

SEGURO DE SALUD

¡Ayuda!

SU GUÍA PASO A PASO PARA ENTENDER
SUS CUENTAS MÉDICAS | NÚMERO TRES

Cómo entender las cuentas médicas de un vistazo

Usted tiene seguro de salud y visitó a un proveedor de atención de la salud para obtener servicio — y ahora resulta que recibió una cuenta. Podría sentir confusión sobre lo que es responsabilidad suya pagar. Repasemos las reglas de las cuentas médicas para ayudarle a entender cada pieza y organizarlas todas juntas.

Primero, usted recibió un resumen de beneficios y documentos de su póliza cuando se inscribió en el seguro de salud. Estos documentos siempre son un buen punto de partida para cuando intente entender las reglas de su póliza de seguro de salud. Si tiene preguntas específicas sobre cuánto podría tener que pagar por cualesquiera servicios o procedimientos de atención de la salud que reciba, siempre es mejor comunicarse con su compañía de seguro de salud, pues ellos sabrán todos los detalles acerca de su póliza de seguro de salud específica. El número se encuentra en su tarjeta de seguro.



Entienda su modelo de beneficios

- Su modelo de beneficios se refiere a todas las características específicas de su póliza de seguro de salud, incluidos los beneficios cubiertos y cuál podría ser su responsabilidad financiera.
- Su compañía de seguro de salud es el mejor recurso para obtener información específica sobre su modelo de beneficios.
- El resumen de beneficios y cobertura es un resumen fácil de leer en donde se establecen sus responsabilidades en cuanto a los costos compartidos para muchos de los servicios y procedimientos de atención de la salud más comunes.
- El resumen de beneficios y cobertura también identificará las diferencias entre el costo de los proveedores que están dentro y el de los que están fuera de la red.



Entienda los costos compartidos

- Los costos compartidos se refieren a la cantidad del costo de un servicio o procedimiento de atención de la salud que se divide entre la compañía de seguro y usted.
- Son tres los tipos principales de costos compartidos: deducible, coseguro y copagos.



Cómo leer su explicación de beneficios

- Debiera recibir una explicación de beneficios cada vez que se encuentre con un proveedor de atención de la salud.
- Las explicaciones de los beneficios de todas las compañías de seguro de salud son ligeramente distintas, pero todas incluyen la misma información básica.
- Siempre es buena idea comparar sus cuentas médicas con su explicación de beneficios.



Revise para ver si hay errores

- Revise su cuenta para ver si hay errores, como el nombre del médico que le trató o el servicio que recibió.
- Si tiene alguna pregunta o encuentra algún error en su cuenta, llame a su compañía de seguro o proveedor.

Su guía paso a paso para entender sus cuentas médicas

1.

Entienda su modelo de beneficios

En ocasiones, las personas reciben cuentas médicas y no entienden por qué. Esto es razonable: usted paga su prima de seguro de salud cada mes y tiene una tarjeta de seguro de salud que presenta a su proveedor de atención de la salud. Sin embargo, la cobertura de seguro de salud puede ser difícil de entender y las distintas reglas pueden ser confusas. Es importante que entienda cuáles son las características del modelo de beneficios de su póliza de seguro de salud para que sepa de cuáles cuentas podría ser responsable.

Los gastos compartidos representan la forma en que los costos de los servicios cubiertos por su póliza se comparten entre usted y su compañía de seguro de salud y generalmente se dividen en tres categorías: deducibles, coseguro y copagos.

2.

Entienda los costos compartidos

Las categorías de los costos compartidos más comunes tendrán distintos montos de dólares y pueden aplicarse en forma distinta, según lo establecido en su póliza de seguro de salud. Sin embargo, todos los términos significan lo mismo, sin importar el tipo de seguro de salud que usted tenga. El deducible es la cantidad de dinero que debe pagar antes de que su compañía de seguro de salud pague cualquier cuenta médica.

