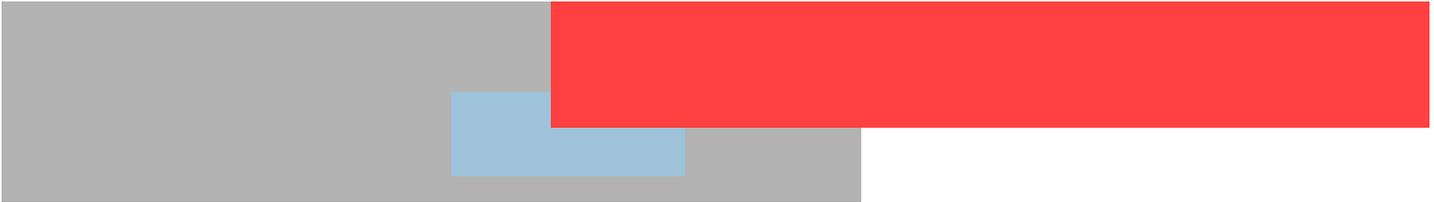


Seguro de Salud Guía para los Consumidores de Virginia



**Preparada por la Oficina de Seguros
(Bureau of Insurance)
Comisión Corporativa Estatal
(State Corporation Commission)
Estado de Virginia**





Esta Guía para Consumidores debe emplearse únicamente para fines educativos. No tiene intención de servir de asesoramiento, ni legal ni de otra índole, de la Comisión Corporativa Estatal sobre la disponibilidad de cobertura bajo ningún contrato o póliza en particular, ni deberá interpretarse como endoso de ningún producto, servicio, persona u organización mencionados en la presente.

Esta guía provee información general sobre planes de seguro médico tradicionales y planes de seguro médico con cuidado administrado. La guía no aborda el Seguro Suplemental de Medicare (Medigap) ni el Seguro de Cuidado a Largo Plazo (Long-Term Care Insurance), ya que la Oficina de Seguros de la Comisión Corporativa Estatal tiene disponibles guías y otra información específicas sobre estos tipos de cobertura. Si le interesa obtener información relacionada con el Seguro Suplemental de Medicare y/o el Seguro de cuidado a Largo Plazo, comuníquese con la Oficina de Seguros y nos complacerá proporcionarle esa información.

La Oficina de Seguros también tiene disponibles muchas otras guías y publicaciones sobre una variedad de temas relacionados con los seguros. Puede llamar a la Oficina de Seguros, o bien consultar su sitio Web para obtener información adicional sobre otras publicaciones disponibles, (consulte la sección “Información importante – Cómo comunicarse con nosotros” para ver los números telefónicos y las direcciones Web correspondientes).

Edición de enero de 2011

Estado de Virginia
Comisión Corporativa Estatal
Oficina de Seguros
Post Office Box 1157
Richmond, Virginia 23218

Sitio Web - www.scc.virginia.gov/boi

Correo electrónico - BureauofInsurance@scc.virginia.gov

Jacqueline K. Cunningham

Comisionada
de
Seguros

**Comisión Corporativa Estatal
(State Corporation Commission)
Oficina de Seguros
(Bureau of Insurance)**

PO Box 1157
Richmond, Virginia 23218
Teléfono: (804) 371-9741
TDD/Voz: (804) 371-9206
www.scc.virginia.gov/boi

Un mensaje de la Comisionada



La función de la Oficina de Seguros de la Comisión Corporativa Estatal es prestar servicio a la población de Virginia en todo aspecto relacionado con los seguros. Uno de nuestros enfoques principales es la protección y concienciación de los consumidores. Nos esmeramos por hacer todo esfuerzo posible para proveer la información que usted necesita para tomar decisiones bien fundamentadas al comprar seguros, de manera que puedan protegerse sus intereses.

Elaboramos esta guía para consumidores con el propósito de brindarle información básica sobre los planes de seguro médico y de seguro médico con cuidado administrado. Al igual que nuestras guías relacionadas con los seguros de automóvil, vivienda y vida, esta guía le ofrece información para familiarizarlo con los tipos de planes de seguro médico y de seguro médico con cuidado administrado disponibles, y cómo esas pólizas y planes podrían ajustarse a sus necesidades y circunstancias individuales. Use esta guía para ayudarle a entender cómo puede usar el seguro médico para responder a sus necesidades y las de su familia. Al tomar decisiones inteligentes, un consumidor educado se convierte en un consumidor protegido.

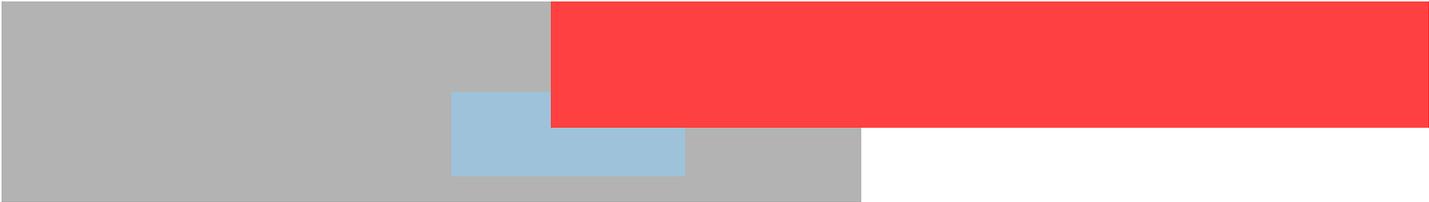
Si sus inquietudes o problemas están fuera del alcance de esta guía, mi oficina le proveerá ayuda en mayor detalle. Para comunicarse con la sección indicada dentro de la Oficina de Seguros, consulte la próxima página de esta guía.

Estamos a su disposición para ayudarle con sus inquietudes o problemas relacionados con su seguro médico, su plan de seguro médico con cuidado administrado o cualquier otro tipo de seguro. No dude en informarnos si podemos servirle de alguna manera.

Jacqueline K. Cunningham

A handwritten signature in black ink that reads "Jacqueline K. Cunningham". The signature is written in a cursive style and is contained within a white rectangular box.

Comisionada de Seguros



INFORMACIÓN IMPORTANTE

(CÓMO COMUNICARSE CON NOSOTROS)

COMISIÓN CORPORATIVA ESTATAL
OFICINA DE SEGUROS

Entregas físicas/Visitas:

División de Seguros de Vida y Salud
1300 E. Main Street
Richmond, VA 23219

Dirección postal:

División de Seguros de Vida y Salud
P. O. Box 1157
Richmond, VA 23218
Fax: 804-371-9944

**SEGURO DE SALUD
SECCIÓN DE SERVICIOS AL CONSUMIDOR**
(Línea gratuita en VA) 1-800-552-7945
(Línea gratuita nacional) 1-877-310-6560
(En Richmond) 371-9691

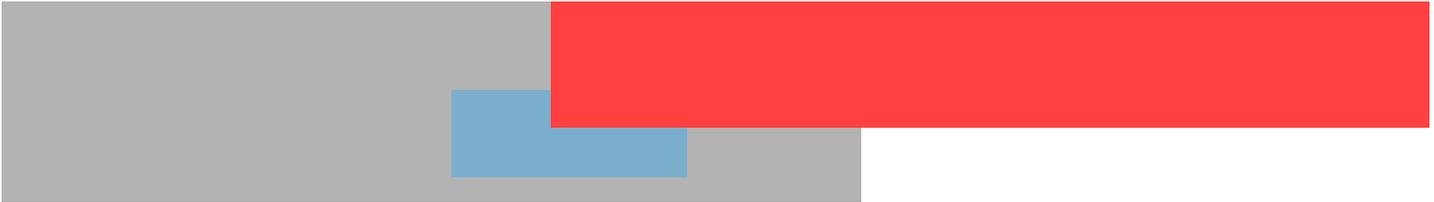
SÓLO PARA USUARIOS DEL SISEMA TDD
Dispositivo de telecomunicación para sordos
(804) 371-9206

OFICINA DEL DEFENSOR DE CUIDADO ADMINISTRADO
(Línea gratuita) 1-877-310-6560
(En Richmond) 371-9032

**APELACIONES EXTERNAS INDEPENDIENTES PARA PLANES DE SEGURO
MÉDICO CON CUIDADO ADMINISTRADO (MCHIPS, por sus siglas en inglés)**
(804) 371-9913

ALCANCE A SEGUROS
(Línea gratuita) 1-877-310-6560
(En Richmond) 371-9092

SITIO WEB
www.scc.virginia.gov/boi



Reforma Médica Federal

Ley de Protección de los Pacientes y Cuidado Asequible (PPACA, por sus siglas en inglés, Ley Pública 111-148)

La ley PPACA se promulgó como ley federal el 23 de marzo de 2010 cuando la aprobó el Presidente. Algunas de las disposiciones de esta ley federal entraron en vigor inmediatamente, pero la mayoría de ellas se impondrá con el transcurso del tiempo. Una gran parte de las disposiciones de la ley relacionadas con las reformas de seguros entrará en vigor a medida que los planes de seguro salud colectivo y los proveedores de seguro salud emitan pólizas nuevas o renueven las pólizas existentes a partir del 23 de septiembre de 2010 (al cabo de 6 meses de la fecha de entrada en vigor de la ley).

Algunas de las disposiciones de la ley federal aplicarán a todos los planes y pólizas de seguro salud. Otras disposiciones no aplicarán a pólizas y planes emitidos o renovados a partir del 23 de septiembre de 2010, si dichos planes o pólizas se consideran planes o pólizas con derechos adquiridos por antigüedad. Los planes con derechos adquiridos por antigüedad son planes o pólizas que estaban vigentes el 23 de marzo de 2010. No obstante, ciertos cambios efectuados a dichos planes o pólizas existentes pueden ocasionar que pierdan su clasificación de derechos adquiridos por antigüedad. Si usted tiene cobertura bajo un plan con derechos adquiridos por antigüedad, deberá recibir un aviso que indique tal clasificación con sus documentos de cobertura al momento de renovar la misma. Lo animamos a comunicarse con la Oficina de Seguros si tiene alguna pregunta relacionada con estas nuevas leyes federales y las posibles implicaciones de las nuevas leyes de acuerdo a su situación.

Algunas protecciones de PPACA ya existen en la ley de Virginia. Virginia revisa sus leyes para mantener la jurisdicción reguladora. La mayoría de las leyes de Virginia entra en vigor en el 1 de julio de 2011.

Sírvase observar que ciertos tipos de seguros que proveen cobertura únicamente para ciertas afecciones médicas no están sujetos a los requisitos de las nuevas leyes federales de reforma médica.

▶ **Tipos de cobertura que están en PPACA:**

- ❑ Seguro médico básico (hospitalario/quirúrgico), cuidados administrados (HMOs, PPOs, POS), y planes para gastos médicos mayores están sujetos a las nuevas leyes federales de reforma médica. **Deben cumplir** con las provisiones en las leyes federales de reforma médica. Algunas provisiones de las leyes federales de reforma médica no aplican a planes o pólizas que son una cláusula de derechos adquiridos (“grandfathered”) o habían permitidos unas renuncias por el Departamento de salud y Servicios humanos.

▶ **Tipos de cobertura que no están en PPACA:**

- ❑ Las pólizas de indemnización por confinamiento en el hospital, las pólizas de seguro de ingresos por discapacidad, las pólizas de seguro por enfermedades específicas, las pólizas de seguro médico a corto plazo o temporales, las pólizas dental y visión que son solas, y las pólizas de seguro médico con beneficios limitados **no** necesitan cumplir con las nuevas reformas médicas federales.

Las Reformas nuevas de seguros en PPACA

- Las compañías de seguro no pueden denegar cobertura por niños más joven que 19 años porque condiciones preexistentes, excepto cuando su póliza individual tiene derechos adquiridos por antigüedad. * **
- Las compañías de seguro no pueden quitar su cobertura porque una falta que es sin querer en su solicitud.
- Las compañías de seguro deben cumplir con los requisitos federales nuevos sobre su elección de un médico y su acceso to cuidado emergencia. Estos requisitos no aplique a su plan o póliza si tenga derechos adquiridos por antigüedad. *
- Las compañías no pueden poner un límite monetarios vitalicios en los beneficios esenciales, y deben eliminar gradualmente los límites anuales. Por los planes y las pólizas que comienzan antes de 1 de enero de 2014, un plan de seguro salud establezca un límite anual por cada persona por la cantidad de monetario nesecaria por los beneficios esenciales, si la cantidad del límite es menor que: * ***
 1. \$750,000, por un año de un plan o una póliza que



comienzo después del 22 de septiembre de 2010, pero antes del 23 de septiembre de 2011.

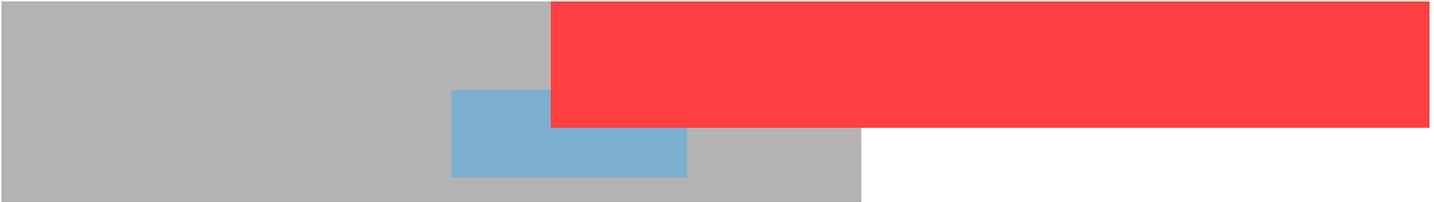
2. \$1.25 millón, por un año de un plan o una póliza que comienzo después del 22 de septiembre de 2010, pero antes del 23 de septiembre de 2012.
3. \$2 millón, por un año de un plan o una póliza que comienzo después del 22 de septiembre de 2010, pero antes del 1 de enero de 2014.

Si su póliza individual tiene derechos adquiridos antigüedad, estos requisitos no aplican.

- Consumidores pueden añadir o mantener sus hijos en su plan de salud o pólizas de salud hasta su hijo tenga 26 años.
- Las compañías de seguro debe ofrecer servicios preventativos al consumidor sin costos compartidos. Este beneficio no sea disponible si tiene un plan con derechos adquiridos antigüedad. *
- Las compañías de seguro son limitadas en importe de las primas que ellos pueden gastar en costos administrativos, marketing, o otros costos que no tiene relacionados con cuidado de salud.
- Usted está ofrecido derechos federales específicos para apelar a la entidad independiente en algunos circunstancias cuando su compañía de seguro o su plan de seguro salud denega pago por un servicio o tratamiento. * (En Virginia, aunque su cobertura tiene derechos adquiridos antigüedad, si el plan es totalmente financiado, las reglas nuevas aplicarán a denegaciones hecho en o después de 1 de julio de 2011.)

* Estas reglas no apliquen a los planes de seguro salud o pólizas que existen antes de 23 de marzo de 2010, porque sus derechos adquiridos antigüedad o son exentos, de algunas provisiones de PPACA. Su pólizas de seguro salud debe revelar si su cobertura tiene los derechos adquiridos antigüedad ("grandfathered plans").

** El asegurador, que ofrece cobertura de seguro salud individual que solamente cubre individuals que tiene menos que 19 años, ofrezca esta cobertura durante el año o durante un periodo de inscripción abierto en enero y julio de cada año. Durante estos periodos, el asegurador no podría denegar o retrasar la inscripción de la póliza al individual tiene menos de 19 años porque una condición preexistente.



*** Algunos planes de beneficios saludes o pólizas había recibido una renuncia de las reglas sobre límites monetarios restringidos anuales, si están cumpliendo con el límite significa una reducción en su cobertura de beneficios o gran aumento en sus premias. Los planes que son concedidos con estas renunciaciones son listados en:

<http://www.hhs.gov/ociio/regulations/patient/appapps.html>.

