

Cómo entender los precios de la atención sanitaria

Una guía del consumidor del estado de Nueva York



Healthcare Association
of New York State



hfma
healthcare financial management association

Índice

Agradecimientos	2
Introducción	3
Para consumidores con cobertura de seguro médico	5
Qué debe saber acerca de la atención de emergencia	10
Atención dentro de la red y fuera de la red	11
Para beneficiarios de Medicare	14
Para consumidores que no cuentan con seguro médico	15
Cómo mejorar la información de precios	16
Definiciones	17
Para obtener más información	20
Proveedores de seguros del estado de Nueva York	21

Agradecimientos

La Healthcare Association of New York State (HANYS) extiende su agradecimiento a la Healthcare Financial Management Association (HFMA) y a Fair Health, Inc. por su contribución en la creación de esta guía del consumidor.

HANYS también agradece a los miembros de la Equipo de trabajo de Transparencia de HANYS por su aporte en opinión y análisis en desarrollar las mejores prácticas y en guiar los principios para los proveedores de atención sanitaria.

Introducción



Si usted es como muchos estadounidenses, no sabe qué departamento de emergencia visitar, un procedimiento de diagnóstico (exploración por TC o examen de laboratorio) o los costos de una operación hasta que llega por correo postal una factura de un **proveedor de atención sanitaria**. Sabemos perfectamente que esta incertidumbre puede resultar estresante y puede dificultar la planificación de sus finanzas personales y del hogar. Es por ello que desarrollamos esta guía. Esta guía puede ayudarle, si:

- ▶ desea conocer dónde obtener respuestas a sus preguntas acerca de precios de la atención sanitaria;
- ▶ quisiera comparar precios entre proveedores para un servicio en particular;
- ▶ quiere comprender, planificar y manejar mejor sus **costos de desembolso directo de la atención sanitaria**; o
- ▶ usted está cubierto por un **plan de salud con alto deducible**.

EL PRECIO SÍ IMPORTA. Desde las compras más pequeñas, como un paquete de goma de mascar, hasta las más grandes, como un automóvil o una casa, por lo regular usted sabe cuánto cuestan las cosas antes de que las compre. Pero cuando se trata de la atención sanitaria, conocer su costo desde el inicio no siempre es fácil. Estimar cuánto costará “reparar” a una persona nunca será como estimar el costo de reparar un refrigerador. No siempre es posible predecir qué se necesita para tratar una enfermedad o restaurar la salud de una persona.

Pero conocer el precio que espera pagar por su atención es más importante ahora más que nunca. Los planes de salud están diseñados cada vez más para incluir más **costos compartidos** con sus miembros de lo que estaban años atrás. Una de las finalidades de los costos compartidos es exhortar a las personas a tomar mejores decisiones relacionadas con la atención sanitaria. Cuando los consumidores comparten el costo de su atención sanitaria, es posible que tengan menos probabilidad de escoger la atención que es de beneficio limitado para ellos. Los precios de los hospitales pueden variar de acuerdo con una serie de factores, tales como el porcentaje de pacientes que tienen seguro privado; el mercado laboral local; si el hospital es un centro de traumatología; así como el monto de la atención de beneficencia, la capacitación, la investigación y la preparación para enfrentar desastres que ofrece el hospital.

Las palabras que se muestran en rojo se definen en las páginas 17-19 de este informe.

TAMBIÉN LA CALIDAD IMPORTA. Desde luego, el precio de la atención sanitaria no constituye la única consideración. Aunque esta guía se enfoca en precios, enterarse de la calidad de su atención sanitaria es también fundamental. Los precios no necesariamente se relacionan con la calidad de la atención. Más cara no necesariamente significa una mejor atención.

EL PRECIO ESTÁ LIGADO A LA COBERTURA DEL SEGURO. El precio que paga por un servicio de atención sanitaria depende del seguro médico que posee por diversos motivos.

Primero, si cuenta con seguro, usted y su plan de salud comparten sus costos de atención sanitaria. Las especificaciones de cobertura de su plan de salud, incluidos su **deducible, copago y coaseguro**, determinan cuánto de sus costos de atención sanitaria paga usted y cuánto paga su plan de salud.

Segundo, los planes de salud tienen diferentes **redes** de médicos, hospitales y otros profesionales en atención sanitaria. Cuando usted elige a un médico o un hospital, querrá saber si los proveedores que está considerando se encuentran en la red de su plan de salud. Y usted querrá conocer cómo se verán afectados sus costos de desembolso directo, si utiliza un proveedor fuera de la red. Cuando recibe atención de un médico o un hospital de la red, por lo regular paga un precio más bajo. Si se sale de la red, usualmente tiene que pagar un precio más alto. (Lea más acerca de esto en la página 11.) Su plan de salud puede proporcionar más información.

Finalmente, su plan de salud puede tener información de precios para muchos proveedores diferentes en su red. Un hospital puede proporcionar información acerca de sus propios precios, pero usualmente no tiene información de precios para otros hospitales o los servicios de otros proveedores que puedan estar implicados en su atención.

Es fácil observar que la fijación de precios de la atención sanitaria puede resultar complicada. ¿Qué preguntas debe plantear usted para obtener un precio estimado? Y ¿quién tiene las respuestas? Siga leyendo.

Cómo tomar decisiones informadas sobre atención sanitaria

En el tema de la atención sanitaria, más no siempre significa mejor. Por ejemplo, algunas veces constituye una mejor decisión esperar y ver si un problema de salud, tal como dolor de espalda, mejora por sí solo o con medicación. En general, si su médico recomienda cirugía, considere visitar otro médico para obtener una segunda opinión y considerar sus alternativas.

En general, es importante trabajar estrechamente con su médico para elegir la atención que está respaldada por evidencia que demuestre que funciona para pacientes como usted, que no repite otras pruebas o procedimientos que usted ya haya recibido, que no le hará daño y que es verdaderamente necesaria. Es así como *Choosing Wisely*®, un esfuerzo grupal por parte de más de 50 sociedades de especialidades médicas, define sabias opciones de tratamiento. Visite www.choosingwisely.org para enterarse de herramientas que le ayudarán a conversar con su médico y tomar mejores decisiones acerca de situaciones que van desde pruebas para detectar alergias hasta atención para enfermos terminales.

Para consumidores con cobertura de seguro médico

Para fines de esta guía, el seguro médico es una categoría que incluye a todo aquel que esté cubierto bajo un plan de seguro médico que no esté patrocinado por una agencia del gobierno. Muchas personas menores de 65 años de edad obtienen seguro médico por medio de un empleador. Otros adquieren su propio seguro por medio del mercado de seguros individuales o la New York State of Health (también conocida como bolsa de seguros) creada al amparo de la Ley para una Atención Accesible, la ley nacional de reforma a la atención sanitaria.

Su plan de seguro médico puede constituir un recurso para información acerca de los precios de la atención sanitaria. Esta sección de la guía está diseñada para ayudarle a trabajar con su médico y su plan de salud para obtener información de precios. Aunque su compañía de seguros es la mejor fuente para información personalizada de precios de acuerdo con su

plan, muchos hospitales cuentan con unidades, personal o herramientas específicos para el propósito que puedan ayudarle a estimar su costo de la atención.

Cómo obtener una estimación cuando pueda planificar con anticipación
Las situaciones cuando puede programar los servicios de atención sanitaria con la suficiente antelación ofrecen las mejores oportunidades de tomar en cuenta las consideraciones financieras. Por ejemplo, puede planificar con antelación cuando elija practicarse una **cirugía electiva**, tal como un reemplazo de rodilla. En estas situaciones, comience por preguntarle a su médico sobre información específica acerca de la atención que recibirá antes de solicitar una estimación.

