

## ASUNTOS DE SEGUROS

### INTRODUCCION

La siguiente información sobre la cobertura de seguros está basada en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico del año 1996 (también conocida como la HIPAA, según siglas en inglés) la cual es una ley federal que establece los estándares para los seguros de salud en los EEUU. En muchos casos, cuando hay conflicto con las leyes estatales la HIPAA es la que derroca o “gana”. Sepa que los requisitos para la cobertura de seguro de salud podrían variar de estado a estado. Para informarse sobre las reglas y reglamentos específicos que gobiernan la cobertura de seguros de salud en el estado donde vive comuníquese con el Departamento de Seguros de su estado, con su proveedor de atención de salud, con el coordinador de beneficios de su compañía, con un abogado local y/o con algún abogado de personas que padecen de cáncer. También es importante mencionar que entre las pólizas de grupo y las pólizas individuales con frecuencia existen diferencias considerables.

### **¿Mi póliza de seguro ampara el tratamiento para el cáncer?**

Lea cuidadosamente la cláusula de “exclusiones” de su póliza. Algunas pólizas explícitamente estipulan si ciertas enfermedades (por ejemplo: el cáncer) están amparadas o no están amparadas (excluidas) Si tiene alguna duda comuníquese con su aseguradora.

### **¿Mi aseguradora puede subir mi prima si necesito tratamiento para el cáncer?**

No. Su aseguradora de salud de grupo no le puede exigir (como requisito de inscripción o para continuar inscrito en el plan) que usted pague una prima más alta que la prima que le cobra a un individuo inscrito en el plan similarmente clasificado usando como base un factor de estado de salud, digamos un cáncer.

### **¿Puede mi aseguradora cancelar o rehusarse a renovar mi póliza si me han diagnosticado un cáncer?**

No. Su seguro de salud no puede ser cancelado o no renovado por la aseguradora que expidió la póliza con fundamento al hecho que a usted le han diagnosticado un cáncer.

### **¿Qué es la estipulación para “padecimiento preexistente” y cómo afecta mi cobertura de seguro?**

Si a usted le diagnosticaron un cáncer *antes* que su cobertura de seguro de **grupo** entrara en vigor, la aseguradora podría considerar que usted tiene un padecimiento preexistente. La estipulación para “padecimiento preexistente” consiste de una

cláusula en la póliza de seguro que excluye o limita la cobertura para una enfermedad o padecimiento, tal como un cáncer, por un período de tiempo especificado a partir de la fecha en que la póliza entra en vigor.

Las pólizas pueden variar en lo que respecta a las estipulaciones para los padecimientos preexistentes, y el lenguaje específico de la cláusula en su póliza puede impactar grandemente lo que su póliza cubre o excluye. Por ejemplo: la estipulación podría solamente aplicar a la cobertura para una enfermedad o padecimiento que tuvo dentro de un período de tiempo específico (por ejemplo: 6 meses previos a la fecha de su inscripción en la póliza nueva.) En estas situaciones, si usted recibió un diagnóstico, atención o tratamiento para la enfermedad o padecimiento durante el marco de tiempo especificado, la aseguradora podría considerar que es un padecimiento preexistente, lo cual excluiría la cobertura por 12 meses, o 18 meses, si usted no se inscribió en el plan cuando por primera vez fue elegible. Sepa que dar información falsa o engañosa en una solicitud de seguro constituye fraude, lo que puede invalidar su póliza o causar la cancelación de todos los beneficios y/o la entablación de un caso penal.

#### **Mi póliza excluye el tratamiento del cáncer**

Algunos planes de **seguro individual (que no son de grupo)** contienen una estipulación que específicamente niega la cobertura para ciertas enfermedades o padecimientos específicos, entre los cuales podría encontrarse el cáncer. Si es posible, lo mejor es informarse perfectamente sobre dichas exclusiones tan pronto como sea posible y comprar cobertura suplementaria. Es probable que se le dificulte encontrar cobertura adicional una vez que el cáncer ha sido diagnosticado.

#### **Mi póliza excluye la cobertura para el tratamiento de cáncer por un período de tiempo específico.**

Algunos planes de seguro tienen una cláusula específica de padecimiento preexistente con la que niegan cobertura por un período específico de tiempo si se ha recibido consulta médica, diagnóstico, atención o tratamiento para el cáncer durante cierto período de tiempo antes de la fecha en que la cobertura entre en vigor. De acuerdo a las leyes federales este período de espera no puede ser más de un año. Algunos planes también podrían requerir que para calificar para la cobertura usted “esté libre de tratamiento” durante el período de espera.

