

Guía de seguros médicos para consumidores en Michigan



Esta guía fue producida por el Departamento de Seguros y Servicios Financieros (*Department of Insurance and Financial Services - DIFS*) del Estado de Michigan a través de un subsidio financiero del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Para solicitar copias de esta guía, envíe un correo electrónico a difs-hicap@michigan.gov.

Información adicional disponible en www.michigan.gov/difs.

Teléfono gratuito: 877-999-6442

Esta guía se imprimió en junio de 2014. Porciones del texto podrían estar desactualizadas; contacte el sitio web de DIFS o contacte al administrador de programa apropiado para obtener la información más actualizada.



Índice

Introducción.	2
Cobertura de grupo del empleador	3-4
Cobertura individual	5
Cobertura de Medicare, complemento del Medicare y Medicare Advantage	6-9
Tipos de planes de salud	10-11
Búsqueda de cobertura médica o comparación de planes de salud.	12-13
¿Qué cuidados médicos debe pagar mi proveedor de seguros médicos?	14-17
Pago de las facturas médicas	18-19
Cambio de un plan de salud a otro	20-21
Comprenda la nueva ley del cuidado de la salud.	22-23
El Mercado de Seguros Médicos	24-25
Qué hacer si una reclamación es denegada	26
Quejas y apelaciones relacionadas con las coberturas médicas	27-28
Glosario de términos médicos y seguros de salud	29-32
Formulario de queja.	33
Formulario de revisión externa.	34
Información de contacto importante	35-36





Introducción

El Departamento de Seguros y Servicios Financieros (*Department of Insurance and Financial Services - DIFS*) de Michigan, es la agencia que reglamenta las industrias financieras de Michigan, incluyendo a empresas, productos y agentes de seguros de salud.

Esta guía provee a los consumidores información sobre los aspectos básicos de la cobertura médica para que los residentes de Michigan tomen decisiones informadas. Hay varios tipos de pólizas de seguros médicos y planes de cuidado de salud que ofrecen muchas opciones diferentes. El consumidor puede comprar una cobertura individual de manera directa u obtener cobertura médica de grupo a través de un empleador.

Los proveedores de seguros médicos ofrecen cobertura médica a través de diferentes tipos de entidades, las más usuales son las empresas de seguros médicos o las organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO, según sus siglas en inglés). **En esta guía, los “proveedores de seguros médicos” se referirán a alguna de estas entidades. Cuando existan diferencias entre las entidades, se especificará el tipo de proveedor de seguros médicos.**

Además de educar a los consumidores sobre las industrias que reglamenta, DIFS concede licencias a los agentes y proveedores de seguros médicos, verifica su solidez financiera, examina las pólizas de protección al consumidor e investiga posibles infracciones de las empresas y los agentes contra las leyes de seguros. DIFS revisa las tarifas de las coberturas médicas en los planes de salud individuales, los planes de grupo de los empleadores pequeños, los planes HMO y otros tipos de coberturas.

DIFS investiga quejas contra los proveedores de seguros médicos o los agentes de seguros para garantizar que hayan acatado el lenguaje de los contratos y cumplido todos los reglamentos y las leyes de seguros. Además, de conformidad con la Ley de Derecho de los Pacientes a la Revisión Independiente (*Patient’s Right to Independent Review Act - PRIRA*), DIFS ofrece a los titulares de las pólizas derechos de apelación contra decisiones adversas tomadas por los proveedores de seguros médicos con respecto a la denegación, reducción o cesación de servicios médicos.



Cobertura de grupo del empleador

Un empleador no está obligado a proveer cobertura médica a sus empleados ni a los dependientes de estos. Sin embargo, según la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (*Affordable Care Act*), a partir del año fiscal 2015 se podrá sancionar a los empleadores con 100 empleados o más que no ofrezcan cobertura a sus empleados que trabajen a tiempo completo y a sus hijos dependientes. Además, el empleador podría tener que pagar una multa fiscal si no ofrece una cobertura razonable que proporcione “valor mínimo” para al menos el 70 por ciento de sus empleados de jornada completa y sus dependientes en el 2015. En el 2016, el porcentaje requerido será el 95 por ciento de los empleados cubiertos y el requerimiento de proveer cobertura o pagar una multa aplicará a los empleadores con 50 empleados o más.

Además, según la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, hay requisitos para los planes de salud no exentos de los empleadores, que incluyen limitar los gastos del bolsillo y los períodos de espera, no limitar el monto anual o de por vida de los pagos para la cobertura de beneficios médicos esenciales, no compartir costos para los servicios preventivos y ofrecer cobertura a hijos adultos hasta los 26 años de edad.

En una cobertura de grupo, el empleador es el principal titular de la póliza y los empleados son titulares de certificados. El principal titular de la póliza negocia los términos de la póliza de grupo con el proveedor de seguros médicos. El principal titular de la póliza puede reducir o cambiar los beneficios y la cobertura, aumentar la participación de los empleados en los costos de las primas, cambiar de proveedor de seguros médicos o dejar de proveer cobertura. El principal titular de la póliza determina quién tiene cobertura y solicita al proveedor de seguros médicos que añada o elimine empleados del plan.

Algunos empleadores ofrecen cobertura a través de más de un plan y los empleados eligen cuál satisface mejor sus necesidades o les ofrece una mejor opción económica según su situación. Todos

los contratos de cuidado de salud de grupo deben incluir los beneficios mínimos que estipulen las leyes de Michigan. La página 14 de la presente guía ofrece información adicional al respecto.

Primas del empleado

La cobertura y las tarifas pueden cambiar anualmente. El empleador decide qué porción de la cobertura deben pagar los empleados. En algunos casos, el proveedor de seguros médicos podrá requerir que el empleador pague un porcentaje mínimo de la prima. Sin embargo, según la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, para que la cobertura basada en el empleador se considere asequible, las primas que debe pagar el empleado por la opción exclusiva para empleados del plan, debe ser inferior al nueve y medio por ciento del ingreso anual del grupo familiar del empleado. Para ofrecer el “valor mínimo”, el plan debe pagar al menos el 60 por ciento de los costos médicos de los servicios que están cubiertos por el plan. Si no aplica ninguna de las opciones anteriores, el empleado podrá recibir un crédito fiscal para la compra de un seguro en el Mercado de Seguros Médicos y al empleador se le podría imponer una multa fiscal.

Inscripciones

Los empleados deben tener conocimiento de las pólizas de inscripción de grupos del empleador. Los empleadores pueden requerir un período de espera que no sobrepase 90 días antes de que la cobertura entre en vigor para los empleados nuevos o antes de que puedan inscribirse en el seguro. Se debe informar a los empleados de cualquier plazo límite cuando soliciten inscribirse por primera vez en la cobertura de grupo. Los empleadores tienen un período anual de inscripción abierta para que los empleados añadan o cambien su cobertura. Durante este período, se comunicará a los empleados cualquier cambio que haga el empleador al seguro de grupo. Se autorizan períodos de inscripción especiales cuando ocurran ciertos eventos, tales como nacimiento, adopción, matrimonio, muerte, pérdida de empleo, etc.



Cobertura de grupo del empleador cont.

Planes de bienestar

Las leyes de Michigan permiten que los proveedores de seguros médicos ofrezcan planes de bienestar. Un programa de bienestar en el trabajo consiste en herramientas tales como una evaluación de riesgos para la salud y una evaluación biométrica, cuya finalidad es medir factores de riesgo, y programas diseñados para tratar dichos factores de riesgo. Muchos planes de grupo de los empleadores incluyen programas de bienestar de manera opcional.

Según la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, los proveedores de seguros médicos deben ofrecer un programa de bienestar si utilizan una evaluación de uso de tabaco en cualquier póliza de grupo o individual.

Planes de salud autofinanciados

Si usted trabaja para un empleador grande o una agencia del gobierno, hay una buena posibilidad de que su plan de cuidado de salud sea autofinanciado o autoasegurado. Esto significa que el empleador acepta el riesgo en vez de transferirlo a una aseguradora. Si bien un plan de cuidado de salud autofinanciado no es un seguro, el empleado no notará ninguna diferencia con respecto a un seguro.

Los planes de cuidado de la salud autofinanciados pueden funcionar mejor para aquellos empleadores que son lo suficientemente grandes como para ofrecer coberturas sustanciales y pagar reclamaciones costosas por los servicios médicos. Mientras se paguen las reclamaciones, usted podría no darse cuenta si su empleador ha proporcionado su cobertura a través de un plan totalmente asegurado o un plan de cuidado de la salud autofinanciado.

Los empleadores contratan entidades, como empresas aseguradoras y administradoras independientes, para que administren el plan

de cuidado de salud autofinanciado. Administrar el plan significa que la entidad contratada cobra las primas y procesa las reclamaciones en nombre del empleador.

DIFS no tiene autoridad sobre los contratos para los planes de cuidado de la salud autofinanciados que crean los empleadores, pero sí tiene autoridad sobre los administradores de dichos planes. En cuanto a los planes de los gobiernos locales, como ciudades, condados, escuelas superiores y universidades estatales y el Estado de Michigan, DIFS se ocupa de las apelaciones externas o las solicitudes de los consumidores en materia de revisiones independientes para denegaciones, reducciones o cesaciones de un servicio de la salud, para estos planes, independientemente de si el plan está totalmente asegurado o autofinanciado.

La forma más fácil de averiguar si su plan de cuidado de salud está autofinanciado o totalmente asegurado es preguntarlo a su empleador. También podrá hallar la respuesta en la información sobre beneficios que proporciona su empleador. A menudo se incluye el término “plan” o “Descripción resumida del plan” como parte del nombre de la cobertura si se trata de un plan de cuidado de salud autofinanciado. La mayoría de los empleadores grandes proveen beneficios de cuidado de salud a través de planes de cuidado de salud autofinanciados.

Pérdida de la cobertura del empleador

Si usted pierde la cobertura de grupo que tiene a través de su empleador, podría calificar para el seguro federal COBRA, tener derechos de conversión de grupo o calificar para la compra de una cobertura en el Mercado de Seguros Médicos. La página 20 de la presente guía ofrece información sobre sus opciones.



Cobertura individual

Si usted no tiene acceso a una cobertura de salud de grupo y no califica para el Plan Healthy Michigan, Medicaid o Medicare, puede adquirir cobertura médica a través de un agente acreditado, directamente de un proveedor de seguros médicos o a través del Mercado de Seguros Médicos. Obtenga una lista de proveedores que venden pólizas individuales en la pestaña “Are you shopping for insurance?” (“¿Está buscando un seguro?”) en el sitio web www.michigan.gov/hicap.

En una póliza individual, usted es el titular de la póliza. La póliza puede cubrirle a usted y a sus dependientes elegibles. Con la introducción de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, una empresa aseguradora no puede denegar su solicitud de cobertura basada en una condición preexistente. Si es residente de Michigan y no tiene acceso a una cobertura de grupo, puede visitar el Mercado de Seguros Médicos en www.healthcare.gov o llamar al Mercado a la línea telefónica gratuita 800-318-2596 o contactar directamente a un agente o un proveedor para obtener cobertura.

Inscripción abierta

La mayoría de las coberturas para los planes individuales durante el 2014 pudieron adquirirse solamente durante el período de inscripción abierta del 1° de octubre de 2013 al 31 de marzo de 2014. Para las coberturas en el 2015, el período de inscripción será del 15 de noviembre de 2014 al 15 de febrero de 2015. Si le interesa saber qué opciones tiene fuera del período de inscripción, llame a DIFS al teléfono 877-999-6442.

Requisito de tener cobertura médica

A partir de 2014, la disposición sobre “mandatos individuales” de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere que las personas adquieran un seguro médico o paguen una multa tributaria federal. Si usted tiene actualmente una cobertura a través del Plan Healthy Michigan, Medicare, Medicaid o un empleador, se considera que está cubierto y no tendrá que pagar la multa. Si compra ahora un plan individual que provea cobertura médica mayor, es probable que se considere que está cubierto y no tenga que pagar la multa.

Quienes no tengan ni obtengan cobertura deberán pagar una multa tributaria federal. La multa para una persona es:

- En el 2014 — la cantidad mayor de \$95 por adulto o uno por ciento del ingreso gravable
- En el 2015 — la cantidad mayor de \$395 por adulto o dos por ciento del ingreso gravable
- En el 2016 — la cantidad mayor de \$695 por adulto o dos y medio por ciento del ingreso gravable

Usted podría estar exento de la multa por no tener cobertura si tiene una adversidad financiera, objeciones religiosas, pertenece a un ministerio de participación de cuidado de la salud, si su póliza individual del 2013 fue cancelada o si la cobertura le costaría más del ocho por ciento de su ingreso. Visite www.irs.gov/aca para obtener información adicional sobre la multa tributaria federal.

Beneficios requeridos

Las pólizas individuales deben incluir los beneficios de cuidado de salud específicos mínimos que requieran tanto las leyes federales como las de Michigan, incluyendo beneficios médicos esenciales. Los planes individuales, incluyendo los planes médicos que se utilicen conjuntamente con Cuentas de Ahorro de Salud con deducibles elevados, pueden tener copagos variables, coseguros y deducibles. Estos deducibles están sujetos a los límites que fija el Servicio de Impuestos Internos (IRS). La página 14 de la presente guía ofrece información adicional al respecto.

Primas

El costo de la prima mensual para su cobertura individual depende del tipo de plan que elija, su edad, dónde vive, el número de sus miembros familiares elegibles o dependientes elegibles cubiertos bajo su plan y su consumo de tabaco. Las primas pueden aumentar cada año del plan para reflejar el aumento de los costos de cuidado de la salud.

El Plan Healthy Michigan

Si usted no está asegurado y está buscando cobertura, podría ser elegible para el Plan Healthy Michigan, un programa nuevo promulgado por la legislatura de Michigan y autorizado por el gobernador Snyder que entró en vigor el 1° de abril de 2014. Para optar al Plan Healthy Michigan, usted debe:

- Tener de 19 a 64 años de edad.
- No calificar actualmente para Medicaid.
- No calificar para, ni estar inscrito en, Medicare.
- No estar embarazada cuando solicite su inscripción en el Plan Healthy Michigan.
- Tener ingresos de hasta el 133 por ciento del nivel de pobreza federal (el nivel de pobreza federal se ajusta anualmente. En 2013, el 133 por ciento del nivel de pobreza para una persona era de aproximadamente \$16,000 o \$33,000 para una familia de cuatro).
- Ser residente de Michigan.

Visite www.HealthyMichiganPlan.org o llame al teléfono 855-789-5610 para obtener más información.



Cobertura de Medicare, complemento del Medicare y Medicare Advantage

Esta sección se refiere a coberturas médicas que se consideran generalmente para personas mayores. La información en esta sección incluye Medicare, complemento del Medicare y Medicare Advantage. Las personas que han cumplido 65 años usualmente compran coberturas relacionadas con Medicare. Sin embargo, la información también aplica a personas menores de 65 años que tienen cobertura de Medicare.