Tome en cuenta los siguientes cambios a la Guía sobre Seguros Médicos para Consumidores de Virginia, denominada en lo sucesivo la Guía, que han sido resultado de la nueva reforma médica federal:

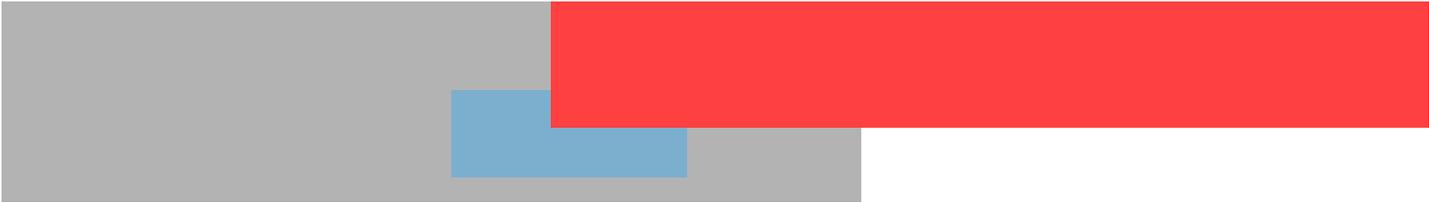
▶ Servicios de cuidado preventivo

Las páginas 1-2 y 4-8 de la Guía mencionan la cobertura proporcionada por los servicios médicos y las facturas relacionadas con dichos servicios. Tenga presente que los planes de salud y pólizas de vigencia reciente, o los planes/pólizas sin derechos adquiridos por antigüedad renovados a partir del 23 de septiembre de 2010, deben proveer cobertura de servicios preventivos, según las directrices del gobierno federal, sin compartir los costos.

▶ Límites monetarios vitalicios y anuales

Las páginas 1-2 y 4-8 de la Guía plantean la cobertura proporcionada por los servicios médicos y las facturas relacionadas con dichos servicios. En el caso de todos los planes de salud y pólizas emitidos o renovados a partir del 23 de septiembre de 2010, no se pueden imponer límites monetarios vitalicios a la cobertura de beneficios médicos esenciales, según los define el gobierno federal.

En el caso de planes emitidos o renovados a partir del 23 de septiembre de 2010, el límite monetario anual por beneficios médicos esenciales en planes sin derechos adquiridos por antigüedad no puede ser menos de \$750,000. En el caso de años del plan que comiencen el 23 de septiembre de 2011, el límite monetario anual por beneficios médicos esenciales en planes sin derechos adquiridos por antigüedad no puede ser menos de \$1.25 millones, y en el caso de años del plan que comiencen del 23 de septiembre de 2012 al 31 de diciembre de 2013, dicho límite no podrá ser menos de \$2 millones. A partir de esa fecha, se planifica ofrecer la cobertura de salud a través de “Bolsas”, a las cuales se les requerirá proveer cobertura de beneficios de salud esenciales sin límites monetarios anuales. Los planes comerciales individuales con derechos adquiridos por antigüedad no están sujetos a la restricción de límite monetario anual.



► Protecciones para los pacientes

Cobertura por servicios de emergencia – Las páginas 3 y 14 de la Guía explican que los planes PPO (organizaciones de proveedores preferidos) y POS (punto de servicio) proveen menos cobertura de los gastos por servicios médicos proporcionados fuera de la red que de los gastos en que se incurra dentro de la red. Bajo la nueva ley federal de reforma médica, este sigue siendo el caso. No obstante, en casos de emergencia médica, los servicios cubiertos que usted pudiera obtener fuera de la red estarían sujetos a costos compartidos que no superarían lo que usted pagaría dentro de la red en todos los planes nuevos o sin derechos adquiridos por antigüedad que se renueven a partir del 23 de septiembre de 2010. Este requisito aplica a sus montos de copago, coseguro y deducible. Sin embargo, debe tener presente que aún bajo la nueva ley federal de reforma médica es posible que se le requiera pagar cualesquiera cargos de un proveedor que excedan del monto permitido específico para el servicio.

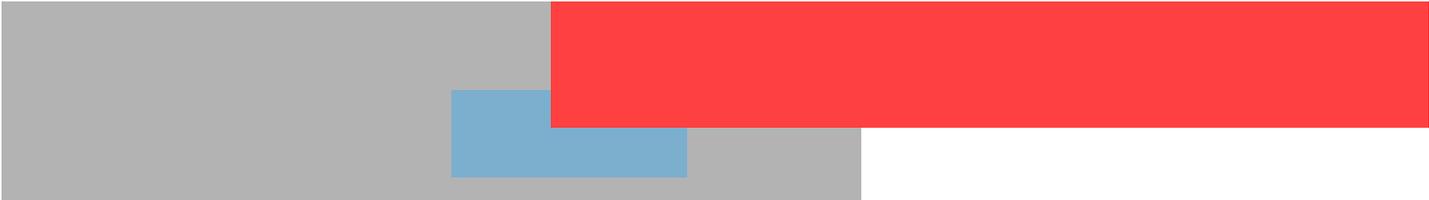
La página 10 describe la manera mediante la cual las compañías determinan los cargos permisibles, así como los cargos usuales, acostumbrados y razonables (UCR, por sus siglas en inglés).

En el caso de los planes y pólizas sujetos a la nueva ley federal, según se describió en el párrafo anterior, el cargo permisible por servicios de emergencia se determina tomando el monto que sea mayor entre: (1) el monto o la media de los montos negociados con los proveedores participantes por el servicio de emergencia; (2) la tarifa de UCR del plan u otro cálculo de tarifa que el plan utilice comúnmente para el servicio de emergencia, excluidos el copago o coseguro dentro de la red; o (3) las tarifas de Medicare para el servicio de emergencia, excluido el copago o coseguro dentro de la red.

Proveedores de cuidado primario - Las páginas 2, 4, 31, 34 y 37 de la Guía explican el concepto de médicos de cuidado primario. La nueva ley federal de reforma médica requerirá que todos los planes nuevos o sin derechos adquiridos por antigüedad que se renueven a partir del 23 de septiembre de 2010 permitan que un obstetra o ginecólogo participante sea el proveedor de cuidado primario para el cuidado obstétrico o ginecológico.

► Exclusiones de condiciones preexistentes

Las páginas 10, 18, 26, 29 y 36 de la Guía plantean la posibilidad de que se denieguen los beneficios debido a una condición preexistente. Las nuevas leyes federales de reforma médica requieren que, a partir del 23 de septiembre de 2010, todo plan nuevo o renovado no imponga ninguna



limitación por condiciones preexistentes de una persona menor de 19 años de edad. Los planes comerciales individuales con derechos adquiridos por antigüedad podrán continuar aplicando a dichas personas los límites o exclusiones por condiciones preexistentes.

La página 18 de la Guía explica los límites impuestos al uso de exclusiones por condiciones preexistentes de conformidad con la ley HIPAA y las leyes de Virginia. Según se describió anteriormente, las nuevas leyes federales de reforma médica imponen límites adicionales sobre dichas exclusiones.

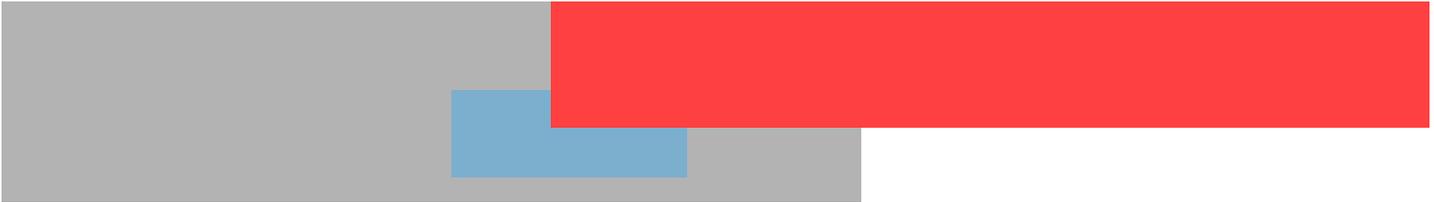
► Procesos de apelación

Proceso interno de apelación – La página 19 de la Guía indica que su explicación de beneficios deberá incluir el motivo de la denegación, si en efecto se le deniega una reclamación. Comienzo en 1 de julio de 2011, las compañías de seguro salud debe proveer un proceso de apelación por todas determinaciones que denegar un pago de sus reclamaciones. También, deben proveer un proceso de apelación por todas determinaciones de elegibilidad inicial o rescisión de cobertura.

Proceso externo de apelación – Las páginas 23 y 24 de la Guía explican el proceso independiente externo de apelación administrado por la Oficina de Seguros por denegaciones finales hecho de su MCHIP antes de 1 de julio de 2011. Las denagaciones finales hecho de su compañía de seguro después esta fecha debe cumplir con un proceso nuevo que sea disponible a usted. Su compañía de seguro salud, o en algunos casos, su plan autofinanciado de ERISA debe informarse de algún proceso de revisión externa independiente que es disponible a usted. Todas peticiones por una revisión externa independiente debe estar archivada con la Oficina de Seguros dentro de 120 días después de recibe la noticia del derecho de pedir una revisión externa. La Oficina de Seguros seleccionará al azar una organización de revisiones independientes (Independent Review Organizations, IRO) para hacer la revisión. La determinación del IRO es vinculante a la compañía de seguro salud, al plan autofinanciado de ERISA, y al usted. Pero, usted tiene otros remedios que son disponibles en la ley estado y la ley federal.

► Portal Web

La página 26 de la Guía provee información para las personas que buscan obtener seguro médico. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. ha creado un nuevo portal Web para ayudar a las personas a obtener seguro médico. Se puede acceder al mismo a través de



<http://www.healthcare.gov>, o a través del sitio Web de la Oficina de Seguros en <http://www.scc.virginia.gov/boi>. Haga clic en la casilla “Federal Health Care Reform” (Reforma Médica Federal) y luego clic en el enlace “U.S. Department of Health and Human Services website on Federal Health Care Reform” (Sitio Web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. sobre la Reforma Médica Federal).

► Programa de Fondo Común de Alto Riesgo Temporal

La página 26 de la Guía indica que en Virginia no existe un fondo común de riesgo. Las nuevas leyes federales de reforma médica han creado un fondo común de alto riesgo temporal en Virginia, el cual es operado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. Hay información adicional sobre este programa en el enlace mencionado en el párrafo anterior, disponible en nuestro sitio Web, o en <http://www.pcip.gov>.

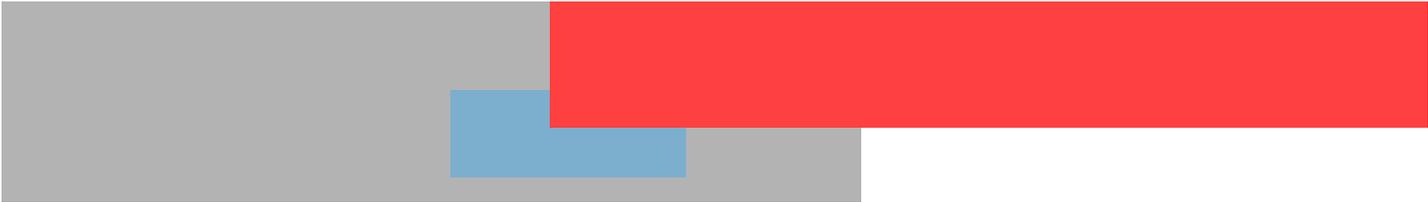
► Rescisiones

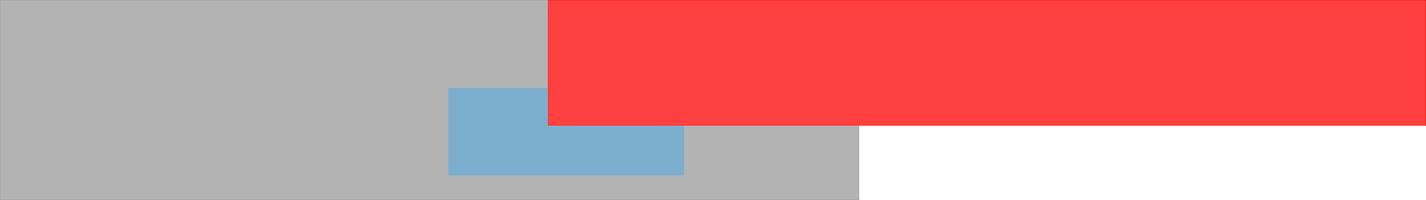
La página 28 de la Guía plantea situaciones en la cuales se podría rescindir su póliza de seguro. En el caso de planes y años de póliza que comiencen o se renueven a partir del 23 de septiembre de 2010, los aseguradores podrán rescindir la cobertura únicamente en casos de fraude o falsificación intencional de un hecho material, según se estipula en sus documentos de cobertura.

Aviso importante: La Oficina de Seguros preparó esta información para ayudar a los consumidores de Virginia a entender la nueva legislación federal de reforma médica y la forma en que ésta podría afectarles. No obstante, esta información no tiene la intención de servir de asesoramiento, ni legal ni de otra índole, sobre la nueva legislación federal de reforma médica, ni deberá interpretarse como la opinión de la Oficina de Seguros o de la Comisión Corporativa de Virginia sobre la nueva legislación federal de reforma médica o cualquiera de sus disposiciones.

Tenga en cuenta las siguientes revisiones que se han hecho a la guía adjunta:

► El nuevo sitio Web de la Oficina de Seguros de la Comisión Corporativa Estatal es: <http://www.scc.virginia.gov/boi>. Puede consultar este sitio Web para obtener información de contacto adicional actualizada.

- 
- ▶ El nuevo correo electrónico de la Oficina de Seguros de la Comisión Corporativa Estatal es: BureauofInsurance@scc.virginia.gov
 - ▶ Las páginas 12 y 30 de la Guía indican que el Departamento del Trabajo de EE.UU. (U.S. Labor Department, DOL) es la dependencia del gobierno federal responsable de tramitar los asuntos relacionados con los planes autofinanciados. El DOL es responsable de tramitar los asuntos que implican planes autofinanciados no gubernamentales o no relacionados con instituciones religiosas. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (U.S. Department of Health and Human Services - HHS) puede ayudar a las personas cubiertas por planes autofinanciados gubernamentales o relacionados con instituciones religiosas.
 - ▶ Las páginas 14 y 26 de la Guía explican que puede acudir al sitio Web de la Oficina para obtener una lista de aseguradores autorizados y planes HMO con licencia de la Oficina de Seguros. Las instrucciones para encontrar esta información deben indicar: hacer clic en "Consumer" (Consumidor) y "Want Information About Regulated Companies?" (¿Desea información sobre compañías reguladas?)
 - ▶ La página 16 de la Guía hace referencia a un sitio Web diseñado para ayudarle a entender los derechos y responsabilidades relacionados con la cobertura de continuación COBRA para el sector público. El sitio Web ahora se encuentra en:
http://www.cms.gov/COBRAContinuationofCov/01_Overview.asp#TopOfPage
 - ▶ Las páginas 16 y 28-29 de la guía hacen referencia a las disposiciones de continuación y conversión de pólizas. En el caso de pólizas emitidas, emitidas para entrega, renovadas, reemitidas o extendidas el 1 de enero de 2010, o a partir de esa fecha, el período de continuación de 90 días ha aumentado a 12 meses. Con vigencia del 1 de enero de 2011, el Código Administrativo de Virginia exige que un plan HMO ofrezca la opción de continuar la cobertura a los titulares de sus contratos grupales.
 - ▶ La página 21 de la Guía indica que las querellas se pueden presentar electrónicamente. Eso ya no tiene vigencia, pero consulte nuevamente en el futuro ya que podría volver a implementarse.
 - ▶ La página 22 de la Guía indica que la Oficina del Defensor de Cuidado Administrado puede ayudar a las personas a entender y hacer valer sus derechos de apelación si la Oficina recibe un formulario de indagación o carta firmados por el consumidor que solicita la asistencia.



