

CAPÍTULO XVII

SEGUROS MÉDICOS PARA INMUNODEFICIENCIAS PRIMARIAS:

TOMANDO EL CONTROL

Como todos sabemos, el tener una afección crónica, tal como una inmunodeficiencia primaria, puede ser gravoso financieramente. Si la terapia no se administra de forma regular, el costo de las complicaciones y hospitalizaciones subsecuentes representará una carga.

SEGUROS MÉDICOS PARA INMUNODEFICIENCIAS PRIMARIAS:

TOMANDO EL CONTROL

Como todos sabemos, el tener una afección crónica, tal como una inmunodeficiencia primaria, puede ser gravoso financieramente. Si la terapia no se administra de forma regular, el costo de las complicaciones y hospitalizaciones subsecuentes representará una carga. La mayoría de individuos con inmunodeficiencia primaria confían en un tercero particular que pagará para asistirlos con estos gastos, pero se frustran comúnmente cuando se enfrentan a la enorme tarea que representa el papeleo, las llamadas telefónicas y otros asuntos, simplemente para justificar el uso de una terapia prescrita por su médico. Además, buscar un seguro médico y entender el alcance de los asuntos implicados puede ser un proceso devastador que en algunas ocasiones puede llevar a sentirse aislado y sin ayuda. El propósito de este capítulo, mientras que no está diseñado para resolver cada uno de los problemas de seguros médicos, es el de prepararlo a usted con alguna de la información que será necesaria para servir como su mejor defensor. La mayoría de la información siguiente es práctica. Comenzamos por describir a los diversos pagadores, que cubren y a quién sirven. En seguida, aprenderá usted acerca de qué buscar cuando cambia la cobertura del seguro, un tema muy importante cuando se encuentra involucrada una afección crónica. Revisaremos también el Acto de Portabilidad y Contabilidad de Seguros de Salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act de (HIPAA)), una de las leyes federales más importantes de la última década en lo que se refiere a la protección de la cobertura de seguro médico suyo o de su familia cuando se enfrentan a eventos de la vida. Usted también leerá acerca de otros temas de los que debe tener un conocimiento general de cómo trabajan, tales como COBRA, un nombre para beneficios adicionales. También encontrará información de cómo prepararse para formular preguntas a su asegurador de manera confiada acerca de la cobertura. Y por último, pero no menos importante, como en todas las profesiones hoy en día, los seguros médicos tienen su propio “lenguaje”. Le proporcionaremos un glosario de términos para que usted se sienta cómodamente “bilingüe”. Cuando se trate de la cobertura de su salud, nunca dude en formular muchas preguntas y buscar tantos recursos como sea posible. Su bienestar y el de su familia dependen de esto!

¿QUIÉNES SON LAS PARTES PAGADORAS?

Con el objeto de prepararse de la mejor forma para trabajar con su asegurador médico, debe entender quiénes son las diversas “partes pagadoras” en el esquema de las cosas.

MEDICARE

Medicare es un programa federal de seguros médicos que proporciona cobertura para

personas mayores de 65 años, ciegos, individuos discapacitados, y personas con falla permanente del riñón o enfermedad renal en fase terminal. El programa Medicare es administrado por la Administración para el Financiamiento del Cuidado de la Salud (Health Care Financing Administration [HCFA]) y paga únicamente por servicios médicos y procedimientos que han sido determinados como “razonables y necesarios”. Medicare se divide en dos partes – Parte A y Parte B. La Parte A cubre servicios hospitalarios a pacientes internos y ciertos cuidados de seguimiento. Esta incluye el costo de análisis de laboratorio, radiografías, servicios de enfermería, comidas, habitaciones semi-privadas, material médico, medicamentos, equipo necesario, y salas de operación y recuperación. La Parte B de Medicare cubre los servicios médicos y otros gastos médicos. Desgraciadamente, ni las medicinas con receta ni las infusiones caseras de IGIV son cubiertas. Los beneficiarios deben pagar una prima mensual y un pequeño deducible cada año por todos los servicios aprobados que son cubiertos por la Parte B. Para la mayoría de estos servicios, Medicare paga el 80% de la cuenta y el beneficiario paga el 20% restante. Usted debe tener primero la Parte A para poder recibir la Parte B. Si usted aplica para la incapacidad del Seguro Social, recibirá los beneficios de Medicare después de haber estado en estado de incapacidad por dos años. En muchos estados, las personas con cobertura de Medicare tienen la opción de escoger entre cuidado administrado y planes de indemnización.