Medicare

Medicare es un programa del gobierno federal que provee cobertura médica a personas de 65 años o más, personas discapacitadas, personas que han estado recibiendo beneficios del Seguro Social durante 24 meses y personas que reciben tratamientos de diálisis renal (quienes califican para la Parte B de Medicare).

Medicare se divide en dos componentes principales:

- **Parte A: cobertura de hospital:** La Parte A es una cobertura de hospital a la cual pueden optar automáticamente todas las personas que cumplen 65 años. Se financia con los impuestos que pagan los empleadores y empleados. La Parte A tiene un deducible que se debe pagar antes de que Medicare comience a pagar los servicios de cuidado de salud. El deducible de la Parte A se cobra cada vez que ocurra una hospitalización, siempre que transcurran 60 días entre cada una. Una vez pagado el deducible, Medicare pagará una porción de los gastos de cuidado de salud que estén cubiertos y usted deberá pagar una porción de dichos gastos cubiertos. La Parte A provee cobertura para cuidado de hospicio, cuidados profesionales de enfermería limitados y cuidado de salud en el hogar.

- **Parte B: cobertura médica:** La Parte B es una cobertura de servicios médicos y ambulatorios y su compra es opcional. Está financiada por primas mensuales que se deducen usualmente del cheque del Seguro Social de la persona cubierta. La Parte B también tiene un deducible que tiene carácter anual. Bajo la Parte B, Medicare pagará el 80 por ciento de los costos de cuidado de salud que están cubiertos y usted deberá pagar el 20 por ciento de dichos costos que no pague Medicare. Bajo la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, la Parte B cubre ahora algunos servicios preventivos que incluyen una visita de bienestar anual, sin un deducible ni un coseguro.

Los deducibles y los montos de los coseguros de Medicare se ajustan anualmente.

Más información sobre Medicare

Para obtener más información sobre el programa de Medicare, qué cubre y los cambios que se han hecho recientemente al programa, visite: www.medicare.gov. El sitio web ofrece abundante información e incluye una sección de “Preguntas frecuentes” que cubre muchos temas. También conviene leer la publicación “Your Medicare Rights and Protections” (“Sus derechos y protecciones en Medicare”) que se puede obtener en: www.medicare.gov.

Pólizas complementarias de Medicare

Una póliza complementaria de Medicare tiene la finalidad de ayudar a pagar los costos de los servicios de cuidado de salud que no paga Medicare (p. ej.: deducibles y coseguros). Las pólizas complementarias de Medicare se conocen a menudo como pólizas “Medigap”. Considere comprar una póliza complementaria de Medicare si no tiene una cobertura de cuidado de salud de su empleador o cobertura

para personas jubiladas y está en capacidad de pagar una prima complementaria mensual de Medicare. Una póliza complementaria de Medicare debe proveer beneficios que tienen la finalidad de cubrir costos compartidos bajo Medicare y cuyos montos cambiarán automáticamente para mantenerlos a la par con cualquier cambio en el deducible y los porcentajes de los copagos de Medicare. Las pólizas complementarias de Medicare tienen renovación garantizada y pueden cesar solamente debido a incumplimiento del pago de las primas o a declaración falsa material.

Los beneficios básicos esenciales de los planes complementarios de Medicare

Cada plan complementario de Medicare incluye todo lo siguiente:

- Hospitalización: coseguro de la Parte A más cobertura por 365 días adicionales cuando cesen los beneficios de Medicare;
- Gastos médicos: coseguro de la Parte B (generalmente 20 por ciento de los gastos aprobados por Medicare) para servicios ambulatorios presentados por el hospital;
- Cobertura para análisis de sangre con la Parte A y la Partes B de Medicare: las primeras tres pintas de sangre por año calendario; y
- Coseguro para hospicio con la Parte A de Medicare.

Planes complementarios de Medicare estandarizados

- El plan A incluye solamente los beneficios básicos esenciales.
- El Plan B incluye los beneficios básicos esenciales y el deducible de la Parte A de Medicare.
- El Plan C incluye los beneficios esenciales, el deducible de la Parte A de Medicare, cuidado en un establecimiento profesional de enfermería, el deducible de la Parte B de Medicare y cuidado de emergencia que sea médicamente necesario en un país extranjero.
- El Plan D incluye los beneficios esenciales, el deducible de la Parte A de Medicare, cuidado en un establecimiento profesional de enfermería y cuidado de emergencia que sea médicamente necesario en un país extranjero.
- El Plan F incluye los beneficios esenciales, el deducible de la Parte A de Medicare, cuidado en un establecimiento profesional de enfermería, el deducible de la Parte B de Medicare, 100 por ciento de los cargos excesivos de la Parte B de Medicare y cuidado de emergencia que sea médicamente necesario en un país extranjero. El Plan F también ofrece una opción que tiene un deducible elevado. El deducible aumenta cada año y las primas tienden a ser más bajas que las de otras pólizas complementarias de Medicare. Sin embargo, se debe pagar el deducible antes de que la póliza cubra las reclamaciones médicas. El deducible para este plan en 2014 era \$2,140.

- El Plan G incluye los beneficios esenciales, el deducible de la Parte A de Medicare, cuidado en un establecimiento profesional de enfermería, 100 por ciento de los cargos excesivos de la Parte B de Medicare y cuidado de emergencia que sea médicamente necesario en un país extranjero.
- El plan K incluye los beneficios esenciales. El Plan K provee el 50 por ciento de los costos compartidos de los gastos de hospicio y las tres primeras pintas de sangre para la Parte A de Medicare. Además, paga solamente el 50 por ciento del coseguro de la Parte B una vez que se ha pagado el deducible anual. Una vez que se ha satisfecho el límite anual de los gastos de bolsillo, el Plan K paga el 100 por ciento de todos los deducibles, copagos y coseguros de las partes A y B. El límite de los gastos del bolsillo en 2014 para el Plan K es \$4,940.
- El plan L incluye los beneficios esenciales. El Plan L solamente provee el 75 por ciento de los costos compartidos de los gastos de hospicio y las tres primeras pintas de sangre para la Parte A de Medicare. Además, paga solamente el 75 por ciento del coseguro de la Parte B una vez que se ha pagado el deducible anual. Una vez que se ha satisfecho el límite anual de los gastos de bolsillo, el Plan L paga el 100 por ciento de todos los deducibles, copagos y coseguros de las partes A y B. El límite de los gastos del bolsillo en 2014 para el Plan L es \$2,470.
- El Plan M incluye los beneficios esenciales, el 50 por ciento del deducible de la Parte A de Medicare, cuidado en un establecimiento profesional de enfermería y cuidado de emergencia que sea médicamente necesario en un país extranjero.
- El Plan N incluye los beneficios esenciales, el deducible de la Parte A de Medicare, cuidado en un establecimiento profesional de enfermería y cuidado de emergencia que sea médicamente necesario en un país extranjero. El Plan N paga el 100 por ciento del coseguro de la Parte B, a excepción de un copago de \$20 para visitas en consultorios y hasta \$50 para visitas en las salas de emergencias.

Medicare Select

Una póliza Medicare Select es una póliza complementaria de Medicare (planes A a N) que condiciona el pago de beneficios, de manera total o parcial, sobre el uso de los proveedores que pertenecen a la red. Los proveedores que pertenecen a la red son proveedores de cuidado de la salud, o un grupo de proveedores de cuidados de la salud, que han firmado un acuerdo con la empresa aseguradora para proveer beneficios bajo una póliza Medicare Select. Una póliza Medicare Select no puede restringir el pago de servicios cubiertos que ofrecen los proveedores fuera de la red si dichos servicios tratan síntomas que requieren cuidado de emergencia o se requieren de manera inmediata para tratar una enfermedad, lesión o condición imprevista, y cuyo tratamiento no se puede obtener de manera razonable a través de un proveedor de la red. Una póliza Medicare Select debe pagar la cobertura total

Cobertura de Medicare, complemento del Medicare y Medicare Advantage cont.

bajo la póliza para los servicios cubiertos que no se pueden obtener a través de los proveedores de la red.

Su derecho a retornar una póliza complementaria de Medicare

La póliza es su contrato. Usted debe leer la póliza para comprender todos los derechos y deberes que tienen tanto usted como su proveedor de seguros médicos. Si decide que no le satisface su póliza, puede devolverla a su proveedor de seguros médicos. Si retorna la póliza en los siguientes 30 días de haberla recibido, el proveedor de seguros médicos considerará que nunca fue emitida y le devolverá todas las primas que haya pagado.

Reemplazo de su póliza complementaria de Medicare vigente por otra de una empresa diferente

No cancele su póliza vigente hasta que haya recibido su póliza nueva y se asegure de que desea conservarla. Cualquier agente de seguros que reemplace su póliza complementaria de Medicare por otra póliza suscrita por un proveedor de seguros médicos diferente, deberá entregarle una notificación de reemplazo de la cobertura.

Período de inscripción abierta

El mejor momento para adquirir una póliza complementaria es durante el período de inscripción abierta. El período de inscripción abierta comienza el primer día del mes en el cual usted, simultáneamente, tiene 65 años de edad o más y está inscrito en la Parte B de Medicare. Durante el período de inscripción abierta de seis meses, usted puede adquirir un plan complementario de Medicare que ofrezca cualquier empresa aseguradora, aún cuando tenga problemas de salud. Si solicita una póliza complementaria de Medicare después de que haya vencido el período de seis meses, no podrá adquirir una póliza complementaria de Medicare si no cumple los requisitos de suscripción médica de una empresa aseguradora, a menos que cumpla ciertas circunstancias que lo califiquen. Para más información sobre sus opciones después del período de inscripción abierta, llame al teléfono 800-MEDICARE o contacte al Programa de Asistencia de Medicare y Medicaid de Michigan (*Michigan Medicare/Medicaid Assistance - MMAP*) al teléfono 800-803-7174.

Adquirir la elegibilidad para Medicaid mientras se tiene una póliza complementaria de Medicare

Los beneficios y las primas de una póliza complementaria de Medicare se pueden suspender si usted lo solicita durante un período que no debe exceder 24 meses. Usted debe notificar a su proveedor de seguros médicos en un plazo de 90 días si adquiere

la elegibilidad para Medicaid. El proveedor de seguros médicos deberá devolverle la porción de la prima que corresponda a su período de elegibilidad para Medicaid, sujeto a ajustes por las reclamaciones que se hayan pagado. Si pierde su derecho a la cobertura de Medicaid, la póliza se restablecerá automáticamente a partir de la fecha de cesación de la elegibilidad.

Tratamiento de condiciones preexistentes bajo las pólizas complementarias de Medicare

No se puede denegar una reclamación que se haga bajo la póliza complementaria de Medicare por considerarse una condición preexistente, si la condición se trató por última vez más de seis meses antes de la fecha en que entró en vigor la póliza complementaria de Medicare. La póliza no puede restringir más la definición de una condición preexistente a como "una condición para la cual se dio consejo médico, o para la cual un médico recomendó o proporcionó tratamiento en los seis meses previos a la fecha en que comenzó la cobertura". Una póliza complementaria de Medicare no puede contener cláusulas adicionales ni endosos que excluyan, limiten o reduzcan la cobertura o los beneficios para enfermedades o condiciones físicas preexistentes específicamente nombradas o descritas. Si una póliza complementaria de Medicare se reemplaza por otra, el proveedor de seguros médicos que la reemplace deberá exonerar cualquier período de tiempo que aplique a las condiciones preexistentes, los períodos de espera, los períodos de eliminación y los períodos probatorios en la nueva póliza complementaria de Medicare para beneficios similares, hasta el límite en que dicho tiempo se utilizó en la cobertura original.

Planes de salud Medicare Advantage (MA)

Los planes Medicare Advantage se ofrecen a través de empresas privadas aprobadas por el gobierno federal. Estos planes se conocen a veces como "Parte C" o "planes MA". Los planes Medicare Advantage reemplazan la cobertura de Medicare original, proveen toda la misma cobertura que la Parte A y la Parte B, y deben cubrir todos los servicios que cubre Medicare original, excepto el cuidado de hospicio. Los planes Medicare Advantage podrían requerir el uso de proveedores que pertenecen a la red, así como diferentes copagos, coseguros y deducibles que Medicare original. También pueden ofrecer beneficios adicionales que incluyen cobertura de la vista, de audición o dental. Muchos planes MA incluyen cobertura para recetas médicas de Medicare. Los planes Medicare Advantage no son pólizas complementarias de Medicare a pesar de que ofrecen muchos de los mismos beneficios que las pólizas complementarias de Medicare. Es por esto que las personas no requieren tener simultáneamente un plan Medicare Advantage y un plan complementario de Medicare.

Los planes Medicare Advantage se ofrecen exclusivamente bajo la autoridad del Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (*Center for Medicare and Medicaid Services*), una agencia federal. El Departamento de Seguros y Servicios Financieros (*Department of Insurance and Financial Services - DIFS*) no reglamenta los planes Medicare Advantage, pero sí acredita a la mayoría de los proveedores de seguros médicos que suscriben los planes Medicare Advantage en Michigan. Esto significa que DIFS no examina ni aprueba el lenguaje de los contratos ni las tarifas de los planes Medicare Advantage.

Inscripción abierta para los planes Medicare Advantage

Usted puede inscribirse, cambiar de plan o rescindir un plan Medicare Advantage en determinados momentos del año. Una vez que se haya inscrito en un plan Medicare Advantage, deberá permanecer inscrito durante el año calendario a partir de la fecha en que comience su cobertura. Hay circunstancias limitadas durante las cuales puede cambiar su cobertura. Para obtener más información, llame al teléfono 800-MEDICARE o contacte al Programa de Asistencia de Medicare y Medicaid de Michigan (MMAPI) al teléfono 800-803-7174.

Cobertura para recetas médicas de Medicare (Parte D)

La cobertura para recetas médicas se ofrece a todos los suscriptores de Medicare a través de los planes de medicamentos recetados de Medicare o los planes Medicare Advantage. Los planes de medicamentos recetados de Medicare son voluntarios. Si desea tener cobertura de medicamentos recetados bajo Medicare, debe elegir e inscribirse en un plan que ofrezca la cobertura que satisfaga mejor sus necesidades. Los proveedores de seguros médicos ofrecerán una variedad de opciones con diferentes recetas médicas cubiertas y diferentes costos. Usted puede inscribirse, cambiar de plan o rescindir una cobertura para recetas médicas de Medicare en determinados momentos. Una vez inscrito, generalmente debe permanecer inscrito durante el año calendario a partir de la fecha en que comience su cobertura. Los planes de medicamentos recetados de Medicare cobran una prima mensual que varía de acuerdo a cada plan. La prima se cobra adicionalmente a la prima de la Parte B de Medicare. Los planes Medicare Advantage que incluyen una cobertura de medicamentos recetados pueden incluir un monto para esta cobertura en sus primas mensuales. La cantidad que usted paga por la cobertura para recetas médicas de Medicare puede ser más elevada de acuerdo a sus ingresos.

