No incluir productos y servicios que no tengan como mínimo 6 encabezados de reclamaciones por cada red, código de facturación, profesional médico y lugar de servicio
- Informar la tarifa promedio en función del historial de reclamaciones

Aviso: Las tarifas por productos/servicios no se publican si no se encuentran facturadas durante el período retroactivo o cumplen mínimamente con 6 reclamaciones registradas.

### 3.2.5 Detalles de servicios con cobertura para capitación

Los acuerdos de capitación solo se celebran en IL y TX. Los archivos generados para MT, NM y OK no usan el objeto de servicios con cobertura.

Las coberturas que tienen profesionales médicos con acuerdos de capitación tendrán al menos dos archivos de la red legibles con máquina: uno con tarifas FFS registradas (consultar la [sección 3.2.1](#)) y uno o más con tarifas de capitación registradas.

Los productos o servicios capitados tienen cobertura a una sola tarifa negociada. El diagrama JSON solamente permite el registro de una sola tarifa en el objeto de la tarifa negociada y además exige el registro de todos los códigos de facturación con capitación en el objeto de servicios con cobertura; por lo tanto, BCBSIL completa los demás campos obligatorios en el diagrama JSON para capitación. A continuación, se detalla la forma en que BCBSIL completa los campos para los archivos de la red legibles con máquina con tarifas de capitación.

Si corresponde, la capitación negociada puede variar ampliamente en función de la metodología y los servicios sujetos al acuerdo. La tarifa base no incluye incentivos financieros ni otros acuerdos que se celebren mediante el proceso de conciliación. Los acuerdos en los que todas o algunas conciliaciones no suceden pueden resultar incongruentes frente a otros que aplican la misma metodología. Además, algunos modelos basados en el valor incluyen notablemente más o menos servicios con la tarifa de capitación que otros acuerdos que también generan variaciones.

Elemento de datos	Definición de CMS	Valor predeterminado	Divulgaciones adicionales
<b>Acuerdo de negociación</b>	Indicación sobre si se aplica un acuerdo de reembolso en lugar de un modelo estándar de pago por servicio (FFS, en inglés). Valores permitidos: "ffs", "combinado" o "capitación"	"capitación"	Solo se aplica a los archivos de la red legibles con máquina con tarifas de capitación registradas
<b>Nombre</b>	Es el nombre del producto o servicio que se presta	"con capitación"	Indica los códigos de facturación que están capitados y registrados en el objeto de servicios con cobertura
<b>Tipo de código de facturación</b>	Tipos comunes de códigos de facturación	"LOCAL"	Permite la creación de códigos de facturación únicos —en GitHub se define como "Procesamiento de código local"
<b>Versión del tipo de código de facturación</b>	Podría haber versiones asociadas al tipo de código de facturación	Se completa con el año actual	N/C
<b>Código de facturación</b>	Código utilizado por una cobertura, emisor o prestador de servicios médicos para identificar productos o servicios de atención médica con fines de facturación, adjudicación y pago de reclamaciones por un artículo o servicio con cobertura	"CAP"	Indica que el código de facturación es capitación
<b>Descripción</b>	Breve descripción del producto o servicio	Consultar el objeto de servicios con cobertura para códigos de facturación con capitación.	Dirige al usuario para que pueda ver los códigos de facturación actuales en el objeto de servicios con cobertura. <a href="#">Consultar 3.2.5.2</a>
<b>Tarifas negociadas</b>	Esta es una serie de <a href="#">tipos de objeto con detalles de tarifas negociadas</a>	N/C	BCBSIL publica la tarifa de capitación en este objeto. <a href="#">Consultar 3.2.5.1</a>

<b>Servicios incluidos</b>	Esta es una serie de <a href="#">objetos de servicios con cobertura</a> . Esta serie contiene los diferentes códigos en un acuerdo de capitación si la capitación se selecciona para el acuerdo de negociación.	N/C	BCBSIL publica los códigos de facturación que están cubiertos por la División de Responsabilidad Financiera (DOFR, en inglés) en este objeto. <a href="#">Consultar 3.2.5.2</a>
----------------------------	---	-----	---