MEDICAID

Medicaid es un programa de beneficencia patrocinado por los gobiernos tanto federal como estatales, el cual es administrado por los estados individuales. La cobertura varía de un estado a otro aún cuando cada uno de los programas estatales se ajusta a ciertos lineamientos federales. Los criterios de afiliación de Medicaid varían también de estado a estado, pero la cobertura se encuentra usualmente disponible sólo para aquellos que no son elegibles para cualquier otro tipo de seguros, y que cumplen con los lineamientos de pobreza. Cada estado ha predeterminado el nivel de ingresos que debe tener un individuo o una familia para poder ser elegible para los beneficios de Medicaid. La oficina local del Departamento de Estado para Servicios Sociales (State Department of Social Services) es responsable de revisar las solicitudes y administrar los requerimientos para ser elegidos. Algunos estados requieren que los beneficiarios de Medicaid participen en planes de cuidados administrados. Los programas de Medicaid pueden requerir autorización previa para algunas formas de tratamiento o medicinas con receta. Esto significa que su médico debe contactar a Medicaid para obtener la aprobación de reembolso del tratamiento antes de que usted lo reciba.

PROGRAMAS DE ASISTENCIA ESTATAL

Su estado puede tener un programa de asistencia especial para afecciones crónicas particulares. La mayoría de estos programas utilizan fondos de presupuestos locales y estatales y se diseñan para satisfacer las necesidades de adultos y/o niños que no son elegibles para ninguna otra cobertura médica. Estos pueden también servir como una cobertura suplementaria a Medicaid. El nivel de cobertura disponible cambiará de acuerdo a variables tales como las necesidades estatales y el fondeo disponible. Estos programas pueden ser identificados bajo nombres tales como: Niños con Necesidades de Cuidado de Salud Especiales, Servicios para Niños Lisiados, o Servicios Médicos para Niños. La cobertura para niños con una Inmunodeficiencia Primaria puede ser severamente restringida o no estar disponible en absoluto. Es mejor verificar con sus fuentes informativas locales la información de elegibilidad antes de considerar esto como una opción de cobertura. El SSI o Ingreso Suplemental de Seguridad hace pagos

mensuales a personas de edad, incapacitadas y ciegas con ingresos y recursos limitados. Tanto los adultos como los niños incapacitados pueden cumplir con los requisitos para los pagos de SSI. La elegibilidad y los beneficios varían dependiendo del estado, pero se puede obtener mayor información comunicándose con su Oficina de Seguridad Social local la cual aparece en el Directorio Telefónico en las Páginas Blancas.

PROGRAMA ESTATAL DE SEGUROS MÉDICOS PARA NIÑOS (SCHIP)