OBTENGA LAS ESPECIFICACIONES. Cuando visite al médico, pregúntele el nombre técnico del

Códigos del seguro: Lo que debe saber

Sus proveedores de atención sanitaria y su plan de seguro médico usan varios tipos de códigos para comunicarse entre sí acerca del pago. Los códigos están diseñados para asegurarse de que la facturación y el pago se manejen de la forma correcta. Para obtener una estimación de precios, debe contar con la siguiente información de códigos:

- ▶ **Código ICD-9 o ICD-10.** Los códigos de la International Classification of Diseases (Clasificación internacional de enfermedades o ICD) identifican su afección o diagnóstico. Por ejemplo, 250.0 significa diabetes sin complicaciones; 493.0 es el código de ICD-9 que corresponde a asma.
- ▶ **Código CPT®.** Los códigos de la Current Procedural Terminology (Terminología vigente de procedimientos o CPT) son números que se usan frecuentemente en las facturas médicas para identificar el cargo por cada servicio y procedimiento facturado por un proveedor a usted o a su plan de seguro médico. Por ejemplo, los seis códigos de CPT 99460–99465 corresponden a servicios de cuidados de neonatología; 99281–99288 son los códigos de CPT que corresponden a servicios del departamento de emergencias.
- ▶ **Código HCPCS (se pronuncia “hickpicks”).** Medicare utiliza este código en lugar de los códigos CPT. Si no cuenta con Medicare, no necesita saber estos códigos.

Antes de pedirle a su plan de seguro médico una estimación de precios, pídale a su proveedor que suministre los números de código que se relacionan con el servicio o procedimiento que tiene planificado recibir. En muchas instancias, no se conoce el código exacto sino hasta que se realiza el procedimiento. Debido a que están en uso miles de códigos, es posible que estos no estén disponibles al momento de su solicitud. Es posible que su médico o el hospital necesiten darle seguimiento para proporcionarle esta información.

Asimismo, algunas de las herramientas en línea para información de precios disponibles en la actualidad incluyen información de precios para todos estos códigos. A menudo, hay información en línea disponible solamente para pruebas y procedimientos comunes. Estas herramientas usualmente utilizan “cargos” del hospital, que rara vez constituyen el monto que se paga realmente al proveedor.

Preguntas a plantearle a su médico antes de una cirugía electiva

Imagine que a su amiga Mary le han diagnosticado cálculos biliares. Ella ya conversó con su médico acerca de sus opciones de tratamiento. Mary y su médico deciden en conjunto que en algún momento de las próximas semanas deben extraer la vesícula biliar de Mary. Su médico podría realizar la cirugía en uno de dos hospitales en el área. Él dice que ambos son “buenos hospitales” y programará la cirugía tan pronto como reciba la autorización de Mary. Usted sabe que Mary está casi tan preocupada acerca del efecto sobre su presupuesto como lo está acerca de la cirugía en sí. ¿Cómo puede averiguar Mary cuáles serán sus costos de desembolso directo? He aquí algunas preguntas que Mary puede hacerle a su médico antes de que se comunique con su plan de salud para una estimación.

Pregunta	Probables respuestas	Consejos
¿Cuál es el nombre exacto del procedimiento?	Colecistectomía laparoscópica	Pídale al médico que escriba claramente el nombre del procedimiento en letra de molde. Es importante una correcta ortografía y muchos nombres de cirugías suenan de manera similar.
¿Qué códigos ICD-9 o ICD-10 se utilizarán?	Uno o más códigos	Su plan de salud paga a los proveedores de atención sanitaria con base en estos códigos de diagnósticos, mismos que proporcionarán el consultorio del médico o el hospital. El sistema de codificación se actualizará eventualmente de ICD-9 a ICD-10, que es mucho más detallado que el ICD-9. En ese momento, cambiarán los números de código.
¿Cuál es el código CPT® para este procedimiento?	Uno o más códigos de cinco dígitos	Los códigos CPT son los códigos de facturación que usan los proveedores—habitualmente para servicios médicos—por todo Estados Unidos.
¿Qué pruebas necesito hacerme antes de la cirugía?	Pruebas de sangre Pruebas de captura de imágenes de diagnóstico, tales como una exploración por TC o un ultrasonido	Pregunte por especificaciones acerca de qué análisis de sangre se van a ordenar. Pregúntele al médico si tiene usted opción de centros en donde se puede realizar estos análisis. Revise con su plan de salud antes de que le practiquen la prueba para averiguar en dónde sería más bajo el costo de desembolso directo.
¿Habrá otros médicos implicados en mi atención y me facturarán por sus servicios?	Un patólogo, un radiólogo y un anestesiólogo pueden estar implicados en su atención.	Aun si su cirujano y el hospital se encuentran en la red de su plan de salud, es posible que no lo estén otros médicos implicados en su atención hospitalaria. (Para obtener más información, consulte la página 11.)
¿Qué clase de anestesia recibiré?	Anestesia general	Muchas cirugías implicarán la atención por parte de un anestesiólogo y otros médicos que pueden o no formar parte de la red de su plan de salud. (Para obtener más información, consulte la página 11.)
Después de mi cirugía, ¿me iré directo a casa desde el hospital	Después de que reciba el alta del hospital, deberá estar en capacidad de irse directamente a casa.	Aunque es poco probable después de una cirugía de vesícula biliar, es posible que después de algunas operaciones necesiten atención en una unidad de rehabilitación o un centro de enfermería especializada por un tiempo. O bien, es posible que necesite atención sanitaria en el hogar. Su plan de salud puede proporcionar información acerca de cobertura y precios. (El costo del medicamento que tome en casa rara vez se incluye en las estimaciones de precios).
¿Qué medicamentos y atención de seguimiento voy a necesitar?	Es posible que necesite tomar [nombre del medicamento] por [período de tiempo] después de su cirugía.	
¿Qué más debería saber acerca de—tales complicaciones posibles—que pudieran afectar el costo del procedimiento?	En algunos casos aislados, la cirugía de vesícula biliar mínimamente invasiva tiene que cambiarse a una colecistectomía “abierta”, que puede o no implicar más costos.	Usted y su médico deberían ya haber conversado acerca de esto cuando hablaron sobre los riesgos y los beneficios de la cirugía. De no ser así, asegúrese de plantear preguntas acerca del procedimiento abierto antes del día de la cirugía. Al practicársele un procedimiento diferente (o uno adicional), hay probabilidad de que cambie el costo. Y si necesita pasar una noche en el hospital por cualquier motivo, esto es por lo general más caro que un procedimiento para paciente ambulatorio.

procedimiento que le practicarán, los códigos del seguro, una lista de pruebas que pueda necesitar con antelación, así como información acerca de la atención de seguimiento que probablemente se necesitará posteriormente.

Por ejemplo, pregunte si es probable que necesite atención en una unidad o centro de rehabilitación antes de que esté listo para regresar a casa, o si necesitará terapia física u ocupacional después de la cirugía. Algunas veces, la única atención de seguimiento es una visita al médico. (Consulte la lista en la página 6 para tener acceso a más ejemplos de preguntas que plantearle a su médico.)

SOLICITE LA ESTIMACIÓN. Después de que su médico le dé las especificaciones, examine su plan de salud para obtener una estimación de precios.

Primero, visite el sitio web de su plan de salud, ya que algunos de estos sitios cuentan con información de precios disponible en línea. Consulte la página 21 para obtener información sobre planes de salud disponibles en el Estado de Nueva York.

Si no ha creado una cuenta en el sitio web del plan, deberá hacerlo, ya que la información de precios que proporcionan los planes de salud por lo general se encuentra disponible solamente para los miembros del plan de salud.

Una vez haya iniciado la sesión en la parte del sitio web dedicada a los miembros, busque una herramienta interactiva diseñada para ayudar a los miembros a ver y comparar los precios de la atención sanitaria, al tomar en consideración las circunstancias individuales de los costos compartidos. Estas herramientas pueden permitirle ingresar la información que ha recibido de su médico y encontrar rápidamente el costo estimado de servicios o procedimientos comunes ofrecidos por los proveedores en su red.

Si no está seguro sobre si su plan ofrece estas herramientas o dónde encontrarlas en el sitio web de su plan, algunos planes ofrecen asistencia con “sesiones de chat en línea” que pueden resultar útiles.

Si la información que necesita no está disponible en línea, necesitará ayuda para encontrar o utilizar la información o si simplemente prefiere hablar con alguien directamente, llame al número de servicio al cliente del plan de salud, que usualmente está detallado en el reverso de su tarjeta de identificación del seguro, durante el horario hábil del plan. Tenga a mano su tarjeta del seguro cuando realice la llamada.

