

CÓMO MANEJAR EL COSTO DE SU TRATAMIENTO



**EN EL MEMORIAL SLOAN KETTERING
CANCER CENTER**

Índice

Introducción	1
Cómo orientar los costos de los cuidados oncológicos	2
Costos médicos y costos extras.....	2
Citas médicas	3
Tratamiento para el cáncer	4
Medicamentos	4
Transporte y viajes	5
Gastos familiares y de manutención.....	5
Cuidado de un familiar, cuidado a domicilio, cuidado a largo plazo.....	5
Costos estimados	6
Cómo entender su seguro médico	7
Compañías de seguros que colaboran con el MSK	7
Compañías de seguros que no tienen relación con el MSK.....	7
Cómo apelar a decisiones del plan de salud.....	7
Tarifas de seguros	8
Planes de seguros múltiples	9
Servicios que pueden no tener cobertura de gastos médicos mayores por parte de seguros	9
Seguro patrocinado por el gobierno.....	10
Medicare.....	10
Medicaid	10
Cobertura de medicamentos recetados	10
Mercado de seguros médicos	11
Atención médica para pacientes sin seguro médico	11
Asistencia económica en el MSK	12
Programa de Asistencia Económica gratuita (FAP)	12
Asistencia para copagos y programas de reemplazo de medicamentos	13
Servicios sociales.....	13
Departamento de ingresos de los pacientes	14
Cómo orientarse en el MSK	16
Glosario	17

La información para esta guía se ha actualizado partiendo de “*Managing the Cost of Cancer Center*” (Cómo manejar los costos del centro oncológico), elaborada por la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica.

Introducción

A medida que comienza el tratamiento para el cáncer en el Memorial Sloan Kettering (MSK), puede que tenga preguntas acerca del costo del tratamiento. En el MSK estamos dedicados a proporcionar recursos económicos para ayudar a orientarle a través del proceso de tratamiento. Este folleto sirve para informarle acerca de una variedad de temas financieros, que incluyen: seguro costos estimados, asistencia con copagos, asistencia económica y otros.

Es importante que entienda en su totalidad las opciones financieras a medida que comienza el tratamiento en el MSK. Nadie planifica para el cáncer, y el MSK tiene una variedad de recursos para contribuir en ayudarle con el pago de su tratamiento.

Cómo orientar los costos de los cuidados oncológicos

Afrontar un diagnóstico de cáncer puede ser aterrador, estresante, inesperado y confuso. Considere esta guía como una lista de verificación integral para que entienda, tome el control y maneje el costo de su tratamiento para el cáncer en el MSK. Estamos aquí para ayudarle a darse cuenta de sus opciones y asegurar que obtenga el tratamiento que necesite

Costos médicos y costos extras

Cuando se trata de pagar por su tratamiento para el cáncer, puede que algunos costos sean más obvios que otros. Por ejemplo, cuando piensa en el costo del cáncer, puede prever el considerar el costo de un medicamento en base a la cobertura de seguro que tenga. Sin embargo, los costos cotidianos pueden aumentar, a consecuencia de la enfermedad prolongada y su tratamiento. Le instamos que considere los costos extras del cáncer y se informe sobre los recursos que le ayuden a compensarlos.

Por ejemplo, sus gastos por viajes, gasolina y estacionamiento se incrementarán si viaja desde el área metropolitana de la ciudad de Nueva York hasta el Upper East Side,. Se pudieran agregar nuevos gastos a medida que usted se adapta a su plan de tratamiento o, por ejemplo, pudiera necesitar servicio de cuidado infantil los jueves, de manera que pueda visitar nuestro centro de quimioterapia. Al mismo tiempo, entendemos que las exigencias de su programa de tratamiento pueden significar que necesite reducir sus horas de trabajo, por lo que ganaría menos dinero. Queremos que sepa que estamos aquí para ayudar.

La historia de Bill

Bill tiene una familia de cinco integrantes, con dos hijos en la universidad y uno en secundaria, y un ingreso anual de \$600.000,00; después de los impuestos su ingreso llega a \$402.000,00.

Bill era el único sostén de su familia antes que se le diagnosticara el cáncer. Los gastos mensuales de la familia de Bill incluyen hipoteca (\$13.200,00); matrícula universitaria para dos hijos (\$12.500); y matrícula secundaria para un hijo(\$2000,00).