Como parte del Acto de Presupuesto Balanceado de 1997 (Balanced Budget Act), el Título XXI (o SCHIP) Del Acto de Seguridad Social fue aprobado a finales de 1997. El Programa Estatal de Seguros Médicos para Niños da donativos a los estados para proveer cobertura de seguros médicos a niños no asegurados hasta del 200% del nivel federal de pobreza (FPL por sus siglas en inglés). Los estados pueden proveer esta cobertura ya sea expandiendo Medicaid o expandiendo y creando un programa estatal separado de seguros médicos para niños. El principal propósito del programa está diseñado para ayudar a los niños de familias trabajadoras con ingresos demasiado altos para calificar para Medicaid, pero demasiado bajos para poder pagar cobertura familiar privada. Aunque los beneficios varían de estado a estado, los niños generalmente son elegibles para chequeos regulares, inmunizaciones, anteojos, visitas médicas, cobertura de medicinas con receta, y cuidado hospitalario. Basado en los niveles de ingreso los estados pueden imponer primas, deducibles, o tarifas para algunos de los servicios. Dado que la cobertura y los beneficios varían de un estado a otro, es importante que las familias investiguen las opciones disponibles en su respectivo estado. Para mayor información con respecto a la elegibilidad y la cobertura usted puede llamar al 1-877-Kids-NOW (1-877-543-7669).

TERCEROS ASEGURADORES

Los terceros aseguradores ofrecen varios tipos de planes; por ejemplo, las tarifas para planes de servicio o planes 80/20 se obtienen normalmente a través de su empleador. Los servicios cubiertos por la póliza variarán dependiendo de su empleador, así que lea el resumen de beneficios de forma cuidadosa, especialmente el lenguaje de exclusiones. El beneficiario es libre para elegir su propio proveedor. Se paga una prima de cobertura por el beneficiario, el empleador, o se comparte el costo. El beneficiario es usualmente responsable del deducible anual antes de que la cobertura comience a ser efectiva. Una vez que se cubre el deducible el plan paga una porción de la cuenta - normalmente un 80%. El beneficiario es entonces responsable del 20% restante, lo cual es llamado co-pago. Estos co-pagos, primas, deducibles, y cantidades de “coseguro” son considerados como gastos de la bolsa. Los consumidores pueden también incurrir en gastos de la bolsa para algunos productos o servicios que no son cubiertos por su plan de cuidado de salud, tales como medicinas sin receta.

CUIDADO PREPAGADO/ADMINISTRADO

Estos planes cubren servicios médicos proporcionados por médicos “participantes”. Las primas son pagadas por adelantado para la mayoría de los servicios cubiertos, dependiendo de la naturaleza del problema. Las organizaciones de mantenimiento de la salud de prácticas en grupo o HMO lo cubren sólo si usted va a proveedores del cuidado de salud afiliados al HMO (doctores, laboratorios, hospitales) para todas sus necesidades de salud. Usted puede acudir a un solo edificio central para su cuidado, o puede visitar a un médico afiliado al HMO en su consultorio. Cuando usted se une a una HMO debe escoger un médico de cuidado principal (PCP) el cual es responsable de controlar una gran porción de los dólares que se gastan en organizaciones de cuidado

administrado. Su PCP será la persona que ordene análisis de laboratorio, imágenes de TC, imágenes de IRM, y docenas de otras pruebas cuando se está diagnosticando la enfermedad. Es también su médico de cabecera el que determinará si la afección de un paciente requiere del cuidado de un especialista. Como consumidor de servicios de salud, usted debe estar seguro de sentirse cómodo con su PCP, y de que él o ella entienden su enfermedad o la de su hijo, y el cuidado médico asociado con esta enfermedad. Recuerde que la mayoría de los PCP son médicos generales, médicos familiares, e internistas, no especialistas. Existen también organizaciones proveedoras preferidas o PPO. Estos planes son similares a los HMO ya que los miembros pagan una cantidad fija cada mes por los servicios de cuidado de salud. Un grupo de médicos u otros tipos de proveedores de cuidados de salud contratan con la PPO, para proveer servicios a los miembros. Estos planes ofrecen mayor flexibilidad en la elección del proveedor. En la mayoría de los casos, una PPO ofrece incentivos financieros, en el porcentaje del co-pago, para que el paciente utilice un proveedor participante. El co-pago puede ser fijado del 90/10, por ejemplo. Si, de cualquier forma, el paciente ve a un proveedor fuera de la red, el co-pago para el paciente puede incrementar a 70/30.

