

EL ENTENDIMIENTO DEL SEGURO MEDICO

**Padre a Padre del Estado de Nueva
York
Centro de Información y Educación
del Cuidado Médico de Familia a la
Familia**

Septiembre 2005

Con el financiamiento de la beca “Parent to Parent of New York State’s Real Choice Systems Change Grant”, esta publicación se ha compilado para asistir a las familias para entender la terminología del seguro médico y para ayudar a las familias de hacer decisiones con respecto a su seguro médico.

Seguro médico - Glosario de terminos

Allowable Fee, or Usual and Customary Reimbursement (UCR) (Honorarios permisibles, o Reimbolsa Usual y Razonable): La cantidad máxima que un asegurador de seguro médico pagará por un servicio o un procedimiento.

Assignment (Tramitar Directamente el Cobro): La transferencia legal del interés de la persona en una póliza de seguro a otra persona.

Balance Billing (Facturación de Balance): Una práctica de facturación en la cual le mandan la cuenta a usted para la diferencia entre lo que paga su asegurador y el honorario normal que el abastecedor carga. La facturación del balance se prohíbe bajo la mayoría de contratos de HMO en Nueva York, pero puede presentarse cuando usted utiliza servicios de los abastecedores que están fuera de la red tales como un PPO o POS. Vea la Organización de proveedores preferidos (PPO) y El Plan en Punto de Servicio (POS).

Coinsurance (Coaseguro): Alguna cobertura de seguro requiere que usted pague un porcentaje del costo de los servicios médicos cubiertos por su póliza, generalmente 20-30 por ciento. Por ejemplo, usted paga 20 por ciento del costo, y su seguro paga 80 por ciento del costo. Su porción del costo es el coaseguro.

Commercial Insurers (Aseguradores Comerciales): Se puede también suscribir el seguro médico por las empresas aseguradores de la vida, las empresas aseguradores de propiedad/accidente y otros tipos de empresas aseguradores. Estas aseguradores ofrecen los productos similares a éstos proporcionados por los aseguradores sin fines de lucro de la indemnidad. (véase a aseguradores sin fines de lucro de la indemnidad.) Los asegurados están sujeto a deductibles y a desembolsos varios a menos que utilicen un abastecedor preferida en la red.

Complaint (Queja): Una queja ocurre cuando un consumidor o un abastecedor se queje al estado de Nueva York sobre una organización del asegurador de seguro médico o del Mantenimiento de la Salud (HMO).

Co-payment (Co-pago): Un honorario requerido para los servicios médicos especificados por algunos aseguradores. Por ejemplo, usted paga un co-pago de \$10 para una visita al doctor o un co-pago de \$50 para una visita al hospital.

Deductible (Deducible): La cantidad que usted debe pagar cada año para sus costos médicos antes de que su póliza de seguro comience a pagar. Los deducibles son comunes en cobertura honorarios por los servicios prestados y en los PPOs (Organización de proveedores preferidos).

External Appeal/External Review (Apelación Externa/Repaso Externo): Usted puede solicitar una revisión externa independiente cuando le niegan servicios del cuidado médico en base que esos servicios son experimentales, de investigación, o no son necesarios médicamente. La revisión es conducida por una organización externa de revisión que no sea afiliada con su asegurador, su doctor, o su familia.

Fee for Service FFS (Honorarios por los servicios prestados) También conocido como servicios de indemnidad, FFS es un tipo de cobertura médica que típicamente permite que usted visita a cualquier doctor o abastecedor. Su compañía de seguros reembolsará a su abastecedor para cada servicio proporcionado que es incluido en el seguro. Los deducibles y el coaseguro se aplican generalmente en cobertura de FFS.

First Level Internal Appeal Process (Proceso Interno De Apelacion del Primer Nivel): Una vez que usted haya recibido una decisión sobre su apelación de la revisión de la utilización, usted ha terminado el proceso interno de primer nivel de la apelación. Si la decisión no está en su favor, tiene el derecho a solicitar una revisión externa. Si usted y su asegurador renuncian la revisión del primer nivel, le permite proceder directamente a una revisión externa. (véase la apelación de revisión de utilización y la revisión externa.)

Grievance (Agravio): Un agravio es una queja a un HMO por un miembro o un abastecedor sobre una acción o una decisión. Las decisiones con respecto a la necesidad médica de un servicio no se consideran los agravios. Se manejan como apelación de revisión de utilización (véase la apelación de revisión de utilización.)

