

TXD I1100.5 Q38 1997 SPAN.
11/20/98 11/03
D. L. 0610 39880073
University of Texas-Pan American
Texas State Document

Preguntas Acerca de su

U.S. GOVERNMENT DOCUMENT
DEPOSITORY LIBRARY NO. 6

NOV 22 1998

UNIVERSITY OF TEXAS PAN AMERICAN
EDINBURG TEXAS 78539-2999

Cobertura de Salud



Texas Department of Insurance

THE UNIVERSITY OF TEXAS-PAN AMERICAN



0 1161 0815 4273



Este folleto de preguntas y respuestas fue creado para brindarle a usted, el consumidor, información general sobre cobertura de salud, ya sea que usted tenga interés en asuntos acerca de una póliza individual, una póliza de grupo que se le ofrece a través de su empleo, o cobertura de una organización de mantenimiento de salud (HMO). Este folleto no intenta sustituir la información detallada que proporciona una póliza de seguros o un manual de reglamentos de beneficios, pero, le puede ayudar a evaluar la cobertura que usted está considerando comprar o que ya ha comprado. Le puede proporcionar ayuda para hacer las preguntas adecuadas, evitar algunos errores comunes y quizá le pueda ayudar a solucionar algunos de sus problemas con su cobertura.

Para su conveniencia, al final del folleto, usted encontrará un glosario con la definición de algunos términos básicos. Para un mejor entendimiento de las respuestas en este folleto, por favor estudie esas definiciones.

NOTA: Algunas respuestas en este folleto no aplican a todos los tipos de cobertura de salud — individual, de grupo o HMO. La respuesta, en la mayoría de los casos, especifica cuales coberturas están incluidas. Además, este folleto no aplica a: (1) los planes de beneficios de salud patronales (ERISA), en los que las reclamaciones son pagadas estrictamente con las contribuciones del patrón y las primas de los empleados; (2) las pólizas especializadas de cuidado de salud, tales como cuidado a largo plazo y suplemento a Medicare (Medigap); o, (3) ciertas pólizas diseñadas específicamente para empresas pequeñas. Además, legislación reciente puede requerir algunos cambios en ciertos tipos de cobertura de cuidado de salud que ya ha sido expedida o cuando se renueve. En un futuro cercano, pondremos a su disposición una publicación acerca de los reglamentos de protección al paciente que entraron en vigor el 1° de enero de 1996.



Preguntas Acerca de su Plan de Beneficios de Salud

Historial Previo de Salud	3
Comprando Cobertura de Cuidado de Salud	7
Beneficios y Limitaciones	12
SIDA (AIDS/HIV)	16

Problemas con su Cobertura de Salud

Problemas de Reclamaciones y Pagos	17
Pérdida de su Cobertura de Salud	27
Definición de Términos	32
Presentando una Queja	36
Otras Publicaciones	37



Preguntas Acerca de su Plan de Beneficios de Salud

Historial Previo de Salud

1. Acabo de comenzar a trabajar en un empleo nuevo. ¿Debo solicitar cobertura de salud del grupo inmediatamente?

En la mayoría de los casos, sí. Es una buena idea que todas las personas tengan cobertura de salud.

- Algunos planes de grupo no requieren, que los empleados y miembros de sus familias que de inmediato se unen al plan, presenten “evidencia de asegurabilidad”, o que comprueben que tienen buena salud, para ser aceptados bajo el plan.
- Si usted espera para solicitar cobertura, es posible que tenga que pasar por un proceso de evaluación, y la cobertura le puede ser negada si los exámenes descubren un problema de salud.

2. ¿Las aseguradoras y los HMOs están obligados a venderme cobertura de salud?

No. Las compañías aseguradoras y los HMOs no están obligados a aceptar a todas las personas que solicitan un contrato individual.

- Algunos planes de beneficios de salud requieren, que las aseguradoras acepten a cualquier miembro del grupo—que presente su solicitud—durante la primera oportunidad de inscripción.
- Por ley, si un HMO acepta cubrir a un grupo, el HMO debe aceptar a todos los miembros del grupo, incluyendo aquellos con problemas de salud.

NOTA: De acuerdo con los requisitos de la legislación que entró en vigor el 1° de enero de 1996, si la corte ordena a un padre (madre) proveer cuidado de salud para un niño(a), la mayoría de las restricciones de inscripción en los seguros de salud no son aplicables. Esto no aplica si el padre (madre) no tiene cobertura de salud.



3. ¿Que sucede sí, en el pasado, yo he tenido un problema de salud?

Si usted, en el presente, padece de un problema de salud o ha tenido problemas de salud en el pasado, es posible que:

- sea rechazado al solicitar cobertura ya sea de grupo o individual; o
- se le ofrezca cobertura de grupo o individual, que excluya esos problemas médicos o los padecimientos de salud relacionados con ese problema, ya sea permanentemente o por un período de tiempo, que usualmente es de seis meses a dos años.

Si usted es miembro de un grupo que está solicitando un plan de beneficios de salud de un HMO, el grupo completo puede ser rechazado. Sin embargo, si la cobertura es aprobada, no se le puede rechazar cobertura a ningún miembro del grupo por motivo de problemas de salud presentes o pasados.

NOTA: La nueva legislación que entró en vigor el 1° de enero de 1996, prohíbe que las compañías aseguradoras o los HMOs nieguen, se nieguen a renovar, cancelen, eleven los requisitos o limiten la cobertura a una mujer, por cualquier otra enfermedad de los senos, debido a un diagnóstico o historial previo de fibroma/quistes de seno.

4. ¿Necesito pasar un examen físico para obtener cobertura de seguro de salud?

No necesariamente.

- Algunas compañías aseguradoras requieren una evaluación de la salud del solicitante, antes de ofrecer cobertura de grupo o individual, y ellas pueden verificar su edad, su historial médico, su ocupación, y su uso de alcohol y tabaco. Basadas en su historial médico, ellas tienen el derecho de negarle cobertura.
- Otras aseguradoras usan la información que el solicitante proporciona en su solicitud. Basadas en el historial médico, ellas tienen el derecho de negarle cobertura.
- Los HMOs que desean brindar cobertura a un grupo, pueden evaluar el historial médico de los individuos en el grupo, pero únicamente para determinar si aceptan o rechazan a todo el grupo. Los HMOs no requieren "evidencia de asegurabilidad".



5. ¿Puede mi historial médico afectar mis oportunidades de encontrar cobertura de salud?

Sí. Las compañías aseguradoras, para asegurarlo en grupo o individualmente, pueden investigar el historial médico de usted, de varios años anteriores. Los HMOs pueden usar los antecedentes médicos, pero únicamente para decidir si aseguran al grupo completo.

6. ¿Qué es una condición preexistente y cómo puede afectar mi cobertura de cuidado de salud?

Generalmente, una condición preexistente es un problema médico o una enfermedad que usted padeció antes de solicitar la cobertura de cuidado de salud. La definición exacta y el efecto que tendrá en su cobertura, depende de si usted está solicitando un seguro nuevo o si ya tiene un plan de seguro individual o de grupo. En cualquiera de los dos casos, se le puede imponer un período de espera en el que su problema médico preexistente no se cubrirá.

- Los planes de seguro de grupo pueden definir una condición preexistente como: cualquier enfermedad o incapacidad por la que usted recibió consulta o tratamiento médico durante los 12 meses anteriores a la fecha en que comienza la cobertura, o por un período de tiempo más corto. Ellas pueden imponer un período de espera de hasta un año si usted no recibe tratamiento o consulta médica durante los primeros 12 meses a partir de la fecha en que la cobertura entra en vigor. Además, ellas pueden imponer un período de espera de hasta dos años si usted recibe tratamiento o consulta médica durante ese mismo período de 12 meses.
- Los planes de seguro individuales pueden definir una condición preexistente como: (1) la presencia de síntomas que fueron probablemente la causa por la que usted solicitó un diagnóstico, cuidado o tratamiento durante los 5 años anteriores (o un período más corto) al comienzo de la cobertura; o (2) una condición por la que recibió consejos, cuidado o tratamiento. Las aseguradoras pueden imponer un período de espera de hasta dos años.
- Los planes de seguro de grupo o individuales sí cubren las reclamaciones válidas relacionadas a una condición preexistente después de que el período de espera expira, excepto cuando están relacionadas a una condición médica específicamente excluida por medio de una cláusula adicional en su póliza.
- Los planes de HMOs no pueden limitar su cobertura debido a condiciones médicas preexistentes. Los HMOs pueden imponer un copago más alto por hasta 12 meses por servicios relacionados a la condición preexistente.



7. Cuando solicito cobertura, ¿cómo se enteran las aseguradoras, de los problemas de salud que yo he tenido en el pasado o tengo en el presente?

Elas generalmente descubren esta información básicamente por medio de:

- su solicitud y otras formas de seguro o de HMO;
- el médico o médicos que usted ha consultado en el pasado;
- su historial médico con la aseguradora o en el HMO; o
- la Agencia de Información Médica (Medical Information Bureau).

8. ¿Qué es la Agencia de Información Médica (MIB)?