Pero, la ley HIPAA dicta que cualquier período de espera para cobertura de padecimiento preexistente tiene que ser acortado de acuerdo al período de tiempo que el individuo tuvo cobertura de seguro sin interrupción por 63 días o más inmediatamente antes de su inscripción en el nuevo plan de seguro de salud.

Así que, por ejemplo: si su póliza nueva estipula un período de espera de 6 meses para amparar los padecimientos preexistentes y usted tuvo cobertura de seguro de salud sin interrupción por 90 días inmediatamente antes a su inscripción en el nuevo plan, el período de espera de su nuevo plan será 3 meses en lugar de 6, porque le tomarán en cuenta los 90 días que usted estuvo amparado por el plan anterior. Si usted solamente había tenido cobertura sin lapso por 62 días (o menos) inmediatamente antes de inscribirse en su nuevo plan, su período de espera para que el nuevo plan ampare los padecimientos preexistentes será 6 meses.

Pero, si su póliza nueva estipula un período de espera de 6 meses para los padecimientos preexistentes y usted había tenido cobertura de seguro sin lapsos por 180 días inmediatamente antes de inscribirse en el nuevo plan usted no tendría período de espera, porque le tomarán en cuenta los 180 días que estuvo amparado por el plan anterior.

### **Si mi póliza nueva tiene un período de espera ¿eso es una interrupción de cobertura?**

No. Si su plan actual de salud de grupo o su cobertura de seguro de salud de grupo estipula un período de espera (esto es: el tiempo que tiene que esperar antes que bajo los beneficios del plan usted pueda sea amparado) ese período de espera no cuenta como interrupción de cobertura para los propósitos de la cláusula de padecimientos preexistentes en su póliza.

Por ejemplo, digamos: el seguro de salud por medio de su nuevo empleo requiere que usted espere 90 días antes de ser amparado por el seguro. En su empleo anterior usted tuvo seguro de salud por un año y todavía estaba amparado cuando comenzó su empleo nuevo (sin interrupción de cobertura) Su póliza nueva contiene una cláusula para padecimientos preexistentes con un período de exclusión de un año. Siendo que el período de espera no cuenta como interrupción de cobertura, su período de exclusión para padecimientos preexistentes en este ejemplo sería acortado un año.

### **¿Qué pasa si llego “al límite” en mi póliza actual?**

Siendo que la mayoría de las pólizas estipulan límites en dólares para los beneficios, asegúrese de leer cuidadosamente su póliza para que sepa la cantidad tope de los beneficios y así pueda monitorear el uso. Si piensa que va a agotar sus beneficios, comience a buscar una póliza nueva o un seguro suplementario. Es posible que no pueda encontrar cobertura adicional para un tratamiento que está recibiendo o recibió recientemente.

Recuerde, aún si su seguro nuevo tiene una cláusula para padecimientos preexistentes con un período de espera de un año o menos para la cobertura de los

tratamientos para el cáncer, si usted tuvo seguro sin lapso por 63 días o más inmediatamente antes de la fecha en que su póliza nueva entró en vigor, a usted le tomarán en cuenta la cantidad de días que tuvo cobertura consecutiva en su póliza anterior, lo que podría resultar en, ya sea cobertura inmediata o un período de espera más corto.

**¿Cuáles son mis opciones de seguro si ya no puedo trabajar y pierdo mi seguro?  
y ¿Cuáles son mis opciones si no tengo seguro?**

La Ley de Reconciliación del Presupuesto Omnibus (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, según nombre en inglés) conocida como la COBRA, es una ley federal que provee una extensión temporal de cobertura de salud hasta un máximo de 29 meses por medio del empleador del individuo (empleador con 20 o más empleados) si el individuo, por ejemplo:

- trabaja menos horas; o
- pierde su empleo (por alguna otra razón que no es conducta inexcusable); o
- se divorcia o legalmente se separa de un cónyuge que tiene el seguro médico, o si el cónyuge que tiene el seguro fallece; o
- es elegible para beneficios de Medicare; o
- pierde su estado de hijo dependiente bajo la póliza existente.