Después del diagnóstico, el salario anual de Bill disminuyó en 60% respecto a su salario anterior, para un total de \$240.000,00. Debido a esto, su familia ya no podía pagar todas las cuentas mensuales y tenían que pedir prestado a familiares y amigos.

El [Programa de Asistencia Económica gratuita del MSK](#) (*MSK's Financial Assistance Program*) toma en cuenta todos los gastos cuando considera la elegibilidad y utiliza un enfoque holístico para calcular la necesidad. Bill calificó para asistencia económica a través del MSK y se consideró que era completamente elegible, lo que significa que no tuvo que pagar nada de su bolsillo.

Para ayudarle a comenzar, hemos agrupado cinco tipos de costos diferentes. Suele ser de ayuda considerar los costos según el presupuesto y las necesidades que tenga dentro de estos grupos.

Citas médicas

El pago por el tratamiento médico que recibe en el consultorio de su médico entra en esta categoría. Esto pudiera incluir consultas para un examen físico, revisiones o pruebas de laboratorio indicadas como parte de la consulta, entre otras citas. Cada vez que acude a una consulta su compañía de seguros puede necesitar que usted pague una tarifa llamada ["copago"](#), algo que fija su compañía de seguros y no el MSK. Para información adicional respecto a sus responsabilidades en relación con el reparto de costos, comuníquese con su compañía de seguros individual. Nuestro

personal de [Servicios Financieros para Pacientes \(PFS, Patient Financial Services\)](#) también está contento de ayudar a discutir sus responsabilidades de copago o de pagos de su bolsillo y de ponerle en contacto con asistencia financiera en caso de que se sienta abrumado.

Tratamiento para el cáncer

Debido a que el tratamiento para el cáncer puede durar entre meses a años, es importante considerar los pagos que recibirá por el tratamiento médico, por el tiempo que dure el tratamiento, ya que los costos pueden sumarse, independientemente del tipo o estado del seguro. Muchos servicios, tales como, cirugía, radioterapia y hospitalizaciones, incluyen un cargo profesional (los honorarios del médico que le atiende) junto con un cargo del hospital. Después que haya discutido el plan de tratamiento con el médico que le atiende, puede comunicarse con el [Coordinador de Acceso a Pacientes](#) (*Patient Access Coordinator*) para discutir los posibles costos, así como los programas para ayudar a compensar los gastos.

Medicamentos

Dependiendo del seguro que tenga, usted será responsable de una parte de los costos por cualquier medicamento recetado como parte de su régimen de tratamiento.

Sabemos que los costos relacionados con los medicamentos tienen la posibilidad de aumentar durante el período de tiempo que dure su tratamiento aquí en el MSK.

Contacte al Coordinador de Acceso a Pacientes cuando esté en el MSK para obtener información adicional sobre los Programas de Reemplazo de Medicamentos o los Programas de Asistencia con Copagos. Si no está seguro quién es su Coordinador de Acceso a Pacientes, comuníquese con el consultorio de su médico.

Transporte y viajes

Dependiendo del lugar en el que decida recibir tratamiento, bien sea en Manhattan o en cualquiera de las ubicaciones del MSK en las áreas circundantes, debe asegurarse de considerar la gasolina, los peajes, el estacionamiento y otros costos relacionados con el transporte que pudieran ser necesarios. Para los pacientes que viajen desde sitios más lejanos, esto pudiera incluir vuelos y estadías en hoteles. Hay disponibles trabajadores sociales para discutir la posibilidad de asistencia con gastos relacionados con viajes y transporte. Comuníquese con el consultorio de su médico para reunirse con un trabajador social.

Gastos familiares y de manutención

Esto abarca los costos pertinentes a las necesidades continuas de su familia y casa. Nuestros trabajadores sociales están aquí para discutir formas en las que el MSK puede ayudar a apoyarle con servicios de cuidado para niños o ancianos, de apoyo para sobrellevar la situación, y de mantenimiento del hogar.

Cuidado de un familiar, cuidado a domicilio, cuidado a largo plazo

Esta categoría incluye el costo de servicios añadidos que usted pueda necesitar a medida que se somete al tratamiento. Muchos pacientes encuentran que pudieran necesitar asistencia, por medio de comidas, viajes al tratamiento, o para asistentes de salud a domicilio. Hable con un trabajador social para saber más.