El coseguro a menudo es lo más confuso de las tres características principales de costos compartidos porque no es una cantidad de dólares fija. El coseguro es una responsabilidad compartida con su seguro de salud para pagar ciertos servicios. La compañía de seguro de salud pagará un porcentaje de la cuenta y usted pagará otro porcentaje. Por ejemplo, su póliza podría tener una tasa de coseguro del 70 por ciento para ciertos servicios. Esto significa que por un servicio cubierto usted pagaría 30% de la cuenta.

Sin embargo, si su plan tiene una red escalonada, debe tener cuidado <http://www.njha.com/media/491966/putting-the-pieces-together-guide-to-tiered-networks.pdf> porque podría tener tasas distintas de coseguro para cada escalón.

Los copagos son cantidades fijas de dólares que paga por cada visita o servicio. El copago más común es la cantidad

Proveedor de atención de la salud

Un proveedor de atención de la salud puede referirse a un médico o establecimiento de los que recibe servicios de atención de la salud.

Modelo de beneficios

El término modelo de beneficios se refiere a todas las características de su póliza de seguro de salud, incluidas cosas como los servicios cubiertos y las obligaciones de los costos compartidos de un plan. El modelo de beneficios es parte de la forma en que se determina su pago de prima mensual.

que paga cuando visita a su médico de atención primaria, generalmente alrededor de \$20 dólares. Pero repetimos, debe tener precaución y leer los documentos de su póliza porque para algunos servicios, podría tener que pagar su deducible antes de que entre en vigor la tasa de copago.

Finalmente, la mayoría de las pólizas de seguro de salud también incluyen un límite en cuanto al máximo desembolsado de su bolsillo (maximum out of pocket; MOOP). Esto significa que una vez que llegue al máximo desembolsado de su bolsillo, la compañía pagará **todos** los cargos permitidos de sus servicios de atención de la salud durante el resto del periodo de la póliza, lo cual generalmente es un año calendario. Todos los cargos que la persona cubierta paga hacia el deducible, coseguro y copagos ayudan a cumplir con el máximo desembolsado de su bolsillo.

Los pagos que no cuentan hacia el máximo desembolsado de su bolsillo incluyen:

- Los servicios que no están cubiertos
- Los servicios fuera de la red
- Los pagos de primas

Gasto desembolsado de su bolsillo

Dinero que gasta en atención de la salud, pero sin incluir sus primas.

Cómo usar sus documentos

El documento ideal para empezar a informarse sobre los requisitos de los costos compartidos de su póliza es su Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage; SBC). Este documento es un resumen fácil de leer que establece las responsabilidades de los costos compartidos para muchos de los servicios más comunes. Usted debiera poder acceder a su Resumen de Beneficios y Cobertura cuando esté comparando coberturas para comprar una, durante el periodo de inscripciones abiertas mediante su trabajo o, en todo caso, puede solicitar este documento a su compañía de seguro de salud.

Para ver un ejemplo de los resúmenes de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage; SBC), visite <https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Files/Downloads/sbc-sample.pdf>.

El Resumen de Beneficios y Cobertura consta de cuatro secciones principales: Preguntas Importantes (Important Questions), Eventos Médicos Comunes (Common Medical Events), Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos (Excluded Services & Other Covered Services) y Ejemplos de Cobertura (Coverage Examples).

Las secciones Preguntas Importantes y Eventos Médicos Comunes brindan detalles sobre lo que es su deducible, si hay servicios que se cubrirán antes de que pague su deducible completo y cuál es su máximo desembolsado de su bolsillo correspondiente al año de póliza. Típicamente, la mayoría de las compañías de seguro de salud proporcionan servicios preventivos, como exámenes médicos preventivos y vacunas, antes de que cumpla con su deducible.