Una vez reciba una estimación, imprima o guarde una copia (si obtuvo la estimación en línea), o bien, pida que le manden una copia por correo postal o electrónico. Es posible que necesite consultarla después de que reciba una factura.

CONOZCA LAS LIMITACIONES DE LA ESTIMACIÓN. La estimación del precio debe incluir la siguiente información específica:

- El precio total de la atención y la parte de ese precio que se espera que usted pague
- Qué se incluye en la estimación
- Qué no se incluye en la estimación. Por ejemplo, es posible que la estimación no incluya:
 - Medicamentos recetados para su uso después de que abandone el hospital
 - Dispositivos médicos o equipo médico para uso residencial
 - Atención en un centro de rehabilitación o atención sanitaria en el hogar después de que abandone el hospital
 - Servicios prestados por médicos, tales como anestesiólogos, radiólogos y patólogos
- El estado en la **red** del especialista, hospital u otros proveedores que esté considerando. La elección de un proveedor fuera de la red puede derivar en un costo mucho más alto de desembolso directo para usted. Su plan de salud *no* será capaz de proporcionar estimaciones de precios para la atención de proveedores fuera de la red más allá de los montos de su copago y los porcentajes del coaseguro. (Consulte la página 11 para obtener más información.)



En muchos casos, su plan de salud puede proporcionar información por separado acerca de los costos de la atención que pudiera necesitar después de abandonar el hospital, una vez su médico le dé una idea de qué servicios (tales como atención de rehabilitación) esperar.

Siempre hay una probabilidad de que la factura que reciba resulte más alta que la estimación. Consulte la barra lateral de la página 9 para obtener información acerca de sus opciones ante esa situación.

CONSIDERE OTROS RECURSOS. Su empleador puede constituir otro recurso para obtener información de precios de la atención sanitaria. Algunos empleadores ponen a disposición de sus empleados herramientas en línea para transparencia de precios o centros de atención telefónica. Pida más información a su Departamento de Recursos Humanos. Muchos hospitales también ofrecen personal o herramientas en línea específicos para el propósito para ayudar a los pacientes a estimar los costos o discutir sobre programas de ayuda financiera.

TENGA EN CUENTA QUE ALGUNOS SERVICIOS NO ESTÁN CUBIERTOS. Usted es responsable de pagar el monto total de cualquier producto o servicio relacionado con atención sanitaria que no esté cubierto por su plan de salud, tal como cirugía cosmética y medicamentos de venta libre. Para obtener información de precios correspondiente a lo anterior, debe comunicarse directamente con el proveedor o la agencia minorista. En general, los proveedores de productos y servicios que no están cubiertos por lo general por el seguro de salud están acostumbrados a trabajar con consumidores que buscan información sobre precios y planes de pago.

Los **servicios no cubiertos** no cuentan para el máximo anual de **desembolso directo** conforme a su plan de salud. Sin embargo, algunos de estos servicios pueden calificar para pago por medio de una **cuenta de gastos flexibles**, una **cuenta de ahorros para asuntos de salud** o una **cuenta de reembolso de gastos de salud** que ofrecen algunos empleadores. Comuníquese con su Departamento de Recursos Humanos para obtener más información.

Pregunte a su plan de salud sobre la aprobación previa

Es posible que necesite aprobación previa (algunas veces llamada preautorización o autorización previa) de su plan de salud antes de que le practiquen la cirugía o reciba ciertos servicios de atención sanitaria. Por medio del proceso de aprobación previa, su plan de salud confirma la necesidad médica, en otras palabras, que el servicio sea apropiado para su afección.

En su calidad de consumidor de atención sanitaria, es importante que comprenda qué servicios requieren aprobación previa. Si recibe atención sin primero obtener una aprobación previa que se haya requerido, es posible que su plan de salud no cubra sus reclamos. Se puede requerir la aprobación previa para una variedad de servicios, tales como exploraciones por TC o exploraciones por RM, no solo para cirugía. Cuando tenga dudas, llame a su plan de salud para averiguar si es necesaria la aprobación previa. Si su plan de salud requiere aprobación previa para un servicio en particular, eso significa un paso que necesita tomar ya sea que solicite o no una estimación de precios.

Qué hacer cuando la factura es más alta que la estimación

Si recibe una factura que sea más alta de lo que esperaba, tómese un momento para comparar las especificaciones de la estimación con las que constan en la factura. En ese punto, estará listo para llamar al consultorio de médico o al departamento de servicios financieros para pacientes del hospital para obtener más información y averiguar qué opciones se encuentran disponibles para usted. Para mejores resultados, adopte para la conversación un enfoque constructivo y orientado a soluciones y espere a que la otra persona haga lo mismo. Cuando llame, tenga en mente que es posible que le pidan que suministre una copia de la estimación. He aquí algunas preguntas que plantear.

- **¿Me puede decir por qué la factura es más alta que la estimación?** Quizá se le practicaron pruebas, procedimientos u otros servicios más allá de los incluidos en la estimación o se quedó en el hospital más de lo que esperaba.
- **¿Me pueden dar una factura explicada con un resumen de los servicios que sea fácil de entender?** Aunque los médicos y hospitales pueden realizar todos los esfuerzos por enviar facturas claras y precisas, pueden ocurrir errores. No dude en preguntar por cualquier cargo que no comprenda o que no parezca correcto.
- **¿Hay un plan de pagos disponible?** Puede solicitar una prórroga de la fecha de vencimiento o un plan de pagos sin intereses. O bien, su médico u hospital pueden sugerir un plan de pagos que ofrezca una compañía independiente, tal como un banco, una cooperativa de crédito o una empresa de tarjetas de crédito. Asegúrese de que comprende todos los términos y las condiciones antes de formalizar cualquier contrato de crédito y pida documentación escrita.

Qué debe saber acerca de la atención de emergencia

En una emergencia médica, la atención para salvar la vida siempre ocurre antes de las consideraciones de pago y de seguro, incluidas cualesquiera facturas no pagadas de hospital por atención previa.

SU DERECHO A RECIBIR ATENCIÓN: Una ley federal conocida como EMTALA (la Emergency Medical Treatment and Labor Act, o Ley que regula el tratamiento médico y trabajo de parto de emergencia) le da a todos el derecho de recibir tratamiento por una afección de emergencia, sin importar su capacidad de pago. Esta ley ayuda a proteger a los pacientes que no cuentan con seguro así como a aquellos que tengan Medicare, Medicaid o seguro privado. La ley del Estado de Nueva York otorga la misma protección y acceso a servicios de emergencia que la EMTALA.

SUS RESPONSABILIDADES DE PAGO: Es importante darse cuenta que contar con el derecho a atención de emergencia no significa que la atención sea gratuita. Las políticas ordinarias de un hospital en cuanto a precios, facturación, pago y elegibilidad para asistencia financiera siguen siendo válidas. Las conversaciones sobre aspectos financieros se llevan a cabo después de que se haya clasificado su condición y se le haya estabilizado en el departamento de emergencias (ED). A menudo, un asesor financiero puede hablarle o a su representante (tal como un familiar suyo), cuando usted esté alistándose para abandonar el ED.

CARGOS POR ATENCIÓN FUERA DE LA RED EN EL ED: Conforme a la Ley para una Atención Accesible y las leyes de Nueva York, los planes de salud no requieren copagos ni coaseguro más altos para servicios de ED fuera de la red proporcionados en el ED de un hospital ni requieren que usted obtenga aprobación o autorización previa antes de conseguir servicios de ED de un proveedor u hospital fuera de la red de su plan.

FACTURACIÓN DE SALDOS: El Estado de Nueva York aprobó recientemente una ley de protección al consumidor que tiene como objetivo abordar la **facturación de saldos** para servicios de emergencia. Bajo ciertas circunstancias, puede protegerse de recibir una factura por la diferencia entre el monto facturado por el proveedor para servicios de ED fuera de la red y el monto pagado por su plan.