La historia de Jason

Jason tiene cuatro años y un diagnóstico de retinoblastoma. Inicialmente, su madre lo tenía cubierto bajo su seguro; sin embargo la despidieron y el seguro sólo se mantuvo vigente hasta el 31 de diciembre de 2016.

El paciente y su familia residen en Nueva Jersey y sobrepasan los requisitos para tener Medicaid; sin embargo, no tienen dinero para pagar las primas COBRA. El ingreso bruto familiar anual del paciente es \$54.000,00.

La madre de Jason es la cuidadora principal del paciente quien ha sido ingresado cuatro veces desde julio de 2016; por lo tanto, ella no tiene tiempo para buscar trabajo.

Ellos recibieron la aprobación para nuestro [Programa de Asistencia Económica del MSK](#) y estamos absorbiendo todos los cargos mediante fondos de atención caritativa. Los padres de Jason también tienen la aprobación para fondos de trabajo social para ayudarles a pagar los gastos de transporte de ida y vuelta del MSK.

Estimados de costos

En el Memorial Sloan Kettering, entendemos que a nadie le gustan las sorpresas cuando se trata del costo de atención médica. Es por eso que nuestros [Especialistas en Facturación a Pacientes](#) (*Patient Billing Specialists*) están aquí para ofrecerle un costo estimado que saldrá de su bolsillo antes de comenzar el tratamiento. El costo se calcula fundamentado en el tratamiento que recomendó el médico del MSK, y su cobertura de seguro existente. También tomamos en cuenta su deducible y cualquier coaseguro que pueda tener. Si desea hacer los arreglos para un costo estimado, llámenos al 646-888-1750 o envíenos un correo electrónico a chargeestimatespbd@mskcc.org.

Cómo entender su seguro médico

Compañías de seguros que colaboran con el MSK

Ciertos planes de seguro tienen relación con el MSK y nuestros médicos. Se considera que estos planes están [“dentro de la red”](#) (*In Network*) del MSK. Consulte la lista actualizada de aseguradoras en el siguiente vínculo: <https://www.mskcc.org/insurance-assistance/insurance-information>. Llámenos si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para entender.

Compañías de seguros que no tienen relación con el MSK

Antes de que el MSK pueda programar su cita, debe ver a su médico de atención primaria para obtener una autorización [fuera de la red](#) (*out-of-network*) para una consulta integral junto con cualquier servicio adicional que su médico pueda necesitar durante la primera consulta para hacer recomendaciones acerca de un plan de tratamiento. Se le informará sobre estos servicios durante el proceso de inscripción, y que el MSK debe recibir esta autorización antes de programar cualquier cita.

Cómo apelar a decisiones del plan de salud

Aquí se presentan algunos pasos a tener en cuenta si su compañía de seguros no permite inicialmente la cobertura de su tratamiento médico en el Memorial Sloan Kettering.

- Infórmese sobre su plan de seguros. Conozca el tipo de cobertura que proporciona. Entérese de los motivos por los que se le niega la cobertura.
- Entérese sobre su condición médica y cuáles suelen ser las opciones de tratamiento que se recomiendan. Si no ha hecho una cita en el Memorial Sloan Kettering, pregunte a su médico de atención primaria o a su oncólogo que le atiende si el Memorial Sloan Kettering ofrece tratamiento que no está disponible de los médicos u hospitales que están en la red de su plan de seguros. Si tiene una cita

para una consulta en el Memorial Sloan Kettering, pregunte al médico si el tratamiento recomendado es exclusivo de nuestro centro.

- Redacte una carta de apelación y siga el proceso para presentar una apelación como lo describe su compañía de seguros. Tales organizaciones como la Fundación para la Defensa del Paciente (*Patient Advocate Foundation*, llame al 800-532-5274) ofrece modelos de cartas para escribir una apelación. También puede encontrar cartas de apelación de muestra en su sitio web. Busque “Carta de apelación” a partir de la página del inicio del sitio web de la Fundación para la Defensa del Paciente, para encontrar esta información.
- Hable con su patrón o sindicato y pídale que ellos hagan la defensa a nombre de usted ante la aseguradora.

