

Cómo entender su seguro médico privado

Hay mucho que aprender acerca de los seguros médicos y este documento le puede ayudar a aprender acerca de su plan. En la última página hay algunas preguntas que también le ayudarán a aprender sobre su plan. Para contestar estas preguntas, asegúrese de tener a la mano una copia del plan de seguro médico o las normas de este. Si no tiene una copia, llame al teléfono de servicios para miembros que aparece en su tarjeta de seguro.

¿Tiene usted una póliza individual o un plan de grupo?

Póliza individual: Seguro que compra de una compañía de seguros o por medio de un intercambio de seguros.

Plan de grupo: Seguro médico por medio de su trabajo u otros grupos (como organizaciones comerciales o escuelas). Generalmente, solo durante ciertos periodos del año se le permite inscribirse o hacer cambios. El costo del seguro quizás se deduzca de su cheque de pago. Si su seguro no cubre servicios de intervención temprana, puede hablar con su empleador, organización o escuela acerca de obtener cobertura para estos servicios.

¿Qué tipo de plan tiene usted?

Plan de pago por servicios: Puede ir a cualquier proveedor de atención médica. El proveedor le cobrará a su compañía de seguros y usted le pagará al proveedor la cantidad que no paga su compañía de seguros. Quizás tenga que pagar la cantidad que le toca en el momento de la visita.

Plan de atención médica administrada: Estos planes tienen una red o un grupo de proveedores para sus opciones de proveedores de atención médica. Estos tipos de planes quizás le cuesten menos. Pero si elige un proveedor de atención médica fuera de la red, puede costarle más. Normalmente, tendrá que pagar una cantidad fija (o copago) por una visita al consultorio. Quizás tenga que hacer otro pago según el tipo de servicios que recibe durante la visita. Hay 3 tipos de planes de atención administrada:

- **Asociaciones para la conservación de la salud (HMO):** Usted escoge a un doctor de cuidado primario dentro de la red, que lo ve para la atención periódica y sus enfermedades; se necesita un envío a servicios para la atención especializada, y los copagos podrían ser más altos cuando ve a un especialista.
- **Asociaciones de proveedores preferidos (PPO):** Usted escoge a su propio doctor de una red de proveedores preferidos cada vez que ve a un doctor. Posiblemente no necesite un envío a servicios para ver a un especialista.
- **Planes de punto de servicio (POS):** Una combinación de las HMO y las PPO. Es una red que funciona como una HMO, de la cual usted escoge un doctor de cuidado primario. Puede o no necesitar un envío a servicios de un especialista.

¿Están todos los planes de seguros regulados por el Departamento de Seguros de Texas (TDI)?

No. Algunos planes están regulados por TDI, y usted puede comunicarse con TDI si tiene inquietudes o quejas. Otros planes están regulados por el Departamento de Trabajo de EE. UU. Tendrá que preguntarle a su empleador o la compañía de seguros para saber cuál agencia regula su seguro.

Servicios cubiertos

Los servicios cubiertos son aquellos servicios que el plan de seguros pagará total o parcialmente. El plan médico no tiene que cubrir todos los servicios que su hijo necesita. El plan quizás solo pague un número determinado de algunos servicios. Revise el manual o llame a la compañía de seguros para ver cuáles servicios están cubiertos. Si uno de los servicios que su hijo necesita no está cubierto, debe hablar con el coordinador de servicios de ECI antes de recibir el servicio. El coordinador de servicios posiblemente pueda darle información adicional y ayudarlo a saber cuál es el próximo paso.

Autorización previa

Algunos planes requieren autorización o aprobación previa antes de que se brinden ciertos servicios. El doctor da información al plan para solicitar la autorización. Si el plan no autoriza el servicio, la compañía de seguros no lo pagará.

Cómo apelar una negación de autorización previa

Si la compañía de seguros o proveedor le dice que no aprobará el servicio, usted puede preguntarle al proveedor si apelará (o enviará más información).

