

Comprensión de los precios de la salud: una guía del usuario



hfma™

healthcare financial management association

Contenidos

Agradecimientos.	2
Introducción.	3
Para los usuarios que tengan cobertura de seguro médico.	5
Lo que debe saber sobre la asistencia medica de emergencia	10
Atención dentro y fuera de la red.	11
Para los beneficiarios de Medicare.	14
Para los usuarios que no tengan seguro médico.	15
Mejora en la entrega de información de los precios.	16
Definiciones.	17
Para obtener más.información.	20

Agradecimientos

HFMA extiende su agradecimiento a nuestros colaboradores por su contribución con este documento.

Therese Allison

Usuaría.

Francois de Brantes

Director Ejecutivo.

Health Care Incentives Improvement Institute.

Mary Lee Decoster

Vicepresidenta del Ciclo de Ingresos.

Maricopa Integrated Health System.

Suzanne Delbanco, Doctor en Filosofía

Director Ejecutivo.

Catalyst for Payment Reform.

Linda Fishman

Vicepresidenta Senior de Análisis en Políticas Públicas y Desarrollo.

American Hospital Association.

Alison Mossey

Usuaría.

Mark Rukavina

Director.

Community Health Advisors.

Julie Trocchio

Director Senior de Beneficios Comunitarios y Atención Continúa.

The Catholic Health Association of the United States.

Introducción



Si es como muchos estadounidenses y no sabe lo que es una visita al servicio de urgencias o lo que cuesta una operación hasta que llega una factura de un **proveedor de atención médica** o una carta de su plan de seguro médico al correo. Nos damos cuenta de que esta incertidumbre puede ser estresante y puede hacer que sea difícil planificar sus finanzas.

personales o del hogar. Es por eso que hemos desarrollado esta guía. Esta guía le puede ayudar si:

- ▶ desea saber dónde obtener respuestas a sus preguntas sobre los precios de la salud.
- ▶ le gustaría comparar los precios de un servicio en particular de proveedores.
- ▶ desea entender mejor, planificar y administrar sus **los gastos extra por la atención médica**
- ▶ está cubierto por un **plan de salud con deducible alto**

EL PRECIO IMPORTA. Por lo general, sabe lo que cuestan las cosas antes de comprarlas, de las compras más pequeñas, como un paquete de chicles, hasta los más grandes, como un automóvil o una casa. Pero cuando se trata de la atención médica, saber el costo por adelantado no siempre es fácil. Calcular cuánto va a costar “sanar” a una persona nunca es tan sencillo como calcular el costo de la instalación de un refrigerador. No siempre es fácil predecir lo que se necesita para tratar una enfermedad o recuperar la salud de una persona.

Pero los planes de salud están diseñados para incluir más **costo compartido** con los miembros de lo que eran años atrás. Uno de los propósitos del costo compartido es animar a las personas a tomar mejores decisiones sobre la salud. Cuando los usuarios comparten el costo de su atención médica, pueden estar menos propensos a elegir la atención que no necesitan o la atención que es de beneficio limitado para ellos. Así que saber el precio que espera pagar por su atención es más importante que nunca.

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

Introducción

LA CALIDAD TAMBIÉN IMPORTA. Por supuesto, el precio de la atención médica no es lo único a tener en cuenta. Aunque esta guía se centra en los precios, aprender sobre la calidad de la atención médica también es fundamental. El precio no se relaciona necesariamente con la calidad de la atención. ¡Más caro no significa mejor atención!

EL PRECIO ESTÁ VINCULADO A LA COBERTURA DE SEGURO MÉDICO. El precio que paga por un servicio de atención médica depende del seguro médico que tenga, por varias razones.

En primer lugar, si tiene seguro, usted y su plan de salud comparten los costos de la atención médica. Los detalles de la cobertura de su plan de salud, incluyen su **deducible**, **copago** y **coseguro**, y determinan el costo de la atención médica que tendrá que pagar y cuánto pagará su plan de salud.

En segundo lugar, los planes de salud tienen diferentes **redes** médicas, hospitales y otros profesionales de la salud. Cuando 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 querrá saber cómo se verán afectados sus gastos extra si usa un proveedor fuera de la red. Cuando recibe atención de un médico u hospital de la red, por lo general paga un precio más bajo. Si se sale de la red, por lo general tiene que pagar un precio más alto. Su plan de salud puede proporcionarle esta información.

Finalmente, su plan de salud puede tener información de los precios de muchos proveedores diferentes de la red. Un hospital puede proporcionar información sobre sus propios precios, pero, por lo general, no tienen la información de precios de otros hospitales o servicios de otros proveedores que puedan estar involucrados en su atención.

Es fácil ver que los precios de la salud pueden ser complicados. Entonces, ¿qué preguntas debe hacer para obtener un presupuesto? ¿Y quién tiene las respuestas? Siga leyendo.

Cómo tomar decisiones informadas sobre la salud

En la atención médica, más no siempre es mejor. Por ejemplo, a veces es mejor opción esperar y ver si un problema médico, como dolor de espalda, mejora en lugar de someterse a una cirugía de inmediato. En general, si su médico le recomienda una cirugía, considere visitar a otro médico para obtener una segunda opinión y considerar sus alternativas.

En términos generales, es importante trabajar estrechamente con su médico para elegir la atención que esté apoyada por evidencias que demuestren que funciona para los pacientes como usted, que no se repitan otras pruebas o procedimientos que ya ha recibido, que no le harán daño y que sea verdaderamente necesaria. Así es como *Choosing Wisely*[®], un esfuerzo de grupo por más de 50 sociedades de la especialidad médica, define las opciones de tratamiento sabias. Visite www.choosingwisely.org, para obtener herramientas que le ayudarán a hablar con su médico y tomar mejores decisiones sobre situaciones que van desde las pruebas de alergia hasta la atención en la etapa final de la vida.

Para los usuarios que tengan cobertura de seguro médico

Para los fines de esta guía, **el seguro médico** es una categoría que incluye a todos los que están cubiertos por un plan de seguro médico que no esté patrocinado por una agencia gubernamental. Muchas personas menores de 65 años reciben un seguro médico a través de un empleador. Otros compran su propio seguro a través del mercado de seguro individual o de los nuevos **Mercados de seguros** (también conocidos como intercambios de seguros) creados por la **Ley de Cuidado de Salud Asequible**, la reforma del sistema de salud nacional.

Su plan de seguro médico puede ser un recurso para obtener información sobre los precios de la salud. Esta sección del informe está diseñada para ayudarlo a trabajar con su médico y su plan de salud para obtener información de los precios.

Cómo obtener un presupuesto cuando puede planificar a futuro

Las situaciones en las que usted puede programar los servicios de salud antes de tiempo ofrecen mejores

oportunidades para tomar las consideraciones financieras en cuenta. Por ejemplo, puede planificar a futuro cuando decida realizarse **una cirugía electiva**, como un reemplazo de rodilla. En esas situaciones, comience por preguntarle a su médico para obtener información específica sobre la atención médica que recibirá antes de solicitar un presupuesto.

