



SEGUROS DE SALUD

Guía para los Consumidores



ESTADO DE LA FLORIDA

Departamento de Servicios Financieros

Contenido

- 4 Cobertura de salud tradicional o administrada
- 4 Tipos principales de cobertura
- 7 Clases de cobertura de gastos médico mayores
- 9 Otras pólizas de salud
- 11 Cuentas de ahorro de salud
- 12 Continuación de cobertura
- 13 Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPPA)
- 15 Factores a considerar al comparar sus opciones para el cuidado de la salud
- 18 Preguntas y respuestas sobre las primas
- 20 Consejos útiles
- 21 Cómo hacer reclamaciones
- 21 Cómo seleccionar una compañía de seguros
- 23 Cómo seleccionar un agente de seguros
- 23 Su privacidad médica y la Agencia de Información Médica
- 24 Sus derechos y responsabilidades
- 25 Discriminación en el seguro contra las víctimas de abuso
- 25 Señoras y señores de la edad dorada, ¿tienen preguntas sobre su seguro de salud?
- 26 ¡El fraude en los seguros nos cuesta a todos!
- 27 Glosario



Línea de ayuda
al consumidor

1-877-693-5236



O visite nuestra
página Web:
www.MyFloridaCFO.com



Teléfono para sordos:
1-800-640-0886

NOTA:

La Oficina de Regulación de Seguros (OIR) regula la mayoría de las tarifas y formularios usados en la Florida. Aunque ambos pertenecen administrativamente al Departamento de Servicios Financieros (DFS), son entidades separadas que reportan al Gabinete de la Florida. Como los asuntos relacionados con los servicios al consumidor los maneja el Departamento de Servicios Financieros (DFS) es bueno recordarles que DFS es su punto de contacto si tiene problemas sin resolver o preguntas.

Copyright ©2008

Florida Department of Financial Services



Printed on partially recycled paper

Seguro de salud

Nadie planea enfermarse o sufrir heridas. Pero la vida está llena de eventos inesperados que provocan la necesidad de atención médica. Puede ser desde un resfriado hasta una enfermedad prolongada, o un accidente inesperado. Cuando surgen estas situaciones, la mejor defensa financiera para cubrir los costos de estos acontecimientos es tener un seguro de salud adecuado.

El seguro le ayuda a proteger sus bienes y el pago de los costos médicos. Pero elegir la póliza que mejor cubra nuestras necesidades puede ser un gran desafío. Esta guía le ofrece información sobre las diferentes clases de pólizas de seguro de salud que están a su disposición, así como también ideas para escoger la cobertura más apropiada para cada persona y las definiciones y los términos comúnmente usados por las compañías en las pólizas de seguro.

Si tiene alguna pregunta después de leer esta guía, por favor no dude en llamar a la Línea de ayuda al consumidor del Departamento de Servicios Financieros del Estado de la Florida al 1-877-MY-FL-CFO (1-877-693-5236).



Al momento de elegir su seguro de salud, la primera decisión será escoger entre cobertura tradicional y cobertura administrada. Con el seguro de salud tradicional, usted -el asegurado- puede elegir un proveedor de asistencia médica, el médico u hospital. Quizás tenga que pagar por los servicios prestados al momento de recibirlos y enviar las cuentas a su compañía de seguros para que ellos le reembolsen la porción que están obligados a pagar según los términos de su póliza de seguros. Muchas veces el proveedor envía la cuenta directamente a la compañía de seguros para recibir el reembolso.

El sistema de cobertura administrada combina los servicios de salud y el pago de los mismos. Esto limita su selección de médicos y hospitales, pero en cambio pagará mucho menos por la atención médica (consultas médicas, recetas, cirugías y otros beneficios que la póliza cubra) que con un seguro de cobertura tradicional. La cadena de cobertura administrada controla los servicios de asistencia médica.

Tipos principales de cobertura

Organizaciones de Salud de Cobertura Administrada (HMOs)

Los miembros de los HMO pagan una cantidad fija mensual (muy similar a una prima de seguros), que les ofrece acceso a una amplia cantidad de servicios de cuidado de la salud. Los miembros solamente pagan una cantidad determinada o copago, por cada visita a la oficina del médico, al salón de emergencia o por las medicinas por receta. El asegurado no tiene que pagar la suma total a quien le brinde los servicios para obtener más tarde una parte en reembolsos. Recientemente, las leyes y las regulaciones han hecho cambios en los HMO para que ofrezcan

planes con deducibles y copagos similares a los del programa de PPO (lea más abajo sobre esta cobertura) Los miembros del HMO nunca o casi nunca tienen que llenar o preparar planillas para el reembolso de gastos médicos; pero tienen que utilizar la red de proveedores del HMO, la cual incluye los médicos, las farmacias y los hospitales que están bajo contrato con ese HMO.

Puede obtener una copia gratis de la guía sobre “Organizaciones de Mantenimiento de Salud (HMO)” llamando gratis a la Línea de ayuda al consumidor del Departamento de Servicios Financieros, 1-877-MY-FL-CFO (1-877-693-5236). Otra alternativa es obtener una copia digital de la guía en la página Web, www.MyFloridaCFO.com.

Organizaciones de Proveedores Exclusivos (EPOs)

Con una Organización de Proveedor Exclusivo (EPO) la compañía de seguros firma convenios con hospitales o proveedores específicos. Los asegurados deben utilizar esos hospitales y proveedores para recibir los beneficios de este plan.

Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPOs)

Las organizaciones de PPO ofrecen otra clase de red de proveedores para satisfacer las necesidades de salud de los consumidores. Una compañía de seguros tradicional ofrece los beneficios de salud y la aseguradora firma contratos con un grupo de proveedores que ofrecen servicios de cuidados de salud para controlar el costo de los beneficios. Como los proveedores reciben su pago rápidamente y ofrecen servicios a numerosos pacientes, pueden reducir sus honorarios. Usualmente el consumidor selecciona a quien desea para sus servicios de salud, pero pagan mucho menos cuando utilizan los proveedores preferidos de la red.

Planes de Punto de Servicio (POS)

Estos planes pueden tener varios nombres y diferentes opciones. Ellos combinan diferentes aspectos de los planes tradicionales de seguro médico con otros aspectos que ofrecen los HMOs y los PPOs.

En los planes de POS, los miembros asegurados pueden decidir en el punto de servicio si desean recibir atención médica por uno de los doctores que pertenecen al grupo o pueden optar por los servicios de cualquier otro médico que no pertenezca al grupo. El plan POS paga menos para cubrir los servicios de salud prestados por proveedores pertenecientes al grupo.

También el plan POS usualmente requiere que usted pague deducibles y copagos elevados si los servicios de salud los ofrecen médicos que no pertenecen al grupo.

Clases de cuidado tradicional

Seguro médico básico (hospital/médico/quirúrgico)

Los seguros de hospitalización usualmente pagan una porción del costo de su cuarto y estadía en el hospital. Es posible también que paguen por algunos de los servicios brindados por el hospital, tales como el uso de la sala de cirugía, los exámenes de laboratorio y rayos X.

El seguro médico/quirúrgico ayuda a pagar los costos por la cirugía y los servicios relacionados con la misma (ya sea en el hospital o en la oficina del médico), así como por la anestesia. Es posible que pague por las visitas médicas durante su estadía en el hospital o por otros servicios que no estén relacionados con la cirugía.