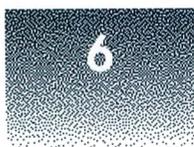
Cuando usted solicita cobertura de seguro de vida, de salud, de incapacidad o de HMO, usted firma una forma de permiso que autoriza a la compañía el acceso a su historial de salud. La mayoría de las aseguradoras usan su historial personal de salud y otra información, para estimar lo que usted le puede costar, en futuras reclamaciones, a la compañía. Las compañías también envían información obtenida por medio de su solicitud o de otras fuentes de información, a la computadora de datos de la Agencia de Información Médica. En respuesta, MIB provee a las aseguradoras miembros de MIB, un sumario del historial médico de los solicitantes. MIB elimina los historiales médicos de más de siete años y se estima que cuenta con historiales de uno o dos de cada 10 solicitantes. Si a usted se le niega cobertura, con base a su historial médico, usted debería informarse si tiene un historial con MIB y si el historial es correcto. Si usted recibe un aviso informándole que el reporte de MIB fue la razón por la que se le negó la cobertura, usted tiene derecho a una copia gratis del reporte. Usted debe solicitar esta información dentro de los 30 días posteriores a recibir el aviso.

9. ¿Cómo puedo obtener una copia de mi reporte de la Agencia de Información Médica?

Llame o escriba pidiendo la forma para solicitar copias o hacer correcciones a su historial. Haga su pedido llamando al (617) 426-3660 o escriba a:

MIB
P.O. Box 105
Essex Station
Boston, MA 02112

Si su historial contiene información errónea, usted tiene el derecho de pedir que MIB lo corrija.





10. ¿Qué puedo hacer si me niegan cobertura?

- Investigue por qué se le negó la cobertura. Si se le negó debido a su historial médico, usted puede verificar con la Agencia de Información Médica.
- Trate de obtener cobertura por medio de otras aseguradoras o HMOs. Algunos HMOs expiden planes individuales de salud.
- Infórmese de las opciones que ofrece el estado o los grupos nacionales de beneficencia que ayudan a personas con problemas similares al suyo.
- Obtenga información de otras asociaciones profesionales o de negocios que ofrecen cobertura de cuidado de salud a sus miembros.
- Pida ayuda de Medicare o de otros programas del gobierno (vea la pregunta 18 en la página 11).
- Busque en la biblioteca el libro *Quién Cubre Qué en Seguro de Vida y Salud (Who Writes What in Life and Health Insurance)*, publicado por National Underwriter Company, 420 East 4th St., Cincinnati, Ohio, 45202. Este libro proporciona una lista de compañías que pueden considerar solicitantes cuyos problemas médicos u ocupaciones los colocan a nivel “de riesgo alto”. El Departamento de Seguros de Texas (TDI) no endosa a ninguna compañía ni póliza ofrecida.

Nota: A partir del 1° de enero de 1996, las aseguradoras de salud no pueden usar como guía indicadora para asegurar — la habilidad de un asegurado o un solicitante de cobertura de salud o de beneficios de cuidado de salud — de hablar, escribir o leer fácilmente el inglés.

Comprando Cobertura de Cuidado de Salud

11. ¿Un plan de grupo de beneficios de salud es mejor que una póliza individual?

En muchos casos, el concepto detrás de la cobertura de grupo, es distribuir entre más personas, el riesgo de las reclamaciones, lo que resulta en primas más bajas. Un plan de grupo también puede ofrecer más beneficios y mayor acceso, especialmente para personas con problemas de salud.



12. ¿Necesito más de una póliza de seguro de salud?

Una póliza completa de seguro médico mayor deberá ser suficiente. Otras pólizas pueden costar menos, pero probablemente ofrecen menos beneficios. Estas pueden ser muy limitadas para que puedan servirle como su única cobertura y también pueden duplicar cobertura que usted ya puede tener. Las pólizas con beneficios limitados incluyen:

- pólizas que pagan gastos médicos únicamente en caso de accidentes;
- pólizas de hospitalización que pagan una cantidad por día mientras usted está hospitalizado;
- pólizas que cubren únicamente cuando el asegurado está hospitalizado; y
- pólizas para “enfermedades específicas”, que pagan únicamente si usted está hospitalizado o es tratado por la enfermedad indicada en la póliza, tal como cáncer, enfermedades coronarias, o SIDA.

Usted no necesita estas pólizas si usted obtiene una póliza completa de seguro médico mayor. Si necesita más cobertura, algunos planes de salud permiten añadir beneficios por medio de cláusulas adicionales, incluyendo pero no limitándose a coberturas tales como de maternidad o de medicamentos de receta.

13. ¿Qué preguntas debo hacer para evaluar un plan de cuidado de salud?

Compare los niveles de beneficios, así como los deducibles, los coaseguros, los gastos máximos de su bolsillo y los límites de dólares o de días en ciertos tratamientos médicos. En el caso de los HMOs, usted debe preguntar acerca de los copagos y pedir las listas de los proveedores de servicios. También vea la lista de los proveedores de servicios e infórmese si el proveedor que usted quiere está aceptando pacientes nuevos o si está designado como “temporalmente no acepta pacientes nuevos”.

Condiciones Preexistentes

¿Se requiere que usted espere un período de tiempo antes de que ciertos problemas médicos sean cubiertos? ¿Cuánto tiempo? ¿Esos problemas médicos serán permanentemente excluidos?

Aumento de Primas

¿Bajo qué condiciones puede ser aumentada su prima? (¿En el aniversario de la póliza o en la fecha de renovación, en el día de su nacimiento o en ambas fechas? ¿También puede cambiar su prima cuando usted llegue a cierta edad?) ¿Con cuánto tiempo de anticipación le deben de avisar antes de aumentar la prima? ¿Cuál es el historial de aumento de primas de la aseguradora durante los últimos cinco años?





Costos Adicionales

¿Cuánto es el deducible, si es que hay uno? ¿El deducible es por persona? ¿Por familia? ¿Por enfermedad? ¿Por hospitalización? ¿El deducible aumenta si otro plan de seguros paga una parte de sus cuentas? ¿Cuál es el máximo que usted tiene que pagar de su bolsillo? ¿Cómo se comparan los beneficios con los costos reales de las visitas al doctor, al hospital o de cirugía en el área donde usted reside? ¿Cuánto es su copago cuando usted va a consulta con su médico principal o recibe servicios? ¿El copago cambia por servicios diferentes?

Terminación

¿Bajo qué condiciones puede usted o su plan de beneficios de salud terminar la cobertura? ¿Con cuánto tiempo de anticipación le deben avisar antes de terminar su cobertura?

Beneficios y Servicios

¿Qué beneficios/servicios cubre el plan o la póliza? ¿Está ausente de la lista algún beneficio o servicio importante? Es posible que su plan de seguro de salud no pague por servicios a menos que estén específicamente indicados en la póliza.

Restricciones

¿El plan de beneficios de salud paga por visitas al consultorio del médico? ¿Qué enfermedades o servicios no están cubiertos por exclusiones en la póliza o por cláusulas adicionales? ¿El plan de beneficios de salud estipula un pago máximo de vida en lo que va a pagar? ¿Es el máximo de vida por ciertos tratamientos o enfermedades? ¿Es por persona? ¿Por familia? ¿Por enfermedad? ¿Por hospitalización? ¿El plan de beneficios de salud paga por reclamaciones aunque usted tenga otra cobertura de seguro de salud? Para recibir los beneficios completos ¿tiene usted que notificar a su aseguradora acerca de cualquier otra cobertura que usted tiene, antes de presentar una reclamación? El plan de beneficios de salud ¿paga por tratamiento en consultorio externo de hospital o por un servicio de tratamiento/cirugía ambulatoria (sin internarse) en un hospital o centro quirúrgico? En el presente muchos servicios médicos no requieren hospitalización.

Otras limitaciones de póliza

Infórmese de los límites de póliza para los siguientes u otros servicios: pago diario de cuarto de hospital; medicinas, exámenes médicos u otros gastos de hospital; tipos específicos de cirugía; visitas de doctores; el número de días de internado en el hospital; el número de visitas de los doctores durante su estancia en el hospital; el número de visitas por un beneficio o servicio en particular; los honorarios pagados a los especialistas, tales como anesthesiólogos.



14. ¿Qué otras cosas debo considerar si estoy buscando la mejor cobertura de cuidado de salud?

Si usted está buscando una nueva cobertura individual o de grupo, asegúrese de:

- Conservar su cobertura presente hasta que su nueva cobertura entre en vigor.
- Comparar diferentes agentes y compañías.
- Preguntar a sus amigos y familiares por recomendaciones.
- Comparar beneficios similares, cuando compare precios.
- Estudiar las restricciones de la póliza para ver si el historial de salud suyo va a requerir exclusiones o un período de espera para cubrir las condiciones pre-existentes (esto no aplica a los HMOs).
- En el caso de una póliza individual, encontrar una que tenga garantía de renovación. Una póliza con garantía de renovación es una que continúa en vigor por al menos cinco años si se expide después de que usted tenga 44 años o de menos hasta que usted tenga 50 años siempre y cuando todas las primas sean pagadas a tiempo.
- Confirmar que el plan de beneficios de salud cubre todas las enfermedades.
- Comprar una póliza que provea la mayor cobertura que usted pueda pagar.

15. ¿Es una compañía de seguro de salud o HMO lo mismo que otra?

No. Antes de comprar cobertura de cuidado de salud, infórmese de la situación financiera, el historial de quejas y el estado de licencia de la aseguradora o el HMO. TDI puede proveerle esta información con un breve “perfil de compañía”. Llame gratis a la Línea de Ayuda al Consumidor de TDI al 1-800-252-3439 (463-6515 si usted vive en Austin).

16. ¿Qué precauciones debo tomar si yo compro cobertura de cuidado de salud?