Health Maintenance Organization - HMO (Organización de Mantenimiento de Salud): El HMO contrae con una variedad de abastecedores del cuidado médico para entregar una gama de servicios a los consumidores en su afiliación. Todos los HMOs emplean las estrategias del cuidado manejado que acentúan la prevención, la detección y el tratamiento de la enfermedad. Los HMOs usan el médico primario (PCP) como el coordinador de los necesidades del cuidado del paciente. Un HMO puede ofrecer a consumidores un plan de HMO o de POS (el plan en punto de servicio) . (Véase el plan de Organización del Mantenimiento de Salud y el Plan en Punto de Servicio.)

Health Maintenance Organization (HMO) Plan - (Plan de Organización del Mantenimiento de Salud): Un tipo de cobertura que proporciona servicios médicos comprensivos a los miembros en cambio de un premio y un co-pago mensuales. En un plan de HMO, los miembros pueden elegir a un médico primario (PCP) que coordina el cuidado de cada miembro. El PCP refiere a sus pacientes a los especialistas y a los servicios del abastecedor según lo necesitado. Aunque muchos HMOs requieren que sus miembros visitan a los doctores y a otros abastecedores que son parte de la red de los abastecedores del HMO, algunos planes de HMO ofrecen la opción de ir fuera de la red (por ejemplo en el Plan en Punto de Servicio (POS). A menudo los planes de HMO requieren que los miembros reciban una remisión de su PCP(Médico Primario) antes de visitar a un especialista. (véase el Médico Primario (PCP) y El Plan en Punto de Servicio (POS)).

Non-Profit Indemnity Insurers (Aseguradores de Indemnidad Sin Fines de Lucro): Los aseguradores de la indemnidad sin fines de lucro usan las estrategias del manejo de la salud pero tienen cobertura más tradicional que los HMOs. Los aseguradores de la indemnidad sin fines de lucro reembolsan los asegurados, los médicos y los hospitales. Los asegurados sin fines de lucro tienen que pagar los deducibles y desembolsos varios que son más altos que éstos requeridos por los HMOs a menos que utilicen un proveedor preferido que está en la red.

Out-of-Pocket maximum (Maximo Desembolso por parte del cliente): La cantidad del coaseguro que debe pagar un miembro antes de que las demandas que están fuera de la red de proveedores sean pagadas en 100% de la cantidad permitida.

Participating Provider (Proveedor participante): Un abastecedor del cuidado médico (e.g., doctor, psicólogo, hospital) que está de acuerdo con los términos, las condiciones y los pagos permisibles de un asegurador.

Point of Service Plan – POS (El Plan en Punto de Servicio): Un tipo de cobertura para el manejo del cuidado que permite que los miembros elijan de obtener los servicios de abastecedores de un HMO que participa o de abastecedores que están fuera de la red del HMO. Los miembros pagan menos por el cuidado cuando está en la red. Generalmente los miembros pagan un deducible y un coaseguro si obtienen el cuidado que está fuera de la red.

Preferred Provider Organization - PPO (Organización de proveedores preferidos): Un tipo de cobertura para el manejo del cuidado basada en una red de doctores y de hospitales que proporciona el cuidado a una población alistada a una tarifa descontada por adelantado. Los miembros del PPO generalmente pagan más cuando reciben cuidado fuera de la red de PPO.

Primary Care Physician - PCP (Médico Primario): Un interno, pediatra, médico de cabecera, o en algunos casos un obstetra/ginecólogo. Si está alistada en un HMO, generalmente usted debe elegir un PCP de una lista de abastecedores que participan. El PCP coordina su cuidado y hace remisiones a los especialistas cuando necesario.

Prompt Pay Complaint (Queja por pago retrasado): Una queja de un consumidor o de un abastecedor al departamento de seguro del estado de Nueva York con respecto al demora en el pago de demandas.

Referral (Referido): La autorización de su médico primario o de su asegurador de seguro médico para visitar a un especialista o recibir una prueba o un procedimiento especial. A menudo los HMOs requieren que usted obtenga una remisión para la mayoría del cuidado de la especialidad. Es importante saber las reglas y los procedimientos de su asegurador de seguro médico para las remisiones.

Schedule of Allowances (Horario de Asignaciones): La cantidad monetaria fijada que la póliza de seguro paga para cada procedimiento.