OBTENGA LOS DETALLES. Al visitar al médico, pregunte por el nombre técnico del procedimiento que se va a realizar, los códigos de seguro, (consulte el recuadro de la pág. 6 para obtener más información sobre los códigos), una lista de las pruebas que podría necesitar de antemano, y la información sobre la atención de seguimiento que es probable que necesite después. Por ejemplo, pregunte si es probablemente que necesite atención en una unidad o centro de rehabilitación antes de que esté listo para volver a casa o si necesitará fisioterapia o terapia ocupacional después de la cirugía. A veces, la única atención de seguimiento que necesitará será una visita al médico.

Códigos de seguros: lo que necesita saber

Sus proveedores de atención médica y su plan de seguro médico usan varios tipos de códigos para comunicarse entre sí sobre un pago. Los códigos están diseñados para asegurar que la facturación y el pago se manejen de forma correcta. Para obtener un presupuesto, debe tener la siguiente información del código:

- ▶ **códigos ICD-9 o ICD-10.** Los códigos de Clasificación internacional de enfermedades identifican el estado de su salud o diagnóstico. Por ejemplo, 250.0 significa diabetes sin complicaciones; 493.0 es el código ICD-9 para el asma.
- ▶ **Código CPT.** Los códigos de Terminología para procedimientos actuales (CPT) son números que se utilizan a menudo en las cuentas médicas para identificar el cargo por cada servicio y procedimiento facturados por un proveedor a usted y/o a su plan de seguro médico. Por ejemplo, los seis códigos CPT 99460-99465 son para los servicios de atención del recién nacido; 99281-99288 son códigos CPT para los servicios del departamento de emergencia.
- ▶ **Código HCPCS (diga "Hickpicks").** Medicare usa estos códigos en lugar de los códigos CPT. Si no tiene Medicare, no necesita saber estos códigos.

Antes de que solicite un presupuesto a su plan de seguro médico, pídale a su proveedor que le entregue los códigos numéricos que están relacionados con el servicio o procedimiento que va a recibir. En muchos casos, no se conoce el código exacto hasta que se realiza el procedimiento. Debido a que se usan miles de códigos, éstos pueden no estar disponibles en el momento de su solicitud. Su médico o el hospital puede necesitar hacer un seguimiento con usted para proporcionar esta información.

Además, algunas de las herramientas de información de precios en línea disponibles en la actualidad incluyen la información de precios de todos estos códigos. A menudo, la información en línea solo está disponible para pruebas y procedimientos comunes.

Preguntas que debe hacerle a su médico antes de la cirugía electiva

Imagine que su amiga María ha sido diagnosticada con cálculos biliares. Ella ya conversó con su médico sobre sus opciones de tratamiento. Juntos, María y su médico deciden que los cálculos biliares de María deben ser removidos, en algún momento, en las próximas semanas. Su médico puede realizar la cirugía en uno de los dos hospitales de la zona. Él dice que ambos son “hospitales buenos” y que programará la cirugía tan pronto como reciba el visto bueno de María. Usted sabe que María está casi tan preocupada por el efecto en su presupuesto como de la cirugía en sí. ¿Cómo puede María averiguar cuál será su gasto extra? Aquí hay algunas preguntas que María puede hacerle a su médico antes de que ella se ponga en contacto con su plan de salud por un presupuesto.

Pregunta	Respuestas probables	Consejos
¿Cuál es el nombre exacto del procedimiento?	Colecistectomía laparoscópica	Pídale al médico que escriba claramente el nombre del procedimiento. Corregir la ortografía es importante y muchos nombres de cirugía suenan similares.
¿Qué códigos ICD-9 o ICD-10 usará?	Uno o más códigos	Su plan de salud paga a los proveedores de atención médica basándose en estos códigos de diagnóstico, los que proporcionará la oficina del médico o el hospital. El sistema de codificación se actualizará con el tiempo de ICD-9 a ICD-10, que es mucho más detallado que el ICD-9. Para esa fecha, los números del código cambiarán.
¿Cuál es el código CPT® para este procedimiento?	Uno o más códigos de cinco dígitos	Los códigos CPT son los códigos de facturación que son utilizados por los proveedores, por lo general, de los servicios médicos de los Estados Unidos.
¿Qué pruebas voy a necesitar antes de la cirugía?	Exámenes de sangre Un escáner de diagnóstico, como un TAC o ultrasonido	Pida detalles sobre cuáles exámenes de sangre se ordenarán. Pregúntele al médico si tiene una variedad de instalaciones para realizarse estas pruebas. Consulte con su plan de salud antes de realizarse la prueba para averiguar dónde será más bajo su gasto extra.
¿Participarán otros médicos en mi atención y me cobrarán por sus servicios?	Un patólogo, un radiólogo y un anestesista pueden estar involucrados en su atención.	Incluso si el cirujano y el hospital se encuentran en la red de su plan de salud, otros médicos que participen en su atención hospitalaria no pueden estarlo. Para obtener más información, consulte la pág. 11.
¿Qué tipo de anestesia voy a recibir?	Anestesia general	Muchas cirugías incluyen la presencia de un anesestesiólogo y otros médicos que pueden o no ser parte de la red de su plan de salud. Para obtener más información, consulte la pág. 11.
Después de mi cirugía, ¿voy a volver directo a casa desde el hospital?	Después de ser dado de alta del hospital, debería ser capaz de ir directamente a casa.	Aunque es poco probable que después de la cirugía de cálculos biliares, pero si después de algunas operaciones, es posible que necesite atención en una unidad de rehabilitación o centro de enfermería especializada por un tiempo. O es posible que necesite atención médica a domicilio. Su plan de salud puede proporcionarle información sobre la cobertura y los precios.
¿Qué medicamentos y atención de seguimiento voy a necesitar?	Puede necesitar tomar [nombre del medicamento] por [periodo de tiempo] después de su cirugía.	
¿Qué más debo saber sobre como posibles complicaciones pueden afectar el costo del procedimiento?	En algunos casos, la cirugía de cálculos biliares mínimamente invasiva tiene que cambiarse a una colecistectomía “abierta”, que puede o no ser más cara.	Usted y su médico ya deben haber hablado de esto cuando hablaron sobre los riesgos y beneficios de la cirugía. Si no es así, asegúrese de hacer las preguntas sobre el procedimiento abierto antes del día de la cirugía. Realizarse un procedimiento diferente (o un procedimiento adicional) es probable que cambie el costo. Y si tiene que pasar la noche en el hospital por cualquier razón, es generalmente más costoso que un procedimiento ambulatorio.

Para los usuarios que tengan cobertura de seguro médico

SOLICITAR EL PRESUPUESTO. Después de que su médico le de los detalles, mire su plan de salud para un presupuesto.

En primer lugar, visite el sitio web de su plan de salud. Algunos sitios web de planes de salud tienen la información de precios disponible en línea.

Si no ha creado una cuenta en el sitio web del plan, tendrá que hacerlo, porque la información sobre los precios de los planes de salud que proporcionan generalmente está disponible solo para los miembros del plan de salud.

