

Preguntas frecuentes de los empleados

Preguntas frecuentes sobre la Transparencia en la cobertura y la Ley de Asignaciones Consolidadas

Normas finales de Transparencia en la cobertura (TIC)

En octubre de 2020, los Departamentos de Salud y Servicios Humanos, Trabajo y Tesoro publicaron las Normas finales de Transparencia en la cobertura (TIC). Las TIC requieren que:

- Los planes de salud sin derechos adquiridos divulguen en un sitio web público tres archivos legibles a máquina que revelen las tarifas de atención médica. Los archivos legibles a máquina (MRF) deben contener (i) las tarifas del proveedor para productos y servicios cubiertos, (ii) montos permitidos fuera de la red y cargos facturados por productos y servicios cubiertos, y (iii) tarifas negociadas y precios netos históricos para medicamentos recetados cubiertos. Los archivos para (i) y (ii) deben hacerse públicos a partir del 1 de julio de 2022 (retrasado desde el 1 de enero de 2022); la implementación del tercer archivo se ha pospuesto y no se ha publicado una nueva fecha.
- Los planes de salud ponen a disposición información de comparación de precios sobre 500 productos y servicios a través de una herramienta de autoservicio basada en la web y en forma impresa a pedido para los años del plan que comiencen el 1 de enero de 2023 o después. Los planes de salud deben expandir esas herramientas para cubrir todos los productos y servicios antes del 1 de enero de 2024.

Ley de Asignaciones Consolidadas (CAA)

El 27 de diciembre de 2020 se promulgó la Ley de Asignaciones Consolidadas (Consolidated Appropriations Act, CAA). La CAA incluye amplias reformas sobre la transparencia, incluidas algunas que parecían superponerse con las normas de TIC, pero con plazos más agresivos. La CAA representa el cambio más significativo en el mercado de seguros privados desde la Ley del Cuidado de la Salud Asequible. La ley:

- Requiere que los planes desarrollen y pongan a disposición herramientas de transparencia de precios, estimaciones de buena fe y una explicación de los beneficios exhaustiva.
- Restringe la "facturación sorpresa".
- Prohíbe las "cláusulas mordaza" en los contratos de atención médica.
- Incorpora nuevas obligaciones para tarjetas de identificación, directorios de proveedores y continuidad de la atención.

1. ¿Cuándo comienzan estos cambios?

Las disposiciones entran en vigencia para los años del plan que comiencen a partir del 1 de enero de 2022.

2. ¿Qué implican estos cambios para los pacientes?

Protecciones para el paciente contra la facturación sorpresa

- **Planes con derechos adquiridos incluidos.** Las protecciones contra la facturación sorpresa son aplicables a planes con derechos adquiridos y sin derechos adquiridos.
- **Atención fuera de la red.** No se puede facturar a los pacientes más que el monto del costo compartido de la red por los servicios recibidos de un centro no participante o una sala de emergencias no participante, a menos que el paciente reciba un aviso de que el proveedor está fuera de la red y consienta el tratamiento y costo fuera de la red.
- **No se requiere autorización previa.** Los planes no requerirán autorización previa para servicios de emergencia.
- **Deducible del paciente.** Las facturas sorpresa fuera de la red se aplicarán al deducible de la red del paciente.

- **Continuidad de la atención.** Si un proveedor cambia el estado en la red (es decir, abandona la red del plan), los pacientes con ciertas necesidades pueden continuar la atención con el proveedor por hasta 90 días a tarifas de costo compartido de la red para permitir la transición de la atención a un proveedor de la red (consulte "Requisitos del plan de salud").
- **Directorios de la red incorrectos.** Si un paciente proporciona documentación de que recibió información incorrecta de un plan o aseguradora sobre el estado de la red de un proveedor antes del tratamiento, el paciente solo será responsable del monto del costo compartido dentro de la red.
- **Tarjetas de identificación.** La CAA requiere que los planes de salud proporcionen información en las tarjetas de identificación con respecto al monto de los deducibles dentro y fuera de la red, las limitaciones máximas de desembolso dentro y fuera de la red, y un número de teléfono y dirección del sitio web a través del cual las personas pueden buscar información de asistencia al consumidor.

3. ¿Qué se requerirá de mi plan de salud?

Requisitos del plan de salud

- **Ampliación de la revisión externa.** Los planes deben adaptarse a las solicitudes de revisión externa después de una determinación adversa de beneficios cuando se cuestiona la aplicabilidad de las protecciones contra la facturación sorpresa.
- **Herramienta de comparación de precios.** A partir del 1 de enero de 2023, los planes de salud deben ofrecer una herramienta de comparación de precios que esté disponible en línea o por teléfono. La herramienta debe permitir a los participantes comparar los costos compartidos de servicios y productos particulares de los proveedores participantes en una ubicación geográfica específica.
- **Tarjetas de identificación.** Las tarjetas de identificación del plan de salud (tanto físicas como electrónicas) deben incluir el deducible dentro y fuera de la red y los montos máximos de desembolso del participante, así como un número de teléfono o la dirección del sitio web donde el participante puede obtener información adicional relacionada con el plan.
- **EOB exhaustiva.** Los planes que reciban notificaciones previas al servicio de parte de los proveedores deben notificar a los participantes de lo siguiente:
 - si el proveedor o la instalación es un proveedor participante;
 - la estimación de buena fe incluida en la notificación del proveedor;
 - una estimación de buena fe del monto que el plan pagará por los servicios;
 - una estimación de buena fe del costo compartido del participante;
 - una estimación de buena fe del monto efectuado por el participante para deducibles y desembolso máximo;
 - para los servicios que están sujetos a administración médica, un descargo de responsabilidad de que dicha administración médica es un requisito previo para la cobertura;
 - un descargo de responsabilidad de que la información proporcionada es solo una estimación y está sujeta a cambios; y
 - cualquier otra información que el plan considere apropiada.