Self-Insured Health Plan (Plan de Salud Auto-Asegurado): En este tipo de plan, un empleador pagará los costos del cuidado médico de los empleados de un fondo que la compañía marca para los costos médicos. Los empleadores pueden contraer con una organización exterior, a menudo una compañía de seguros, para administrar el plan. Con un estatuto federal conocido como ERISA, el Departamento de Trabajo de los EEUU tiene la autoridad sobre los planes de salud auto-seguro. Por lo tanto, las protección al consumidor y las leyes de seguro del estado de Nueva York no se aplican.

Specialist (Especialista): Un doctor que tiene entrenamiento especial y practica un tipo específico de medicina con excepción del cuidado primario (e.g., cardiólogos, dermatólogos, gastroenterólogos). Si se alistan en un HMO, generalmente usted necesitará una remisión de su médico primario del cuidado para visitar a un especialista.

Utilization Review Appeal -UR (Solicitud de Repaso de Utilización): Una solicitud de UR ocurre cuando un consumidor pide que un asegurador reconsidere el denegación de pagar por un servicio médico que el asegurador considera experimental, de investigación, o no médicamente necesario. (véase el proceso interno de primer nivel del solicitud.)

Referencia: El Departamento de Seguro del Estado de Nueva York www.ins.state.ny.us

LISTA DE CONTROL PARA COMPARAR LAS PÓLIZAS

¿Están incluidos estos servicios?	Plan A	Plan B	Plan C
Detección de cáncer (pruebas de cáncer colorectal, mamografía, examen Papanicolaou, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Detección de colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inmunización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado prenatal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado de los recién nacidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado por un condición preexistente (un condición que tenía antes de inscribirse en el plan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Provisiones por el Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examinaciones/tratamientos dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examinaciones de ojos/lentes/lentes de contacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examinaciones del oído/ Aparatos para sordos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamentos recetados para pacientes externos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipos médicos para el uso en casa (Bienes Médicos Duraderos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicios de la salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidados para enfermos terminales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visitas al quiroprático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia del habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamiento Alternativo (como acupuntura)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asistencia sanitaria a domicilio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Guardería de adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado en la casa de reposo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pagos por prescripción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pruebas médicas (i.e. radiografía, mri (resonancia magnética), pruebas de laboratorio, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasplantes (pulmón, corazón, corazón/pulmón, córnea, Médula espinal, hígado, pancreas, riñón)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado de la visión, Lentes, exámenes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado en hospital -Cirugía (paciente hospitalizado y paciente externo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visita a la oficina a su doctor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado de maternidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cobertura cuando está fuera del área	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Terapia ocupacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado en Hospital hospedaje, Gastos miscelaneos incurridos cuando está en el hsopital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LA LISTA DE CONTROL PARA DETERMINAR CUAL PLAN DE SEGURO MÉDICO ECONÓMICAMENTE ES LO MEJOR PARA SU FAMILIA

Costos	Plan A	Plan B	Plan C
¿Cuánto me costará el premio cada mes?	_____	_____	_____
¿Si hay un deducible, cuánto pagará antes de que el plan comience a pagar asistencia médica? ¿Para los medicamentos recetados?	_____	_____	_____
¿Cuánto pagaré (co-pago) cada vez que utilizo un servicio? Visita al doctor Visita al hospital Prescripciones	_____	_____	_____
¿Cuánto más necesitaré pagar si voy fuera de la red del plan de seguro médico para doctores, hospitales, y otros abastecedores para obtener servicios?	_____	_____	_____
¿Hay límites anuales para los días o los servicios que están incluidos en el seguro y la cantidad de dinero gastada en los asegurados?	_____	_____	_____
¿Cuál es el máximo que usted tendrá que pagar por desembolsos varios cada año?	_____	_____	_____
Si hay, ¿Cuál es su tarifa de coseguro o de co-pago? (Apunte si hay una tarifa más alta para los servicios especiales, tales como el cuidado médico de pacientes externos y las especialistas)	_____	_____	_____
¿Hay un límite del curso de la vida en el monto que le reembolsarán?	_____	_____	_____
Costo total estimado para Usted:	_____	_____	_____

PREGUNTAS Y RESPUESTAS COMUNES

SOBRE EL SEGURO

¿Qué es un PPO?