Si no ve su plan de seguros en nuestro sitio web, o si no tiene seguro, le animamos a llamarnos. Puede que haya otras formas en que le podamos asistir, a través de nuestro Programa de Asistencia Económica. Llame al 646-497-9176 de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. EST.

Tarifas de seguros

Cada aseguradora tiene una tarifa de pago establecida para cada prueba, procedimiento y servicio médico. Las tarifas son las que la aseguradora ha decidido que son apropiadas para estos servicios en la ciudad de Nueva York. Las aseguradoras tienen formas diferentes de decidir lo que es [usual y acostumbrado](#).

Nuestros cargos pueden ser diferentes a las tarifas de una aseguradora debido al alto nivel de atención médica que proporcionamos a nuestros pacientes. Si solo tiene beneficios fuera de la red, usted es responsable de pagar la diferencia entre los

cargos del Memorial Sloan Kettering y las tarifas [usuales y acostumbradas](#) de la aseguradora, además de los costos de su [coaseguro](#) y [deducible](#). Comuníquese con el representante de servicio al cliente de su compañía de seguros para verificar sus beneficios [fuera de la red](#) y averiguar cuál será su responsabilidad financiera.

Planes de seguros múltiples

Si tiene cobertura con más de un plan de seguros, querrá determinar los beneficios que usted tiene con ambos planes. Primero, necesita determinar cuál es su proveedor principal de seguros al contactar a la oficina de beneficios para empleados o a sus aseguradoras. Después de que averigüe cuál es su proveedor principal de seguros, necesita contactar a su aseguradora para determinar si tiene acceso al Memorial Sloan Kettering.

Servicios que pueden no tener cobertura por parte de seguros de gastos médicos mayores

Mientras recibe tratamiento en el MSK, es importante confirmar con su proveedor de seguro de gastos médicos mayores cuáles son los servicios que cubren. En algunos casos, los servicios odontológicos o psicológicos relacionados con el diagnóstico de cáncer solo pueden estar cubiertos a través de su seguro dental y/o beneficios de salud del comportamiento. Como siempre, [Servicios Financieros para Pacientes](#) puede ayudarle a prepararse para estas conversaciones con su aseguradora.

Seguro patrocinado por el gobierno

Medicare

Los servicios de hospital y médicos en el Memorial Sloan Kettering están cubiertos por el seguro Medicare estándar. Usted es responsable de los costos del [coaseguro](#) y deducible. Si está inscrito en un plan Advantage de Medicare, comuníquese con su aseguradora para determinar sus beneficios y cobertura en el Memorial Sloan Kettering, ya que su acceso puede ser limitado.

Medicaid

Medicaid de la ciudad de Nueva York cubre los servicios médicos y de hospital en el Memorial Sloan Kettering. Los pacientes son responsables de los copago. También tenemos relaciones contractuales en las que participan ciertos planes de Salud Controlada de Medicaid (*Medicaid Managed Care*). Vea los planes de Medicaid que participan en el siguiente vínculo: <https://www.mskcc.org/insurance-assistance/insurance-information/medicare-medicare>. Si está inscrito en un plan de salud controlada por Medicaid que no se nombre aquí, comuníquese con un representante de Medicaid para determinar si el plan ofrece cobertura en el Memorial Sloan Kettering.

Cobertura de medicamentos recetados

Su seguro médico no necesariamente es lo mismo que su seguro para medicamentos recetados. Es posible que, aunque tenga seguro médico, pueda no tener seguro para medicamentos recetados o puede que sea diferente. Los planes específicos de ciertas compañías de seguros tienen relaciones con el Memorial Sloan Kettering y con nuestros médicos. Si tiene una tarjeta activa de farmacia, tráigala con usted a su siguiente consulta.

Mercado de seguros médicos

Entendemos que puede haber muchas complejidades implicadas con la cobertura de seguros adquirida a través de la red de intercambio de salud de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (*Affordable Care Act*). Estamos aquí para ayudar. Si tiene preguntas acerca de cómo un proveedor de seguros cubrirá su atención médica, o si necesita orientación para un cambio en la cobertura, llámenos al 646-227-3378; si no reside en Nueva York, puede llamarnos al 866-248-1274. Nuestro equipo está aquí para escuchar sus preocupaciones y ayudarle en cualquier forma que podamos hacerlo. Queremos que nuestra atención médica sea tan accesible y asequible costable para tantas personas como sea posible.