Los planes de medicamentos recetados de Medicare pueden tener deducibles anuales que hay que satisfacer antes de que comiencen a pagar la porción que le corresponde de sus medicamentos cubiertos. También pueden incluir copagos y coseguros que deben pagarse después de haber satisfecho el deducible. Los planes de medicamentos recetados de Medicare tienen una interrupción en la cobertura, conocida como “donut hole” (período sin cobertura). Esto significa que después de que usted y su plan de recetas médicas de Medicare haya gastado

cierta cantidad de dinero, tendrá que pagar todos los costos del bolsillo para sus recetas médicas, hasta el límite anual. Si su cobertura se interrumpe en un año, se le dará cierto descuento sobre los medicamentos recetados de marca que estén cubiertos. En 2014, este descuento es del 52.5 por ciento. La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio reducirá y eventualmente eliminará la interrupción en la cobertura para los planes de medicamentos recetados de Medicare.

Si usted tiene una cobertura médica para personas jubiladas o una cobertura médica de grupo de su empleador, esté pendiente de cualquier información que le envíe su empleador. Posiblemente no tenga que hacer cambios. Si no comprende la información que recibe de su empleador actual o previo, contacte al departamento de recursos humanos de la empresa o llame al número telefónico de contacto que aparezca en la comunicación escrita que reciba.

El Departamento de Seguros y Servicios Financieros (DIFS) no tiene ninguna autoridad sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare. Los planes de medicamentos recetados de Medicare se ofrecen exclusivamente bajo la autoridad del Centro de Servicios de Medicare y Medicaid, una agencia federal. Esto significa que DIFS no examina ni aprueba el lenguaje de los contratos, la lista de los medicamentos recetados que están cubiertos, ni las tarifas de los planes de medicamentos recetados de Medicare.

El Programa de Asistencia de Medicare y Medicaid de Michigan (MMAPI)

El Programa de Asistencia de Medicare y Medicaid de Michigan (*Medicare/Medicaid Assistance Program - MMAPI*) ofrece servicios de asesoramiento gratuitos para beneficiarios de Medicare y sus proveedores de cuidados. MMAPI puede ayudarle a tomar decisiones sobre sus beneficios médicos. Para obtener ayuda gratuita en materia de asesoramiento sobre seguros médicos para personas mayores, visite www.mmapinc.org o llame al teléfono 800-803-7174.





Tipos de planes de salud

Independientemente de si obtiene cobertura médica en el trabajo o contrata un plan por cuenta propia, usted aprovechará mejor sus beneficios si comprende cómo funciona su póliza.

Tradicional

En el pasado, la mayoría de las coberturas médicas consistían en planes “tradicionales” con pagos por servicios donde el paciente tenía una gran libertad para elegir sus médicos y otros proveedores, y los gastos médicos se incurrían y eran reintegrados por el proveedor de seguros médicos. Los planes “tradicionales” con pagos por servicios son diferentes a los planes que proveen asistencia administrada. Actualmente existen menos tipos de planes individuales tradicionales y los planes de asistencia administrada se han vuelto más comunes.

Asistencia administrada

La asistencia administrada se observa principalmente en los planes de salud de grupo de los empleadores, pero muchos planes individuales tienen actualmente elementos de la asistencia administrada. Aspectos de la asistencia administrada incluyen acceso de los proveedores de seguros médicos a los proveedores de servicios médicos, riesgo compartido de los proveedores de seguros médicos, administración del uso y la calidad, y cuidado preventivo. La asistencia administrada se observa en varios tipos de planes y variaciones de los planes, algunos de los cuales se describen a continuación.

- **Organizaciones para el mantenimiento de la salud (*Health Maintenance Organizations - HMO*)**— Un tipo de plan de seguros médicos que usualmente limita la cobertura para el cuidado de los médicos que trabajan o tienen un contrato con una HMO. Generalmente no cubre cuidados prestados fuera de la red, excepto para emergencias. Una HMO puede requerir que se resida o trabaje en su área de servicios para optar por la cobertura. A menudo las HMO proveen cuidados integrados y se centran en la prevención y el bienestar.

- **Plan HMO con opción de punto de servicio (*HMO Point-of-Service Plan*)**—Estos planes HMO son una opción híbrida que combina aspectos de las coberturas tradicionales con una cobertura HMO. Al momento de prestarse el tratamiento médico, el miembro del plan HMO elige si prefiere recibir tratamiento para servicios especificados dentro de la red de proveedores de cuidado de salud contratados del plan HMO o fuera de la red. Los miembros podrían tener que pagar costos del bolsillo más elevados por los servicios de cuidado de salud que reciban fuera de la red HMO.

- **Organización de proveedores preferidos (*Preferred Provider Organization - PPO*)**—Una PPO no es un tipo específico de cobertura médica; es más bien un contrato entre un proveedor de seguros médicos y una PPO o red de proveedores, como hospitales o médicos seleccionados, así como otros que aceptan proveer servicios por una tarifa mutuamente acordada. Las PPO pueden ser menos restrictivas que las HMO en el sentido de que las PPO permiten que los miembros o suscriptores reciban beneficios por servicios prestados por cualquier proveedor (con mayores beneficios o menores costos del bolsillo si se utilizan los proveedores que pertenecen a la red).



- **Acuerdo de proveedor preferido (Preferred Provider Arrangement - PPA)** — Un PPA no es un tipo específico de cobertura médica sino más bien una característica opcional de un plan de beneficios de la salud. El plan está conformado por una red identificada de proveedores participantes o proveedores seleccionados que puede utilizar el asegurado para obtener servicios médicos por tarifas razonables.

Planes médicos y de hospitales

Si bien hay muchos tipos de planes aprobados en Michigan, no todos cumplen los requisitos de “cobertura esencial mínima” estipulados en la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio que exonerarían a una persona de pagar la multa tributaria federal por no obtener cobertura médica. Para obtener más información sobre qué constituye una cobertura esencial mínima, visite www.healthcare.gov. A continuación se indican los tipos de planes médicos y de hospitales que se ofrecen en Michigan:

- **Cobertura médica sustancial (Major Medical Coverage)** — Si bien no consta en las leyes de Michigan, una cobertura médica sustancial usualmente paga el costo de los cuidados de hospitalización y las facturas médicas por cuidados ambulatorios, como pruebas de laboratorio, visitas al consultorio, fisioterapias y radiografías, y puede incluir cobertura de recetas medicas. Usted debe pagar los copagos y deducibles que correspondan. La póliza cubre solamente los gastos elegibles que se indican en el contrato o certificado de cobertura. Lea cuidadosamente el contrato para determinar sus deducibles, copagos, coseguros, beneficios cubiertos y exclusiones. El límite máximo de los gastos de bolsillo (deducibles, copagos y coseguros) para cualquier plan individual en el 2014 no puede ser superior a \$6,350 para un plan individual y \$12,700 para un plan familiar.
- **Cobertura básica de gastos quirúrgicos en el hospital (Basic Hospital-Surgical Expense Coverage)** — Esta cobertura usualmente paga solamente los gastos que están directamente relacionados con el cuidado de pacientes hospitalizados, según se define en la póliza o el certificado de cobertura. El cuidado de pacientes hospitalizados incluye los costos asociados con cirugías, servicios médicos y tratamientos que se reciben tras la admisión en el hospital.
- **Cobertura a corto plazo (Short-Term Coverage)** — Esta cobertura se limita a un período de tiempo específico que no debe durar más de 180 días. Por ejemplo, usted podría comprar una póliza de seis meses con cobertura médica mayor para los meses que transcurran entre un empleo y otro, durante los cuales no tendrá cobertura médica de grupo. Estas pólizas no cubren condiciones preexistentes.

- **Cobertura médica catastrófica (Catastrophic Health Coverage)** — Una cobertura para gastos médicos que solo provee beneficios después de que el titular de la póliza ha incurrido y pagado un monto de gastos médicos determinado, a veces tan elevado como \$6,350. En el Mercado de Seguros Médicos, los planes catastróficos se ofrecen solamente a menores de 30 años de edad y algunas personas de ingresos bajos que están exentas de pagar la multa tributaria federal por no poder pagar otro seguro o porque han recibido exenciones por adversidad financiera. Visite <https://www.healthcare.gov/can-i-buy-a-catastrophic-plan/> para obtener más información.

- **Planes con deducibles elevados (High Deductible Plans)** — Estos planes contemplan gastos médicos mayores, pero a menudo se ofrecen conjuntamente con Cuentas de Ahorros de Salud. Pagan los costos asociados con el cuidado de pacientes hospitalizados y las facturas médicas ambulatorias, pero tienen deducibles elevados, actualmente superiores a \$1,200 (o \$2,400 para una familia), que se pagan a través de su Cuenta de Ahorros de Salud que está exenta de impuestos federales. Estos planes tienen también un monto máximo para deducibles, copagos y coseguros que se paga del bolsillo. En 2014, el monto máximo de gastos del bolsillo es de \$6,350 para una persona o de \$12,700 para una familia.

Planes de indemnización para fines limitados

Si bien estos tipos de planes están aprobados en Michigan, no cumplen los requisitos de cobertura mínima estipulados en la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio que exonerarían a una persona de pagar la multa tributaria federal por no obtener cobertura médica en 2014. A continuación se indican los tipos de planes de indemnización para fines limitados que se ofrecen en Michigan:

- **Póliza de accidentes solamente (Accident Only Policy)** — Esta póliza provee pagos por lesiones o muerte causados por un accidente que estaba cubierto dentro de un período de tiempo especificado. Este tipo de póliza paga solamente cuando una persona recibe tratamiento debido a una lesión accidental o fallece debido a un accidente.



Búsqueda de cobertura médica o comparación de planes de salud

■ **Póliza de indemnización hospitalaria (*Hospital Indemnity Policy*)** — Una póliza de cobertura médica limitada que paga beneficios en efectivo para casos que requieren hospitalización y/o cirugía debido a una lesión o enfermedad. Este tipo de plan le paga un monto determinado en efectivo, como por ejemplo \$100 diarios durante una hospitalización.

■ **Póliza de enfermedad especificada (temida) (*Specified [Dread] Disease Policy*)** — Esta póliza provee pagos de beneficios por día, servicio, gastos incurridos, y/o una suma global al ocurrir eventos o diagnósticos médicos relacionados con el tratamiento de una enfermedad estipulada en la póliza. A veces se ofrecen como “pólizas contra cáncer”.

■ **Pólizas incidentales (*Incidental Policies*)** — Pólizas individuales para beneficios dentales y/o de la vista que pagan cuidados que no cubren las típicas pólizas de gastos médicos mayores y pueden ofrecerse de manera limitada.

Requisito de tener cobertura médica

A partir de 2014, la disposición sobre “mandatos individuales” de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere que las personas adquieran un seguro médico o paguen una multa tributaria federal.

Para obtener más información sobre la multa tributaria o las exenciones a la multa, consulte la página 22 o visite: www.irs.gov/aca o llame al teléfono 800-829-1040.

Inscripción abierta para la cobertura individual

La mayoría de las coberturas para los planes individuales durante el 2014 pudieron adquirirse solamente durante el período de inscripción abierta del 1° de octubre de 2013 al 31 de marzo de 2014. Para las coberturas en el 2015, el período de inscripción será del 15 de noviembre de 2014 al 15 de febrero de 2015. Durante la inscripción abierta, las personas pueden buscar coberturas en el Mercado de Seguros Médicos o en el mercado de seguros general. El Mercado de Seguros Médicos, o Intercambio de Seguros Médicos, es un nuevo sitio opcional donde se puede buscar y comparar coberturas médicas. Para acceder al Mercado o buscar más información, visite: www.healthcare.gov, llame al teléfono 800-318-2596 o consulte la página 24. Si le interesa saber qué opciones tiene fuera del período de inscripción, llame a DIFS al teléfono 877-999-6442.

Períodos de inscripción especiales fuera de la inscripción abierta

Ciertos eventos cotidianos que implican un cambio en la situación familiar (por ejemplo, un matrimonio o un nacimiento) o la pérdida de otra cobertura médica de carácter laboral,

otorgan a una persona un período de inscripción especial (fuera del período de inscripción abierta estándar) en el Mercado de Seguros Médicos o el mercado general.

Formas de comprar un plan

- A través del Mercado de Seguros Médicos. Visite: www.healthcare.gov o llame al teléfono 800-318-2596.
- Directamente a una empresa aseguradora.
- Con la ayuda de un agente acreditado.
- Con la ayuda de un navegador capacitado federalmente o un consejero autorizado. Los coordinadores y consejeros autorizados pueden ayudarle a inscribirse en un plan del Mercado.
- A través de un vendedor de seguros médicos en línea.

Algunas empresas aseguradoras, agentes y vendedores de seguros en línea pueden venderle planes a través del Mercado. Todos deben firmar acuerdos con el Mercado para vender los planes que se ofrecen a través de él. Para recibir un crédito fiscal y reducir el costo de su cobertura, debe presentar su solicitud a través del Mercado.

Qué se debe considerar durante la búsqueda de una cobertura

Antes de buscar una cobertura, usted puede consultar “Tipos de planes de salud” en la página 10 para obtener más información sobre los diferentes tipos de pólizas que se ofrecen a los consumidores, ciertos requisitos mínimos que tienen las coberturas y explicaciones sobre términos clave. Considere lo siguiente cuando busque una cobertura médica:

■ **Haga lo posible para balancear el costo (la prima mensual) de la póliza con la protección que ofrece.** Es importante comprender que la prima mensual que pague no representará de por sí el costo total que pagará por su cuidado de salud. En términos generales, mientras menor sea su prima mensual, mayor será la porción de los costos de cuidado de salud que pagará cuando solicite tratamiento médico.

■ **Determine cuánto tendrá que pagar por los servicios cubiertos en un deducible, coseguro, copago y límite de gastos del bolsillo.** Para ver una definición y explicación de estos términos, consulte el *Glosario de términos médicos y seguros de salud* en la página 29 de esta guía. Si adquiere un plan para su familia, determine si el monto del deducible es por persona o un total combinado para la familia. Un plan individual que se ha comprado para el 2014, debe limitar los costos pagados del bolsillo a \$6,350 para una persona y \$12,700 para una familia.

- **Determine qué servicios están cubiertos sin tener que pagar un deducible por adelantado.** Todos los planes nuevos deben cubrir ciertos servicios de cuidado preventivo gratuitos y sin tener que pagar una cantidad del deducible. Además, algunos planes pueden exonerar del deducible cierta cantidad de consultas médicas o medicamentos recetados. Otros planes podrían no exonerar algunos servicios del deducible más que los servicios preventivos requeridos. Determine también qué copagos aplican antes de satisfacer el deducible.