USTED EL CONSUMIDOR

Es importante considerar asuntos específicos cuando decide a cerca de una póliza de seguro médico. Usted debe comparar: - La suma asegurada (Life Time Maximum (LTM) – Cualquier período de espera por condiciones preexistentes – Gastos de su bolsa incluyendo la participación en el costo de la prima, deducible, y co-pago – Cobertura inadecuada o ninguna cobertura. La suma asegurada (LTM) diferirá de acuerdo a la cobertura de salud que usted tenga. La mayoría de los LTM irán de \$250,000 a \$1 millón. Una vez que ha agotado su LTM, no tendrá cobertura, así que es importante llevar un total al corriente de los gastos mayores que lo afectan: hospitalizaciones, cirugías, costo anual de terapias, etc. También, debe conocer la diferencia entre procedimientos electivos y requeridos y planear de acuerdo a esto, ya que los costos muy probablemente afectarán su LTM. El período de espera por condiciones preexistentes es una enmienda a su cobertura la cual declara que si usted tiene una condición crónica, o está, por ejemplo embarazada, estará sujeto a un período de espera antes de que sus beneficios lo cubran por esta “condición”. Busque la cláusula de período de espera por condiciones preexistentes en el sumario del libro de beneficios. Los gastos de su bolsa son aquellos co-pagos, deducibles, o gastos compartidos de la prima en los que usted puede incurrir para satisfacer su obligación financiera de acuerdo al plan. Estos fueron revisados en la sección anterior. El lenguaje en su póliza de salud puede diferir. Puede encontrarlo de forma explícita o de forma vaga, por lo que es importante saber qué es lo que usted busca. Debe siempre revisar el lenguaje de exclusiones en el sumario del libro de beneficios. Por último, si usted está considerando contratar con una HMO, pero esta preocupado por tener que cambiar de médico, consulte con otros miembros y pregunte acerca de su nivel de satisfacción. Pregunte temas como: ¿De qué forma son cubiertas las afecciones crónicas tales como la inmunodeficiencia primaria dentro del plan? ¿Qué tal las referencias de especialistas? ¿Cuáles son los procedimientos? ¿Existen restricciones en medicinas con receta?

ACTO DE PORTABILIDAD Y CONTABILIDAD DE SEGUROS DE SALUD de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act [HIPAA])

Tal como se mencionó anteriormente en la introducción, probablemente una de las leyes federales más importantes y que más temas abarca con respecto a la industria de los seguros de salud es la aprobación del HIPAA. Todos somos susceptibles a una variedad

de eventos en la vida, los cuales pueden afectar la cobertura de su seguro médico. Situaciones tales como la aparición de una enfermedad crónica o una enfermedad que lo inhabilite, así como un cambio de trabajo o un negocio que cierre pueden tener consecuencias adversas cuando se trata de localizar o mantener la cobertura de su seguro médico. El HIPAA protege la cobertura del seguro médico para las familias de trabajadores cuando cambian de empleo o lo pierden. Dado que la ley del HIPAA es muy compleja y contiene más disposiciones de las que se indican en este escrito, le recomendamos que para mayor información acerca de cómo puede afectar el HIPAA a usted o a su familia, se ponga en contacto con el administrador de beneficios de su empleador o la oficina del Comisionado de Seguros del Estado (State Insurance Commissioners office).

DISPOSICIONES CLAVE:

- Seguro Médico de Grupo – Los empleados pueden acreditar el tiempo que pasaron en el plan del empleador pasado satisfaciendo una exclusión preexistente hacia el plan del nuevo empleador, mientras no exista un lapso mayor a 63 días entre coberturas.