Atención médica para pacientes sin seguro médico

Si no tiene seguro médico o le preocupa que su seguro médico pueda no cubrir totalmente sus cuentas del MSK, es posible que podamos ayudar. Comience por contactar a su Coordinador de Acceso a Pacientes para que le ayude. Además de eso, comuníquese con Servicios de Facturación a Pacientes (*Patient Billing Services*); trabajaremos con usted para encontrar opciones alternativas de pago. Asimismo, para los que califican, el MSK ofrece ayuda económica para pacientes necesitados a través de nuestro Programa de Asistencia Financiera.

Para su conveniencia, al final de este folleto hemos incluido un [glosario](#) de términos de seguros médicos que se han usado aquí y/o pueden usarse en las discusiones que pueda tener con los representantes de servicio al cliente del plan que usted tiene.

Recursos financieros del MSK

Programa de Asistencia Económica gratuita (FAP)

El Programa de Asistencia Económica gratuita (FAP) del Memorial Sloan Kettering ayuda a los pacientes no asegurados y a los que están subasegurados que tienen un ingreso familiar de hasta cinco veces el nivel de pobreza federal y no pueden obtener un seguro médico subsidiado por el estado ni costear el pago de la atención médica. La premisa del programa es que se espera que todos los pacientes contribuyan a su atención médica según su capacidad de pago, ya que el hospital tiene la intención de ofrecer asistencia económica a nuestros pacientes con mayor necesidad médica y económica.

Los costos del hospital y los honorarios médicos se pueden reducir para los pacientes que califican para el programa. La ayuda se proporciona sobre a base del ingreso familiar del paciente, sus activos, tamaño de su familia, gastos y necesidades médicas. Los pacientes nuevos que residan en Nueva York o Nueva Jersey pueden calificar para la asistencia. Los pacientes del Hospital Memorial pueden calificar para la asistencia económica independientemente de donde vivan en los Estados Unidos. Entendemos que cada paciente tiene una situación económica única y le alentamos a que contacte a nuestro Departamento de Servicios Financieros para Pacientes en caso de necesitar ayuda. Cada solicitud de asistencia se maneja de manera confidencial y requiere de la cooperación del solicitante. Para mayor información acerca del Programa de Asistencia Económica gratuita llame al 212 639 -3810, entre las 8:30 a.m. y 5:30 p.m., de lunes a viernes.

La historia de Marie

Marie es auxiliar de enfermería de 50 años de edad con un diagnóstico de cáncer de pulmón. Tiene una familia de cuatro personas y su ingreso anual era de \$104.000,00.

A su hijo le diagnosticaron insuficiencia renal severa y Marie planificó donar uno de sus riñones. Tuvo que someterse a un examen físico completo antes de convertirse en donante y allí es donde descubrieron que tenía cáncer de pulmón.

En ese momento, ellos estaban inscritos en el seguro Union Local 1199 el cual solo paga el 50% de los servicios ambulatorios. Debido a su enfermedad, así como a tratar de cuidar de su hijo, ella trabajaba menos horas por lo que su ingreso anual había disminuido de forma significativa.

Ellos obtuvieron aprobación total para **asistencia económica** y MSK está aceptando como pago total la cantidad que paga el seguro, lo que significa que no hay costos que salen del bolsillo para Marie y su familia.

Programas de asistencia para copagos y de reemplazo de medicamentos

A medida que el costo de los medicamentos para el cáncer siguen aumentando, así como también la responsabilidad económico que tiene el paciente en relación con el tratamiento en general, el MSK busca activamente formas de ayudar a compensar los gastos de los pacientes. Hay muchos programas de apoyo económico para pacientes que ofrecen fuentes externas tales como empresas farmacéuticas y fundaciones para ayudar a cubrir el costo de los medicamentos para el cáncer de un paciente. Para información adicional, llame al consultorio de su médico para hablar con el [Coordinador de Acceso a Pacientes](#).