Los pagos por los costos quirúrgicos se basan en una lista de pagos asociados al tipo de cirugía. Las compañías aseguradoras utilizan una lista de pagos previamente establecida de acuerdo

con el procedimiento efectuado, para establecer el pago del mismo, siempre que el precio usado sea usual, normal y razonable de acuerdo con los costos actuales de la misma cirugía.

- **Usual** es lo que normalmente un profesional de la medicina cobra por un procedimiento normal.
- **Normal** se refiere a la gama de honorarios cobrados por médicos de la misma especialidad, en la misma área geográfica por un procedimiento específico.
- **Razonable** se aplica a aquellos honorarios diferentes a los llamados “usual o normal” debido a circunstancias fuera de lo común. El procedimiento médico puede incluir complicaciones médicas que requieran tiempo adicional, conocimientos y experiencia. Esta condición pone un límite en la cantidad que la compañía aseguradora pagará bajo los términos de su póliza. Trate de saber cuál será la cantidad que la compañía de seguros estará dispuesta a pagar por los servicios sujetos al tipo de honorario usual, normal o razonable antes de someterse a un procedimiento.

Las pólizas diferentes de seguro médico básico ofrecen a los consumidores beneficios distintos por habitación y estadía en un hospital, servicios del médico, cirugía y otros gastos. Cuando compare las primas de diferentes pólizas, compare también si ofrecen los mismos beneficios.

Seguros de gastos médicos mayores

Estas pólizas ofrecen protección contra los altos costos por hospitalización, tratamiento de heridas, o enfermedades serias o crónicas. Otras coberturas incluyen el costo de una transfusión de sangre, medicinas y servicios fuera del hospital, tales como visitas al doctor.

La mayoría de las pólizas de seguro de grupo se encuentran en esta categoría, que también incluye los planes básicos o generales que existen bajo la cobertura de salud para grupos pequeños. (Lea la sección dedicada a Planes de Grupo).

Las pólizas de seguros de gastos médicos mayores cuestan más y ofrecen más beneficios que las pólizas básicas. Una póliza de este tipo normalmente paga el 80% de los gastos cubiertos, después del pago del deducible. Las compañías de seguros utilizan una lista de precios establecidos para cubrir, en particular, cada procedimiento médico. Sin

embargo, este precio puede ser diferente del precio que reciba cuando le pasen la cuenta. Muchos de los planes de PPO tienen estipulaciones que indican que el proveedor de servicios sólo puede cobrar el costo de la cantidad indicada como usual y razonable.

El límite del reembolso de una pérdida restringe la cantidad de coaseguramiento que usted debe pagar. No todas las pólizas de seguro incluyen estos límites, pero si lo incluyen, la compañía paga el 100% de los gastos cubiertos restantes después que usted paga por el reaseguramiento establecido en su póliza.

Clases de cobertura de gastos médicos mayores

Planes de grupo

Será relativamente sencillo satisfacer sus necesidades de seguro de salud si su empleador le ofrece un plan de seguro de grupo o le brinda opciones para otras clases de planes. Los seguros de salud de grupo pueden cubrir a varias personas o grupos bajo una misma póliza. Cuando usted obtenga su seguro de salud a través de un plan de grupo usted recibirá un certificado en lugar de una póliza de seguro.

En general, las pólizas de grupo son aptas para la mayoría de los individuos y pueden incluir provisiones que permitan la cobertura de sus familiares.

Aquellos empleadores que tengan de 1 a 50 empleados pueden garantizar cobertura en un plan de seguros de grupo conocido como pequeños grupos de cobertura de salud. Cobertura garantizada para aquellos propietarios que no tienen empleados puede obtenerse, anualmente, solamente durante el mes de agosto y el contrato no tiene efectividad hasta el 1ro de octubre. Este tipo de cobertura asegura que los planes de grupo estén disponibles para aquellos empleadores que son propietarios de pequeños negocios sin tomar en cuenta que en el grupo existan empleados que

hayan presentado antes reclamaciones de salud. Las compañías de Seguros y las Organizaciones de Salud de Cobertura Administrada (HMOs) que ofrecen cobertura a través de un empleador de 1 a 50 empleados tienen que poner al alcance del empleador el plan básico y el plan normal. La mayoría de las compañías aseguradoras y las Organizaciones de Salud de Cobertura Administrada (HMOs) ofrecen otros planes de salud con beneficios, aparte del plan básico y el plan normal.

Para más información sobre los seguros de salud para grupos pequeños con planes básicos y estándar y sobre la Ley de Acceso a Seguro de Salud para Pequeños Grupos (“Small Group Health Access Act”) puede llamar gratis a la Línea de ayuda al consumidor del Departamento de Servicios Financieros, 1-877-MY-FL-CFO (1-877-693-5236). También puede obtener una copia digital de la Guía “Seguros para dueños de pequeños negocios” en la página Web www.MyFloridaCFO.com.

Planes individuales

Los planes de seguro de salud individuales cubren a una persona o a todos los miembros de su familia bajo una misma póliza. Normalmente, las personas que compran un plan de seguro de salud individual no tienen acceso a una póliza de

grupo o desean obtener cobertura adicional para el plan que tienen. Otras personas utilizan las pólizas de salud individuales cuando están desempleados y no tienen acceso a cobertura bajo pólizas de grupo, o porque quieren complementar los beneficios que reciben del Medicare.

Si compra una póliza de seguro individual, tiene 10 días a partir del día en que recibe su póliza para decidir si se queda con ella o prefiere cancelarla. Usted deberá devolver dicha póliza dentro del tiempo permitido para obtener el reembolso total. Si quiere rechazar la póliza, es preferible que la devuelva por correo registrado o certificado. Esto le ayudará a evitar un conflicto potencial con la compañía aseguradora.

Cobertura por afiliación con una asociación fuera del estado

Una compañía de seguros que vende cobertura de salud a los residentes de la Florida tiene que tener una licencia emitida por este estado. Sin embargo, si la oficina principal de la asociación está en otro estado, la cobertura ofrecida a sus miembros será gobernada por las leyes del estado donde la asociación está registrada, no por las de la Florida. Esto significa que muchas de las leyes más importantes

para la protección del consumidor en la Florida, en particular las que dictan los aumentos de las primas, es posible que no se apliquen a estas ofertas. Aunque este tipo de cobertura pueda parecer al principio más económica, la ausencia de leyes de protección al consumidor al renovar la póliza puede ser más evidente en el futuro.

Esto puede convertirse en un problema para el asegurado si luego desarrolla una enfermedad crónica y no puede calificar para otra póliza más económica. La decisión de comprar cobertura a una asociación fuera del estado se debe analizar con cuidado según las circunstancias personales, en especial el tiempo que se necesita la cobertura y otras opciones en caso de que el seguro se vuelva incosteable. En general, mientras más largo sea el período de cobertura necesaria es más importante considerar una cobertura gobernada por todas las leyes de protección al consumidor de la Florida. Los formularios y las primas no son aprobados por la Florida. Cuando su cobertura termine puede elegir convertir su póliza en un contrato de cobertura garantizada. Sus documentos de membresía deben explicarle qué hacer y cuáles son sus opciones para convertir su póliza.

Alerta al consumidor

De acuerdo con los estatutos, las solicitudes para una póliza de seguro aprobada en otro estado deben contener la siguiente advertencia en un color contrastante cerca de donde va su firma con la información sobre el estado que gobierna dicha cobertura y las consecuencias de no comprar cobertura gobernada por las leyes de protección al consumidor de la Florida. Es más, los certificados emitidos para una póliza aprobada por otro estado deben contener la siguiente declaración, por lo general, en la primera página: “Los beneficios de la póliza de seguro que le ofrece cobertura, serán gobernados principalmente por las leyes del estado que la emitió y no por el estado de la Florida”. (“The benefits of the policy providing your coverage are governed primarily by the laws of a state other than Florida”). Esta declaración le sugiere hacer más preguntas sobre las leyes que gobiernan su cobertura y valorar si cubre sus necesidades.