Cuando usted llene su solicitud para cobertura, asegúrese de contestar todas las preguntas correcta y completamente. Si usted a sabiendas da información incorrecta o falsa, o no revela información pertinente, su cobertura puede ser cancelada o sus beneficios negados. Nunca firme una solicitud en blanco. Verifique cualquier información que el agente escriba en la solicitud. Haga sus pagos por medio de cheque o giro postal a nombre de la aseguradora o del HMO, no a nombre del agente. Insista que le entreguen un recibo en membrete de la aseguradora y firmado por la persona que recibió su pago. Pague únicamente la prima/cuotas correspondientes al primer mes, hasta que reciba el certificado de seguro de la aseguradora o del HMO. Asegúrese que se le proporcione el nombre completo, la dirección y el número de teléfono de ambos, el agente y la aseguradora o HMO.



17. ¿Puedo cambiar de parecer después de comprar seguro de cobertura de salud?

Usted puede cambiar de parecer si está comprando cobertura individual de cuidado de salud. Pero es posible que usted no pueda cambiar de parecer si está comprando el seguro o cobertura de un HMO bajo un grupo. Antes de comprar, pregúntele a su agente. En los casos de cobertura individual bajo HMO o pólizas de seguro individual, la ley del estado requiere un período de “prueba gratis” de 10 días. Usted puede cambiar de parecer y recibir un reembolso completo de su dinero si usted regresa la póliza individual dentro de los 10 días del período de “prueba gratis”. Este período comienza cuando usted recibe su póliza. Si usted regresa la póliza, regrésela por correo certificado con acuse de recibo. Esto le proporcionará un registro de la fecha de retorno en caso de una disputa. La ley del estado no requiere un período de “prueba gratis” para seguro de cobertura de grupo o cobertura de grupo de HMO. El encargado del seguro de grupo (su patrón, asociación, etc.), el administrador de beneficios o su HMO pueden aconsejarlo acerca de sus opciones de reembolso.

18. ¿Qué puedo hacer si no puedo pagar o encontrar cobertura de cuidado de salud?

Algunas personas pueden encontrar cobertura por medio de asociaciones o grupos profesionales. Sin embargo, algunos planes de grupo “a bajo costo” pueden no ser tan buenos como los planes individuales. Si usted no puede pagar o encontrar cobertura por medio de las aseguradoras o HMOs, es posible que usted califique para ayuda del gobierno. A continuación le ofrecemos varias opciones:

Agencia/Programa	Descripción del Programa	Teléfono
Medicare	Cuidado de salud para personas mayores (senior citizens) y ciertas personas incapacitadas	1-800-772-1213
Medicaid	Cuidado de salud para Tejanos elegibles de bajos recursos	1-800-252-8263
Veterans Administration	Hospitalización y una variedad de servicios para veteranos del servicio militar	1-800-827-1000
Texas Department of Health	Una variedad de servicios para el público en general y personas necesitadas (personas con impedimentos de audición)	512-458-7111 512-458-7714
Texas Rehabilitation Commission	Cuidado de Salud/diversos servicios para ciertos Tejanos incapacitados (personas con impedimentos de audición)	512-483-4067 1-800-628-5115
Seguro de Salud para Indigentes Cuidado de salud para Tejanos de bajos recursos que no califican para Medicaid (Llame a las oficinas del condado local)		



(#18 continúa)

Usted también puede encontrar en la biblioteca local, la publicación del estado, *Servicios Humanos y de Salud en Texas; Guía de Referencia*, que proporciona información detallada acerca de los programas federales y estatales de cuidado de salud.

19. ¿Tiene Texas una reserva de seguros de salud para individuos de "alto riesgo"?

No. En 1989 la Legislatura de Texas creó la Reserva de Riesgo de Seguros de Salud (Texas Health Insurance Risk Pool) para ayudar a esas personas que no pueden obtener cobertura debido a problemas específicos de salud. Sin embargo, esta reserva no ha sido presupuestada y no está en operación. La Legislatura ha indicado, otra vez, su interés en estudiar este concepto, especialmente en lo que se relaciona a la forma en que puede ayudar al programa estatal de Medicaid.

Beneficios y Limitaciones

20. ¿El plan de cuidado de salud puede ordenarme qué médicos, hospitales y farmacias debo usar?

Esto depende de su plan de cuidado de salud. Por ley, las aseguradoras deben permitirle que usted use los médicos, especialistas, hospitales y farmacias de su preferencia, siempre y cuando ellos operen dentro del límite de sus licencias. Las pólizas con cláusulas de proveedores médicos preferidos de la organización (PPO), pagan menos si usted no usa uno de los médicos y hospitales del PPO. Los HMOs pueden y limitan sus opciones de médicos y hospitales. Algunos también requieren que usted escoja — de entre un grupo de médicos afiliados — su médico principal de "servicio primario".

NOTA: No todos los HMOs usan el sistema de "portero" (gatekeeper) que es el médico principal que provee las recomendaciones para ver a los especialistas afiliados.

21. ¿Los HMOs tienen otras restricciones?

Sí. La mayoría de ellos requieren que usted:

- viva o trabaje en una "área de servicio" especificada, para que usted pueda ser elegible para cobertura;



- reciba una recomendación de su médico principal antes de ver a un especialista afiliado, tal como un oculista, dermatólogo o cirujano;
- pague los honorarios completos — si usted usa proveedores de cuidado de salud fuera del grupo de proveedores del HMO — (posiblemente le reembolsen su dinero después de presentar su reclamación); y
- siga ciertos procedimientos para recibir algunos beneficios, especialmente beneficios recibidos cuando usted sale de viaje o reside temporalmente fuera del área de servicio.

22. ¿Qué más debo considerar si estoy pensando cambiar de plan o comprar un plan de HMO?

Usted puede llamar al HMO para ver si el personal es accesible y servicial. Considere cualquier servicio especial que ofrece el HMO, tales como los programas preventivos de salud para bebés y madres (well-baby y well-mother programs). Estudie la lista de médicos afiliados, y busque nombres conocidos. Si su médico actual no está en la lista, pregunte a sus amigos, a las asociaciones de médicos locales y al HMO, y pida información que le ayude a escoger a un médico principal para servicios primarios. Los HMO normalmente usan — como médicos principales — médicos generales u osteópatas especializados en medicina familiar.

También, asegúrese que el médico que usted quiere, está aceptando pacientes nuevos. Pregunte cuánto tiempo va tomar para que le den su primera cita. Infórmese si el hospital de su preferencia está en la lista del HMO. Pregunte como hace sus decisiones el HMO, para pagar por tratamiento de emergencia recibido fuera de su área de servicio. Considere el proceso de apelaciones del HMO. ¿Cuales son sus opciones si usted está en desacuerdo con el HMO? Pida informes acerca de los beneficios a largo plazo. Pregunte qué ofrecen en cuestión de servicios preventivos de cuidado de salud.

23. ¿Qué beneficios puedo esperar de un seguro médico mayor o de un plan de beneficios de salud de HMO?

Los beneficios varían de un plan a otro. Para estar tranquilo, usted debe estudiar su póliza o manual de beneficios de seguro de grupo o la póliza individual que usted está pensando en comprar.

Generalmente, los seguros médicos mayores o los planes de HMO cubren los siguientes servicios/beneficios (vea NOTA 1, página 14):

- hospital, médico, cirugía y anestesia de acuerdo con las necesidades;
- rayos X, exámenes de laboratorio y atención de emergencia;
- atención de maternidad;



(#23 continúa)

- complicaciones de embarazos (*vea NOTA 2, página 15.);
- atención de SIDA (AIDS/HIV) (*la cobertura puede ser limitada);
- mamografías (* la cobertura es para mujeres de más de 35 años. Este beneficio no debe ser menos favorable que para cualquier otro examen de rayos X. Aunque este beneficio no es obligatorio, muchos HMOs lo ofrecen como medida preventiva de salud).
- tratamiento médico de drogadicción (*no se ofrece en la mayoría de los planes individuales); y
- tratamiento TMJ (articulación temporomaxilar) (no se ofrece en la mayoría de los planes HMO).

Uno o más de los siguientes beneficios o servicios adicionales pueden estar incluidos:

- medicamentos de receta y anticonceptivos orales (si el plan de seguro de salud cubre todos los otros medicamentos de receta);
- PKU (phenylketonuria) (*únicamente si el plan de grupo ofrece cobertura de medicamentos, aunque normalmente no se ofrece en los planes de seguro individual);
- atención dental;
- servicios de la vista;
- tratamiento de enfermedades mentales; y
- clínicas de psiquiatría de servicio diurno y unidades de estabilización de crisis(emergencia) (*no ofrecida comúnmente por los planes individuales).

Uno o más de los siguientes servicios pueden estar incluidos:

- fertilización en-vitro (**únicamente ofrecida si los beneficios de embarazo están incluidos);
- tratamiento de enfermedad mental severa (**); y
- tratamiento de impedimentos de habla/visión (**).

* *beneficios mandatorios (de ley)*

** *ofrecimientos mandatorios (de ley)*

NOTA 1: La nueva legislación que entró en vigor el 28 de agosto de 1995, manda que los planes de grupo, incluyendo los HMOs, paguen por exámenes-aceptados dentro de la comunidad médica-para medir la densidad de la masa ósea, con el objeto de identificar "individuos que llenan los requisitos" en riesgo de sufrir osteoporosis. El término individuos que llenen los requisitos está estrictamente definido.



