

Aviso Importante sobre el Pago de Beneficios Fuera de la Red

Ciertos planes de cuidado de la salud administrados o asegurados por las afiliadas de UnitedHealth Group, Incorporated proporcionan beneficios médicos y quirúrgicos “fuera de la red” a los miembros. Con los beneficios fuera de la red, los miembros pueden consultar a médicos y otros profesionales de atención de la salud fuera de la red de UnitedHealthcare. El miembro o profesional, según si el miembro le asignó o no el reclamo al profesional, envía un reclamo a una afiliada de UnitedHealth Group para que pague dichos servicios profesionales. La afiliada de UnitedHealth Group pagará de acuerdo con lo estipulado en el plan de salud del miembro, que en muchos casos exige que la cantidad sea la menor de:

- el cargo real que el proveedor fuera de la red le facturó al miembro, o
- “la cantidad razonable y habitual”, “la cantidad usual, habitual y razonable”, “la tarifa predominante” u otros términos similares que basen el pago en lo que cobran por sus servicios otros profesionales de atención de la salud en un área geográfica.

¿Qué Significan Estos Términos?

Los términos “la cantidad razonable y habitual”, “la cantidad usual, habitual y razonable” y “la tarifa predominante” son estándares que usan los planes de salud para pagar los beneficios fuera de la red teniendo como referencia diversos recursos disponibles. Estos recursos contienen información sobre los cargos o los costos de servicios profesionales o suministros. El recurso utilizado para el pago de servicios profesionales se basa en lo que cobran por sus servicios otros profesionales de atención de la salud en las regiones o áreas geográficas relevantes. La región o área geográfica relevante es uno o más de los códigos postales de tres dígitos (también llamado “*geozip*” en inglés, en adelante “área geográfica”, como se describe mejor a continuación) que cubre el lugar donde se presta un servicio de atención de la salud.

Estos estándares no se aplican a los planes en los que el reembolso se determina únicamente teniendo en cuenta las tarifas de Medicare. Además, las afiliadas de UnitedHealth utilizan diferentes recursos al aplicar estos estándares con respecto a los servicios prestados por establecimientos como hospitales generales o centros de cirugía ambulatoria, o al determinar el reembolso de productos farmacéuticos (como se explica en más detalle a continuación). Asimismo, el plan de salud de un miembro puede definir estos estándares de otro modo o contener estándares adicionales, y lo que rige es lo estipulado por el plan de salud del miembro o la interpretación del plan de lo estipulado. Por lo tanto, un miembro siempre debe consultar con su plan de salud al calcular cuánto obtendrá de reembolso por los beneficios fuera de la red.

¿Cómo me Afecta Esto como Miembro?

Si su plan de cuidado de la salud exige el pago a través de términos como “razonable y habitual” o frases similares a las mencionadas anteriormente con respecto a procedimientos médicos y quirúrgicos realizados y facturados por profesionales de atención de la salud o grupos de proveedores de atención de la salud, las afiliadas de UnitedHealth Group generalmente consultan una lista de cargos creada por Ingenix, Inc., una subsidiaria en propiedad absoluta de UnitedHealth Group, cuando tienen que determinar la cantidad máxima que pagarán por dichos beneficios. Ingenix publica dos bases de datos llamadas “PHCS” (Sistema de Cargos de Atención de la Salud Predominantes) y “MDR” (Investigación de Datos Médicos). Ingenix actualiza y publica la información que contienen estas bases de datos en fechas programadas cada año. Las afiliadas de UnitedHealth Group que administran planes de cuidado de la salud de acuerdo con los términos “razonable y habitual” o estándares similares utilizan los módulos médicos o quirúrgicos de una de estas bases de datos para el reembolso de honorarios profesionales por servicios médicos y quirúrgicos. Al utilizar la lista de cargos que se encuentran en los módulos médicos y quirúrgicos de estas bases de datos, el pago máximo que una afiliada de UnitedHealth Group hará a los miembros, en ocasiones será inferior a la cantidad facturada por servicios profesionales específicos. Por lo tanto, esto afecta el costo de “desembolso personal” que los miembros deben pagar a los profesionales de atención de la salud fuera de la red ya que los miembros son responsables de la

diferencia entre lo que cobran los profesionales y lo que paga la afiliada de UnitedHealth Group.

