

**Informe especial:
Preguntas y respuestas sobre
seguros**

**Cómo elegir una póliza de seguros:
Lo que usted necesita saber**

por David McGill, abogado



Volumen 17 · Número 3 · Mayo/Junio 2007

Traducción al español: The BilCom Group
inMotion Volume 17 · Issue 3 · May/June 2007:
Selecting an insurance policy: what you need to know
English Version is available in [Library Catalog](#)

¿Cómo puedo saber qué póliza de seguros es la adecuada para mí?

En el mundo de la asistencia médica de hoy, usted debe comprender los principios básicos sobre seguros. De otro modo, estará en gran desventaja cuando elija una nueva póliza de seguros o evalúe la póliza de seguros que le ofrece su empleador.

Papeles del seguro médico

Conociendo algunos de estos principios, podrá tomar una decisión con conocimiento de causa cuando analice sus opciones de seguro, sobre todo en lo concerniente a las prótesis.

Resumen de tipos de pólizas de seguros

Cuando elije una póliza de seguros, su primer desafío es comprender los dos tipos generales de planes disponibles para usted:

* Los planes tradicionales no limitan quién puede prestarle servicios médicos. Pero esta flexibilidad tiene su precio: altos desembolsos. Con el tiempo se han vuelto cada vez menos comunes, puesto que las aseguradoras han intentado obtener mayor control de los tratamientos y los costos limitándolo respecto de quien puede prestarle atención médica. Como consecuencia, los planes tradicionales son relativamente raros y en su mayoría han sido reemplazados por planes de asistencia médica administrada.



* Los planes de asistencia médica administrada imponen más restricciones sobre quién puede prestar servicios médicos. Los dos planes de asistencia médica administrada más comunes son el de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) y el de Opción de Proveedor Preferente (PPO, por sus siglas en inglés).

* Los planes HMO presentan el beneficio considerable de limitar los desembolsos. ¿Los pros y los contras? Limitan el tratamiento médico que usted puede recibir, de manera que será tratado sólo por proveedores "de la red": médicos y protésicos que han firmado un contrato con el plan.

* Los planes PPO otorgan acceso a una mayor cantidad de profesionales de la salud, incluidas las opciones de la red y fuera de ella. Pero, en este caso también, tener un mayor acceso tiene su precio: si acude a un proveedor fuera de la red, los costos serán más altos. Sin embargo, los planes PPO pueden ser su mejor alternativa si su protésico no pertenece a una red de asistencia médica administrada.



Cómo identificar los costos básicos

A continuación debería concentrarse en los costos básicos y relevantes del plan, que varían de acuerdo al tipo de seguro disponible. Generalmente, los planes HMO tienen costos básicos bajos, puesto que no poseen un deducible anual y solo requieren pagos compartidos para muchos servicios, que normalmente van de 5 a 35 dólares.

Los costos básicos de los planes PPO son más complejos. En primer lugar, debe considerar el deducible anual. Luego, debe analizar su coaseguro y los desembolsos máximos en virtud de la póliza de seguros. Los coaseguros y los desembolsos máximos suelen estar directamente relacionados, y son, tal vez, los elementos peor interpretados de los planes PPO.

El coaseguro es la obligación de compartir los costos que tienen usted y su aseguradora. Por ejemplo, muchas personas piensan que un plan 80/20 es aquél por el cual su aseguradora pagará el 80 por ciento de ciertos gastos y que usted será responsable por el 20 por ciento restante. Pero esto sucede solamente si el plan no supone un monto de desembolso máximo.

En las pólizas de seguro con desembolso máximo, el monto de desembolso máximo fija límites sobre los totales que usted debe pagar como parte de los gastos compartidos con su aseguradora. Un plan 80/20 con un desembolso máximo de 1.000 dólares significa que usted y la aseguradora compartirán costos (la aseguradora pagará el 80 por ciento y usted el 20 por ciento) solamente hasta que usted alcance los 1.000 dólares en pagos. Cualquier gasto que

exceda los 1.000 dólares será pagado por su aseguradora al 100 por ciento de su tarifa habitual.