### 3.2.5.1 Objeto de tarifas negociadas para tarifas de capitación

Elemento de datos	Definición de CMS	Valor predeterminado	Divulgaciones adicionales
<b>Tipo negociado</b>	Hay varias maneras en que se pueden presentar las tarifas negociadas. Valores permitidos: "negociado," "derivado" y "programa de tarifas" Consultar notas adicionales.	"negociado"	Consultar la <a href="#">sección 3.2.2</a>
<b>Tarifa negociada</b>	El monto en dólares en función del tipo de negociación.	<i>La tarifa de capitación base</i> Ejemplo: <XX.XX>	Este archivo permite que se complete una sola tarifa. Las tarifas de capitación varían según los grupos de género y edad. BCBSIL usa una tarifa base.
<b>Fecha de vencimiento</b>	La fecha en que termina el acuerdo para el precio negociado según el tipo negociado. La fecha debe estar en formato ISO 8601.	<AAAA-MM-DD>	N/C
<b>Código de lugar de servicio</b>	El <a href="#">código de dos dígitos mantenido por los CMS</a> que se incluye en una reclamación profesional para indicar el entorno donde se prestó un servicio. Cuando el atributo de la clase de facturación tiene el valor de "profesional", el código de servicio es obligatorio.	"11"	11 corresponde a donde ocurre la mayoría de los servicios de capitación; no hay tarifas de capitación que varíen según el lugar del servicio  Consultar la lista completa en la <a href="#">tabla 3.5</a>
<b>Clase de facturación</b>	Valores permitidos: "profesional", "institucional"	"profesional"	Acuerdos de capitación que se celebran con grupos médicos o centros institucionales
<b>Modificador del código</b>	Una serie de secuencias. Hay algunos tipos de códigos de facturación que permiten modificadores	N/C	Las tarifas que no se registran ni se completan dependerán del modificador del código

<b>de facturación</b>	(por ej., el tipo de codificación CPT permite modificadores). Si una tarifa negociada para un tipo de código de facturación está condicionada por un modificador para el producto o servicio informado, se debería incluir un precio negociado adicional que represente la diferencia.		de facturación
-----------------------	--	--	----------------

### 3.2.5.2 Objeto de servicios con cobertura para tarifas de capitación

Todos los elementos de datos que están a continuación se completan para los códigos de facturación que están cubiertos por la División de Responsabilidad Financiera (DOFR) del acuerdo de capitación.

<b>Elemento de datos</b>	<b>Definición de CMS</b>	<b>Valor predeterminado</b>	<b>Divulgaciones adicionales</b>
<b>Tipo de código de facturación</b>	Tipos de código de facturación comunes. Consultar la lista de los <a href="#">códigos permitidos actualmente</a> al final de este documento.	<i>El valor de informe del tipo de código de facturación para CPT, HCPC, DRG o Código de Ingresos.</i>	Consultar la <a href="#">sección 3.4</a>
<b>Versión del tipo de código de facturación</b>	Podría haber versiones vinculadas con el tipo de código de facturación.	<i>La versión del tipo de código de facturación.</i>	N/C
<b>Código de facturación</b>	El código que usa una cobertura, emisor o sus profesionales de la red para identificar productos o servicios de atención médica con fines de facturación, adjudicación y pago de reclamaciones por elemento o servicio con cobertura.	<i>El código de facturación correspondiente</i>	El archivo legible con máquina de la red solamente incluye los códigos de facturación CPT, HCPC, DRG o Código de Ingresos.
<b>Descripción</b>	Breve descripción del producto o servicio	<i>La descripción en formato corto o largo estándar del código de facturación</i>	Será la descripción en formato corto. Si no la hubiera, usaremos la descripción en formato largo.