También puede llamar directamente a la compañía de seguros para preguntar por qué no se aprobó el servicio. La información sobre el trámite de apelación del plan médico se encuentra en el manual que recibió de la compañía de seguros. El trámite de apelación varía entre los diferentes planes médicos.

Puede ser que tenga un plazo determinado para presentar su apelación. No se tomarán en cuenta las apelaciones presentadas después del plazo permitido por la compañía de seguros.

Cómo apelar una negación de pago

No puede apelar si el plan no cubría el servicio o si su hijo ha recibido más servicios que la cantidad permitida.

Cada vez que ve a un proveedor de atención médica, el plan envía una declaración con la explicación de beneficios (EOB). Esto le dirá si un servicio se pagó, se negó o lo que usted pagó o podría deber. También le dirá por qué el pago se negó.

Si usted cree que un servicio cubierto debió haberse pagado pero fue negado, puede llamar a servicio al cliente para hablar sobre la negación. También puede llamar al proveedor de servicios para saber si puede corregir el problema y apelar la solicitud de pago negada.

Si la compañía de seguros todavía se niega a pagar, usted podría pedir que una organización de revisión independiente (IRO) estudie la negación. Una IRO es una tercera parte independiente certificada por el Departamento de Seguros de Texas (TDI) (www.tdi.texas.gov/pubs/consumer/cb005.html).

Usted tiene derecho a una revisión independiente de la negación de:

- servicios que el plan no considera médicamente necesarios,
- servicios que el plan considera experimentales o de investigación y
- medicamentos médicamente necesarios que no están en la lista de medicamentos preferidos de la compañía.

Si tiene preguntas, llame a la Oficina de Control de Calidad de la Atención Médica Administrada de TDI al 1-866-554-4926 o al 512-322-4266.

El trámite de apelación es diferente para los planes de seguros regulados por el Departamento de Trabajo de EE. UU. Puede obtener más información sobre el trámite de apelación y revisión federal en la siguiente página web: www.dol.gov/ebsa/publications/filingbenefitsclaim.html#6

Consejos generales

- Si se comunica con la compañía de seguros por teléfono, pídale al representante de servicios que le envíe un resumen por escrito de la plática.
 - Mantenga un registro de cada llamada que hace al plan, con el nombre de la persona con quien habló, la fecha y hora en que habló y las notas que tomó sobre la plática.
 - Si el representante del plan médico le volverá a llamar sobre alguna información, asegúrese de preguntar cuándo puede esperar su llamada. Comuníquese de nuevo con el plan médico si no le han devuelto la llamada para esa hora.
 - El coordinador de servicios de ECI puede ayudarle, o puede encontrar alguien de su agencia que le ayude.
-

Revise el plan y conteste las siguientes preguntas:

1. ¿Cuánto cuesta el plan? ¿Paga su empleador una parte del costo o prima? ¿Se deduce la prima de su cheque de pago?
2. ¿Tiene un copago? ¿Varía el copago para los diferentes tipos de proveedores?
3. ¿Tiene un deducible? (La cantidad que usted tiene que pagar antes de que el seguro empiece a pagar.)
4. ¿Cuánto es el gasto de bolsillo máximo del plan? (Esto quiere decir la cantidad máxima que una persona pagaría por copagos, deducibles y coaseguro en un año calendario.)

5. ¿Hay una red de doctores, proveedores de atención médica o especialistas de la cual tiene que elegir?

6. ¿Necesita un envío a servicios para ver a un especialista?

7. ¿Tiene la póliza alguna exclusión (servicios no cubiertos)?

8. ¿Ofrece el plan beneficios de servicios de Intervención Temprana en la Infancia (ECI) o servicios de intervención temprana?

9. ¿Cuántas sesiones de servicios de terapia del habla, ocupacional y física se cubren anualmente en el plan?

10. ¿Quién regula el plan de seguro?

11. ¿Cuál es el trámite del plan para hacer quejas o apelar?

Adaptado de The Infant & Toddler Connection of Virginia