(#23 continúa)

NOTA 2: La ley federal requiere, que las empresas (patrones) con 15 o más empleados provean beneficios de maternidad si ellas ofrecen un plan de beneficios de salud para los empleados.

24. ¿Están cubiertos los beneficios de enfermería especializada para cuidado de salud en el hogar?

Algunos planes de beneficios de salud puede ser que paguen por el cuidado de enfermería especializada en el hogar a corto plazo, pero, el cuidado custodia (asistencia personal) a largo plazo — en una institución de convalecencia usualmente requiere cobertura bajo una póliza de cuidado a largo plazo. Vea las páginas 37-38, *Lo que Usted Debe Saber Antes de Comprar Seguro de Cuidado de Salud a Largo Plazo* y *Guía para el Comprador de Seguro de Cuidado de Salud a Largo Plazo*.

25. ¿Cómo se maneja la cobertura para recién nacidos?

Los planes de cuidado de salud que proveen beneficios de maternidad, deben cubrir al recién nacido los primeros 31 días después de su nacimiento, y no pueden excluir o limitar la cobertura inicial del infante debido a un accidente o enfermedad — especialmente si la condición es congénita o debido a un nacimiento prematuro. Si usted desea continuar la cobertura del recién nacido después de los primeros 31 días, usted debe:

- dentro del primer mes, notificar al plan de cuidado de salud o al HMO, que usted tiene un recién nacido; y
- pagar cualquier prima adicional requerida.

26. ¿Qué es lo que se paga bajo los beneficios regulares de salud en caso de complicaciones de embarazo?

Por ejemplo, un embarazo malogrado y una cesárea médicamente necesaria, son consideradas como complicaciones de embarazo y son pagables por un plan o una póliza regular de salud. En la mayoría de los casos, el sostenimiento de un embarazo difícil no está considerado como complicación de embarazo. El sostenimiento de un embarazo difícil está cubierto únicamente si el plan de grupo, individual o de HMO incluye beneficios de maternidad.



SIDA (AIDS/HIV)

27. ¿Las pólizas individuales o de grupo pueden excluir la cobertura de SIDA o a los problemas médicos relacionados con el SIDA?

No, excepto en algunas pólizas suplementarias o pólizas individuales de beneficios limitados. Sin embargo, las aseguradoras pueden poner un límite a la cantidad que ellas pagarán por gastos médicos relacionados con el SIDA. Los contratos de HMO y las pólizas de grupo de ciertos empleados del gobierno no permiten tales límites.

28. ¿Pueden cancelar mi cobertura si yo padezco de SIDA o soy HIV positivo?

La aseguradora o el HMO no puede cancelar la cobertura individual o de grupo porque el asegurado fue diagnosticado con SIDA o padece una enfermedad relacionada al HIV.

29. ¿Qué razones puede usar una aseguradora o un HMO para cancelar mi cobertura?

Dependiendo del tipo de cobertura, la aseguradora puede cancelar por varias razones, incluyendo pero no limitado a: si usted no paga las primas a su debido tiempo, fraude o información falsa para obtener la cobertura, llegar al límite de pago máximo de vida especificado en el plan de seguro o llegar a la edad límite del plan de beneficios de salud.

30. ¿Si yo padezco de SIDA o de enfermedades relacionadas con HIV, me pueden negar cobertura?

Sí, a un grupo se le puede negar cobertura de seguro o de HMO. En algunos casos, los grupos son rechazados cuando uno de sus miembros padece de SIDA. Las aseguradoras pueden requerir análisis de SIDA o pueden basarse en las respuestas en la solicitud del solicitante. Si una compañía pide el análisis, ella no puede negar la cobertura para SIDA sin tener confirmación. La confirmación requiere tres resultados positivos de presencia del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (HIV). Los exámenes de sangre deben incluir dos pruebas positivas ELISA y una prueba positiva Western Blot. Los resultados deben mantenerse confidenciales.



Problemas con su Cobertura de Salud

Problemas de Reclamaciones y Pagos

1. ¿Mi plan de beneficios de salud debe pagar mis reclamaciones con prontitud?

Sí. La ley del estado requiere que las aseguradoras paguen las reclamaciones pronto y justamente, de acuerdo con la siguiente tabla de tiempo:

- La aseguradora debe acusar recibo de su reclamación dentro de los 15 días laborales posteriores a recibir su reclamación por escrito. La certificación por adelantando no significa aprobación de pago de la reclamación.
- La compañía puede requerir información adicional, incluyendo una reclamación firmada (forma comprobante-de-gastos) detallando el servicio o tratamiento médico. Las condiciones preexistentes pueden alargar el tiempo que toma recabar toda la información.
- Después que usted envía toda la información requerida, incluyendo los recibos y las facturas, la aseguradora tiene 15 días laborales para aceptar o rechazar su reclamación.
- Una aseguradora que necesita más tiempo, puede tomar hasta 45 días, siempre y cuando le envíe un aviso explicando la demora.
- Una vez que la compañía está de acuerdo en pagar su reclamación, ella tiene cinco días laborales para enviarle el cheque o el giro.

Si su aseguradora no cumple con la tabla de tiempo, usted tiene el derecho de demandar para recuperar los gastos indicados en su reclamación, más el 18 por ciento por daños y honorarios de abogado. La aseguradora debe comprobar que no está obligada a pagar. Esto no afecta a miembros de HMOs, a menos que tengan problemas de reclamaciones en cuestiones de necesidades médicas o de cuidado de emergencia fuera del área de servicios. Pregunte a su HMO acerca de su proceso para presentar una queja.



2. ¿Me deben dar una explicación si la aseguradora se rehusa a pagar mi reclamación?

Sí. La aseguradora le debe dar una explicación por escrito. Si usted no está satisfecho, usted debe:

- Pedir ver el escrito, en la póliza, que justifica el rechazo de su reclamación.
- Presentar una queja con la compañía aseguradora o HMO, o con el Departamento de Seguros de Texas.

Si el lenguaje escrito en la póliza es ambiguo — que implique dos o más significados — eso puede trabajar a su favor si usted tiene que ir a la corte.

3. Mi reclamación no fue pagada por completo. ¿Porqué no?

Es improbable que un plan de seguros de salud pague el 100% de los gastos médicos. Su liquidación puede ser reducida por cualquiera de los motivos a continuación:

- deducibles – esa porción de sus cuentas médicas que la compañía no reembolsa. El deducible común es de \$200 anuales por persona.
- copagos – un pago parcial, que usted paga al proveedor cuando usted recibe el servicio.
- coaseguro – el porcentaje de cada cuenta de servicios médicos que usted debe pagar, incluyendo los cargos que no están cubiertos y los deducibles. Un ejemplo de coaseguro es un arreglo de 80/20 de los gastos aprobados, en el que usted paga el 20%. El 80% es la parte de la cuenta que la aseguradora paga.
- honorarios que exceden los cargos “usuales y acostumbrados”.

Los asegurados bajo un HMO no tienen que preocuparse por deducibles, coaseguro o cargos “usuales y acostumbrados”.

4. ¿Cuáles son los cargos “usuales y acostumbrados”?

Los cargos “usuales y acostumbrados” son las cantidades típicas pagadas por el plan de salud por servicios que pueden cubrir, tales como una visita al consultorio del doctor hasta cirugía del corazón. Estos cargos pueden estar basados en:

- los precios de honorarios y servicios típicamente cobrados por los médicos y proveedores en su área;
- los promedios de precios recopilados por agencias evaluadoras independientes; o



- los promedios de precios recopilados por la compañía aseguradora.

Los planes de beneficios de salud comúnmente no pagan el total de la cuenta si los honorarios del médico o el precio cobrado por un proveedor es más alto que lo que cobran otros médicos o proveedores en su área.

*Ejemplo**

Un plan de beneficios de salud paga \$314 en una factura de servicios médicos de \$500

Servicio	Honorarios	"usuales y acostumbrados"	X	Coaseguro	=	Cantidad pagada
Visita al doctor	\$40	\$30 **	X	80%	=	\$24
Rayos X	\$60	\$50 **	X	100%	=	\$50
Exámenes de Lab	\$100	\$100 **	X	80%	=	\$80
Cirugía en consultorio	<u>\$300</u>	\$200 **	X	80%	=	<u>\$160</u>
Total	\$500					\$314

* Asumiendo que el deducible ha sido cubierto.

** Cantidades menores a las cobradas, porque los cargos "usuales y acostumbrados" son menores que la cantidad cobrada por el médico/proveedor.

Las aseguradoras deben usar datos de precios al día en los cargos "usuales y acostumbrados". Si usted cree que una compañía está usando datos antiguos, informe a TDI. Vea la página 36 para informes de cómo presentar una queja. La Línea Nacional de Seguros de Ayuda al Consumidor también verifica tales quejas si usted llama al 1-800-942-4242.

5. Además de mi médico, ¿a qué otros practicantes de la medicina puedo ir, bajo mi plan de cuidado de salud?

Para estar seguro, pregunte al administrador de beneficios de su plan o a su aseguradora. Si usted está cubierto bajo un HMO, sus opciones pueden estar limitadas a la lista de practicantes de la medicina afiliados al HMO. En otros casos, la ley estatal le proporciona el derecho de seleccionar a cualquier practicante de la medicina certificado que usted escoja, siempre y cuando el practicante cuente con licencia para proveer los servicios y beneficios incluidos en su plan. Los practicantes de la medicina que la ley reconoce, incluyen a



(#5 continúa)

los quiroprácticos, optometristas, podiatras, dentistas, audiólogos con licencia, patólogos en habla-lenguaje, psicólogos, trabajadores sociales especializados con licencia, técnicos clínicos especializados, especialistas en dietética (con licencia), consejeros profesionales, terapeutas en la dinámica familiar y matrimonial (con licencia), proveedores y ajustadores de aparatos de oído, consejeros para tratar la drogadicción (con licencia) y a los técnicos asociados en psicología (con licencia).