¿Cómo se Preparan y Utilizan las Listas de Ingenix para los Pagos?

La base de datos PHCS está diseñada para utilizar los cargos reales de honorarios por servicio que cobran los profesionales de atención de la salud por servicios de atención de la salud en el sector privado o, según se explica a continuación, cuando no se dispone de información suficiente, informa valores basados en una metodología que utiliza cargos derivados y valores relativos. Ingenix recopila información de las compañías de seguros y de otros administradores de planes de salud de todo el país, incluida la información de Puerto Rico y las Islas Vírgenes. Ingenix les solicita a estos contribuyentes que envíen sólo los cargos de honorarios por servicio reales que los profesionales han facturado. Estos contribuyentes de datos reciben un descuento en las cuotas de sus licencias por las bases de datos PHCS o MDR de acuerdo con la cantidad aportada de datos sobre cargos que acepta y usa Ingenix.

Después de recopilar la información sobre cargos facturados de los contribuyentes de datos, Ingenix revisa la información antes de usarla para crear las bases de datos PHCS y MDR.

Específicamente, Ingenix excluye información que (i) no esté actualizada, (ii) esté incompleta (campos de datos faltantes como algún código de procedimiento, código postal o cargo facturado), (iii) contenga códigos postales o códigos de procedimientos no válidos o (iv) tenga cantidades facturadas que se encuentren fuera de ciertos parámetros de cargos mínimos y máximos establecidos por Ingenix para identificar los cargos que considera “atípicos”.

La base de datos PHCS publica las cantidades determinadas mediante el proceso de Ingenix, organizadas por códigos de procedimientos médicos, conocidos como códigos CPT, y áreas geográficas (*geozips*). Para las combinaciones de códigos CPT/áreas geográficas con 9 o más cargos reales utilizados por Ingenix para crear el producto PHCS, la base de datos informa dichos cargos en los “percentiles” 50, 60, 70, 75, 80, 85, 90 y 95. A modo de ejemplo, el percentil 90 es la cantidad igual o superior al 90% de los cargos utilizados por Ingenix para crear la base de datos PHCS para dicha combinación de códigos CPT/áreas geográficas.

Las afiliadas de UnitedHealth Group generalmente utilizan el percentil 80 de la base de datos PHCS como parámetro de referencia, pero los patrocinadores del plan podrían elegir usar percentiles diferentes con sus planes. Para las combinaciones de códigos CPT/áreas geográficas que tengan menos de 9 cargos reales en el depósito de datos recopilados de los contribuyentes para utilizar en la base de datos PHCS, la base de datos informa “cargos derivados” en las tablas de percentiles. Para calcular los cargos derivados, Ingenix agrupa los cargos facturados por servicios similares del área geográfica relevante. Los datos de cargos se estandarizan mediante “valores relativos”, que son números que se asignan a los códigos de procedimientos de acuerdo con una evaluación de la complejidad y los gastos de los procedimientos. Los procedimientos más complejos y más costosos reciben valores relativos más altos, mientras que los procedimientos menos complejos y menos costosos reciben valores relativos más bajos. Para la base de datos PHCS, Ingenix certifica sus valores relativos a través de una compañía que no está afiliada a UnitedHealth ni a Ingenix, llamada Relative Value Studies Incorporated (<http://www.rvsdata.com/about.html>).

La base de datos MDR está compuesta completamente de cargos derivados. Ingenix utiliza sus propios valores relativos para crear la base de datos MDR, y la metodología de cargos derivados utilizada para la base de datos MDR es diferente de, aunque similar a, la utilizada para la base de datos PHCS.