En la sección Eventos Médicos Comunes encontrará más información sobre las cantidades de coseguro y copagos para muchos de los servicios médicos más comunes que podría necesitar. Por ejemplo, el Resumen de Beneficios y Cobertura incluye información sobre todo: desde la cantidad de su costo compartido por una visita al médico hasta cuánto pagará por una visita al hospital. Esta sección también incluye información sobre las posibles diferencias entre el costo de proveedores que están fuera y los que están dentro de la red. Debe examinar esas diferencias con mucha atención porque recibir servicios fuera de la red generalmente cuesta más.

Finalmente, la sección Ejemplos de Cobertura brinda ejemplos reales de lo que podría pagar por tener un bebé, controlarse la diabetes tipo 2 o arreglar una fractura sencilla. Las cantidades de dólares no son exactas, pero pueden

ayudarle a entender mejor la forma en que interactúan las distintas características de los costos compartidos.

CÓMO LEER SU EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS

Después de que reciba un servicio de atención de la salud, su compañía de seguro de salud le enviará una Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits; EOB). Aunque las cuentas médicas y Explicaciones de Beneficios podrían parecerle confusas, hay varias cosas que puede hacer para determinar qué cantidad —si es que hay una— de la cuenta es responsabilidad suya pagar.

En su Explicación de Beneficios se le explicará qué parte de la cuenta pagó la compañía de seguro de salud con base en las reglas del modelo de beneficios de su póliza y los servicios proporcionados.

Las Explicaciones de Beneficios de todas las compañías de seguro de salud son un poco distintas, pero todas contienen la misma información básica. Sin embargo, podrían aparecer en forma un poco distinta. Debiera leer detenidamente toda Explicación de Beneficios cada vez que reciba una.

Los siguientes son datos clave que debiera encontrar en su Explicación de Beneficios.

Un resumen de algunos de los detalles clave, como el nombre del o la paciente y del proveedor de atención de la salud, junto con la cantidad que pagó su compañía de seguro de salud y la cantidad que debe pagar usted. A esto en ocasiones se le denomina “**responsabilidad del afiliado o suscriptor**”.

La segunda o última página, generalmente incluye información detallada sobre sus servicios. Siempre revise esta sección muy detenidamente porque ahí es donde podrá determinar si hay algún error. Estos detalles incluyen:

■ **FECHAS DE SERVICIO** – Asegúrese de que la fecha o fechas que aparecen sean fechas en las que de hecho recibió servicios del proveedor de atención de la salud indicado.

■ **PROVEEDOR/TIPO DE SERVICIO** – Compruebe que el proveedor de atención de la salud que aparece es el que usted haya usado y que el servicio sea el correcto. Pero tenga cuidado, pues en ocasiones, un servicio puede haberse indicado un poco diferentemente de lo que esperaría. Por ejemplo, podría haber ido a su médico de atención primaria para una revisión física, pero la cuenta podría indicar que el servicio fue una visita en consulta externa.

■ **MONTO FACTURADO** – La cantidad total que el proveedor de atención de la salud cobró por los servicios que usted recibió.

■ **MONTO PERMITIDO** – Lo que la compañía de seguro de salud está pagando por los servicios. Esta cantidad será ya sea la tarifa de dentro de la red que el proveedor de atención de la salud consintió en aceptar de la compañía de seguro de salud o la de fuera de la red que la compañía de seguro de salud considera usual, acostumbrada y razonable.

■ **EL MONTO DE SU COSEGURO/COPAGO** – La cantidad que debe pagar debido a los requisitos de los costos compartidos establecidos en su póliza de seguro de salud.

■ **EL MONTO DE SU DEDUCIBLE** – Esto generalmente aparece como una cantidad separada porque es la cantidad que debe pagar antes de que su compañía de seguro de salud empiece a compartir los costos.

■ **MONTO NO CUBIERTO** – La porción de la cantidad cobrada que su compañía de seguro de salud no paga debido al modelo de beneficios establecido en su póliza de seguro de salud.