6. Mi plan de salud no cubre algunos gastos que yo creo que debería cubrir. ¿Qué puedo hacer?

En disputas como estas, algunas veces ayuda:

- Proporcionar a la aseguradora, una información más detallada acerca de su tratamiento, su condición y cualquier certificado de especialización o licencia que su proveedor tenga.
- Pedir a su médico o a su proveedor de servicios que envíe una carta de explicación por cualquier tratamiento fuera de las normas o acerca de la cantidad cobrada.

Su plan de beneficios cubre únicamente los cuidados médicos descritos en la póliza o en el contrato con el HMO. Asegúrese que todos los beneficios descritos por el agente u otros están estipulados por escrito en la póliza. Para limitar las posibilidades de una disputa:

- Estudie las provisiones de su plan de beneficios y asegúrese que usted entiende sus limitaciones y exclusiones. Haga esto antes de que llegue a necesitar tratamiento médico.
- Estudie su plan de beneficios para ver si requiere precertificación para cierta atención médica o tratamientos que no son de emergencia. La falta de precertificación puede causar que su plan reduzca los pagos. Sin embargo, la precertificación no garantiza el pago de la reclamación.
- Notifique a su HMO/aseguradora —dentro del período de tiempo requerido— cuando usted sea hospitalizado de emergencia.

7. Yo autoricé que mi seguro pague directamente a mi médico y al hospital. ¿Todavía soy responsable por la cuenta si no es pagada en total?

Sí. Sin embargo, los médicos, proveedores y hospitales pueden estar bajo contrato de aceptar los pagos “usuales y acostumbrados” autorizados por la aseguradora o el plan de beneficios. Antes de comenzar un tratamiento médico mayor, es una buena idea:



- hablar con la aseguradora/plan de beneficios para ver si la estimación de costos que el proveedor le proporcionó está dentro de la escala de precios “usuales y acostumbrados”;
- guardar un registro de fechas y nombres de las personas con las que habla; y
- pedir una segunda opinión–si le han recomendado cirugía.

Aún tomando estas precauciones, usted puede encontrar que tendrá que pagar la diferencia entre la cantidad cobrada y lo que la aseguradora paga, así como los deducibles, copagos y coaseguro estipulados en la póliza.

8. Mi cuenta por servicios médicos se me hace excesiva. ¿Hay algo que yo pueda hacer?

No sienta temor de discutir con su médico o proveedor, los costos de exámenes o servicios:

- Pida una factura detallada y revísela. Si algo no está claro o no lo entiende, haga preguntas. Si no entiende la explicación, hable con su aseguradora.
- Verifique si su médico o proveedor escribió el código correcto para el procedimiento o el tratamiento.
- Un código incorrecto puede resultar en un pago incorrecto.
- Infórmele a su aseguradora o al administrador de su plan si usted piensa que ciertos cobros son incorrectos o se le está cobrando por un servicio que usted nunca recibió. Si usted está asegurado, algunos médicos, clínicas y hospitales cobran más por un tratamiento. Esto es ilegal, excepto en ciertos casos, cuando se permite el uso de escalas de disminución de precios para Medicare, Medicaid y los indigentes.
- Comuníquese con la Asociación de Médicos del Condado o con la Asociación de Médicos de Texas (TMA) al 512-370-1300. Los comités de quejas del condado aceptan quejas en contra de los médicos o proveedores y trabajan como intermediarios en disputas de cobros. TMA ha reportado que la mayoría de las disputas manejadas por los comités son resueltas.
- Para quejas acerca de las facturas de hospital, llame a la Asociación de Hospitales de Texas (Texas Hospital Association) al 1-800-252-9403.

9. ¿Me puede decir mi aseguradora que mi tratamiento no es médicamente necesario?

Sí. La mayoría de las pólizas de seguros pagan únicamente por tratamientos y servicios “médicamente necesarios”. Muchos planes requieren una inspección, antes de que ciertos procedimientos médicos sean efectuados. La ley estatal permite que las aseguradoras y



(#9 continúa)

HMOs evalúan la necesidad médica de los tratamientos propuestos o que se están llevando a cabo. Este proceso se conoce como “inspección de utilidad” o en inglés, “utilization review”.

10. ¿Puedo salir ganando, económicamente, si yo tengo más de una póliza de cuidado de salud?

Algunas veces. Sin embargo, la mayoría de las pólizas de grupo, incluyen una cláusula de “coordinación de beneficios” para impedir que esto suceda. Esta cláusula permite, que las aseguradoras que ofrecen planes de grupo y que los planes de grupo de HMO, puedan controlar el alza de primas, al asegurarse que sus pagos no excedan el 100% de sus gastos médicos. Las pólizas individuales no contienen la cláusula de “coordinación de beneficios”, pero pueden prohibir la duplicación de beneficios. Para obtener el máximo reembolso, infórmele a su plan acerca de todas las coberturas que usted tiene en vigor.

11. Me han dicho que los gastos médicos de mis hijos(as) deben ser reembolsados por el plan de seguro de salud de mi cónyuge y no por el plan mío. ¿Cuáles son los reglamentos acerca de esto?

Los planes de grupo tienen una cláusula llamada la “regla fecha de nacimiento”. Si ambos padres tienen planes de grupo y ambos planes cubren a los dependientes, el seguro del padre/madre con la fecha de nacimiento más temprana, es el que paga primero. Por ejemplo, el seguro del padre cuya fecha de nacimiento es el 3 de julio paga la mayor parte de las cuentas médicas del hijo(a), y el seguro del padre cuya fecha de nacimiento es el 4 de julio puede pagar por el resto de los gastos siempre y cuando el tratamiento esté cubierto por la póliza. La regla fecha de nacimiento no aplica en casos de divorcio. En caso de divorcio, la corte normalmente determina cual es el plan primario. Si no es así, entonces el seguro del padre al que se le otorga custodia del hijo, es el que paga primero, el seguro del cónyuge del padre/madre con custodia del hijo paga segundo y el seguro del padre que no tiene custodia del hijo paga tercero.

12. ¿Qué debo de hacer si mi reclamación es rechazada o si no se me reembolsa apropiadamente?

La mayoría de las aseguradoras ofrecen una línea telefónica para informes y quejas, y algunas compañías y HMOs proveen servicios especiales de mediación o arbitraje para resolver quejas.



- Si usted tiene cobertura de grupo, usted debe comunicarse con el administrador de beneficios del plan. Si no hay un administrador de beneficios o si usted tiene una póliza individual, usted debe comunicarse con la aseguradora.
- Presente una queja por escrito a su plan de grupo, aseguradora o HMO, y especifique sus problemas.
- Pida una explicación por escrito y guarde un registro completo, incluyendo los nombres de las personas con las que ha hablado para tratar de resolver el problema.
- Pida que la aseguradora verifique que la parte que usted debe pagar (coaseguro o copago de HMO) está basada en la factura que la aseguradora pagó DESPUES de negociar cualquier descuento. La aseguradora o HMO que se rehusa a basar — la parte que usted debe pagar — en el total final de la factura, está usando prácticas injustas y prohibidas para pagar reclamaciones.
- Si usted no puede resolver el problema, presente una queja formal con TDI vea la pregunta 14.

13. ¿TDI investiga las quejas en contra de las aseguradoras, HMOs, médicos, hospitales y otros proveedores?

TDI es la agencia principal a cargo de investigar una gran variedad de quejas en contra de las compañías aseguradoras. En lo que se refiere a los HMOs, médicos, hospitales y otros proveedores, TDI ayuda en las investigaciones de quejas de fraude de seguros. Otros tipos de quejas caen bajo la jurisdicción de otras agencias estatales. Estas agencias incluyen la Oficina del Procurador General (Texas Office of the Attorney General), el Departamento de Salubridad de Texas (Texas Department of Health), la Agencia Estatal de Médicos Forenses (State Board of Medical Examiners), la Agencia Estatal de Dentistas Forenses (Texas Board of Dental Examiners) y la Agencia Estatal de Farmacólogos (State Board of Pharmacy). El Departamento de Salubridad de Texas supervisa a los HMOs en lo que se refiere a la calidad del servicio y el número de médicos que proporcionan, y los proveedores e instalaciones médicas que ofrecen.

14. ¿Cómo presento una queja formal con el Departamento de Seguros de Texas?

Usted no necesita una forma especial para presentar una queja. Simplemente escriba una carta e incluya la información indicada en la página 37 de este folleto. Si usted prefiere llenar una forma de quejas, llame al 1-800-252-3439 y pida que le envíen una.



15. ¿Qué puedo esperar después que presento mi queja?

Un especialista en quejas va a:

- acusar recibo de su carta;
- trabajar para resolver su queja; y
- mantenerlo informado del proceso y el estado de su queja.