Servicios sociales

En el Memorial Sloan Kettering, estamos comprometidos a ayudar a los pacientes a negociar los retos emocionales y sociales del cáncer y sus

tratamientos. Los trabajadores sociales desempeñan un papel importante en proporcionar apoyo

emocional y orientación a las personas que tienen cáncer, así como también a los amigos, familias y cuidadores. También pueden ayudar con las preocupaciones logísticas que rodean al transporte, las finanzas y otros asuntos prácticos. Para hablar con un trabajador social, pregunte a su médico o enfermera del Memorial Sloan Kettering o llame directamente al Departamento de Trabajo Social al 212-639-7020.

Departamento de Ingresos de los Pacientes

Nuestro Departamento de Ingresos de los Pacientes trabaja en conjunto con usted, su aseguradora y el equipo clínico, para asegurar que el pago por su tratamiento de cáncer sea lo más sencillo posible. Nuestro personal está comprometido a garantizar que usted entienda con claridad nuestros procesos de facturación y pago. Ellos están disponibles por teléfono o en persona para analizar cualquier inquietud financiera que usted pueda tener mientras se le está tratando en el MSK.

- **Coordinador Financiero de Pacientes (PFC, *Patient Financial Coordinator*):** Responsable de inscribir y asesorar a los pacientes nuevos y existentes en todos los asuntos relacionados con la inscripción, actualizaciones de seguros y preguntas acerca de la cobertura. Se les puede contactar al **646-888-1500**.
- **Coordinador de Acceso a Pacientes (PAC, *Patient Access Coordinator*):** Orientadores financieros que proporcionan asesoramiento en persona a los pacientes que pueden tener preguntas en relación con su seguro y

responsabilidades de pago durante todo el curso del tratamiento. Trabajan directamente con los equipos clínicos para garantizar que las inquietudes económica de los pacientes puedan abordarse de forma proactiva.

Comuníquese con sus equipos clínicos si desea concertar una reunión.

- **Servicios de Facturación a Pacientes (PBS, *Patient Billing Services*):**

Da respuesta por teléfono y por el portal y correo del MSK a las preguntas y necesidades de los pacientes con respecto a las cuentas del hospital y de los médicos. Puede contactarlos al **646-497-9176** para analizar las actualizaciones del seguro, hacer pagos en su cuenta y obtener costos estimados sobre servicios.

- **Programa de Defensa de la Atención Médica del Paciente (PCAP,**

***Patient Care Advocacy Program*):** Ofrece asistencia respecto a la autorización del seguro a los pacientes que no tienen acceso al Memorial a través del plan actual de seguro de salud que tengan. Ellos trabajan con el paciente, médicos externos, personal clínico en el MSK y la aseguradora de los pacientes para tratar de obtener autorización para la atención médica en el MSK. Se les puede contactar al **212-639-3111**.

Cómo orientarse en el MSK

Cómo orientarse respecto a sus preguntas económicas en el MSK



Paciente nuevo



Contactar a **Servicios de Facturación a Pacientes** si:

- ? Tengo preguntas acerca de mi cobertura de seguro.

Llamar al: 646-497-9176

- ? No vivo en Nueva York y tengo preguntas acerca de recibir atención médica en el MSK.

Llamar al: 866-248-1274

- ? Me gustaría saber cuánto se me pudiera cobrar.

Llamar al: 646-888-1750 o envíe un correo electrónico a chargeesestimatespbd@mskcc.org

Paciente actual



Contactar a **Servicios de Facturación a Pacientes** si:

- ? Quisiera actualizar mi seguro

Llamar al: 646-497-9176

- ? Tengo preguntas acerca de mi factura

Llamar al: 646-227-3378

Contactar a **Servicios Financieros a Pacientes** si:

- ? Necesito ayuda para pagar mis cuentas de hospital y quisiera saber más acerca de mis opciones

Llamar al: 212-639-3810

- ? El copago de mis medicamentos es alto y quisiera saber más acerca de los programas de asistencia con medicamentos recetados.

Llamar al consultorio de su médico y pedir reunirse con el **Coordinador de Acceso a Pacientes**.



Memorial Sloan Kettering
Cancer Center

Glosario de seguros

Aseguradora: Compañía de seguros que emite pólizas y hace pagos a proveedores médicos por sus miembros.

Asesor financiero: Empleado del Memorial Sloan Kettering que está a disposición para responder las preguntas que usted pueda tener o para explicar los procedimientos de facturación.