PLANES REGULADOS POR EL ESTADO DE NUEVA YORK*

ANTES DEL 1 DE ABRIL DE 2015

Para las personas afiliadas a una organización para el mantenimiento de la salud (HMO): Si visita un ED que no sea de su red de HMO, se le requiere al plan que se asegure de que usted no sea responsable de pagar

cualquier monto en exceso de sus costos compartidos dentro de la red. El hospital puede enviarle una factura por el saldo porque no existe acuerdo acerca del pago entre el hospital y su plan. Debe preguntarle a su HMO qué proceso debe seguir usted si recibe una factura por el saldo, de modo que esté preparado para una emergencia.

Para los afiliados a una organización de proveedores preferidos (PPO) o una organización de proveedores exclusivos (EPO): Si visita un ED que no sea de su red, aunque el plan de salud no “puede exigir” copagos o coaseguro más altos, es posible que usted sea responsable de la diferencia entre el monto facturado por el proveedor para servicios de ED fuera de la red y el monto pagado por su plan de salud.

DESPUÉS DEL 1 DE ABRIL DE 2015

Para los afiliados a una HMO, PPO o una EPO: Si visita un ED que no sea de su red, es obligación del plan asegurarse de que usted no sea responsable de pagar cualquier monto en exceso de su porción del costo dentro de la red. El hospital puede enviarle una factura por el saldo porque no existe acuerdo acerca del pago entre el hospital y su plan, pero su plan de salud es responsable de asegurarle de que usted no es responsable del saldo. Debe preguntarle a su asegurador qué proceso debe seguir usted si recibe una factura por el saldo.

PLANES NO REGULADOS POR EL ESTADO DE NUEVA YORK (CONOCIDOS TAMBIÉN COMO PLANES CON DERECHO PREFERENTE SEGÚN ERISA, LA LEY DE PROTECCIÓN AL INGRESO POR JUBILACIÓN DE EMPLEADOS)

Si visita un ED que no sea de su red, aunque el plan de salud no pueda exigir copagos o coaseguro más altos, es posible que usted sea responsable de la diferencia entre el monto facturado por el proveedor para servicios de ED fuera de la red (que podría considerarse el “precio de lista”) y el monto pagado por su plan de salud. ¿Por qué? Porque no hay una tarifa establecida que se haya acordado entre el proveedor y el plan de salud por los servicios y, por lo tanto, el pago por parte del plan de salud al proveedor puede no ser del acuerdo del proveedor. A esto algunas veces se le conoce como **facturación de saldos**. Pregunte a su plan de salud sobre su cobertura para atención de emergencia fuera de la red antes de que la necesite, de modo que esté preparado para una emergencia.

***Si no está seguro de si su plan está regulado por el estado, puede comunicarse con el Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York.**

Atención dentro de la red y fuera de la red

Entérese antes de proceder

Probablemente haya visto los términos “de la red” y “fuera de la red” en el sitio web de su asegurador y en la descripción de su plan. ¿Pero qué significan estos términos? ¿Cómo afectan cuánto tiene que pagar por su atención?

Su plan contrata a una amplia gama de médicos, así como a especialistas, hospitales, laboratorios, centros de radiología y farmacias. Estos son los proveedores en su “red”. Cada uno de estos proveedores ha acordado aceptar la **tarifa contratada** de su plan como pago total por los servicios.

Esa tarifa contratada incluye tanto la parte del costo de su asegurador como la parte que le corresponde a usted. Su parte puede ser en forma de un copago, un deducible o un coaseguro. Por ejemplo, la tarifa contratada de su asegurador para una visita de atención primaria podría ser \$120. Si tiene un copago de \$20 para visitas de atención primaria, pagará \$20 cuando consulte a un médico de su red. Su asegurador absorberá los \$100 restantes.

Si acude a un médico fuera de su red, entonces la historia cambia. Los proveedores fuera de su red no han acordado ninguna tarifa fija con su asegurador. Algunos planes no cubren atención fuera de la red por ningún motivo, en tanto que otros pueden requerir copagos, deducibles y coaseguro más altos para atención fuera de la red. Si normalmente tiene que pagar 20 % del costo del servicio dentro de la red, posiblemente tenga que pagar 30 % fuera de la red. A menudo, tendrá que pagar eso más cualquier diferencia entre el monto permitido de su asegurador y lo que cobra el proveedor.

En una HMO, por lo general tendrá que pagar el costo total de cualquier atención fuera de la red, salvo servicios de emergencia y servicios no de emergencia remitidos o autorizados por la HMO.

En una PPO, POS o EPO, si está cubierta la atención fuera de la red, usualmente tendrá que pagar:

- Un deducible más alto que dentro de la red o un copago más alto
- Más un coaseguro de porcentaje más alto, que es un porcentaje del monto permitido
- Más el total de la diferencia entre el monto permitido y la tarifa real de su proveedor, que podría ser mucho más alto

Estos costos pueden acumularse rápidamente, aun para atención de rutina. Si tiene una enfermedad grave, esto puede costarle sustancialmente más. Cuando necesite atención, es importante que averigüe si todos sus proveedores están en el plan de su red.

Ley que regula los servicios “fuera de la red” del Estado de Nueva York

La Ley que regula los servicios “fuera de la red” o “Ley para regular facturas sorpresa” cobra vigencia el 31 de marzo de 2015, luego de años de debate sobre la idoneidad del reembolso fuera de la red y consternación causada por las facturas de saldos recibidas por los pacientes. Las cláusulas principales de la ley proporcionan protecciones adicionales al consumidor cuando un paciente se sale de la red para obtener servicios médicos necesarios. Específicamente, la ley:

- exime a los paciente de cualquier monto en dólares que adeuden más allá del costo compartido dentro de la red por servicios de emergencia y facturas sorpresa;
- crea nuevos requerimientos de divulgación para hospitales, médicos y planes de salud cuando los pacientes buscan servicios fuera de la red;
- crea un proceso independiente de resolución de disputas para pacientes, planes y médicos que no estén de acuerdo en cuanto al reembolso fuera de la red para facturas por emergencias y facturas sorpresa; y
- reafirma los requerimientos de idoneidad de la red y la autoridad del estado para reforzar los estándares de idoneidad.

Atención dentro de la red y fuera de la red: Un ejemplo

Primero, analicemos los costos dentro de la red. Si visita a un proveedor que usualmente cobra \$1,000 por un servicio. Pero ese proveedor se encuentra en la red de su plan. Eso significa que ellos han acordado aceptar la tarifa contratada de su asegurador—por ejemplo, \$500—en lugar del monto que cobran normalmente. ¿Cuánto tendrá que pagar?

Costos dentro de la red para diferentes tipos de planes de salud

	HMO dentro de la red	POS dentro de la red	PPO dentro de la red
Cargo usual del proveedor	\$1,000	\$1,000	\$1,000
Tarifa contratada de su plan	\$500	\$500	\$500
Su costo compartido	\$10 de copago	\$10 de copago	20 % de coaseguro
Su plan le paga al proveedor	\$490 (\$500 - \$10)	\$490 (\$500 - \$10)	\$500 x 80 % = \$400
Usted paga al proveedor	\$10	\$10	\$500 x 20 % = \$100

Ahora, digamos que usted visita a un proveedor fuera de su red por el mismo servicio. Aún así, el proveedor cobra \$1,000—y esta vez no cuentan con algún acuerdo con su asegurador para aceptar una tarifa más baja. En este caso, su asegurador basará su parte del costo en el monto permitido para tal servicio. Esto es el máximo de dinero que considera un costo justo y razonable, de acuerdo con lo que cobran otros proveedores en el área. No se trata necesariamente de la misma tarifa que la contratada de su plan. En este caso, digamos que el monto permitido es \$800. Así que, ¿qué significa eso para usted?

Costos fuera de la red para diferentes tipos de planes de salud

	HMO fuera de la red	POS fuera de la red	PPO fuera de la red
Cargo del proveedor	\$1,000	\$1,000	\$1,000
Monto permitido por su plan	\$0	\$800	\$800
Su costo compartido	100 %	30 % del monto permitido <i>más</i> la diferencia entre el monto compartido y el cargo del proveedor	30 % del monto permitido <i>más</i> la diferencia entre el monto compartido y el cargo del proveedor
Su plan paga al proveedor	\$0	70 % de \$800 = \$560	70 % de \$800 = \$560
Usted paga al proveedor	\$1,000 (100 %)	30 % de \$800 = \$240 <i>más</i> \$1,000 - \$800 = \$200	30 % de \$800 = \$240 <i>más</i> \$1,000 - \$800 = \$200
Su costo total	\$1,000	\$440	\$440

Salirse de la red para este servicio de muestra podría costarle cientos de dólares más.