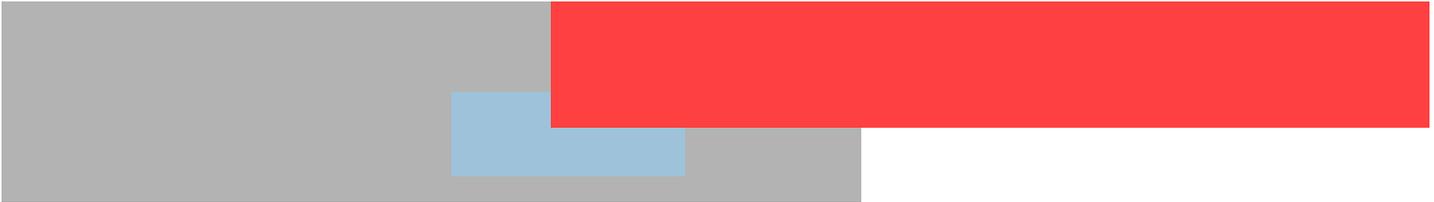
Para aclarar, la Oficina responderá a todas las cartas que reciba. No obstante, para poder ayudar formalmente a un consumidor en un proceso de apelación y establecer contacto con MCHIP, tenemos que recibir un Formulario de Querrela/Apelación sobre Seguros de Vida y Salud (Life & Health Complaint/Appeal Form) debidamente completado y firmado. Dicho formulario se puede obtener de la Oficina de cualquiera de las maneras indicadas en la Guía.

► La página 22 de la Guía indica que la Oficina del Defensor de Cuidado Administrado puede proveer información sobre los beneficios médicos exigidos por ley en Virginia. También podemos proveer información sobre los beneficios médicos requeridos de conformidad con las nuevas leyes federales de reforma médica.

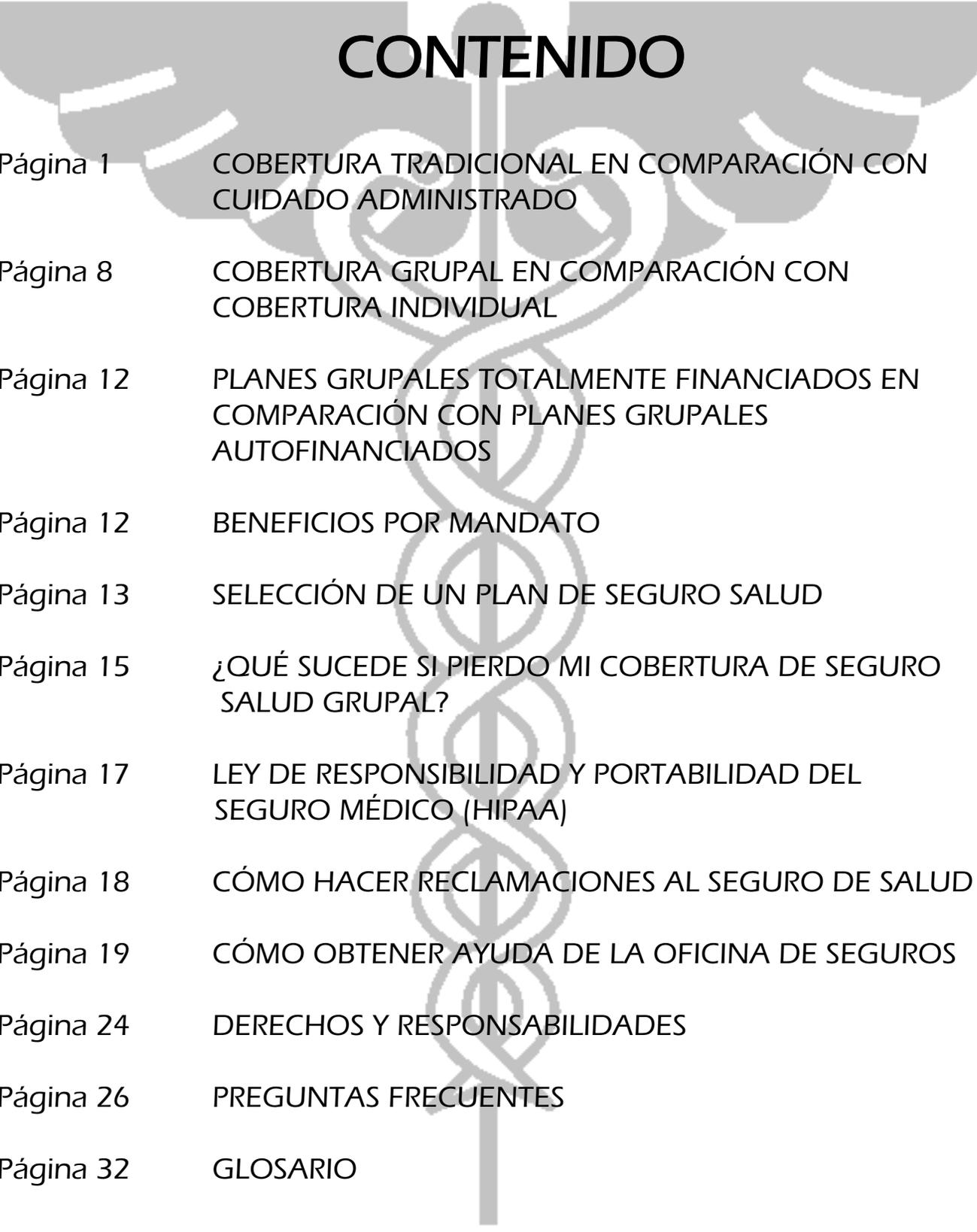
► La página 24 de la Guía muestra un número telefónico gratuito que ya no es válido para la oficina de Apelaciones Externas de la Oficina de Seguros. Para obtener respuestas a sus preguntas relacionadas con la presentación de una apelación externa sírvase comunicarse con la Oficina del Defensor de Cuidado Administrado al: (877) 310-6560.

► Las páginas 35 y 36 de la Guía definen los “Costos máximos no reembolsables” y los “Costos no reembolsables”. Tenga presente que estos costos toman en cuenta únicamente los gastos en que incurre el miembro por costos relacionados con los beneficios cubiertos. Un miembro podría tener costos no reembolsables significativos relacionados con beneficios no cubiertos, entre ellos los montos que exceden de los cargos permisibles.

► La página 36 de la Guía define el “Cuidado fuera de la red”. La preautorización del cuidado fuera de la red que no sea de emergencia es un requisito para los miembros de planes HMO. No obstante, muchos planes PPO y algunos planes POS permiten que se obtenga atención fuera de la red sin solicitar autorización previa. Los miembros de MCHIP deben tener presente que, además de mayores costos compartidos por cuidado fuera de la red, excepto en algunas situaciones de emergencia que se describen en este folleto, los miembros también serán responsables del pago de cargos facturados por el proveedor de atención médica que excedan de los cargos permitidos por el plan. Estos montos pueden ser bastante altos.



CONTENIDO



Página 1	COBERTURA TRADICIONAL EN COMPARACIÓN CON CUIDADO ADMINISTRADO
Página 8	COBERTURA GRUPAL EN COMPARACIÓN CON COBERTURA INDIVIDUAL
Página 12	PLANES GRUPALES TOTALMENTE FINANCIADOS EN COMPARACIÓN CON PLANES GRUPALES AUTOFINANCIADOS
Página 12	BENEFICIOS POR MANDATO
Página 13	SELECCIÓN DE UN PLAN DE SEGURO SALUD
Página 15	¿QUÉ SUCEDE SI PIERDO MI COBERTURA DE SEGURO SALUD GRUPAL?
Página 17	LEY DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO (HIPAA)
Página 18	CÓMO HACER RECLAMACIONES AL SEGURO DE SALUD
Página 19	CÓMO OBTENER AYUDA DE LA OFICINA DE SEGUROS
Página 24	DERECHOS Y RESPONSABILIDADES
Página 26	PREGUNTAS FRECUENTES
Página 32	GLOSARIO

Seguro de salud

El alza de los costos de atención médica ha hecho que el lesionarse o enfermarse sea un asunto costoso. Si no tiene un buen plan de seguro de salud para ayudarle a controlar sus gastos de atención médica, una enfermedad o lesión graves podrían ocasionar grandes dificultades financieras.

Los seguros de salud nos protegen de pérdidas financieras resultantes de accidentes o enfermedades. Esta guía describe los varios tipos de pólizas o planes disponibles en el mercado, ofrece consejos sobre cómo elegir la mejor póliza o plan para usted, provee definiciones de términos comunes relacionados con los seguros de salud y sugiere qué hacer si experimenta algún problema con su póliza o plan de salud.

Esta guía no reemplaza la información detallada que se encuentra en su póliza, certificado, Prueba de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) o folleto de beneficios. Asegúrese de tener una copia de su plan y de dedicar tiempo a familiarizarse con sus beneficios antes de presentar una reclamación.

Si tiene alguna duda después de leer esta guía, llame gratuitamente a la Sección de Servicios al Consumidor de la Oficina de Seguros al 1-800-552-7945 (en Richmond llame al 371-9691) de 8:15 AM a 5:00 PM, de lunes a viernes.

Cobertura tradicional en comparación con cuidado administrado

Al seleccionar o comprar cobertura de salud, es importante entender la diferencia entre los seguros de salud tradicionales y los planes de seguro de salud con cuidado administrado (denominados "cuidado administrado" o planes "MCHIP" en Virginia).

Por lo general, los planes de seguro tradicionales le permiten acudir al proveedor (médico, hospital, etc.) de su predilección, pero requieren que usted pague por los servicios y que presente (o que permita que su médico

o proveedor presente) las reclamaciones de reembolso. Los planes de seguro de salud con cuidado administrado emplean redes de médicos y otros proveedores selectos para brindar los servicios de atención. A cambio de emplear la red de proveedores, o bien “quedarse dentro de la red”, por lo general usted paga menos por su atención médica de lo que pagaría con un seguro médico tradicional.

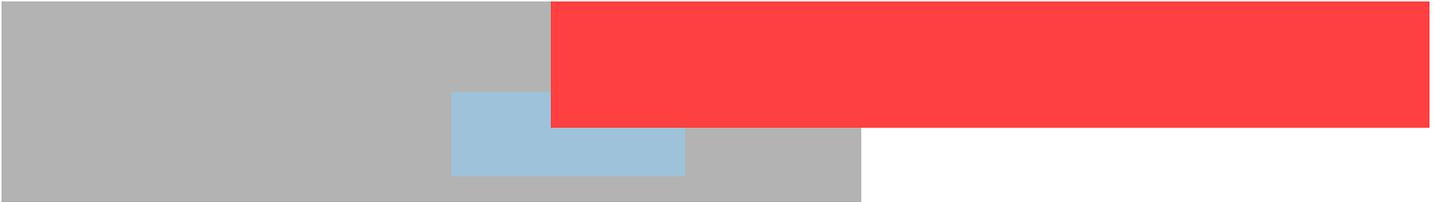
El seguro de salud tradicional y los planes de cuidado administrado proveen la protección por medio de muchos tipos de pólizas y planes, y a precios muy variados. Algunas pólizas o planes pagan la mayoría de sus facturas médicas o proveen la mayoría de los servicios médicos en caso de enfermedad o lesión. Otros cubren sólo ciertas enfermedades o lesiones. Algunos pagan un monto que se relaciona directamente con sus costos de atención médica. Otros pagan un monto fijo por cada día que usted permanezca hospitalizado, independientemente de cuáles sean sus facturas reales. Algunos planes restringen el cuidado a ciertos proveedores y requieren que un proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) administre todo el cuidado..



Tipos de planes de seguro de salud con cuidado administrado

Las organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) constituyen el tipo de plan de cuidado administrado más conocido. Los miembros de la HMO pagan un monto fijo en dólares, por lo general mensualmente, que les provee acceso a una amplia gama de servicios médicos. Los miembros pagan una cuota predeterminada o un copago por cada visita al hospital, consulta con el médico o visita a la sala de emergencia, así como por medicamentos con receta, en lugar de pagarle el total al proveedor y obtener un reembolso parcial más adelante. Por lo general, las HMO eliminan la necesidad de hacer reclamaciones.

Cuando se inscribe en una HMO; debe seleccionar a un médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) para que administre su cuidado médico. Con algunas excepciones, usted debe consultar primero a su PCP para sus necesidades de atención médica. De ser necesario, su



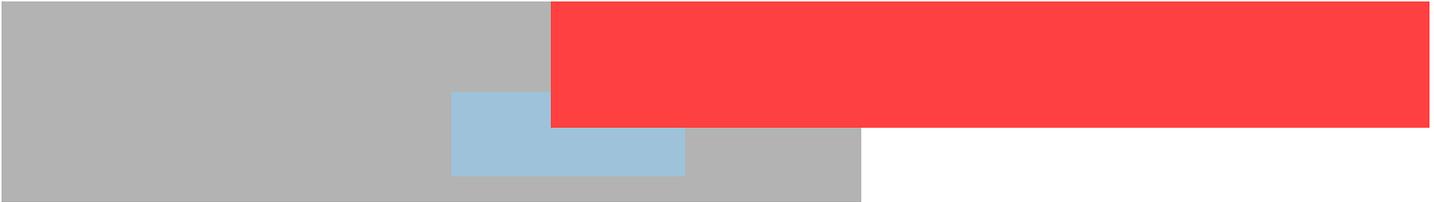
PCP lo referirá a un especialista aprobado por la HMO. Si no recibe la aprobación de su PCP antes de obtener atención médica, es posible que usted sea responsable del pago de dichos servicios.

A medida que los proveedores de seguros HMO continúan buscando maneras de controlar los costos mientras responden a las cambiantes necesidades de servicios y beneficios médicos de sus clientes, los diseños de planes HMO también siguen cambiando. Algunos de los diseños más recientes de los planes tal vez ofrezcan más servicios sin aprobación de un PCP y/o distintas formas de comparación de costos, entre ellas el requisito de que el miembro inscrito pague un deducible anual por ciertos servicios, en lugar de un pago por cada servicio específico.

Los planes de organizaciones de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) emitidos por una compañía de seguro son planes que proveen niveles más altos de reembolso si usted acude a un proveedor "preferido" o "participante" que ofrece servicios a los miembros del plan de salud por honorarios con descuento. Las personas aseguradas eligen quién proveerá sus servicios médicos, pero pagan menos gastos no reembolsables con un proveedor preferido (participante) que con un proveedor no preferido (no participante).

Los planes de punto de servicio (POS, por sus siglas en inglés) ofrecen a los miembros inscritos en planes HMO la opción de recibir servicios fuera de la red de la HMO. Dentro de la red, el plan funciona como una HMO. Los planes POS ofrecen gastos no reembolsables más bajos a los miembros inscritos mediante el uso de proveedores de servicio dentro de la red.

En un plan POS, los miembros asegurados deciden, en el punto de servicio, si recibirán atención de un proveedor médico dentro de la red del plan o si acudirán fuera de la red para recibir los servicios. Los planes POS ofrecen menos cobertura por los gastos médicos incurridos fuera de la red que por los gastos incurridos dentro de la red. Normalmente, las consultas fuera de la red requieren el pago de deducibles y coseguros.



¿Cuál es la diferencia entre un plan de cuidado administrado y un seguro de salud tradicional?

Hay varias diferencias importantes entre los planes de cuidado administrado y las pólizas de seguros de salud tradicionales.

Le conviene tomar en cuenta estas diferencias al decidir qué tipo de plan se ajusta mejor a sus necesidades.

Bajo los planes de cuidado administrado su opción de proveedores podría verse limitada a los de la red, o bien sus costos no reembolsables serán más bajos si obtiene los servicios de proveedores dentro de la red. Bajo una póliza de seguro de salud tradicional usted puede seleccionar a sus propios proveedores.