A menudo, las compañías resuelven el problema después que TDI interviene. Si la compañía insiste que su queja o reclamación no es válida, TDI no puede obligarla a que le paguen, excepto en los casos en que la ley estatal ha sido claramente violada. En algunos casos, la acción legal es la única manera de resolver una disputa sobre cuestiones de datos y obligaciones de ley. Si su queja no se puede resolver y se trata de una cantidad grande de dinero, usted puede hablar con un abogado, con la Sociedad de Asistencia Legal o con alguna otra organización. La ley estatal prohíbe que TDI le provea asesoría legal u opiniones, o que actúe como su abogado. Para más informes acerca de la ayuda que TDI le puede proporcionar, vea la página 36.

16. Mis primas continúan subiendo. ¿Qué puedo hacer?

La mayoría de los estados, incluyendo Texas, no tienen la autoridad de fijar o desaprobando los precios de las primas de cobertura de salud. Cada aseguradora, HMO u otro plan de salud fija sus propios precios. Esos precios pueden variar, dependiendo de un número de factores, incluyendo:

- las clases de beneficios y las cantidades que se pagan;
- la cantidad del deducible;
- el número de dependientes cubiertos bajo la póliza; y
- el historial de reclamaciones de los clientes.

Las aseguradoras y los HMOs deben avisar al titular de la póliza, con 30 días de anticipación, antes de elevar las primas de cobertura. (En muchos casos, el titular de la póliza de grupo es el patrón/empresa. En este caso no se requiere aviso a cada persona asegurada, excepto en ciertos casos cuando los pagos son deducidos de su cuenta bancaria).

Si sus primas están subiendo, vuelva a examinar los beneficios ofrecidos y pida a su aseguradora o HMO que negocie cambios que puedan bajar sus primas o reducir el aumento. Algunas compañías pueden negociar, y es posible que usted pueda hacer algunos cambios en su paquete de beneficios que puedan reducir su prima. Sea cuidadoso de no perder un beneficio importante o esencial. Opciones de cambios incluyen:



- pagar un deducible o un copago más alto;
- elevar el pago máximo de sus gastos de bolsillo;
- reducir o limitar un beneficio médico; o
- aceptar “precertificación” antes de efectuar procedimientos médicos caros.

17. ¿Qué es la precertificación?

Muchos planes de salud — para controlar los gastos médicos y el alza de primas — ahora requieren, que usted llame a un número de teléfono especial, antes de someterse a ciertos procedimientos médicos. El plan puede requerir una o más de las siguientes medidas de control de precios:

- una segunda opinión médica en casos de cirugía que no es de urgencia;
- autorización por adelantado para hospitalización;
- una revisión del historial médico del paciente para verificar si la hospitalización prolongada está justificada; o
- una revisión del historial médico del paciente y el rechazo de gastos “innecesarios”, incluyendo los gastos relacionados a procedimientos experimentales o de investigación y esos gastos considerados como no médicamente necesarios.

NOTA: Si un tratamiento médico recibe precertificación, eso significa que el tratamiento ha sido aprobado como médicamente necesario, no significa que ya ha sido aprobado para pago.

18. ¿Debo cambiar de aseguradora o HMO para bajar mis primas?

No cambie únicamente para conseguir un precio más económico. Las primas pueden subir y una cobertura barata puede terminar costándole más dinero. Antes de cambiar cobertura, conteste estas preguntas:

- ¿Las primas más bajas significan menos beneficios que los que usted quiere?
- ¿Un padecimiento de salud presente o pasado causará problemas para encontrar otro seguro?
- ¿Su historial médico puede causar restricciones en su nueva póliza?
- ¿Su seguro actual le permite cancelar beneficios innecesarios con el objeto de reducir sus primas?
- Si usted cancela beneficios innecesarios, ¿le permitirán añadirlos en el futuro, cuando usted los necesite?



(#18 continúa)

NO CANCELE la cobertura que ya tiene. Espere hasta que su nueva cobertura entre en vigor. La mayoría de las aseguradoras no comienzan la cobertura hasta que aprueban su solicitud y entregan la póliza. Asegúrese que usted está enterado de la fecha en que la póliza entra en vigor. Cuidadosamente compare su primer plan y su plan nuevo, incluyendo los beneficios, las limitaciones y las cláusulas de exclusión.

19. ¿Que puedo hacer si tengo un problema con un plan de beneficios de salud autónomo de patrón/empresa (employer self-funded health benefit plan)?

Sus opciones incluyen:

- comunicarse con el administrador de su plan de beneficios;
- llamar a la Administración de Pensiones y Bienestar Social de Estados Unidos (U. S. Department of Labor's Pension and Welfare Benefits Administration) en Dallas, teléfono 214-767-6831. (Mensajes por grabadora proveen información básica para presentar quejas, pero enfatizan que ese Departamento no interpreta las provisiones de ningún plan de beneficios en particular, ni requiere que los patrones/empresas paguen las reclamaciones); o
- ponerse en contacto con un abogado o con la Sociedad de Asistencia Legal (Legal Aid Society). (En ciertas disputas, la Agencia de Administración de Pensiones y Bienestar Social de Estados Unidos sugiere que su único recurso puede ser solicitar la ayuda de un abogado).

Si usted padece de una incapacidad, incluyendo el SIDA, es posible que usted tenga cierta protección bajo el Acta de Americanos con Incapacidades (ADA), si su plan de seguro patronal autónomo cancela su cobertura o limita sus beneficios. Usted puede comunicarse con el Centro de Asistencia Técnica de ADA al 1-800-949-4232 o al Departamento de Justicia de Estados Unidos al 1-800-514-0301 (voz) o al 1-800-514-0383 (TDD). El folleto de TDI *Lo que las personas con incapacidades que viven en Texas deben saber acerca de seguros* (vea página 38). Los planes autónomos de patrón/empresa pueden estar exentos de reglamentos estatales. TDI tiene autoridad limitada para actuar en contra de los planes patronales legítimos.



Pérdida de su Cobertura de Salud

20. ¿Puede ser cancelada mi cobertura de salud de grupo?

La cobertura de grupo normalmente continúa, siempre y cuando su empleo de tiempo completo o membresía en el grupo continúe. Sin embargo, los patrones/empresas no están obligadas a proveer cobertura de salud a sus empleados o pensionados y pueden cancelar la cobertura a la hora que ellas quieran. Avisando al titular de la póliza, las aseguradoras también pueden cancelar las pólizas de grupo a cualquier hora. Aunque usted puede recibir un aviso hasta con 60 días de anticipación, esto no es obligatorio. Los factores que pueden contribuir a la pérdida de cobertura de salud de grupo incluyen:

- la cancelación de la póliza o contrato, por el patrón/empresa o por el titular de la póliza o por la compañía aseguradora o el HMO;
- terminación de membresía en el grupo;
- pérdida del empleo;
- reducción de la jornada de trabajo;
- divorcio, fallecimiento, jubilación;
- fraude en reclamaciones; y
- proporcionar información falsa.

21. ¿Puede ser cancelada mi cobertura de salud individual?

Sí, si la póliza estipula que se puede. Si la póliza no estipula que se puede cancelar, la aseguradora puede todavía, bajo ciertas circunstancias, rehusarse a renovar su cobertura. Todas las pólizas individuales contienen alguna provisión acerca de su renovación. Las cláusulas de renovación incluyen:

- Renovación a opción de la compañía - La compañía puede discontinuar su cobertura en la fecha de renovación de la póliza.
- Derecho limitado de renovación - Usted puede continuar su cobertura pero la compañía puede rehusarse a renovarla: (1) a la hora de un "evento" especificado en su póliza o (2) cuando todas las pólizas semejantes "no-son renovadas". La compañía le debe notificar de su renuencia a renovar, dentro del período de tiempo estipulado en la póliza.
- Plazo único no renovable - Su cobertura termina al terminar el período de tiempo especificado.
- Renovable a opción del asegurado - Usted puede continuar su cobertura siempre y cuando llene ciertos requisitos. Esto puede incluir permitirle renovar su cobertura por un cierto número de años o hasta que usted llega a cierta edad.



(#21 continúa)

- Renovación garantizada - Siempre y cuando las primas sean pagadas, la compañía debe continuar la cobertura de menos hasta que usted cumpla 50 años o de menos por cinco años si le fue expedida después de que usted cumplió 44 años.
- Continuación condicional o limitada - Después de la fecha de vencimiento de un período de renovación garantizada, la compañía debe continuar la cobertura hasta que usted llegue a cierta edad o alguna condición especificada sea llenada.

Tener cobertura con una cláusula de renovación garantizada, es su mejor protección. Cualquiera que sea la cláusula de renovación, la compañía no puede subir las primas suyas a menos que suba las primas para todos los titulares de póliza en una “categoría”, lo que significa todas las personas de cierta edad, sexo o región geográfica cubiertas por esa póliza en particular.

22. ¿Que puede suceder si no pago a tiempo mi prima de seguro individual?

Si una compañía aseguradora acepta el pago tardío de una prima, la aseguradora restablece su póliza individual — en la mayoría de los casos — sin requerir que usted vuelva a hacer solicitud de cobertura. Sin embargo, algunas pólizas — antes de restablecer su cobertura — requieren que usted presente una solicitud nueva.

Precaución: Una póliza restablecida cubre las pérdidas debidas a un accidente, cuando este ocurre después de la fecha de restablecimiento; cubre las pérdidas debidas a una enfermedad, cuando esta comienza después de los 10 días posteriores al restablecimiento de la póliza. Cuando una compañía restablece una póliza, también puede añadir cláusulas adicionales. Esas cláusulas adicionales pueden excluir ciertas coberturas, incluyendo la cobertura de problemas médicos que usted contrajo después de adquirir la póliza original. Las exclusiones pueden ser permanentes o por un período de tiempo especificado.