También hay planes de cobertura para un solo empleador

Los seguros de salud tradicionales y los de cobertura administrada son la mayoría de los planes de seguro ofrecidos a través del sistema de salud estadounidense. Sin embargo, los empleadores pueden seleccionar otra alternativa para cubrir los gastos del seguro de salud y satisfacer las necesidades de sus empleados. Esta clase de cobertura es conocida como plan de un solo empleador.

Plan de cobertura de un solo empleador

Estos planes caen bajo las directivas trazadas por el gobierno federal según la Ley para la seguridad de los ingresos de retiro del empleado (Employee Retirement Income Security Act) (ERISA). Los empleadores establecen estos planes para proveer un seguro de salud y/o otros beneficios para los empleados, sus familias y sus dependientes. Una compañía aseguradora puede brindar un plan completo de seguros de este tipo o el empleador puede optar por un plan de autoaseguramiento.

Los empleadores participantes en el plan de autoaseguramiento asumen ellos mismos los riesgos financieros que conlleva este plan, en vez de transferirlos a una compañía de seguros. El empleador paga las reclamaciones presentadas por el empleado cubierto por este plan. Su empleador puede contratar a una compañía de seguros para administrar el plan, pero esta compañía no es responsable por el pago.

El Departamento de Servicios Financieros de la Florida no regula los planes de autoaseguramiento ofrecidos por un solo empleador. Además, el Fondo de Garantías de la Florida (The Florida Guaranty Fund), la compañía que paga las pérdidas sufridas por el asegurado cuando una compañía se vuelve insolvente, no cubre las pérdidas de los planes autoasegurados.

El nombre de una compañía de seguros o el logo de la misma pueden aparecer en la documentación que usted va a recibir de su empleador individual, pero no se deje engañar. Muchos de estos planes contratan a una aseguradora para administrar las reclamaciones de la compañía. La aseguradora actúa simplemente como administrador, pero no tiene ninguna obligación legal para pagar reclamaciones. Usted debe determinar si su cobertura viene de un plan autoasegurado. Puede parecer que la aseguradora garantiza su plan cuando no es así. También debe averiguar la historia del grupo asegurador que le está ofreciendo el plan y hablar con sus miembros para saber si han tenido problemas con los pagos de sus reclamaciones.

Factores a tomar en consideración al comparar planes de salud

Los planes de seguro de salud individual o de grupo ofrecen cobertura para sus familiares. Las pólizas de seguro de salud para su familia casi siempre pagan por su esposo(a) y por sus hijos hasta que lleguen a la edad específica señalada en la póliza. Sin embargo, la compañía aseguradora no puede terminar la cobertura del seguro de salud a sus hijos cuando ellos no tengan otro medio de ganarse la vida por estar física o mentalmente incapacitados. Ambos planes de seguro de salud, el individual o de grupo, pueden ofrecer diferentes tipos de cobertura, tales como 'hospital', 'médico/quirúrgico', o 'de gastos médicos mayores'.

Seguro de salud suplementario

Esta clase de póliza ofrece cobertura extra o adicional a la cobertura que le ofrece su póliza de seguro básico.

Usted debe usar este tipo de póliza como suplemento, no como sustituto de su póliza médica básica. Algunas pólizas incluyen un período de eliminación, lo que significa que la compañía de seguros solamente pagará beneficios después que usted haya estado hospitalizado durante un número determinado de días.

Seguro de Indemnización por hospitalización

Estas pólizas pagan una cantidad fija o indemnización por cada día, semana o mes que usted esté hospitalizado. Estas pólizas pagan una cantidad predeterminada por beneficios.

Seguro por incapacidad

Estas pólizas le pagan un ingreso semanal o mensual durante un período específico de tiempo cuando usted está incapacitado para continuar trabajando o no puede conseguir otro trabajo. Esta incapacidad puede ser ocasionada por una enfermedad, una lesión o la combinación de ambas. La mayoría de los planes de incapacidad coordinan sus beneficios con los de la oficina del Seguro Social y con los del Seguro de Compensación a los Trabajadores para eliminar la duplicación de cobertura.

Usted puede seleccionar una póliza de seguro que incluya un tiempo específico de espera después de comenzada su enfermedad, llamado período de eliminación, para empezar a recibir sus beneficios. Mientras más dure el período de eliminación, menos costosa será la prima del seguro. Las primas también pueden variar según su profesión, los riesgos a que está expuesto y su edad. Por ejemplo, un trabajador de la construcción de edificios

altos probablemente paga una prima más alta en comparación con una persona que trabaja en una florería.

Cuando piense comprar una póliza de seguro por incapacidad, debe informarse de cuál es la definición que ellos utilizan para describir la incapacidad y los requisitos que debe cumplir.

Los seguros de incapacidad, tanto individual como de grupo, deben ofrecer cobertura tanto para el asegurado como para sus dependientes elegibles que se incapaciten. Esta cobertura se aplicará durante los primeros 12 meses de la incapacidad, pero sólo si durante ese tiempo la persona está imposibilitada para cumplir con todos los deberes que son normales en su ocupación. Después de los primeros 12 meses, la compañía aseguradora puede pagar los beneficios basados en la habilidad de la persona para desempeñar cualquier tipo de trabajo para el que haya sido razonablemente entrenado.

Una compañía aseguradora que está pagando beneficios por incapacidad puede solicitar al médico del asegurado un reporte escrito del progreso del paciente. La frecuencia de este requerimiento depende de la clase de póliza en particular. Por ejemplo, una compañía aseguradora puede requerir esta clase de reporte médico todos los meses. Adicionalmente, el asegurador puede averiguar ciertas actividades públicas de los asegurados que presentan reclamaciones para evitar las posibilidades de fraude y de esta forma mantener los costos de las primas más bajos.

Seguro de accidentes

Estas pólizas cubren muerte, incapacidad, hospitalización y el cuidado médico requerido a consecuencia de un accidente. Una variación común de esta póliza es el llamado 'Seguro por muerte accidental' ("Accidental death insurance") que puede pagar beneficios adicionales por muerte causada por un accidente automovilístico o en el hogar.

Seguro de beneficios limitados

Estas pólizas cubren ciertos gastos ocasionados por enfermedades, heridas u otras circunstancias especificadas en la póliza. Por ejemplo, las pólizas de cáncer pagan beneficios por el tratamiento del cáncer. Algunas de ellas pagan beneficios por enfermedades causadas o agravadas por el cáncer o su tratamiento.

Seguro para cuidados a largo plazo

Este seguro comprende una amplia variedad de servicios médicos, personales y sociales. Una persona puede necesitar este tipo de cuidado si sufre de una enfermedad prolongada, incapacidad, o un impedimento cognoscitivo. Las compañías de seguros privadas ofrecen pólizas de seguro para cuidados a largo plazo individual o de grupo que cubren una variedad de servicios que no están cubiertos bajo una póliza de seguro convencional, ni por Medicare o bajo el seguro suplementario de Medicare.