## 3.3 Archivo de montos permitidos fuera de la red

Mientras que el MRF de la red contiene los montos a pagar por productos y servicios con base en los acuerdos contractuales de pago celebrados con los proveedores, el Archivo de montos permitidos fuera de la red se basa en "el monto real que la cobertura o emisor paga al profesional fuera de la red, más la parte que le corresponde pagar al asegurado". El Archivo de montos permitidos fuera de la red también debe incluir los cargos facturados y los montos permitidos fuera de la red. Los cargos facturados son los

cargos totales por un producto o servicio que un profesional médico factura a la cobertura o emisor. (Aviso: Los archivos fuera de la red no están disponibles para Salud Mental y Servicios para la vista. Más información disponible en [3.3.2](#)).

El Archivo OON seguirá las siguientes convenciones de nomenclatura:

<AAAA-MM-DD>\_<nombre del pagador o emisor>\_<red a la que accede el asegurado>\_<nombre de tipo de archivo>.<extensión de archivo>

Aviso: el MRF OON representa un ejemplo del historial de reclamaciones por cobertura. El MRF OON final combina las tarifas para las coberturas en la misma red dentro de un solo archivo.

### 3.3.1 Elementos de datos del Archivo de montos permitidos fuera de la red

A grandes rasgos, el Archivo de montos permitidos fuera de la red incluye:

Elemento de datos	Definición de CMS	Valor predeterminado	Avisos adicionales
<b>Nombre de entidad</b>	El nombre legal de la entidad que publica el archivo legible con máquina.	"Blue Cross and Blue Shield of <Estado>"	N/C
<b>Tipo de entidad</b>	El tipo de entidad que publica el archivo legible con máquina (una cobertura médica para grupos, compañía de seguro de gastos médicos, o un tercero contratado a través de la cobertura o compañía aseguradora para proporcionar la información obligatoria, por ej., un administrador externo, cámara de compensación para reclamaciones de atención médica o compañía de seguro de gastos médicos que tenga contrato con un patrocinador de cobertura médica para grupos).	"Emisor de seguros de gastos médicos"	N/C
<b>Última actualización</b>	Fecha en que el archivo se actualizó por última vez. La fecha debe estar en el formato ISO 8601	<AAAA-MM-DD>	Representa el día en que se generó el archivo
<b>Versión</b>	La versión del diagrama para la información generada	"1.3.3"	Esto podría cambiar en la medida en que se lanzan nuevas actualizaciones del diagrama de CMS
<b>Código de facturación</b>	Código utilizado por una cobertura, emisor o prestador de servicios médicos para identificar productos o servicios de atención médica con fines de facturación, adjudicación y pago de reclamaciones por un artículo o servicio con cobertura	<i>El código de facturación correspondiente</i>	El archivo fuera de la red legible con máquina solamente incluye códigos de facturación CPT, DRG o Código de Ingresos.
<b>Nombre</b>	Es el nombre del producto	<i>La descripción en formato</i>	Será la descripción

<b>del código de facturación</b>	o servicio que se presta	<i>corto estándar del código de facturación</i>	en formato corto. Si no la hubiera, BCBSIL usará la descripción en formato largo.
<b>Descripción del código de facturación</b>	Breve descripción del producto o servicio	<i>La descripción en formato largo estándar del código de facturación</i>	Será la descripción en formato largo. Si no la hubiera, BCBSIL usará la descripción en formato corto.
<b>Tipo de código de facturación</b>	Tipos de código de facturación comunes	<i>El valor de informe del tipo de código de facturación para CPT, DRG o Código de Ingresos.</i>	Consultar la <a href="#">sección 3.4</a>
<b>Versión del tipo de código de facturación</b>	Podría haber versiones asociadas al tipo de código de facturación. Por ejemplo, la versión MS-DRG actual de Medicare (al 5/24/21) es 37.2	<i>La versión del tipo de código de facturación.</i>	N/C
<b>Monto permitido</b>	El monto permitido se debe registrar como el monto en dólares real que la cobertura o emisor paga al profesional fuera de la red por un producto o servicio con cobertura en particular, más la parte que le corresponde pagar al participante, beneficiario o asegurado.	<X.XX>	Se registra si tiene 20 o más reclamaciones en el período de retroactividad definido. Es el monto que paga BCBS.
<b>Cargo facturado</b>	Los cargos totales en dólares por un producto o servicio que un proveedor fuera de la red factura a una cobertura o emisor.	<X.XX>	Se registra si tiene 20 o más reclamaciones en el período de retroactividad definido
<b>Tipo de TIN</b>	Contiene información tributaria sobre el lugar de prestación	"EIN"	Se usa el "NPI" si el proveedor utiliza su número de Seguro Social como su TIN
<b>Valor de TIN</b>	El número de identificación tributaria único emitido por el Servicio de Rentas Internas (IRS, en inglés) para el tipo de "EIN" o el NPI del proveedor para el "NPI" de tipo de TIN	<número de identificación tributaria> Ejemplo: XXXXXXXXX	Se vuelve a usar el NPI si el proveedor utiliza su número de Seguro Social como su TIN.