Bajo algunos planes de cuidado administrado, el proveedor recibe una tarifa previamente establecida, independientemente de la cantidad de servicios suministrados. Un proveedor puede recibir un monto fijo por cada paciente del plan, o bien puede recibir una tarifa negociada de antemano por cada servicio proporcionado. En los planes de seguro de salud tradicionales, el proveedor le factura cada vez que usted recibe cuidado o tratamiento.

Bajo un plan HMO, usted debe vivir, trabajar o residir dentro del área de servicio del plan para ser elegible para la cobertura. Bajo un plan de seguro de salud tradicional, usted goza de cobertura independientemente de dónde viva, trabaje o resida.

Normalmente, bajo los planes de cuidado administrado un PCP administra su atención médica y, con algunas excepciones, usted tiene que ser referido por su PCP para poder obtener los servicios de un especialista. En el caso de un plan de seguro de salud tradicional, usted no tiene un PCP y no necesita que lo refieran para ver a un especialista.

Tipos de pólizas tradicionales de seguro de salud

Seguro de salud básico (hospitalario/quirúrgico) De manera típica, estos beneficios incluyen habitación y comidas, además de otros servicios hospitalarios como radiografías y gastos de laboratorio, así como uso del quirófano.



Las pólizas hospitalarias/quirúrgicas tal vez provean cobertura desde el “primer dólar”. Eso significa que el titular de la póliza no tiene que pagar deducibles y, por lo tanto, no hay gastos no reembolsables iniciales. Aunque los gastos no reembolsables pueden ser bajos para el titular de la póliza en el caso de una hospitalización a corto plazo o cirugía de rutina, por lo general estas pólizas no cubren hospitalizaciones prolongadas y la atención médica costosa. Como resultado, a menos que usted disponga de otro seguro, podría incurrir en grandes gastos que son difíciles de sufragar.

Los **planes para gastos médicos mayores** proveen cobertura de servicios médicos dentro y fuera del hospital. Los planes para gastos médicos mayores también pueden cubrir los costos de transfusiones de sangre, medicamentos con receta y costos no hospitalarios, como consultas médicas.

Generalmente, las pólizas de gastos médicos mayores pagan un porcentaje de los gastos cubiertos y cargos permisibles después de que usted paga un deducible anual. Luego usted paga el porcentaje restante de los gastos cubiertos a modo de coseguro.

Muchas compañías ofrecen cobertura que combina planes básicos de gastos médicos mayores en la misma póliza. Dichas pólizas a menudo se denominan pólizas **completas**. Generalmente, las pólizas para gastos médicos mayores y las completas imponen límites máximos vitalicios en los beneficios que se pagarán bajo las mismas. Es importante asegurarse de que el monto vitalicio sea adecuado para cubrir las pérdidas en caso de una enfermedad o lesión catastróficas.

El **seguro de indemnización por confinamiento en el hospital** provee un beneficio de monto fijo predeterminado por cada día, semana o mes que un asegurado permanezca hospitalizado, hasta una cantidad designada específica de días.

Las pólizas de indemnización por confinamiento en el hospital están disponibles directamente de las compañías de seguro, por correo, o por medio de agentes de seguros. Como es el caso con cualquier otro producto que ofrece muchas opciones, en el caso de estas pólizas se debe prestar buena atención para que el plan responda a sus necesidades.

Algunas pólizas contienen limitaciones por condiciones preexistentes (sin embargo, las limitaciones por condiciones preexistentes pueden reducirse bajo ciertas circunstancias). Otras contienen un período de eliminación. Eso significa que los beneficios no se pagarán hasta que usted haya estado hospitalizado por una cantidad específica de días. Cuando solicite la póliza, es posible que le permitan elegir uno de dos o tres períodos de eliminación, con primas distintas para cada uno de ellos. Aunque usted puede controlar el costo de las primas al elegir períodos de eliminación más prolongados, debe tener presente que la mayoría de los pacientes permanecen hospitalizados por períodos breves.

Si decide comprar una póliza de indemnización por confinamiento en el hospital que pague montos fijos de dólares en beneficios, tome en cuenta realizar una revisión periódica y aumentar los beneficios diarios para mantener el paso con el aumento de los costos de atención médica.



Las pólizas de seguro de ingresos por discapacidad proveen ingresos durante un período específico si usted sufre una discapacidad y no puede continuar trabajando. La discapacidad puede implicar enfermedad, lesión o una combinación de ambas.

Los empleadores pueden ofrecer cobertura por discapacidad a corto plazo y/o a largo plazo. El Seguro Social también provee protección por discapacidad, pero únicamente para personas gravemente discapacitadas que no pueden trabajar. La mayoría de las pólizas de ingresos por discapacidad coordinan con los beneficios de compensación a trabajadores del Seguro Social para eliminar la duplicación de la cobertura.

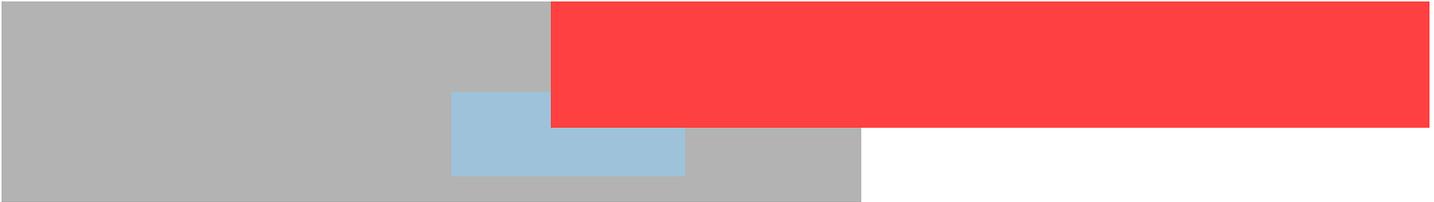
Al comprar una póliza de ingresos por discapacidad, le conviene informarse sobre cómo la compañía define lo que es una discapacidad y los requisitos que deben cumplirse. Una compañía de seguro que paga una reclamación por discapacidad podría requerir que el titular de la póliza provea un informe por escrito del médico. La frecuencia de este requisito depende de la póliza en particular.



Estudie su póliza de ingresos por discapacidad detenidamente.

- Usualmente, los beneficios constituyen un porcentaje de sus ingresos al momento de la compra, aunque es posible que haya disponible ajustes por aumentos del costo de la vida.
- Sepa cómo su póliza define la “discapacidad”. La elegibilidad para beneficios se basa en esa definición. ¿Se basa la elegibilidad en el supuesto que usted es incapaz de desempeñar los deberes sustanciales o principales de su ocupación regular? O, ¿se basa la elegibilidad en su incapacidad de participar en ninguna ocupación o empleo para el cual está calificado debido por educación, capacitación o experiencia? ¿O hay una definición doble?
- Revise el beneficio según se relaciona con la causa de su discapacidad. Le conviene estar asegurado si la discapacidad fue ocasionada por un accidente, enfermedad o lesión.
- Tenga presente que las pólizas de seguro de ingresos por discapacidad incluyen un período de eliminación (el período que debe esperar después de que se presenta la discapacidad y antes de que comiencen los pagos de los beneficios). Los pagos de beneficios pueden en efecto comenzar varios meses o más después de presentarse la discapacidad.
- Considere un seguro de ingresos por discapacidad que pague beneficios hasta por lo menos los 65 años de edad. Los beneficios de ingresos por discapacidad fueron diseñados para reemplazar los ingresos devengados. Una discapacidad prolongada puede poner en peligro la seguridad financiera.

Las **pólizas de seguro por enfermedades específicas** proveen beneficios para cubrir los gastos médicos relacionados con enfermedades específicas estipuladas en la póliza. Por ejemplo, las pólizas de cáncer pagan beneficios para cubrir los gastos incurridos en conexión con el tratamiento de cáncer. Usualmente los beneficios tienen montos limitados. Algunas pólizas pueden limitar la cobertura a la primera presentación de la enfermedad. Dichas pólizas a menudo pagan los beneficios disponibles bajo la póliza directamente al beneficiario, independientemente de que este reciba pagos por cuidado médico bajo otros planes.



Las pólizas de **seguro de salud a corto plazo** o **temporales** proveen cobertura que dura únicamente un período específico. Por ejemplo, usted puede comprar una póliza de un mes con cobertura de gastos médicos mayores durante un período de desempleo breve.

Pólizas de salud con beneficios limitados: En Virginia se establecieron estándares mínimos para garantizar que las pólizas individuales por accidente y enfermedad provean por lo menos un mínimo nivel de beneficios básicos necesarios para obtener atención médica. Una compañía puede vender una póliza individual por accidente y enfermedad que no cumple con esos niveles mínimos, siempre y cuando divulgue que los beneficios son limitados y describa en detalle cuáles son las limitaciones. Comuníquese con su agente sobre su póliza y los estándares mínimos.



Cobertura colectiva en comparación con cobertura individual

La Oficina de Seguros tiene muchas guías para consumidores que explican otros tipos o aspectos de los seguros de salud y sus beneficios, disponibles sin cargo alguno. Sírvase llamar, escribir o visitar nuestro sitio Web para hacer su pedido.

Las pólizas de seguro de salud y planes de seguro de salud con cuidado médico administrado pueden obtenerse como seguros grupales o seguros individuales. La diferencia entre un seguro grupal y un seguro individual es la manera como se compra la cobertura.

Un seguro grupal puede obtenerse por medio de un empleado, un fideicomiso, un sindicato, una asociación, un arreglo de bienestar de múltiples empleadores (MEWA, por sus siglas en inglés) u otra organización, y cubre a varias personas o grupos bajo una póliza o acuerdo grupal.

El seguro individual cubre a una persona o a los miembros de una familia bajo una póliza única o por prueba de asegurabilidad.



Planes grupales

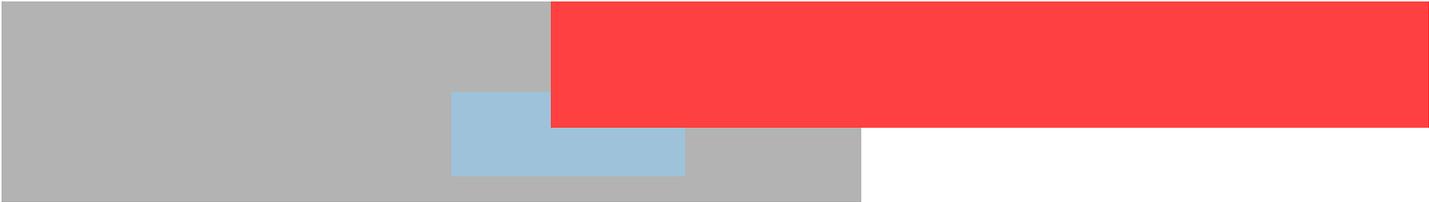
El seguro de salud grupal es precisamente lo que insinúa su nombre – una póliza o plan de seguro que cubre a un grupo de personas. Cubrir sus necesidades de seguro de salud puede resultar ser relativamente sencillo si su empleador ofrece un plan o una variedad de planes grupales. Los planes grupales cubren a varias personas o grupos bajo la misma póliza. El titular de la póliza grupal puede ser una asociación, un negocio o un sindicato al cual usted está afiliado, o bien puede tratarse de su empleador.

Muchos planes grupales incluyen disposiciones para incluir a miembros de su familia. Cuando usted se inscribe en un plan grupal, la colectividad o grupo (es decir, su empleador, asociación, etc.) es el titular de la póliza y usted, como empleado o miembro del grupo, recibe un certificado o prueba de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés).

Los aseguradores tienen que ofrecer a empleadores pequeños (empleadores de dos a cincuenta empleados), planes grupales garantizados conocidos como **cobertura grupal para empleadores pequeños**. Esa cobertura está disponible a empleadores pequeños independientemente de la experiencia de reclamaciones del grupo de empleados o de la condición de salud de un empleado en particular. Las compañías de seguro y planes de seguro de salud con cuidado administrado que ofrecen cobertura a empleadores pequeños en Virginia también deben poner a disposición de ellos los planes de beneficios médicos esenciales y estándar.

Muchas asociaciones industriales y profesionales ofrecen seguro a sus miembros. Los hombres y mujeres que trabajan por cuenta propia a menudo encuentran que afiliarse a una asociación es una manera útil de obtener seguro de salud.

Aviso: A menudo, los aseguradores emiten pólizas grupales a titulares (p.ej., un fideicomiso, asociación o grupo) ubicados fuera del estado de Virginia. Eso significa que las leyes de Virginia que rigen los beneficios tal vez no apliquen a la póliza grupal fuera del estado, aunque el seguro se venda a residentes de Virginia. Si la póliza grupal bajo la cual usted tiene cobertura se emitió fuera de Virginia y usted tiene una pregunta o



querella relacionada con su cobertura, tiene que dirigir dicha indagación o querella al departamento de seguros del estado en el cual fue emitida la póliza grupal.

¿Qué se cubre bajo un plan grupal?

Un plan grupal cubrirá únicamente los gastos señalados en la póliza, el certificado o EOC. Para determinar si un servicio está cubierto, y el alcance de la cobertura disponible, se toman varios factores en cuenta. Debe tomar en cuenta los siguientes factores antes de hacer una reclamación:

- ¿Está el servicio cubierto bajo los términos de la póliza?**
El certificado o EOC describirá los servicios cubiertos e indicará las exclusiones y limitaciones.
- ¿Es médicamente necesario el servicio?**
Por lo general no se cubrirán los servicios de rutina o procedimientos por elección que no sean médicamente necesarios.
- ¿Qué considera la compañía un “cargo permisible” o un “cargo usual, acostumbrado y razonable” (UCR, por sus siglas en inglés) por el servicio?**
Muchas pólizas y planes establecen cargos permisibles por los servicios y procedimientos. Los cargos pueden ser representativos de los honorarios cobrados por proveedores en lugares similares que proveen los mismos servicios en una localidad, región o área determinada (lo que a menudo se denomina “usual, acostumbrado y razonable”), o bien pueden estar basados en otros criterios establecidos por la compañía. Si su plan basa los pagos en una lista de cargos UCR o en una lista de cargos permisibles, usted podría ser responsable de cualquier diferencia entre el cargo UCR o permisible y el cargo real del proveedor. Sin embargo, en algunos casos, los proveedores acuerdan aceptar las tarifas por cargos UCR o permisibles, lo que significa que el paciente no será responsable del pago de la diferencia.
- ¿Se considera la afección una condición preexistente?**
Un plan de salud grupal puede denegar beneficios por condiciones preexistentes pero, en Virginia, existen leyes que



definen específicamente una “condición preexistente” y limitan cuánto tiempo pueden denegarse los beneficios a causa de una condición preexistente.

Además, ciertas afecciones pueden no considerarse preexistentes.

¿Observó el paciente los requisitos de precertificación o preadmisión antes de obtener los servicios?

Muchos aseguradores requieren autorización de preadmisión o precertificación antes de admitir a pacientes para recibir servicios que no son de emergencia u obtener ciertos tipos de cuidado.

Usted podría ser responsable del costo de la atención si no obtiene la autorización de precertificación o preadmisión.

Planes individuales

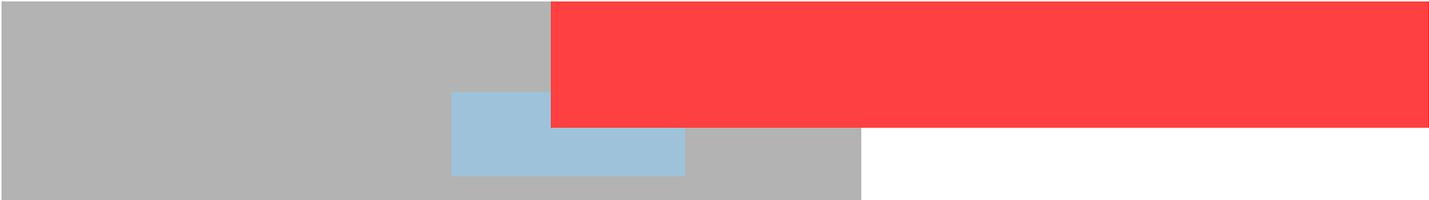
Los planes individuales cubren a una persona o a todos los miembros de una familia bajo una póliza única o por prueba de asegurabilidad. La cobertura de salud individual es una buena opción si usted trabaja por cuenta propia o no tiene acceso a cobertura grupal.