23. ¿Estoy protegido si pierdo mi cobertura de grupo?

Las leyes federales y estatales ofrecen alguna protección. Los HMOs y las aseguradoras deben ofrecer privilegios de conversión y continuación. Los planes de conversión de los HMOs pueden ofrecer menos cobertura que esos ofrecidos bajo los planes de grupo. (Vea preguntas 25 y 29 en las páginas 29 y 31).

- Los privilegios de conversión - le permiten convertir de su cobertura de grupo a otra póliza. Esta póliza puede ser de un plan de conversión de grupo o individual. Usted paga la prima completa. Si usted está convirtiendo de un contrato de seguro,



la ley requiere que usted tenga el derecho de elegir conversión con los mismos beneficios y cobertura. Usted también puede elegir menos beneficios y menos cobertura. Las primas únicamente por cobertura y beneficios idénticos no pueden exceder el 200% de la prima de grupo. Los HMOs requieren cobertura “comparable”.

- Los privilegios de continuación de contrato de seguro le permiten continuar con un plan de grupo, por un tiempo limitado (seis meses) mientras usted busca otra cobertura. Usted debe pagar el costo completo de la prima. Las primas no pueden exceder el 102% de las cuotas de grupo.

24. ¿Que es el Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA)?

La ley federal COBRA, aplica a todos los planes de seguro de salud de empresas/patronos con 20 o más empleados. COBRA le da el derecho de continuar la cobertura de grupo — de usted, su cónyuge y cualquier niño/a que depende de usted — por un período limitado de tiempo, si usted:

- pierde su cobertura debido a reducción de horas de trabajo; o
- pierde su empleo por cualquier otro motivo excepto por “comportamiento indebido” (gross misconduct).

COBRA también permite que, cuando un empleado es aceptado por Medicare, se divorcia o fallece, el cónyuge y los niños que dependen del empleado continúen su cobertura. Los niños de un empleado califican para cobertura continua bajo COBRA, sí — bajo los reglamentos del plan de salud — ellos pierden su categoría de “hijo(a) dependiente”. Usted tiene 60 días, después de calificar para COBRA, para decidir si quiere la cobertura. Si usted la acepta, usted paga la prima, más el 2% por gastos administrativos. Dependiendo de la situación, la cobertura puede continuar por 18 a 36 meses. Para más informes acerca de COBRA llame a la Administración de Pensiones y Bienestar Social de E.U. en Dallas, TX., al 1-214-767-6831.

25. ¿Qué protección ofrece la ley estatal?

Si usted pierde su cobertura de grupo, las opciones de conversión/continuación ordenadas por la ley estatal están a su disposición cuando los beneficios de COBRA se acaben, o si COBRA no aplica a su caso. Usted y los miembros de su familia pueden calificar para las opciones de conversión/continuación estatales si:

- usted ha sido cubierto por una póliza de grupo por lo menos por tres meses consecutivos;
- la cobertura es terminada por cualquier motivo otro que por motivo involuntario con causa; y



(#25 continúa)

- usted solicita conversión/continuación dentro de los 31 días después de perder su cobertura de grupo.

Bajo la ley del estado, a usted se le deben ofrecer estas opciones sin requerirle “evidencia de asegurabilidad”.

- una póliza de conversión que ofrece la misma cobertura y beneficios. (Usted puede elegir una póliza de conversión en la cual la prima está basada en su edad, su área de residencia y el tipo de conversión de póliza ofrecida);
- una póliza con menos beneficios y menor cobertura; o
- una continuación de cobertura de grupo por lo menos por 6 meses.

Leyes y reglamentos estatales de conversión/continuación:

- aplican a las pólizas de seguro que ofrecen hospital, cirugía o cobertura médica mayor;
- no aplican a pólizas de grupo contra accidentes, enfermedades específicas u otras pólizas que ofrecen beneficios limitados; e
- incluyen contingencias para dependientes que pierden cobertura debido a fallecimiento, jubilación o divorcio.

(Para más informes acerca de conversiones de HMO, vea pregunta 29 en la página 31).

26. ¿Qué protección adicional reciben los dependientes?

La cobertura de grupo para los dependientes, puede continuar hasta por tres años, si pierden la cobertura debido a fallecimiento, jubilación o divorcio. Para calificar, un dependiente debe haber estado cubierto por la póliza de grupo por un año o ser un infante menor de un año. Los beneficios para los dependientes son iguales a esos que provee la póliza de grupo. No se necesita evidencia de asegurabilidad. Los reglamentos o el manual de la póliza de grupo o del contrato individual, pueden estipular otros requisitos. Si los dependientes adquieren otro seguro, las primas no son pagadas o si la póliza de grupo es cancelada, la continuación de beneficios es terminada. (También vea la pregunta 2 en la página 3).



27. ¿Qué otra protección de conversión/continuación provee la ley del estado?

Si un plan de grupo es discontinuado, las aseguradoras deben extender los beneficios hasta por 90 días para los empleados que están completamente incapacitados o para los dependientes que están hospitalizados cuando la cobertura es terminada. Cuando su plan de seguro es reemplazado, la compañía nueva debe dar crédito completo a los miembros, por el tiempo que acumularon bajo la póliza vieja, en lo que se refiere a satisfacer requisitos de períodos de espera para condiciones preexistentes. La compañía nueva no puede imponer nuevas limitaciones de cobertura para esos padecimientos médicos.

28. ¿Qué puedo hacer si pierdo mi cobertura de salud individual?

Primero estudie la cláusula de renovación de su póliza. Las cuestiones de renovación se discuten en la pregunta 21 de “Sus Problemas de Cobertura de Seguro de Salud”. A continuación otras consideraciones:

- Si usted pierde su cobertura debido a un cambio en su estado marital, usted tiene derecho a su propia póliza — una que ofrezca la protección más parecida a la que usted tenía antes del cambio. Usted no tiene que comprobar que tiene buena salud, para recibir la nueva póliza.
- Si la póliza es de renovación garantizada, el fallecimiento de un cónyuge no termina la cobertura. En ese caso, el cónyuge sobreviviente se convierte en el asegurado.
- Los beneficios de embarazo deben prolongarse si la compañía termina la cobertura durante el embarazo.
- Los beneficios deben prolongarse por un tiempo limitado si la aseguradora termina la cobertura durante un período en el que usted está completamente incapacitado.

29. ¿Que puedo hacer si pierdo mi cobertura de grupo de HMO?

Usted tiene 31 días para pedirle al HMO que convierta su membresía a un contrato que no sea de grupo, sin tener que presentar evidencia de asegurabilidad. El precio de cobertura individual no debe exceder el 200% de lo que cobra el HMO por una cobertura similar de grupo. Los HMOs no tienen que convertir su membresía si usted cambia su residencia fuera del área de servicio o en los casos de: falta de pago o fraude, presentación de material/información falsa dentro de los primeros dos años de membresía, elegibilidad para Medicare, separación del grupo o cancelación del grupo completo, mala conducta en perjuicio del manejo y entrega de los servicios del HMO o la inhabilidad de mantener una relación satisfactoria médico/paciente.



30. ¿Qué más puedo hacer para informarme acerca de continuar o reemplazar mi cobertura de salud?

Si usted tiene más preguntas acerca de los requerimientos en Texas, llame a la Línea de Ayuda al Consumidor 1-800-252-3439. En Austin, llame al 463-6515. Para más informes acerca de los requerimientos federales, llame a la Administración de Pensiones y Bienestar Social de E. U. en Dallas, TX. al 214-767-6831.

31. ¿Que pasa si mi aseguradora quiebra (bancarrota)?

Sus reclamaciones válidas hasta \$200,000 están cubiertas por la Asociación de Servicios Garantizados Vida, Accidente, Salud y Hospital de Texas (Life, Accident, Health and Hospital Service Guaranty Association) si:

- su plan de beneficios de salud es a través de una aseguradora con licencia en Texas (no un HMO); y
- si usted es un residente de Texas.

Las aseguradoras sin licencia, HMOs, Acuerdos de Múltiples Empresas (MEWAs), planes de salud patronales autónomos y sociedades fraternales no están protegidas por la Asociación. Los HMOs deben tener en depósito valores y efectivo, con el Tesorero del Estado, para pagar reclamaciones en caso de insolvencia. Casi todos los contratos de HMO requieren que los proveedores, incluyendo los médicos, hospitales y laboratorios, recuperen sus gastos por medio del HMO aún en casos de bancarrota — no por medio de usted. El folleto de TDI *Si Mi Aseguradora Quiebra* le proporciona más información. (Vea página 37).

Definición de Términos

Accident-only policies (Pólizas contra accidente-únicamente)—Las pólizas que pagan únicamente en caso de un accidente o herida corporal.

Capitation (Capitación)—Un sistema en el que el HMO hace un pago fijo mensual al doctor o al hospital por atender a cada paciente, sin consideración a si proporcionen servicios o no.

Certificates of coverage (Certificados de cobertura)— Documentos impresos que informan a los miembros del plan, los beneficios proveídos en la póliza maestra de el grupo.