<b>Código de lugar de servicio</b>	Los códigos de dos dígitos mantenidos por los CMS que están disponibles <a href="#">en el sitio web de los CMS</a>	Valores posibles: 00, 01, 03, 02, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 31, 32, 33, 41, 42, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 62, 65, 71, 72, 81, 95, 99	Códigos de lugar de servicio de los CMS asociados al lugar de servicio de la tarifa negociada  Los códigos del lugar de servicio solamente se completan para proveedores "profesionales"
<b>Clase de facturación</b>	Valores permitidos: "profesional" "institucional"	"profesional" o "institucional"	"Profesional" se usa cuando se registran tarifas para profesionales (profesionales de la salud particulares, grupos médicos, etc.) e "institucional" cuando se registran tarifas para centros (hospitales, etc.)  Aviso: Los proveedores que facturan en UB-04 se completarán como "institucional" y los proveedores que facturan en CMS/HCFA 1500 se completarán como "profesional"
<b>Modificador del código de facturación</b>	Una serie de secuencias. Hay algunos tipos de códigos de facturación que permiten modificadores (por ej., el tipo de codificación CPT permite modificadores). Si una tarifa negociada para un tipo de código de facturación está condicionada por un modificador para el producto o servicio informado, se debería incluir un precio negociado adicional que represente la diferencia.	N/C	Las tarifas que no se registran ni se completan dependerán del modificador del código de facturación
<b>NPI</b>	Una serie de números de identificación de proveedores (NPI, en inglés) individuales (tipo 1 y 2)	<i>El identificador de proveedor nacional (NPI, en inglés) asociado al número de identificación tributaria (TIN, en inglés) y la tarifa negociada</i>	Si el proveedor no tiene un NPI, BCBSIL usa "0"

### 3.3.2 Requisitos de privacidad del paciente para servicios fuera de la red

A fin de garantizar la privacidad del paciente, los Pagadores o Emisores tienen la obligación de publicar solamente las combinaciones únicas de cargos en la factura y montos permitidos para aquellos proveedores con **20** o más eventos por acuerdo de cobertura (cobertura), código de facturación, TIN, NPI y lugar de servicio.

**Nota: Si no se cumple con el mínimo de veinte (20) eventos, las combinaciones únicas de cargos en la factura y montos permitidos no se incluirán en el archivo legible con máquina.** Un monto permitido registrado podría no reflejar el historial de precios para todas las opciones de cobertura registradas en el Índice debido a la combinación de tarifas después del cálculo de reclamaciones mínimas.

Como la cantidad varía en cada período retroactivo relacionado con el mes de la publicación del archivo, es posible que una combinación única de cargos en la factura y montos permitidos aparezca y desaparezca en el archivo fuera de la red de un mes a otro.

Si para una cobertura determinada no hay valores fuera de la red para un mes determinado, el encabezado del archivo se publicará con la fecha actual y no se incluirán los datos.

### 3.4 Tipos de código de facturación

Las tarifas negociadas para productos y servicios pueden provenir de una variedad de normas de códigos de facturación. Abajo se incluye una lista de los tipos de código de facturación que BCBSIL registra en los archivos de la red y fuera de la red legibles con máquina. Para ver la lista completa de los valores del tipo de código de facturación permitidos, visite el sitio [CMS GitHub](#).

