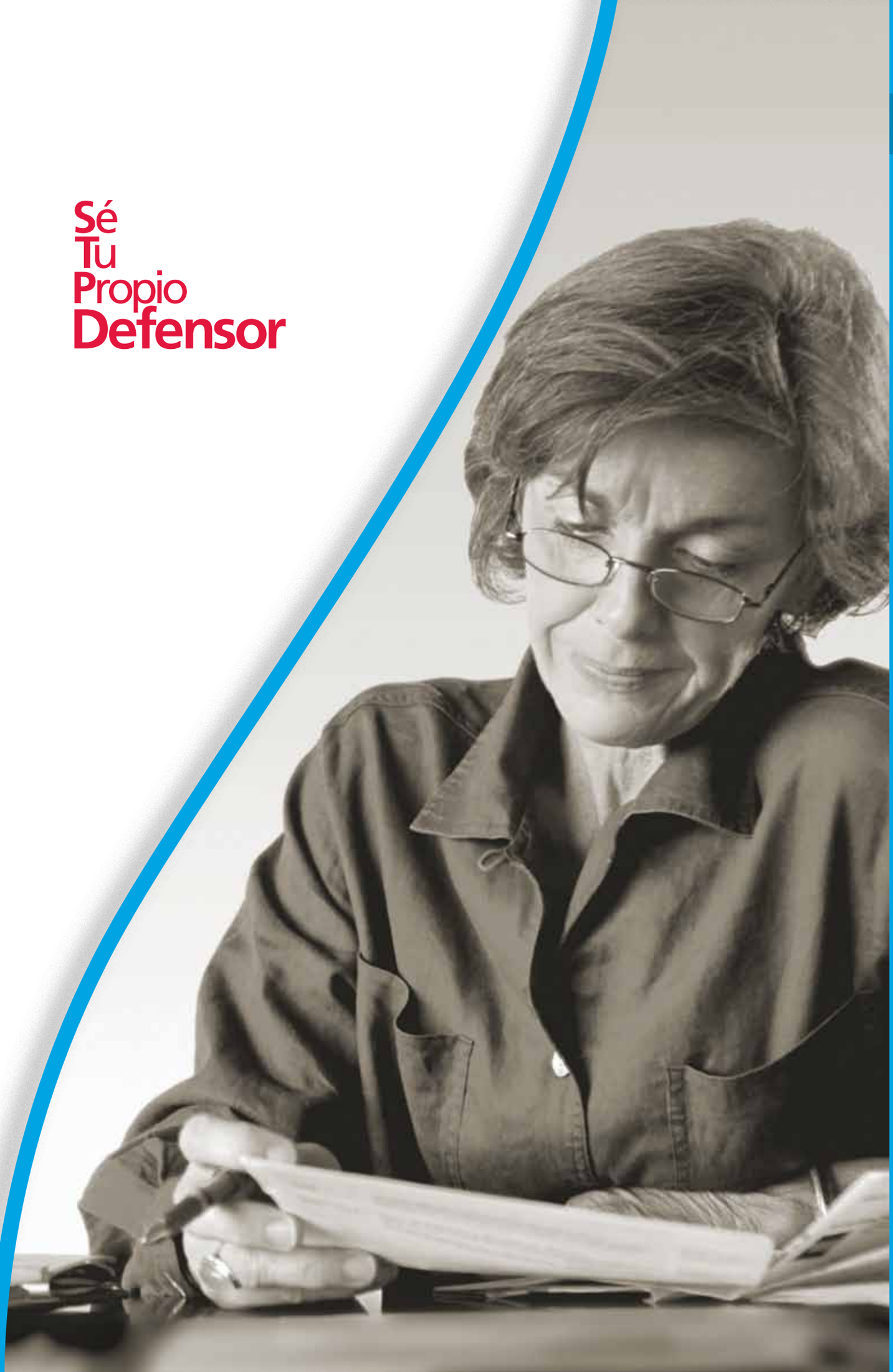
Sé
Tu
Propio
Defensor



4

Seguro/Beneficios de Salud

Seguro/Beneficios de Salud

Seguro de Salud y Buscador de Beneficios

La atención médica y el tratamiento generarán una gran cantidad de papeles en forma de facturas de proveedores de atención médica y explicaciones de beneficios (EOB, Explanation of Benefits) de tu compañía de seguros por los distintos servicios médicos que recibas. Las diferencias de tu plan de salud y el seguimiento para verificar que estos servicios hayan sido pagados, ya sea por ti o por la aseguradora, pueden provocar confusiones. Para ayudarte a aliviar el estrés de este componente desafiante, pero importante de la atención médica, encontrarás definiciones de términos de seguro frecuentes que pueden resultarte nuevos. Las palabras en cursiva se definen en alguna parte de la página.