- Closed practice (Práctica cerrada)**—Un médico principal que no está aceptando más pacientes. Nota: Aún si el médico está en la lista del HMO o PPO, llame e infórmese si está aceptando miembros nuevos de el HMO o PPO.
- Co-insurance (Coaseguro)**—El porcentaje que usted debe pagar de su bolsillo, en cada cuenta médica incluyendo cualquier cobro que no está cubierto y los deducibles.
- Coordination of benefits (Coordinación de beneficios)**—Una cláusula del contrato que permite a los planes de grupo coordinar los pagos para asegurarse que ellos no pagan más del 100% de los gastos médicos del asegurado.
- Co-payment (Copago)**—La cantidad que usted debe pagar cuando usted recibe servicios médicos, o compra medicina de receta que no son pagados completamente por su plan de salud. Copago se refiere normalmente a el cobro que fijan los HMOs.
- Deductible (Deducible)**—La cantidad que usted debe pagar antes de que la compañía/HMO comience a pagar la porción de la cuenta que le corresponde a ella.
- Disability benefits (Beneficios por incapacidad)**—Cobertura que provee protección en contra de la pérdida de salario debido a enfermedad o herida corporal.
- Evidence of insurability (Evidencia de asegurabilidad)**—Prueba de que usted tiene buena salud.
- Exclusions or limitations (Exclusiones o limitaciones)**—Cláusulas adicionales (“riders”) y provisiones de contrato que excluyen o limitan la cobertura de ciertas enfermedades, condiciones médicas o servicios, indicados en la póliza.
- Grievance procedure (Procedimiento de quejas)**—El proceso de apelación que un HMO le ofrece a usted para protestar una decisión relacionada a una necesidad médica negada o un pago de reclamación insuficiente.
- Health benefit plan (Plan de beneficios de salud)**—En la mayoría de los casos, los beneficios para gastos médicos que el patrón/empresa provee a sus empleados. Puede ser un plan de indemnización o un plan de HMO.
- Health care reimbursement accounts (Cuentas de reembolso para gastos médicos)**—Aunque este no es un beneficio de seguros, tales cuentas le permiten poner en ahorros-libre de impuestos—cierta cantidad de dinero, para pagar gastos de servicios o cuidados médicos que no están cubiertos por su plan de beneficios de salud.
- Health maintenance organization (HMO) (Organización de mantenimiento de salud)**—Un sistema de cuidado de salud administrado, que provee servicios a sus miembros a través de una red de médicos, hospitales y otros proveedores de servicios médicos. Este sistema elimina la necesidad de presentar reclamaciones o llenar formularios, en la mayoría de los casos, al permitir a los miembros “pagar por adelantado” a través de sus primas mensuales y los copagos que se hacen al recibir los servicios.



Hospital confinement policies (Pólizas de hospitalización)—Las pólizas que pagan una cantidad fija diaria por cada día que usted esté internado en un hospital.

Hospital-surgical policies (Pólizas de cirugía en el hospital)—Las pólizas que cubren los servicios de hospitalización y quirúrgicos.

Indemnity insurance plan (Plan de indemnización)—Un plan de salud que le permite ir a cualquier médico que usted elija, pero requiere que usted pague por los servicios, y después presente una reclamación de reembolso. También se conoce como un plan llamado “fee-for-service” (pago-por-servicio).

Inpatient medical care (Cuidado médico de paciente hospitalizado)—

El cuidado médico y de cirugía que usted recibe internado en el hospital o en un sanatorio de convalecencia.

Lifetime maximum (Máximo por vida)—El total de beneficios que un plan paga durante la vida del asegurado.

Long-term care benefits (Beneficios de cuidado a largo plazo)—La cobertura que provee ayuda a las personas que no pueden cuidarse a sí mismas debido a una enfermedad prolongada o incapacidad. Puede fluctuar desde ayuda con las actividades diarias mientras se recupera en su hogar a servicios de convalecencia proveídos en una clínica de cuidado de enfermos.

Major medical policies (Pólizas de seguro médico mayor)—Las pólizas de cuidado de salud que usualmente cubren la hospitalización y los servicios de los médicos dentro y fuera del hospital.

Managed health care (Cuidado de salud administrado)—Un sistema que organiza, dentro de una red de servicios, a médicos, hospitales y otros proveedores, con el objeto de reducir los costos y aún proveer servicios médicos adecuados. Los sistemas de cuidado de salud administrado enfocan en los servicios de cuidado preventivo y en manejo de caso, para evitar tener que tratar enfermedades más costosas.

Mandated benefits (Beneficios mandados por ley)—Los beneficios de cuidado de salud que por ley estatal deben ser incluidos en todas las pólizas de grupo. Algunos beneficios mandatorios también son requeridos para pólizas individuales y contratos de HMOs.

Mandated offerings (Ofrecimientos mandados por ley)—Beneficios de cuidado de salud que se deben ofrecer a la empresa/patrón o a la organización encargada de la póliza de grupo. El encargado no está obligado a incluir estos beneficios en su plan de grupo.

Maximum out-of-pocket expense (Gasto máximo de bolsillo)—La cantidad máxima de dinero que el asegurado debe pagar, durante un cierto período, por gastos cubiertos por el plan de cuidado de salud. Hasta que el máximo es alcanzado, el asegurado está obligado a pagar un copago o porcentaje de cada reclamación.



Medically necessary care (Tratamiento médicamente necesario)–Cuidado de salud debido a una enfermedad o herida corporal, o en otros casos autorizado por el plan de cuidado de salud. La definición de este término puede ser diferente de un plan de cuidado de salud a otro.

Network (Red de servicios)–Todos los médicos, especialistas, hospitales y otros proveedores que han acordado proveer servicio médico a los miembros del HMO bajo las cláusulas del contrato con el HMO. Las organizaciones de proveedores médicos preferidos (PPOs) también usan redes de servicio.

Non-contract or non-network provider (Proveedor independiente o no afiliado)–Esos proveedores de cuidado de salud e instituciones para tratamientos médicos que no están bajo contrato con el HMO.

Out-of area (Fuera del área de servicio)–El área fuera de los condados o los códigos postales en los que el HMO provee cobertura regular y preventiva.

Outpatient services (Tratamiento sin hospitalización)–Los tratamientos usualmente proporcionados en clínicas, consultorios del médico o del proveedor, en consulta externa de hospital, centros quirúrgicos ambulatorios, hospicios y centros de diálisis de riñón.

Pre-certification (Precertificación)–Un requisito que estipula que el plan de cuidado de salud debe aprobar, por adelantado, ciertos tratamientos médicos. Precertificación significa que el tratamiento es aprobado como médicamente necesario, no significa que el pago ha sido aprobado.

Pre-existing condition (Condición preexistente)–Un problema médico o enfermedad del que usted ya padecía antes de solicitar la cobertura de salud.

Preferred provider organization (PPO) (Organización de proveedores preferidos)–Un tipo de plan en el cual los médicos, proveedores y hospitales acuerdan dar descuento en sus precios a una aseguradora o a un plan de seguro patronal. Los contratos de seguros con provisiones PPO dan reembolsos más altos si usted usa los médicos, proveedores y hospitales que ofrecen los descuentos.

Premium (Prima)–La cantidad mensual que usted paga por la cobertura de beneficios de salud.

Primary care physician (gatekeeper) (Médico principal para servicios primarios (porteros)–El médico, que los miembros del HMO seleccionan como su médico personal, y que provee todos los tratamientos médicos básicos y las recomendaciones para ver a un especialista. Los porteros están prohibidos en los PPOs y otros planes de indemnización de salud.

Provider (Proveedor)–Un médico, hospital, farmacia, enfermera registrada y cualquier otra organización, institución, instalación médica o persona con licencia, que provee servicios de cuidado de salud en Texas.

Specified disease policies (Pólizas para enfermedades específicas)–Las pólizas que pagan únicamente si usted contrae la enfermedad especificada en la póliza.



Specified medical limitations (Limitaciones médicas especificadas)—Una cantidad límite en dólares, que se pagará por el tratamiento de ciertas condiciones o ciertos tipos de tratamiento médico.

Utilization review (Revisión de utilización)—El proceso de revisión designado a ayudar a los HMOs y a las aseguradoras a evitar tratamientos innecesarios, y con esto reducir los costos de cuidado de salud. La revisión incluye evaluar las solicitudes para tratamientos médicos y determinar, caso por caso, si el tratamiento es necesario.

Para más Informes

Llame a la **Línea de Ayuda al Consumidor** del Departamento de Seguros de Texas, de 8 a.m. a 5 p.m. en días laborales para obtener información acerca de agentes, compañías u otra información de seguros.

1-800-252-3439

En Austin, **463-6515**

Servicio en español

Las personas que tienen dificultad para oír o para hablar pueden llamar a **Relay Texas** al:

1-800-735-2989 (TDD/TT)

Para pedir folletos gratis o solicitar una forma de quejas, llame a nuestra **Línea Automática de Pedidos de Folletos**. En servicio las 24 horas del día. Se cobra una cantidad nominal por pedidos grandes.

1-800-599-SHOP (7467)

En Austin, **305-7211**

Por medio de su computadora y un modem, usted puede ver información de TDI en el **Window on State Government** (WOSG) del Contralor del Estado o en el **Internet**.

(WOSG) **1-800-227-8392**

En Austin, **475-1051**

(Internet) <http://www.tdi.state.tx.us>

Este folleto se distribuye con propósitos educativos únicamente. No constituye un endoso por el Departamento de Seguros de Texas, para cualquier servicio, compañía o persona que ofrece un producto o servicio.

El Departamento de Seguros de Texas no discrimina — en el empleo o en la provisión de servicios — debido a raza, color, origen nacional, sexo, religión, edad o incapacidades.



Texas Department of Insurance
P.O. Box 149104 • 333 Guadalupe
Austin, Texas 78714-9104