Nombre estándar	Valor de registro	Información adicional
Current Procedural Terminology	CPT	<a href="#">American Medical Association</a>
Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes de Atención Médica	HCPCS	<a href="#">HCPCS de los CMS</a>
Código de Ingresos	RC	
Grupos Relacionados por Diagnóstico - Gravedad de Medicare	MS-DRG	<a href="#">DRG de los CMS</a>
Grupos Relacionados por Diagnóstico - Clasificados	R-DRG	
Grupos Relacionados por Diagnóstico - Gravedad	S-DRG	
Grupos Relacionados por Diagnóstico - Gravedad, Todos los Pacientes	APS-DRG	
Grupos Relacionados por Diagnóstico - Todos los Pacientes	AP-DRG	
Grupos Relacionados por Diagnóstico - Clasificados, Todos los Pacientes	APR-DRG	<a href="#">Documentación de la AHRQ</a>
Procesamiento de código local	Local	

Código personalizado	CSTM-00	Representa todos los valores posibles de códigos de facturación para el tipo de código de facturación definido. Por lo general, se puede usar cuando un acuerdo negociado se aplica para todos los códigos con un tipo de código de facturación.
----------------------	---------	--

### 3.5 Códigos de lugar de servicio

Estos códigos son las descripciones asociadas a los códigos de lugar de servicio (PoS, en inglés) de los CMS.

PoS	Descripción
1	Farmacia
2	Servicio de telesalud prestado en otro lugar que no sea el domicilio del paciente
3	Escuela
4	Refugio para personas sin hogar
5	Centro independiente de Servicios de Salud Indígena
6	Centro ambulatorio de Servicios de Salud Indígena
7	Centro Independiente Tribal 638
8	Centro ambulatorio Tribal 638
9	Penitenciaría/correcional
10	Servicio de telesalud prestado en el domicilio del paciente
11	Consultorio
12	Inicio
13	Centro de asistencia para la vida
14	Hogar grupal*
15	Unidad Móvil
16	Alojamiento provisional
17	Clínicas en locales comerciales sin cita previa
18	Planta/lugar de trabajo
19	Hospital ambulatorio fuera del campus
20	Centro de Atención de Urgencias
21	Hospital para pacientes hospitalizados
22	Hospital ambulatorio en el campus
23	Sala de emergencias (hospital)
24	Centro de cirugía ambulatoria
25	Centro de alumbramiento

31	Centro de enfermería especializada
32	Asilo
33	Centro de cuidado supervisado
34	Hospicio, Centro de Cuidados de Enfermedades Terminales
41	Ambulancia (traslado terrestre)
42	Ambulancia (traslado aéreo o marítimo)
49	Clínica independiente
50	Centro de salud calificado a nivel federal
51	Centro para Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados
52	Hospitalización parcial en centro psiquiátrico
53	Centro comunitario de salud mental
54	Centro de atención médica intermedio para particulares con discapacidades intelectuales
55	Centro de tratamiento para el abuso de sustancias con albergue
56	Centro de tratamiento psiquiátrico con albergue
57	Centro de tratamiento para el abuso de sustancias sin albergue
58	Centro de tratamiento de opioides sin albergue
59	Sin asignar
60	Centro de vacunación masiva
61	Centro de rehabilitación integral para pacientes hospitalizados
62	Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios
65	Centro de tratamiento de enfermedad renal terminal
66	Sin asignar
71	Clínica de salud pública
72	Clínica de la salud rural
81	Laboratorio independiente
99	Otro lugar de servicio

## 4 Retención de datos

La versión en línea se mantendrá únicamente para la versión más reciente de los archivos de tarifas. Los usuarios que quieran acceder a los registros históricos para hacer tareas de analítica interna o alguna investigación pueden descargar y almacenar todos los meses la información que esté disponible.

Los datos de los MRF se almacenan durante siete años fuera de línea. La consulta de datos históricos, necesaria para llevar a cabo una investigación o auditoría, se puede realizar mediante solicitud y validación. Si tiene alguna pregunta, consulte la sección [1.3 Información de contacto](#).