También hemos creado un cuadro que te ayudará a realizar un seguimiento de los distintos servicios que se te facturen. Siéntete libre de usar las hojas de cálculo que se brindan en esta guía o, si prefieres hacer el seguimiento en tu computadora, te recomendamos crear una hoja de cálculo de Excel similar al cuadro de la página 4.3. Algunas compañías de seguro te permitirán descargar tus EOB por rango de fechas en una hoja de cálculo de Excel, para facilitar el trabajo.

El folleto Asuntos económicos de la atención médica es otro recurso útil. Puedes encontrarlo en la parte posterior de la guía y en la página http://www.lls.org/espanol en la seccion Materiales gratuitos.

Definiciones de Seguros

Coseguro

Un porcentaje de cada reclamo por debajo del deducible pagado por el paciente. Por ejemplo, en una cláusula de coseguro del seguro de salud del 20%, el paciente primero paga el deducible (que suele ser un monto fijo) y luego el 20% de las facturas que se realicen en adelante, hasta alcanzar el monto máximo de gastos en efectivo. Los porcentajes de coseguro pueden variar según el prestador (según esté dentro de la red o fuera de ella) o los distintos tipos de servicios.

Copago

Una tarifa plana y predeterminada que paga el paciente para servicios de atención médica, además de la cobertura del seguro. Por ejemplo, algunos planes requieren un copago de $20 por cada visita al consultorio, independientemente del tipo de servicios brindados durante la visita. Los copagos no suelen especificarse mediante porcentajes. Pueden existir distintos copagos para diferentes servicios. Algunos planes requieren que se cumpla con un deducible para algunos servicios específicos antes de que se aplique un copago.

Deducible

Un monto fijo en dólares durante el período del beneficio (generalmente un año) que el paciente paga antes de que la aseguradora comience a realizar pagos por los servicios médicos cubiertos. Los planes pueden tener deducibles por persona y por familia.

Algunos planes pueden tener deducibles separados para servicios específicos. Por ejemplo, un plan puede tener un deducible de hospitalización por cada ingreso al hospital.

Los deducibles pueden diferir si los servicios son recibidos de un prestador autorizado o de proveedores que no estén en la lista de proveedores autorizados.

Explicación de beneficios (EOB, *Explanation of Benefits*)

Un documento suministrado por el plan de salud que explica el monto que se cobró por cada servicio, cuánto pagará el plan de salud y cuánto debe pagar el paciente. Cuando recibas una factura de tu médico o del hospital, consulta la EOB para verificar ese servicio y asegúrate de que te estén cobrando el monto correcto.

Disposiciones de Atención Médica Dirigida

Se trata de características dentro de los planes de salud que brindan las aseguradoras para administrar el costo, el uso y la calidad de los servicios de salud que reciben los pacientes. Los siguientes son algunos ejemplos de atención médica dirigida:

- **Certificado de preadmisión:** autorización de admisión en el hospital otorgada por un prestador de salud a un paciente antes de su hospitalización. La falta de presentación de un certificado de preadmisión en situaciones que no sean emergencias reduce o elimina la obligación del prestador de salud de pagar por los servicios prestados.
- **Revisión de utilización:** es el proceso de revisar la conveniencia y la calidad de la atención médica suministrada a los pacientes. La revisión de utilización puede realizarse antes, durante o después de la prestación de los servicios.
- **Pruebas de preadmisión:** se trata de un requisito diseñado para alentar a los pacientes a obtener servicios de diagnóstico necesarios en forma ambulatoria antes de internarse en el hospital, en situaciones que no sean de emergencia. La prueba está diseñada para reducir la duración de las estadías en el hospital.
- **Restricción de admisión de casos que no sean emergencias durante el fin de semana:** se trata de un requisito que impone límites al reembolso a pacientes en caso de admisiones hospitalarias que no sean de emergencia durante el fin de semana.
- **Segunda opinión quirúrgica:** es una estrategia de administración de costos que alienta o le exige al paciente obtener la opinión de otro médico si un médico le ha recomendado que se realice una cirugía que no sea de emergencia o una cirugía electiva. Los programas pueden ser voluntarios u obligatorios y el reembolso puede reducirse o denegarse si el participante no obtiene una segunda opinión. Los planes suelen requerir que dichas opiniones se obtengan de especialistas certificados que no tengan ningún interés personal o financiero sobre el resultado.

Monto Máximo de Gastos en Efectivo

El monto máximo en dólares que un paciente podrá reclamar en concepto de gastos en efectivo durante un año. Hasta alcanzar ese límite, el plan y el paciente comparten los costos de los gastos cubiertos, hasta el *monto máximo* de la póliza.

Monto Máximo de la Póliza
El monto máximo que puede pagar la aseguradora por los gastos cubiertos por ella y cada dependiente cubierto durante la vigencia de la cobertura del plan de salud. En general, el monto máximo de la póliza es de un millón de dólares por persona.

Tipos de Planes de Seguro

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO, *Preferred Provider Organization*): plan de salud en el que la cobertura se suministra a los pacientes a través de una red de proveedores de salud seleccionados (como hospitales y médicos). Los asociados pueden atenderse con profesionales fuera de la red, pero incurrirían en mayores costos debido a los mayores deducibles, las mayores tarifas de coseguro o cargos no descontados de los proveedores.