– Cambio de un Grupo de Salud a un Plan de Salud Individual - Si usted ya no es elegible para cobertura de Grupo, usted puede obtener cobertura a través de un plan de salud Individual, el cual incluye HMOs sí:

- Tiene usted una cobertura previa de 18 meses o más bajo un grupo de salud, gobierno o plan de alguna iglesia; - No ha tenido un lapso mayor a 63 días en cobertura;
- No es elegible bajo otro plan de grupo, Medicare o Medicaid;
- No tiene ninguna otra cobertura de seguro;
- Ha elegido y agotado cualquier cobertura COBRA;
- Su cobertura anterior más reciente no ha sido terminada debido a falta de pago de primas o fraude.

Tenga en cuenta que la ley de su estado puede proporcionar mayor protección que el HIPAA, pero nunca menos de los requerimientos mínimos ordenados por la ley HIPAA.

COBRA

COBRA o el Acto de Reconciliación de Presupuesto Omnibus Consolidado (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act) fue promulgado a ley Federal en 1985. Si usted dejara su trabajo por cualquier razón que no sea una falta de conducta grave, su empleador es requerido por ley a ofrecerle beneficios de salud continuos por un período de tiempo – los mismos beneficios que usted recibía mientras estuvo empleado. Los pequeños empleadores (menos de 20 empleados), grupos de iglesias, y el gobierno federal quedan exentos de la legislación COBRA. Los empleados federales sin embargo, no están sin ayuda. Estos empleados deben contactar a la oficina de personal que da servicio a su agencia para mayor información acerca de extensiones temporales de beneficios de salud. Usted es responsable del pago de la prima, la cual es usualmente mantenida al 102% de lo que su empleador pagaba por usted. (El 2% es por derechos administrativos). Para la terminación de un empleo o una reducción en horas, la duración de COBRA es generalmente de 18 meses. En caso de un divorcio, separación o muerte del cónyuge, COBRA puede estar disponible hasta por 36 meses. Si el Seguro Social lo considera incapacitado dentro de los 60 días siguientes a la terminación de su empleo o reducción de horas de empleo, usted puede extender el periodo de continuidad de COBRA de 18 a 29 meses. Esta extensión está garantizada

por la legislación federal HIPAA de la cual hablamos anteriormente. El período extendido de tiempo que se ofrece esta diseñado para protegerlo hasta que sea usted elegible para Medicare, ya que existe un período de espera de 29 meses antes de poder recibir los beneficios de Medicare. Cuando estas situaciones, conocidas como “eventos calificadoros”, ocurren, es responsabilidad suya, como empleado, notificar al departamento de recursos humanos de su empleador (aquella persona o grupo responsables del seguro médico) dentro de los siguientes 60 días o de lo contrario perderá usted la opción. Para mayor información acerca de la cobertura COBRA y acerca de sus derechos de acuerdo a la ley COBRA, usted debe contactar al departamento de recursos humanos o al administrador de beneficios dentro de su organización o llamar al departamento de trabajo local.

FONDOS COMUNES DE ALTO RIESGO

Los fondos comunes de alto riesgo proporcionan cobertura a individuos cuyas condiciones médicas los han impedido de obtener seguros médicos privados y a aquellos que no califican para asistencia gubernamental o estatal. Al momento de redactar este documento, los fondos comunes de seguros de alto riesgo están disponibles en 29 estados. Mientras que el funcionamiento de los planes varía considerablemente de un estado a otro, existe un patrón básico. El estado generalmente forma una asociación de compañías de seguros médicos que tienen negocios en el estado. Una organización es seleccionada para administrar el plan bajo los lineamientos de beneficios, primas, deducibles, etc., tal como lo establece la ley estatal. Las pólizas individuales se encuentran disponibles a través del fondo común de riesgo y están sujetas a las mismas restricciones que los terceros aseguradores privados. Así que no se sorprenda si encuentra co-pagos, deducibles, máximos en vida, y períodos de espera para condiciones preexistentes. La cobertura usualmente incluye servicios de médicos y pacientes internados, cuidado de salud en casa, cuidado de enfermería calificado y medicinas con receta. Si el seguro de alto riesgo está disponible en su estado, asegúrese de investigar acerca de los requerimientos de elegibilidad y los beneficios específicos que son cubiertos. En algunos estados pueden existir listas de espera para registrarse.