## 5 Definiciones

<b>Término</b>	<b>Definición</b>
<b>Cargo facturado</b>	Cargos totales por un producto o servicio que un proveedor factura a una cobertura médica para grupos o emisor de seguros médicos.
<b>Código de facturación</b>	El código que usa una cobertura médica para grupos, emisor de seguros médicos o prestador de servicios médicos para identificar productos o servicios de atención médica con fines de facturación, adjudicación y pago de reclamaciones por un producto o servicio con cobertura, que incluye el código de Current Procedural Terminology (CPT), el código del Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes de Atención Médica (HCPCS), el código de Grupos Relacionados por Diagnóstico (DRG), el código nacional de medicamentos (NDC), u otro identificador común del pagador.
<b>Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)</b>	Agencia federal dentro del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, en inglés) que se encarga de administrar el programa Medicare y trabaja conjuntamente con los gobiernos estatales para administrar Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, en inglés) y las normas de portabilidad de seguros de gastos médicos.
<b>Productos o servicios con cobertura</b>	Productos o servicios, los costos por los que son pagaderos, en parte o en su totalidad, de conformidad con los términos de una cobertura médica para grupos o un seguro de gastos médicos.
<b>Monto derivado</b>	El precio que asigna una cobertura médica para grupos o compañía de seguro de gastos médicos para un producto o servicio con el objetivo de realizar tareas de contabilidad interna, conciliación de profesionales médicos o ingreso de datos.
<b>Grupo relacionado por diagnóstico (DRG)</b>	Un diagrama de clasificación de pacientes que proporciona una manera de relacionar el tipo de pacientes que atiende un hospital (es decir, la variedad de casos que se atienden) con los costos incurridos por el hospital.
<b>Número de identificación de empleador (EIN)</b>	El número de identificación de empleador es un número único de nueve dígitos que asigna el Servicio de Rentas Internas a las entidades comerciales que operan en los Estados Unidos con el objetivo de identificarlas.
<b>Identificador del Sistema de Supervisión de Seguros de Gastos Médicos (HIOS)</b>	Número del Sistema de Supervisión de Seguros de Gastos Médicos (HIOS) que identifica de manera unívoca a cada cobertura médica acreditada (QHP, en inglés) que aprueban los CMS.
<b>Profesional de la red</b>	Prestador de un producto o servicio con el que una cobertura médica para grupos o emisor de seguros de gastos médicos, o un tercero que trabaja para la cobertura o emisor, tiene contrato de conformidad con los términos y condiciones en los que se presta un producto o servicio relevante a un participante o beneficiario.
<b>Productos o servicios</b>	Todas las consultas, procedimientos, pruebas médicas, suministros, medicamentos con receta, equipo médico duradero y tarifas (incluidas las tarifas de los centros) que se proporcionan o se cobran en relación con la prestación de la atención médica.
<b>Archivo legible con máquina</b>	Representación digital de datos en un archivo que puede ser importado o leído por un sistema informático para continuar con su procesamiento sin la intervención humana, donde al mismo tiempo