Una vez que haya iniciado sesión en la sección de miembros de la página web, busque una herramienta interactiva diseñada para ayudar a los miembros a ver y comparar los precios de la salud, teniendo en consideración las circunstancias de costos compartidos individuales. Estas herramientas permiten que se conecte con la información que ha recibido de su médico y encuentre rápidamente el costo estimado de los servicios o procedimientos comunes ofrecidos por los proveedores de la red. Si no está seguro de si su plan ofrece estas herramientas o dónde encontrarlas en la página web de su plan, algunos planes ofrecen asistencia de “chat en vivo” en línea que pueden servir de ayuda.

Si la información que necesita no está disponible en línea, necesita ayuda para encontrar o usar la información o simplemente prefiere hablar con una persona. directamente, llame al número de servicio al cliente del plan de salud, que por lo general, aparece en la parte posterior de su tarjeta de identificación del seguro, en horario de oficina del plan. Tenga su tarjeta de seguro cuando decida llamar.

Una vez que reciba un presupuesto, imprímalo o guarde una copia (si el presupuesto lo obtiene en línea) o pida que una copia sea enviada por correo o por correo electrónico. Puede que tenga que remitirlo más tarde, después de que reciba una factura.

CONOZCA LAS LIMITACIONES DEL PRESUPUESTO.

El presupuesto debe incluir la siguiente información específica.

- ▶ El precio total de su atención médica y la parte de ese precio que se espera que pague.
- ▶ Qué se incluye en el presupuesto.
- ▶ Lo que no se incluye en el presupuesto. Por ejemplo, el presupuesto no puede incluir:
 - medicamentos recetados para su uso después de salir del hospital.
 - dispositivos médicos o equipos médicos para el hogar.
 - atención en un centro de rehabilitación o atención médica en el hogar después de que salga del hospital.
 - servicios prestados por médicos, como anesthesiólogos, radiólogos y patólogos.
- ▶ El estado de la **red** de los especialistas, hospitales u otros proveedores que esté considerando. La elección de un proveedor fuera de la red puede resultar en un costo mucho más alto, un gasto extra que pagará usted. Su plan de salud no podrá proporcionarle presupuestos a servicios de proveedores fuera de la red, más allá de la cantidad de su copago y porcentajes de coseguro. Consulte la pág. 11 para más información.

En muchos casos, su plan de salud puede proporcionar información por separado sobre los costos de la atención que pueda necesitar después de salir del hospital, una vez que su médico le de una idea de cuáles son los servicios (como servicios de rehabilitación) que puede esperar.

Siempre hay una posibilidad de que la factura que reciba llegue a ser más alta de lo estimado. Consulte el recuadro de la pág. 9 para obtener información sobre sus opciones en esa situación.



CONSIDERE LA POSIBILIDAD DE OTROS RECURSOS.

Su empleador puede ser otro recurso para obtener información sobre los precios de la salud. Algunos empleadores disponen de herramientas de transparencia de precios en línea o centros de atención telefónica para sus empleados. Pregúntele a su departamento de recursos humanos para obtener más información. Además, algunos estados, como Maine y Massachusetts, cuentan con recursos públicos, como sitios web que ofrecen presupuestos o los precios promedios de las pruebas y procedimientos comunes.

TENGA EN CUENTA QUE ALGUNOS SERVICIOS NO ESTÁN CUBIERTOS.

Usted es responsable de pagar el monto total de todos los productos de atención médica o servicios que no estén cubiertos por su plan de salud, como la cirugía LASIK para mejorar la visión, cirugía

estética y medicamentos sin receta. Para obtener información sobre los precios de estos, debe ponerse en contacto con el proveedor o el punto de venta directa. En general, los proveedores de productos y servicios, que no están normalmente cubiertos por el seguro médico, se usan para trabajar con usuarios que buscan información sobre los planes de precios y pagos.

Los **servicios no cubiertos** no cuentan en relación al **gasto máximo extra anual** de su plan de salud. Sin embargo, algunos de estos servicios pueden calificar para pago a través de una **cuenta de gastos médicos flexibles, cuenta de ahorro de salud o cuenta de reembolso de salud** ofrecida por muchos empleadores. Póngase en contacto con su departamento de recursos humanos para obtener más información.

Consulte a su plan de salud sobre la pre-aprobación

Es posible que necesite una pre-aprobación (a veces llamada pre-autorización o autorización previa) de su plan de salud antes de la cirugía o de recibir otros servicios médicos. A través del proceso de pre-aprobación, su plan de salud confirma la necesidad médica, otras palabras, que el servicio es adecuado para su condición. Este proceso está diseñado para ayudar a controlar los costos de atención médica, al reducir la duplicación, el derroche y los tratamientos innecesarios.

Como usuario de los servicios de salud, es importante entender qué servicios requieren pre-aprobación. Si recibe atención sin obtener primero una pre-aprobación requerida, su plan de salud no puede cubrir sus demandas. La pre-aprobación puede ser necesaria para varios servicios, tales como tomografías computarizadas o resonancias magnéticas, no solo para la cirugía. En caso de dudas, llame a su plan de salud para averiguar si necesita una pre-aprobación. Si su plan de salud requiere una pre-aprobación para un servicio en particular, ese es un paso que debe tomar si solicita un presupuesto.

Qué hacer cuando la factura es superior al presupuesto

Si recibe una factura que es más alta de lo esperado, en primer lugar, respire profundamente y compare los detalles del presupuesto con los de la factura. Luego, llame a la oficina de su médico o al departamento de servicios financieros de pacientes del hospital para obtener más información y averiguar cuáles son las opciones disponibles. Para obtener los mejores resultados, tome un enfoque constructivo, orientado a las soluciones a la conversación y espere que el representante que haga lo mismo. Cuando llame, tenga en cuenta que se le puede pedir que proporcione una copia del presupuesto. He aquí algunas preguntas que hacer.

- ▶ **¿Me puede explicar por qué la factura es superior al presupuesto?** Tal vez le hicieron pruebas, procedimientos u otros servicios adicionales a los incluidos en el presupuesto o permaneció en el hospital por más tiempo de lo esperado.
- ▶ **¿Puedo obtener una factura clara con un resumen fácil de entender de los servicios?** Aunque los médicos y los hospitales hacen todo lo posible para enviar cuentas claras y precisas, pueden ocurrir errores. No dude en preguntar sobre cualquier cargo que no entienda o que no le parezca correcto.
- ▶ **¿Cumpló los requisitos para un descuento?** Cada hospital tiene sus propias políticas sobre la asistencia financiera, que están típicamente disponibles en la página web del hospital o bajo petición, junto con los materiales de aplicación. En algunos casos, podría negociar un precio más bajo, incluso si decide no solicitar asistencia financiera formal.
- ▶ **¿Hay disponible un plan de pago?** Puede solicitar una extensión de la fecha de vencimiento o un plan de pago sin intereses. O su médico u hospital pueden sugerir un plan de pago de una compañía independiente, como un banco, cooperativa de crédito o compañía de tarjeta de crédito. Asegúrese de entender todos los términos y condiciones antes de involucrarse en cualquier contrato de crédito. Y pida la documentación escrita.

Lo que debe saber sobre la asistencia médica de emergencia

En una emergencia médica, la atención que salva vidas siempre viene antes del pago y de las consideraciones del seguro, incluyendo las facturas pendientes de pago del hospital por una atención anterior.

