

Preguntas Frecuentes sobre la Ley de Transparencia en la Cobertura y Asignaciones Consolidadas

A fines del 2020, los Departamentos de Salud y Servicios Humanos, Trabajo y Tesoro publicaron las Reglas Finales de Transparencia en la Cobertura (TIC por sus siglas en inglés) y se promulgó la Ley de Asignaciones Consolidadas (CAA por sus siglas en inglés). Estas dos iniciativas brindan nuevas protecciones al consumidor bajo la Ley No Sorpresas, como se describe a continuación, e incluyen amplias reformas de transparencia destinadas a ayudar a los consumidores a tomar decisiones informadas sobre su atención médica.

WGAT está trabajando diligentemente para implementar todas las regulaciones descritas en TIC y CAA, y las está monitoreando de cerca y haciendo ajustes a medida que se publica una nueva guía regulatoria. Nuestro objetivo es asegurarnos de que reciba todos los beneficios garantizados según las nuevas pautas federales y que pueda utilizar las nuevas herramientas de transparencia para mejorar su experiencia de atención médica.

Las disposiciones de transparencia de CAA y TIC se describen a continuación, con preguntas frecuentes para ayudar a explicar cómo estos cambios lo afectarán a usted, a sus proveedores y a la cobertura de su plan de salud.

Herramienta de Transparencia de Costos

La regulación de Transparencia en la Cobertura requiere que las aseguradoras de salud y los planes de salud grupales pongan a disposición de los afiliados una herramienta de autoservicio basada en Internet a partir del 1 de enero de 2023 que contenga información personalizada sobre los costos de desembolso personal y las tarifas negociadas subyacentes para 500 coberturas de artículos y servicios de salud cubiertos. Los planes de salud deben expandir esas herramientas para cubrir todos los artículos y servicios antes del 1 de enero del 2024.

La CAA también exige que los planes pongan a disposición de los miembros una herramienta de comparación de precios que les permita comparar la cantidad de costos compartidos que la persona sería responsable de pagar según el plan con respecto a un artículo o servicio específico de un proveedor participante. La aplicación del mandato de la herramienta de comparación de precios se retrasó hasta el 1 de enero del 2023. La intención es alinear los requisitos de TIC y CAA. Se anticipa orientación adicional para la elaboración de reglas.

¿Qué está haciendo WGAT para cumplir con este requisito?

WGAT está desarrollando activamente e implementará la Herramienta de Comparación de Precios para el Plan Cedar antes de la fecha de entrada en vigor del 1 de enero del 2023. Esta importante implementación tecnológica permitirá a nuestros miembros comparar los montos de costos compartidos para proveedores de la red específicos en una región específica.

Directorio de Proveedores

La CAA exige que los planes confirmen la información del directorio de proveedores al menos cada 90 días, incluida la eliminación de proveedores o centros que no respondan. Los planes también deben desarrollar un protocolo de respuesta para responder a las preguntas de los miembros sobre la red.

¿Qué está haciendo WGAT para cumplir con este requisito?

Los directorios de proveedores de WGAT están disponibles en nuestro sitio web en <https://www.wgat.com/find-a-provider/>. El directorio de proveedores del plan Cedar se actualiza mensualmente; otros directorios son actualizados por nuestros socios de red de proveedores y se actualizan al menos cada 90 días. Hemos desarrollado un protocolo interno de respuesta de miembros para responder a las preguntas de nuestros miembros sobre la red de proveedores.

Si un miembro recibe servicios de un proveedor fuera de la red porque el directorio incluyó incorrectamente al proveedor como participante de la red, ¿será responsable el miembro de los cargos adicionales fuera de la red?

Si un miembro proporciona documentación de que recibió información inexacta de un plan o aseguradora sobre el estado de la red de un proveedor antes del tratamiento, el plan pagará las reclamaciones correspondientes como si estuvieran dentro de la red.

Explicación de Beneficios Avanzada (AEOB)

La CAA requiere que los planes que reciben notificaciones previas al servicio de los proveedores deben, al menos tres días antes del servicio programado, proporcionar un aviso al miembro que recibe tratamiento que incluye:

- Si el proveedor o centro es un proveedor participante;
- El presupuesto incluido 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 de la cantidad en la que el participante ha incurrido en concepto de deducibles y gastos máximos de bolsillo;
- Para los servicios que están sujetos a la gestión médica, una exención de responsabilidad de que dicha gestión 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 oportuna.

¿Cuándo estará disponible el AEOB de WGAT para los participantes?

WGAT está trabajando actualmente en el desarrollo de la explicación de beneficios avanzada para los servicios programados; sin embargo, las agencias federales han aplazado la fecha requerida para la implementación en espera de una mayor reglamentación. Una vez que se reciba la orientación, comenzaremos la implementación de los AEOB.