PALABRAS AL SABIO

Tal como ha leído en repetidas ocasiones, es muy importante que sea usted su propio defensor cuando se trate de su plan de salud. Primero, lea su póliza y después pregunte a su departamento de personal, al IDF, y a cualquier otra fuente que pueda encontrar muchas preguntas. Trate de mantener información actualizada concerniente a nuevas reglas que afecten su póliza. Revise sus cuentas médicas para ver si existen errores. (¡Los errores en las cuentas son más frecuentes de lo que imagina!). Guarde información importante tal como su número de póliza, su número de identificación, el teléfono y dirección de la compañía de seguros, y el teléfono y dirección del médico en un solo lugar al cual pueda referirse cada vez que se comunique con su compañía de seguros. Si existe la posibilidad de alcanzar su máximo en vida, por favor estudie las alternativas antes de que expire este máximo. Muchos empleadores ofrecen la posibilidad abierta de registro una vez al año y puede usted cambiar su cobertura a otro plan ofrecido por su empleador. Pregunte a su empleador si se ofrece este período y cuándo se ofrece. Si tiene usted dificultades para obtener sus beneficios a través de su empleador, considere la cobertura por medio de asociaciones, escuelas, grupos profesionales, o cámaras de comercio locales. Usted puede cumplir con los requisitos para beneficios individuales o de grupo. Registre cada vez que contacte a su aseguradora. Obtenga el nombre completo y el puesto de cada persona con la que

hable. Esta información será importante en caso de que experimente dificultades con su cobertura y que necesite documentar su situación por escrito. Si su problema se vuelve más complicado, no sienta pánico. Usted puede apelar con el director médico de la compañía de seguros y puede ser necesario que trabaje con el proveedor para proporcionar una justificación adicional de su queja. Comúnmente, en el caso de inmunodeficiencias primarias, las aseguradoras deben estar instruidas acerca de cuál es la afección y cuáles son las formas aprobadas de tratamiento. La mayoría de los productores de inmunoglobulina intramuscular (IVIG) ofrecen servicios de soporte reembolsables para sus productos y deben ser una excelente fuente de información. El IDF puede referirlo a estas fuentes. Puede llegar un momento en el que la compañía de seguros termine su póliza, Si lo hiciera por cualquier razón distinta a la bancarota, la ley federal les requiere a encontrarle a usted otra cobertura. La aplicación de esta ley le corresponde al Comisionado de Seguros del Estado (State Insurance Commissioner). Usted debe contactarlos especialmente si siente que la cancelación se debe a una condición preexistente. La cancelación arbitraria es ilegal.

CONCLUSIÓN

Usted puede pasar una gran parte de cada día trabajando en aspectos de cobertura y reembolso para usted y su familia. Algunos son tan afortunados que nunca experimentan problemas. Otros se encuentran atrapados en una búsqueda interminable de coberturas o reembolso adecuados. Aunque no asumimos haberle dado todas las respuestas a sus preguntas en esta sección, esperamos que hayan encontrado algunos pedazos de información. Nunca dude en buscar ayuda en los recursos. No existe tal cosa como una pregunta estúpida cuando se trata de su bienestar o el de su familia.

GLOSARIO DE TÉRMINOS DE SEGUROS

ACTO DE PORTABILIDAD Y CONTABILIDAD DE SEGUROS DE SALUD de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act [HIPAA]): Garantiza la disponibilidad de cobertura de seguros médicos individuales sin limitaciones preexistentes a ciertos individuos que han perdido la cobertura de grupo.

ADMINISTRACIÓN PARA EL FINANCIAMIENTO DEL CUIDADO DE LA SALUD (HEALTH CARE FINANCING ADMINISTRATION): Una agencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) del gobierno federal que administra el programa Medicare.

