



Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

MRN \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN PARA PACIENTES QUE TIENEN CITA EN UNO DE LOS CONSULTORIOS BASADOS EN EL PROVEEDOR DE MOUNT SINAI

Cuando recibe servicios en un consultorio o clínica de pacientes ambulatorios de Mount Sinai, dependiendo de los servicios proporcionados, usted puede recibir dos facturas. Los servicios proporcionados en un consultorio de pacientes ambulatorios o clínica de Mount Sinai tendrán dos componentes separados como se puede ver abajo.

- **Servicios hospitalarios:** cubre el uso de la sala y cualquier servicio médico o técnico, suministros o equipo. Frecuentemente conocido como cargo por instalaciones o sala de tratamiento.
- **Médicos y profesionales clínicos:** cubre los servicios profesionales de su médico, el tratamiento o los procedimientos.

El cargo por instalaciones o sala de tratamiento es el resultado de que los consultorios y clínicas para pacientes ambulatorios de Mount Sinai se clasifican como departamentos hospitalarios de pacientes ambulatorios, también llamados instalaciones basadas en el proveedor.\*

Las facturas basadas en el proveedor se aplican a todos los pacientes, sin importar el tipo de seguro que tengan. La manera en que su seguro cubre los cargos por instalaciones o sala de tratamiento será diferente, con base en si usted cuenta con un seguro por medio de su empleador, alguna otra compañía de seguros o si está cubierto por Medicare.

### Cómo le afecta esto si usted tiene cobertura de un plan de salud por medio de su empleador u otro tipo de seguro (no Medicare):

la manera en que su compañía de seguros se encarga de esos cargos variará en función de su plan de salud. Algunas compañías de seguros pueden aplicar estos cargos a su deducible anual.

Para saber lo que estará cubierto, comuníquese con su compañía de seguros. Si tiene preguntas adicionales sobre esos cargos o costos anticipados, **llame a uno de nuestros administradores del consultorio o a uno de nuestros asesores financieros del consultorio.**

### Cómo le afecta esto si tiene Medicare:

- Los cargos por **servicios hospitalarios** se facturarán a la Parte A de Medicare.
- Los cargos por **médicos y otros profesionales clínicos** se facturarán a la Parte B de Medicare.

### Usted recibirá dos avisos con un resumen de Medicare (Medicare Summary Notices, MSN): uno para la Parte A y otro para la Parte B:

- Si tiene un seguro secundario, enviaremos cualquier saldo a esa compañía de seguros.
- Si su seguro secundario no cubre el saldo restante, o si no cuenta con un seguro secundario, el saldo se le facturará a usted.

Medicare requiere que le proporcionemos un **cálculo** de sus cargos de la Parte A y la Parte B si no cuenta con un seguro secundario. Esos montos pueden diferir, en función de los servicios que reciba. A continuación, se encuentra un cálculo de lo que es posible que un paciente de Medicare sea responsable de pagar **si no cuenta con un seguro secundario. Si cuenta con un seguro secundario, su responsabilidad de pago cambiará con base en la cobertura de su seguro secundario.**

Visite al asesor financiero del consultorio para obtener cálculos adicionales o comuníquese al consultorio al:

Ejemplo de servicios	Parte A Coseguro	Parte B Coseguro	Ejemplo de servicios	Parte A Coseguro	Parte B Coseguro
Cálculo nivel 2 de visita al consultorio	\$27.13	\$5.81	Cálculo nivel 3 de visita al consultorio con electrocardiograma (ECG)	\$27.13	\$13.49
Cálculo nivel 3 de visita al consultorio	\$27.13	\$11.57	Cálculo nivel 3 de visita al consultorio con vacuna antigripal	\$27.13	\$11.57
Cálculo nivel 4 de visita al consultorio	\$27.13	\$17.81	Radiografía de tórax	\$14.59	\$2.08

\*Basado en el proveedor es una clasificación de Medicare. Significa que los hospitales cumplen ciertas regulaciones específicas de Medicare para clasificar sus consultorios médicos para pacientes ambulatorios y clínicas como basados en el proveedor. Los sistemas hospitalarios más grandes se clasifican como basados en el proveedor por parte de Medicare, lo cual resulta en una facturación uniforme. La facturación con base en el proveedor se aplica para todos los pacientes, no solo a pacientes de Medicare.

**Firme abajo para reconocer que ha sido informado.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante autorizado

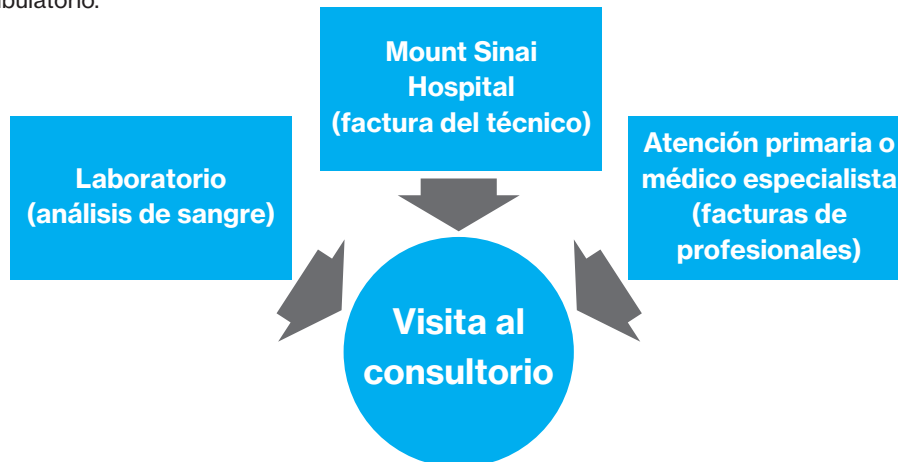
\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