La aplicación de esta disposición se ha aplazado a la espera de una nueva reglamentación.

- **Cronograma para la adjudicación de reclamaciones.** Los planes de salud deben realizar un pago inicial o rechazar las reclamaciones al proveedor o centro de facturación dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la reclamación.
- **Directorio de proveedores.** Los planes de salud deben tener directorios actualizados de los proveedores de la red, que deben estar disponibles en línea o en un día hábil después de la consulta. Para 2022, los planes deben verificar y actualizar los directorios al menos cada 90 días. Los directorios deben estar disponibles en línea y ser accesibles al público.
- **Incapacidad para cumplir con los plazos.** El Departamento de Salud y Servicios Humanos desarrollará regulaciones que detallen las circunstancias atenuantes o los tipos de facturación que pueden impedir que los planes o proveedores cumplan con los plazos.
- **Continuidad de la atención.** Si un proveedor deja la red, los planes deben brindar 90 días de atención dentro de la red para participantes en casos que involucren:
 - embarazo;
 - tratamiento para afecciones graves y complejas;
 - hospitalizaciones;

- cirugía programada no opcional; o
- enfermedad terminal.
- **Divulgación de las normas de facturación de saldos.** Proporcionar información en el sitio web público del plan y en cada EOB con respecto a los requisitos relacionados con las prohibiciones de facturación del saldo.

4. ¿Qué se requerirá de mis proveedores?

Se prohíbe la facturación del saldo en determinadas situaciones. Las instalaciones o los proveedores no pueden facturar el saldo por un monto mayor al del costo compartido de la red:

- por servicios de emergencia recibidos en un centro no participante;
- por ciertos servicios auxiliares realizados en un centro participante por radiólogos, patólogos, proveedores de medicina de emergencia, anestesiólogos, proveedores de servicios de diagnóstico y neonatales, cirujanos asistentes, hospitalistas e intensivistas fuera de la red;
- por servicios proporcionados por un proveedor no participante en un centro participante cuando no hay ningún proveedor participante que pueda brindar dichos servicios;
- por servicios proporcionados por un proveedor o centro no participante sin el consentimiento informado del paciente. Para que el consentimiento sea válido, el paciente debe (i) recibir un aviso del estado de la red y una estimación de los cargos 72 horas antes de los servicios y (ii) dar su consentimiento por escrito a la atención fuera de la red. Para citas con menos de 72 horas de anticipación, se debe notificar el día en que se programe la cita.

Estimación de buena fe

Al menos tres días antes de la prestación del servicio (y no más tarde de un día después de la programación del servicio), los proveedores y los centros deben verificar el tipo de cobertura en la que está inscrito el paciente y proporcionar una estimación de buena fe, independientemente de si el paciente está cubierto.

5. ¿Cuáles son las disposiciones más recientes de la Cuenta de gastos flexible (FSA)?

Transferencias de la FSA

Los participantes de una FSA de atención médica y de dependientes pueden transferir los saldos no utilizados de un año del plan que finaliza en 2020 a un año del plan que finaliza en 2021, y de un año del plan que finaliza en 2021 al año del plan que finaliza en 2022. La ley no incluye un monto máximo de transferencia.

Extensiones del período de gracia de la FSA.

Los planes pueden permitir que el período de gracia de la FSA de atención médica y de dependientes para un año del plan que termine en 2020 o 2021 se extienda 12 meses después del final de dicho año del plan.

Reembolsos de la FSA de salud

Un empleado que deja de participar en el plan (por ejemplo, termina su empleo) durante 2020 o 2021 puede continuar recibiendo reembolsos de los saldos no utilizados hasta el final del año del plan en el que cesó dicha participación (incluido cualquier período de gracia).

FSA para atención de dependientes

Los participantes de la FSA de atención de dependientes cuyo hijo calificado haya cumplido 13 años durante la pandemia pueden seguir recibiendo reembolsos por gastos de atención de dependientes durante el resto del año del plan, siempre que el período de inscripción regular del participante fuera el 31 de enero de 2020 o antes. Si queda un saldo en la FSA de atención de dependientes del participante al final del año del plan, el participante puede recibir reembolsos durante el siguiente año del plan hasta que el niño cumpla 14 años.

Cambios en las elecciones de las FSA

Los participantes pueden realizar cambios en la elección de la FSA de atención médica y de dependientes para los años del plan que terminan en 2021, independientemente de si el participante experimenta un evento calificante.