Esta cantidad puede ser el resultado de varios factores. Por ejemplo, el servicio de atención de la salud que recibió podría no estar cubierto en virtud de su póliza o quizá usted haya excedido la cantidad de veces que su póliza paga por un servicio. Esto también puede suceder si usted usó un proveedor fuera de la red.

Es muy importante tener cuidado cuando se trata de usar proveedores fuera de la red. Siempre verifique con su compañía de seguro de salud para asegurarse de que

tiene un beneficio para proveedores fuera de la red porque no todos los tipos de seguro de salud lo tienen y usted será responsable de toda la cuenta. Si no tiene un beneficio de fuera de la red, pregunte a la compañía de seguro de salud cuál es la cantidad permitida porque usted pagará la diferencia entre esa cantidad y lo que cobre el proveedor.

■ **MONTO PAGADO POR LA COMPAÑÍA DE SEGURO** – Lo que la compañía de seguro de salud pagó al proveedor de atención de la salud.

■ **CÓDIGO DE MENSAJE** – Esta área de la cuenta incluye los detalles sobre las razones por las que la compañía de seguro de salud pagó lo que pagó. Por ejemplo, si necesitaba una remisión para un servicio, pero no obtuvo una, aparecería un código que explica esa situación.

■ **RESPONSABILIDAD DEL SUSCRIPTOR** – En esta sección se detalla la porción de la cuenta que es responsabilidad suya pagar. Esta cantidad podría incluir su copago, deducible, coseguro, cualquier cantidad en exceso del cargo reembolsable máximo o productos/servicios que su plan no cubre.

Cuando reciba una cuenta por los servicios de un proveedor, siempre compárelo con su Explicación de Beneficios para asegurarse que todo coincida. Si parece haber un error, siempre puede llamar al proveedor o a su compañía de seguro de salud al número telefónico que aparece en la Explicación de Beneficios.

Su compañía de seguro de salud generalmente puede proporcionar mucha más información sobre su póliza porque ellos son los que se la vendieron. De hecho, los proveedores no tienen copias de su póliza y trabajan con la información que les proporciona su compañía de seguro de salud.

AVISO LEGAL: Putting The Pieces Together: Your Step-by-Step Guide to Understanding Your Medical Bills (Cómo armar el rompecabezas: su guía paso a paso para entender sus cuentas médicas) de la Asociación de Hospitales de New Jersey (New Jersey Hospital Association; NJHA) (en lo sucesivo denominado "materiales") está concebida para fungir como herramientas que los hospitales puedan compartir con los consumidores para asistir en las labores educativas.

No se hace representación específica alguna, ni debiera entenderse que una existe, y ni NJHA ni cualquier otra parte que participe en crear, producir o entregar este material habrá de ser responsable en forma alguna en lo absoluto de cualesquiera daños directos, incidentales, resultantes, indirectos o punitivos que surjan de su uso de estos materiales.

NJHA no hace representaciones ni brinda garantías, explícitas o implícitas, en cuanto a la precisión o exhaustividad de la información contenida o a la que se hace referencia en este material. Esta publicación se proporciona "TAL CUAL" SIN GARANTÍA DE TIPO ALGUNO YA SEA EXPLÍCITA O IMPLÍCITA, INCLUIDAS, ENTRE OTRAS, LAS GARANTÍAS IMPLÍCITAS DE COMERCIABILIDAD, ADECUACIÓN PARA UN PROPÓSITO EN PARTICULAR O DE NO INFRACCIÓN.

En algunas jurisdicciones no se permite la exclusión de garantías implícitas, de manera que la exclusión antes mencionada quizá no se aplique a usted.

Todas las imágenes y la información contenidas en estos materiales están protegidas por derechos de autor y de otra forma son de propiedad privada.

No se permite usar en forma alguna esta información sin el previo consentimiento por escrito de NJHA.

Si tiene otras preguntas o inquietudes, llame al número telefónico de servicio al cliente que aparece en su tarjeta de seguro.