Seguro de asistencia médica a domicilio

Esta clase de póliza de seguro cubre los servicios de salud recetados por un médico y ofrecidos por un servicio de asistencia médica domiciliaria certificado por Medicare o por el estado. La asistencia debe ser para ayudar en las actividades diarias, de supervisión o de protección de un paciente que tiene un impedimento cognoscitivo (tal como la enfermedad de Alzheimer o la senilidad). Algunas pólizas que ofrecen la cobertura de hogar de ancianos brindan la asistencia a domicilio a la vez automáticamente. Algunas compañías ofrecen seguro de asistencia médica a domicilio como una opción o anexo a la póliza de cuidados a largo plazo. Algunas compañías ofrecen pólizas que cubren solamente asistencia médica a domicilio. Su agente de seguros le podrá dar más información sobre las diferentes opciones que existen.

Póliza para cuidados en Hogar de Ancianos

Esta póliza es de beneficios limitados y ofrece cobertura alternativa para algunas personas y cubre uno o varios niveles

de asistencia. En la Florida, los niveles de asistencia comprenden servicios de custodia, intermedia y especializada (definidos en el Glosario). El impedimento cognoscitivo o la falta de habilidad para desempeñar una o más de las actividades de la vida diaria, activarán los beneficios de esta clase de cuidado.

Usted puede obtener gratis la guía titulada Cuidados a largo plazo: Guía para los Consumidores llamando a la Línea de ayuda al consumidor del Departamento de Servicios Financieros al 1-877-MY-FL-CFO (1-877-693-5236) u obtener una copia digital en la página Web www.MyFloridaCFO.com

Para definiciones sobre deducible, coaseguramiento y copago, vea el Glosario al final de la guía.

Cuentas de ahorro de salud

Una Cuenta de Ahorro de Salud (HSA) es un plan de ahorro libre de impuestos en la Florida que puede ser muy ventajoso para el pago de gastos médicos. Este programa le ofrece la oportunidad al consumidor de hacer depósitos en su cuenta hasta el nivel de su deducible. La cuenta (HSA) tiene que ser usada conjuntamente con altos deducibles aplicados en el plan de seguros de salud. Para poder participar, el plan de seguros tiene que ofrecer un deducible de por lo menos \$1,000 (hasta \$2,650) para una póliza individual y \$2,000 (hasta \$5,150) para una póliza familiar. Las primas del seguro se pagan fuera del programa. Para obtener una lista de las compañías que están calificadas para ofrecer esta clase de seguros, llame al DFS o visite nuestra página Web www.MyFloridaCFO.com. También puede visitar el programa HSA en www.treas.gov/offices/public-affairs/hsa o llame al Servicio de Rentas Internas (IRS) al (202) 622-6080.



COBRA

La ley federal COBRA (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act) permite a los empleados en proceso de jubilación, o aquellos que han perdido cobertura por haber renunciado a su trabajo o por causa de reducción del número de horas de trabajo, continuar su seguro de grupo por un período limitado de tiempo. Esto también es aplicable a los familiares que han perdido su cobertura, ya sea por divorcio, separación legal o muerte del empleado que tenía la cobertura, o si el empleado califica para recibir Medicare; o pierde su condición de dependiente de acuerdo a las provisiones del plan de salud. COBRA sólo es aplicable a aquellos empleadores con 20 o más empleados.

Si usted califica para recibir los beneficios de COBRA, el administrador de su plan de seguro deberá notificarle sobre su derecho a decidir si desea mantener sus beneficios bajo el plan. A partir de ese momento usted tiene 60 días para aceptar la cobertura o perder todos los derechos a recibir beneficios. Una vez que usted selecciona la cobertura de COBRA, es posible que tenga que pagar el 100 por ciento del total de los costos del seguro más el 2% para gastos de procesamiento.

Para obtener una publicación gratis que explica la cobertura de COBRA con más detalles, puede llamar a la Administración de la Seguridad de Beneficios para los Empleados (Employee Benefits Security Administration) al 1-866- 444-3272.

Mini-COBRA

La ley Mini-COBRA de la Florida ofrece la continuación de una cobertura similar que protege a los empleados que trabajan para empresas con menos de 20 empleados.

Nota: En la Florida, bajo la ley de Mini-COBRA es el empleado quien tiene que notificar al asegurador su elegibilidad para

continuar su cobertura dentro de los 63 días de perder su elegibilidad en el seguro de grupo.

Quiénes califican para COBRA y Mini-COBRA

La continuación de cobertura de salud va desde un mínimo de 18 meses hasta un máximo de 36 meses, según la situación particular. La cobertura puede continuar por 11 meses más si el asegurado se vuelve incapacitado al mismo tiempo que ocurre un hecho que lo hace elegible para recibir los beneficios de COBRA. Por ejemplo, si el empleado es despedido (con la excepción de mala conducta), o le reducen las horas de trabajo. Sin embargo, no podrán exceder el límite de 36 meses. Otros eventos para calificar pueden ser:

- El beneficiario pierde la cobertura de seguro por causa de la muerte del empleado;
- El divorcio o la separación legal del empleado(a) y su esposo(a);
- El empleado califica para recibir Medicare;
- Un niño(a) pierde su estado legal de dependiente, según las provisiones estipuladas en el plan de salud.

Además la ley de la Florida le brinda la opción de convertir su póliza de grupo en póliza individual si usted se retira de la póliza de grupo. Si usted deja de trabajar, se divorcia, o llega a la edad de 25 años y no califica como dependiente bajo la póliza de grupo de su padre o madre, puede convertir su póliza de grupo en una póliza individual. Una póliza que se convierte a un plan individual, usualmente cuesta más que una póliza de grupo. Quizás disminuyan los beneficios, pero no va a necesitar un examen médico para calificar para la cobertura del seguro.

Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA) (“Health Insurance Portability and Accountability Act”)

Una ley federal llamada HIPAA, Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act), y otras leyes de la Florida que la implementan, gobiernan muchas situaciones importantes para la continuidad de la cobertura. Usted se encuentra bajo la protección de HIPAA cuando su cobertura termina, pierde los beneficios de salud cuando su empleo o la cobertura de la COBRA terminan, o su póliza cambia debido a un cambio de aseguradora o de empleo.

Si tiene alguna pregunta en cuanto a su seguro de salud llame a la Línea de ayuda al consumidor del Departamento de Servicios Financieros al 1-877-MY-FL-CFO (1-877-693-5236) para que le expliquen sus opciones bajo HIPAA y la ley estatal.

Portabilidad

Una de las protecciones más importantes para el consumidor de la ley HIPAA es el crédito por la cobertura de salud que tenía anteriormente. Esta protección es reconocida como “portabilidad.” Bajo HIPAA hay que tomar en consideración el tiempo que estuvo el asegurado bajo la cobertura previa para reducir los tiempos de espera asignados en la nueva póliza por condiciones preexistentes. Las leyes también limitan este período de espera a no más de 12 meses para el empleado que se une al grupo de su empleador, o 18 meses si se enrola más adelante. (No obstante, una embarazada que cambia de grupo y el grupo tiene de dos a 50 empleados, no tiene que esperar para que el seguro pague los gastos asociados con el embarazo.)

Tan pronto cese su cobertura con su seguro anterior, la compañía tiene que entregarle el “certificado de cobertura previa”, que es su prueba de cobertura con el plan anterior. Este documento confirma por cuánto tiempo usted y sus familiares estuvieron cubiertos por el plan de seguro y qué clase

de beneficios y cobertura tenían bajo este plan.