Autorización: Aprobación por escrito de su aseguradora previa a la prestación de un servicio, para que usted reciba atención médica en el Memorial Sloan Kettering. Tenga en cuenta que se necesita una nueva autorización por cada tipo de servicio, tal como quimioterapia, radioterapia, RMN, TC, cirugía ambulatoria e ingreso en el hospital. Obtendremos esta autorización para usted en 24 a 48 horas antes del servicio programado.

Coordinador Asistencial: Empleado del Memorial Sloan Kettering, que suele ser una enfermera, quien abogará por usted ante la compañía de seguros si el tratamiento propuesto no está disponible dentro de su red de proveedores.

Copago: Una tarifa plana que paga por servicios de atención médica de un proveedor dentro de la red por ciertos servicios tales como una consulta médica o fisioterapia. Por ejemplo, puede ser responsable por un copago de \$15 por cada consulta médica.

Coaseguro: La cantidad (usualmente un porcentaje) de los costos de atención médica que usted tiene que pagar. El pago del coaseguro se hace incluso si se

ha completado el deducible. Por ejemplo, puede pagar 20 por ciento del costo de los servicios médicos después de completar el deducible.

Costos que salen de su bolsillo: La cantidad que usted es responsable de pagar por servicios médicos que no reembolsa su plan de seguros.

Deducible: La cantidad anual que debe pagar por gastos de atención médica antes que la compañía de seguros comience a pagar por servicios médicos cubiertos.

Derivación: El formulario de aprobación que usted recibe del médico de atención primaria para que usted vea a un especialista u obtenga ciertos servicios. En muchos planes de salud controlada, es necesario que obtenga un formulario de derivación antes de recibir atención médica de cualquiera a excepción del médico de atención primaria. Si no obtiene una derivación primero, es posible que el plan no pague por su atención médica. Los pacientes en los planes de las HMO también deben obtener autorización de su aseguradora para el tratamiento antes de una cita en un centro fuera de la red.

Fuera de la red: Médicos, hospitales u otros profesionales de la salud que no tienen un contrato de salud controlada con la compañía de seguros de una persona. Cuando recibe atención médica fuera de la red, usted será económicamente responsable de esos cuidados.

Intercambio de seguros médicos (también conocido como Mercado de seguros médicos): Disposición clave en la Ley de Cuidado de Salud Asequible (*Affordable Care Act*) establecida para ofrecer una variedad de proveedores de seguros de salud que compiten entre sí para ofrecer planes calificados

diferentes. Todos los planes calificados deben cumplir estándares establecidos e impuestos por el gobierno federal.

Ley de Cuidado de Salud Asequible (*Affordable Care Act*): Legislación de reforma de salud convertida en ley en marzo del 2010. Incluye una larga lista de disposiciones relacionadas con la salud que comenzaron a entrar en vigor en el 2010. Las disposiciones clave están destinadas a extender la cobertura a millones de estadounidenses no asegurados, reducir los costos de la atención médica y mejorar la eficiencia del sistema, eliminar las prácticas de la industria que incluyen la anulación, y negación de cobertura debido a condiciones preexistentes.

Medicaid: Programa estatal que ofrece beneficios médicos a personas elegibles que tienen bajos recursos, así como también a las personas con discapacidades.

Medicare: Programa federal de seguros médicos que cubre el costo de hospitalización, atención médica, y algunos servicios relacionados para personas de 65 o más años de edad y para personas con discapacidades.

Médico de Atención Primaria (MAP): Médico general o médico de familia que es su médico personal y su primer contacto dentro de un sistema de salud controlada. El MAP suele dirigir el curso del tratamiento y derivarle a otros médicos y/o especialistas en la red si es necesaria atención médica especializada.

Organización de Proveedores Exclusivos (EPO, *Exclusive Provider*

Organization): Organización de salud controlada que es similar a una organización de proveedores preferidos (PPO, *Preferred Provider Organization*). Si usted es miembro de una EPO, puede ver a cualquier médico que esté en la red sin obtener una derivación. No necesita elegir un médico de atención primaria, pero no puede ir a un proveedor que esté fuera de la red sin una autorización. Usted es responsable de todos los cargos si recibe tratamiento de un proveedor que no pertenezca a la red y si no tiene autorización.