Un PPO es un Organización de proveedores preferidos (PPO). Si usa un proveedor (hospital, doctor o otro proveedor medical) quien es miembro del PPO, normalmente Ud. paga un deducible mas baja y/o un monto de coaseguro. La empresa aseguradora puede hacerlo porque la compañía y el PPO tienen un acuerdo por escrito para proveer un descuento a la empresa aseguradora para los servicios proporcionados a los clientes. La empresa aseguradora pasa los ahorros al cliente en la forma de deducibles y/o coaseguros más bajos

¿Cuáles son los gastos elegibles?

Los costos elegibles son costos médicos incurridos por un miembro asegurado por los servicios incluidos enumerados en el plan del seguro médico que son pedidos o prescritos por un médico para el tratamiento de un accidente o de una enfermedad que está cubierto y que son médicamente necesarios. En la mayoría de los planes del seguro médico, la cantidad de costos en el exceso de las Cargas Generales y Acostumbradas, según lo determinado por la empresa aseguradora, en el área geográfica donde se incurren en los costos no se considerarán costos elegibles.

¿Qué es un deducible?

Un deducible es el monto de costos elegibles incurridos durante un año calendario que un miembro asegurado debe pagar antes de que cualquier beneficio sea pagados por el asegurador. En algunos planes del seguro médico, los costos elegibles incurridos después del 30 de septiembre, que no se han pagado porque el deducible no se ha resuelto, se pueden utilizar para ayudar a satisfacer el deducible por el año civil próximo.

¿Qué es el coaseguro?

Una provisión de la póliza de seguro bajo la cual el asegurador y el asegurado comparten los costos incurridos después del monto del deducible, según un fórmula específico. Alguna cobertura de seguro requiere que los asegurados pagan un porcentaje del costo de los servicios médicos cubiertos, generalmente 20-30 por ciento. Por ejemplo, el asegurado paga 20 por ciento del costo y el asegurador paga 80 por ciento del costo. La porción del costo para los asegurados se llama el coaseguro.

¿Qué es el copago para una visita al doctor?

Un co-pago para una visita a la oficina del doctor es la cantidad fija que un miembro de los asegurados paga por cada visita.

¿Cuál es la diferencia entre un proveedor dentro de la red y un proveedor que está fuera de la red?

Un proveedor médico dentro de la red es un proveedor que es un miembro de un PPO que sea aprobado por su empresa de seguro. Un proveedor que está fuera de la red no es un miembro de un PPO que sea aprobado por su empresa de seguro. El monto de que usted será responsable de pagar será menos si usted utiliza un proveedor que está en la red en vez de un abastecedor que está fuera de la red.

¿Se me reembolsará para los servicios ya proporcionados o necesito PREAUTORIZACIÓN para ser reembolsada?

Muchas compañías del seguro médico y del cuidado manejado no considerarán el reembolso por los servicios proporcionados y pagados antes de recibir su autorización. Requerirán que usted reciba su autorización primero.

Si usted es elegible de archivar las demandas para el reembolso, entonces pida lo siguiente:

¿Cuál es la tasa del reembolso?

Es decir, ¿Cuál porcentaje del dinero que usted gasta será reembolsado a usted? ¿Por ejemplo, si usted gasta \$100 en desembolsos varios para una hora de sicoterapia individual y después somete una demanda para el reembolso, ¿Recibirá \$100 en total en el reembolso? Probablemente no. ¿Cuánto será reembolsada?

¿Qué es el Beneficio Máximo de Vida?

Un beneficio máximo de la vida es un límite en la cantidad de ventajas disponibles para un asegurado. El límite se diseña para mantener el costo de ventajas accesibles y para estabilizar costos potenciales futuros. Muchos planes de seguro médico limitan los beneficios de la vida a un millón y a menudo son aplicados a la enfermedad mental, tratamiento de la droga y del alcohol, o los trasplantes del órgano.

Si un plan tiene un límite máximo de la vida relativamente bajo, piense cuidadosamente del riesgo que usted está dispuesto a asumir. Si usted es sano, los costos incurridos a partir de un accidente de coche severo, incluyendo la hospitalización y la terapia física del paciente externo, podrían exceder un límite \$100,000.

¿De qué se preocupa la gente?