Usted puede haber recibido beneficios de un plan de seguros durante 12 meses, ya sea seguro individual o de grupo. En cualquiera de los casos, es posible que el período de espera para una condición preexistente en el nuevo contrato se reduzca si solicita su seguro dentro de los primeros 63 días.

Tome nota: El período de espera que el empleado tiene que cumplir antes de tener derecho a los beneficios de salud no está incluido en los 63 días mencionados anteriormente.

Pólizas de seguro individual con “emisión garantizada”

Por lo general, una persona que busca cobertura de salud tiene que someterse a un examen médico para demostrar que está suficientemente saludable como para calificar. Sin embargo, bajo ciertas circunstancias, un individuo puede calificar para recibir una cobertura con emisión garantizada gracias a las provisiones de HIPAA y las leyes estatales. Es decir, la póliza se emite sin tomar en cuenta el estado de salud del aspirante.

¿Quién califica para la póliza de seguro de “emisión garantizada”?

Existen requerimientos muy importantes que determinan si usted califica para una póliza de seguro individual de emisión garantizada.

- Usted perteneció a un seguro de salud de grupo, del gobierno, o

de una iglesia, y ahora no califica para ese plan o cualquier otro plan de grupo;

- Usted ha agotado su cobertura bajo COBRA o un período de continuación similar en otra clase de seguro de salud;
- Usted ha tenido un período de cobertura de 18 meses sin interrupción durante un período de más de 63 días sin cobertura de grupo o de COBRA.
- Usted recibió una cobertura individual en la Florida porque la aseguradora ya no funciona en la localidad donde usted reside o usted se mudó a otro condado donde su plan no ofrece cobertura.

¿Para cuál póliza califico yo?

Si el seguro de grupo que tenía anteriormente está bajo un plan gobernado por las leyes de la Florida, usted puede calificar para seleccionar un plan de conversión que le permite convertir su póliza de grupo en individual.

Si su plan anterior es un plan de grupo de autoaseguramiento, o un plan que se gobierna por las leyes de otro estado, o perdió su cobertura individual, usted tiene derecho a solicitar un plan individual de emisión garantizada poniéndose en contacto con cualquier compañía que ofrezca planes de salud individual. La compañía tiene que ofrecerle las dos opciones más populares que ofrecen a sus asegurados.

Existe una excepción, cuando el administrador del plan autoasegurado ofrece su propio plan de seguro de conversión según los requerimientos de las leyes en la Florida. En ese caso, usted no tiene derecho a otros planes, sólo a las opciones que ofrece dicho plan.

Las pólizas de “emisión garantizada” incluyen los siguientes beneficios:

Crédito por cobertura anterior

Si usted tiene 18 meses de cobertura previa sin ninguna interrupción durante más de 63 días, usted no tiene que cumplir el período de espera establecido para condiciones preexistentes cuando empiece su póliza de seguro individual. La cobertura anterior actúa como “crédito” contra el tiempo más largo del período (24 meses) que un asegurador puede requerir para una póliza de emisión garantizada. La cobertura previa de su esposo(a) o dependientes también cuentan como créditos.

Cobertura para una condición preexistente

La póliza puede no excluir totalmente la cobertura por condiciones preexistentes, ya sea de usted, su esposo(a) o sus familiares dependientes, al emitir un anexo.

Cobertura para un recién nacido o para un niño adoptado

Si su hijo(a) nació o fue adoptado(a) hace 18 meses, no tiene que cumplir con el requerimiento de “cobertura previa”. El niño califica para recibir beneficios desde el momento en que la póliza comienza. DFS está dispuesto a ayudarle a entender sus preguntas sobre HIPAA o continuidad de cobertura de salud. Si usted o su agente de seguros tiene alguna pregunta llame a la Línea de ayuda al consumidor del Departamento de Servicios Financieros al 1-877-MY-FL-CFO (1-877-693-5236). También puede llamar para informarse si la compañía vende pólizas individuales de seguros en la Florida.

FACTORES A CONSIDERAR AL COMPARAR SUS OPCIONES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Seleccionar un plan de salud es una decisión muy importante para tomarlo a la ligera. El seguro de salud le ofrece alivio y protección financiera en caso de eventos imprevistos. Debe estar seguro de que tanto la compañía a la que va a comprar cobertura, como su agente, tengan licencia en el estado de la Florida. Seleccionar una póliza que cubra todos los gastos desde un principio es muy costoso. Revise sus necesidades financieras y tome en consideración el nivel de protección que necesita para proteger su dinero y su capacidad de pagar los gastos que la póliza no cubra. Mientras más alta sea su participación en el costo de los servicios médicos, más bajas serán sus primas. Considere los siguientes aspectos a continuación.

¿Qué deberá pagar usted de su bolsillo?

Prima — Este es el pago mensual o anual que usted paga por la póliza de seguro.

Cantidad máxima a pagar de su bolsillo — Esta es la provisión que limita lo que usted pagará.

UCR (Usual, Normal y Razonable) — Es la cantidad de la reclamación que la póliza paga según el promedio del costo del procedimiento médico en una determinada área geográfica, etc. En muchos casos, esta provisión limita la cantidad que la compañía paga cuando usted presenta su reclamación. Esto es muy importante y debe considerarse ya que la definición de UCR varía de compañía a compañía.

Usted también es responsable del deducible, el coaseguramiento y/o los copagos. Para clarificar las definiciones consulte el Glosario al final de la guía.

¿Qué provisiones pueden afectar mi cobertura?

Coordinación de beneficios — Con esta provisión en su póliza no recibirá más beneficios que el pago de los gastos médicos o del hospital aunque tenga otra póliza. No importa si el esposo y la esposa tienen cobertura bajo diferentes grupos, esto no le permite cobrar por los mismos servicios dos veces, aunque se paguen dos primas de seguro.

Renovación y aumento de la prima — Esta estipulación en la póliza determina cuándo la compañía de seguros puede renovar la póliza o aumentar las primas.

Privilegios de conversión — Esta estipulación permite que usted pueda cambiar la cobertura cuando pierda su elegibilidad, sin tener que dar prueba de buena salud.





¿Por qué las compañías aumentan sus primas?

Las compañías de seguros aumentan las primas cuando el costo y la cantidad de las reclamaciones se incrementan.

Inflación en los costos médicos, es un factor principal en el aumento de las primas de seguros y se relaciona con el incremento anual de los costos en los procedimientos médicos.

Servicios médicos utilizados, o el número de veces que un médico realiza un procedimiento clínico anualmente, es uno de las causas del aumento en las primas de seguros.

Transferencia de costos, ocurre cuando los hospitales aumentan sus tarifas para compensar por aquellos pacientes que no pagan por servicios recibidos o por la atención a pacientes indigentes. También las nuevas tecnologías y exámenes, así como las demandas judiciales por mala práctica médica pueden contribuir a la transferencia interna de los costos y por consiguiente al incremento en el costo del seguro de salud.

¿Qué pagan las primas?

Las primas sirven para pagar las reclamaciones de los asegurados y otros gastos, tales como las comisiones de los agentes de seguros, el impuesto sobre las primas y los gastos administrativos.

¿Cómo se determinan las primas?

Las compañías de seguros consideran muchos factores cuando establecen sus primas. Entre ellos:

- Costos por servicios médicos
- Cobertura
- Edad del asegurado (la presente y la que tenía cuando se emitió la póliza)
- Género
- Hábitos en su estilo de vida (tales como fumar)
- Área geográfica
- Coberturas adicionales compradas por el asegurado

Un ejemplo de la última categoría, llamado exención de pago de primas, requiere que usted pague primas mensuales más altas, a cambio, la compañía pagará la prima de su seguro si usted se enferma y no puede pagarla.