Usualmente el empleador paga una porción de la prima de los empleados activos. La cobertura de COBRA típicamente le costaría más porque usted sería responsable por el pago de toda la prima mensual, más una sobre cuota del 2%.

Para más información conéctese al portal electrónico [http://www.dol.gov/ebsa/faqs/faq\\_consumer\\_cobra.html](http://www.dol.gov/ebsa/faqs/faq_consumer_cobra.html)

## IMPORTANTE TERMINOLOGIA Y DEFINICIONES DE SEGUROS

### BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD

***Seguro para discapacidad a largo plazo (Long-Term Disability Insurance)***

El seguro para discapacidad a largo plazo típicamente reemplaza una porción de su salario, algunas veces hasta por cinco años o hasta que usted cumple los 65 años de edad. Averigüe si usted tiene seguro para discapacidad a largo plazo, ya sea por medio de su empleo o por medio de una póliza individual que haya comprado. Si lo tiene, examine bien como define su póliza el término “discapacidad”. El cáncer podría calificar como discapacidad dependiendo de cómo define su póliza el término “discapacidad”.

### ***Seguro Social por discapacidad (Social Security Disability)***

El Seguro Social provee beneficios a personas que padecen discapacidad total. Para recibir beneficios del Seguro Social por discapacidad usted tendría que haber trabajado en un empleo en el que pagó impuestos de Seguro Social y su discapacidad tiene que conformar con la definición de “discapacidad” según el Seguro Social.

El Seguro Social considera que usted está discapacitado si no puede desempeñar el trabajo que usted desempeñaba en el pasado y si el Seguro Social determina que usted no puede ajustarse a otros deberes de trabajo debido a su padecimiento(s) médico(s). Su discapacidad también tiene que ser una dure o se espera que dure al menos un año, o ser de un tipo que posiblemente resulte en fallecimiento.

El Seguro Social generalmente paga beneficios de dinero mensual a las personas que no han podido trabajar por un año o más debido a discapacidad. Si usted reúne los requisitos, los beneficios usualmente continúan hasta que puede volver a trabajar de manera regular.

### ***Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income – SSI)***

El SSI es un programa federal que provee ingreso suplementario. Para determinar si reúne los requisitos para este programa se toman en consideración muchas cosas, incluso pero no solamente, su edad, las discapacidades que padece y su ingreso. Si reúne los requisitos, el SSI le dará ayuda mensualmente para los gastos básicos, digamos alimentación, ropa y vivienda.

Para más información sobre el Seguro Social por Discapacidad conéctese al portal electrónico <http://www.ssa.gov/disability/>

## **EL MEDICARE**

El Medicare es un programa de seguro médico patrocinado por el gobierno para personas de 65 años de edad o más, personas discapacitadas menores de 65 años y personas que padecen de enfermedad renal en etapa final (fallo permanente de los riñones que requiere diálisis o trasplante) Para calificar, usted o su cónyuge también tiene que haber trabajado por lo menos 10 años en un empleo en el que pagó impuestos Medicare, y tiene que ser ciudadano o residente permanente de los Estados Unidos.

### ***La Parte A***

Para discapacidades la Parte A ampara la atención en (I) hospital como paciente internado, (II) hospitales de acceso crítico (establecimientos pequeños que ofrecen servicios limitados de salud para paciente externo o interno) (III) establecimientos de enfermería especializada, (IV) establecimientos de hospicio, y (V) algunas compañías de atención en hogar. La cobertura de la Parte A usualmente es gratis. Si usted o su

cónyuge no pagó impuestos de Medicare cuando trabajó, y tiene 65 años de edad o más, es posible que pueda comprar la cobertura de la Parte A.

### ***La Parte B***

Para discapacidades la Parte B ampara los servicios de doctores, la atención de hospital como paciente ambulatorio y algunos otros servicios no amparados por la Parte A, por ejemplo: los servicios de terapia física y ocupacional y por alguna atención de cuidado en el hogar. La Parte B ayuda a pagar por estos servicios amparados y por los materiales médicos cuando son médicamente necesarios. Usted tiene que pagar una prima mensual por la Parte B.