ASEGURADO/ PORTADOR DE LA PÓLIZA: La persona para la que se registra la póliza de seguro.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS. Autorización por escrito del paciente/asegurado para pagar directamente al proveedor de los servicios (hospital, médico, compañía de cuidados en casa, etc.).

BASADO EN CARGOS. Reembolso basado en honorarios cobrados por servicios médicos.

BASADO EN COSTOS: Metodología de reembolso que se usa típicamente para pagar a las instituciones en base a auditorías contables de costos. Se examinan los libros del proveedor en un esfuerzo para evitar pagar ganancias y partidas no autorizadas.

BENEFICIARIO: La persona con derecho a los beneficios de seguro de acuerdo al plan de seguros; un paciente. “CAP” El máximo período de tiempo o cantidad en dólares en el que un plan seguirá pagando beneficios; también llamado “máximo contratado”.

BENEFICIOS BÁSICOS: Se refieren a la parte de la póliza de seguro que generalmente proporciona cobertura para pacientes internados, habitación y comidas, cirugía, terapia y medicamentos, servicios médicos, etc.

CLÁUSULA DE CONDICIONES PREEXISTENTES: Cualquier condición médica, obstétrica o psiquiátrica que el paciente tenía en el momento en que el plan se hizo efectivo. Si su plan contiene esta cláusula existe entonces por lo general un período definido de tiempo de espera más allá de la fecha de efectividad del plan antes de que el plan pague tratamientos por la afección médica preexistente.

COBERTURA: Los productos y servicios por los que está dispuesto a pagar su plan de salud.

COBERTURA PRIMARIA: El plan de seguros al que se requiere pagar beneficios primero basado en las regulaciones de seguro estatales y federales.

COBERTURA SECUNDARIA: Un plan de seguros al que se requiere pagar beneficios después de que el plan primario ha pagado o rechazado pagar por gastos médicos.

CODIFICACIÓN: Se utilizan varios sistemas de codificación para describir a los pacientes y los servicios que reciben en el sistema de cuidado de la salud.

CO-PAGOS: Un porcentaje de los costos médicos que el paciente debe pagar, usualmente hasta cierto límite.

DEDUCIBLE: Una cantidad fija de la que el paciente es responsable automáticamente de pagar antes de que el plan de seguros comience a pagar beneficios.

ELEGIBILIDAD: Método de examen utilizado por la compañía de seguros o programa gubernamental para determinar si un paciente califica para los beneficios.

EXCLUSIONES: Enfermedades, daños, aparatos, procedimientos, o condiciones por las que la póliza no pagará.

EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS MÉDICOS: Este formulario se les envía a los pacientes para reportarles acerca del estado de su reclamación. Esta reseña los servicios por los que se recibió la cuenta, describe si el servicio es cubierto o no e indica el reembolso que se efectuará por el servicio o producto.

FECHA EFECTIVA: La fecha en la que comienza la cobertura para el asegurado.

FORMA DE RECLAMACION: Las solicitudes de pago se presentan a las aseguradoras a través de formas de reclamación. Las formas de reclamación incluyen espacios para escribir el nombre y dirección del paciente, el diagnóstico, documentación médica y tipos de servicios recibidos.

GASTOS DE LA BOLSA: Aquellos gastos médicos que debe pagar el asegurado por no estar cubiertos por el contrato de grupo.

GASTOS LIMITADOS DE LA BOLSA (Stoploss/ out of pocket expense): La cantidad máxima de dinero que un individuo asegurado deberá pagar (como deducible o co-pagos) antes de que el plan pague los beneficios al 100%.

MEDICAID: Un programa patrocinado federal y estatalmente para las personas de bajos recursos. El criterio de elegibilidad variará dependiendo del estado pero se encuentra generalmente relacionado al ingreso y los activos.

MEDICARE: Un programa de seguros patrocinado federalmente para personas a partir de los 65 años, individuos con enfermedad renal en fase terminal, o aquellos que califican para la incapacidad del Seguro Social.