- **Determine su acceso a los cuidados de salud.** Averigüe si tendría que designar un médico de cabecera, si necesitaría ser remitido para ver un especialista y qué proveedores médicos requerirían aprobación previa. Si tiene un médico u hospital preferido, querrá elegir un plan que trabaje con dicho médico u hospital.

Preguntas antes de elegir la cobertura:

Costos y límites de la cobertura

- ¿Cuánto costarán sus primas y con qué frecuencia deberá pagarlas?
- ¿Cuánto es el deducible anual, los copagos o el coseguro?
- ¿Con qué frecuencia tendrá que pagar el deducible o los copagos (p. ej., anualmente o cada vez que use un servicio)?
- ¿Es el deducible anual por persona o familia y cuánto es la cantidad?
- ¿Hay deducibles separados para costos médicos y recetas médicas?
- ¿Se limita el número de consultas médicas para ciertos tipos de cuidado?
- En el peor de los casos, ¿cuál es la cantidad máxima que pagará en un año calendario por servicios cubiertos (los gastos máximos del bolsillo)? (No ignore los servicios no cubiertos que tendrá que pagar).

Beneficios

- ¿Qué beneficios paga el plan?
- ¿Qué excluye el plan?
- ¿El plan cubre recetas médicas?
- ¿Están sus medicamentos recetados en la lista de los medicamentos cubiertos?
- ¿Hay bandas o niveles de precios para la cobertura de medicamentos recetados?
- ¿Cubre el plan los servicios que usted podría necesitar? (Por ejemplo, embarazo, cuidado psiquiátrico, fisioterapia, quiropráctica, acupuntura, tratamiento de infertilidad, obesidad mórbida, control del peso, etc.)

Elección de médicos

- ¿Puede seguir viendo a sus médicos actuales?
- ¿Requiere su plan que elija un médico de cabecera entre un grupo de médicos o puede elegir su propio médico?
- Si necesita elegir un médico, ¿aceptan pacientes nuevos los médicos que pertenecen a la red?
- ¿Requiere el plan remisiones para ver un especialista?
- ¿Requiere el plan autorizaciones previas para ciertos servicios?
- ¿Trabaja el plan con médicos, farmacias y hospitales que estén cerca de su hogar o sitio de empleo?
- Si viaja con frecuencia, ¿qué tipo de cobertura puede esperar en las áreas que están fuera del área de servicio del proveedor de seguros médicos?
- Si tiene dependientes que viven fuera del área de servicio del plan, ¿qué tipo de cobertura provee el plan?
- Si desea elegir un médico o proveedor médico que no pertenece a la red, ¿pagará el plan alguna porción del costo?

Calidad y servicio

- ¿Cuánto tiene que esperar para comunicarse con una persona cuando llama a la aseguradora?
- ¿Recibe el proveedor de seguros médicos muchas quejas de los consumidores? (Los porcentajes de quejas que reciben los proveedores de seguros médicos pueden verse en el sitio web de DIFS: www.michigan.gov/difs).
- ¿Está el agente de seguros o el proveedor de seguros médicos acreditado en Michigan? (Las acreditaciones pueden verse en el sitio web de DIFS: www.michigan.gov/difs).

Métodos opcionales para comparar los proveedores de seguros médicos

Nota: El Departamento de Seguros y Servicios Financieros no califica ni recomienda a ningún proveedor de seguros médicos.

Firmas de calificación privadas

Varias firmas privadas se especializan en evaluar las finanzas y los servicios de las empresas aseguradoras o las organizaciones de mantenimiento de salud. Cada una de estas agencias tiene sus propios métodos y estándares, y califican el desempeño de las empresas de acuerdo a su criterio particular.

A continuación se ofrece la información de contacto de las firmas calificadoras más populares. Algunos informes podrían requerir el pago de una tarifa. Varias de estas empresas calificadoras publican libros sobre sus calificaciones, así



¿Qué cuidados médicos debe pagar mi proveedor de seguros médicos?

la información que busca podría estar disponible en su biblioteca local. Antes de basarse en cualquier informe, asegúrese de que comprende el sistema de calificación porque cada firma utiliza un sistema particular. Por ejemplo, una firma podría dar una calificación máxima de “A+” mientras que otra podría elevarla hasta “A+++.”

A.M. Best Company
Teléfono: 908-439-2200
www.ambest.com

Fitch Investor's Service
Teléfono: 800-853-4824
www.fitchibca.com

Moody's Investor Service
Teléfono: 212-553-0377
www.moody.com

Standard & Poor's
Teléfono: 212-438-1000
www.standardandpoors.com

Los proveedores de seguros médicos pagan los tratamientos médicos que estipula su póliza, pero no pagan los tratamientos médicos que se indican en las exclusiones de la póliza. Los proveedores de seguros médicos pagan los tratamientos médicos que se consideran médicamente necesarios. Su póliza de salud o certificado de cobertura define “médicamente necesario”. Los proveedores de seguros médicos a menudo no pagan los tratamientos médicos que se consideran experimentales o en investigación.

Los proveedores de seguros médicos podrían requerir que usted solicite su aprobación previa para recibir un tratamiento médico antes de pagarlo. Esto se conoce generalmente como la “autorización previa” y puede requerirse para ciertos procedimientos y cirugías, o para ver a un especialista o un proveedor de cuidado de la salud que no ha sido contratado.

Un proveedor de seguros médicos no puede denegar el pago de servicios médicos de emergencia debido al diagnóstico o por no haber obtenido una aprobación previa antes de recibir los servicios de emergencia. Los proveedores de seguros médicos deben entregarle una explicación escrita sobre la cobertura para tratamientos médicos de emergencia.

Bajo la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, la mayoría de los nuevos planes de salud deben cubrir servicios de cuidado preventivo sin costo alguno para el consumidor. Esto significa que usted no tendrá copagos, coseguros ni deducibles para ciertos servicios, mientras los proporcionen médicos o personal médico de la red. Algunos ejemplos de servicios preventivos son:

- pruebas de detección de cáncer de mama o del colon,
- pruebas de detección de diabetes, colesterol elevado y presión arterial elevada,
- vacunas rutinarias,
- visitas regulares al pediatra,
- exámenes de la vista y la audición, y
- asesoramiento para tratar la obesidad.

Para obtener una lista más amplia de los servicios preventivos que están cubiertos, visite: www.healthcare.gov/prevention.

Requisitos de cobertura de las leyes estatales

Según las leyes estatales, hay ciertos beneficios que deben incluir la mayoría de los seguros médicos en Michigan. Hay otros beneficios que no tienen que incluirse en una póliza, pero si la cobertura se incluye en la póliza, el proveedor de seguros médicos tiene ciertas responsabilidades con respecto a la cobertura. Más adelante se indican los beneficios mínimos de las coberturas. Dicha información aplica solamente a las pólizas que se basan en “gastos incurridos”. Este tipo de póliza paga los gastos que se incurren por los servicios de cuidado de salud recibidos. Hay otro tipo de póliza que se conoce como una póliza basada en “indemnización”. Este tipo de póliza paga una cantidad predeterminada por los servicios de cuidado de salud recibidos, independientemente de la cantidad que se cobre realmente por dichos servicios. La siguiente información no aplica a las pólizas de indemnización para fines limitados.

1) Tratamiento de diabetes

El proveedor de seguros médicos debe establecer un programa para prevenir el desarrollo de la diabetes clínica y el contrato debe incluir cobertura para equipos, suministros y capacitación didáctica sobre el tratamiento de la diabetes.

Este mandato incluye cobertura para:

- Monitores de glucosa en sangre y monitores de glucosa en sangre para personas legalmente ciegas;
- Tiras para pruebas con los monitores de glucosa en sangre, tiras para pruebas de lectura visual y para pruebas de orina, lancetas, y dispositivos para lancetas accionadas con resorte;
- Jeringas;
- Bombas de insulina y suministros médicos para las bombas de insulina; y
- Capacitación para el control personal de la diabetes.

Si la póliza incluye cobertura de medicamentos recetados de manera directa o mediante cláusula adicional, el proveedor de seguros médicos debe incluir la siguiente cobertura para tratamiento de la diabetes, si se determina la necesidad médica:

- Insulina, si la receta un médico alopático u osteopático;
- Medicamentos no experimentales para controlar el azúcar en sangre, si los receta un médico alopático u osteopático; y
- Medicamentos para tratar afecciones de los pies, infecciones y otras condiciones médicas en los pies, tobillos o uñas asociadas con la diabetes, si los receta un médico alopático, osteopático o podiátrico.

“Diabetes” incluye diabetes gestacional, diabetes dependiente de la insulina y diabetes no dependiente de la insulina.

2) Servicios de diagnóstico de cáncer de mama

El proveedor de seguros médicos debe ofrecer o incluir cobertura para servicios de diagnóstico de cáncer de mama, servicios ambulatorios de tratamiento de cáncer de mama y servicios de rehabilitación por cáncer de mama.

Las mamografías para detección deben permitirse en base al siguiente esquema:

- (a) Para mujeres de 35 años de edad o más y menores de 40 años, cobertura para una mamografía de detección durante dicho período de 5 años.
- (b) Para mujeres de 40 años de edad o más, cobertura para una mamografía de detección cada año calendario.

3) Mastectomía

El proveedor de seguros médicos debe ofrecer beneficios para prótesis que mantengan o sustituyan partes corporales de una persona que haya sido sometida a una mastectomía. Esto incluye cuidado médico para una persona que reciba cirugía reconstructiva después de una mastectomía o una prótesis.

4) Cuidado de hospicio

Si el proveedor de seguros médicos ofrece cobertura para cuidado ambulatorio en hospital, también debe

cubrir cuidado de hospicio e incluir una descripción de la cobertura en el contrato.

5) Quimioterapia (tratamiento contra el cáncer)

En Michigan, un proveedor de seguros médicos debe ofrecer cobertura para un medicamento que se use en la terapia antineoplásica (tratamiento contra el cáncer) y el costo razonable para su administración. La cobertura debe incluir cualquier medicamento aprobado por la FDA, independientemente de si el cáncer para el cual se aplica el tratamiento es el cáncer específico para el cual el medicamento ha sido aprobado por la FDA si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- (a) El medicamento es solicitado por un médico para tratar un tipo específico de cáncer.
- (b) El medicamento está aprobado por la FDA para tratamiento contra el cáncer.
- (c) El medicamento se usa como parte de cualquier régimen de medicamentos contra el cáncer.
- (d) Publicaciones actuales corroboran su eficacia y organizaciones oncológicas reconocidas generalmente aceptan el tratamiento.
- (e) El médico ha obtenido un consentimiento informado del paciente para el régimen de tratamientos que incluye medicamentos aprobados por la FDA para usos que no tienen indicaciones.

6) Servicios médicos de emergencia

Si la póliza provee cobertura para servicios médicos de emergencia, debe incluir cobertura de servicios que sean médicamente necesarios contra el inicio repentino de condiciones médicas que presenten signos y síntomas de gravedad suficiente, incluyendo dolor agudo, que se podría inferir de manera razonable que la ausencia inmediata de atención médica pondría en grave peligro la salud de la persona (o el embarazo, si se tratara de una mujer embarazada), impediría gravemente las funciones corporales o afectaría gravemente algún órgano o parte corporal.



¿Qué cuidados médicos debe pagar mi proveedor de seguros médicos? cont.

Un proveedor de seguros médicos no puede denegar el pago de servicios médicos de emergencia debido al diagnóstico o por no haber obtenido una aprobación previa antes de recibir los servicios de emergencia.

7) Ambulancia

Si la póliza cubre beneficios para servicios de emergencia, debe proveer cobertura para servicios de ambulancia.

8) Ginecólogo-obstetra y partera

Si la cobertura requiere que se designe un médico de cabecera participante y provee cobertura para exámenes anuales para bienestar de la mujer; así como servicios de obstetricia y ginecología rutinarios, debe permitirse que la mujer reciba dichos tratamientos de un ginecólogo-obstetra o una enfermera partera, siempre que dichos proveedores actúen dentro del alcance de su licencia profesional.

9) Pediatría

Si un proveedor de seguros médicos requiere que se designe un médico de cabecera y proporcione cobertura para dependientes, dicho proveedor debe permitir que los dependientes reciban cuidado de un pediatra.

10) Medicamento recetado

Si el contrato incluye cobertura de medicamentos recetados y dicha cobertura se limita a medicamentos incluidos en un formulario, el proveedor de seguros médicos deberá proveer las restricciones del formulario. También debe indicar excepciones para cuando un medicamento excluido del formulario es médicamente necesario y una alternativa apropiada.

11) Uso fuera de las indicaciones de un medicamento aprobado

Si el contrato provee cobertura para medicamentos recetados, el proveedor de seguros médicos debe cubrir el uso fuera de las indicaciones de medicamentos aprobados por la FDA y el costo razonable de los suministros que sean médicamente necesarios para administrar los medicamentos. “Fuera de las indicaciones” se refiere al uso de un medicamento para indicaciones clínicas diferentes a las estipuladas en la etiqueta aprobada por la FDA.

12) Abuso de sustancias

El proveedor de seguros médicos debe incluir cobertura de atención intermedia y ambulatoria para tratamiento por abuso de sustancias. El contrato debe indicar una cantidad mínima en dólares para cubrir abusos de sustancias. El monto mínimo se ajusta cada año de acuerdo al índice de precios al consumidor.

13) Trastornos del espectro autista

La mayoría de las pólizas que se suscriben, enmendadas o renovadas después del 15 de octubre de 2012, deben proveer cobertura para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos del espectro autista (ASD, según las siglas en inglés). Los proveedores de seguros médicos no pueden:

- Limitar el número de visitas de un miembro, persona asegurada o suscriptor para tratamiento de un ASD cubierto de conformidad con la ley,
- Denegar o limitar la cobertura alegando que se provee para fines educativos o habilitadores, o bien
- Limitar el monto de la cobertura, ni estipular copagos, deducibles o coseguros que no apliquen generalmente a condiciones físicas.



La cobertura para el tratamiento de ASD puede limitarse hasta los 18 años de edad. Los proveedores de seguros médicos pueden imponer ciertas restricciones en la cobertura de ASD, sujetas a leyes estatales, leyes federales de paridad para la salud mental y la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.

Requisitos de cobertura bajo las leyes federales (beneficios esenciales de salud)

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere que, a partir del 1° de enero de 2014, los planes de salud que se ofrezcan en los mercados individuales y de grupos pequeños, tanto dentro como fuera del Mercado de Seguros Médicos, incluyan un paquete integral de artículos y servicios, conocido como beneficios esenciales de salud. Los beneficios esenciales de salud deben incluir artículos y servicios por lo menos dentro de las siguientes 10 categorías: servicios para pacientes ambulatorios; servicios de emergencia; hospitalización; maternidad y atención para recién nacidos; servicios de salud mental y trastornos relacionados con abuso de sustancias, incluido el tratamiento de salud conductual; medicamentos recetados; servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación; servicios de laboratorio; servicios preventivos y de bienestar y control de enfermedades crónicas; y servicios pediátricos, incluida la atención oral y oftalmológica.