Aviso al consumidor

Un reciente cambio legislativo establece que las compañías ofrecerían hasta un 10 % de descuento por la participación en programas de salud preventivos. Pregunte por este descuento a su compañía.

Además, las leyes de la Florida recompensan a quienes encuentran cargos inapropiados en sus facturas por servicios de salud. La intención de esta ley es ayudar a reducir los constantes aumentos en los costos de los seguros de salud. Usted debe revisar cuidadosamente cada uno de los cargos reflejados en las facturas de su hospital, su médico o cualquier otro proveedor de servicios de salud. Usted debe verificar que su factura cubra solamente los procedimientos médicos que usted realmente haya recibido. Esto también ayuda a vigilar la duplicidad de los mismos cargos "double billing". Si encuentra un error, debe notificárselo a la compañía de seguros por escrito. Usted puede recibir un 20% de la cantidad de la reducción en la factura, hasta un máximo de \$ 500.00 por una factura incorrecta que merezca una reducción.

Condiciones para la renovación y aumento de las primas

Las condiciones para renovar las pólizas de seguro y el aumento en las primas varían de póliza a póliza; pregunte a su agente de seguros o a un representante de la compañía sobre las condiciones que se tomarán en consideración en la póliza. Usted debe familiarizarse con estos términos:

Renovación condicional

Bajo esta condición, la compañía de seguros puede renovar la póliza hasta que el asegurado llegue a cierta edad. La compañía puede negar la renovación o aumentar las primas, según las condiciones especificadas en el contrato. Por ejemplo, la compañía puede declinar la renovación de su póliza si usted cambió de profesión. La mayoría de las compañías de seguros declina las renovaciones por razones que no están relacionadas con el deterioro de la salud del asegurado.

Renovación garantizada

Esto significa que la compañía debe renovar la póliza durante un período específico. Las compañías pueden aumentar el costo de las primas de forma consistente a todos los asegurados que están en el mismo nivel.

Sin cancelación

Bajo esta condición, una compañía aseguradora no puede cancelar o aumentar las primas si usted paga a tiempo.

Renovación opcional

Esto significa que la compañía de seguros puede cancelar su póliza cuando termine el contrato por cualquier razón, y aumentar el costo de las primas en cualquier momento.

A corto plazo, no renovable

Usted no puede renovar su póliza. El costo de las primas puede permanecer constante durante el período de la póliza, que usualmente dura unos pocos meses.

Según las leyes de la Florida, la compañía aseguradora debe darle 45 días de aviso, informándole la cancelación, no renovación o cambio en el costo de la prima por escrito. Los HMOs tienen 30 días para enviar la cancelación. Pero si usted no paga las primas, la compañía sólo tiene que notificarle la cancelación de la póliza en 10 días



- Conteste con honestidad las preguntas de la solicitud de cobertura de salud. La compañía de seguros puede negarle el pago de una reclamación o cancelar su póliza si los datos en la solicitud son incorrectos o incompletos.
- Cuidese de los fraudes por teléfono o de las tácticas de mercadeo agresivas que lo presionan para tratar de venderle seguros que usted no desea o son innecesarios. Hay personas que pueden utilizar tácticas fraudulentas o engañosas, tales como pedirle que pague las primas en dinero efectivo para aprovechar esta última oportunidad. Pida que le envíen por escrito la información e investigue toda la información del agente de seguros y las credenciales de la compañía. Si sospecha que ha ocurrido un fraude, por favor llame a la línea gratuita directa de FRAUDE al teléfono 1-800-378-0445, o al Departamento de Agricultura y Servicios al Consumidor al 1-800-HELP-FLA (1-800-435-7352). Por un costo nominal, el Departamento de Agricultura y Servicios al Consumidor puede añadir su nombre a la lista de teléfonos que los vendedores no deben llamar. También puede anotarse en el registro nacional Do Not Call Registry visitando su página en la Web, www.donotcall.gov o llamando al 1-888-382-1222.
- Comuníquese con el administrador de su póliza de seguro si quiere convertir su póliza de cobertura de grupo a cobertura individual debido a divorcio, restricciones de la edad, etc.
- Su compañía debe notificarle por escrito por lo menos 45 días antes de cancelar, no renovar su contrato, o cambiar la prima de su seguro. Los HMOs deben notificarle con 30 días de antelación. Usted puede llamar a la línea gratuita de ayuda al consumidor, 1-877-MY-FL-CFO (1-877-693-5236) si no recibe dicha notificación.
- Usted tiene el derecho, cuando solicite la compra de una póliza de seguro de salud individual, de revisar la póliza durante un período de 10 días. Si decide no aceptar la póliza, debe devolverla por correo certificado dentro del período de tiempo permitido por la ley.
- Usted tiene derecho a un “período de gracia”, que es un tiempo específico durante el cual puede hacer un pago atrasado y mantener su cobertura vigente.
- Pregúntele a su agente si su póliza fue emitida fuera de la Florida; si es así, debe asegurarse de que tiene toda la cobertura que necesita antes de comprarla. Lea con atención sus documentos y si dicen “certificado”, es casi seguro que la póliza fue emitida fuera del estado.
- Antes de comprar pólizas adicionales, es importante que comprenda cómo funcionará su cobertura con otra póliza. No compre seguros de más. Recuerde que no puede cobrar por la misma reclamación dos veces.
- Mantenga cobertura continua y no cancele su antigua póliza hasta que esté seguro de que la nueva compañía de seguros aceptó su solicitud. Algunas compañías no comienzan la cobertura hasta que la solicitud se aprueba y se lo notifican.
- Pague las primas aunque tenga un problema con la compañía de seguros. Si no paga, le cancelarán la póliza por falta de pago de las primas.

Cobertura para terapias “alternativas”

Debido al aumento del interés de los consumidores, algunas compañías de seguro y organizaciones de seguros de salud administrada (HMO) están ofreciendo cobertura para medicinas y terapias “alternativas”, tales como los suplementos herbales, acupuntura, masajes, etc. En algunos casos, los tratamientos alternativos cuestan menos que los procedimientos tradicionales. Sin embargo, la cobertura extendida para medicinas alternativas no tendrá lugar hasta que médicos expertos en la materia conduzcan estudios extensos además de investigaciones adicionales. La cobertura existente, generalmente conlleva reembolsos limitados y otras restricciones.

Cómo hacer reclamaciones

Las leyes de la Florida estipulan el uso de una planilla uniforme para hacer las reclamaciones a los seguros de salud. Muchos médicos y hospitales tienen las planillas a la disposición de sus clientes y en muchos casos las llenan por usted. Las siguientes instrucciones le ayudarán a acelerar el proceso de reclamación.

- Informe a su compañía de seguros por escrito antes de los 20 días de ocurrir el accidente o la enfermedad. Usted tiene hasta 90 días para presentar su reclamación.
- Comuníquese con su agente si necesita ayuda para llenar su reclamación. Los formularios debe llenarlos en su totalidad y de forma correcta. Adjunte copias de las facturas cuando se las pidan y guarde los originales. Haga que su médico o un representante del hospital

complete de inmediato (y firme si es necesario) las secciones del formulario que les corresponden.

- Guarde las copias de todo lo que usted envíe a la compañía o cualquier documento que la compañía le envíe a usted, incluyendo el día que usted hizo su reclamación.