Plan de Organización de Proveedores Exclusivos (EPO, E*xclusive Provider Organization*): es un tipo de plan de organización de proveedores preferidos más restrictivo, en el cual los empleados deben utilizar los proveedores de la red de médicos y hospitales para recibir cobertura; no se puede recibir cobertura de un prestador fuera de la red, excepto en casos de emergencia.

Organización de mantenimiento de la salud (HMO, *Health Maintenance Organization*): un sistema de servicio médico administrado que asume los riesgos financieros asociados con la prestación de servicios médicos integrales (riesgo de seguro y del servicio) y la responsabilidad de brindar atención médica en un área geográfica, en particular a los miembros de la HMO, generalmente a cambio de una tarifa fija y prepaga. Los pacientes deben recibir servicios de los proveedores de la red para que los servicios sean cubiertos por el plan.

Plan de Punto de servicio (POS, *Point-of-Service*): un plan POS es un híbrido entre los planes HMO y PPO; también se denomina HMO «ilimitado» cuando es ofrecido por una HMO. Los planes POS son similares a los planes HMO en cuanto a los servicios dentro de la red. Los servicios recibidos fuera de la red suelen ser reembolsados en forma similar a los planes de reembolso convencionales (es decir, el reembolso del prestador se basa en un cronograma de tarifas o en los cargos usuales, habituales y razonables).

Cargos usuales, habituales y razonables (UCR, *Usual, customary, and reasonable*):
Los planes de indemnización convencionales operan en base a cargos usuales, habituales y razonables (UCR). Los cargos UCR significan que el cargo es la tarifa habitual del proveedor de un servicio que no supera la tarifa usual en esa área geográfica y es razonable en esas circunstancias. En lugar de los cargos UCR, los planes PPO suelen operar en base a un cronograma de tarifas acordadas (fijas) que reconoce los cargos por los servicios cubiertos hasta un monto en dólares fijo acordado.

Muchas pólizas de seguro tienen una cláusula que permite que una persona con una enfermedad grave pueda extraer dinero de su seguro de vida en lugar de pagar las primas. Llame a la compañía de seguro o a su agente para obtener más información.

Fuentes de Recursos

Definiciones de estudios de las siguientes fuentes:

- Definiciones de la Encuesta Nacional de Compensaciones (BLS)
- Definiciones del Estudio del Panel de Gastos Médicos (AHRQ)
- El Seguro de Salud para Empleadores Federales Definiciones de encuestas (NCHS)

Definiciones de otras agencias federales y encuestas como las siguientes:

- Encuesta Actual de Población (BLS/Censo)
- Definiciones relacionadas con Erisa (de PWBA)

Glosarios y documentos de sitios web como los siguientes:

- Plan de Beneficios de Salud para Empleados Federales de OPM (glosario y folletos específicos de cada plan)
- Blue Cross/Blue Sheild
- Centro Nacional de Análisis Político
- Asociación Estadounidense de Seguros de Salud

Publicaciones como las siguientes:

- *Employee Benefit Plans: A Glossary of Terms,* Ninth Edition 1997, Judith A. Sankey, editor, International Foundation of Employee Benefit Plans
- *Fundamentals of Employee Benefit Programs,* Cuarta edición
- *Managed Care Plans and Managed Care Features: Data from the EBS to the NCS*

Seguro de Salud y Buscador de Beneficios

Fecha del Servicio Médico	Prestador Médico/ Servicio Prestado	Monto Total Facturado por el Servicio	Monto del Copago/ Fecha de Pago	Monto Pagado por la Aseguradora Primaria o el Programa de Beneficios	Monto Pagado por la Aseguradora Secundaria o el Programa de Beneficios	Saldo Adeudado	Pagado

Seguro de Salud y Buscador de Beneficios

Fecha del Servicio Médico	Prestador Médico/ Servicio Prestado	Monto Total Facturado por el Servicio	Monto del Copago/ Fecha de Pago	Monto Pagado por la Aseguradora Primaria o el Programa de Beneficios	Monto Pagado por la Aseguradora Secundaria o el Programa de Beneficios	Saldo Adeudado	Pagado

Seguro de Salud y Buscador de Beneficios

Fecha del Servicio Médico	Prestador Médico/ Servicio Prestado	Monto Total Facturado por el Servicio	Monto del Copago/ Fecha de Pago	Monto Pagado por la Aseguradora Primaria o el Programa de Beneficios	Monto Pagado por la Aseguradora Secundaria o el Programa de Beneficios	Saldo Adeudado	Pagado

Seguro de Salud y Buscador de Beneficios

Fecha del Servicio Médico	Prestador Médico/ Servicio Prestado	Monto Total Facturado por el Servicio	Monto del Copago/ Fecha de Pago	Monto Pagado por la Aseguradora Primaria o el Programa de Beneficios	Monto Pagado por la Aseguradora Secundaria o el Programa de Beneficios	Saldo Adeudado	Pagado