Sugerencia: Lea siempre el contrato o certificado de cobertura y haga preguntas si no comprende alguna de las cláusulas.

Sugerencia: No existe una “cobertura total”. Las leyes de Michigan no contienen una definición de cobertura total ni de contratos de cobertura médica. Sea precavido si intentan venderle un plan que afirme ofrecer “cobertura total.”





Pago de las facturas médicas

Usted y su proveedor de seguros médicos pueden compartir los costos de la atención que cubre su póliza. La póliza explica exactamente qué paga quién. Lea su resumen de beneficios para conocer bien su póliza. Si necesita más información, puede leer su contrato o certificado de cobertura, o llamar al teléfono de atención al cliente que aparece en la tarjeta de afiliación de su proveedor de seguros médicos.

El siguiente ejemplo demuestra el funcionamiento típico de una cobertura médica:

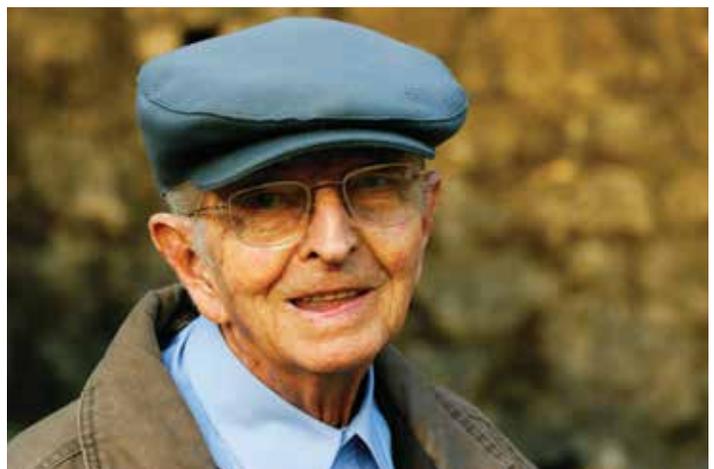
- 1) Usted le entrega al médico o al hospital la tarjeta de afiliación de su proveedor de seguros médicos cuando solicita cuidado de salud.
- 2) Le paga al médico u hospital el copago que requiere el plan.
- 3) Usualmente, el médico solicita una reclamación de pago a su proveedor de seguros médicos. Usted debe presentar la reclamación si el médico no lo hace por usted.
- 4) El proveedor de seguros médicos le envía una explicación de los beneficios. La explicación indica cuánto ha cobrado el médico u hospital, la cantidad máxima que el proveedor de seguros médicos permite para el procedimiento realizado, cuánto ha pagado por el procedimiento y cuánto puede ser el saldo que a usted le corresponde pagar.
Nota: Si tiene más de un seguro médico de grupo, el proveedor de seguros médicos coordinará los pagos de beneficios. Esto significa que los proveedores determinarán cuánto le corresponde pagar a cada uno por su tratamiento médico.
- 5) Usted paga la porción que le corresponde de las facturas.

Coordinación de los beneficios: ¿cuál plan de salud paga primero?

Si usted o miembros de su familia tienen cobertura a través de más de un plan de salud de grupo, posiblemente conozca el término coordinación de beneficios, o “COB” (*Coordination of Benefits*). Si una persona tiene más de una cobertura de grupo, las reglas COB determinan cuál plan de salud de grupo paga primero, cuál paga segundo y así sucesivamente. Las reglas COB se crearon para que los planes de salud de grupo no paguen conjuntamente más del 100 por ciento de esa persona.

Tener cobertura bajo más de un plan de salud no significa que la persona no tendrá que pagar una porción de la misma. Seguirán aplicando los copagos, coseguros, deducibles, excepciones, limitaciones, autorizaciones previas y requerimientos dentro de la red estipulados en el contrato de cada plan. Las reglas de coordinación de beneficios no tienen precedencia sobre estas disposiciones contractuales.

En Michigan, la Ley de Coordinación de Beneficios específica cómo deben coordinar los beneficios las empresas de seguros médicos que suscriben coberturas médicas de grupo en el estado. Estas reglas no aplican



a coberturas individuales o coberturas que no cubren grupos. Si usted tiene una cobertura individual, lea su contrato para determinar de qué manera paga si usted tiene una cobertura médica adicional.

¿Quién paga primero? ¿Quién paga después?

La primera pregunta que surge cuando una persona tiene dos o más planes de salud de grupo es, ¿cuál es el plan primario y cuál es el secundario? La cobertura médica primaria es el plan de salud que paga primero, la cobertura de salud secundaria es la que paga después de que ha pagado la cobertura primaria, y así sucesivamente. La Ley de Coordinación de Beneficios, de MCL 550.251 a 550.255, indica cómo determinar cuál es la cobertura primaria y cuál es la secundaria. Si bien estos no son los únicos escenarios que requieren determinar el orden de pago de múltiples planes de salud de grupo, son usuales los siguientes escenarios en los que hay que determinar la coordinación de beneficios:

En las siguientes explicaciones se asume que los planes de salud fueron suscritos en Michigan y que ninguna de las personas cubiertas es elegible para Medicare.

- El plan de salud que lo cubre como empleado, miembro o suscriptor es el primario con respecto al plan que lo cubre como dependiente. Esto significa que cada cónyuge tiene una cobertura primaria a través del plan de salud de grupo de su empleador particular.
- El plan que lo cubre como empleado activo o dependiente de un empleado activo (no como empleado cesante o jubilado) es el plan primario con respecto al que lo cubre como empleado cesante o jubilado, o como dependiente de un empleado cesante o jubilado.
- Si está cubierto como empleado, miembro o suscriptor bajo más de un plan, y no aplica ninguno de los escenarios anteriores, entonces el plan que lo ha cubierto por más tiempo es el primario, desde la fecha de vigencia original de la cobertura bajo el plan de grupo de su empleador, independientemente de si ha cambiado o no el proveedor de seguros médicos durante la cobertura.
- Si está cubierto como empleado, miembro, suscriptor o dependiente de un empleado bajo más de un plan de salud, pero tiene cobertura COBRA en uno de los planes, entonces el plan COBRA es secundario con respecto al otro plan.

Dependientes e hijos menores de edad de padres que no están separados, o hijos menores de padres divorciados que tienen custodia compartida

- El plan de salud que cubre al progenitor cuya fecha de cumpleaños sea anterior durante el año es el plan primario. Esto se conoce como la “regla del cumpleaños”. El cumpleaños se refiere solamente al mes y el día en un año calendario, no al año en que nació la persona.
- Si el cumpleaños de ambos progenitores recae en la misma fecha, entonces el plan primario que ha proporcionado cobertura por más tiempo es el plan de salud primario.

Hijos menores de edad dependientes de padres legalmente separados, divorciados o nunca casados que viven separados

Si un menor está cubierto por más de un plan de salud de grupo y los padres están legalmente separados o divorciados entre sí, o nunca se casaron y viven separados, los planes deben pagar en el siguiente orden:

- Primero, el plan de salud del progenitor que tiene la custodia física del menor;
- Segundo, el plan del cónyuge del progenitor que tiene la custodia física del menor;
- Finalmente, el plan del progenitor o el cónyuge del progenitor que tiene la custodia física del menor.

Si embargo, si en una orden judicial, como un divorcio, se estipula que uno de los progenitores debe responsabilizarse por los gastos de cuidado de salud del menor y se ha notificado dicha responsabilidad al plan de salud, entonces dicho plan de salud es el plan primario del menor y el plan del otro progenitor es el secundario. Si una orden judicial estipula que ambos progenitores son responsables por la cobertura de salud del menor, entonces ambos planes de salud tendrán el mismo nivel de prioridad y aplicará la “regla del cumpleaños”.

Podrían haber excepciones a las reglas precedentes en circunstancias singulares o si entran en juego Medicare, planes de salud de otro estado o planes de salud autofinanciados.

Si tiene preguntas específicas sobre la coordinación de beneficios, llame a DIFS al teléfono 877-999-6442.

Cambio de un plan de salud a otro

Si está cambiando de empleo, perdiendo su empleo, dejando un empleo o jubilándose de manera anticipada, podrá tener muchas preguntas sobre cómo esto afectará su cobertura médica. Estudie cuáles son sus derechos y opciones para tomar las mejores decisiones con respecto a su situación.

Si va a perder la cobertura de su empleador, generalmente contará con tres opciones:

- Convertir su cobertura en una póliza individual con la misma empresa aseguradora de Michigan que suscribía la cobertura de grupo de su empleador;
- Mantener temporalmente el mismo plan de grupo bajo COBRA; o bien
- Adquirir una cobertura individual de un proveedor de seguros médicos a través del Mercado de Seguros Médicos o directamente de su proveedor.

Derechos de conversión de grupo

Si la cobertura médica de grupo que proporciona su empleador en Michigan no es un plan de cuidado de salud autofinanciado y usted tuvo cobertura continua bajo la póliza durante al menos tres meses, podría tener derecho a convertir su cobertura médica de grupo en una cobertura individual proporcionada por el proveedor de seguros médicos del grupo. Esto se conoce como conversión de grupo. Su empleador de Michigan debe entregarle una notificación escrita sobre su derecho a usar la opción de conversión de grupo y usted debe utilizar dicha opción en los siguientes 30 días de haber perdido la cobertura de grupo del empleador. Su cobertura de conversión de grupo no puede ser la misma cobertura de grupo del empleador. La póliza de conversión de grupo debe suscribirse sin exclusiones para condiciones preexistentes. Es probable que las primas sean más altas y los beneficios menos

robustos. Sin embargo, usted podrá mantener la cobertura de conversión de grupo siempre que pague las primas.

Usted tiene derecho a convertir su póliza de grupo de su empleador en Michigan a una póliza individual suscrita por el mismo proveedor si ha estado cubierto bajo el plan de grupo del empleador por al menos tres meses, y.

- Usted deja de trabajar con el empleador, la póliza de grupo se ha discontinuado para todos los empleados o una clase específica de empleados, su empleo cesa de manera involuntaria por cualquier razón que no sea conducta indebida; o bien
- Usted es un familiar cubierto de un titular de certificado que ha fallecido, o bien
- Usted ha cumplido la edad límite para estar asegurado bajo la cobertura de grupo de su progenitor; o bien
- Usted se divorcia o se separa del titular del certificado o pierde su condición de familiar calificado bajo un plan de grupo.

Tenga en cuenta: Las empresas aseguradoras no tendrán que ofrecer las pólizas de conversión a partir del 1° de enero de 2015.

Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA)

COBRA (*Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act*) es una ley federal que podría otorgarle el derecho a mantener la cobertura médica de grupo que provee su empleador de manera temporal después de que usted, su cónyuge o su progenitor ha dejado su empleo con un empleador que tiene 20 o más empleados. Los empleadores que tienen



20 o más empleados deben acatar esta ley, así como los empleadores que proveen cobertura a través de planes de cuidado de salud autofinanciados. Sin embargo, la ley COBRA NO aplica a planes patrocinados por el gobierno federal y algunas organizaciones religiosas.

Su empleador previo debe notificarle sus derechos bajo COBRA en los siguientes 30 días de haber dejado el empleo. Después de la notificación, usted tendrá 60 días para solicitar la cobertura bajo la ley COBRA. Si elige adquirir la cobertura COBRA, estará cubierto a partir de la fecha en que finalizó la cobertura de grupo de su empleador, aún si presenta la solicitud a los 59 días. Usted deberá pagar la prima completa, incluyendo cualquier porción que su empleador haya estado pagando, hasta un dos por ciento adicional por gastos administrativos.

Usted puede adquirir la cobertura COBRA durante:

- 18 meses, o bien
- 29 meses si califica para recibir beneficios de invalidez del Seguro Social durante los primeros días de la cobertura COBRA, o bien
- 36 meses si estuvo asegurado a través del empleador de su cónyuge o progenitor, y dicho cónyuge o progenitor ha calificado para Medicare o falleció o se divorció o se separó, o si usted es un(a) hijo(a) dependiente que ha superado la edad para calificar.

COBRA no es una cobertura sencilla. El departamento de personal de su empleador debe tener un folleto que explique todos los detalles. Usted también puede contactar a la Administración para la Seguridad de los Beneficios de Empleados del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos al teléfono 866-444-3272 o en www.dol.gov/ebsa.

Alternativas a la cobertura de continuación COBRA

Si usted pierde su cobertura de grupo a través de su empleador y el empleador de Michigan tiene menos de 20 empleados, entonces no califica para COBRA. Sin embargo, cuenta con las siguientes opciones para mantener su cobertura médica:

- Convertir su cobertura en una póliza individual con la misma empresa aseguradora de Michigan que suscribía la cobertura de grupo de su empleador, o bien
- Adquirir una cobertura individual de un proveedor de seguros médicos ya sea a través del Mercado de Seguros Médicos o directamente de su proveedor.

Cambiar de una cobertura de grupo de un empleador a una cobertura de grupo de otro empleador

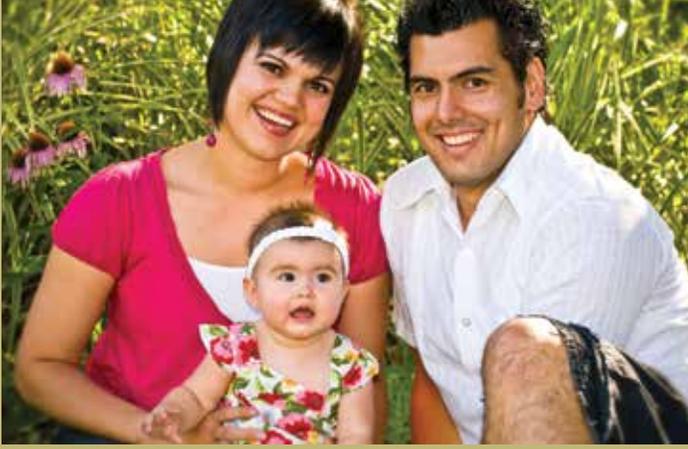
La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (*Health Insurance Portability and Accountability Act - HIPAA*) aplica si usted está cubierto por el plan de salud de grupo de su empleador y comienza a trabajar con otro empleador que ofrece la misma cobertura de salud. El plan de salud de grupo de su nuevo empleador debe cubrir cualquier dependiente que estuvo cubierto en el plan del empleador previo, si el plan de empleador nuevo provee cobertura para dependientes. El plan de salud de grupo de su nuevo empleador puede ser más costoso y la cobertura puede ser diferente. Si el plan de salud del nuevo empleador ofrece cobertura para dependientes, debe tener un período de inscripción especial para permitir que incluya dependientes debido a matrimonio, nacimiento, adopción o pérdida de cobertura. **Nota:** Bajo la ley ACA, los planes de salud de grupo no pueden imponer restricciones por condiciones preexistentes. Esto incluye planes de salud "amparados" y de transición.