Nota: Su compañía debe pagar su reclamación tan pronto reciba toda la información y las planillas necesarias. Si no pagan la reclamación en su totalidad o la rechazan, deben darle una explicación por escrito. Para más información, póngase en contacto con su compañía de seguros, el representante del HMO o la oficina de recursos humanos de su empleador. También es bueno buscar consejo con su propio médico y otros profesionales de la salud.

Cómo seleccionar una compañía de seguros

Cuando haga su elección es recomendable investigar primero cuáles son las credenciales de la compañía de seguros. Muchas organizaciones publican evaluaciones de las compañías de seguros y esta información está a su alcance en las bibliotecas públicas o en la Web. Dichas organizaciones incluyen: A.M. Best Company, Standard and Poor's, Weiss Ratings, Inc., Moody's Investors Service y Duff & Phelps. Las compañías de seguros se evalúan según varios elementos, tales como los datos financieros (incluyendo los

activos y las deudas) las operaciones y la historia de la compañía.

Antes de comprar un seguro verifique si la compañía está autorizada para vender pólizas en la Florida llamando gratis a la Línea de ayuda al consumidor del DFS al 1-877-MY-FL-CFO (1-877-693-5236). Cuando llame, tenga a mano el nombre legal completo de la compañía. También puede visitarnos en [www. MyFloridaCFO.com](http://www.MyFloridaCFO.com) y apriete el botón de “Verificar antes de comprar” al final de la página.



Cómo seleccionar a un agente de seguros

Es muy importante seleccionar a un agente licenciado para vender pólizas en la Florida. Algunos agentes estudian cursos adicionales y reciben títulos profesionales de seguros como los siguientes:

- CEBS - Certified Employee Benefits Specialist (Especialista Certificado en Beneficios para los Empleados)
- CFP - Certified Financial Planner (Planificador Financiero Certificado)
- ChFC - Chartered Financial Consultant (Consultor Financiero Certificado)
- CIC - Certified Insurance Counselor (Consejero Certificado de Seguros)
- CLU - Chartered Life Underwriter (Asegurador Certificado de Seguros de Vida)
- CPCU - Chartered Property and Casualty Underwriter (Asegurador Certificado de Seguros de Incendio y Responsabilidad Civil)
- LUTCF - Life Underwriting Training Council Fellow (Miembro del Consejo de Entrenamiento para Seguros de Vida)
- RHU - Registered Health Underwriter (Asegurador de Salud Registrado)

Es también importante elegir a una persona con la que se sienta a gusto para hacer negocios y que esté dispuesto a contestar todas sus preguntas. Para verificar si el agente está licenciado llame gratis a la Línea de ayuda al consumidor del DFS al 1-877-MY-FL-CFO (1-877-693-5236). También puede visitarnos en www.MyFloridaCFO.com y apriete el botón de “Verificar antes de comprar”.al final de la página.

Su privacidad médica y la Agencia de Información Médica

La Agencia de Información Médica, The Medical Information Bureau (MIB), es un banco de datos que contiene información médica y no médica de alrededor de 15 millones de personas que viven en Estados Unidos y que recopilan las 800 compañías de seguros miembros de la MIB.

Las aseguradoras envían al MIB la información que usted escribió en la solicitud de seguro de salud, en las planillas de inscripción, en las peticiones para aumentar la cobertura de salud, en las solicitudes de seguros de vida y

de incapacidad. El MIB también recibe exámenes médicos, exámenes de sangre y de laboratorio y los reportes del hospital si se pueden obtener legalmente.

Si alguna vez le han negado un seguro de vida o de incapacidad y se pregunta por qué, la respuesta está en los archivos del MIB. Pero usted tiene derecho a que su información en el MIB sea correcta. Llame al MIB al (866) 692-6901 para pedir una copia de su expediente, o visite su página en la Web en www.mib.com.

When you buy insurance, you have certain rights and responsibilities.

Sus derechos:

Usted tiene el derecho de recibir un ejemplar de su póliza de seguro o el certificado que explica su cobertura.

Usted tiene el derecho de recibir copias de todas las planillas y solicitudes firmadas por usted o su agente.

Usted tiene el derecho de apelar las reclamaciones que le hayan sido negadas.

Sus responsabilidades:

Usted tiene la responsabilidad de leer y entender su póliza de seguro.

Usted tiene la responsabilidad de leer y entender la explicación de los beneficios que le envíe su compañía de seguros. Estas planillas usualmente dicen “Esto no es una cuenta” (“This is not a bill”). Es importante que la revise cuidadosamente para estar seguro de que usted recibió de verdad todos los servicios médicos que le han cobrado a su compañía de seguros.

Usted tiene la responsabilidad de reportar cualquier sospecha de fraude al Departamento de Servicios Financieros. Si sospecha que se ha cometido un delito, por favor llame a la línea gratuita directa de reporte de fraude, al teléfono 1-800-378-0445.

Usted tiene la responsabilidad de confirmar que toda la información en su solicitud es correcta. Esto incluye información sobre condiciones preexistentes. Si usted comete fraude o da una información incompleta en su solicitud, la compañía le puede cancelar la póliza o no pagar una reclamación.

Usted tiene la responsabilidad de saber qué cubre o no cubre su póliza de seguros.

Usted tiene la responsabilidad por el pago de las primas, aún cuando no esté de acuerdo con una decisión de su aseguradora.

Usted tiene la responsabilidad por el pago del deducible establecido en su póliza.

Usted tiene la responsabilidad verificar la licencia de su agente y de la compañía de seguros. Puede llamar gratis a la Línea de ayuda al consumidor del DFS al 1-877-MY-FL-CFO (1-877-693-5236).

Por favor, recuerde ¡una tarjeta de presentación no es una licencia!

Discriminación en el seguro contra las víctimas de abuso

Las leyes de la Florida protegen a las víctimas de violencia doméstica o abuso contra la posible discriminación de las compañías de seguros. Si está en ese caso y le han negado cobertura de seguros, si sus primas aumentaron, o si la compañía de seguros no quiere pagar una reclamación, exija que le den una explicación por escrito

sobre la acción tomada en su caso. Si cree que ha sufrido discriminación llame a la Línea de ayuda contra la violencia doméstica en la Florida al 1-800-500-1119. También puede llamar al Proyecto de Justicia para Mujeres Maltratadas al 1-800-903-0111.

Señoras y señores de la edad dorada, ¿tienen preguntas sobre su seguro de salud?

El Departamento de las Personas Mayores de la Florida (The Florida Department of Elder Affairs) ha desarrollado un programa para ayudar a las personas mayores con sus preguntas relacionadas con los seguros de salud y el Medicare.

SHINE (Serving Health Insurance Needs of Elders) (Sirviendo a las Personas Mayores con sus Necesidades de Seguro de Salud) entrena a voluntarios para ayudar a otras personas mayores con preguntas relacionadas con Medicare, pólizas suplementarias de Medicare, cuidados

a largo plazo y cualquier otra pregunta relacionada con la cobertura de seguro de salud.

El Departamento de Servicios Financieros sirve como asesor técnico de SHINE y recomienda el programa a los consumidores. Para obtener más información sobre los programas de SHINE en su comunidad, llame a la línea gratuita directa de ayuda al consumidor al 1-800-96-ELDER (1-800-963-5337) o al Departamento de Personas Mayores de la Florida (Florida Department of Elder Affairs) al teléfono 850-414-2060.



