

# Seguro médico privado

## ¿Qué debo saber sobre el seguro médico privado?

En el complicado entorno sanitario actual, orientarse en los planes de seguro médico puede parecer abrumador. Muchas familias tienen acceso a un seguro médico como parte del paquete de prestaciones que ofrece su empresa, mientras que otras contratan un seguro médico por su cuenta. Muchos de los “mandatos” de cobertura emitidos por la legislatura federal y estatal no se aplican por igual a las pólizas colectivas e individuales. Es importante que conozca los tipos de planes de seguro, sus límites y los derechos del titular de la póliza para asegurarse de que su familia dispone de la cobertura que necesita.

### Tipos de seguro médico

Cada año son menos los habitantes de Indiana que están cubiertos por planes de seguro médico de pago por servicio, en los que los asegurados acuden a un médico de su elección y luego presentan sus propias reclamaciones al seguro médico. Hoy en día, más estadounidenses están cubiertos por uno de los siguientes planes:

**Organización de Proveedores Preferentes (PPO).** Una PPO es una red de médicos y hospitales que han acordado un descuento a cambio del reembolso directo de una compañía de seguros o un administrador. Esta red de proveedores se ofrece a través de un plan de salud, ya sea colectivo o individual. Normalmente, el plan de prestaciones incluye franquicias y coseguros. Los servicios pueden ser prestados por proveedores fuera de la red; sin embargo, los servicios fuera de la red suelen conllevar un copago y un deducible más elevados.

**Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO).** Una HMO es una forma de asistencia gestionada en la que los servicios se prestan a través de una red restringida de proveedores. La inscripción en una HMO requiere la selección de un médico de atención primaria (médico de cabecera) que puede remitir al paciente a especialistas para que le proporcionen servicios de salud. Las HMO también pueden ofrecer una opción de Punto de Servicio (POS), que permite más flexibilidad para elegir médico. La opción POS puede no requerir remisiones para la atención especializada. La opción POS suele ser más cara y puede requerir copagos y deducibles más elevados.

**Planes individuales/familiares.** Otra opción para las familias es contratar su propio seguro médico. Hay muchos planes entre los que elegir, con distintos deducibles, copagos y coseguros. La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible ha facilitado la comparación y compra de planes de seguro médico. Las personas que deseen comprar planes pueden visitar [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov) para ver las opciones de planes, hablar con un agente de seguros o hablar con un asesor local: <https://in-fssa.force.com/HCNV/>

**Cuentas de Ahorros para la Salud (HSA).** Las Cuentas de Ahorro para la Salud se utilizan junto con un Plan de Salud con Deducible Elevado (HDHP) calificado. Estos tipos de planes son cada vez más populares entre empresas y particulares, ya que el costo mensual suele ser inferior al de un plan PPO debido al deducible más alto. Las familias pueden depositar dinero en la HSA antes de impuestos y, a diferencia de las Cuentas de Gastos Flexibles (FSA), el dinero no utilizado se transfiere de un año a otro. Las empresas pueden ofrecer la posibilidad de elegir entre un plan PPO y un plan HDHP, y las diferencias de costo pueden ser significativas. Muchas personas eligen el plan HDHP y depositan la diferencia de costo en su cuenta HSA. Para los beneficiarios de Medicaid, las HSA están exentas como recurso si la cuenta está restringida al uso exclusivo de gastos médicos calificados (esto puede requerir una verificación para determinar si la cuenta puede utilizarse para fines distintos de los gastos médicos calificados).

### Autofinanciación vs. Seguro total: Diferencias

Una empresa puede estructurar un plan de salud colectivo de dos maneras: autofinanciación o seguro total. Los planes de autofinanciación utilizan el dinero de la empresa para pagar las reclamaciones médicas.