En el caso de planes individuales de seguro de salud tradicional, puede tomarse un período de hasta 10 días de la fecha en que reciba la póliza para decidir si desea mantenerla o cancelarla. Algunas pólizas o planes proveen períodos más largos. Para obtener un reembolso completo, usted debe devolver la póliza a la compañía dentro del plazo señalado.

Debe considerar detenidamente la cobertura y los costos al comprar una póliza de seguro de salud individual o un plan de seguro de salud con cuidado administrado. Por lo general, al comprar una póliza o plan individual, usted tiene que proveer prueba de asegurabilidad antes de que la compañía acepte asegurarlo a usted o asegurar a su familia. Las pautas para determinar la prueba de asegurabilidad varían de compañía a compañía.

El proceso mediante el cual un asegurador u organización de cuidado administrado evalúa su elegibilidad para cobertura se denomina suscripción.

La Oficina de Seguros no cuenta con la autoridad reglamentaria necesaria para cambiar la decisión de suscripción de un asegurador. No obstante, la Oficina de Seguros revisará los expedientes de un asegurador



para garantizar que las directrices de suscripción establecidas se estén aplicando de manera consistente y apropiada.

Planes grupales totalmente financiados en comparación con planes grupales autofinanciados

En el estado de Virginia, los planes totalmente financiados son reglamentados por la Oficina de Seguros y están sujetos a todas las leyes y los reglamentos aplicables que rigen a los planes de salud en Virginia. Un “plan totalmente financiado” es un plan que un empleador compra directamente de una compañía de seguro y dicha compañía de seguro asume el riesgo de pagar todas las reclamaciones médicas cubiertas.

Los planes autofinanciados son financiados por los empleadores para pagar las reclamaciones médicas de sus empleados. En efecto, el empleador paga las facturas por el cuidado médico de sus empleados y asume todos los riesgos relacionados con ello. Algunas veces, un empleador con un plan autofinanciado contrata a una compañía de seguro para que se encargue de las tareas administrativas. En este caso, la compañía de seguro no asume ningún riesgo financiero, pero funciona de administrador tercero y sigue las directrices del empleador. Los planes autofinanciados se rigen por la Ley Federal de Garantía de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (Federal Employee Retirement Income Security Act, ERISA) de 1974. El Departamento del Trabajo de EE.UU. es la dependencia del gobierno federal responsable de los asuntos relacionados con los planes autofinanciados.

Beneficios por mandato

Las leyes de seguro de Virginia requieren que muchos planes de seguro de salud, entre ellos los planes de seguro de salud con cuidado administrado: 1) provean ciertos beneficios, los cuales se conocen como beneficios por mandato, en todos y cada uno de los contratos individuales o grupales que ofrezcan en Virginia; y 2) que le ofrezcan y pongan a su disposición como titular de póliza individual, o al titular de su póliza grupal

si tiene cobertura grupal, la opción de comprar ciertos beneficios conocidos como ofertas de cobertura por mandato. Los mandatos aplican únicamente a los contratos o pólizas emitidos en Virginia. Para obtener más información sobre los beneficios por mandato y las ofertas por mandato, comuníquese con la Oficina o visite el sitio Web de la Oficina.

Cómo elegir un plan de salud

Tome en cuenta las siguientes características al comparar las opciones de atención médica. Aunque esta lista de características no es una lista completa, su intención es la de proveerle directrices generales y referencias importantes.

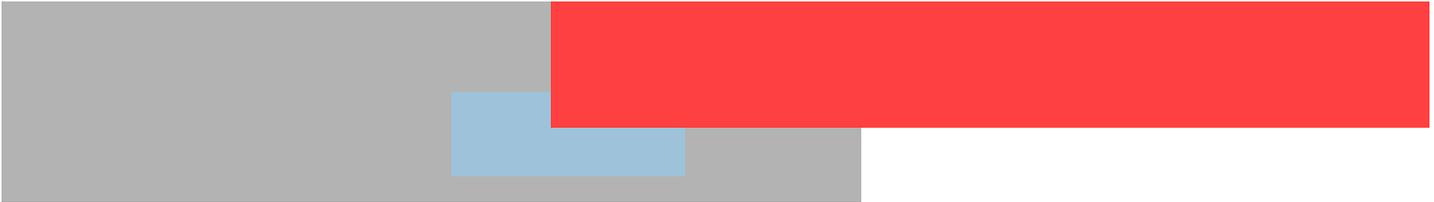
Obtenga información sobre la compañía. La Oficina de Seguros puede informarle si una compañía tiene licencia y está autorizada para hacer negocio en Virginia. No obstante, la Oficina no clasifica ni recomienda ninguna compañía de seguros o planes de seguro de salud con cuidado administrado en particular.

Al seleccionar una compañía de seguro le conviene verificar la calificación de la misma. Hay varias organizaciones que publican calificaciones de compañías de seguro. Las calificaciones, entre otras las que se indican a continuación, tal vez estén disponibles en su biblioteca local o en la Internet. Las compañías son calificadas en base a una serie de elementos,

Nombre	Teléfono	Sitio Web
A.M. Best Company	1-908-439-2200	www.ambest.com
Moody's Investor Services	1-212-553-0377	www.moody's.com
Standard & Poor's Insurance Rating Services	1-212-438-2400	www.standardandpoors.com
The Street.com Ratings	1-800-289-9222	www.thestreet.com
Fitch Ratings	1-800-893-4824	www.fitchibca.com

como datos financieros (incluyendo activos y pasivos), operaciones administrativas y el historial de la compañía. Tal vez también desee revisar los informes de análisis bursátiles de la compañía.

Aviso: Es posible que haya costos asociados con obtener la información de calificación.



Antes de comprar un seguro, es importante que verifique si una compañía es un asegurador autorizado o un plan de seguro de salud con cuidado administrado en Virginia. Puede obtener una lista de los aseguradores autorizados y planes HMO con licencia de la Oficina de Seguros. Llame por teléfono o visite el sitio Web, haga clic en “Consumers” (Consumidores) y en “Want Information About An Insurance Company?” (¿Desea información sobre una compañía de seguro?).

El Departamento de Salud de Virginia también ofrece una lista de planes con licencia de seguro de salud con cuidado administrado.

El Comité Nacional de Control de la Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCOA), una organización independiente que evalúa e informa sobre la calidad de los planes de salud, puede proveer información sobre la calidad del cuidado proporcionado por una HMO. Puede comunicarse con la NCOA al 1-888-275-7585, o en línea en www.ncqa.org. Asegúrese de evaluar detenidamente si la HMO opera en un área de servicio accesible para usted y para la cual usted reúna los requisitos según su residencia o lugar de empleo.

¿Cuáles son mis gastos no reembolsables? Familiarícese con todo monto que se le requiera pagar cuando obtenga servicios médicos bajo su póliza o plan. Sepa cuáles son los montos de deducible, copago, coseguro y primas, así como las limitaciones o los montos máximos de su póliza o plan. Revise detenidamente la póliza o las características del plan relacionadas con los aumentos en las primas.

¿Qué disposiciones pueden afectar mi cobertura?

Coordinación de beneficios – Muchas pólizas de seguro de salud y planes de cuidado administrado coordinan sus beneficios con los de otros planes cuando hay otra cobertura de por medio. Familiarícese con la forma en que se pagarán sus reclamaciones si tiene otra cobertura de seguro de salud u otro plan de seguro de salud con cuidado administrado.

Redes de proveedores – En los planes de cuidado administrado, con algunas excepciones, se le requiere usar los servicios de proveedores e instalaciones dentro de la red. Averigüe si los proveedores del plan están en lugares convenientes, cómo obtener referidos, las circunstancias bajo las cuales puede obtener servicios de un proveedor fuera de la red, así

como cualesquiera cuotas relacionadas, además de la medida en la cual su plan cubrirá el cuidado que obtenga fuera de la red mientras esté de viaje.

Renovación y aumento de las primas – Esta disposición explica cuándo y bajo cuáles circunstancias su compañía de seguro puede renovar su póliza o aumentar sus primas.

Privilegios de conversión – Esta disposición le permite convertir su cobertura a la de otro plan de seguro si pierde la elegibilidad, sin someterse a un examen médico para probar que tiene buena salud.

¿Qué sucede si pierdo mi cobertura del seguro de salud grupal?

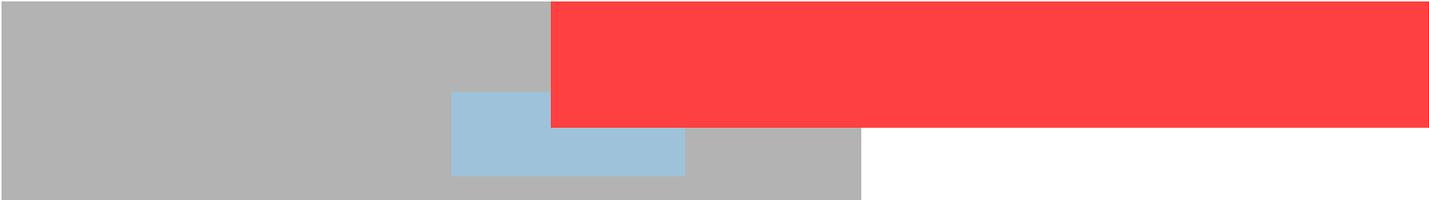
Hay varias situaciones que podrían resultar en la pérdida de un seguro de salud grupal o la cobertura de cuidado administrado. Por lo general, si esto sucede, hay opciones que le permiten continuar o convertir su cobertura del seguro grupal.

COBRA

De conformidad con la Ley Federal Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Federal Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) se requiere que los planes de salud grupales patrocinados por empleadores con 20 o más empleados ofrezcan continuación de la cobertura para usted y sus dependientes durante por lo menos 18 meses. Este período puede prolongarse, dependiendo del acontecimiento que haya dado lugar a la suspensión de la cobertura grupal. Si desea continuar su cobertura grupal bajo COBRA, tiene que notificárselo a su empleador dentro de un plazo de 60 días de haber recibido aviso de su elegibilidad para COBRA. También tiene que pagar la prima mensual total, así como una cuota administrativa.

ADVERTENCIA: La ley COBRA es complicada. La oficina de recursos humanos de su empleador debe tener un folleto que explique en detalle cómo funciona la cobertura de COBRA. También puede obtener este folleto de la Oficina de Seguros. COBRA es una ley federal y el Departamento del Trabajo de EE.UU. rige los asuntos relacionados con COBRA. Comuníquese con el





Departamento del Trabajo en www.dol.gov, o llame al 1-866-487-2365 (TTY 1-877-889-5627).

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o “CMS”, por sus siglas en inglés, conocidos anteriormente como la Administración de Financiamiento del Cuidado Médico (Health Care Financing Administration) o “HCFA”, por sus siglas en inglés, ha creado un sitio Web para la continuación de cobertura bajo COBRA según esta se aplica a los planes de salud grupales patrocinados por empleadores de gobiernos estatales y locales (Título XXII de la Ley de Servicios de Salud Pública; Secciones 300bb- 1 hasta 300bb-8 del Título 42 del Código de los Estados Unidos). El sitio Web fue diseñado para ayudar a los beneficiarios calificados, empleadores de gobiernos estatales y locales, y administradores de planes de salud grupales a entender sus derechos y responsabilidades relacionados con la continuación de cobertura bajo COBRA en el sector público. Se puede obtener acceso directo al sitio Web en www.cms.hhs.gov/hipaa/hipaa1/cobra.

CONVERSIÓN o CONTINUACIÓN

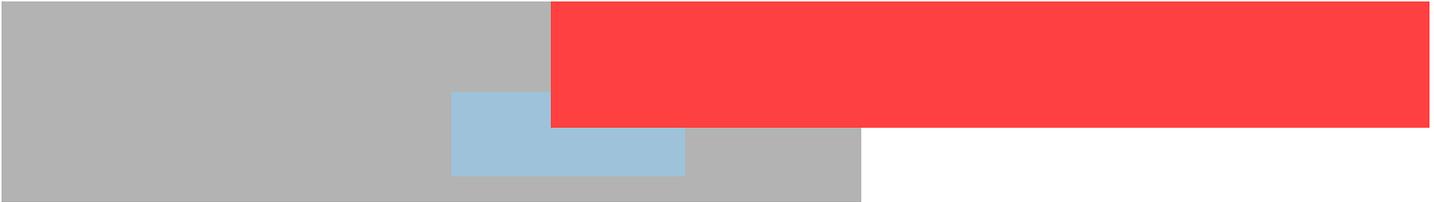
Las pólizas de seguro de salud tradicionales emitidas de conformidad con las leyes de Virginia incluyen una disposición de conversión, o bien un período de continuación de 90 días. (Los planes HMO tienen que ofrecer la opción de conversión, pero no tienen que ofrecer una opción de continuación). La disposición de conversión estipula que un miembro de un grupo asegurado que abandona el grupo tiene el derecho de convertir su cobertura del asegurador grupal a una póliza o plan de seguro de salud individual sin presentar prueba de asegurabilidad. La solicitud de conversión de la póliza tiene que efectuarse al asegurador dentro de un plazo de 31 días de su vencimiento.

La disposición de continuación requiere que la solicitud de cobertura ampliada se presente al titular de la póliza grupal antes de su vencimiento.

El certificado de seguro emitido a cada persona bajo la póliza grupal indicará cuál opción está disponible.

Es posible que otras opciones también estén a su disposición, según sus circunstancias individuales:

- Es posible que pueda obtener otra cobertura de conformidad con los requisitos promulgados para cumplir con la Ley de



Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés). (A continuación se ofrece una explicación más detallada de la ley HIPAA.)

- Le conviene considerar comprar una póliza de seguro de salud a corto plazo si se encuentra desempleado temporalmente. **NOTA:** la compra de esta póliza anulará su calificación de transferibilidad conforme a HIPAA.
- Puede obtener seguro de salud por medio de una asociación.

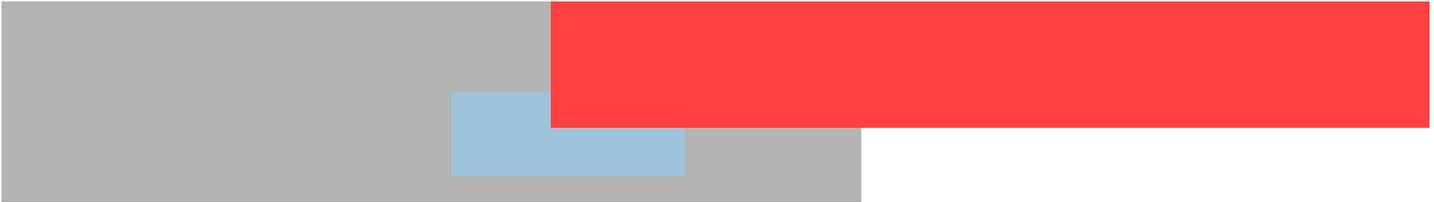
LEA SU CERTIFICADO o EOC DETENIDAMENTE para evaluar las opciones de las que dispone.

Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA)

Una ley federal denominada la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) efectuó cambios importantes a los seguros de salud en los Estados Unidos. La Asamblea Legislativa General de Virginia promulgó leyes para implementar los requisitos de la ley HIPAA. Estas leyes le proveen protecciones importantes. En algunos casos, las leyes de Virginia ya cumplían o excedían los nuevos estándares federales antes de implementarse la ley HIPAA.

La ley HIPAA y las leyes promulgadas en Virginia para implementarla pueden ayudarlo de las siguientes maneras:s:

- Mejorar su habilidad de obtener cobertura de salud para usted y sus dependientes si comienza un empleo nuevo;
- Reducir su probabilidad de perder su cobertura de salud existente;
- Ayudarle a mantener cobertura de salud continua para usted y sus dependientes si cambia de empleo; y
- Ayudarle a comprar cobertura de seguro de salud si pierde la cobertura bajo el plan de salud grupal de un empleador y no tiene otra cobertura de salud disponible.