Condiciones preexistentes: La Nueva Ley Federal

Mucha gente se preocupa por los **condiciones preexistentes**, especialmente cuando se cambia del trabajo. Los cambios recientes en ley federal aseguran la cobertura continuada del seguro médico para los empleados y sus dependientes. Al comenzar el primero de julio 1997, los aseguradores puede imponer solamente un período de espera de doce meses para cualquier condición preexistente tratados o diagnosticados durante los seis meses anteriores. El período de espera de doce meses debe incluir el período de espera de su plan anterior del seguro médico mientras el lapso en cobertura era menos de 62 días. El embarazo no se considera una condición preexistente, y los recién nacidos y los niños adoptados que tiene la cobertura en el plazo de 30 días no están sujeto al período de espera de 12 meses.

Si usted ha tenido cobertura del seguro médico del grupo por dos años, y usted cambia su trabajo y se inscribe en otro plan, el nuevo plan del seguro médico no puede imponer otro período preexistente de la exclusión de la condición. Por ejemplo, si usted ha tenido cobertura anterior de solamente ocho meses, usted puede estar sujeto a un período preexistente de la exclusión de cuatro meses cuando usted cambia su trabajo. Si nunca ha tenido cobertura del grupo del patrón, y usted obtiene un trabajo que ofrezca tal cobertura, usted puede estar sujeto a un período de espera preexistente de doce meses de la condición.

También, es más fácil obtener seguro individual bajo la ley federal en las situaciones siguientes: si usted deja un trabajo donde tenía seguro médico del grupo, o tenía otro plan por más de 18 meses sin una descanso de más de 62 días.

Si no ha tenido cobertura bajo un plan del grupo y ha sido difícil conseguir seguro por su propia cuenta, consulta con su departamento de seguro del estado para averiguar si su estado tiene un fondo común de riesgos. Este fondo común de riesgos es similar a un fondo comun de riesgos del seguro de automóvil y puede proporcionar el seguro médico para la gente que no puede obtener seguro a otra parte.

¿Cuáles (gastos) no están incluidos en el plan?

Mientras que las ventajas de HMO son generalmente más comprensivas que las de los planes tradicionales del honorarios por los servicios prestados, ningún plan del seguro médico incluirá cada gasto médico.

Pocos planes incluyen los lentes y las prótesis de oído porque éstos se consideran los gastos presupuestados. Muy pocos planes incluyen cirugía cosmética electiva, a menos que para corregir el daño causado por lesión accidental que fue cubierta. Algunos planes del honorarios por los servicios prestados no incluyen las revisiones de bienestar. Los procedimientos que se consideran experimentales tampoco no pueden ser incluidos. Algunos planes incluyen las complicaciones que se presentan de embarazo pero no incluyen el embarazo normal.

Frecuentemente las pólizas del seguro médico excluyen la cobertura para las condiciones preexistentes, pero, como explicada, la ley federal ahora limita las exclusiones basadas en tales condiciones.

Los aseguradores no pagarán ventajas duplicadas. Un marido y una esposa pueden tener cobertura cada uno bajo un plan del seguro médico en el trabajo pero, bajo la disposición para la coordinación de ventajas, el total que usted puede recibir bajo ambos planes para un gasto médico cubierto no puede exceder 100 por ciento del gasto permisible. También, si ninguno de los planes cubren 100 por ciento de sus gastos, tendrá la cobertura solamente para el porcentaje de la cobertura (por ejemplo 80 por ciento) que está cubierto por su plan primario. Esta disposición beneficia cada uno porque ayuda a mantener costos más bajos.

¿Qué sucede con el seguro si pierdo mi trabajo?

Si usted tenía cobertura de seguro de la salud como una ventaja del empleado y usted sale de su trabajo, voluntariamente o no, una preocupación principal será mantener la protección contra los gastos del cuidado médico. Usted puede protegerse en una de varias maneras:

