

SEGURO Y FACTURACIÓN PARA COLONOSCOPIAS: INFORMACIÓN ESENCIAL

La Ley de Cuidado de Salud Asequible (*Affordable Care Act*) que se aprobó en marzo de 2010 posibilitó la cobertura de varios servicios preventivos, como las colonoscopias, sin costo alguno para el paciente. Sin embargo, las estrictas pautas que definen a la colonoscopia como un servicio preventivo son cambiantes e incluyen muchas salvedades que impiden que los pacientes se aprovechen de esta disposición y que pueden producir graves confusiones en cuanto a las diversas categorías de colonoscopia.

Estas categorías lo ayudarán a determinar la cobertura de su plan de seguro y pueden afectar sus gastos de bolsillo (gastos con desembolso directo). Es importante que usted se informe sobre la categoría que le corresponde y sobre la cobertura específica de su póliza de seguro. Hemos creado este documento en nuestro consultorio para aclarar algunas de las confusiones y errores que suelen producirse.

CATEGORÍAS DE COLONOSCOPIA

Evaluación de Riesgos Preventiva/Promedio:

- Exámenes de rutina a partir de los 45 años*.
- El paciente no se realizó una colonoscopia en los últimos 10 años.
- No presentó ni presenta síntomas GI.
- No tiene antecedentes personales de enfermedad gastrointestinal (GI), pólipos del colon o cáncer.

Evaluación de Riesgo Elevado (Medicare)/Vigilancia (Comercial):

- El paciente no tiene síntomas GI activos (por ej.: anemia por deficiencia de hierro, cambio en los hábitos intestinales, diarrea, dolor abdominal, etc.).
- Tiene antecedentes personales de enfermedad GI (*por ej.: enfermedad de colon irritable [IBD, por sus siglas en inglés], colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn*), cáncer colorrectal o pólipos.
- Tiene antecedentes familiares significativos de pólipos o cáncer colorrectal.
 - o Un pariente de primer grado con cáncer colorrectal o adenoma avanzado antes de los 60 años de edad.
 - o Dos parientes de primer grado con cáncer colorrectal o adenoma avanzado.
- En esta categoría se podrían indicar estudios de detección de colonoscopia con una frecuencia mayor (*por ej., cada 2 a 5 años*) que la indicada respecto de la población general, para la que suelen recomendarse estudios cada 10 años.
 - o Medicare cubre una evaluación para la detección de riesgo elevado cada 2 años.

Asegúrese de seguir las instrucciones sobre la preparación, ya que, si se suspende una evaluación mediante colonoscopia por una preparación deficiente, el seguro deberá determinar si se cubrirá la repetición del procedimiento como beneficio de evaluación preventiva.

Diagnóstico/Terapéutico:

- El paciente presentó o presenta síntomas GI, o tiene antecedentes personales de enfermedades GI.
- Se obtuvieron resultados positivos en una prueba de ADN en materia fecal (*Cologuard*), una prueba inmunoquímica fecal (*FIT*, por sus siglas en inglés), una prueba de sangre oculta en materia fecal (*FOBT*) o análisis en sangre (*SEPT9*).

*** La Sociedad Americana contra el Cáncer recomienda comenzar con los exámenes regulares a los 45 años de edad; sin embargo, no todas las aseguradoras han cambiado sus pautas.**

PREGUNTAS FRECUENTES

¿Puede el médico modificar mi diagnóstico, o agregar o eliminar información, para que se me apliquen las categorías de la evaluación mediante colonoscopia?

- **No**, la información obtenida en la cita con el paciente queda documentada como expediente médico, y se la considera el resultado de la evaluación y valoración del médico. Se trata de un documento legal vinculante que no se puede modificar para obtener una mejor cobertura de seguro.
- Los pacientes deben saber que existen estrictas pautas que rigen los procedimientos de codificación y documentación aplicables a los organismos públicos y las compañías de seguro, y que estas pautas prohíben a los médicos alterar una tabla o factura con el único propósito de determinar una cobertura. Este procedimiento se considera un fraude vinculado al seguro y está penado por ley.

¿Qué pasa si mi compañía de seguros me dice que NMH puede modificar, agregar o eliminar un código CPT o un código de diagnóstico?

- Esto es algo que sucede con mucha frecuencia. Algunos representantes de servicios para los afiliados suelen comentarles a los pacientes que, si el médico codifica un procedimiento con un diagnóstico de “evaluación preventiva”, dicho procedimiento quedará cubierto al 100 %. No obstante, si se analiza más minuciosamente este tema con el representante en cuestión, se descubrirá que el diagnóstico de “evaluación preventiva” solo puede modificarse si se aplica al paciente.
- Si usted recibe esta información, documente la fecha, el nombre y el número de teléfono del representante del seguro. A continuación, póngase en contacto con nuestro departamento de facturación, que se ocupará de realizar una auditoría de la facturación e investigará la información proporcionada. Generalmente sucede que la compañía aseguradora decide volver a llamar al paciente para explicarle que el representante de servicios para los afiliados nunca debería haber sugerido que el médico podía modificar la facturación para lograr una mejor cobertura de beneficios.