SU DERECHO A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA. Una ley federal conocida como EMTALA (la ley de Tratamiento de Emergencias Médicas y Trabajo de Parto) da a todos el derecho a recibir tratamiento por una condición médica de emergencia, sin importar su capacidad de pago. Esta ley ayuda a proteger a los pacientes que no tienen seguro médico, así como aquellos que tienen Medicare, Medicaid, o seguro privado (EMTALA se aplica a todos los hospitales que aceptan Medicare, que incluye la mayoría de los hospitales de los Estados Unidos.) Otras leyes federales, estatales y locales pueden ofrecer garantías adicionales a su derecho a la asistencia médica de emergencia.

SUS RESPONSABILIDADES DE PAGO. Es importante darse cuenta de que tener un derecho a la asistencia médica de emergencia no significa que la atención sea gratuita. Se siguen aplicando las políticas regulares de un hospital sobre los precios, la facturación, el pago y la elegibilidad para la asistencia financiera. Esas discusiones financieras tienen lugar después de haber sido examinado y estabilizado en el departamento de emergencia (DE). Un asesor financiero hablará con usted o su representante (como un miembro familiar) al momento en que esté a punto de dejar el DE, durante el alta.

CARGOS FUERA DE LA RED EN EL DE. En el pasado, algunos planes de seguro médico limitaban el pago para los servicios del DE prestados fuera de la red del plan.

O le piden que obtenga la pre-aprobación de su plan de asistencia médica de emergencia en hospitales fuera de su red.

En virtud de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, los planes de salud no pueden exigir copagos o coseguros más altos por los servicios del DE fuera de la red prestados en un DE de un hospital. Las nuevas normas tampoco permiten que los planes de seguro médico soliciten que usted obtenga una pre-aprobación antes de buscar los servicios del DE de un proveedor o un hospital fuera de la red de su plan. Sin embargo, hay excepciones para los planes de seguro médico que fueron creados o emitidos antes del 23 de marzo de 2010.

FACTURACIÓN DE SALDO PENDIENTE. Si visita a un DE que no se encuentra en la red de su plan, de hecho, el plan de salud no puede exigir copagos o coseguros más altos, usted puede ser responsable de la diferencia entre la cantidad facturada por el proveedor de los servicios del DE fuera de la red (que podría ser considerado como “precio de lista”) y la cantidad pagada por el plan de salud. ¿Por qué? Porque no hay una tasa establecida que se haya acordado entre el proveedor y el plan de salud por los servicios y, por lo tanto, el pago realizado por el plan de salud al proveedor puede no ser aceptable para el proveedor. Esto, a veces, se refiere a “**facturación de saldo pendiente**”. Consulte a su plan de salud sobre su cobertura para la asistencia médica de emergencia fuera de la red, antes de que lo necesite y así estará preparado si se presenta una emergencia.

Atención dentro y fuera de la red

Infórmese antes de ir

Probablemente ha visto los términos “dentro de la red” y “fuera de la red” en la página web de su aseguradora y en la descripción del plan. Pero, ¿qué significan estos términos? Y ¿cómo afectará en la cantidad que tiene que pagar por su atención?

Su plan tiene un contrato con una amplia gama de médicos, así como 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** por su plan como pago total por los servicios.

Esa tarifa contratada incluye el costo que le corresponde a su aseguradora y su parte. Su parte puede estar en el formulario de un copago, deducible o coseguro. Por ejemplo, la tarifa contratada por su aseguradora para una consulta de atención primaria podría ser de \$120. Si tiene un copago de \$20 para las consultas de atención primaria, tendrá que pagar \$20 cuando consulte a un médico de la red. Su aseguradora pagará los \$100 restantes.

Si se atiende con servicios fuera de la red, la historia es distinta. Probablemente tendrá que pagar más si se atiende con servicios que están “fuera de la red.” Eso se debe a:

- ▶ que los proveedores fuera de la red no han acordado ningún tipo de tarifa con su aseguradora y pueden cobrar más.
- ▶ que su plan puede requerir mayores copagos, deducibles y coseguros para una atención fuera de la red. Así que, si normalmente tiene que pagar el 20 por ciento del costo del servicio estando dentro de la red, es posible que tenga que pagar el 30 por ciento si se encuentra fuera de la red. Con frecuencia, tendrá que pagar eso más cualquier diferencia entre el **monto permitido por su aseguradora** y lo que el proveedor le cobró.
- ▶ Su plan no cubre en absoluto la atención fuera de la red, dejándole el costo completo a pagar.



Sus costos por la atención fuera de la red también dependen de su tipo de plan:

- ▶ En una organización de mantenimiento de la salud o HMO, por lo general, tiene que pagar el costo total de cualquier tipo de atención que se realice fuera de la red, excepto en casos de emergencia.
- ▶ En una organización de proveedores preferidos (PPO) o un plan de punto de servicio (POS), por lo general, tendrá que pagar:
 - un deducible más alto que al estar en la red y/o un copago más alto.
 - más un porcentaje mayor de coseguro, que es un porcentaje de la “cantidad permitida”.
 - más la diferencia total entre la cantidad permitida y la tasa real de su proveedor, lo que podría ser mucho más alto.

Estos costos pueden aumentar rápidamente, incluso para una atención de rutina. Si tiene una enfermedad grave, puede significar decenas de miles de dólares más.

Por lo tanto, cuando necesite atención médica, es importante averiguar si todos los proveedores se encuentran en la red de su plan.

Atención dentro y fuera de la red

Costos dentro y fuera de la red en acción: un ejemplo

En primer lugar, echemos un vistazo a los costos dentro de la red. Digamos, que visita a un proveedor que normalmente le cobra \$1,000 por un servicio. Pero, ese proveedor se encuentra dentro de la red de su plan. Eso significa que ellos han acordado aceptar una tarifa contratada por su aseguradora, digamos que \$500, en lugar de la cantidad 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 por su plan	\$500	\$500	\$500
Su costo compartido	\$10 de copago	\$10 de copago	20% de coseguro
Su plan le paga al proveedor	\$490 (\$500 - \$10)	\$490 (\$500 - \$10)	\$500 x 80% = \$400
Usted le paga al proveedor	\$10	\$10	\$500 x 20% = \$100

Ahora, digamos que visita a un proveedor fuera de la red por el mismo servicio. El proveedor aún cobra \$1,000, pero esta vez no tiene ningún acuerdo con su aseguradora para aceptar una tarifa más baja.

En este caso, la aseguradora basará su parte del costo en el monto permitido para ese servicio. Esta es la cantidad mayor de dinero que ellos consideran que es un precio justo y razonable, basándose en lo que otros proveedores del área cobran. No es necesariamente la misma tarifa contratada por su plan. En este caso, digamos que la cantidad permitida es de \$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
Cantidad permitida de su plan	\$0	\$800	\$800
Su costo compartido	100%	el 30% de la cantidad permitida más la diferencia entre la cantidad permitida y el cargo del proveedor	el 30% de la cantidad permitida más la diferencia entre la cantidad permitida y el cargo del proveedor
Su plan le paga al proveedor	\$0	70% de \$800 = \$560	70% de \$800 = \$560
Usted le paga al proveedor	\$1,000 (100%)	30% de \$800 = \$240 más \$1,000 - \$800 = \$200	30% de \$800 = \$240 más \$1,000 - \$800 = \$200
Su costo total	\$1,000	\$440	\$440

Atenderse fuera de la red por este ejemplo de servicio podría costarle cientos de dólares más.