Los módulos médicos y quirúrgicos de las bases de datos PHCS y MDR actualmente contienen tablas que cubren más de 8,000 códigos diferentes en más de 400 áreas geográficas diferentes. Cada publicación de las bases de datos utiliza los datos aportados con fechas de servicio durante un período móvil de 12 meses entre 3 y 15 meses antes de la fecha en que se publica cada módulo.

Los códigos de servicio y producto empleados en las bases de datos se basan en el sistema de codificación de la Terminología de Procedimientos Actuales (CPT, por sus siglas en inglés) desarrollado y mantenido por la Asociación Médica Estadounidense (AMA, por sus siglas en inglés) o el Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes de Atención de la Salud (HCPCS, por sus siglas en inglés) desarrollado y mantenido por los Centros de Servicios de Medicare y

Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). Las bases de datos se dividen en “módulos”, que son compilaciones de diversas tablas para diferentes códigos que generalmente están relacionadas entre sí (p. ej., hay un módulo de servicios médicos de PHCS y un módulo de servicios quirúrgicos de PHCS). Hay ocho módulos diferentes para la base de datos PHCS y nueve módulos para la base de datos MDR. Las afiliadas de UnitedHealth actualmente utilizan solamente los módulos médicos y quirúrgicos de la base de datos PHCS cuando reembolsan los reclamos según “la cantidad razonable y habitual” u otros estándares similares tal como se describió anteriormente por servicios profesionales prestados y facturados por profesionales de atención de la salud u otros grupos de proveedores de atención de la salud.

Las áreas geográficas se utilizan para agrupar los cargos para un código CPT en particular por áreas geográficas similares a fin de resumir los datos y presentarlos en las tablas de bases de datos. Estas áreas geográficas se basan en los primeros tres dígitos de los códigos postales de los Estados Unidos y pueden ser o un área de un solo código postal de tres dígitos o una combinación de dos o más áreas de códigos postales de tres dígitos. La determinación de si un área geográfica cubre sólo uno o más de un código postal de tres dígitos, se basa en: (i) un análisis de los datos de cargos presentados para cada publicación de la base de datos PHCS; (ii) el volumen de los datos disponibles; y (iii) las similitudes geográficas relacionadas con las áreas de códigos postales subyacentes de cada área geográfica. Las áreas de códigos postales que se combinan en áreas geográficas particulares pueden variar de un año a otro.

A continuación se proporciona un ejemplo de la tabla de percentiles de PHCS.

Código de CPT	Descripción	50	60	70	75	80	85	90	95
45378	COLONOSCOPIA	\$764	\$783	\$859	\$887	\$907	\$939	\$1008	\$1105
71050	EXAMEN RADIOLÓGICO (2 VISTAS)	\$102	\$103	\$106	\$107	\$107	\$107	\$113	\$122
99211	VISITA AL CONSULTORIO; EVALUACIÓN Y CONTROL; PROBLEMA MÍNIMO	\$62	\$70	\$75	\$80	\$85	\$85	\$100	\$100

Una Nueva Base de Datos Reemplazará el Sistema Existente

El Fiscal General del Estado de New York (NYAG, por sus siglas en inglés) inició una investigación acerca de los conflictos de intereses relacionados con la propiedad y el uso de las bases de datos PHCS y MDR, y la imparcialidad de sus tarifas. Conforme a un acuerdo que tuvo lugar en enero del 2009 entre UnitedHealth Group y el NYAG, se cerrarán las bases de datos PHCS y MDR, y se establecerá una nueva base de datos independiente (la “Nueva Base de Datos”). FAIR Health, Inc., una organización sin fines de lucro seleccionada por el NYAG, operará la Nueva Base de Datos y será su propietaria. En el sitio de Internet del NYAG, www.oag.state.ny.us, se publica información sobre FAIR Health.