- Primero, bajo la ley federal (el Acto Omnibus Consolidado de la Reconciliación del Presupuesto de 1985, conocido como COBRA – Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985), los planes del seguro médico del grupo patrocinados por los empleadores con 20 o más empleados deben ofrecer la cobertura continuada para usted y sus dependientes para 18 meses después de que usted deja su trabajo. (Bajo la misma ley, siguiendo la muerte o el divorcio de un empleado, la familia del trabajador tiene la derecha de continuar cobertura del seguro por tres años.) Si usted desea continuar el seguro del grupo bajo esta opción, usted debe notificar a su empleador en el plazo de 60 días. También usted debe pagar el premio entero, hasta 102 por ciento del costo de la cobertura del seguro.
- Si la COBRA no se aplica en su caso, quizás porque usted trabaja para un patrón con menos de 20 empleados, usted puede convertir su póliza del grupo al seguro de cobertura individual. La ventaja de esa opción es que usted no tiene que aprobar un examen médico, aunque una exclusión basada en una condición preexistente puede aplicarse, dependiendo de su historia médica y de su historia del seguro.
- Si la COBRA no se aplica, y usted no desea convertir de su cobertura del grupo, Y usted es sano, no todavía elegible para Medicare, y usted espera tener otro trabajo, considera un interino o una póliza a corto plazo. Estas pólizas se diseñan para proporcionar el seguro médico para la gente de una necesidad a corto plazo, tal como éstos temporalmente entre los trabajos o éstos que hacen la transición entre la universidad y un trabajo. Estas pólizas, se suscriben típicamente por dos a seis meses y se pueden renovar una vez. Estas pólizas cubren la hospitalización, el cuidado intensivo, y el cuidado quirúrgico y del doctor en el hospital, tan bien como los costos para los servicios realizados fuera del hospital, tal como radiografías o pruebas de laboratorio.
- Una otra posibilidad es obtener cobertura con una asociación. Muchas asociaciones comerciales y profesionales ofrecen cobertura de la salud a sus miembros, a menudo por un HMO, así como pólizas básicas de hospital/quirúrgica, y el seguro del inhabilidad y a largo plazo del cuidado. Ser un miembro en una asociación puede ser muy atractivo si usted es trabajador independiente.

¿Cuál es la primera cosa que debo saber al comprar el seguro de la salud?

Su meta debe ser asegurarse y a su familia contra las pérdidas más serias y financieramente más desastrosas que pueden resultar de una enfermedad o de un accidente. Si le ofrecen subsidios por enfermedad en el trabajo, repase cuidadosamente la literatura del plan para seleccionar el plan correcto. Si usted compra cobertura individual, compre una póliza que incluirá los gastos importantes y pague al nivel más alto. En caso de necesidad, ahorra el dinero en premios, elige deducibles grandes y paga desembolos varios pequeños.

¿Una de mis cuentas médicas fue rechazado por la compañía de seguros (o el plan del seguro médico). ¿Puedo hacer algo?

Pregunte a la compañía de seguros porqué la demanda fue rechazada. Si la respuesta es que el servicio no está incluido bajo su póliza, y usted está seguro que si está cubierto, verifica que el código correcto de la diagnosis o el código del procedimiento fue introducido por el abastecedor en la forma de demanda de seguro. También verifica que su deducible fue calculado correctamente. Sea seguro que usted no faltó un paso esencial bajo su plan, tal como certificación del previa admisión. Si todo está en orden, solicite al asegurador repasar la demanda.

LOS SITIOS WEB QUE AYUDARÁN CON PREGUNTAS SOBRE SEGURO MÉDICO

<http://www.ins.state.ny.us/faqcs1.htm> - Este sitio resume las derechas de los consumidores, proporciona la información sobre diversos planes, y proporciona los consejos para comparar y poner en contraste las diversas opciones y compañías del seguro médico.

<http://www.nyshmoguide.org/> - contiene tablas de facil lectura que comparan el funcionamiento y los premios de HMO, los datos históricos de las quejas, y los consejos en cómo elegir un HMO

www.insurancehelp.com – esto es un centro de información del seguro para la gente con grave enfermedad y para sus guardianos.

www.insurancehelpny.com - *El centro de información del seguro* - esto es un centro de información del seguro para la gente con grave enfermedad y para sus guardianos – contiene los glosarios, listas de comprobación, las derechas de los pacientes, y qué hacer si los servicios son rechazados, etc.