Facturación Médica Sorpresa

La CAA incluye la "Ley de No Sorpresas", que exige que a los pacientes no se les facture más que los montos de costos compartidos dentro de la red, incluidos los deducibles, por los servicios recibidos de un centro participante o una sala de emergencias no participante, a menos que el paciente reciba un aviso del estado fuera de la red de un proveedor por adelantado y este da su consentimiento para el tratamiento y el costo fuera de la red. Las protecciones se extienden a ciertas situaciones que no son de emergencia en las que los pacientes no tienen la capacidad de elegir un proveedor dentro de la red (incluidos los proveedores de ambulancia aérea).

La ley también exige un proceso independiente de resolución de disputas (IDR, por sus siglas en inglés) para proveedores y planes que no pueden llegar a un acuerdo sobre el pago en situaciones en las que está prohibida la facturación del saldo (es decir, cuando se aplica la Ley No Sorpresas). Las partes en disputa deben participar en un período de negociación abierta de 30 días hábiles para intentar llegar a un acuerdo con respecto a la tarifa total fuera de la red (incluidos los costos compartidos). Una vez finalizado el período de negociación abierta, cualquiera de las partes puede iniciar el proceso de IDR dentro de los 4 días. El proceso de IDR será administrado por un árbitro que tomará en consideración los montos de pago ofrecidos por cada parte, así como consideraciones adicionales, y luego tomará una decisión vinculante.

La Ley No Sorpresas se aplica a los planes de salud con derechos adquiridos y sin derechos adquiridos.

¿Cuándo entran en vigencia las protecciones al consumidor bajo la Ley No Sorpresas?

Las protecciones relacionadas con la facturación sorpresa entrarán en vigencia con los años del plan que comiencen a partir del 1 de enero del 2022. Para los miembros de WGAT, la fecha de vigencia será el 1 de julio del 2022, cuando comience el nuevo año del plan.

¿Bajo qué situaciones está prohibida la facturación de saldos?

Las instalaciones o los proveedores no pueden facturar un saldo superior al monto del costo compartido por un proveedor dentro de la red:

- para servicios de emergencia recibidos en un centro no participante;
- para ciertos servicios auxiliares prestados en un centro participante por radiólogos, patólogos, proveedores de medicina de emergencia, anestesiólogos, proveedores de servicios de diagnóstico y neonatales, asistentes de cirugía, hospitalistas e intensivistas fuera de la red;
- por los servicios prestados por un proveedor no participante en un centro participante cuando no haya ningún proveedor participante que pueda prestar dichos servicios;
- por servicios prestados 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 para la atención fuera de la red. Para citas con menos de 72 horas de anticipación, se debe dar aviso el día en que se hace la cita.

¿A quién deben contactar los miembros si se les factura el saldo?

Si recibe una factura de saldo de su proveedor, o cree que se ha infringido la prohibición de facturación de saldo, comuníquese con el Servicio de Asistencia Sin Sorpresas de los Centros de Servicios de Medicare Medicaid al (800) 985-3059 de 8 am a 8 pm EST, los 7 días a la semana, para enviar su consulta o queja. También puede presentar una queja en línea en <https://idm.cms.gov>.

¿Qué se requiere de los proveedores bajo la Ley No Sorpresas?

Los proveedores de atención médica y las instalaciones deben poner a disposición del público la prohibición del lenguaje de facturación de saldos, publicar en un sitio web público de las instalaciones del proveedor (si corresponde) y proporcionar un aviso de una página que incluya información en un lenguaje claro y comprensible con respecto a:

1. La restricción de proveedores y establecimientos respecto a la facturación de saldos en determinadas circunstancias,
2. Cualquier protección de la ley estatal aplicable contra la facturación del saldo, y
3. Cómo reportar violaciones de restricciones de facturación de saldo.

WGAT ha agregado este lenguaje a su sitio web y su Explicación de Beneficios.

¿Cómo afecta el proceso independiente de resolución de disputas (IDR por sus siglas en inglés) a los participantes del plan y sus responsabilidades de pago en virtud del plan?

IDR es un proceso destinado a ayudar a resolver disputas de pago entre el plan y los proveedores fuera de la red que no tienen un contrato con el plan para brindar servicios a una tarifa específica. No debería afectar el monto pagado por los participantes del plan, a quienes no se les cobrará más que los montos de costos compartidos dentro de la red por los servicios cubiertos por la Ley No Sorpresas.

Deducible del Paciente

Los pagos de costos compartidos realizados con respecto a los servicios de emergencia fuera de la red (incluida la ambulancia aérea) o los servicios que no son de emergencia realizados por proveedores no participantes en instalaciones participantes se contabilizarán hacia el deducible de la red y el desembolso máximo del miembro de la misma manera como si los servicios fueran proporcionados por un proveedor dentro de la red. Además, si un miembro se basa en un directorio de proveedores incorrecto y recibe servicios de un proveedor que ya no está en la red, todos los pagos realizados se contabilizarán hacia el deducible de la red y el desembolso máximo del miembro.

¿Cuándo comenzará el plan a aplicar deducibles y gastos máximos de bolsillo dentro de la red a los servicios elegibles fuera de la red?

A partir del 1 de enero del 2022, las facturas sorpresa fuera de la red de proveedores comenzaron a acumularse hacia el deducible de reclamos dentro la red y el desembolso máximo del miembro.