De manera que, cuando analice el coaseguro y el desembolso máximo, es importante comprender que el desembolso máximo refleja el monto máximo que su aseguradora le exige que pague antes de hacerse responsable por el 100 por ciento de la tarifa habitual por el resto de los gastos. (Algunas pólizas de seguros incluyen el deducible en el desembolso máximo, otras no. Cuando analice su plan, verifique si el deducible se descuenta del desembolso máximo).

Cómo detectar costos ocultos

Los costos ocultos son aquellos que usted piensa que su aseguradora debe pagar, pero que luego descubre que es usted quien debe afrontarlos. Un folleto con un "resumen del seguro" que indica que se brinda cobertura de prótesis puede no revelar las limitaciones que pueden afectar significativamente a sus obligaciones de pago. Los costos ocultos se presentan de varias formas, aquí exponemos las más relevantes.

Límite bajo de gastos anuales o de por vida. Un límite anual de 2.500 dólares para el área de protésica de hecho lo obliga a pagar por la mayoría de sus gastos de prótesis. Del mismo modo, un costo elevado de una prótesis de buena calidad agotará rápidamente la cuota de gastos de por vida de 20.000 dólares o incluso de 50.000 dólares. Esto hace que usted deba pagar los costos de la diferencia no paga. Usted encontrará limitaciones de este tipo en pólizas de seguros HMO y PPO.

Exclusiones. Algunas pólizas de seguros excluyen prótesis específicas (nuevamente, dispositivos más caros y de mejor calidad). Cuando analice la cobertura de una póliza de seguros, asegúrese de consultar si la póliza contiene exclusiones generales o exclusiones específicas que se apliquen a las prótesis. Generalmente se aplican estas exclusiones a pólizas de seguro HMO y PPO de una misma compañía. A veces, la aseguradora las enumera en los boletines médicos o clínicos de las pólizas de seguros. Algunas aseguradoras las ponen a disposición del público en sus sitios web; sin embargo, encontrarlas puede ser complicado, puesto que los títulos de los boletines suelen tener poca relación con el ítem excluido.

Requisitos del coaseguro. Las aseguradoras pueden transferir los costos creando un requisito de coaseguro que se aplique solamente a la sección de cobertura protésica de su plan de seguro. Por ejemplo, un plan HMO que cubre prótesis y no impone coaseguros en ninguna otra parte de la póliza podría asignarle la responsabilidad de un coaseguro del 20 por ciento sin desembolso máximo para todos los costos protésicos. Para una prótesis de 20.000 dólares, ese plan HMO ha puesto 4.000 dólares en costos directamente bajo su responsabilidad. Del mismo modo, los planes PPO que presentan un coaseguro 70/30 en todas las otras secciones de la póliza de seguros, a veces, aumentan su obligación de gastos compartidos para prótesis al 50 por ciento en lugar del 30 por ciento.

Restricciones "solo de la red". Algunos planes PPO imponen estas restricciones solo para el área de protésica. De manera que un plan PPO que brinda prestaciones fuera de la red para

casi cualquier tratamiento disponible en virtud de la póliza de seguros, podría tener un requisito de "solo de la red" para el área protésica. Si su protésico no es un proveedor de la red, debe confirmar que el plan PPO que está analizando no solo tenga prestaciones fuera de la red en general, sino que también las tenga para protésicos específicamente.

“Sin reparaciones ni sustituciones”. Las pólizas de seguros HMO y PPO pueden limitar la cobertura protésica a una prótesis inicial. Esto significa que solamente obtendrá una prótesis en su vida. Aunque su protésico pueda demostrar que es médicamente necesaria una reparación o sustitución, no tendrá derecho a ella en virtud de la póliza de seguros.

Acabemos con los mitos: no puedo obtener cobertura por una enfermedad preexistente

Muchos amputados creen que ni siquiera pueden considerar un seguro nuevo a causa de su exclusión por riesgo preexistente. Sin embargo, en 1996, la legislación federal restringió drásticamente la facultad de las aseguradoras de negarse a pagar una prótesis basándose en esos argumentos.