Una vez que la Nueva Base de Datos esté en funcionamiento, FAIR Health la pondrá a disposición con fines de investigación y como herramienta para que la usen las compañías de seguros de salud para determinar el pago fuera de la red. Hasta que la Nueva Base de Datos esté disponible, Ingenix seguirá creando y publicando las bases de datos PHCS y MDR, y los planes de salud administrados por las afiliadas de UnitedHealth Group continuarán usando cualquiera de estas bases de datos para determinar el pago de servicios profesionales fuera de la red cuando se realicen reembolsos conforme a “la cantidad razonable y habitual” o estándares similares como los descritos anteriormente.

Exclusiones Importantes

Ni PHCS ni MDR, ni la Nueva Base de Datos, se utilizarán para determinar los beneficios médicos y quirúrgicos fuera de la red por servicios profesionales si su plan de salud no exige el pago conforme a estándares como “la cantidad razonable y habitual”, “la cantidad usual, habitual y razonable”, “la tarifa predominante” o términos similares. Por ejemplo, si su plan paga únicamente sobre la base de las tarifas de Medicare, su plan no se verá afectado por el acuerdo entre UnitedHealth Group y el NYAG.

Normas de Reembolso

Independientemente de que una afiliada de UnitedHealth Group utilice las bases de datos PHCS o MDR para determinar la cantidad que permitirá para beneficios fuera de la red, todas las afiliadas

aplicarán ciertas normas de pago que pueden afectar tanto a la cantidad que pagan por dichos beneficios como a los costos de desembolso personal de un miembro. Por ejemplo, la Norma de Múltiples Procedimientos (*Multiple Procedure Policy*) se aplica cuando el mismo profesional de atención de la salud realiza varios procedimientos el mismo día. Según esta norma, la cobertura del procedimiento principal/mayor es del 100% de la cantidad permitida, y del 50% de la cantidad permitida para el procedimiento secundario. La cobertura de todos los procedimientos subsiguientes es del 25% o del 50% de la cantidad permitida, según su plan de salud. Esto se debe a que muchos servicios médicos y quirúrgicos incluyen pruebas antes y después del procedimiento, así como servicios genéricos esenciales para el servicio médico o quirúrgico estándar (como el registro de documentación preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria) que se realizarían para el procedimiento principal y no se duplicarían para procedimientos adicionales. Para obtener descripciones de la Norma de Múltiples Procedimientos y otras normas de pago, visite:

<https://www.unitedhealthcareonline.com/b2c/CmaAction.do?channelId=0e22f2ccadd1c010VgnVCM100000c520720a>

Productos Farmacéuticos Administrados por Médicos

Las afiliadas de UnitedHealth consideran que los productos farmacéuticos administrados y facturados por profesionales de atención de la salud o grupos de proveedores de atención de la salud son servicios profesionales o suministros a los efectos del reembolso de reclamos cuando dichos medicamentos están cubiertos por el plan de salud del miembro. Las afiliadas de UnitedHealth Group generalmente consideran que el Precio Promedio al por Mayor (AWP, por sus siglas en inglés) por dichos productos farmacéuticos es una cantidad que cumple los estándares del plan como la “cantidad razonable y habitual” o los estándares similares mencionados anteriormente, y por lo tanto usamos el AWP para determinar el reembolso fuera de la red por tales productos.

Los valores del AWP que consideran las afiliadas de UnitedHealth Group son proporcionados por una amplia base de datos que cubre prácticamente todos los productos farmacéuticos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en

inglés) para su fabricación y distribución. Esta base de datos es desarrollada y mantenida por un proveedor independiente, Thomson Reuters, y los datos se recopilan de más de 1,200 fabricantes y distribuidores farmacéuticos.