Continuidad de la Atención

La CAA permite que los pacientes con condiciones o necesidades médicas específicas continúen la atención con su proveedor hasta por 90 días por las mismas tarifas de costos compartidos con proveedores dentro de la red si el proveedor deja de participar en la red del plan. Esta disposición se aplica a los pacientes que:

- Están embarazadas;
- Están en tratamiento por condiciones graves y complejas;
- Están actualmente hospitalizados (as) como paciente internado (a);
- Están programados (as) para cirugía no electiva; o
- Tengan una enfermedad terminal.

¿Qué deben hacer los pacientes para asegurarse de recibir la continuidad de la atención según lo exige La CAA?

La continuidad de la atención es automática para los pacientes que cumplan con una de las condiciones descritas anteriormente. Todos los reclamos de proveedores no participantes se revisan para evaluar si el proveedor participó anteriormente y si el paciente califica para la extensión. El paciente no está obligado a "optar por participar" o solicitar la continuidad de la atención.

Requisitos de Tarjetas de Identificación

La CAA requiere que las tarjetas de identificación del plan de salud incluyan el deducible dentro y fuera de la red y los montos máximos de desembolso directo del participante, así como un número de teléfono o una dirección de sitio web donde el participante pueda obtener información adicional relacionada con el plan.

WGAT ha aprovechado esta oportunidad para realizar una serie de cambios para mejorar el formato de sus tarjetas. Nuestro nuevo diseño de tarjeta presenta un aspecto más simplificado para facilitar la lectura tanto para los miembros como para los proveedores.

¿Cuándo se emitirán las nuevas tarjetas de identificación?

La CAA requiere que las nuevas tarjetas de identificación estén disponibles para los participantes de WGAT antes del comienzo del año del plan del 1 de julio del 2022. WGAT ha trabajado para garantizar que las tarjetas de identificación ya se hayan distribuido a los miembros.

Adjudicación de Reclamaciones

Los planes deben realizar el pago inicial o la denegación de reclamos dentro de los 30 días posteriores a la recepción del reclamo.

¿Qué está haciendo WGAT para cumplir con este requisito?

WGAT actualmente paga o rechaza las reclamaciones dentro de los 30 días posteriores a la recepción y continuará haciéndolo.

Ampliación de la Revisión Externa

Los planes deben adaptarse a las solicitudes de revisión externa cuando se cuestiona la aplicabilidad de las protecciones de facturación sorpresa.

¿Este requisito representa un cambio en el proceso de revisión externa actual del WGAT?

No. Las normas no modifican el proceso de revisión externa. Simplemente amplían la lista de determinaciones adversas de beneficios elegibles para revisión externa para incluir una determinación de que las protecciones de facturación sorpresa no se aplican al reclamo en cuestión.

Archivos Legibles por Máquina

Los planes de salud sin derechos adquiridos deben divulgar, en un sitio web público, tres archivos legibles por máquina que divulguen las tarifas de atención médica. Un archivo legible por máquina es un archivo de datos o información que un sistema informático puede importar o leer para su posterior procesamiento sin intervención humana. Dos de los archivos, que contienen tarifas de proveedores para artículos y servicios médicos cubiertos y montos permitidos fuera de la red y cargos facturados por artículos y servicios médicos cubiertos, deben hacerse públicos a partir del 1 de julio del 2022. El requisito para el tercer archivo, que contiene tarifas de medicamentos recetados, se pospuso hasta nuevo aviso.

¿Qué está haciendo WGAT para cumplir con este requisito?

WGAT ha hecho públicos en HealthView los archivos legibles por máquina requeridos para artículos y servicios médicos dentro y fuera de la red para la fecha límite requerida del 1 de julio del 2022. Continuamos trabajando con nuestros socios de red de proveedores para vincular sus archivos, accesibles a través de sus sitios web, al sitio web de HealthView a medida que estén disponibles.

¿Se pueden usar estos archivos para estimar los costos de los servicios de atención médica?

Los archivos legibles por máquina están destinados a ser leídos o procesados por un sistema informático. Siguen el diseño definido por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y no están destinados a una búsqueda de tarifas, beneficios o costos compartidos fácil de usar para el consumidor. La herramienta de comparación de precios, que estará disponible el 1 de enero del 2023 o antes, permitirá a los participantes comparar los costos compartidos entre los proveedores participantes para servicios y artículos particulares en una ubicación geográfica específica.

Conclusión

Las regulaciones federales recién promulgadas amplían en gran medida los derechos de transparencia en la atención médica al exigir que los proveedores y los planes de salud pongan a disposición de los consumidores los costos de la atención médica y prohíben la facturación sorpresa por servicios de emergencia recibidos de centros fuera de la red y servicios que no son de emergencia recibidos fuera de la red proveedores en instalaciones dentro de la red. WGAT está trabajando para implementar estas regulaciones y haciendo todo lo posible para garantizar que sus derechos estén protegidos. Si tiene preguntas sobre este documento o la Ley No Sorpresas, no dude en comunicarse con nosotros al (800) 777-7898.