Las disposiciones reales de su plan pueden ser diferentes a las que hemos usado en los ejemplos. Asegúrese de revisar el folleto de su plan, el sitio web de su compañía de seguros o llame a su aseguradora para estar seguro de que entiende cómo funciona su plan.

Atención dentro y fuera de la red

¿Por qué atenderse fuera de la red?

Así que, ¿por qué se atendería fuera de la red? Hay algunas muy buenas razones. Si usted o un ser querido se enfrentan a una enfermedad grave, es posible que desee tener más opciones de las que están disponibles en su red. A veces eso significa ir a un hospital que no se encuentra dentro de su plan o a un especialista que no está dentro de su red.

Además, los pacientes a menudo se atienden en centros fuera de la red sin la intención de hacerlo.

Hay dos razones comunes:

► Su médico de atención primaria lo deriva a un especialista que no se encuentra en su red.

No asuma que su médico de atención primaria conoce los detalles de su plan. Si necesita que lo deriven, recuérdale a su médico qué tipo de cobertura de seguro tiene y pídale que lo remita a un especialista dentro de ese plan. Cuando llame para concertar una cita con ese proveedor, pídale al personal administrativo que confirme que el médico pertenece a la red.

También puede llamar a su aseguradora o visitar su sitio web para encontrar un médico en su red.

Asegúrese de que está eligiendo desde el directorio de proveedores para su tipo de plan (muchas aseguradoras ofrecen opciones de HMO, PPO, POS que pueden estar en distintas redes).

► Reciba atención en un hospital dentro de la red y luego recibirá una factura.

Mientras que su hospital puede participar en su plan de salud, algunos proveedores de ese hospital, como anestesiólogos o radiólogos puede que no participen. Si tiene una enfermedad grave, muchos proveedores estarán involucrados en su tratamiento. La cirugía para pacientes hospitalizados requiere un cirujano, un quirófano, anestesia, medicación, habitación y comida del hospital y más. Todos ellos tendrán cargos por separado y todo se contratará por separado con las aseguradoras.

Antes de programar un servicio o procedimiento, pregunte si todos los proveedores que lo tratarán en el hospital se encuentran dentro de su red.

¿Qué pasa con las emergencias?

¿Qué sucede si sufre un ataque al corazón? Esperar recibir atención en un caso de emergencia es peligroso y puede incluso ser mortal. Por lo tanto, muchos planes cubren una parte de la atención de emergencia sin importar donde se encuentre, incluso si se encuentra fuera del área.

de su red. Una vez que su condición se estabilice, por lo general, será trasladado a un proveedor de la red para una atención de seguimiento.

Pero recuerde, que solo se aplica a las situaciones de emergencia real. Nunca debe ir a la sala de emergencia para una atención de rutina que podría recibir en un consultorio o clínica. Las consultas al departamento de emergencia cuestan más que las consultas regulares al doctor y las aseguradoras, a menudo, no pagarán la misma cantidad al proveedor si no es una verdadera emergencia. Eso significa que recibirá una factura costosa. Además, mejorará, una atención más personalizada por parte de su doctor y no tendrá que esperar durante horas en el DE.

Si no está seguro de lo que constituye una emergencia o qué costos de emergencia se encuentran cubiertos, pregúntele a su aseguradora.

Su plan de acción: no se sorprenda por la factura

Hay momentos en que atenderse fuera de la red es simplemente inevitable. Pero, la decisión depende de usted y usted debe tomar esa decisión informado. Siga estos consejos para ayudar a controlar sus costos:

- Pídale a su proveedor que lo derive primero a centros que se encuentren dentro de la red, a menos que haya una razón específica por la cual desee atenderse fuera de la red.
- Antes de programar una cita con un nuevo proveedor, pregúntele si participa en su plan (y su red a través de esa aseguradora, PPO, POS o HMO).
- Si va a recibir un procedimiento complejo, como una cirugía, pregúntele a su médico si todos sus proveedores se encuentran en su plan, desde el hospital hasta el laboratorio, hasta el anestesiólogo. Su médico puede cambiar su atención a una con proveedores dentro de la red para estos servicios.
- Si elige atenderse fuera de la red, pregúntele al personal del proveedor cuánto le cobrarán antes de su consulta. Luego, diríjase a su plan de salud para averiguar cuánto cubrirá su plan del costo.

Y lo más importante, recuerde que usted es su mejor defensor. Hablar y hacer preguntas por adelantado le ayudará a evitar ser sorprendido con lo que pueda deber.

Para los beneficiarios de Medicare

Medicare tradicional, a veces llamado Medicare original, incluye los costos de la Parte A para el seguro hospitalario y los costos de la Parte B para el seguro médico. Algunas personas optan por la cobertura de la Parte C, Medicare Advantage, en lugar de Medicare tradicional. Los planes de Medicare Advantage son, típicamente HMO o PPO (La cobertura de medicamentos con receta también está disponible en la Parte D de Medicare).

Si está cubierto por un plan tradicional de Medicare, usted paga un porcentaje de los montos aprobados por Medicare para muchos servicios de salud. También es responsable por los deducibles y pagos por los medicamentos, recetados, dispositivos médicos y suministros.

Medicare tiene un sitio web diseñado para ayudar a los usuarios a obtener información sobre cómo los hospitales comparan en términos de calidad (www.medicare.gov/hospitalcompare). Pero los precios que Medicare paga a los médicos y hospitales, que afectan los precios que los usuarios serán responsables de pagar, no son fáciles de encontrar en línea por los usuarios. Y Medicare no paga la misma cantidad a todos los médicos y hospitales en el país, paga cantidades diferentes basándose en los costos de un área local.

APRENDA SOBRE SU COBERTURA DE MEDICARE.

Hay varias formas de acceder a la información sobre la cobertura, beneficios y precios de Medicare.

- ▶ *Vaya al sitio en línea o llame a Medicare.* Visite el sitio web de Medicare en www.mymedicare.gov o llame al 800-MEDICARE (800-633-4227) y hable con un representante de servicio al cliente. Aquellos que usan un dispositivo especial por problemas de audición y habla (TTY) deben llamar al 877-486-2048.
- ▶ *Lea el manual de Medicare y usted.* Este manual es publicado cada año por la agencia gubernamental de Medicare. Está disponible en línea en www.medicare.gov/medicare-and-you. Si prefiere recibir un manual impreso, puede solicitarlo llamando al 800-MEDICARE.(800-633-4227).
- ▶ *Use el servicio de asesoramiento de Medicare de su estado.* Eche un vistazo a la información proporcionada por el Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico local (SHIP). SHIP es un servicio de asesoramiento de beneficios para la salud gratuito para los beneficiarios de Medicare y sus familias o cuidadores. Está financiado por agencias federales y no está afiliado con.

la industria de seguros. El número de teléfono y la información de contacto del sitio web de SHIP para cada estado está disponible en www.seniorsresourceguide.com/directories/National/SHIP.