Las afiliadas de UnitedHealth Group reembolsan los productos farmacéuticos administrados y facturados por profesionales de atención de la salud o grupos de proveedores de atención de la salud teniendo en cuenta el AWP por varios motivos. El AWP es un estándar de la industria del reembolso y es ampliamente aceptado por los profesionales de atención de la salud, gobiernos y compañías de atención administrada como pago apropiado por tales productos. Además, los estudios del gobierno demuestran que el reembolso al AWP generalmente es significativamente mayor que los precios reales que pagan los profesionales de atención de la salud por productos farmacéuticos. Por último, los precios que pagan los profesionales de atención de la salud por estos productos no varían entre las regiones geográficas en la medida que los cargos por servicios profesionales varían entre regiones geográficas, lo que lo convierte en un estándar nacional para el reembolso de estos productos que es más adecuado y más coherente con los estándares de los planes mencionados anteriormente.

Glosario

Cantidad permitida: según se utiliza en las circunstancias explicadas en este aviso, la cantidad en dólares elegible para el reembolso con respecto a un reclamo por beneficios fuera de la red. El estándar para determinar la cantidad permitida puede variar según el plan de salud, y puede basarse (según lo estipulado en el plan de salud del miembro) en el cargo del proveedor o en “la cantidad razonable y habitual”, lo que sea menor, tal como se explicó al principio de este aviso. Es posible que esta cantidad en dólares no sea la cantidad que finalmente se pague al miembro o proveedor, ya que puede estar sujeta a las deducciones de cualquier coaseguro o deducible que adeude el miembro.

Red de proveedores: los médicos y otros profesionales de atención de la salud que aceptan proporcionar atención médica a nuestros miembros, conforme a los términos de un contrato.

Beneficios fuera de la red: cobertura del plan de beneficios para servicios o suministros prestados por médicos y otros profesionales de atención de la salud que no son parte de un contrato con una afiliada de UnitedHealth Group.

Costo de desembolso personal: parte del costo de servicios de salud que el miembro del plan debe pagar, incluida la diferencia entre la cantidad que cobra un proveedor fuera de la red y lo que paga una afiliada de UnitedHealth Group por dichos servicios.

Base de datos Prevailing Healthcare Charges System (PHCS): una de las dos compilaciones de información sobre cargos de profesionales de atención de la salud creada por Ingenix, Inc., una subsidiaria en propiedad absoluta de UnitedHealth Group.

Base de datos MDR: una de las dos compilaciones de información sobre cargos de profesionales de atención de la salud creada por Ingenix, Inc., una subsidiaria en propiedad absoluta de UnitedHealth Group.

Códigos CPT: un conjunto de códigos y descripciones de servicios y procedimientos realizados por médicos y otros profesionales de atención de la salud. Cada servicio y procedimiento se identifica por su propio código de cinco dígitos. Los médicos y otros profesionales

de atención de la salud utilizan los códigos CPT para realizar reclamos de pago. La Asociación Médica Estadounidense (American Medical Association) mantiene los códigos CPT.

Ingenix: una subsidiaria en propiedad absoluta de UnitedHealth Group (NYSE: UNH).

UnitedHealth Group: UnitedHealth Group (NYSE: UNH) es una compañía de salud y bienestar diversificada dedicada a procurar que la atención de salud funcione mejor. Con sus oficinas centrales en Minneapolis, Minn., UnitedHealth Group ofrece una amplia gama de productos y servicios a través de seis empresas operativas: UnitedHealthcare, Ovations, AmeriChoice, OptumHealth, Ingenix y Prescription Solutions. A través de esta familia de empresas, las afiliadas de UnitedHealth Group prestan servicios a más de 70 millones de personas en todo el país.

La Nueva Base de Datos: una nueva base de datos independiente que será propiedad de FAIR Health, Inc., una organización sin fines de lucro seleccionada por el Fiscal General de New York, y que ésta desarrollará y operará.

Fiscal General del Estado de New York: El Gobernador Andrew M. Cuomo era el Fiscal General del Estado de New York cuando se realizaban la investigación y el acuerdo. Para obtener más información, visite www.oag.state.ny.us