### **MEDIGAP**

Si usted es usuario de Medicare, es posible que pueda suplementar su cobertura de Medicare con una póliza Medigap. La póliza Medigap es un seguro médico que venden las aseguradoras particulares para cubrir los “vacíos” de algunos costos de atención de salud por los que el plan Medicare no paga. Existen 12 pólizas Medigap estandarizadas de entre las cuales usted puede escoger una de acuerdo a sus necesidades. En Texas, las compañías que venden pólizas Medigap pueden rechazar las solicitudes de personas discapacitadas que no son personas mayores.

Para más información sobre el Medicare conéctese al sitio electrónico <http://www.medicare.gov> o llame al 1-800-MEDICARE.

### **MEDICAID**

El Medicaid es otro programa de gobierno que puede ayudar con los gastos médicos a los ciudadanos de bajos ingresos. El Medicaid lo administran los estados en particular, y por lo tanto está sujeto a las normativas estatales. Dependiendo de las reglas del estado donde vive puede ser que para algunos servicios médicos usted tenga que pagar un copago. La elegibilidad para Medicaid está basada en factores tales como su edad, si está embarazada, padece de una discapacidad, ceguera o es persona de edad, su ingreso y sus recursos, y si es ciudadano de los EEUU o inmigrante documentado.

Para más información sobre el Medicaid llame al 1-800-252-8263 o conéctese al portal electrónico <http://www.cms.hhs.gov/home/medicaid.asp>

### **LOS FONDOS DE SEGURO DE SALUD DE ALTO RIESGO**

Los Fondos de Seguro de Salud de Alto Riesgo, también conocidos como los Programas de Acceso Garantizado, son programas especiales de seguros médicos creados por las legislaturas estatales para ayudar a los individuos que debido a sus padecimientos de salud no pueden conseguir cobertura adecuada de seguro médico.

Esencialmente, los fondos de seguro de salud de alto riesgo se usan como último recurso para esas personas que debido a sus padecimientos de salud no pueden obtener seguro médico por medio de ninguna otra fuente o que solamente tienen acceso a seguro particular restringido o a un costo extremadamente alto. El precio del seguro por medio de un fondo de seguro de salud de alto riesgo es más caro que el del seguro común, pero, los estados ponen límites al precio para que la prima sea relativamente razonable.

El tipo de cobertura ofrecido por medio de un fondo de seguro de salud de alto riesgo – y los requisitos para obtener la cobertura – varían de estado a estado. Por ejemplo: en Texas, el Fondo de Salud de Alto Riesgo requiere que usted presente cuando menos una de las siguientes documentaciones:

- Rechazo por escrito de una aseguradora de salud negándose o rehusándose a expedirle un seguro individual similar para cobertura de gastos médicos, de hospital o cirugía con base a razones de salud.
- Certificación de un agente o representante asalariado de una aseguradora de salud en la forma del Fondo de Seguro de Salud de Alto Riesgo declarando que dicho agente o representante asalariado no ha podido obtener para usted seguro individual similar para cobertura de gastos médicos, de hospital o cirugía por medio de una aseguradora que el agente o representante asalariado representa porque con base a las normas de aseguramiento de la aseguradora a usted le negarían la cobertura a causa de un padecimiento de salud.
- Ofrecimiento de seguro individual sustancialmente similar para cobertura de gastos médicos, de hospital o cirugía con cláusulas que excluyen la cobertura para ciertos padecimientos de salud que usted tiene.
- Cotización de una aseguradora de salud ofreciéndole un seguro individual similar para cobertura de gastos médicos, de hospital o cirugía a precios más altos que los del Fondo de Seguro de Salud de Alto Riesgo.
- Diagnóstico de uno de los padecimientos enumerados por la Mesa Directiva del Fondo de Seguros de Salud de Alto Riesgo.
- Comprobante que se ha tenido cobertura de salud durante los 18 meses previos sin interrupción o lapso de cobertura por más de 63 días, con la cobertura más reciente siendo de un plan patrocinado por empleador, plan de gobierno o institución religiosa.

Para más información comuníquese con el Departamento de Seguros de Texas.

## SEGURO DE VIDA

### *Beneficios en vida*

Si necesita recursos monetarios de inmediato, podría considerar acelerar los “beneficios en vida” de su póliza de seguro de vida. Los beneficios en vida de las pólizas de

seguro de vida algunas veces ofrecen opciones de recurso monetario a los asegurados que padecen de enfermedades o padecimientos que amenazan la vida. Entre estas opciones se encuentran, por ejemplo: la exención del pago de prima, programas de préstamo, o maneras de retirar alguna cantidad del valor nominal o valor en efectivo de su póliza.