- ▶ *Vea a su médico y hospital como los recursos de información.* Llame a la oficina de su médico o al departamento de servicios financieros de pacientes del hospital. Pueden proporcionarle un presupuesto de los gastos extra de muchos servicios y procedimientos comunes, con información específica sobre:

- Qué se incluye en el presupuesto.
- Lo que no se incluye en el presupuesto (como los medicamentos prescritos para su uso después de salir del hospital, dispositivos médicos o equipos médicos para el hogar y el cuidado en un centro de rehabilitación o atención médica en el hogar después de que salga del hospital).

Su médico o el hospital también pueden ser capaces de proporcionar información de contacto para las empresas o proveedores que proporcionen artículos o servicios que no se incluyen en el presupuesto, por lo que puede ponerse en contacto con aquellas empresas o proveedores para obtener información sobre los precios.

VEA SU PLAN DE MEDIGAP COMO UN RECURSO.

Algunas personas tienen una póliza de seguro médico diseñada para ir junto con la cobertura de Medicare tradicional. Estas pólizas son conocidas como pólizas complementarias o Medigap. Las pólizas Medigap pueden ayudar a pagar su parte (coseguro, copagos o deducibles) de los costos de los servicios cubiertos por Medicare. Algunas de las pólizas de Medigap también cubren ciertos artículos que Medicare no cubre. Si tiene una póliza de Medigap, su plan de Medigap es la mejor fuente de información sobre precios y costos.

VEA SU PLAN DE MEDICARE ADVANTAGE COMO UN RECURSO.

Si tiene cobertura a través de Medicare Advantage, que es proporcionada por las compañías de seguros no gubernamentales aprobadas por Medicare, póngase en contacto con su plan Medicare Advantage para obtener información sobre los precios. (Si tiene cobertura de Medicare Advantage, no necesita y no es elegible para una póliza Medigap).

Para los usuarios que no tengan seguro médico

Si no tiene cobertura de seguro médico, aprenda sobre sus opciones de seguro, entérese de si es elegible para recibir asistencia financiera para la atención hospitalaria y solicite un presupuesto antes de recibir los servicios de salud.

APRENDA SOBRE SUS OPCIONES DE SEGURO.

A partir del año 2014, millones de estadounidenses fueron elegibles para el seguro médico a través de los mercados de seguros creados por la **Ley de Cuidado de Salud Asequible**. Dependiendo del individuo y de los ingresos del hogar, puede calificar para un seguro médico privado o para la cobertura de Medicaid y sus hijos pueden calificar para la cobertura bajo el **Programa de Seguro Médico para Niños** (CHIP). Tanto Medicaid y CHIP cubren a millones de familias con ingresos limitados. Para obtener más información, consulte el recuadro y visite healthcare.gov [Insertar recuadro 5 aquí]. Además, su proveedor de atención médica le puede ayudar a averiguar si califica para cualquiera de estos programas.

AVERIGÜE SI ES ELEGIBLE PARA RECIBIR

ASISTENCIA FINANCIERA. Puede solicitar asistencia financiera proporcionada directamente por un hospital para atención hospitalaria, basándose en los criterios de elegibilidad del hospital para la atención gratuita o con descuento. Muchas personas que no tienen seguro son elegibles para recibir atención gratuita o con descuento.

SOLICITE UN PRESUPUESTO. Además de ayudar a determinar su elegibilidad para el seguro médico y la asistencia financiera, el representante financiero puede proporcionar un presupuesto de los gastos extra de muchos servicios y procedimientos comunes, con información específica sobre:

- ▶ Qué se incluye en el presupuesto.
- ▶ Lo que no se incluye en el presupuesto (como los medicamentos prescritos para su uso después de salir del hospital, dispositivos médicos o equipos médicos para el hogar y servicios de otros proveedores que puedan estar involucrados en su atención, como un centro de rehabilitación o atención médica en el hogar después de que salga del hospital).
- ▶ El precio total de su atención médica.

Sobre el Mercado de Seguros de Salud

El Mercado de Seguros de Salud (también conocido como el intercambio de seguros de salud) es una nueva forma de encontrar la cobertura médica de calidad. Puede ayudarlo si no tiene cobertura ahora o si la tiene, pero quiere tener otras opciones.

Cuando hace uso del Mercado de Seguros de Salud, proporcionará un poco de información sobre el tamaño de su hogar e ingreso para averiguar si puede obtener un subsidio para ayudarlo a pagar sus **primas mensuales** de los planes de seguros privados. Aprenderá si califica para la asistencia de gastos extra. Y verá todos los planes de salud disponibles en su área para que pueda compararlos y elegir el plan que más le convenga. El Mercado también le dirá si califica para la cobertura gratuita o de bajo costo disponible a través de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños. La mayoría de los estadounidenses son elegibles para el uso del Mercado.

La inscripción abierta para el año 2014 en el Mercado de Seguros de Salud concluyó el 31 de marzo de 2014. Pero si tuvo un cambio en la situación familiar (por ejemplo, matrimonio o nacimiento de un hijo) o ha perdido otra cobertura de seguro médico, puede calificar para postular justo después de que se produce un "evento que califica". La inscripción abierta para la cobertura del año 2015 comienza el 15 de noviembre de 2014. Para obtener más información, visite healthcare.gov o llame al 800-318-2596.

Mejora en la entrega de información de los precios

Los médicos, hospitales y planes de salud y los grupos de usuarios están de acuerdo en que debería ser más fácil para los usuarios recibir la información sobre los precios de la salud que necesitan. Es por eso que estos grupos están trabajando juntos para mejorar la transparencia de los precios, lo cual es solo otra forma de decir que los precios deben estar claros. Como punto de partida, estos grupos han acordado una serie de principios rectores, como se muestra en el siguiente anexo. Como usuario de la atención médica, tiene un papel importante que desempeñar en la mejora en la entrega de información.

de los precios que está disponible para usted y millones de otros usuarios en todo el país. Una de las maneras en que puede ayudar es hacerse escuchar. Si su plan de seguro médico, un médico o un hospital están proporcionando la información de los precios que necesita, hágalos saber. Si utilizó esta información para tomar sus decisiones. Si la información no lo satisface, por favor, ofrezca sus sugerencias y comentarios. Juntos, podemos hacer que la información sobre el costo de la atención médica sea más accesible para todos.