Período de afiliación

Si trabaja para un empleador pequeño (de 2 a 50 empleados) que provee cobertura a través de una empresa aseguradora, la ley otorga un período de espera máximo de 90 días para la afiliación, a discreción del empleador, antes de que la cobertura entre en vigor.

Cambiar de una cobertura de grupo de un empleador a una cobertura individual

En Michigan, si ha perdido la cobertura de grupo de su empleador y desea mantener su cobertura médica, puede adquirir una cobertura individual de un proveedor de seguros médicos, ya sea a través del Mercado de Seguros Médicos o directamente de su proveedor. El Mercado de Seguros Médicos tiene un período de inscripción abierta anual. Sin embargo, perder la cobertura de grupo del empleador fuera del período de inscripción abierta lo calificaría para un período de inscripción especial de 60 días durante el cual podría adquirir cobertura en el Mercado. La página 12 de la presente guía ofrece más información sobre cómo adquirir una cobertura.



Comprenda la nueva ley del cuidado de la salud

La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (*Patient Protection and Affordable Care Act*) es una ley federal que fue promulgada en 2010. Se suele llamar la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (*Affordable Care Act*), ACA, “Obamacare” o “reforma del cuidado de la salud”.

El nuevo Intercambio de Seguros Médicos conocido como el Mercado de Seguros Médicos

Si usted no está asegurado, busca una cobertura individual o considera que la cobertura de su empleador es inadecuada o inasequible, puede buscar una cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos federal, un sitio nuevo donde puede buscar y comparar los beneficios que ofrecen los diferentes planes. La página 24 de la presente guía ofrece información adicional.

El Plan Healthy Michigan:

El Plan Healthy Michigan fue promulgado el 1° de abril de 2014: Para optar al Plan Healthy Michigan, usted debe:

- Tener de 19 a 64 años de edad
- No calificar actualmente para Medicaid
- No calificar para, ni estar inscrito en, Medicare
- No estar embarazada cuando solicite su inscripción en el Plan Healthy Michigan
- Tener ingresos de hasta el 133 por ciento del nivel de pobreza federal (el nivel de pobreza federal se ajusta anualmente. En 2013, el 133 por ciento del nivel de pobreza para una persona era de aproximadamente \$16,000 o \$33,000 para una familia de cuatro)
- Ser residente de Michigan

Visite www.HealthyMichiganPlan.org para obtener más información o llame al teléfono 855-789-5610.

Ayuda financiera para adquirir cobertura médica

Podrían disponer de créditos fiscales federales para ayudar a pagar una cobertura médica del Mercado de Seguros Médicos aquellas personas cuyos ingresos estén entre el 100 y el 400 por ciento del nivel de pobreza federal y no califiquen para adquirir otra cobertura asequible. (El nivel de pobreza federal se ajusta anualmente. En 2013, el 400 por ciento del nivel de pobreza para los residentes de Michigan era de aproximadamente \$45,960 para una persona o \$94,200 para una familia de cuatro). Visite el Mercado de Seguros Médicos en: www.healthcare.gov para solicitar un crédito fiscal.

Requisito de tener cobertura médica

A partir del 2014, la disposición sobre “mandatos individuales” de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, según sus siglas en inglés) requiere que las personas adquieran un seguro médico o paguen una multa tributaria federal. Si usted tiene actualmente una cobertura a través del Plan Healthy Michigan, Medicare, Medicaid o un empleador, se considera que está cubierto y no tiene que pagar la multa.



Quienes no tengan ni obtengan una cobertura deberán pagar una multa tributaria. La multa para las personas aumenta gradualmente de la siguiente forma:

- En el 2014 — la cantidad mayor de \$95 por adulto o uno por ciento del ingreso gravable
- En el 2015 — la cantidad mayor de \$325 por adulto o dos por ciento del ingreso gravable
- En el 2016 — la cantidad mayor de \$695 por adulto o dos y medio por ciento del ingreso gravable

Usted podría estar exento de la multa por no tener cobertura si tiene una adversidad financiera, objeciones religiosas, pertenece a un ministerio de participación de cuidado de la salud, si su póliza individual del 2013 fue cancelada o si la cobertura le costaría más del ocho por ciento de su ingreso. Visite www.irs.gov/aca para obtener información adicional sobre la multa tributaria federal.

No se puede denegar a personas con enfermedades o condiciones crónicas

A partir de 2014, ninguna empresa aseguradora puede rechazar, cobrar más o imponer un período de espera para la cobertura de personas que tienen una condición médica preexistente.

Cuidado preventivo sin costo alguno

Los nuevos planes de salud deben eliminar cualquier costo compartido para ciertos servicios preventivos. Los proveedores de seguros médicos no pueden cobrar deducibles, copagos ni coseguros para cuidados preventivos, como vacunas antigripales y otras inmunizaciones, mamografías y otros exámenes de detección de cáncer, exámenes de detección de diabetes y más. Para obtener una lista más amplia de los servicios preventivos que están cubiertos, visite: www.healthcare.gov/prevention.

Prohibición de rescindir pólizas médicas

Se ha prohibido a los proveedores de seguros médicos rescindir o cancelar de manera retroactiva su cobertura médica a menos que usted haya cometido fraude o sometido información falsa sobre hechos importantes de manera intencional en su solicitud.

No hay límites de por vida en los costos de cuidado de la salud

Para planes nuevos, se prohibirá a los proveedores de seguros médicos fijar límites de pago para beneficios significativos, como servicios de hospitalización y emergencia. A partir de 2014, la ley ACA elimina también los límites de pago anuales que un plan de salud puede imponer para la mayoría de sus beneficios.

Cobertura extendida para adultos jóvenes

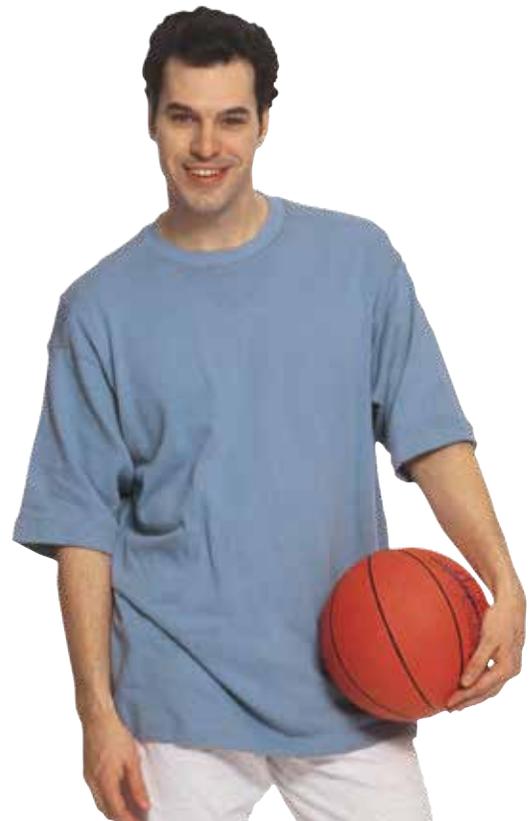
La mayoría de los proveedores de seguros médicos y empleadores que proveen cobertura para menores dependientes, deben proveer cobertura para hijos adultos hasta los 26 años de edad. Esto aplica a hijos adultos que no tienen acceso a cobertura a través de su propio empleo, independientemente de si son o no estudiantes, dependen de sus padres para su manutención, viven con sus padres o son casados.

Descuentos para medicamentos recetados de Medicare

Las personas mayores que se encuentren en una interrupción de cobertura para recetas médicas, conocida como “donut hole”, recibirán descuentos en medicamentos recetados. La interrupción de cobertura se eliminará totalmente en el 2020.

Ayuda para pequeñas empresas

Algunas empresas pequeñas pueden calificar para un crédito fiscal para pequeñas empresas a fin de compensar los costos de proveer seguros médicos a sus empleados. La empresa pequeña tendría que adquirir la cobertura en el Mercado SHOP a fin de calificar para el crédito en el 2014. Las empresas pequeñas pueden contactar a un agente o proveedor de seguros a fin de solicitar ayuda para adquirir la cobertura del Mercado SHOP ya que el sitio web de SHOP ha sido postergado hasta el 2015. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov/small-businesses.



El Mercado de Seguros Médicos

El Mercado de Seguros Médicos es un mercado de seguros (o “intercambio”) administrado por el gobierno, donde personas y pequeñas empresas buscan y comparan coberturas médicas. La principal forma de acceder al Mercado es a través de su sitio web: www.healthcare.gov. Sin embargo, se puede obtener una solicitud impresa y asistencia para los consumidores a través del Centro de Llamadas del Mercado de Seguros Médicos: 800-318-2596.

Compra de cobertura en el Mercado de Seguros Médicos

Cualquier persona o familia puede comprar una cobertura en el Mercado. Los inmigrantes ilegales o indocumentados y las personas encarceladas no pueden comprar coberturas en el Mercado. Para quienes no deseen obtener su cobertura a través del Mercado, las coberturas se seguirán vendiendo fuera del Mercado. Sin embargo, se ofrecerán nuevos créditos fiscales para ayudar a pagar los costos de la cobertura solamente para los planes que se vendan a través del Mercado.

Si usted tiene actualmente una cobertura médica a través de un empleador, el Plan Healthy Michigan, Medicare o Medicaid, no tiene que involucrarse con el Mercado. Sin embargo, si no está asegurado, busca una cobertura individual o considera que la cobertura de su empleador es inadecuada o inasequible, puede acceder al Mercado de Seguros Médicos para determinar si califica para recibir créditos fiscales a fin de cubrir el costo de la cobertura.

Requisito de tener cobertura médica

A partir de 2014, la disposición sobre “mandatos individuales” de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, según sus siglas en inglés) requiere que las personas adquieran un seguro médico o paguen una multa tributaria federal. La página 22 de la presente guía ofrece más información sobre el requisito federal de tener cobertura médica.

La inscripción abierta para el Mercado de Seguros Médicos

El período de inscripción abierta para obtener cobertura en el 2014 transcurrió del 1° de octubre de 2013 al 31 de marzo de 2014. El período de inscripción abierta para obtener cobertura en el 2015 transcurrirá del 15 de noviembre de 2014 al 15 de febrero de 2015.

Costo de las coberturas en el Mercado de Seguros Médicos

Vaya a www.healthcare.gov para solicitar oficialmente la cobertura y los créditos fiscales, y para conocer los planes que se venden en el Mercado.

Visite <https://www.healthcare.gov/see-plans/> para obtener un estimado de lo que podrían ser sus primas. Sin embargo, los estimados de las primas no constituyen una oferta de cobertura en el Mercado.

Ayuda con el costo de la cobertura en el Mercado de Seguros Médicos

Podrían disponer de créditos fiscales federales para ayudar a pagar una cobertura médica del Mercado de Seguros Médicos aquellas personas que cuyos ingresos estén entre el 100 y el 400 por ciento del nivel de pobreza federal y no califiquen para adquirir otra cobertura asequible. (El nivel de pobreza federal se ajusta anualmente. En 2013, el 400 por ciento del nivel de pobreza para los residentes de Michigan era de aproximadamente \$45,960 para una persona o \$94,200 para una familia de cuatro). El Mercado evaluará también si una persona califica para programas estatales como el Plan Healthy Michigan y MICHild, y remitirán su solicitud al estado. Consulte la página 5 de la presente guía para obtener información sobre el Plan Healthy Michigan.



Tipos de planes que se ofrecen en el Mercado:

El Mercado ofrece cuatro niveles de cobertura:

- **Bronce:** estos planes deben cubrir el 60 por ciento de los costos de cuidado de salud esperados.
- **Plata:** estos planes deben cubrir el 70 por ciento de los costos de cuidado de salud esperados.
- **Oro:** estos planes deben cubrir el 80 por ciento de los costos de cuidado de salud esperados.
- **Platino:** estos planes deben cubrir el 90 por ciento de los costos de cuidado de salud esperados.

Se puede obtener un nivel de cobertura adicional en el Mercado: un plan catastrófico. Los planes catastróficos se ofrecen solamente a personas menores de 30 años y a personas que han recibido ciertas exenciones por adversidad financiera. Para obtener más información, visite <https://www.healthcare.gov/exemptions/>. Los planes catastróficos generalmente tienen primas más bajas y deducibles más elevados. Los planes catastróficos que ofrece el Mercado cubren tres visitas anuales con el médico de cabecera y servicios preventivos sin costo alguno. Las personas que tienen planes catastróficos no califican para los créditos fiscales que reducirían sus primas mensuales.

Qué planes se pueden obtener en el Mercado:

Visite <https://www.healthcare.gov/see-plans/> para obtener una lista de los planes que se venden en el Mercado por área geográfica y ejemplos de los precios.

Costo de las coberturas en el Mercado para personas con condiciones preexistentes:

A partir de 2014, los nuevos planes no pueden denegar le cobertura, cobrarle más, ni imponerle un período de espera para su cobertura debido a una condición médica preexistente. Comenzando en el 2014, las primas de los seguros médicos individuales (tanto dentro como fuera del Mercado) solo pueden variar basadas en: si la póliza se va a vender a una persona o una familia completa; el área geográfica donde se reside; la edad y el consumo de tabaco.

Asistencia para solicitar la cobertura

Se puede obtener asistencia a través de “navegadores” y “consejeros autorizados”. Visite: <https://localhelp.healthcare.gov/> para hallar un navegador o un consejero autorizado en su área. También puede obtener ayuda de agentes de seguros médicos.

El papel que representa Michigan en el Mercado de Seguros Médicos:

El gobierno federal administra el Mercado de Seguros Médicos en Michigan. Michigan ha examinado las tarifas y los formularios de los proveedores que venden productos en el Mercado.





Qué hacer si una reclamación es denegada

Usted no necesita un abogado para resolver la mayoría de las disputas de reclamaciones con un proveedor de seguros médicos. Contacte primero al personal de atención al cliente del proveedor. La mayoría de las empresas tienen un número telefónico gratuito que provee asistencia rápida, dicho número se encuentra generalmente al dorso de la tarjeta de afiliación del seguro médico.

Si su disputa no se resuelve de manera satisfactoria, pregunte sobre los procedimientos de quejas que tenga el proveedor para apelar decisiones o presentar una queja escrita al Departamento de Seguros y Servicios Financieros (DIFS).

Cómo presentar una queja a DIFS

Usted puede obtener un formulario de quejas e instrucciones para presentar una queja escrita en nuestro sitio web: www.michigan.gov/difs. También puede llamar a la línea telefónica gratuita de DIFS 877-999-6442 o utilizar el formulario que está en la página 33 de esta guía.