MÉDICO DE CUIDADO PRINCIPAL (PCP) o MÉDICO DE CABECERA: El médico de la red designado por un empleado (y cada uno de sus dependientes) para servir como la entrada del empleado al sistema de cuidado de la salud. El PCP por lo general es reembolsado a través de un mecanismo distinto (tal como la capitación) al de los otros proveedores de la red. A este médico se le llama comúnmente “portero”.

MÉDICOS MAYORES: Se refiere a la parte de la póliza de seguro que proporciona usualmente cobertura por servicios a pacientes externos: visitas al consultorio médico, servicios de farmacia externos, terapia en casa, etc.

NECESIDAD MÉDICA: Para ser financiado por una aseguradora, un servicio debe considerarse una necesidad médica.

ORGANIZACIÓN DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD (HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATION [HMO]): Un plan de salud pre-pagado que provee beneficios comprensibles utilizando a ciertos profesionales del cuidado de la salud, en ocasiones en localidades específicas, generalmente dentro de ciertas áreas geográficas.

ORGANIZACIONES PROVEEDORAS PREFERIDAS (PPO): Un grupo de proveedores del cuidado de la salud (médicos, hospitales, y otros proveedores) localizados dentro de un área geográfica específica que han contratado con una entidad (grupo médico u hospital, por ejemplo) para proporcionar servicios de salud.

PRIMA: El pago que debe realizar un suscriptor para mantener los beneficios médicos.

PORTADOR: Asegurador privado que contrata de manera regional con el programa Medicare para procesar y pagar por reclamaciones. Es también el término con el que se describe generalmente a un asegurador.

PROTECCIÓN DE TARIFA: Muchos aseguradores establecen un precio tope, también llamado protección de tarifa, en el total que pagarán por un servicio o producto.

PROVEEDOR: Se requiere a cualquier parte que proporciona servicios del cuidado de la salud. Por ejemplo, se puede utilizar para describir médicos, hospitales o suministradores.

REEMBOLSO: La cantidad que paga el plan por un producto o servicio particular. Su plan puede reembolsar la cantidad total cobrada por su médico, farmacia, u hospital; o puede reembolsar un porcentaje o cantidad fija.

REGISTRO: Período en el que una persona puede obtener cobertura de seguro o cambiar de aseguradora sin pena por condiciones preexistentes. Esta oportunidad puede estar disponible de parte de algunos empleadores de forma anual.

REVISIÓN DE UTILIZACIÓN: El proceso de evaluar la propiedad, necesidad y calidad de cuidados médicos para propósitos de cobertura de seguros.

SALDAR CUENTAS: Si un proveedor decide no aceptar la asignación, el proveedor puede hacer que el paciente “salde la cuenta” por la porción de los cargos que no reconoce Medicare.

SEGURO INDIVIDUAL: Pólizas que proporcionan protección al portador de la póliza y/o a su familia. Algunas veces son llamados seguros personales para distinguirlos de los seguros de grupo.

SEGURO MÉDICO DE GRUPO: Un arreglo para asegurar a una cantidad de personas bajo una sola póliza de seguro maestra.

SUMA ASEGURADA: La cantidad máxima por la que el seguro pagará gastos médicos. Esta cantidad puede especificarse como la cantidad máxima por cada enfermedad o condición. O puede presentarse como los costos totales pagados por una parte de la póliza; ej. Gastos por paciente interno comparado con Gastos por paciente externo.

TARIFA POR SERVICIO: Un cargo predeterminado por un servicio médico dado.

REFERENCIAS: Guía de los Seguros Médicos. La Asociación de Seguros Médicos de América (The Health Insurance Association of America) Washington, D.C. 1997. Escoger y Utilizar un Plan de Salud. Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (U.S. Department Health and Human Services) y la Asociación de Seguros Médicos de América (The Health Insurance Association of America). Publicación AHCPR No. 97-0011, Marzo de 1997.