### ***Beneficios de viáticos***

Para generar algún ingreso inmediato algunos pacientes tratan de vender sus pólizas de seguro de vida. Esto se conoce como la transición de viáticos, que significa la venta de una póliza de seguro de vida. En este tipo de venta usualmente el asegurado que tiene una expectativa corta de vida vende su póliza de seguro de vida, por una suma total, a un tercero. El valor de la póliza de vida es negociable, pero generalmente se vende por entre el 60% y el 80% del valor nominal de la póliza.

Para más información comuníquese con su agente de seguros para que le explique las opciones que le ofrece su póliza de vida.

### **EL PROGRAMA HILL-BURTON**

El Programa Hill-Burton es un programa federal que provee fondos a hospitales y otros establecimientos médicos para que puedan suministrar atención médica gratis o a precios de descuento a los pacientes que no cuentan con recursos para pagar. Para calificar para este programa su ingreso tiene que estar al nivel o bajo el nivel que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EEUU tiene establecido actualmente como nivel de pobreza. Usted podría calificar para rebaja de precio de servicios programa Hill Burton si su ingreso es hasta dos veces (o tres veces para casa de reposo) más del nivel de pobreza establecido por el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Puede solicitar la ayuda del Hill-Burton en cualquier momento, antes o después de haber recibido la atención médica.

Para más información llame a la línea rápida de Hill-Burton 1-800-638-0742 o visite el portal electrónico <http://www.hrsa.gov/hillburton/>

### **OTRAS OPCIONES A CONSIDERAR**

- Consulte con un agente independiente que pudiera ser capaz de encontrarle una cobertura que corresponda a sus necesidades.
- Procure encontrar un empleo o hacerse socio de una organización profesional o fraternal que ofrece un plan de seguro con “expedición garantizada”. Los planes con “expedición garantizada” ofrecen cobertura sin tomar en cuenta el historial de salud.
- Pregunte sobre el seguro de vida por medio de la escuela, si usted es padre de un hijo en edad escolar.

- Comuníquese con el departamento de seguros de su estado y pregunte si su estado ofrece un “período de inscripción libre” que permite a las personas que tienen padecimientos preexistentes o que de otra manera son consideradas de alto riesgo comprar pólizas individuales de seguro de salud.
- Infórmese si califica para beneficios de veterano de las fuerzas armadas. Comuníquese con el Departamento de Asuntos de Veteranos al 1-800-827-1000 o [www.va.gov](http://www.va.gov)

### **SUGERENCIAS PARA EL MANEJO DE SU SEGURO MÉDICO**

Aquí le damos las sugerencias de la Sociedad Americana del Cáncer ([www.cancer.org](http://www.cancer.org)) para el manejo de su seguro médico:

- Familiarícese con su plan de seguro en particular y con sus disposiciones. Si piensa que podría necesitar seguro adicional pregunte a su aseguradora si hay uno disponible para usted.
- Presente reclamaciones de todos sus gastos médicos, aún si no tiene certeza de su cobertura.
- Guarde un expediente exacto y completo de las reclamaciones presentadas, pendientes y pagadas.
- Guarde copias de todos los documentos relacionados con sus reclamaciones, tales como cartas de necesidades médicas, facturas, recibos, solicitudes para permisos de ausencia por enfermedad y toda la correspondencia con las aseguradoras.
- Si sus recursos económicos son limitados, consiga la ayuda de un trabajador de caso, asesor financiero o trabajador social del hospital. Con frecuencia, las compañías y hospitales pueden hacer arreglos razonables para que haga los pagos si usted les informa sobre su situación.
- Presente las facturas en cuanto las reciba. Si se siente abrumado con tantas cuentas, busque ayuda. Comuníquese con las organizaciones de ayuda en su localidad, tales como la Sociedad Americana del Cáncer o las agencias gubernamentales de su estado y averigüe si existe ayuda adicional.
- No deje que se venza su seguro médico. Pague las primas completas y páguelas a tiempo. Con frecuencia es difícil conseguir un seguro nuevo. Además, en caso que pierda o deje su empleo, utilice el programa COBRA. Esto le permitirá continuación de cobertura hasta que tenga otro empleo o pueda ser amparado por un plan de salud de grupo o individual.