DIFS enviará una copia de su queja al proveedor de seguros médicos y le pedirá que explique su posición. La ley requiere que los proveedores de seguros médicos respondan a DIFS. DIFS examinará todos los hechos para asegurarse de que el proveedor de seguros médicos haya acatado el contrato firmado con usted, así como las leyes de Michigan.



Quejas y apelaciones relacionadas con las coberturas médicas

Proceso interno de atención de quejas

Según las leyes de Michigan, cada proveedor de seguros médicos debe establecer un proceso formal interno de atención de quejas. Este proceso ofrece a la persona cubierta o a su representante autorizado una vía para buscar una resolución cuando se ha tomado una determinación adversa. Una determinación adversa es una decisión mediante la cual una admisión, disponibilidad de cuidado, estadía continuada u otro servicio de cuidado de salud ha sido examinado y denegado, reducido o rescindido. No responder de manera oportuna a una solicitud de determinación constituye una determinación adversa.

En cualquier decisión sobre una reclamación, el proveedor de seguros médicos debe proporcionarle información sobre el proceso interno de atención de quejas y su derecho a solicitar una revisión externa. El proveedor de seguros médicos debe proporcionarle la dirección a dónde presentar su queja escrita y cualquier formulario especial, así como información sobre cómo iniciar el proceso interno de atención de quejas. La persona cubierta puede autorizar a un representante, como un médico o cónyuge, para que actúe en su nombre en el proceso interno de atención de quejas y/o la revisión externa. La autorización debe presentarse por escrito y el formulario de solicitud de revisión externa de la atención médica provee espacio para designar a dicho representante.

Cómo iniciar el proceso interno de atención de quejas

El primer paso del proceso consiste en entregar una queja escrita al proveedor de servicios médicos, la cual consiste en una declaración escrita sobre los hechos del problema y la posición de la persona cubierta.

Después de presentar una solicitud de revisión bajo el proceso interno, el proveedor debe asegurarse de que todos los pasos del proceso interno de atención de quejas se hayan completado en un plazo de 35 días continuos. Esto no incluye el tiempo que tarde la persona cubierta en tomar la decisión de avanzar al siguiente paso del proceso o los diez días laborales adicionales que el proveedor de seguros médicos puede solicitar para obtener la información médica necesaria. El proveedor de seguros médicos debe notificar su determinación por escrito a la persona cubierta, así como el derecho que tiene a proceder con los siguientes pasos del proceso de atención de quejas si la persona cubierta no está de acuerdo con la determinación.

Al concluir el proceso interno de atención de quejas, el proveedor de servicios médicos debe notificar su determinación por escrito a la persona cubierta, así como el proceso de revisión externa al cual puede optar. El proceso de revisión externa puede consistir

en una revisión de la determinación adversa por parte del Departamento de Seguros y Servicios Financieros (DIFS) bajo la Ley del Derecho de los Pacientes a la Revisión Independiente (PRIRA) o a un proceso que sea administrado por el gobierno federal.

Ley del Derecho de los Pacientes a la Revisión Independiente — Proceso de revisión externa

La Ley del Derecho de los Pacientes a la Revisión Independiente (*Patient's Right to Independent Review Act - PRIRA*) es una ley de Michigan que otorga a una persona cubierta el derecho a apelar determinaciones adversas tomadas por un proveedor de seguros médicos.

El proceso de revisión externa bajo PRIRA debe iniciarse solamente si: 1) la persona cubierta ha utilizado todos los recursos del proceso interno de atención de quejas del proveedor de seguros médicos, 2) el proveedor no produce una determinación dentro del plazo de 35 días (más cualquier período adicional permitido en el proceso interno para obtener expedientes médicos, etc.).

Información requerida para la revisión externa bajo PRIRA

La persona cubierta o su representante autorizado debe llenar el formulario de solicitud de revisión externa de la atención médica. La solicitud debe incluir una copia de la determinación adversa final del proveedor de seguros médicos, junto con cualquier información y documentación que respalde la posición de la persona cubierta. La solicitud debe presentarse en los siguientes 60 días de que la persona cubierta reciba la determinación adversa final del proveedor. No se requiere que una persona cubierta o su representante autorizado sea representado por un abogado durante el proceso de revisión externa bajo PRIRA.

Revisión preliminar de la solicitud de revisión externa bajo PRIRA

DIFS realiza una revisión preliminar para determinar si la solicitud cumple los siguientes requisitos:

- 1) El asunto involucra una determinación adversa.
- 2) La cobertura involucrada está sujeta a la ley PRIRA.
- 3) La persona involucrada estaba cubierta cuando se prestó o solicitó el servicio médico.
- 4) El servicio médico en cuestión aparenta ser un servicio cubierto en el contrato o la póliza.
- 5) La persona cubierta utilizó todos los recursos del proceso interno de atención de quejas del proveedor de seguros médicos.

Quejas y apelaciones relacionadas con las coberturas médicas cont.

Aceptación de la revisión externa

DIFS notificará por escrito a la persona cubierta o a su representante autorizado si acepta o no la solicitud de revisión externa de conformidad con la ley PRIRA. En ocasiones las solicitudes se consideran incompletas, en cuyo caso DIFS notifica a la persona la información que requiere para completar la solicitud. Si la solicitud no es aceptada, DIFS explicará la razón por la cual la solicitud no califica para una revisión externa bajo PRIRA o podrá remitir el caso a otra oficina dentro de DIFS para que revise la queja.

Si se acepta la solicitud y se refiere solamente a disposiciones contractuales de la póliza, el director de DIFS realizará la revisión. Si se acepta la solicitud y se refiere a problemas de necesidad médica o a criterios de revisión clínica, se referirá a una organización de revisión independiente (*Independent Review Organization - IRO*) para que haga recomendaciones.

Investigación y obtención de expedientes médicos

El personal de DIFS no investigará, contactará recursos médicos ni buscará información que respalde la posición de una persona cubierta. La persona cubierta tiene la responsabilidad de proveer los documentos pertinentes, como facturas, explicaciones de beneficios, expedientes médicos, correspondencia, estados de cuenta de los médicos y material de investigación que respalden su posición particular.

Si el asunto bajo revisión se remite a una IRO, el proveedor de seguros médicos deberá proporcionar los expedientes médicos y otros documentos que utilizó para tomar su determinación. La IRO utilizará esta información en su investigación del asunto.



Decisión

Si el Director realiza la revisión externa bajo PRIRA y no se requiere una revisión de una IRO, la ley exige que el Director notifique su decisión en los siguientes 14 días continuos de haber aceptado la solicitud de revisión.

Si la solicitud de revisión se remite a una IRO, esta deberá notificar su recomendación a DIFS en los siguientes 14 días calendario de haber recibido la solicitud. La ley requiere que el Director notifique su decisión en los siguientes siete días hábiles de haber recibido la recomendación de la IRO.

Derecho a apelar la decisión del Director

Si la persona cubierta o el proveedor de seguros médicos no está de acuerdo con la decisión del Director, cualquiera de las partes tendrá derecho a apelar la decisión en el tribunal de circuito del condado donde reside la persona cubierta o en el Condado Ingham en los siguientes 60 días de la fecha de la decisión. Si la decisión anula la determinación del proveedor de seguros médicos y este apela la decisión ante el tribunal de circuito, DIFS no representará a la persona cubierta en el tribunal de circuito ni pagará ningún costo judicial asociado.

Revisión externa acelerada bajo PRIRA

Se podrá solicitar una revisión externa acelerada bajo PRIRA cuando una determinación adversa involucre una condición médica para la cual el plazo para completar la revisión externa bajo PRIRA pondría en grave peligro la vida o la salud de la persona cubierta o pondría en peligro la habilidad de la persona cubierta de recuperar su funcionamiento óptimo. Un médico debe verificar por escrito la gravedad de la condición de la persona cubierta para que califique para una revisión acelerada.

Se utiliza el mismo formulario para solicitar revisiones aceleradas y normales bajo la Ley del Derecho de los Pacientes a la Revisión Independiente. La página 34 de la presente guía muestra el formulario de solicitud de revisión externa de la atención médica.

HOLD FOR COMPLAINT FORM

http://www.michigan.gov/documents/lara/FIS_2257_Brochure_-_for_web_361289_7.pdf
(just page four of the brochure)

HOLD FOR EXTERNAL REVIEW FORM FIS 0018 (4/13).

Glosario de términos médicos y seguros de salud

- El glosario contiene muchos de los términos médicos usados comúnmente, pero no todos. Los términos se definen con propósito educativo y pueden diferir de los que usa su plan. Algunos incluso podrían no tener el mismo significado cuando se usan en su póliza o plan, en cuyo caso debe atenerse a la definición del plan. (Vea el Resumen de Beneficios y Cobertura para averiguar cómo obtener una copia de su póliza o documento del plan.)
- Las palabras en **Negritas en azul** son los términos definidos en el Glosario.
- Consulte la página 4 para un ejemplo de los **deducibles**, **coseguro** y **límites de gastos del bolsillo** aplicados a una situación real.

Cantidad aprobada

La cantidad máxima que se paga por un servicio cubierto. También se le conoce como “gasto aprobado”, “pago autorizado” o “precio negociado”. Si el **proveedor** le cobra más de esta cantidad, usted tendrá que pagar la diferencia. (Vea **Saldo de Facturación**.)

Apelación

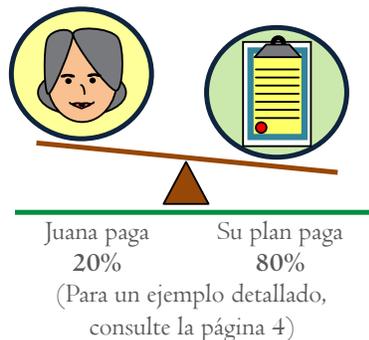
Un pedido de revisión que le hace al **plan** o a la compañía de seguro, sobre una decisión o sobre una **queja** que usted haya presentado.

Saldo de facturación

Cuando un **proveedor** le cobra la diferencia entre lo que ha facturado el proveedor y la **cantidad aprobada**. Por ejemplo, si el proveedor facturó \$100 y la cantidad aprobada es \$70, el proveedor le puede cobrar los \$30 diferencia. Un **proveedor preferido** tal vez **no** le cobre el saldo de facturación por los servicios cubiertos.

Coseguro

La parte que le corresponde pagar a usted por los servicios cubiertos. Es un porcentaje (por ejemplo 20%) de la **cantidad aprobada** para dicho servicio. Usted paga el coseguro **más** cualquier **deducible** que deba. Por ejemplo, si la cantidad aprobada por el **seguro médico o el plan** para la visita médica es \$100 y usted ya ha pagado el deducible, el coseguro (20%) será \$20. El seguro médico pagará el resto de la cantidad aprobada.



Complicaciones del embarazo

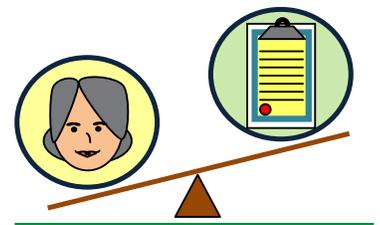
Problemas del embarazo o parto que requieren atención médica para prevenir daños graves a la salud de la madre o del feto. Las náuseas y las cesáreas que no sean de emergencia no se consideran como complicaciones del embarazo.

Copago

Una cantidad fija (por ejemplo \$15) que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente al momento de recibirlos. La cantidad puede variar según el tipo de servicio.

Deducible

La cantidad que usted debe pagar por los servicios cubiertos antes de que su **seguro médico** o su **plan** comience a pagar. Por ejemplo, si su deducible es \$1000, el plan no pagará hasta que usted haya gastado \$1000 en los servicios cubiertos a los que se aplica el deducible. No todos los servicios requieren el pago del deducible.



Juana paga	Su plan paga
100%	0%

(Para un ejemplo detallado, consulte la página 4)

Equipo Médico Duradero (DME)

Equipo e insumos ordenados por su **proveedor** de servicios de la salud para su uso cotidiano o por un tiempo prolongado. La cobertura del DME puede incluir: el oxígeno, silla de ruedas, muletas o tiras de prueba para diabéticos.

Emergencia médica

Una enfermedad, herida, síntoma o afección tan grave, que la persona razonablemente buscará ayuda médica inmediata para evitar un daño grave.

Traslado por emergencia médica

Servicios de ambulancia para una **emergencia médica**.

Atención en la sala de emergencia

Servicios de emergencia recibidos en la sala de emergencia.

Servicios de emergencia

Evaluación y tratamiento de una **emergencia médica** para evitar que la condición empeore.

Servicios excluidos

Los servicios médicos que su **seguro médico o su plan** no cubre.

Queja

Una insatisfacción que usted le comunica a su seguro médico o **plan**.

Servicios para recuperar sus habilidades

Servicios médicos que le permiten al paciente mantener, aprender y mejorar sus destrezas y funcionamiento cotidianos. Por ejemplo, una terapia para un niño que no camina o habla como es de esperar para la edad que tiene. Los servicios pueden incluir la terapia física, ocupacional, del lenguaje y otros servicios para discapacitados, en una variedad de dependencias para pacientes internados o ambulatorios.

Seguro médico

Un contrato por el cual su compañía de seguro paga algunos o todos sus servicios médicos por el pago de una **prima**.

Cuidado de la salud en el hogar

Los servicios médicos que la persona recibe en su hogar.

Servicios de hospicio

Servicios para brindar comodidad y apoyo a las personas con una enfermedad terminal y a sus familias.

Hospitalización

La atención que recibe en un hospital cuando se lo admite y generalmente tiene que pasar la noche. Una noche en el hospital para observación puede considerarse como atención ambulatoria.

Atención ambulatoria en el hospital

Los servicios médicos que recibe en el hospital pero que generalmente no requiere que pase la noche internado.

Coseguro para servicios de la red del plan

El porcentaje (por ejemplo 20%) de la **cantidad aprobada** que usted les paga, por los servicios cubiertos, a los **proveedores** de la salud que tienen un contrato con su **seguro médico o plan**. El coseguro de los servicios de proveedores de la red es generalmente más bajo que el **coseguro de los servicios fuera de la red**.

Copago para servicios de la red del plan

Una cantidad fija (por ejemplo \$15) que usted les paga, por los servicios cubiertos, a los proveedores de la salud que tienen un contrato con su **seguro médico o plan**. El copago de los servicios de proveedores de la red es generalmente más bajo que el **copago de los servicios fuera de la red**.

Necesario por motivos médicos

Servicios o insumos médicos para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, **condición**, herida o los síntomas, y que cumplen con los estándares médicos aceptables.

Red

Las dependencias, médicos y **proveedores** contratados por su seguro médico o **plan** para brindarle servicios.