Principios rectores para la mejora en la entrega de información de los precios

Principio rector	Lo que esto significa para usted
La transparencia de precios debe capacitar a los pacientes a hacer comparaciones de precios significativas antes de recibir atención médica. También debe permitir que otros compradores de atención médica y en referencia a los médicos para que identifiquen a los proveedores que ofrecen el nivel de valor buscado por el comprador de atención médica o el médico y su paciente.	Debe tener la información que le da el poder para realizar comparaciones significativas de los precios antes de adquirir un servicio de atención médica. La información también debe permitir a los médicos y otros profesionales de la salud identificar a los proveedores que puedan satisfacer mejor sus necesidades.
Cualquier forma de transparencia ha de ser fácil de usar y fácil de comunicar a los interesados.	La información de precios debe ser fácil de usar y entender por usted.
La información de transparencia de precios debe estar emparejada con otra información que define el valor de la atención para el comprador de la atención.	Junto con la información de precios, debe recibir información sobre la calidad, seguridad, experiencia de los pacientes y otros aspectos de la atención médica que son importantes para usted.
La información de transparencia de precios debería, en última instancia, proporcionar a los pacientes la información que necesitan para entender el precio total de su atención y lo que está incluido en ese precio.	Debe recibir la información que necesita para entender: <ul style="list-style-type: none"> ▶ el precio total de su atención médica ▶ lo que se incluye en ese precio ▶ lo que se excluye de ese precio
La transparencia de precios requerirá el compromiso y la participación activa de todos los interesados.	Los hospitales, médicos y otros profesionales de la salud y los usuarios tienen, cada uno, un papel que desempeñar y deben trabajar juntos para alcanzar estos objetivos.

Fuente: Asociación de Salud de Gestión Financiera (HFMA). "Transparencia de precios en la atención médica: informe del Comando de transparencia de precios de la HFMA", de 2014. Disponible en hfma.org/transparency.

Definiciones

Cantidad permitida

La cantidad máxima en la que el pago del seguro se basa por los servicios de atención médica cubiertos. Esto se puede llamar “gasto elegible”, “asignación de pagos” o “tarifa negociada”. Si su proveedor cobra más que la cantidad permitida, es posible que tenga que pagar la diferencia.

Cirugía electiva

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

Código CPT®

Los códigos de Terminología para procedimientos actuales (CPT) son números que se asignan a los servicios y procedimientos médicos. Los códigos son parte de un sistema uniforme que se mantiene por la Asociación Médica Estadounidense y son usados por los proveedores de servicios médicos, instalaciones y aseguradoras. Cada código es único y se refiere a una descripción escrita de un servicio médico específico o procedimiento. Los códigos CPT son números que se utilizan a menudo en las cuentas médicas para identificar el cargo por cada servicio y procedimiento facturados por un proveedor a usted y/o a su plan de seguro médico. La mayoría de los códigos CPT son de naturaleza muy específica. Por ejemplo, el código CPT para una consulta de 15 minutos es diferente al código CPT para una consulta de 30 minutos. Verá un código CPT en su formulario de Explicación de beneficios (EOB). También puede preguntar a su proveedor de atención médica por el código CPT para un procedimiento o servicio al que se someterá o que ya ha recibido. CPT® una marca registrada de la Asociación Médica Estadounidense. Es posible que necesite estos códigos para recibir los presupuestos exactos (Fair Health).

Códigos ICD-9 o ICD-10

El sistema oficial de asignación de códigos para los diagnósticos médicos en los Estados Unidos. Mediante el uso de estos códigos, los profesionales de la salud en cualquier parte del país pueden tener una comprensión compartida del diagnóstico de un paciente.

Copago

Una cantidad fija (por ejemplo, \$15) que paga por un servicio de salud cubierto, por lo general, cuando recibe el servicio. La cantidad puede variar según el tipo de servicio de salud cubierto.

Coseguro

Su parte del porcentaje de los costos de un servicio de salud cubierto. Este (por ejemplo, 20 por ciento) se basa en la cantidad permitida por el servicio. Usted paga el coseguro más los deducibles que deba. Por ejemplo, si el seguro médico o monto permitido del plan para una consulta es de \$100 y ha conocido su deducible, el pago de su coseguro del 20 por ciento sería de \$20. El seguro médico o plan paga el resto de la cantidad permitida.

Costo compartido

Esto se refiere a las formas en que los costos de los planes de salud son compartidos entre los empleadores y empleados. En general, los costos se comparten de dos formas principales: a través de las contribuciones de las primas y por medio de los pagos de los servicios de atención médica, como copagos, una cantidad fija pagada por los empleados en el momento en que reciben los servicios; coseguro, un porcentaje del cargo por los servicios que se facturan habitualmente después de los servicios que reciben; y deducibles, una cantidad fija que los empleados deben pagar antes de ser elegibles para cualquier beneficio.

Cuenta de ahorros para la salud (HSA)

Una cuenta de ahorros médicos disponible a los contribuyentes que están inscritos en un plan de salud con deducible alto. Los fondos aportados a la cuenta no están sujetos al impuesto sobre la renta federal en el momento del depósito. Los fondos deben ser usados para pagar gastos médicos calificados. A diferencia de una cuenta de gastos flexibles (FSA), los fondos se reinvierten cada año si no los gasta.

Cuenta de gastos flexibles

Un acuerdo que establece a través de su empleador para pagar por muchos de sus gastos médicos extra con dinero libre de impuestos. Estos gastos incluyen los copagos y los deducibles de seguros y los medicamentos recetados, calificados, insulina y dispositivos médicos. Usted decide cuánto de su salario bruto desea que se descuenta de su cheque de pago y vaya a una FSA. No tiene que pagar impuestos de este dinero. Hay un límite en la cantidad que puede asignar a una FSA cada año. En el 2014, las contribuciones se limitaron a \$2.500 por año. Su empleador puede fijar un límite inferior.

Definiciones

Cuentas de Reembolso de Gastos Médicos (HRA)

Un plan de grupo financiado por el empleador a partir del cual los empleados son reembolsados libre de impuestos para gastos médicos calificados, hasta un determinado importe al año. Las cantidades no usadas se podrán reinvertir para usarse en los años siguientes. El empleador financia y es dueño de la cuenta. Las HRA a veces se llaman acuerdos de reembolso de gastos médicos.

Deducible

La cantidad que se espera que pague por los servicios médicos que su plan de seguro médico cubre antes de que su plan de seguro médico comience a pagar. Por ejemplo, si su deducible es de \$1.000, su plan no pagará nada hasta que no haya conocido a su deducible de \$1.000 por los servicios de atención médica cubiertos que estén sujetos al deducible. El deducible puede no aplicarse a todos los servicios, por ejemplo, los servicios de prevención, tales como la detección de la presión arterial.

Explicación de beneficios (EOB)

Un comunicado enviado por su plan de salud después de recibir los servicios de atención médica de un proveedor. Por cada servicio, se muestra la cantidad cobrada por el proveedor, la carga permitida por el plan, el pago del plan y la cantidad que debe. No es una factura.

Facturación de saldo pendiente

Cuando un proveedor le factura la diferencia entre el cargo del proveedor y la cantidad permitida. Por ejemplo, si el cargo del proveedor es de \$100 y el monto permitido es de \$70, el proveedor puede cobrarle el restante de \$30. Un proveedor de la red no puede facturarle el saldo pendiente por los servicios cubiertos.

Gasto máximo extra

El límite en la cantidad total que una compañía de seguros médicos requiere que un miembro pague en deducible y coseguro en un año. Después de alcanzar un gasto máximo extra, un miembro ya no paga el coseguro porque el plan comenzará a pagar el 100 por ciento de los gastos médicos. Esto solo se aplica a los servicios cubiertos. Los miembros siguen siendo responsables de los servicios que no están cubiertos por el plan, incluso si han alcanzado el gasto máximo extra por los gastos cubiertos. Los miembros también siguen pagando sus primas mensuales para mantener sus pólizas de seguro médico (Fair Health).