Las cláusulas reales de su red pueden ser diferentes a las que hemos utilizado en los ejemplos. Revise el folleto de su plan, el sitio web de su asegurador o llame a su asegurador, de modo que pueda estar seguro de que comprende cómo funciona *su* plan.

¿Por qué salirse de la red?

¿Por qué se saldría de la red? Existen algunas razones muy buenas para ello. Si usted o un ser querido está enfrentando una enfermedad grave, es posible que desee tener más opciones de las que están disponibles en su red. Algunas veces, eso significa hacer uso de un hospital que no participe en su plan o un especialista que no forme parte de su red.

Además, los pacientes a menudo se salen de la red sin tener la intención de hacerlo. Existen dos motivos comunes:

- **Su médico de atención primaria lo remite a un especialista que no está en su red.**
No asuma que su médico de atención primaria conoce los detalles de su plan. Si necesita una remisión, recuérdale a su médico cuál cobertura de seguro tiene usted y pídale que lo remita a un especialista que se encuentre en ese plan. Cuando llame para concertar una cita con ese proveedor, pídale al personal del consultorio que confirme que el médico se encuentre en su red.
También puede llamar a su asegurador o visitar su sitio web para encontrar un médico en su red. Asegúrese de realizar su elección del directorio de proveedores correspondiente a su tipo de plan (muchos aseguradores ofrecen opciones de HMO, PPO y POS que pueden tener diferentes redes).
- **Usted recibe atención en un hospital dentro de la red —y luego obtiene una factura.**
Aunque su hospital puede participar en su plan de salud, es posible que algunos proveedores en ese hospital, como anestesiólogos o radiólogos, no participen. Si tiene una enfermedad grave, muchos proveedores estarán implicados en su tratamiento. La cirugía para pacientes hospitalizados requerirá un cirujano, un quirófano, anestesia, medicación, el plan de encamamiento y alimentación del hospital, entre otros. Todos estos rubros tendrán cargos independientes y todos se contratarán por separado con los aseguradores.
Antes de programar un servicio o procedimiento, pregunte si todos los proveedores que le van a tratar en el hospital están en su red.

¿Qué pasa con las emergencias?

¿Qué sucede si sufre un ataque cardíaco? Esperar para obtener atención en una emergencia es peligroso y hasta puede constituir una amenaza para su vida. Se requieren planes para cubrir alguna parte de la atención de emergencia, sin importar en dónde se encuentre, aun si es

fuera del área de su red. Una vez su condición sea estable, por lo general se le trasladará a un proveedor dentro de la red para recibir atención de seguimiento.

Como se mencionaba anteriormente, los planes de salud “no pueden exigir” copagos ni coaseguro más altos para servicios de ED fuera de la red proporcionados en el ED de un hospital ni pueden exigir que usted obtenga aprobación o autorización previa antes de conseguir servicios de ED de un proveedor u hospital fuera de la red de su plan.

Pero recuerde que solamente aplica a emergencias reales. Nunca debe acudir a la sala de emergencias para atención de rutina que podría recibir en el consultorio de un médico o en una clínica. Las visitas al Departamento de Emergencias cuestan más que las visitas regulares al consultorio de un médico, y los aseguradores a menudo no pagan el mismo monto al proveedor, si no se trata de una auténtica emergencia. Esto significa que se le cargará una factura de más valor. Además, obtendrá atención más personalizada con su propio médico. Si no está seguro de qué constituye una emergencia o qué costos de emergencia están cubiertos, pregunte a su asegurador.

Su plan de acción: No se deje sorprender por la factura

Hay veces en que salirse de su red para buscar atención es sencillamente inevitable. Pero la decisión debe quedar a discreción suya y debe tomar esa decisión sobre una base informada. Siga estos consejos para ayudarle a manejar sus costos:

- Pídale a su proveedor que lo remita primero dentro de la red, a menos que haya un motivo específico por el cual desee salirse de la red.
- Antes de programar una cita con un nuevo proveedor, pregúntele si participan en su plan (y su red por medio de ese asegurador—PPO, POS o HMO.)
- Si está pasando por un procedimiento complejo, como una cirugía, pregúntele a su médico si todos sus proveedores participan, desde el hospital, el laboratorio hasta el anestesta. Es posible que su médico pueda cambiar su atención a proveedores dentro de la red para estos servicios.
- Si opta por salirse de la red, pregúntele al personal del proveedor cuánto le cobrará antes de su visita. Luego comuníquese con su plan de salud para averiguar cuánto del costo de cubrirá su plan.

Lo que es más importante—recuerde que usted es el mejor defensor de sí mismo. Expresarse y hacer preguntas desde el inicio le ayudará a evitar que lo sorprendan en lo que pueda adeudar.

Para beneficiarios de Medicare

Medicare tradicional incluye la Parte A para seguro hospitalario y la Parte B para seguro médico—con cobertura complementaria disponible por medio de Medigap. En lugar de Medicare tradicional, algunas personas eligen cobertura conforme a la Parte C, Medicare Advantage, que es la cobertura ofrecida por los planes privados (por lo regular, HMO y PPO) y debe incluir el mismo nivel de cobertura incluido en Medicare tradicional. (Hay cobertura de medicamentos con receta disponible por medio de la Parte D de Medicare.)

Si está cubierto por un plan Medicare tradicional, usted paga un porcentaje de montos aprobados por Medicare para muchos servicios de atención sanitaria. Usted también es responsable de deducibles y pagos por medicamentos con receta, dispositivos médicos y suministros. De acuerdo con las normativas del Estado de Nueva York, los hospitales le notificarán si se encuentra bajo estatus de observación, lo que causa un impacto en su cobertura para una estadía en un hogar de ancianos—debe admitírsele en el hospital durante tres días consecutivos para poder ser elegible.

Medicare cuenta con un sitio web diseñado para ayudar a los consumidores a obtener información acerca de la forma en que se comparan los hospitales en términos de calidad (www.medicare.gov/hospitalcompare). Pero los precios que paga Medicare a los médicos y hospitales—que afectan los precios que los consumidores serán responsables de pagar—no son fáciles de explorar por parte de los consumidores. Medicare no paga el mismo monto a todos los médicos y hospitales en el país—paga diferentes montos con base en los costos en un área local.

ENTÉRESE SOBRE SU COBERTURA DE MEDICARE. Hay varias formas de tener acceso a la información acerca de la cobertura, los beneficios y los precios de Medicare.

- ▶ **Hacerlo en línea o llamar a Medicare.** Visite el sitio web de Medicare en www.mymedicare.gov o llame al 800-MEDICARE o a (800) 633-4227 y converse con un representante de Servicio al Cliente. Aquellas personas que utilizan un dispositivo especial para la audición o quienes tienen discapacidad del habla (TTY) deben llamar al (877) 486-2048.
- ▶ **Lea el manual Medicare y usted.** Este manual se publica cada año por parte de la agencia Medicare del gobierno. Se encuentra disponible en línea en www.medicare.gov/medicare-and-you. Si prefiere recibirlo impreso, puede solicitar uno al llamar al 800-MEDICARE o a (800) 633-4227.
- ▶ **Use el servicio de asesoramiento de Medicare de Nueva York.** Revise la información que suministra el programa

State Health Insurance Assistance Program (Programa de asistencia a seguros de salud estatales o SHIP) de Nueva York. SHIP es un servicio gratuito de asesoramiento sobre beneficios de salud para beneficiarios de Medicare y sus familias o encargados de brindar cuidados. Está financiado por agencias federales y no está afiliado a la industria de seguros. Para obtener más información sobre el programa SHIP del estado, llame al (800) 701-0501 o visite www.aging.ny.gov/HealthBenefits.