La ley HIPAA y las leyes de Virginia promulgadas para implementar la ley HIPAA proveen las siguientes protecciones específicas:

- Limitan el uso de las exclusiones por condiciones preexistentes;
- Prohíben que los planes de salud grupales discriminen al negarle cobertura, o cobrarle más por cobertura, basándose en las afecciones médicas pasadas o actuales suyas o de sus dependientes;
- Garantizan a ciertos empleadores pequeños, y a ciertas personas que pierden la cobertura relacionada con el empleo, el derecho de comprar seguro de salud; y
- Garantizan, en la mayoría de los casos, que los empleadores o individuos que compran seguro de salud puedan renovar su cobertura, independientemente de las afecciones médicas de las personas cubiertas por el seguro.

La ley HIPAA (y las leyes estatales que la implementan) es complicada. Debido a la complejidad de estas leyes y cómo se podrían aplicar en su caso, lo animamos a llamar a la Oficina de Seguros para hablar sobre las protecciones que están disponibles para usted de conformidad con la ley HIPAA y las leyes de Virginia.

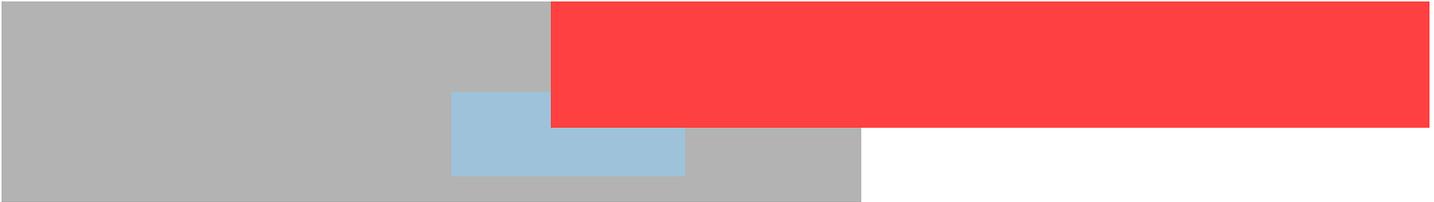
Cómo hacer reclamaciones al seguro de salud

Cosas que debe hacer antes de presentar una reclamación:

- Revise detenidamente su póliza, manual del empleado, folleto de beneficios o EOC para asegurarse de que el servicio en cuestión esté cubierto.
- Siga todas las reglas, entre ellas los requisitos de certificación previa y uso de proveedores de la red, si corresponden.
- Entérese de si su proveedor hace las reclamaciones en nombre suyo o si usted debe hacerlo.

Cómo hacer reclamaciones de la manera correcta:

- Si necesita hacer una reclamación, revise la información para asegurarse de que esté completa y correcta.

- 
- Incluya su número de póliza y demás información de identificación.
 - Haga la reclamación pronto después del accidente o la enfermedad.
 - Envíe la reclamación a la dirección correcta.
 - Guarde copias de todos los documentos para futura referencia.

Permita un período razonable para que la compañía procese la reclamación. La compañía deberá informarle si necesita obtener información adicional para completar la reclamación.

Si su reclamación se paga:

- Si usted asignó los beneficios al proveedor, el pago se efectuará directamente al proveedor. Usted pagará los deducibles, coseguros y otros montos de gastos compartidos que correspondan.
- Si usted no asignó los beneficios, el pago se efectuará directamente a usted y usted tendrá que pagar a sus proveedores el monto total adeudado a ellos.

Si su reclamación se deniega:

- El motivo de la denegación debe indicarse claramente en su explicación de beneficios.
- Si no está de acuerdo con el motivo de la denegación, revise la póliza, EOC, folleto del empleado o folleto de beneficios para ver información sobre la revisión de la decisión sobre la reclamación.
- La compañía deberá responder cualesquiera preguntas que usted tenga.
- Si no puede resolver el problema comunicándose directamente con la compañía, la Oficina de Seguros le ayudará con sus reclamaciones y querellas.

Cómo obtener ayuda de la Oficina de Seguros

Cada año, la Oficina de Seguros responde a miles de indagaciones y querellas de consumidores individuales. La Sección de Servicios al Consumidor provee servicios gratuitos profesionales de información y solución de querellas a individuos cubiertos por pólizas y planes emitidos en Virginia.

Preguntas generales sobre seguros

El personal de la Sección de Servicios al Consumidor está listo para ayudarle cuando usted no pueda encontrar respuesta a una pregunta general. Los representantes de Servicio al Consumidor se especializan en áreas de problemas y querellas relacionadas con personas mayores, asuntos relacionados con el cuidado administrado y aseguradores comerciales. Puede comunicarse con la Sección de Servicios al Consumidor de lunes a viernes, 8:15 a.m. a 5:00 p.m., gratuitamente dentro de Virginia llamando al 1-800-552-7945 o al 371-9691 en Richmond. Si su pregunta no se puede responder por teléfono, le indicarán que presente una indagación por escrito ante la Oficina.

Las indagaciones por escrito de naturaleza general se pueden enviar por correo electrónico a BureauofInsurance@scc.virginia.gov, o por correo regular. Un representante de Servicios al Consumidor responderá rápidamente a su indagación. Sírvase incluir su nombre, dirección postal actual y número telefónico, junto con sus preguntas e inquietudes.

Servicios al Consumidor puede ayudarle a:

- Aclarar respuestas a sus preguntas;
- Eliminar obstáculos burocráticos;
- Solucionar malos entendidos; e
- Investigar su querella.

Servicios al Consumidor no puede:

- Recomendarle una compañía, agente o producto de seguro en particular; ni
- Proveer servicios legales o asesoramiento legal.

Si desea presentar una querella

Lo animamos a colaborar con su agente u otro representante de la compañía para resolver cualquier disputa. Muchas veces, si se ha cometido un error, el mismo será corregido al presentar una indagación. Se recomienda enviar una carta a la compañía o el agente. Guarde siempre copias de la correspondencia enviada a la compañía en relación con la disputa. Si decide enviar un mensaje por correo electrónico o llamar por teléfono a la compañía o agente, documente la fecha y la hora en que estableció el contacto o hizo la llamada; el nombre de la persona o las

personas con quienes habló en la compañía y lo que se planteó durante la conversación.



Si las comunicaciones han llegado a un impasse, o si la resolución del asunto va muy lenta o no le es satisfactoria, tiene el derecho de presentar una querrela de consumidor ante la Oficina de Seguros.

Puede obtener un formulario de querrela comunicándose con la Sección de Servicios al Consumidor de la Oficina de Seguros o visitando el sitio Web de la Oficina. Haga clic en “Consumer” (Consumidor) y siga los enlaces correspondientes.

Provea la información que se solicita en el formulario de querrela de la manera más completa y precisa posible. Explique cómo intentó solucionar el asunto y lo que piensa que la compañía o el agente deben hacer para resolver el problema. Adjunte copias de toda la correspondencia, mensajes de correo electrónico y apuntes sobre llamadas telefónicas, así como una copia de su póliza de seguro, certificado o EOC. También se deben incluir las cartas escritas en nombre suyo por profesionales médicos y legales.

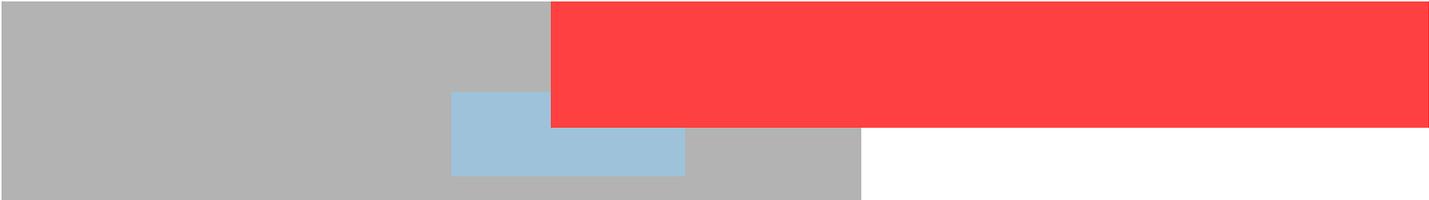
La Oficina de Seguros también ofrece asistencia a los consumidores inscritos en planes de cuidado administrado por medio de la Oficina del Defensor de Cuidado Administrado y mediante el proceso de apelaciones externas independientes para planes de seguro de salud con cuidado administrado (MCHIP, por sus siglas en inglés) de la Oficina.

La Oficina del Defensor de Cuidado Administrado

La función principal de la Oficina del Defensor de Cuidado Administrado es ayudar a los consumidores de Virginia cuyo seguro de salud es proporcionado por un plan de seguro de salud con cuidado administrado (MCHIP, por sus siglas en inglés). La oficina fue creada para promover y proteger los intereses de las personas cubiertas por planes MCHIP en Virginia.

La Oficina del Defensor de Cuidado Administrado PUEDE:

- Responder a indagaciones y preguntas sobre los planes MCHIP y el cuidado administrado;
- Ayudar a las personas a entender y hacer valer sus derechos de



apelación en casos de decisiones adversas tomadas por planes MCHIP al recibir del consumidor una carta o formulario de indagación firmado en el que solicita asistencia;

- Responder a preguntas sobre los requisitos reglamentarios que afectan a los planes MCHIP y proveer información sobre los beneficios médicos que exigen las leyes de Virginia; y
- Elaborar información impresa que describe los distintos tipos de planes MCHIP y asegurarse de que, según se produce, dicha información esté disponible a los consumidores.

La Oficina del Defensor de Cuidado Administrado NO PUEDE:

- Investigar ni resolver querellas, pero puede referir a las personas que tienen querellas a los mecanismos de revisión interna del plan MCHIP, o bien a la dependencia del gobierno correspondiente.
- Exigir que se paguen los beneficios, pero puede ayudarle a entender sus derechos y a navegar por el proceso de apelación.

Información para comunicarse con la Oficina del Defensor de Cuidado Administrado:

P. O. Box 1157

Richmond, VA 23218

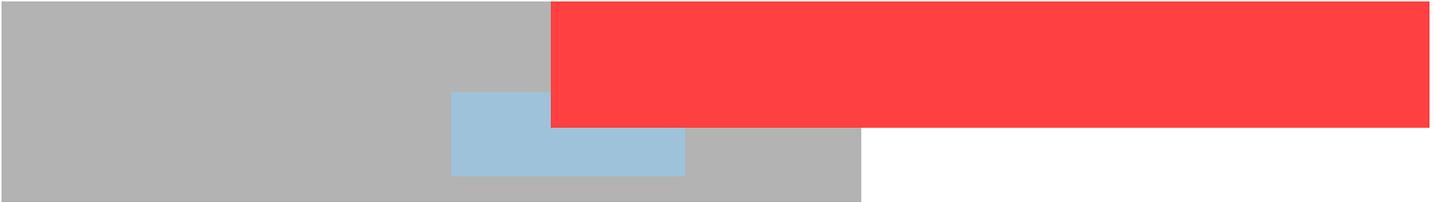
Línea gratuita (877) 310-6560

O localmente (804) 371-9032

O visite el sitio de Internet de la oficina, haga clic en "Consumer" (Consumidor) y luego haga clic en "Office of the Managed Care Ombudsman" (Oficina del Defensor de Cuidado Administrado)

Apelaciones externas independientes para planes de seguro de salud con cuidado administrado

Cuando haya agotado todas las oportunidades de apelación interna en relación con una decisión tomada por su plan MCHIP, puede presentar



una apelación externa. Si se acepta su apelación, la Oficina pedirá que una organización independiente de revisión médica, que no esté afiliada con su plan MCHIP, realice una revisión de su apelación. Se solicitará que usted, el médico que le dio el tratamiento y su plan MCHIP entreguen a la organización de revisión toda la información médica pertinente a su apelación.

La organización de revisión hará una recomendación por escrito a la Comisionada de Seguros, quien a su vez revisará la recomendación para garantizar que no sea arbitraria o caprichosa. La Comisionada luego expedirá un fallo por escrito, el cual dará lugar, cancelará o modificará la decisión tomada por su plan. Esta regla es obligatoria para todas las partes y se puede apelar.

Calificaciones para apelar una decisión tomada por su plan MCHIP

- El paciente debe tener cobertura bajo un contrato expedido por un plan MCHIP en Virginia.
- Después de agotar todos los tipos de apelaciones internas, a menos que se haya solicitado una revisión acelerada, los pacientes a quienes se les deniegue la cobertura debido a que sus planes de salud determinan que el cuidado no fue médicamente necesario o que implicaba procedimientos de carácter experimental o de investigación, pueden solicitar una revisión externa. Todas las apelaciones deben presentarse dentro de un plazo de 30 días de la decisión final del plan de seguro de denegarle la cobertura al paciente.
- Los pacientes deben estar cubiertos bajo un plan de seguro elegible, lo que descalifica a los planes autofinanciados conforme a la ley ERISA, Medicare y Medicaid. Además, las personas cubiertas por planes de salud para empleados federales no son elegibles para presentar apelaciones de revisión externa ante la Oficina.
- Para ser elegible para la apelación, la reclamación del paciente debe exceder de los \$300. Se cobra una cuota de radicación de \$50 por cada apelación. Esta cuota podría exonerarse por motivos de vicisitud financiera.

**Información para comunicarse con la Oficina de
Apelaciones Externas para Planes de Seguro
Médico con Cuidado Administrado:**

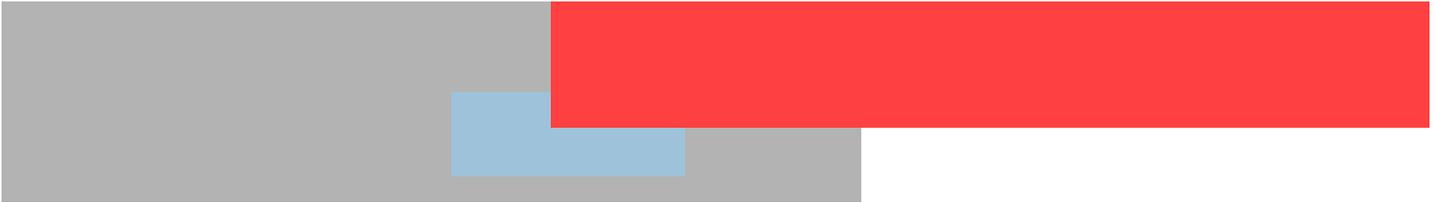
**P. O. Box 1157
Richmond, VA 23218
(Línea gratuita) 1-800-640-0886
(Local) 804-371-9913**

**O ingrese en el sitio Web de la Oficina, haga clic en
"Consumer" (Consumidor) y luego clic en el enlace
"Independent External Appeals" (Apelaciones
Externas Independientes)**

Derechos y responsabilidades

Sepa sus derechos

- ⇒ Las compañías de seguro no pueden discriminar de manera injusta en relación con las tarifas y la cobertura;
- ⇒ Las reclamaciones deben ser pagadas puntualmente y de manera justa;
- ⇒ Los consumidores tienen el derecho de obtener acceso a cierta información recopilada por las compañías de seguro en el caso de denegación de la cobertura, suspensión de la cobertura, si la cobertura difiera de la que se solicitó originalmente o si las primas son más altas de las que se le cotizaron al momento de la solicitud;
- ⇒ Al comprar un seguro, usted tiene el derecho de:
 - ✓ Recibir una copia de la póliza de seguro, el certificado que rige su cobertura o la prueba de cobertura;
 - ✓ Recibir copias de todos los formularios y solicitudes firmados por usted o su agente;
 - ✓ Apelar cualesquiera reclamaciones denegadas.