Se me indicó una colonoscopia como evaluación preventiva, pero se detectó algo en el procedimiento. ¿Qué sucederá ahora?

- Los beneficios dependerán de su póliza de seguro. Ciertos planes cubrirán el primer servicio preventivo aunque se haya detectado cáncer, pólipos o lesiones en la colonoscopia. Es importante tener en cuenta que después del primer procedimiento, los procedimientos posteriores ya no se considerarán exámenes preventivos, sino evaluaciones de diagnóstico, terapéuticas o de riesgo elevado/vigilancia. Se recomienda consultar a la compañía de seguros para obtener información específica sobre el plan de seguro.

FACTURACIÓN DE NMH

Es importante que Northwestern Medicine disponga de información actualizada, completa y precisa sobre su seguro médico para evitar demoras y reducir los posibles desembolsos directos (gastos de bolsillo). Según su cobertura de seguro, se le podría pedir que abone parte del monto de copago o coaseguro por los servicios prestados al efectuarse el registro.

Si usted no está asegurado o su compañía de seguros no cubre un tratamiento en su totalidad, recibirá por correo el detalle de su estado de cuenta. A menudo, los planes de seguro no cubren el costo total de la atención, de manera que

el paciente debe hacerse cargo de parte del monto adeudado. Usted deberá cubrir la porción de la factura que su compañía de seguros no pague. Le enviaremos un estado de cuenta después de recibir el pago efectuado por su seguro para notificarle si hay quedó saldo pendiente.

También puede recibir facturas adicionales por los servicios recibidos en nuestros hospitales, como facturas de médicos independientes por servicios de anestesiología o patología. Si tiene alguna **duda sobre su factura, los cargos o los códigos utilizados, visite NM MyChart o llame al (855) 694-2866.**

¿CÓMO SABRÉ QUÉ MONTO TENDRÉ QUE PAGAR?

Para evitar cargos imprevistos, averigüe cuáles son los beneficios, la cobertura y las ubicaciones/proveedores de preferencia de su seguro médico para este procedimiento. Consulte la información que se encuentra en las instrucciones del procedimiento para obtener los códigos CPT y de diagnóstico preoperatorios, y llame a su compañía aseguradora. Tenga en cuenta que los procedimientos están sujetos a cambios en función de los resultados obtenidos. Es importante que conozca bien sus beneficios antes del procedimiento.

Código(s) de diagnóstico (ICD-10):

Código de procedimiento (CPT):

- Evaluación de riesgo normal para COBERTURA EXCLUSIVA DE MEDICARE (cada 10 años): G0121
- Evaluación de riesgo elevado/vigilancia para COBERTURA EXCLUSIVA DE MEDICARE (antecedentes personales o familiares de pólipos o cáncer de colon): G0105
- Vigilancia colonoscopia para enfermedad inflamatoria intestinal: 45380
- Para todos los demás procedimientos de colonoscopia: 45378

PREGUNTAS PARA LA COMPAÑÍA ASEGURADORA			
1. ¿Mi póliza cubre los códigos CPT y de diagnóstico?		SÍ	No
2. ¿Northwestern Memorial Hospital y el médico realizan el procedimiento incluido en mi red de seguro?		SÍ	No
3. ¿Se procesará el código de diagnóstico como evaluación preventiva, procedimiento de diagnóstico/terapéutico o evaluación/vigilancia de riesgo elevado?		SÍ	No
4. ¿Qué beneficios tengo en relación con ese servicio? (Los beneficios dependerán de cómo reconozca el diagnóstico la compañía aseguradora).	Coaseguro: _____	Copago: _____	Deducible: _____
5. Si el médico extrae un pólipo, ¿esto cambiará el monto que yo debería cubrir por desembolso directo (gastos de bolsillo)?		SÍ	No

Nombre del representante: _____ N.º de referencia de llamada _____ Fecha _____

AUTORIZACIÓN PREVIA

Nuestro departamento de autorización previa consultará a la compañía que le proporciona su plan de seguro médico para confirmar si necesitan una autorización previa y realizar los trámites que correspondan.

- Llame a su compañía aseguradora **3 días hábiles antes** del procedimiento para verificar que hayan recibido la autorización.
- Si **no se ha aprobado** su procedimiento, comuníquese con nuestro departamento de certificación previa, llamando al **(312) 926-4645**.

Comuníquese con el **departamento Patient Financial Services (servicios financieros para pacientes) de NMH llamando al (312) 926-6906** para resolver cualquier duda o inquietud. Allí podrán explicarle claramente sus obligaciones

financieras en relación con este procedimiento. Sin embargo, tenga en cuenta que deberá comunicarse primero con su compañía aseguradora para realizar las preguntas mencionadas.

Descargo de responsabilidad: *Este formulario no garantiza cobertura. No constituye una autorización de pago de ningún servicio, como los servicios o procedimientos fuera de la red para los cuales el paciente no tiene cobertura. Este documento solo ofrece un cálculo aproximado de los costos de desembolso directo (gastos de bolsillo); los precios están sujetos a cambios.*