Organización de Proveedores Preferidos (PPO, *Preferred Provider Organization*): Plan de salud que contrata los servicios de un grupo de profesionales para ofrecer servicios médicos a tarifas con descuentos. Generalmente, puede ver a cualquier médico que esté en la red de la PPO sin requerir aprobación especial y usualmente no necesita elegir un médico de atención primaria. La PPO le permiten buscar atención médica fuera de la red de la PPO, pero la parte asegurada tiene un mayor gasto de su bolsillo.

Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, *Health Maintenance Organization*): Plan de salud controlada que requiere que sus miembros usen los servicios de su red de médicos, hospitales u otros profesionales de la salud. Si es miembro de una HMO, se le exige que elija un médico de atención primaria que debe proporcionarle una derivación para ver a un especialista.

Plan de salud controlada: Plan de seguro que contrata con una red de profesionales de la salud. Su responsabilidad financiera es significativamente menor cuando se le proporciona atención médica dentro de la red. Las EPO, HMO, PPO y los POS y son planes de salud controlada.

Planes de seguro de indemnización: También llamado plan de pago por servicio. Plan de seguro que permite que usted vea a los profesionales de la salud de su preferencia. Usted es responsable de pagar un porcentaje de los cargos totales independientemente del profesional de la salud que vea.

Precertificación: Obtener autorización de su plan de seguro para cualquier ingreso en hospital y los procedimientos ambulatorios especificados bajo su póliza. El Memorial Sloan Kettering se hará cargo a su nombre de la precertificación que requiere el seguro, independientemente de la compañía de seguros con la que tenga la póliza. Estos servicios incluyen (entre otros) las hospitalizaciones, los ingresos a emergencia, las cirugías ambulatorias, los procedimientos de radiología, y la radioterapia.

Procedimiento o servicio no cubierto: Procedimiento o servicio médico que un plan de seguro considera médicamente innecesario (o de experimentación) y, por lo tanto, no tiene cobertura.

Proveedor: Cualquier profesional médico (médico, enfermera practicante, etc.) o institución (hospital, clínica, etc.) que brinde atención médica.

Punto de servicio (POS, *Point of Service*): Plan de salud que contrata a un grupo de profesionales para ofrecer servicios médicos a tarifas con descuentos. Cuando ve a un especialista de la red, tal como un oncólogo, debe obtener una derivación de su médico de atención primaria. Los planes de POS le permiten buscar atención médica fuera de la red de la PPO, pero la parte asegurada tiene un mayor gasto de su bolsillo.

Red: Grupo de médicos, especialistas, hospitales, centros ambulatorios, farmacias y otros proveedores que han firmado un contrato con una compañía de seguros para ofrecer servicios de atención médica a sus suscriptores.

Red interna: Médicos, hospitales u otros profesionales de la salud que tienen un contrato de salud controlada con su plan de seguros. Los honorarios de estos profesionales están cubiertos por el plan. Aun así, es posible que usted sea responsable de un copago.

Servicios de Recursos Oncológicos (CRS, *Cancer Resource Services*): Los Servicios de Recursos Oncológicos (CRS) constituyen un programa que brinda UnitedHealthcare y que ofrece a los pacientes de UnitedHealthcare acceso a una red de centros oncológicos de primera clase. Los pacientes de UnitedHealthcare deben llamar a los CRS al 866-936-6002 para verificar la elegibilidad para esta cobertura especializada.

Usuales, acostumbrados y razonables (UCR, *Usual, Customary, and Reasonable* o Razonables y acostumbrados: Cada aseguradora tiene una tarifa de pago establecida para cada prueba, procedimiento y servicio médico. Las tarifas son las que la aseguradora ha decidido que son apropiadas para estos servicios en la ciudad de Nueva York. Las aseguradoras tienen formas diferentes de decidir lo que es usual y acostumbrado. Los cargos del Memorial Sloan Kettering pueden ser diferentes de las tarifas de una aseguradora debido al alto nivel de atención médica que proporcionamos a nuestros pacientes. Si solo tiene beneficios fuera de la red, es responsable de pagar la diferencia entre los cargos del Memorial Sloan Kettering y las tarifas usuales y acostumbradas

de la aseguradora, además de los costos de su coseguro y deducible.