TelefonoNo. 1-866-694-6743

www.ins.state.ny.us – Departamento de Seguros del Estado de Nueva York – **Para presentar una queja**

(212) 480-2289 and/or (800) 342-3736 Fax No. (212) 480-2310

www.oapwd.org/nuscripts.htm - La Comisión del Estado de Nueva York en la Calidad del Cuidado

10 CONSEJOS A UTILIZAR AL SELECCIONAR UNA EMPRESA DE SEGURO

1. Lea y compare las pólizas completamente - enumere sus necesidades y compare con las pólizas.
2. Descubra como obtener los Bienes Medicos Duraderos (conocido como "DME"). Hay un limite en los Bienes Medicos Duraderos?
3. ANTES de se inscriba, tiene que estar seguro que el plan tiene los servicios y la cobertura que necesitare su nino, por ejemplo:
 - a. La localización de la clinica de la especializada;
 - b. ¿Hay limites en visitas especializadas: a la enfermera, a terapia?
 - c. ¿La póliza incluye la especialista que necesita – si no, puede conseguirla fuera –de-red y todavia tener la cobertura?
 - d. ¿ Las prescripciones están incluidos/cubiertas? Los Bienes Medicos Duraderos? Las Enfermeras?
 - e. ¿Las autorizaciones son faciles de obtener? ¿Es el tiempo de recibir las aprobaciones aceptable?
4. ¿Hay un limite anual? Hay un limite de vida?
5. ¿Hay deducibles?
6. Verifique la cobertura de seguro antes de cualquier procedimiento y/o cita con un especialista.
7. Verifica que la especialista referida por su medico primario acepta su seguro.
8. Guarde copias de todos las demandas, de los recibos de los co-pagos, y las negaciones, etc.
9. Descubra tanto como sea posible sobre el diagnosis y tratamientos necesarios de su nino. Cada niño tiene necesidades diversas del cuidado médico y esas necesidades afectarán grandemente su opción de los abastecedores del seguro. Enumere todas las necesidades de su niño y compárelas a lo que ofrecen los planes del seguro médico.
10. Aprenda las pautas estándares del tratamiento para la diagnosis particular de su niño. Usted puede comprobar esto con las organizaciones de la especialidad (por ejemplo: El Instituto Nacional del Cáncer o El Instituto Nacional de la Salud (NIH).

LOS CONSEJOS QUE PODRÍAN SER MUY IMPORTANTES EN LA DETERMINACIÓN DEL SEGURO

Debe terminar la cobertura de seguro para un miembro de la familia quien tiene otro seguro?

Si su esposo o compañero tiene cobertura a través de su empleador, usted debe determinarse si usted debe asegurarlo bajo el seguro de su empleador. Si el costo es mínimo para usted, puede ser mejor mantenerlo cubierta para que el seguro de su empleador pueda cubrir algunos de los costos que el seguro de su esposo o socio no cubre. Al comparar costos, usted debe comparar los deducibles y los co-pagos de los dos planes.

Haga una lista de sus necesidades del cuidado de salud.

¿Usted tiene costos del cuidado médico que continúen? ¿Si es así, esos costos serían pagados bajo otro plan? ¿Usted espera tener cirugía este año? Si es así, compare los planes para saber cuales hospitales están incluidos y también los costos que cubrirán.

Obtenga una lista sumaria de qué se cubre bajo cada plan.

Su patrón debe proporcionar esta lista. Si usted no tiene, la mayoría de los planes de la salud ahora publican una lista sumaria en sus sitios web. Compare la lista de qué se cubre a la lista de sus necesidades. ¿Cuál plan es el mejor para usted?

¿Puede guardar sus abastecedores actuales del cuidado médico?

Muchos planes proporcionarán una lista de los abastecedores que aceptan ese plan de la salud. Algunas de estas listas se mantienen actualizadas y algunas no son. Para estar seguro, llame la oficina de su abastecedor del cuidado médico y pregunte si aceptan el plan de la salud que usted está considerando.

Busca la información sobre la calidad del cuidado bajo plan de la salud.

¿Cómo es la calidad del cuidado médico bajo esta plan de salud? ¿Los miembros del plan están satisfechos con su cuidado? ¿Es necesario esperar mucho tiempo para obtener una cita? Lea el artículo de HealthCareCoach.com, "[Determinando la Calidad de los Planes de la Salud.](#)" ([Assessing the Quality of Health Plans](#)). Algunos estados ahora ofrecen tarjetas del informe en planes manejados del cuidado médico. Quedalo en el mente: Una tarjeta del informe que tiene tres años de viejo tal vez no refleja la calidad del cuidado que un plan de la salud puede ofrecerle hoy. También, la información local puede ser importante. Un plan de la salud que tiene un buen grado en otro estado tal vez no tiene un buen grado en su área.

REFERENCIAS:

www.healthcarecoach.com

<http://www.ahcpr.gov/consumer/qntool.htm>