Las empresas contratan a un administrador, que puede ser una compañía de seguros, para que tramite y pague las solicitudes de reembolso con el dinero de la empresa. En cambio, los planes de seguro total utilizan el dinero de la compañía de seguros para pagar las reclamaciones. Los empleados por lo general contribuyen a la prima independientemente del tipo de plan que tengan. Es importante saber qué plan tiene porque sólo los planes asegurados e individuales/familiares están regulados por el Departamento de Seguros del Estado. Los planes de autofinanciación se rigen por la legislación federal y no tienen que seguir las disposiciones estatales en materia de prestaciones. Su empresa puede indicarle qué tipo de plan tiene. También es importante saber que si su empleador no tiene sede en Indiana, sus mandatos de seguro médico se registrarán por las leyes del estado de que se trate y NO por los mandatos de Indiana.

**Cuentas de Gastos Flexibles:**

Algunas empresas ofrecen como opción una cuenta de gastos flexibles (o cuenta flexible), por lo general aparte del seguro. Una cuenta flexible permite al empleado reservar una parte de sus ingresos para pagar gastos calificados (definidos por el IRS), como gastos médicos y de cuidado de dependientes. El dinero que se deduce de la nómina de un empleado para una cuenta flexible es dinero antes de impuestos. Estos planes pueden suponer una importante ventaja fiscal para algunas familias. Al evaluar este tipo de plan, considere cuidadosamente qué gastos están permitidos y cuánto dinero se utilizará en un año. *Generalmente, el dinero que no fue utilizado en el año designado se pierde. Ocasionalmente algunos empleadores proveen un "periodo de gracia"*

**Para más información sobre planes de seguro y prestaciones:**

Los planes de seguro vienen con materiales que explican las prestaciones, los procedimientos para obtener la autorización de los servicios y cómo abordar las apelaciones e inquietudes. Los empleadores, los departamentos de recursos humanos y los administradores de planes son fuentes clave de este tipo de información y pueden compartirla electrónicamente. Además, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible añadió protecciones al consumidor, incluidos los límites de gastos de bolsillo y los servicios adicionales que se aplican a determinados planes.

**A quién dirigirse en caso de queja:**

Cuando tenga una queja, asegúrese de revisar el folleto de su póliza para comprobar que el servicio en cuestión está cubierto y que se han seguido las directrices adecuadas de precertificación, uso de la red y presentación de reclamaciones. Las familias deben conservar una copia de todas las facturas, reclamaciones y demás documentación para facilitar la resolución de cualquier problema. Si se rechaza una solicitud, debe indicarse el motivo en la explicación de prestaciones. Si no está de acuerdo con el rechazo, consulte la póliza o el folleto del empleado para conocer los procedimientos de apelación de la compañía. La compañía debe poder responder por teléfono a las preguntas sobre el procedimiento de apelación. Cualquier apelación debe presentarse por escrito y puede requerir más información.

Las familias que no hayan podido resolver un problema de reclamación y que tengan un plan autofinanciado pueden llevar las reclamaciones no resueltas a la Administración de Seguridad de Prestaciones para Empleados del Departamento del Trabajo de EE.UU. (DOL). En el norte de Indiana, llame al 1-312-353-0900. En el sur de Indiana, llame al 1-859-578-4680, <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/about-us/regional-offices>

Si su plan médico familiar es de seguro total o un plan individual/familiar, póngase en contacto con el Departamento de Seguros de Indiana, División de Servicios al Consumidor, llamando al 1-800-622-4461. Encontrará formularios de reclamación e información adicional para el consumidor en la página web del Departamento: <https://www.in.gov/idoi/consumer-services/>

Los programas y sistemas cambian a menudo. Es importante asegurarse de que está utilizando la información más actualizada. Esta hoja informativa se actualizó en febrero de 2024. Consulte <https://www.inf2f.org/fact-sheets.html> para obtener la edición más reciente.

Esta hoja informativa contó con el apoyo de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (HHS) como parte de una adjudicación por un total de \$89,140 con un 87% financiado con fuentes no gubernamentales. El contenido es responsabilidad de INF2F y no representa necesariamente la opinión oficial ni el aval de la HRSA, el HHS o el Gobierno de EE.UU. Para más información, visite [HRSA.gov](https://www.hrsa.gov)