Al comprar un seguro, usted es responsable de:

- ⇒ Leer y entender todos los formularios de explicación de beneficios que le envíe su compañía de seguro;
- ⇒ Asegurarse de que su solicitud haya sido completada de manera precisa, aunque un agente u otra persona la haya completado en nombre suyo;
- ⇒ Saber lo que su póliza cubre y excluye;
- ⇒ Pagar sus primas, aunque tenga una disputa con su compañía; y
- ⇒ Pagar cualesquiera deducibles, coseguros o copagos señalados en su póliza, certificado o EOC.

Reglas que debe observar en relación con los seguros

- ⇒ Sepa el nombre de su compañía de seguro y el número de su póliza.
- ⇒ Lea su póliza.
- ⇒ Asegúrese de que su agente tenga licencia.
- ⇒ Obtenga un recibo si paga en efectivo.
- ⇒ Lea la solicitud antes de firmarla.

Preguntas frecuentes

Seguro de salud general

¿Dónde puedo obtener seguro de salud?

Los agentes y compañías de seguro se listan alfabéticamente y por ubicación en las páginas amarillas de su guía telefónica. La Oficina de Seguros también provee una lista de proveedores con licencia para emitir seguros de salud y planes HMO con licencia en Virginia. Estas listas se pueden obtener llamando a la Oficina de Seguros o visitando el sitio Web de la Oficina. Haga clic en "Consumer" (Consumidor) y "Want Information About Regulated Companies?" (¿Desea información sobre compañías reguladas?) Las primas de seguro pueden variar sustancialmente de una compañía a otra, así que por lo general vale la pena verificar con varias compañías antes de tomar una decisión final.

Tengo una afección médica grave que parece haberse estabilizado; no obstante, tengo dificultades para encontrar una compañía de seguro que me acepte para cobertura. No soy elegible para obtener cobertura garantizada bajo HIPAA. ¿Qué opciones tengo disponibles?

Cada proveedor de seguro tiene sus propias reglas de suscripción. El tipo de afección y cuándo/cómo recibió tratamiento afectará la respuesta de la compañía de seguro. Comuníquese con varias compañías de seguro, luego compare las opciones que tiene a su disposición. Si ninguna de las opciones le conviene, puede comunicarse con Anthem Health Plans of Virginia, Inc. (antiguamente TRIGON) al 1-800-334-7676 o con Carefirst Blue Cross Blue Shield al 1-800-544-8703. Es posible que califique para un programa de inscripción abierta en el cual no puedan negarle el seguro. No obstante, es posible que haya un período de espera por condiciones preexistentes. En Virginia no hay un fondo común de riesgo. Por lo tanto, el producto de inscripción abierta podría ser su única manera de poder garantizar el seguro si no puede obtenerlo en ningún otro lugar.

He cambiado de opinión y no deseo mantener la póliza individual de seguro de salud que acabo de recibir. ¿Puedo obtener un reembolso?

Sí. De conformidad con las leyes de Virginia, si por algún motivo, usted no está satisfecho con su póliza individual de seguro de salud tradicional, puede devolverla a la compañía dentro de un plazo de 10 días a partir de

la fecha en que la recibió y se le reembolsará inmediatamente la prima que pagó. Sin embargo, esta ley no aplica a planes HMO individuales.

Mi compañía de seguro paga el 80% de los cargos. Mi proveedor cobró \$4,000 por un servicio médico, pero la compañía de seguro pagó únicamente \$2,800. ¿Por qué no pagaron el 80% en total?

A menudo, las compañías establecen pautas de cargos permisibles para ciertos procedimientos y servicios. Estos cargos pueden basarse en una lista de cargos "usuales, acostumbrados y razonables" (UCR, por sus siglas en inglés), o bien se pueden basar en otros criterios establecidos por la compañía. Tal parece que su compañía pagó el 80% del cargo permisible o UCR establecido por la compañía para su procedimiento médico.

Los proveedores pueden apelar ante las compañías si un procedimiento o servicio fue particularmente difícil, o bien si otras circunstancias hicieron necesario que un cargo excediera del límite de cargos permisibles o UCR. Su póliza, certificado, EOC o folleto de beneficios provee información relacionada con las apelaciones o solicitudes de reconsideración de los pagos.

Acabo de recibir un aviso que indica que mi prima del seguro de salud va a aumentar. Nunca he hecho reclamaciones. ¿Cómo puede mi compañía justificar el aumento de mi tarifa?

Las tarifas de primas se calculan en base a la creación de un fondo común de una gran cantidad de riesgos similares. La experiencia de reclamaciones del fondo común total se utiliza para determinar las tarifas de las primas.

¿Reglamenta la Oficina de Seguros de Virginia todos los seguros médicos?

Los planes de seguro de salud grupales e individuales emitidos y entregados en Virginia están sujetos a la reglamentación de la Oficina de Seguros. Sin embargo, la mayoría de los planes grupales emitidos a asociaciones o fideicomisos ubicados fuera de Virginia se rigen por las leyes del estado en el que fueron emitidas las pólizas, independientemente de que las personas cubiertas por esas pólizas residan en Virginia. Además, los planes autofinanciados están reglamentados por el gobierno federal.

¿Reglamenta la Oficina de Seguros de Virginia las tarifas de seguros de salud?

La Oficina de Seguros aprueba las tarifas de primas de las pólizas de seguro de salud individuales. En todo caso, las tarifas deben ser aplicadas de una

manera justa y razonable.

Mi compañía de seguro ha rescindido mi póliza de seguro de salud.

¿Qué significa eso?

El asegurador ha anulado la cobertura. Usualmente, una rescisión ocurre como resultado de información incompleta o imprecisa presentada en la solicitud, o a causa de una omisión de información pertinente para la suscripción de la póliza.

¿Qué es un formulario de fármacos?

Muchos planes o pólizas establecen una lista de medicamentos con receta que el plan considera médicamente apropiados y económicos. El plan proveerá cobertura únicamente para los medicamentos con receta que figuren en la lista. No obstante, su médico puede presentar pruebas médicas al asegurador para obtener una excepción que permita la cobertura de un medicamento con receta que ordinariamente no esté cubierto por el plan.

Seguro de salud grupal

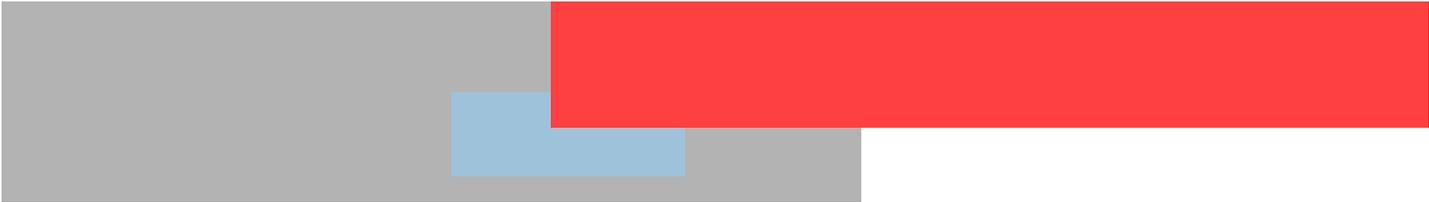
Voy a abandonar mi empleo en un par de semanas y me preocupa mi seguro de salud. ¿Hay alguna manera de mantener mi cobertura del seguro grupal?

Si va a abandonar un empleo, dependiendo del acontecimiento que dé lugar a ello, la Ley Federal Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Federal Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) requiere que los planes de salud grupales patrocinados por empleadores con 20 o más empleados ofrezcan continuación de la cobertura para usted y sus dependientes durante 18 meses o más. Usted sería responsable de pagar la prima total, tanto la porción que pagaba como empleado como la aportación del empleador, así como una cuota administrativa.

También es posible que pueda continuar la cobertura grupal por otros 90 días. O bien es posible que pueda convertir su cobertura grupal a una cobertura individual. Su certificado de grupo o EOC indicará las opciones disponibles para usted.

¿Por qué son tan costosas las primas de una póliza de conversión?

La conversión se hace sin prueba de asegurabilidad y, por lo tanto, tiene que cubrir a personas que de otro modo serían no asegurables. Como la



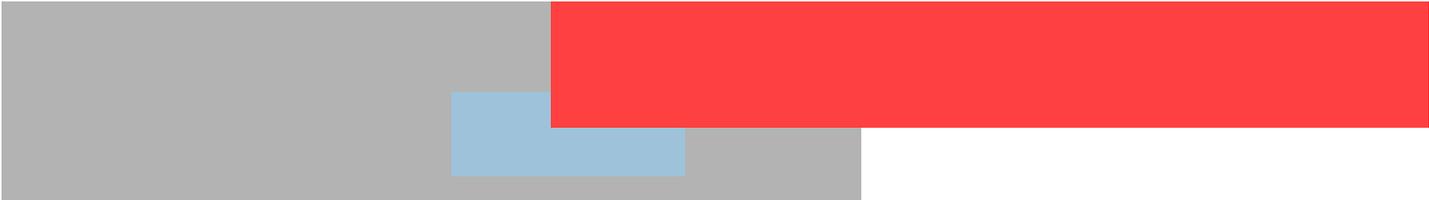
experiencia de reclamaciones de esta pólizas es por lo genera mucho más alta, a menudo se requieren primas sustanciales para cubrir el riesgo.

He oído hablar de una ley que le permite llevar la cobertura de salud al cambiar de empleo. ¿Es cierto?

De conformidad con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), usted en realidad no se lleva su plan de beneficios de salud exacto, sino que se le acredita el período que tuvo cobertura bajo su póliza grupal previa a su nuevo plan de beneficios. Para recibir ese crédito, tiene que satisfacer las condiciones de "persona elegible". La ley de Virginia provee crédito contra cualquier período de espera por condición preexistente en su nuevo plan de beneficios por el período que estuvo cubierto por el seguro de salud grupal o individual previo si no tiene más de un período de 63 días de interrupción de la cobertura. Además, el nuevo asegurador tiene que ofrecerle la cobertura de seguro sin que usted tenga que calificar desde el punto de vista médico para recibir la cobertura, siempre y cuando sea una "persona elegible". Para obtener una explicación más detallada en relación con la ley HIPAA y las condiciones para ser una "persona elegible" favor de comunicarse con la Oficina de Seguros.

Tengo un problema con el plan de salud autofinanciado de mi empleador. ¿Me pueden ayudar?

Los planes de salud grupales autofinanciados son establecidos por los empleadores para pagar las reclamaciones médicas de sus empleados. El empleador asume el riesgo total de proveer los beneficios y pagar las reclamaciones. Por lo tanto, un plan autofinanciado no está sujeto a la autoridad reglamentaria de la Oficina de Seguros. Los planes autofinanciados se rigen por la Ley Federal de Garantía de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (Federal Employee Retirement Income Security Act, ERISA) de 1974.



El Departamento del Trabajo de EE.UU. es la dependencia del gobierno federal responsable de los asuntos relacionados con los planes autofinanciados. Si no queda satisfecho tras tramitar directamente con el patrocinador del plan (usualmente el empleador) o con el administrador del plan, puede comunicarse con el Departamento del Trabajo de EE.UU. para obtener asesoramiento. Su dirección es:

U. S. Department of Labor
Frances Perkins Building
200 Constitution Avenue, NW
Washington, DC 20210
1-866-487-2365
www.dol.gov

Planes de seguro de salud con cuidado administrado

¿Cómo selecciono un plan de seguro de salud con cuidado administrado (p.ej., HMO, PPO)?

Tome en cuenta lo que es más importante para usted en un plan de salud: el costo, la disponibilidad y ubicación de los proveedores, o bien la libertad de acudir a cualquier médico. Si le gusta el médico al que acude actualmente, verifique para ver si es un proveedor de la red del plan que está contemplando. Si usted o un dependiente tienen necesidades médicas especiales, verifique si el plan que está contemplando provee servicios médicos y proveedores adecuados para esa especialidad.

Al llenar mi solicitud de seguro, vi que tengo que elegir un médico de cuidado primario. ¿Qué significa eso?

Su médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) es responsable de administrar sus necesidades de atención médica. Muchos planes con cuidado administrado requieren que sus miembros obtengan el cuidado de un PCP o que el PCP los refiera para recibir atención de un especialista.

¿Puedo usar los servicios de cualquier proveedor que elija bajo el plan?

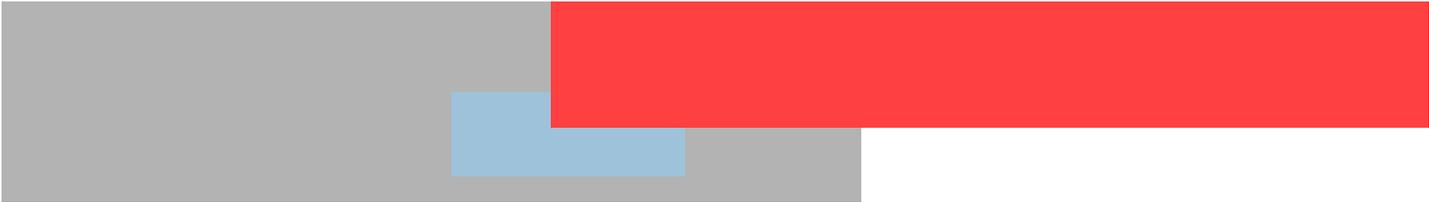
Si tiene cobertura bajo un plan HMO, en la mayoría de los casos tendrá que recibir todos los servicios de su PCP u otros proveedores que participan en el plan. Por lo general, si tiene cobertura de un plan PPO o POS, podrá elegir a cualquier proveedor. No obstante, se le requerirá pagar una porción mayor de la factura si acude a un proveedor no participante (o no preferido), y es posible que se le exija que algunos servicios sean preautorizados por la compañía de seguro. Su manual de miembro o EOC deberá explicar los requisitos específicos de su plan.

¿Qué puedo hacer si deseo acudir a un médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) distinto?

Siga los procedimientos del plan para cambiar de médico de cuidado primario. Consulte su manual de miembro o EOC, o es posible que su empleador pueda ayudarlo.

¿Qué puedo hacer si mi médico dice que necesito un procedimiento médico y mi plan de salud con cuidado administrado dice que no es médicamente necesario?

Si participa en un plan de seguro de salud con cuidado administrado (MCHIP, por sus siglas en inglés), tiene el derecho de solicitar una copia de la política y los procedimientos de revisión de la utilización que su plan emplea para determinar la necesidad médica en el caso de una afección en particular. Usted tiene el derecho de presentar una apelación solicitando que se vuelva a considerar. Consulte a su médico y presente la información importante adicional que corresponda con su apelación. Su compañía de seguro debe hacer que un doctor en medicina determine si el tratamiento no está cubierto por necesidad médica. Usted tiene el derecho de solicitar la ayuda de la Oficina de Seguros o la Oficina del Defensor de Cuidado Administrado, y es posible que su situación califique para consideración adicional mediante el proceso independiente externo de apelación (consulte la página 23).



GLOSARIO

Arreglo de bienestar de múltiples empleadores (MEWA, por sus siglas en inglés)

Arreglo mediante el cual dos o más empleadores forman una coalición para ofrecer un plan de salud a sus empleados.

Autorización de preadmisión o precertificación

Requisito que estipula que el plan de salud tiene que aprobar, por adelantado, ciertas admisiones al hospital o bien ciertos procedimientos.

Certificado grupal

Documento proporcionado a cada miembro de un plan grupal. Describe los beneficios proporcionados bajo el plan grupal.

Contrato renovable garantizado

Contrato bajo el cual un asegurado tiene el derecho, comúnmente hasta cumplir cierta edad, de continuar la póliza mediante el pago puntual de las primas. Bajo los contratos renovables garantizados, el asegurador se reserva el derecho de cambiar las tarifas de las primas según la clase de póliza.