Proveedor no preferido

Un **proveedor** que no tiene un contrato con una compañía de seguro o con un **plan** para brindarle servicios. Si desea atenderse con un proveedor no preferido, usted tendrá que pagar más. Fíjese en su póliza de seguro para averiguar si puede atenderse con todos los proveedores que tengan un contrato con su **seguro médico o plan**, o si el seguro o el plan tiene una **red** “escalonada” y usted tendrá que pagar una cantidad adicional por atenderse con ciertos proveedores.

Coseguro para servicios fuera de la red del plan

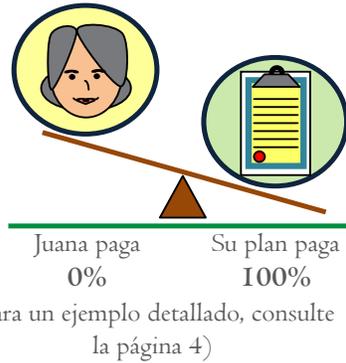
El porcentaje (por ejemplo 40%) de la **cantidad aprobada** que usted les paga, por los servicios cubiertos a los proveedores de la salud que **no** tienen un contrato con su **seguro médico o plan**. El coseguro de los servicios fuera de la red es generalmente más caro que el **coseguro de los servicios de la red**.

Copago para servicios fuera de la red

Una cantidad fija (por ejemplo 30) que usted les paga, por los servicios cubiertos, a los proveedores de la salud que **no** tienen un contrato con su **seguro médico o plan**. El copago de los servicios de proveedores de la red es generalmente más caro que el **copago de los servicios de la red**.

Límite de gastos del bolsillo

El monto máximo que usted pagará mientras tenga el plan (generalmente un año) antes de que su **seguro médico o su plan** comience a pagar el 100% de la **cantidad aprobada**. Este límite nunca incluye la **prima**, el **saldo de facturación** o los servicios que su plan no cubre. Algunos seguros o planes no tienen en cuenta para este límite, a todos los **copagos**, **deducibles**, **coseguro**, gastos fuera de la red u otros gastos.



Servicios del médico

La atención médica brindada o coordinada por un médico licenciado (M.D. – Médico o D.O. – Osteópata).

Plan

Un beneficio patrocinado por su empleador, sindicato u otro grupo para pagar por sus servicios médicos.

Preautorización

Una decisión de su compañía de seguro o **plan** sobre si un servicio médico, tratamiento, **medicamento recetado** o **equipo médico duradero** es necesario por **motivos médicos**. También se le conoce como autorización previa, aprobación anticipada o precertificación. Su **seguro médico o plan** puede pedírsela para ciertos servicios excepto en casos de emergencia. La autorización previa no es una garantía de que el seguro o su plan pagará por el servicio.

Proveedor preferido

Un **proveedor** que tiene un contrato con una compañía de seguro o **plan** para brindarle servicios con descuento. Éjese en su póliza para ver si se puede atender con todos los proveedores preferidos o si su **seguro médico o plan** tiene una **red “escalonada”** y usted tendrá que pagar una cantidad adicional por atenderse con ciertos proveedores. Su plan puede tener una lista de proveedores preferidos que son también proveedores “participantes”. Los proveedores participantes tienen un contrato con el plan, pero el descuento tal vez no sea tan bueno y usted puede que tenga que pagar más.

Prima

Lo que usted tiene que pagar por la cobertura de su **seguro médico o plan**. Usted y/o su empleador generalmente paga la prima mensualmente, trimestralmente o anualmente.

Cobertura de las recetas médicas

Un **seguro médico o plan** que ayuda a pagar por sus recetas médicas.

Medicamentos recetados

Medicamentos que deben ser recetados por ley.

Médico de cabecera (cuidado primario)

Un médico (M.D. –Doctor o D.O. – Osteópata) que brinda directamente o coordina una gama de servicios de atención al paciente.

Proveedor de atención primaria

Un médico (M.D. –Doctor o D.O. – Osteópata), enfermera licenciada, asistente médico o una especialista en enfermería clínica, autorizada por la ley estatal, para brindar, coordinar o ayudar al paciente a tener acceso a una amplia gama de servicios médicos.

Proveedor

Un médico (M.D. –Doctor o D.O. – Osteópata), profesional de la salud, o centro médico aprobado, certificado o licenciado, de conformidad con la ley estatal.

Cirugía reconstructiva

Una cirugía y el tratamiento posterior necesarios para corregir o mejorar una parte del cuerpo, debido a un defecto de nacimiento, un accidente, una herida o una afección médica.

Servicios de rehabilitación

Servicios médicos que les ayudan a las personas a mantener, recuperar o mejorar las destrezas para la vida cotidiana, que habían perdido debido a una enfermedad, herida o discapacidad. Los servicios pueden incluir la terapia física, del habla y la rehabilitación mental que reciba como paciente internado en un centro médico o como paciente ambulatorio.

Cuidado de enfermería especializado

Servicios de una enfermera licenciada que recibe en su hogar o en un asilo para ancianos (residencia geriátrica). Estos servicios son brindados por técnicos y terapeutas en su propio hogar o en el asilo para ancianos.

Especialista

Un médico especializado que se concentra en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes, para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar cierto tipo de síntomas o condiciones. Un especialista que no sea un médico es un **proveedor** que tiene más entrenamiento en un área específica de la salud.

UCR (Habitual, Acostumbrado y Razonable)

La cantidad que se paga por un servicio médico en un área geográfica, basada en el monto que cobran los **proveedores** de esa zona por servicios similares. A la UCR a veces se le conoce como **cantidad aprobada**.

Atención urgente

El servicio médico que recibe por una enfermedad, herida o afección que es lo suficientemente grave como para que la persona busque atención inmediata pero no lo suficientemente grave como para acudir a la **sala de emergencia**.

Cómo comparten los costos usted y su seguro - Ejemplo

Deducible del plan de Juana: \$1,500

Coseguro: 20%

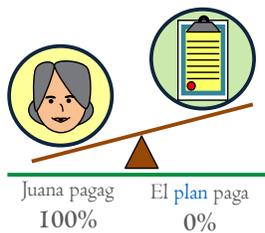
Límite de gastos del bolsillo: \$5,000

1ero de enero

Inicio de la cobertura de la póliza

31 de diciembre

Termina la cobertura de la póliza

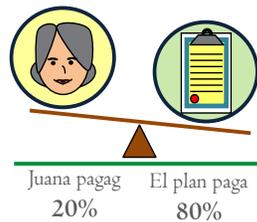


Juana aún no ha pagado el deducible anual de \$1,500

Por lo tanto su plan no paga ninguno de los costos:

Visita médica: \$125
Juana paga: \$125
El plan paga: \$0

more costs

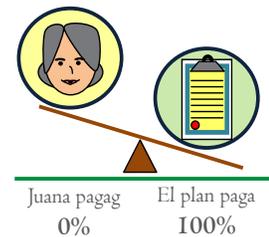


Juana ha pagado el deducible anual de \$1,500, a partir de ahora paga un coseguro

Juana ha ido al médico varias veces y ha gastado en total \$1,500. En la próxima visita, el plan de Juana pagará parte de los costos.

Visita médica: \$75
Juana paga: 20% ng \$75 = \$15
El plan paga: 80% ng \$75 = \$60

more costs



Juana ha alcanzado el límite de gastos del bolsillo de \$5,000

Juana ha ido al médico frecuentemente y ha gastado un total de \$5,000. Ahora, el plan paga el costo total de los servicios cubiertos por el resto del año.

Visita médica: \$200
Juana paga: \$0
El plan paga: \$200

Health Care-Request for External Review

You are eligible to request an External Review if ALL the following apply:

- You have exhausted the Health Carrier's internal grievance process. (unless waived because the health carrier did not complete their review within the required time).
- The request is within 60 days of receipt of a Final Adverse Determination.
- The patient was covered on the date of service.
- The health care service appears to be a covered benefit.

The following types of policies are NOT eligible for review: Medicare supplement, disability income, hospital indemnity, specified accident, credit, long term care, and self-funded plans.

You are responsible for submitting:

- A copy of the Final Adverse Determination from the health carrier
- Pertinent documentation, such as bills, explanations of benefits, medical records, correspondence, statements from doctors, research material that supports your position, etc.

Note: It is your responsibility to submit medical records. The Department of Insurance and Financial Services does not contact medical sources.

Always send copies. Never send original documents.

1. Patient Name | Name of INSURED person

Name of Health Carrier (HMO, BCBSM, Health Insurer)

Policy number | Group number (if applicable) | Claim number (if applicable)

Dates service was received or requested ◀ *If service was received, enter date received. If not, enter date service was requested.*

Physician and medical facility involved.

2. Statement of request: Provide a brief explanation of the problem and the resolution you are seeking. Describe the medical service or requested service.

3. EXPEDITED External Review Requirements (if you are not requesting an expedited external review, or your request doesn't meet the conditions below, skip to Part 4)

The following conditions must be met:

- An expedited INTERNAL review has been requested AND
- The request is filed within 10 days of receipt of adverse determination AND
- A physician substantiates the medical condition involved in the adverse determination is serious enough to jeopardize the life or health of the covered person.

My request meets these requirements. By completing items (3a.) and (3b.) below, I am requesting an Expedited External Review.

(3a.) Date you requested an expedited INTERNAL review _____

(3b.) Name and phone number of substantiating physician: _____

4. This request is being filed by (choose one)

The patient-provide patient's contact information in part 5

The patient's parent (if patient is a minor child); or the patient's legal guardian- provide parent or legal guardian's contact information in part 5

A representative authorized by the patient-provide authorized representative's contact information in part 5.

5. Contact information for person filing this form

Name of Patient, Parent, Legal Guardian or Authorized Representative

Address

City | State | Zip

Daytime phone number | Evening phone number

If you are not the patient, what is your relationship to the patient?

If person filing is NOT the patient or the patient's parent or the patient's legal guardian, the patient must designate the representative by reading and signing statement in part 6 below:

6. Patient authorization statement

I authorize the person named in Part 5, to act as my authorized representative in this External Review.

Signature of Patient | Date

7. Authorization to review medical information

I authorize the Department of Insurance and Financial Services (DIFS), the Independent Review Organization, the health carrier involved, and any other health care provider needed to review protected health information and records pertaining to this external review.

Signature of Patient | Date

8. Send your Request for External Review to

DIFS - Office of General Counsel - Appeals Section

(by mail) | (by courier/delivery)

P.O.Box 30220 | 611 W. Ottawa Street, 3rd Floor

Lansing, MI 48909-7720 | Lansing, MI 48933-1070

Fax: 517-241-4168 | Phone: 877-999-6442

P.A. 251 of 2000 as amended, authorizes the Director to review requests for external review. Submission of this form is required to request an external review by the Director of the Department of Insurance and Financial Services.



Michigan Department of Insurance and Financial Services

DIFS is an equal opportunity employer/program. Auxiliary aids, services and other reasonable accommodations are available upon request to individuals with disabilities. Visit DIFS online at: www.michigan.gov/difs Phone DIFS toll-free at: 877-999-6442

Información de contacto importante

Programas estatales de cobertura médica

Cobertura médica

(p. ej., Plan Healthy Michigan, Medicaid, MIChild, etc.) a personas y familias que cumplen ciertos requisitos de elegibilidad. El estado también ofrece varios programas de asistencia para recetas médicas.

Teléfono: 855-275-6424
www.michigan.gov/mdch

Planes médicos y otros servicios médicos de los condados

Algunos condados proveen cobertura médica o servicios de salud a sus residentes.

Clínicas de salud gratuitas

FCOM (*Free Clinics of Michigan*) es una red de clínicas gratuitas con personal voluntario que proveen servicios médicos a personas que no están aseguradas o cuentan con escasa atención médica dentro del estado de Michigan.

Teléfono: 269-491-0493
Sitio web: www.fcomi.org

Contactos clave para seguros

El Mercado de Seguros Médicos

El Mercado de Seguros Médicos es un nuevo mercado (o “intercambio”) de seguros administrado por el gobierno, donde las personas pueden buscar y comparar coberturas médicas.

Teléfono: 800-318-2596
www.healthcare.gov

El Mercado SHOP

El Mercado SHOP (*Small Business Health Options Program*) es un nuevo mercado de seguros administrado por el gobierno, donde las pequeñas empresas pueden buscar y comparar coberturas médicas.

Teléfono: 800-706-7893
www.healthcare.gov/small-businesses

Información de contacto importante, cont.

Contactos clave para seguros

Departamento de Seguros y Servicios Financieros (DIFS) de Michigan.

DIFS (*Department of Insurance and Financial Services*) es un departamento estatal que protege a los consumidores mediante la reglamentación de la industria de los seguros, entre otras. Analistas de seguros pueden responder preguntas generales sobre seguros y ayudarle a presentar una queja contra una empresa, agencia o agente de seguros.

Teléfono: 877-999-6442
www.michigan.gov/difs

Departamento del Trabajo de los Estados Unidos (Administración para la Seguridad de los Beneficios de Empleados).

Información y normas para las personas cuyos empleadores están autoasegurados.

Teléfono: 866-444-3272
www.dol.gov/ebsa

Servicio de Impuestos Internos

Información sobre las implicaciones tributarias federales de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.

Teléfono: 800-829-1040
www.irs.gov/aca

Coberturas médicas para personas mayores

Medicare

Una cobertura médica para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con incapacidades y personas con insuficiencia renal.

Teléfono: 800-MEDICARE
(800-633-4227)
www.medicare.gov

Programa de Asistencia de Medicare y Medicaid de Michigan

MMAP (*Michigan Medicare/Medicaid Assistance Program*) proporciona educación gratuita y asistencia personalizada a personas cubiertas por Medicare y Medicaid, y a sus familias y cuidadores.

Teléfono: 800-803-7174
www.mmapinc.org

¿No sabe a quién acudir?

Programa de Asistencia de Seguros de Salud para el Consumidor

HICAP (*Health Insurance Consumer Assistance Program*) es un programa financiado por el gobierno que administra el Departamento de Seguros y Servicios Financieros para ayudar a los consumidores de Michigan que tienen problemas relacionados con su seguro médico.

Teléfono: 877-999-6442
www.michigan.gov/hicap



¿Le confunden los seguros médicos?



El Programa de Asistencia de Seguros de Salud para el Consumidor de Michigan (HICAP) puede ayudarle:

- Conozca las coberturas médicas que tiene a su disposición
- Conozca los derechos que tiene bajo las leyes federales y estatales
- Resuelva una queja contra un plan de salud o una empresa aseguradora
- Apele hoy la denegación de algún servicio o tratamiento de un plan de salud

**Podemos ayudarle. Contacte a HICAP:
Teléfono gratuito: 877-999-6442
www.michigan.gov/HICAP
DIFS-HICAP@michigan.gov**



DIFS es un empleador/programa que proporciona igualdad de oportunidades.
Cantidad: 10,000; costo: \$6,794.20; costo unitario: \$0.68; pagado con fondos federales.