- ▶ **Vea en su médico y en el hospital un recurso informativo.** Llame al consultorio de su médico o al departamento de servicios financieros para pacientes de algún hospital. Ellos pueden proporcionarle una estimación de sus costos de desembolso directo para muchos servicios y procedimientos comunes, con información específica acerca de:

— Qué se incluye en la estimación

— Qué no se incluye en la estimación (tal como medicamentos recetados para que los use cuando abandone el hospital, dispositivos médicos o equipo médico para uso residencial y atención en un centro de rehabilitación o centro de atención sanitaria en el hogar después de que abandone el hospital)

Es posible que su médico u hospital también puedan proporcionar información de contacto correspondiente a las empresas o proveedores que proporcionan artículos o servicios que no están incluidos en la estimación, de modo que pueda usted comunicarse con esas empresas o proveedores para obtener información sobre precios.

VEA EN SU PLAN MEDIGAP UN RECURSO.

Algunas personas tienen una póliza de seguro médico diseñada para aceptar una cobertura tradicional de Medicare. Estas pólizas se conocen como pólizas complementarias o pólizas de Medigap. Las pólizas de Medigap pueden pagar la parte que le corresponde (coaseguro, copagos o deducibles) de los costos de los servicios cubiertos por Medicare. Algunas pólizas de Medigap también cubren ciertos artículos que Medicare no cubre. Si tiene una póliza de Medigap, su plan Medigap es la mejor fuente de información sobre precios y costos para usted.

VEA EN SU PLAN MEDICARE ADVANTAGE UN RECURSO. Si tiene cobertura por medio de Medicare Advantage, la cual es proporcionada por compañías de seguros no gubernamentales aprobadas por Medicare, comuníquese con su plan Medicare Advantage para obtener información acerca de precios. Si tiene cobertura de Medicare Advantage, usted no necesita y no es elegible para una póliza Medicare.)

Para consumidores que no cuentan con seguro médico

Si no cuenta con cobertura de seguro médico, infórmese sobre sus opciones de seguro y averigüe si es elegible para asistencia financiera. Si no se trata de una emergencia, solicite una estimación de precios antes de la atención.

ENTÉRESE SOBRE SUS OPCIONES DE SEGURO.

A partir de 2014, millones de estadounidenses se volvieron elegibles para seguro médico por medio del Mercado de seguros creado mediante la **Ley para una Atención Accesible**. En Nueva York, los consumidores pueden afiliarse por medio de New York State of Health. Según su ingreso individual y familiar, puede calificar para seguro médico privado o para cobertura conforme a Medicaid, o sus hijos pueden calificar para cobertura al amparo de Child Health Plus de Nueva York. Ambos programas cubren a millones de familias con ingresos limitados. Para obtener más información, consulte la barra lateral o visite www.nystateofhealth.ny.gov. Asimismo, su hospital puede ayudarle a averiguar si califica para cualquiera de estos programas y guiarlo por el proceso de solicitud.

AVERIGÜE SI ES ELEGIBLE PARA ASISTENCIA FINANCIERA.

Puede solicitar asistencia financiera proporcionada directamente por un hospital para atención hospitalaria, con base en los criterios de elegibilidad del hospital para atención gratuita o con descuento. Los hospitales de Nueva York siempre han suministrado asistencia financiera para pacientes con medios limitados. La Ley de Asistencia Financiera de Nueva York proporciona atención gratuita o con descuento para familias no aseguradas con ingresos por debajo del 300 % del nivel federal de pobreza o \$71,550 para una familia de cuatro integrantes.

SOLICITE UNA ESTIMACIÓN DE PRECIOS. Además de ayudarle a determinar su elegibilidad para seguro médico y asistencia financiera, el representante financiero puede proporcionar una estimación de sus costos de desembolso directo para muchos servicios y procedimientos comunes, con información específica acerca de lo que se incluye en la estimación, y lo que no se incluye—lo que puede incluir medicamentos

En dónde comprar seguro médico

New York State of Health, también conocido como Mercado de seguros médicos, es una nueva forma de encontrar cobertura de seguro médico de calidad. Puede resultarle útil, si no cuenta con cobertura ahora o si la tiene, pero desea analizar otras opciones.

Cuando utilice el Mercado, va a proporcionar cierta información acerca del tamaño de su núcleo familiar y sus ingresos para averiguar si puede obtener un subsidio para ayudarle a pagar sus **primas** mensuales para planes de seguro privado. Conocerá si califica para asistencia con costos de desembolso directo. Y verá todos los planes de salud disponibles en su área, de modo que pueda compararlos uno a la par del otro y elegir el plan que sea correcto para usted. La Bolsa también le indicará si califica para cobertura gratuita o de bajo costo disponible por medio de Medicaid o del programa Children's Health Insurance Program. La mayoría de estadounidenses son elegibles para usar el Mercado.

La afiliación abierta comienza por lo regular en octubre y finaliza en febrero de cada año. Pero si tuvo cambio en su estado familiar (por ejemplo, matrimonio o el nacimiento de un hijo) o perdió otra cobertura de seguro médico, es posible que califique para solicitar poco tiempo después de que haya ocurrido el “evento calificador”. Para obtener más información, visite nystateofhealth.ny.gov o llame a (855) 355-5777.

recetados para su uso después de que abandone el hospital, dispositivos médicos o equipo médico para uso residencial, así como servicios de otros proveedores que puedan estar implicados en su atención, tal como un centro de rehabilitación o atención sanitaria en el hogar después de que abandone el hospital y posibles complicaciones imprevistas.

Cómo mejorar la información de precios

Los hospitales desean que los consumidores tengan acceso a información significativa, de modo que puedan tomar decisiones informadas. La fijación de precios de la atención sanitaria es complicada—deseamos ayudarle a explorar este proceso y a que comprenda sus opciones. HANYS y los miembros de HANYS han estado trabajando para crear herramientas, incluida esta guía, para hacerlo más fácil.

Los miembros de HANYS están trabajando para asegurarse de que los pacientes puedan encontrar estimaciones avanzadas para la atención; información sobre la política de ayuda financiera del hospital, con rápida determinación de la elegibilidad; así como acceso a personal bien capacitado para ayudarle a explorar los precios—especialmente si usted no cuenta con seguro.

Los pacientes deben recibir información clara y apoyo en opciones de asistencia financiera—el miedo a una factura del hospital nunca se debe interponer en el camino de la obtención de atención sanitaria necesaria. Los asesores del hospital ayudan anualmente a miles de neoyorquinos a inscribirse en Medicaid o en New York State of Health.

HANYS también está trabajando con reguladores para mejorar la información que se muestra en los sitios web estatales. Creemos que la información sobre precios debe ser relevante, útil, accesible, fácil de explorar y explicar cómo y por qué el precio de la atención al paciente puede variar—tal como la condición de instrucción del centro, el mercado laboral, el pago insuficiente del gobierno, etc.

Finalmente, la información de precios debe ser simplemente uno de los muchos factores a considerar cuando se toman decisiones acerca de la atención y los planes de salud.

Fuente: Basado en el trabajo de la Equipo de trabajo de Transparencia de HANYS.

Definiciones

Cirugía electiva Si una cirugía no es de emergencia, se la considera una cirugía electiva.

Coaseguro Su parte de porcentaje de los costos de un servicio de atención sanitaria cubierto. Esto (por ejemplo, 20 %) se basa en el monto permitido para el servicio. Usted paga el coaseguro más cualquier deducible que adeude. Por ejemplo, si el monto permitido del plan de salud para una visita al consultorio es \$100 y tiene que cumplir con su deducible, su pago de coaseguro del 20 % sería \$20. El seguro médico o el plan de salud paga el resto del monto permitido.

Código CPT® Los códigos de Current Procedural Terminology (Terminología vigente de procedimientos o CPT) son números asignados a servicios y procedimientos médicos. Los códigos forman parte de un sistema uniforme al que le da mantenimiento la American Medical Association y lo usan proveedores médicos, instalaciones médicas y aseguradores. Cada número de código es único y se refiere a una descripción escrita de un servicio o procedimiento médico específico. Los códigos CPT son números que se usan frecuentemente en las facturas médicas para identificar el cargo por cada servicio y procedimiento facturado por un proveedor a usted o a su plan de seguro médico. La mayoría de códigos CPT son muy específicos en su naturaleza. Por ejemplo, el código CPT para una visita a consultorio de 15 minutos es diferente del código CPT para una visita al consultorio de 30 minutos. Verá un código CPT en su formulario Explicación de beneficios. También puede pedirle el código CPT a su proveedor de atención sanitaria para un procedimiento o servicio que vayan a practicarle o que ya haya recibido. Es posible que necesite estos códigos para recibir estimaciones precisas de precios. CPT® es una marca comercial registrada de la American Medical Association.

