

Costo compartido: ¿Cuál es la diferencia entre “Copago” y “Coseguro”?

Resumen

Incluso cuando tienes seguro, puede ser difícil entender cuánto tienes que pagar cuando vas al médico. Esta hoja de datos explica las diferencias importantes entre dos maneras en las que tendrás que pagar cuando uses servicios médicos: “copago” o “coseguro”.

Cuando te inscribes para un seguro médico a través de Covered California, pagas una cuota mensual a tu plan de salud, conocida como una “prima.” A la vez, tu plan de salud acepta pagar una parte de los servicios que necesitas si te enfermas o te lesionas. Cuando utilizas servicios médicos, usualmente tienes que pagar una parte de los cargos. La parte que pagas se conoce como “costos compartidos.”

Hay diferentes tipos de costos compartidos, incluyendo:

- La cantidad de dinero que tienes que pagar antes de que tu seguro pague algo; conocido como el “deducible” y
- La cantidad de dinero que pagas cada vez que recibes un servicio; conocido como el “copago” o “coseguro”.

Esta hoja de datos se enfoca en **ayudarte a entender el “copago” y “coseguro”**.

¿Qué es el costo compartido?

El costo compartido es un término que se refiere a la cantidad de dinero que **tú** pagarás por los servicios de atención médica bajo tu plan de salud. Es tu parte del costo por la atención médica.

El costo compartido no incluye la prima que pagas al plan de salud cada mes.

¿Qué es copago?

Un copago es una forma de costo compartido. Es una cantidad determinada de dinero que pagarás por un servicio (\$3, \$15, \$40, etc.). El monto es el mismo sin importar cuánto cobra el médico o el hospital por el servicio.

Por ejemplo, un plan de salud tiene un copago de \$45 por servicios de laboratorio. Si un laboratorio cobra \$100 por un análisis de sangre, tu copago será \$45. Si el laboratorio cobra \$1,000 por su análisis de sangre, tu copago seguirá siendo \$45.

Muchos copagos están incluidos en una lista en tu tarjeta de seguro. Todos los montos de copagos establecidos se deben enumerar en el formulario de Resumen de beneficios y cobertura (SBC).

¿Qué es el coseguro?

El coseguro también es una forma de costo compartido. A diferencia del copago, el coseguro no es una cantidad establecida de dinero que tú tienes que pagar. Es un porcentaje de la cantidad permitida por la aseguradora por el servicio. Lo que pagues depende de los cargos por el servicio.

Digamos que tu plan de salud tiene un coseguro de 20% para los servicios de atención de urgencia. Si la aseguradora permite \$1,000 por tu visita, tu coseguro será \$200 (20% de \$1,000).

A diferencia de los copagos, tus costos compartidos cambiarán dependiendo de cuánto la aseguradora permite por el servicio. El SBC enumera los porcentajes de coseguro para diferentes servicios, pero no mostrará la cantidad total permitida por cada servicio.

¿Cómo sé lo que tendré que pagar cuando vaya al médico o surta una receta médica?

Si aplicas un copago a un servicio, el monto exacto que tendrás que pagar se enumerará en tu tarjeta de seguro. También puedes encontrar el monto del copago en el formulario de SBC de tu plan.

Por otro lado, podría ser difícil saber cuánto pagarás cuando el plan incluye coseguro.

El coseguro es un *porcentaje* de la cantidad permitida, no un monto determinado. No siempre es fácil saber la cantidad para la que aplica el coseguro. En la mayoría de los casos, las aseguradoras no permiten un precio determinado. Lo que permiten depende del contrato específico que han acordado con cada proveedor. Podría ser difícil averiguar cuál es el costo antes de que obtengas los servicios. Algunas veces el monto específico se considera confidencial. Esto hace que sea muy difícil averiguar

cuánto pagarás por los servicios con coseguro. Pregunta a tu plan de salud si pueden darte un cálculo de lo que debes esperar pagar.

¿Cuáles son algunos ejemplos de cómo funciona el coseguro?

Digamos que el plan de salud requiere que pagues 20% de coseguro por los servicios de “diagnóstico por imágenes.” Los servicios de diagnóstico por imágenes son pruebas como el ultrasonido, MRI (resonancia magnética) o una CT scan (tomografía computarizada). Hay muchos tipos de servicios de imágenes que un médico podría recomendar. La cantidad permitida puede ser diferente, dependiendo del tipo de imágenes que necesites.

Como ejemplo, digamos que la cantidad permitida por un ultrasonido es de \$180. La cantidad permitida por una MRI es más que por un ultrasonido; digamos \$600. Si tu plan requiere 20% de coseguro por los exámenes por imágenes, el precio que pagas al momento de recibir los servicios será diferente. Así es como esto funcionará.

- Para el ultrasonido, tú pagas 20% de coseguro sobre el total de \$180; deberás pagar \$36.
- Para una MRI, tú pagas 20% de coseguro sobre el total de \$600; deberás pagar \$120.