Gastos extra por la atención médica

Los gastos por su atención médica que no son reembolsados por el seguro. Los gastos extra incluyen deducibles, coseguros y copagos por los servicios cubiertos más todos los costos de los servicios que no están cubiertos.

Ley de Cuidado de Salud Asequible.

La reforma del sistema de salud, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible, fue promulgada en marzo de 2010.

Mercado de Seguros

Un recurso donde los individuos, familias y pequeñas empresas pueden: aprender sobre sus opciones de cobertura médica; comparar los planes de seguro de salud basados en los costos, beneficios y otras características importantes; elegir un plan; e inscribirse en la cobertura. El Mercado de seguros, también conocido como intercambio, también proporciona información sobre los programas que ayudan a las personas de bajos a moderados ingresos y recursos a pagar la cobertura. Visite healthcare.gov para obtener más información.

Organización de mantenimiento de la salud (HMO)

Un plan de seguro médico que requiere que los miembros sean derivados a su médico de atención primaria para muchos de los servicios de atención médica y la pre-autorización del plan para determinados servicios. En general, los miembros de la HMO deben usar proveedores participantes o "en red", excepto en caso de emergencia. Los miembros de la HMO suelen pagar solo el copago y no necesitan presentar formularios de reclamo por los servicios que reciben en la red.

Organización de Proveedores Preferidos (PPO)

Un tipo de plan de salud que tiene contrato con los proveedores de salud, como hospitales y médicos, para crear una red de proveedores participantes. Paga menos si usa los proveedores que pertenecen a la red del plan. Puede usar los médicos, hospitales y proveedores fuera de la red por un costo adicional.

Plan de punto de servicio (POS)

Un tipo de plan en el que paga menos si usa médicos, hospitales y otros proveedores de salud que pertenecen a la red del plan. Los planes POS también requieren que sea derivado a su médico de atención primaria con el fin de que vea a un especialista.

Definiciones

Plan de salud

El tipo de cobertura de seguro de salud que tenga, como una organización de mantenimiento de salud o una organización de proveedores preferidos. También se conoce como plan de seguro de salud o seguro médico.

Plan de salud con deducibles altos

Un plan que cuenta con deducibles más altos que los planes de seguro tradicionales. Los planes de salud con deducibles altos (HDHP) se pueden combinar con las cuentas especiales de ahorro, tales como cuentas de ahorros para la salud o acuerdos de reembolso de gastos médicos que permiten que pague por los gastos médicos extra calificados en una base bruta.

Prima mensual

La cantidad que debe pagar por su plan de seguro médico. Usted y/o su empleador usualmente pagan de forma mensual, trimestral o anual.

Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

El programa de seguro financiado conjuntamente por el gobierno estatal y federal, que provee cobertura de salud a niños de bajos recursos y, en algunos estados, a mujeres embarazadas de familias que tienen altos ingresos para que califiquen a Medicaid, pero que no pueden darse el lujo de comprar una cobertura de seguro médico privada.

Proveedor de atención médica

Un médico u otro profesional de la salud, hospital o centro de salud que está acreditado, con licencia o certificación para ejercer en su estado y proporciona los servicios en el ámbito de esa acreditación, licencia o certificación. (Fuente: Fair Health).

Red

Los hospitales y otros centros de salud, proveedores y proveedores que su plan de seguro médico ha contratado para proveer servicios de salud.

Seguro de salud

Un contrato que requiere que su aseguradora de salud pague una parte o la totalidad de sus costos de atención médica 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 reembolsará estos servicios y su proveedor le cobrará y usted será responsable del costo total. Tendrá que consultar con su plan de seguro médico, pero, por lo general, los pagos que realiza por estos servicios no cuentan para el deducible. Asegúrese de saber qué servicios están cubiertos antes de visitar a su médico. (Fair Health).

Tarifas acordadas

Las cantidades que los planes de seguro médico pagará a los proveedores de salud en sus redes de servicios. Estas tarifas son negociadas y establecidas en los contratos de los planes con los proveedores de la red. Fuente: Fair Health.

Para obtener más información

Choosing Wisely. Ofrece una lista de preguntas que usted y su médico pueden usar para tomar decisiones sobre las pruebas y procedimientos para una amplia variedad de situaciones médicas www.choosingwisely.org.

Directorio de Programas Estatales de Asistencia sobre el Seguro Médico, Guía de recursos de alto nivel. Este sitio web proporciona información de contacto de los Programas Estatales de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIPs), que proporcionan ayuda gratuita a los beneficiarios de Medicare que tengan preguntas o problemas con su seguro médico. www.seniorsresourceguide.com/directories/National/SHIP.

HealthCare.gov. Recursos del gobierno federal para el aprendizaje y la inscripción en planes de seguro médico disponibles a través del mercado de seguros.

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

Hospital Compare. Este sitio web del gobierno federal tiene información sobre la calidad de la atención en más de 4.000 hospitales certificados por Medicare en todo el país. Puede utilizar Hospital Compare para encontrar hospitales y comparar la calidad de su atención medicare.gov/hospitalcompare.

MyMedicare.gov. Medicare es un servicio gratuito, en línea y seguro para acceder a información personalizada sobre sus beneficios y servicios de Medicare mymedicare.gov.

Reembolso FH 101. Una serie de guías informativas en línea diseñadas para ayudar a los usuarios a entender mejor el sistema de salud y la forma de utilizarlo. Desarrollado por FAIR Health.

CPT copyright 2013 American Medical Association. Todos los derechos reservados.

“Atención dentro y fuera de la red” y términos designados en la sección “Definiciones” son derechos de autor 2014 FAIR Health®, Inc. Por permiso. Todos los derechos reservados.

Todos los demás derechos reservados copyright 2014, Healthcare Financial Management Association. Todos los derechos reservados.

PUBLICADO POR



hfma[™]

healthcare financial management association

Con más de 40.000 miembros, la Healthcare Financial Management Association (HFMA) es la organización de membresía más importante del país para los líderes de las finanzas de la salud. HFMA construye y apoya coaliciones con otras asociaciones de la salud y grupos de la industria para lograr un consenso sobre soluciones para los desafíos que el sistema de salud de Estados Unidos enfrenta hoy en día. Trabajar con una amplia representación de las partes interesadas, HFMA identifica lagunas en todo el sistema de prestación de asistencia sanitaria y les tiende un puente a través de la creación y el intercambio de conocimientos y mejores prácticas. Ayudamos a las partes interesadas de la salud a alcanzar resultados óptimos mediante la creación y la educación, el análisis y las herramientas prácticas y soluciones. Nuestra misión es llevar la gestión financiera de la atención sanitaria.

Copyright 2014. Todos los derechos reservados.

**Healthcare Financial Management Association
3 Westbrook Corporate Center, Suite 600
Westchester, Illinois 60154-5700
hfma.org**

Correspondencia: resourcecenter@hfma.org