Códigos ICD-9 o ICD-10 El sistema oficial de asignación de códigos a diagnósticos médicos en los Estados Unidos. Al usar estos códigos, los profesionales de la salud en cualquier parte del país pueden tener entendimiento común del diagnóstico de un paciente.

Copago Un monto fijo (por ejemplo, \$15) que paga por servicio de atención sanitaria cubierta, usualmente cuando obtiene el servicio. El monto puede variar según el tipo de servicio de atención sanitaria cubierto.

Costos compartidos Este se refiere a las formas en que se comparten los costos del plan de salud entre los empleadores y los empleados. Por lo general, los costos se comparten por medio de contribuciones de primas y pagos por servicios de atención sanitaria, tales como copagos, un monto fijo pagado por los empleados al momento en que obtengan los servicios; coaseguro, un porcentaje del cargo por servicios que se factura por lo regular después de que se recibieran los servicios; o deducibles, un monto nivelado que los empleados deben pagar antes de que sean elegibles para cualquier beneficio.

Costos de desembolso directo de la atención sanitaria Sus gastos por atención sanitaria que no los reembolse el seguro. Los costos de desembolso directo incluyen deducibles, coaseguro y copagos por servicios cubiertos más todos los costos por servicios que no estén cubiertos.

Cuenta de ahorros para asuntos de salud (HSA) Una cuenta de ahorros para gastos médicos disponible a los contribuyentes de impuestos que estén afiliados a un plan de salud con alto deducible. Los fondos con que se contribuye a la cuenta no están sujetos a impuesto sobre la renta federal al momento del depósito. Los fondos se deben utilizar para pagar gastos médicos calificados. A diferencia de una FSA, los fondos se trasladan de un año a otro, si no los gasta.

Cuenta de gastos flexibles (FSA) Un arreglo al que llega por medio de su empleador para pagar todo lo que alcance de sus gastos médicos de desembolso directo con dinero libre de impuestos. Estos gastos incluyen copagos y deducibles del seguro, así como fármacos calificados con receta, insulina y dispositivos médicos. Usted decide cuánto de su sueldo previo a impuestos desea desembolsar de su cheque de pago y colocarlo en una FSA. No tiene que pagar impuestos sobre este dinero. Existe un límite en el monto que coloca en una FSA cada año. En 2015, las contribuciones se limitaron a \$2,550 por año. Su empleador puede fijar un límite más bajo.

Cuenta de reembolso de gastos de salud (HRA)

Un plan colectivo financiado por el empleador del cual se les reembolsan a los empleados libre de impuestos los gastos médicos que califican, hasta un cierto monto por año. Los montos no utilizados pueden trasladarse para que se utilicen en años posteriores. El empleador financia y es propietario de la cuenta. Las HRA algunas veces se conocen como arreglos de reembolso de salud.

Deducible El monto que se espera que pague por los servicios de atención sanitaria que cubre su plan de salud antes de que el plan comience a pagar. Por ejemplo, si su deducible es \$1,000, su plan no pagará nada sino hasta que haya cumplido con su deducible de \$1,000 por servicios de atención sanitaria cubierta sujeto al deducible. Es posible que el deducible no se aplique a todos los servicios; por ejemplo, servicios preventivos, tales como pruebas de detección de hipertensión.

Explicación de beneficios (EOB) Una declaración enviada por su plan de salud después de que recibe servicios de atención sanitaria de un proveedor. Por cada servicio, esta muestra el monto cobrado por el proveedor, el cargo permisible del plan, el pago del plan y el monto que usted adeuda. No se trata de una factura.

Facturación de saldos Cuando un proveedor le factura por la diferencia entre el cargo del proveedor y el monto permitido. Por ejemplo, el cargo del proveedor es \$100 y el monto permitido es \$70, el proveedor puede facturarle por los \$30 restantes. Un proveedor de la red no puede facturarle saldos por servicios cubiertos.

Ley para una Atención Accesible La ley de reforma a la atención sanitaria—la Ley de Protección al Paciente y para una Atención Accesible—promulgada en marzo de 2010.

Máximo de desembolso directo El límite sobre el monto total que una compañía de seguros le requiere pagar a un miembro en deducible y coaseguro en un año. Luego de alcanzar un máximo de desembolso directo, un miembro ya no paga coaseguro porque el plan comenzará a pagar 100 % de los gastos médicos. Esto solo aplica a servicios cubiertos. Aún así, los miembros son responsables de los servicios que no estén cubiertos por el plan, aun cuando hayan alcanzado el máximo de desembolso directo por gastos cubiertos. Los miembros también continúan pagando sus pólizas de seguro médico.

Mercado de seguros Un recurso en donde las personas, las familias y los pequeños negocios pueden: enterarse de sus opciones de cobertura de salud; comparar planes de salud con base en costos, beneficios y otras características importantes; elegir un plan y afiliarse a cobertura. El mercado de seguros, también conocido como bolsa, también proporciona información sobre programas que ayudan a las personas con ingresos y recursos de bajos a moderados a pagar la cobertura. Visite healthcare.gov para obtener más información.

Monto permitido El monto máximo sobre el que se basa el pago del seguro para servicios de atención sanitaria cubiertos. A esto se le puede llamar “gasto elegible”, “subsidio de pago” o “tarifa negociada”. Si su proveedor le cobra más del monto permitido, es posible que tenga que pagar la diferencia.

Organización de proveedores exclusivos (EPO)

Un plan de salud en el que puede usar solamente a los médicos y hospitales dentro de su red, con la excepción de la atención de emergencia, y no existen beneficios fuera de la red.

Organización de proveedor preferido (PPO) Un tipo de plan de salud que contrata a proveedores de atención sanitaria, tales como hospitales y médicos, para crear una red de proveedores participantes. Usted paga menos si utiliza proveedores que pertenezcan a la red del plan. Puede utilizar médicos, hospitales y proveedores fuera de la red por un costo adicional.

Organización para el mantenimiento de la salud (HMO) Un plan de seguro médico que requiere que los miembros obtengan remisiones de su médico de atención primaria para muchos servicios de atención sanitaria y preautorización del plan para ciertos servicios. En general, los miembros de HMO deben usar proveedores participantes o “dentro de la red”, salvo en una emergencia. Los miembros de HMO pagan por lo regular solamente un copago y no necesitan presentar formularios de reclamo por los servicios que reciben dentro de la red.

Plan de punto de servicio (POS) Un tipo de plan en el que usted paga menos si utiliza médicos, hospitales y otros proveedores de atención sanitaria que pertenezcan a la red del plan. Los planes de POS también requieren que usted obtenga una remisión de su médico de atención primaria, con el fin de visitar a un especialista.

Plan de salud El tipo de cobertura de seguro médico que tiene, tal como organización para el mantenimiento de la salud o una organización de proveedor preferido. También se le conoce como plan de seguro médico o seguro médico.

Plan de salud con alto deducible (HDHP) Un plan que incluye deducibles más altos que los planes de seguro tradicionales. Los planes de salud de alto deducible se pueden combinar con cuentas de ahorros especiales, tales como las cuentas de ahorros de salud o los arreglos de reembolso de salud, permitiéndole pagar gastos médicos calificados de desembolso directo sobre una base previa a impuestos.

Prima El monto que debe pagar por su plan de seguro médico. Usted o su empleador la pagan usualmente por mes, trimestre o año.

Programa Children’s Health Insurance Program (CHIP) Programa de seguro que está conjuntamente financiado por el gobierno estatal y el gobierno federal que proporciona cobertura de salud a menores de edad de bajos ingresos y, en algunos estados, mujeres embarazadas en familias que ganan un ingreso mucho más alto como para calificar para Medicaid pero que no pueden costearse una cobertura de seguro privado.