El coseguro puede hacer que sea difícil predecir tus costos. En este ejemplo específico, es posible que “20% de coseguro” signifique que pagas cualquier monto desde \$36 hasta \$120. Todo depende de la cantidad permitida por los servicios que recibas.

¿Pagaré un monto diferente de coseguro dependiendo de dónde reciba mis servicios?

Sí. Los servicios en un hospital o centro para pacientes ambulatorios probablemente costarán más que los servicios en el consultorio del médico. Y los diferentes laboratorios, centros o médicos negocian tarifas muy diferentes por el mismo servicio. Esta es otra razón por la que puede ser difícil saber con anticipación lo que tendrás que pagar por los servicios usando el coseguro. Por ejemplo:

- Una MRI en un hospital en Los Angeles cuesta \$1,075. Si esta fue la cantidad permitida y tu plan requiere que pagues 20% de coseguro por los servicios de diagnóstico por imágenes, tú pagarías \$215 de coseguro.
- En otro hospital en Los Angeles, una MRI cuesta \$550. Si esta fue la cantidad permitida, tú pagarías \$110 de coseguro (20% de \$550).

Entonces, el monto que tienes que pagar podría ser muy diferente con base en qué hospital o centro utilices.

¿Cómo puedo entender mejor lo que tengo que pagar?

El monto que pagas depende de tu plan de salud. Cada plan tiene un formulario de Resumen de beneficios y cobertura (SBC) que enumera todos los servicios cubiertos bajo el plan. El SBC te indicará qué servicios requieren costos compartidos y cuál es el monto del costo compartido para cada servicio. El SBC debe dejar claro si el monto que pagas será un copago (cuota establecida) o coseguro (un porcentaje de los cargos).

Puedes encontrar un SBC para cada uno de los planes de salud de Covered California en <https://www.coveredca.com/espanol/>. Tu plan de salud también debe darte un formulario de SBC. A continuación encontrarás un ejemplo de cómo se ve una parte del formulario de SBC.

Eventos médicos comunes	Servicios que puedes necesitar	Tu costo si utilizas un		Límites y excepciones
		Proveedor participante	Proveedor no participante	
Si visitas la clínica o consultorio del proveedor de cuidado de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$35 de copago/ visita	40% de coseguro	—ninguno—
	Visita al especialista	\$50 de copago/ visita	40% de coseguro	—ninguno—
	Visita al consultorio de otro profesional	20% de coseguro para quiropráctica y acupuntura	40% de coseguro para quiropráctica y acupuntura	—ninguno—
	Atención preventiva/ exámenes de detección/vacunas	Sin cargo	40% de coseguro	
Si te hacen un examen	Prueba de diagnóstico (rayos X, análisis de sangre)	\$10 de copago/ prueba	40% de coseguro	—ninguno—
	Diagnóstico por imágenes (tomografías CT/PET, MRI)	\$50 de copago/ prueba	40% de coseguro	—ninguno—

¿Hay cosas que debo recordar cuando estoy comparando planes de salud?

Ten en cuenta que un porcentaje bajo de coseguro podría no ser más barato que un monto de copago alto. Esto puede ser confuso. Cuando ves un número menor, podrías pensar que significa que el costo para ti es menor. Sin embargo, un monto de copago establecido es diferente que un *porcentaje* de coseguro.

Recuerda, un copago es un monto determinado que no cambia, sin importar la cantidad

permitida por el servicio. Pero el monto de coseguro cambiará dependiendo de la cantidad permitida por el servicio específico.

Un 20% de coseguro por una prueba de laboratorio podría parecer menor que un copago de \$45 a primera vista. Pero si la prueba de laboratorio que necesitas es costosa, incluso un copago de \$45 será menos que el 20% de coseguro. He aquí cómo:

- Prueba de laboratorio: \$400
 - Copago: \$45
 - Coseguro: \$80 (20% de \$400)

Los copagos son fáciles de entender. Sin importar cuánto cobre el médico, si un copago aplica, solo pagarás ese monto específico y no más.

Si tengo un deducible, ¿tengo que pagar más que solo el monto de mi copago o coseguro?

Sí. Para algunos servicios, tu plan de salud solo pagará **después** de que hayas pagado el monto de tu deducible. Eso significa que el plan de salud no pagará nada hasta que tú hayas gastado cierta cantidad de dinero primero. Por ejemplo, si tu deducible es \$500, tu plan de salud no pagará **nada** hasta que hayas gastado \$500 de tu bolsillo por servicios de atención médica cubiertos. (Hay excepciones para los servicios de prevención).

Hay una excepción a esta regla: no tienes que pagar el deducible primero para algunos de los servicios más básicos. Por ejemplo, el deducible no aplica a ninguna visita al médico de atención preventiva. Observa atentamente la información de tu plan para saber si el deducible aplica o no aplica a ciertos servicios.

Para obtener más información, comuníquese con angela.perry@consumer.org

West Coast Office

1535 Mission Street • San Francisco, CA 94103-2512

(415) 431-6747 • (415) 431-0906 (fax)

www.consumersunion.org