Controlador

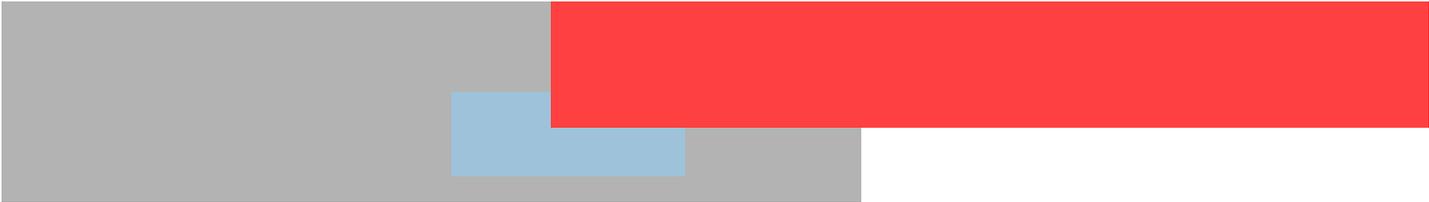
Papel que desempeña el médico de cuidado primario, o PCP por sus siglas en inglés, en los planes HMO y otros tipos de planes MCHIP. El controlador coordina el cuidado y refiere los pacientes a especialistas.

Coordinación de Beneficios (COB, por sus siglas en inglés)

Método para integrar los beneficios pagaderos bajo más de un plan de salud de manera que los beneficios de un asegurado, provenientes de todas las fuentes, no excedan del 100% de los gastos médicos permisibles.

Copago

Cuota específica que usted paga por determinado servicio médico. Por ejemplo, usted paga \$10 por una visita al consultorio o \$5 por una receta y el plan de salud cubre el resto de los cargos médicos.



Coseguro

El porcentaje de cargos médicos permisible que usted tiene que pagar después de alcanzar su deducible.

Costos compartidos

Disposiciones de una póliza que requieren que las personas paguen una porción de sus gastos médicos a través de copagos, deducibles y coseguros.

Costos no reembolsables

Costos de atención médica que la persona cubierta tiene que pagar de su propio bolsillo, incluidos conceptos como coseguros, copagos, deducibles, etc.

Cuidado fuera de la red

Servicios médicos obtenidos de proveedores no participantes o no preferidos por los miembros de un plan de salud con cuidado administrado. En muchos planes, tal cuidado no será reembolsado a menos que se haya obtenido autorización previa para el mismo.

Deducible

Monto de dinero que usted tiene que pagar, por lo general anualmente, para cubrir sus gastos médicos antes de que su seguro médico o plan HMO comience a pagar.

Exclusiones

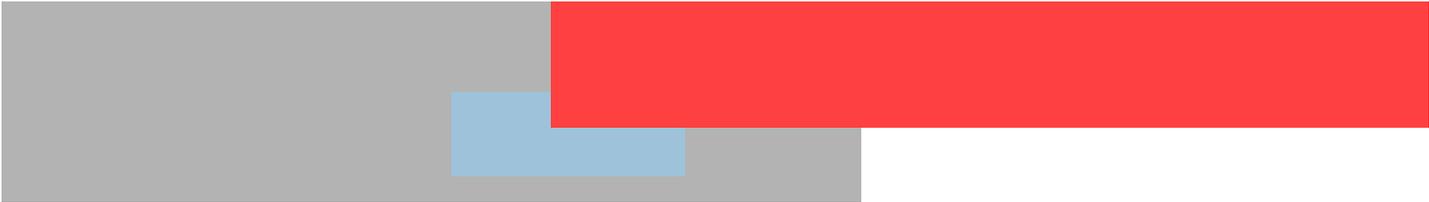
Afecciones o circunstancias específicas para las cuales la póliza o el plan no proveerá beneficios.

Exclusiones de condiciones preexistentes

Por lo general, una limitación o exclusión de beneficios médicos que se basa en el hecho de que una afección física o mental estaba presente antes del primer día de cobertura. La ley HIPAA y algunas leyes estatales limitan el grado al cual un plan o emisor de salud pueden aplicar una exclusión de condiciones preexistentes bajo ciertas circunstancias.

Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés)

Estado que se envía a un participante de un plan de salud o plan de cuidado administrado desglosando los servicios, los montos pagados por el plan y el monto total facturado al paciente.



Formulario

La lista de medicamentos con receta cubiertos por una compañía de seguro.

Gastos elegibles

Gastos que el plan médico define como elegibles para cobertura. Pueden implicar servicios médicos específicos, cuotas o “cargos usuales, acostumbrados y razonables”.

Honorario por servicios

Sistema de pago del cuidado médico mediante el cual el proveedor recibe paga por cada servicio prestado, en lugar de un monto por cada paciente negociado previamente.

Máximo de costos no reembolsables

Cantidad máxima que un miembro pagará tomando en cuenta los copagos, Coseguros, deducibles, etc., por lo general por año calendario o año de póliza.

Máximo vitalicio

Cantidad total de beneficios que un plan médico pagará durante la vida del titular de la póliza.

Medicaid

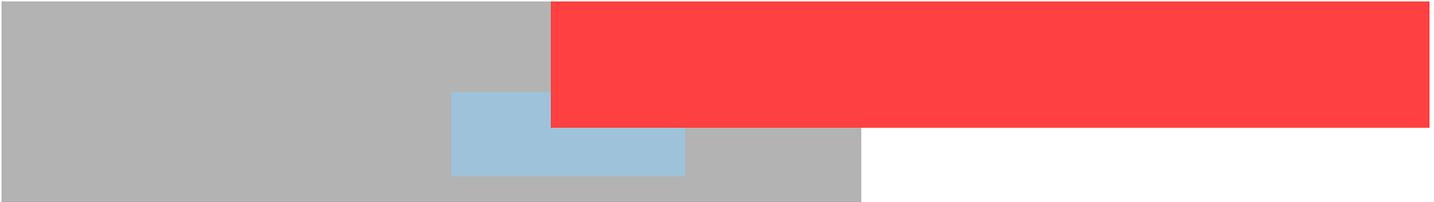
Programa de asistencia pública conjunto estatal y federal que paga los servicios médicos de personas de bajos ingresos o discapacitadas.

Medicare

Programa de seguro médico administrado por el gobierno federal que cubre el costo de hospitalizaciones, atención médica y algunos servicios relacionados para la mayoría de las personas mayores de 65 años de edad, personas que reciben pagos del Seguro Social por Discapacidad y personas que padecen de enfermedad renal en etapas finales (ESRD, por sus siglas en inglés).

Médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)

Bajo muchos planes MCHIP, el médico (a menudo un médico, internista o pediatra) que maneja su atención médica. Con algunas excepciones, usted debe consultar primero a su PCP para sus necesidades de atención médica. De ser necesario, el PCP lo refiere a especialistas.



Miembro inscrito

Una persona inscrita en un plan MCHIP.

No cancelable

Póliza de seguro de salud que el asegurado tiene derecho de mantener en vigor mediante el pago de las primas, según se estipulan en el contrato, por un período establecido en el contrato. Durante ese período, el asegurador no puede efectuar ningún cambio a ninguna de las disposiciones del contrato, incluidas las primas.

Organización de mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés)

Planes de salud prepagados con cuidado administrado en los cuales usted paga una prima y la HMO cubre el costo de sus consultas médicas, hospitalarias y con otros proveedores dentro de la red de la HMO, a tarifas negociadas de antemano, sujetos también al pago de un monto específico a medida que se proveen los servicios. Por lo general, usted debe elegir un PCP que coordina todo su cuidado y lo refiere a los especialistas que usted pueda necesitar.

Organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés)

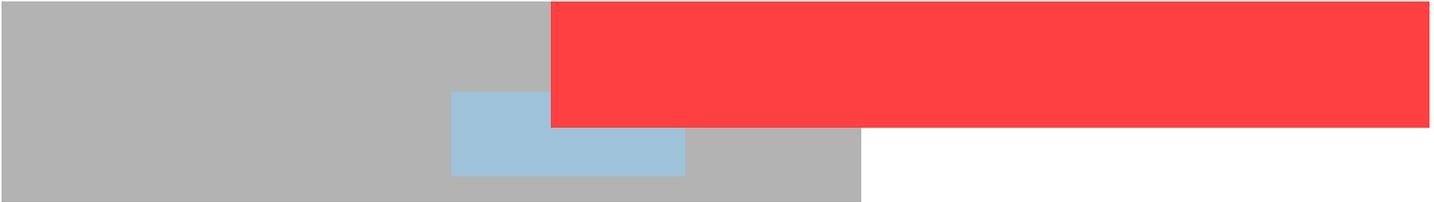
Una red de proveedores de atención médica que han acordado proveer servicios médicos a los miembros de un plan a tarifas con descuento. El costo del uso de los servicios de médicos dentro de la red PPO es por lo general más bajo que el de usar proveedores fuera de la red.

Período de eliminación

Una cantidad específica de días al comienzo de cada período de discapacidad (en las pólizas de ingresos por discapacidad) u hospitalización (en las pólizas de indemnización por confinamiento en el hospital), durante los cuales no se paga ningún beneficio.

Período de gracia

Un plazo específico (normalmente 31 días) después de la fecha de vencimiento del pago de una prima durante el cual el seguro sigue vigente y el titular de la póliza puede pagar la prima sin recargos.



Plan completamente financiado

Cobertura de seguro comprada por un empleador de una compañía de seguro con licencia, en el cual la compañía de seguro asume el riesgo.

Plan de indemnización

Seguro médico tradicional que cubre usualmente un porcentaje del costo del cuidado (a menudo el 80%) después que el consumidor paga un deducible anual. Los pacientes con planes de indemnización pueden elegir cualquier médico u hospital que deseen para recibir su atención.

Prima

La cantidad que usted paga por recibir cobertura de un seguro médico.

Procedimiento para presentar quejas

Procedimiento que le permite a un miembro de un plan médico o proveedor de beneficios expresar querellas, disputar una decisión y buscar remedio.

Proveedor

Cualquier persona o institución que provee atención médica.

Prueba de asegurabilidad

Una declaración de prueba de una afección física y/u otra información que afecta la elegibilidad de una persona para obtener seguro.

Prueba de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés)

Documento que resumen las disposiciones y los beneficios de un plan de seguro médico con cuidado administrado.

Referido

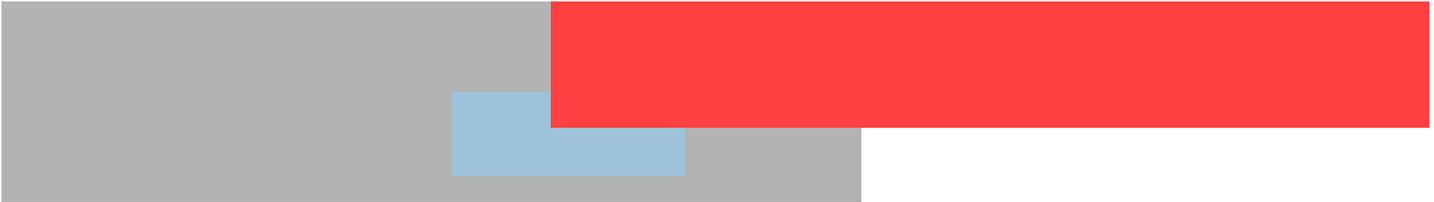
El proceso mediante el cual un miembro de un plan HMO recibe autorización (por lo general de su PCP) para recibir u obtener cuidado de un especialista u hospital.

Rescindir

Anular o invalidar una póliza o cobertura. En muchos casos, cuando, y si una compañía rescinde una póliza, las primas se reembolsan.

Seguro individual

Póliza que provee protección a un titular y puede extender cobertura a la familia del mismo. A veces se le denomina seguro personal, a diferencia de un seguro colectivo.



Seguro Suplemental de Medicare

Cobertura de seguro que se vende en base individual o colectiva para ayudar a cubrir las insuficiencias de protección del programa Medicare. Este seguro también se conoce como “programa Medigap”.

Suscripción

Proceso mediante el cual un asegurador determina si aceptará y clasificará, y sobre cuál base, los riesgos asociados con una solicitud de cobertura.

**PROGRAMAS DE ALCANCE
A CONSUMIDORES DE SEGUROS
DE VIDA Y SALUD**

La sección de Alcance a Consumidores de Seguros de Vida y Salud de la Oficina de Seguros presta servicios y brinda protección al proveer educación, información y asistencia a los consumidores. Se logra esta misión al coordinar todos los programas de alcance a consumidores de seguros de vida y salud, entre ellos los programas para personas mayores. La Oficina de Seguros produce y distribuye muchas guías y folletos. Un programa especial de alcance ofrece ayuda a lo consumidores con sus inquietudes relacionadas con seguros. El alcance a consumidores se ofrece por muchos medios distintos. Los más populares son oradores en reuniones de grupos cívicos o profesionales, presentaciones en ferias de salud y participación en seminarios. Los oradores están disponibles para cubrir varios temas ante su grupo u organización. Dichos temas incluyen:

Asuntos de importancia para personas mayores como suplementos
a Medicare y cuidado a largo plazo
Ética y equidad en las prácticas de negocio de los aseguradores
Seguro de salud
Seguro de vida
Ley HIPAA
Seguro para empleadores pequeños
Anualidades
Emisión de licencias para agentes
Seguro de vivienda
Seguro comercial
Seguro de automóvil

**Comuníquese con la Life and Health Insurance Consumer Outreach Section
(Sección de Alcance a Consumidores de Seguros de Vida y Salud) en:**

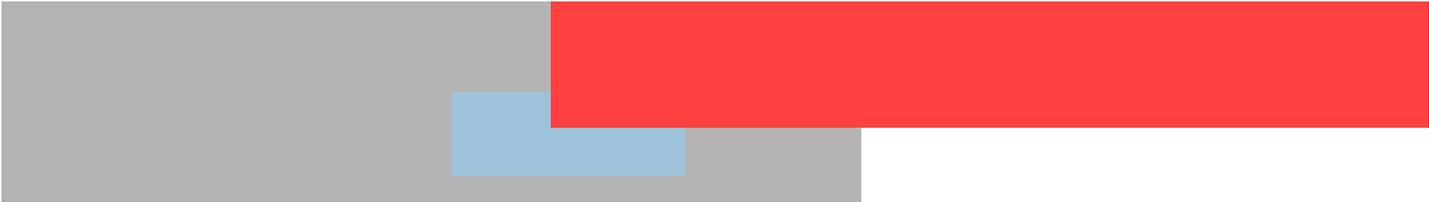
P. O. Box 1157

Richmond, Virginia 23218

Línea gratuita 1-877-310-6560

Local (804) 371-9092

**O ingrese en el sitio Web de la Oficina, haga clic en “Consumer”
(Consumidor) y luego clic en “Want a Speaker to Address Your Group”
(¿Desea que un orador se dirija a su grupo?)**



Programa de Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros de Virginia (VICAP, por sus siglas en inglés)

Otro recurso para ayudarle con sus necesidades seguro de salud es el Programa de Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros de Virginia (Virginia Insurance Counseling and Assistance Program, VICAP). El VICAP ayuda a personas mayores residentes de Virginia y a otros beneficiarios de Medicare a tomar decisiones bien fundamentadas sobre varios tipos de seguro de salud. Los consejeros de VICAP también ayudan con facturas médicas complicadas y temas relacionados con los derechos de los pacientes.

No se permite que los consejeros de VICAP tengan licencia para vender seguros de vida y salud en Virginia. No se les permite recomendar ninguna compañía o agente de seguros en particular. Todo el asesoramiento es confidencial. Puede comunicarse con un consejero de VICAP llamando a la Agencia de la Vejez de su área. También puede comunicarse con VICAP en el Centro de Derechos de los Ancianos (Center for Elder Rights) del Departamento de Asuntos de la Vejez (Department for the Aging) de Virginia a su número gratuito nacional 1-800-552-3402 (TTY por voz).

Virginia Insurance Counseling and Assistance Program (VICAP)

Another resource to assist you with your health insurance needs is the Virginia Insurance Counseling and Assistance Program (VICAP). VICAP assists older Virginians and others on Medicare to make informed decisions about various types of health insurance. VICAP counselors also assist with complicated medical bills and patients' rights issues.