	se garantiza que no se pierda la significación semántica.
<b>Identificador de proveedor nacional (NPI)</b>	El identificador de proveedor nacional (NPI) es una norma de Simplificación Administrativa de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, en inglés). El NPI es un número único de identificación para los profesionales médicos con cobertura. Los profesionales médicos con cobertura, todas las coberturas y las cámaras de compensación de atención médica deben usar el NPI en las transacciones administrativas y financieras adoptadas de conformidad con la HIPAA. El NPI es un identificador sin información que ocupa 10 espacios (es un número de 10 dígitos). Esto significa que los números no tienen información sobre los profesionales de la salud, por ejemplo, el estado donde viven o su especialidad médica. El NPI se debe usar en lugar de los identificadores históricos de proveedores en las transacciones estándar de la HIPAA.
<b>Tarifa negociada</b>	Monto que una cobertura médica para grupos o emisor de seguros de gastos médicos ha acordado pagar mediante contrato a un prestador de servicios médicos de la red, que puede ser una farmacia que forma parte de la red u otro lugar donde se despachan medicamentos recetados, por productos o servicios con cobertura, así sea de manera directa o indirecta, incluso mediante un administrador o coordinador de beneficios farmacéuticos externos.
<b>Monto permitido fuera de la red</b>	Monto máximo que una cobertura médica para grupos o emisor de seguros de gastos médicos paga por un producto o servicio con cobertura que haya prestado o proporcionado un profesional fuera de la red.
<b>Proveedor fuera de la red</b>	El proveedor o prestador de un producto o servicio que no tiene contrato con una cobertura médica para grupos o emisor de seguros de gastos médicos del participante o beneficiario para proporcionar los productos o servicios.
<b>Códigos de lugar de servicio</b>	Códigos de dos dígitos mantenidos por los CMS que se incluyen en las reclamaciones profesionales, incluso de Medicare, Medicaid y seguros privados, para indicar el entorno en donde se prestó el servicio. Códigos lugar de servicio. Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.  Disponible en: <a href="https://www.cms.gov/Medicare/Coding/place-of-service-codes">https://www.cms.gov/Medicare/Coding/place-of-service-codes</a> .
<b>Número de identificación tributaria (TIN)</b>	El número de identificación tributaria (TIN, en inglés) es un número de identificación que usa el Servicio de Rentas Internas (IRS, en inglés) en la gestión de las leyes impositivas. Lo extiende la Administración del Seguro Social (SSA, en inglés) o el IRS.

## 6 Anexo

### 6.1 Revisión de la integridad del archivo legible con máquina

La comparación de los códigos hash es un estándar de la industria para confirmar la integridad -e un archivo descargado. Si el código hash creado de un archivo de origen se compara exactamente con el código hash creado del archivo descargado; esto confirma que este archivo descargado es la copia exacta del que se encuentra en el origen y que este archivo no se vio

comprometido ni corrompido durante el proceso de descarga.

El código hash para el archivo de origen que está albergado en la base de datos de BCBS siempre tiene el mismo nombre del archivo más la extensión "txt" al final.

Por ejemplo, para un archivo comprimido, en el Índice podemos tener:

```
1,
  "allowed_amount_file": [
    {
      "description": "EPO Participating Provider Options allowed amount file",
      "location": "
https://app0004702110aSprine868.blob.core.windows.net/output/2022-08-20\_Blue-Cross-and-Blue-Shield-of-Illinois\_PPO-Participating-Provider-Options\_361236610\_allowed-amounts.json.gz"
    }
  ]
}
```

Lo que luego tendrá un archivo .txt asociado que contendrá el código hash de 128 caracteres de este archivo:

```
2022-08-20_Blue-Cross-and-Blue-Shield-of-Illinois_PPO-Participating-Provider-Options_361236610_allowed-amounts.json.gz.txt
1 0BD88F79F3BB70292BB8750464255FDB8C7BFB19C993BF841BFB08DB54925EA31BDF04FEF12E53037D01019B722705010C42D590B9EA919B206688726737C13A
2
```

Para ver este archivo .txt, copie el archivo .gz en el Índice y péguelo en un navegador. Agregue el sufijo ".txt" al final del nombre en el navegador y oprima Enter. El archivo .txt se descargará en la máquina del usuario. Los usuarios pueden ir a la carpeta Descargas para abrir este archivo y ver el código hash.

Para crear el código hash del archivo descargado y compararlo con el código hash de BCBS, se deben seguir estos pasos según cada sistema operativo. Cuando se hace uso del método SHA-512 de hashing.

*Inserte el nombre del archivo descargado para 'pathToFile':*

Ejecute "Command Prompt" (símbolo del sistema) en **Windows**:

**certUtil -hashfile pathToFile sha512**

Ejecute "Command Prompt" (símbolo del sistema) con **Mac**:

**shasum -a 512 pathToFile**

Ejecute "Command Prompt" (símbolo del sistema) con **Unix** (CentOS):

**sha512sum pathToFile**

El valor hash que surge de los comandos anteriores se puede comparar con el valor hash que está dentro de la extensión .txt del archivo para confirmar la coincidencia exacta. Este método se puede usar para verificar los archivos legibles con máquina comprimidos y descomprimidos.