# EXPLICACIÓN DE CARGOS

## Servicios hospitalarios

Los pacientes recibidos en instalaciones ambulatorias pueden recibir facturas por separado por algunos servicios, incluidos servicios de laboratorio (p. ej., análisis de sangre), de patología, (p. ej., biopsias) y de radiología (p. ej., radiografías, imágenes de resonancia magnética [magnetic resonance imaging, MRI], tomografías computarizadas [computerized tomography, CT]). Esta factura para paciente ambulatorio incluye cargos por uso de instalaciones, equipo y suministros, y personal técnico. Debido a la programación de citas, algunas pruebas o procedimientos pueden practicarse en una fecha posterior y se facturarán por separado de su factura de paciente ambulatorio.



## Médicos y profesionales clínicos

Se facturarán los honorarios médicos por el servicio de consulta con un profesional y servicios de interpretación. Algunos médicos o grupos de médicos pueden enviarle facturas por separado que incluyan el costo de atención médica o quirúrgica, así como los costos de revisión e interpretación de sus pruebas de diagnóstico. Por ejemplo, es posible que reciba la factura del especialista o médico de atención primaria que se esté encargando de su atención, del patólogo que examine la biopsia o del radiólogo que lea su radiografía.

**Abajo se encuentran las preguntas más frecuentes (frequently asked questions, FAQ) relacionadas con los departamentos de pacientes ambulatorios del hospital basados en el proveedor.**

**P: ¿Qué significa “basado en el proveedor” o “paciente ambulatorio del hospital”?**

**R:** “Basado en el proveedor” o “paciente ambulatorio del hospital” se refiere al proceso de facturación por los servicios que se ofrecen en un centro o una clínica para pacientes ambulatorios de un hospital. Este es un estatus de Medicare para los hospitales y clínicas que cumplen las regulaciones específicas de Medicare y requiere que facturemos Medicare en dos partes (Parte A y Parte B).

**P: ¿Cómo afecta esto a los pacientes?**

**R:** Es posible que los pacientes reciban un cargo del hospital y el médico en una clínica para pacientes ambulatorios de un hospital. Si el paciente cuenta con un seguro, cada plan de seguro del paciente es único para ese paciente y proveedor contratado. Algunas compañías de seguros pueden cubrir los cargos del hospital y del médico y otras, no.

**P: ¿Qué debo preguntarle a mi compañía de seguros?**

**R:** Pregunte si su compañía de seguros cubre los cargos de la instalación en una clínica para pacientes ambulatorios de un hospital. Si lo hace, pregunte qué porcentaje del cargo está cubierto. Además, verifique cuáles son sus beneficios del seguro para pacientes ambulatorios en el hospital, ya que, por lo general, se aplican a un deducible hospitalario y a un pago de coseguro.

**P: ¿Cómo afecta esto a un paciente que cuenta con Medicare o Medicaid?**

**R:** En una clínica para pacientes ambulatorios de un hospital, es posible que los pacientes con Medicare y Medicaid reciban dos (2) facturas separadas por los servicios prestados en la clínica: una del médico y otra del hospital. Los pacientes adultos con Medicaid pagarán dos copagos por la consulta: \$3 por el servicio del médico y

\$3 por el hospital. Dependiendo del servicio clínico que se proporcione, se pueden generar gastos adicionales en la clínica “basada en el proveedor” que los pacientes de Medicare y Medicaid deban pagar de su bolsillo.

**P: ¿Qué pasa si un paciente con Medicare o Medicaid cuenta con una cobertura de seguro secundaria?**

**R:** Una póliza de seguro secundaria puede cubrir el coseguro y los deducibles. Revise sus beneficios o su compañía de seguros para obtener detalles relacionados con su cobertura secundaria. Por ejemplo, puede preguntar si la compañía de seguros secundaria cubre los cargos de la instalación o la facturación basada en el proveedor. Si lo hace, pregunte qué porcentaje del cargo está cubierto. Verifique cuáles son sus beneficios del seguro para pacientes ambulatorios en el hospital, ya que, por lo general, se aplican a su deducible y a su coseguro.

**P: ¿A dónde pueden llamar los pacientes que tienen preguntas o inquietudes financieras?**

**R:** El hospital y el equipo del consultorio cuentan con personal disponible para responder sus preguntas. Si ya recibió los servicios y tiene preguntas respecto a su estado de cuenta, llame al número telefónico que se encuentra en su factura.

**P: ¿Por qué debe completarse el cuestionario del Pagador secundario de Medicare (Medicare Secondary Payer, MSP)?**

**R:** Como proveedor de Medicare participante, necesitamos examinar a los pacientes de Medicare de acuerdo con las normas del MSP. Si corresponde, en cada consulta, se le harán las preguntas del MSP. Estas preguntas nos ayudan a confirmar si Medicare u otra persona que paga debe procesar la reclamación del seguro como primario.