Proveedor de atención sanitaria Un médico u otro profesional de la salud, hospital o centro de atención sanitaria que esté acreditado, cuente con licencia o esté certificado para ejercer en su estado y que esté prestando servicios dentro del alcance de esa acreditación, licencia o certificación.

Red Los hospitales y otros centros de atención sanitaria, proveedores y abastecedores que ha contratado su plan de salud para prestar servicios de salud.

Seguro médico Un contrato que requiere que su asegurador de salud pague alguna parte o todos sus costos de atención sanitaria a cambio de una prima.

Servicios no cubiertos Los servicios médicos que no están incluidos en su plan. Si recibe servicios no cubiertos, su plan de salud no le reembolsará tales servicios, su proveedor le facturará y usted será responsable del costo total. Necesitará consultar con su plan de salud, pero por lo general los pagos que efectúa por estos servicios no cuentan para su deducible. Asegúrese de conocer qué servicios están cubiertos antes de visitar a su médico.

Tarifa contratada El monto que los planes de salud pagarán a los proveedores de atención sanitaria en sus redes por servicios. Estas tarifas están negociadas y establecidas en los contratos de los planes con proveedores dentro de la red.

Para obtener más información

Departamento de Salud del Estado de Nueva York. www.health.ny.gov

New York State of Health. Mercado de la bolsa de seguros médicos de Nueva York.
www.nystateofhealth.ny.gov

Departamento de Servicios Financieros. La agencia del Estado de Nueva York que proporciona una guía del consumidor para información de planes de salud y de seguro médico.
www.dfs.ny.gov

Choosing Wisely. Ofrece listas de preguntas que usted y su médico pueden usar para tomar decisiones acerca de pruebas y procedimientos para una amplia variedad de situaciones de atención sanitaria. www.choosingwisely.org

State Health Insurance Assistance Program (Programa de asistencia a seguros de salud estatales o SHIP) de Nueva York. Este sitio web proporciona información sobre el programa SHIP y del programa de Información, asesoramiento y asistencia para seguros médicos de Nueva York que ayuda a los beneficiarios de Medicare con preguntas sobre los seguros médicos.
www.aging.ny.gov/HealthBenefits/Index.cfm

FH Reimbursement 101. Una serie de guías informativas en línea diseñadas para ayudar a los consumidores a entender mejor el sistema de atención sanitaria y cómo usarlo. Desarrollado por FAIR Health®, Inc.
www.fairhealth.org

Healthcare.gov. El recurso del gobierno federal para enterarse sobre los planes de seguros médicos disponibles en el mercado de seguros y cómo afiliarse a ellos.

Perfiles de salud del Estado de Nueva York. Sitio web del Departamento de Salud que incluye datos sobre resultados de pacientes e indicadores de calidad para centros de atención sanitaria.
profiles.health.ny.gov/hospital

Hospital Compare. Este sitio web cuenta con información acerca de la calidad de la atención en más de 4,000 hospitales certificados por Medicare por todo el país.
medicare.gov/hospitalcompare

INQUIREhealthcare. Un recurso en línea desarrollado por el Healthcare Incentives Improvement Institute para proporcionar a los consumidores información sobre la seguridad, el costo y la calidad de la atención sanitaria.
www.inquirehealthcare.org

MyMedicare.gov. Servicio gratuito y seguro en línea de Medicare para tener acceso a información personalizada acerca de sus beneficios y servicios de Medicare.

Proveedores de seguros del Estado de Nueva York

Aetna Health Inc. www.aetna.com

Affinity Health Plan www.affinityplan.org

AlphaCare of New York, Inc.
www.alphacare.com

AMERIGROUP New York, LLC
www.amerigroup.com

Amida Care, Inc. www.amidacareny.org

Easy Choice Health Plan
www.easychoicehealthplan.com

Capital District Physicians Health Plan
www.cdphp.com

Care Improvement Plus
www.careimprovementplus.com

Catholic Special Needs Plan, LLC
www.archcare.org

Center Care, Inc. www.centercare.com

CIGNA Health and Life Insurance Company
www.cigna.com

Community Blue www.bcbswny.com

Cuatro, LLC www.cuatrobenefits.com

Elderplan, Inc. www.elderplan.org

EmblemHealth www.emblemhealth.com

Empire HealthChoice www.empireblue.com

Essence Healthcare of New York, Inc.
www.essencehealthcare.com

Excellus Health Plan www.excellusbcbs.com

Freelancers Insurance Company, Inc.
www.freelancersinsuranceco.com

Health Net Insurance of New York, Inc.
www.healthnet.com

Health Plus Prepaid Health Services Plan, Inc.
healthplus.amerigroup.com

Health Republic Insurance of New York
www.healthrepublicny.org

HealthFirst www.healthfirst.org

Health Now New York, Inc.
www.healthnowny.com

HealthSpring Life & Health Insurance Company, Inc. www.healthspring.com

HHH Choices Health Plan, LLC
www.healthfirst.org

Hudson Health Plan
www.hudsonhealthplan.org

Humana www.humana.com

Independent Health
www.independenthealth.com

Liberty Health Advantage, Inc. www.lhany.com

MedAmerica Insurance Company of New York
www.medamericaltc.com

MetroPlus Health Plan, Inc. www.metroplus.org

MVP Health Plan, Inc. mvphealthcare.com

Neighborhood Health Providers
www.getnhp.com

New York State Catholic Health Plans, Inc.
www.fideliscare.org

North Shore-LIJ CareConnect Insurance Company, Inc. www.nsljicareconnect.com

Northwestern Long Term Care Insurance Company www.northwesternmutual.com

Oscar Insurance Corporation www.hioscar.com

Oxford Health Insurance, Inc.
www.oxfordhealth.com

Quality Health Plans of New York, Inc.
www.qualityhealthplansny.com

SCHC Total Care, Inc. www.totalcareny.com

Senior Whole Health of New York, Inc.
www.seniorwholehealth.com

Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.
www.sierrahealthandlife.com

Touchstone Health HMO, Inc.
www.touchstoneh.com

Tufts Insurance Company
www.tufts-health.com

UnitedHealthcare www.uhc.com

Univera Community Health, Inc.
www.univeracommunityhealth.org

Wellcare of New York, Inc. www.wellcare.com

PUBLICADO POR



Healthcare Association
of New York State



hfma
healthcare financial management association

La Healthcare Association of New York State (HANYS) es la única asociación a nivel estatal de atención hospitalaria y de continuación en el Estado de Nueva York, “la cual representa” a 500 hospitales no lucrativos y públicos, centros de atención de ancianos, agencias de atención en el hogar y otras organizaciones de atención sanitaria. HANYS está dedicada a la promoción de la salud de las personas y comunidades proporcionando liderazgo, representación y servicio a los proveedores y sistemas de atención sanitaria por toda la continuidad de la atención.

Con más de 40,000 miembros, la HFMA es la organización de membresía de más alto nivel de la nación para líderes de finanzas en la atención sanitaria. La HFMA forja y apoya coaliciones con otras asociaciones y grupos de la industria de la atención sanitaria para lograr consensos sobre soluciones para los desafíos que enfrenta en la actualidad el sistema de salud de Estados Unidos. Al trabajar con una amplia sección cruzada de personas de interés, la HFMA identifica áreas no cubiertas por todo el sistema de prestación de atención sanitaria y las conecta al establecer y compartir conocimiento y las mejores prácticas. Nuestra misión es liderar la administración financiera de la atención sanitaria.

Healthcare Association of New York State
One Empire Drive
Rensselaer, New York 12144
www.hanys.org
@hanyscomm

Healthcare Financial Management Association
3 Westbrook Corporate Center, Suite 600
Westchester, Illinois 60154
www.hfma.org
@hfmaorg

CPT® es una marca comercial registrada de la American Medical Association.

“Atención dentro de la red y fuera de la red” en las páginas 11–13 y definiciones de tarifas contratadas, código CPT®, HMO, servicios no cubiertos y máximo de desembolso directo tienen derechos de autor 2014, FAIR Health®, Inc. Con permiso. Todos los derechos reservados.

Todos los demás contenidos tienen derechos de autor 2015, Healthcare Association of New York State y Healthcare Financial Management Association. Todos los derechos reservados.