En virtud de esta ley, una aseguradora no puede hacer valer por más de un año la exclusión por enfermedad preexistente en la mayoría de los casos. Algunos estados permiten hasta 18 meses si usted está buscando un seguro individual, a diferencia de un plan grupal (contratado por un empleador). También tiene derecho a un “crédito” por cualquier cobertura continua que tuviera inmediatamente antes del cambio de aseguradora.

Por ejemplo, cambia de la aseguradora A a la aseguradora B. Tuvo el seguro A durante dos años de cobertura continua antes de cambiarse a B. El año de exclusión por riesgo preexistente que B tiene derecho a hacer valer se contrarresta con los dos años de cobertura favorable que usted acumuló. Esto significa que en el primer día de estar asegurado por B, su protésico podría enviar una factura por una nueva prótesis, siempre y cuando sea médicamente necesaria, y la aseguradora debería pagar por ella.

Si tuvo sólo tres meses de cobertura continua con A antes de cambiarse a la aseguradora B, entonces, B podría hacer valer su derecho de exclusión por riesgo preexistente. Pero obtendría una compensación de tres meses en comparación con el período anual. Por lo tanto, B podría hacer valer sus derechos de exclusión por un total de nueve meses.

Incluso si no tuvo cobertura antes del seguro B, el máximo período por el que B podría hacer valer sus derechos de exclusión por enfermedad preexistente sería de 12 meses. Resumiendo, la exclusión por enfermedad preexistente puede perjudicar su acceso a la cobertura protésica, pero no será por tiempo indefinido.

Algunas pólizas de seguros (generalmente los planes autoasegurados) renuncian completamente a la exclusión por riesgo preexistente. Estas pólizas otorgan acceso inmediato a cobertura protésica incluso si usted nunca tuvo cobertura médica.

Por consiguiente, debería asegurarse de verificar si la póliza de seguros que está analizando tiene una exclusión por riesgo preexistente, en especial si su cobertura ha sufrido una

interrupción (definida como más de 63 días consecutivos no asegurados) antes de suscribirse al nuevo plan.

Reflexiones finales

Documente siempre las discusiones que mantenga con la aseguradora o el empleado acerca del seguro médico. El correo electrónico es especialmente útil, puesto que proporciona evidencia escrita y con fecha acerca de lo que le dijeron. Otra posibilidad es llevar un registro detallado que incluya la hora, la fecha y el nombre de la persona con quien habló. Si bien los representantes de la compañía de seguros no le darán sus apellidos por teléfono, puede solicitar y obtener el número de identificación del empleado.

Si cree que la aseguradora malinterpretó lo que cubría su póliza de seguros, considere la posibilidad de plantear el tema al Departamento de Seguros estatal. Sin embargo, esta opción es válida solamente para planes de seguros convencionales. El Departamento de Seguros estatal no tiene autoridad para ayudarle si recibe cobertura médica a través de una entidad autoaseguradora.

Finalmente, toda la investigación y el conocimiento del mundo no servirán de mucho si sólo cuenta con una póliza de seguros con prestaciones protésicas deficientes. La iniciativa del Plan de Acción para Personas con Dismetría (APPLL, por sus siglas en inglés) de la ACA intenta exigir a las aseguradoras que proporcionen cobertura protésica compatible con los términos y condiciones de Medicare. El APPLL ofrece la única alternativa viable cuando el seguro se convierte en un callejón sin salida. Si se encuentra en esta situación, póngase en contacto con la ACA para poder trabajar activamente con el fin de encontrar una solución no solo para usted, sino para todos los amputados que enfrentan el mismo problema.

Sobre el autor

David McGill es abogado y anteriormente ha representado a compañías de seguros, médicos y hospitales. Posee una extensa experiencia en problemas de cobertura de seguros que afectan a las personas amputadas. También es el Presidente de la Junta Directiva de la ACA.