El fraude en los seguros nos cuesta a todos

Los fraudes en los seguros cuestan cerca de \$1,500* anuales en primas adicionales a cada familia en la Florida. En realidad, pueden inflar sus primas más de un 30% según el Buró Nacional del Crimen en los Seguros (National Insurance Crime Bureau). Esto incluye las primas por seguro de vida, automóvil, salud, incendio y otros tipos de seguros. Usted puede proteger su bolsillo y el de su familia si aprende más sobre los distintos casos de fraudes y trucos que existen actualmente en el mercado, tales como:

Falsas visitas — Un proveedor de servicios de salud envía cuentas al programa federal de Medicare por visitas innecesarias, no autorizadas o ficticias a los pacientes en sus casas.

Referido no autorizado — Un laboratorio procura cobrar de la compañía de seguros exámenes practicados a un paciente basándose en información robada de la oficina del médico que lo atendía. En realidad, el médico nunca asistió o vio al paciente.

Agente vende cobertura innecesaria — Agentes aseguradores cometen “stacking” cuando venden deliberadamente seguros de salud que duplican los beneficios que el asegurado ya tiene y no necesita.

Una información falsa o incompleta del solicitante — La persona deliberadamente oculta información sobre sus condiciones de salud preexistentes con el objeto de obtener cobertura de salud.

Deudas falsas — Una persona mayor vende las informaciones sobre su seguro a un proveedor médico quien presenta una cuenta a Medicare por servicios no previstos. En algunas situaciones tales proveedores someten hasta 800 servicios fraudulentos en un plazo de 3 meses.

Engaño al ofrecer cobertura — El agente no revela todos los detalles y el asegurado firma confiando en la persona que lo contacta por amistad o afinidad. Luego cambian de un seguro a otro al paciente sin éste saberlo y pierde beneficios que recibía en el plan anterior.

Existen muchas otras formas de fraude en los seguros. Si sospecha que ha ocurrido un fraude llame la línea gratis de Fraude del Departamento de Servicios Financieros del Estado de la Florida al 1-800-378-0445.

*Origen: Coalición contra fraude de seguros, estudio de 1994

Anexo

Esta es una provisión que se añade a una póliza de seguro que especifica condiciones o beneficios adicionales a los que aparecen en la póliza original.

Asignación

La asignación es un documento firmado por el asegurado, autorizando a la compañía de seguros a pagar los beneficios directamente al hospital, a los médicos u otros proveedores de salud.

Cargos normales

Esta es una gama de honorarios por cada proceso médico en particular que usualmente cobran los médicos de una misma especialidad en la misma área geográfica donde vive el asegurado.

Cargos razonables

Esta es la diferencia entre los gastos usuales o acostumbrados debido a circunstancias que incluyen complicaciones médicas que requieren más tiempo, conocimientos y experiencia.

Cargos Usuales

Estos son los honorarios que los médicos cobran por un procedimiento.

Coaseguramiento

Esta es la parte del seguro que debe pagar el asegurado de su bolsillo. Usualmente es un porcentaje del costo del procedimiento. La mayoría de las pólizas requieren que el asegurado pague un 20% del total de la factura.

Condición preexistente

Es una enfermedad diagnosticada o tratada por lo menos durante un período de seis meses inmediatamente antes de la fecha efectiva de la póliza de seguro. Una póliza de seguro usualmente no cubre una condición preexistente hasta cierto tiempo después de la fecha en que el asegurado compra la cobertura de seguro.

Copago

Es la cantidad estipulada que debe pagar quien suscribe una póliza de seguro a

través de una organización de cobertura administrada por servicios prestados. El asegurado paga una cantidad establecida al proveedor cuando recibe los servicios. Por ejemplo, la visita a un especialista puede conllevar un copago de \$25.00, según la compañía aseguradora.

Deducible

Este es la cantidad de dinero que usted tiene que pagar antes de que la compañía de seguros pague la parte que le corresponde. Usualmente, mientras más alto sea el deducible, más baratas son las primas.

Emisión garantizada

Este es un tipo de póliza de seguro que una compañía de seguros debe emitirle bajo ciertas circunstancias, independientemente de las condiciones de salud que usted tenga.

Exclusión

Estas son ciertas condiciones (o eventos de la vida) específicas que no tienen cobertura.

Fecha de vigencia

Es el día en que comienza la protección bajo el seguro.

Inflación del costo médico

Esta es un aumento en la prima de seguro debido al alza de los costos de atención médica. El aumento refleja el costo adicional de los servicios médicos de un año para otro. No se considera la cantidad de veces que el paciente recibe servicios médicos durante un año.

Insolvencia

Es la incapacidad de la compañía de seguros de cumplir con sus obligaciones financieras o deudas; bancarota.

Lista de procedimientos quirúrgicos

Esta es una lista de pagos autorizados para diferentes clases de cirugías. La severidad de una operación quirúrgica determina la cantidad máxima a pagar.

Pequeños negocios

Es una empresa que tiene de uno a cincuenta (50) empleados.

Período de eliminación

Es el período de tiempo que un asegurado tiene que esperar antes de que la compañía de seguros comience a pagar los beneficios.

Período de espera

Es el tiempo efectivo que debe transcurrir entre la fecha de vigencia y la fecha donde los pagos de beneficios comenzarán.

Período de gracia

Este es un período específico durante el cual el asegurado puede hacer pagos atrasados y mantener su cobertura.

Póliza de conversión

Una póliza de conversión es una póliza o certificado de seguro individual que se emite cuando una persona ya no califica como miembro de un seguro de grupo o como dependiente bajo un seguro de grupo o una póliza individual.

Servicios médicos necesarios

Este es un procedimiento médico o un tratamiento necesario para mantener o recuperar su buena salud. Muchas pólizas de seguro solamente pagan

por tratamientos recomendados como necesarios por su médico.

Solicitud

Este documento es una declaración firmada que contiene los datos que la compañía de seguros utiliza para determinar si puede emitir cobertura de salud. Incluye su nombre, edad, dirección y puede preguntar sobre su historial médico. La solicitud forma parte del contrato de seguro.

Transferencia de costos

Un procedimiento usado por los hospitales al aumentar el costo de los servicios del hospital para poder cubrir la pérdida por aquellos pacientes que no pagan o son indigentes.

Utilización de servicios médicos

Esta es la frecuencia con que el asegurado utiliza los servicios médicos en un año en particular como resultado de la reclamación al seguro. Este término también se refiere al número de veces que un médico asiste al paciente en un año.

Período gratis de revisión

Usted tiene un período de diez (10) días después de recibir la póliza de seguro para decidir si desea quedarse con ella. Esta cláusula es válida solamente en las pólizas de seguro individuales.

Niveles de asistencia

Existen varios grados de atención de salud. Los tres niveles a menudo citados por Medicare, los seguros suplementarios de Medicare y otras pólizas de seguro son las siguientes:

Atención especializada – Este nivel ofrece atención especializada a toda hora bajo la supervisión de una enfermera registrada o de un médico.

Intermediate Care – Este nivel indica cuidados de salud por menos de veinticuatro (24) horas diarias bajo la supervisión de personal médico especializado. Este servicio debe ser supervisado por una enfermera registrada o por un médico.

Custodial Care – Este nivel de atención no requiere de una enfermera. Se puede ofrecer en una clínica de reposo o en casa, pero debe ser recomendado por el médico. Este servicio incluye ayuda con las actividades de la vida diaria. La póliza suplementaria de Medicare ofrece cobertura de atención limitada, ya que suple los pagos de Medicare por la atención especializada, pero no la intermedia o de custodia.

