



Para consideraciones de seguro médico/de salud para todas las etapas de vida

Consideraciones especiales para parejas con hijos mayores que no viven en casa o personas de edad avanzada

En esta etapa, las consideraciones de tener un seguro de salud son de suma importancia. Estos son algunos de los asuntos de los que usted debe estar enterado:

- ¿Todavía estudian sus hijos de tiempo completo en la universidad? Si es así, usted todavía puede cubrirlos bajo su plan de salud existente si es que continúa empleado. Si sus hijos estudian en una universidad fuera del estado, tal vez tenga que obtenerles una cobertura de salud a través de la escuela o de una compañía privada ubicada en el área geográfica donde ellos viven durante la mayor parte del año.
- Si usted decide jubilarse o ha sido suspendido de su trabajo antes de cumplir los 65 años de edad, y no es elegible para Medicare, ¿qué podría hacer?
- Verifique si es elegible para continuar recibiendo un seguro de salud a la tarifa de grupo de su empleador anterior bajo el plan COBRA (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act). COBRA es una ley federal, aprobada en 1985 que le da derecho a continuar recibiendo cobertura del empleador durante 18 meses adicionales. Usted será responsable de pagar la prima de este seguro y debe informarle a su empleador, dentro de los 60 días después de haberse ido del trabajo, que desea continuar con sus beneficios de seguro de salud.
- Si usted ya no está trabajando y sus beneficios de COBRA ya se vencieron – pero aún no califica para Medicare – tal vez querrá considerar comprar un seguro médico contra incidentes catastróficos con un deducible alto, el cual típicamente ofrece primas más bajas que otros planes de salud. El punto aquí es que las personas que tienen problemas de salud pre-existentes como enfermedades del corazón, diabetes o esclerosis múltiple, generalmente no pueden obtener este tipo de seguro.
- ¡Ojo con las tarjetas de descuento! Si usted está considerando comprar una tarjeta de descuento de seguro de salud de cualquier clase, como por ejemplo, para cubrir productos farmacéuticos (medicinas), cuidado dental o consultas médicas, asegúrese de investigar si el asegurador sea legítimo, llamando al Departamento del Comisionado de Seguros de su estado. También averigüe cuántas quejas y demandas han sido presentadas contra ese asegurador y conozca exactamente lo que la tarjeta cubre y si su

médico/dentista la acepta.

- Considere si necesita seguro por discapacidad (“disability insurance”). Consideraciones importantes para esta decisión son: si usted todavía está empleado, su edad, cuántos años le faltan para recibir el seguro social, sus necesidades financieras individuales y su capacidad para pagar primas, las que típicamente aumentan conforme usted avanza en edad.
- Evalúe cuidadosamente si el seguro de cuidado prolongado (“long-term care”) le conviene. Antes de comprar un seguro de cuidado prolongado (“long-term care”), haga un análisis minucioso de su situación económica para asegurarse de que podrá seguir pagando las primas por un periodo de tiempo prolongado – durante la vejez y hasta la muerte – y calcule si tiene suficientes ahorros u otros bienes financieros que quiera proteger. Muchas personas descubren que no pueden pagar las primas cuando avanzan en edad, cuando más necesitan tener cobertura. Además, asegúrese de saber cuáles son los factores que resultan en pagos de beneficios, y también las probabilidades de aumentos potenciales a sus primas.

Consideraciones acerca de Medicare

Cuando usted se acerca a los 65 años de edad, usted deberá decidir si querrá el plan Medicare tradicional o un plan de Medicare Advantage.

El plan Medicare tradicional incluye Medicare Parte A, seguro de hospital, y parte B, las cuentas del doctor. La Parte A ya está pagada a través de sus contribuciones a lo largo de su vida trabajando. La Parte B requiere que usted pague primas mensuales, alrededor de \$90 al mes por individuo, las que pueden ser deducidas automáticamente de su cheque del seguro social, si ya está recibiendo beneficios.

Cuando usted se prepare para inscribirse en Medicare, también querrá considerar comprar – a un costo adicional – un suplemento de Medicare o una póliza Medigap para cubrir aquellos gastos y deducibles médico-hospitalarios no cubiertos por Medicare. Las pólizas suplementarias de Medicare y las de Medigap son ofrecidas por compañías privadas que han sido aprobadas por Medicare.

Otra opción es comprar un plan de Medicare Advantage. Los planes de Medicare Advantage, que reemplazan los de Medicare + Choice, son ofrecidos por algunas compañías privadas que han firmado un contrato con Medicare. Antes de comprar un plan de Medicare Advantage, averigüe qué hospitales están en la red de proveedores y cuáles doctores participan.

Últimamente ha habido un gran interés en el más reciente beneficio de Medicare, el Medicare Parte D, un beneficio para las medicinas recetadas. Si usted está recibiendo Medicare actualmente, entonces es elegible para recibir la Parte D. Antes de inscribirse, considere lo siguiente:

- Haga sus cálculos para saber si el plan realmente le ahorrará dinero. Por ejemplo, sume lo que gastó en medicinas durante los pasados doce meses y vea cuál cantidad es mayor o menor que el costo anual (las primas más el deducible) de Medicare Parte D.

- Medicare ha autorizado a varios aseguradores privados para administrar este beneficio de medicinas. Si usted decide inscribirse, deberá decidir cuál de estos planes privados se ajusta mejor a sus necesidades. Asegúrese que el plan que escoja incluya una farmacia que le quede convenientemente cerca y que también cubra las medicinas recetadas que usted actualmente toma. Además, asegúrese que el plan sea legítimo, llamando a su Departamento del Comisionado de Seguro de su estado.
- Si actualmente está recibiendo beneficios de jubilación de su empleador anterior, llame al departamento de recursos humanos de la compañía para preguntar cómo están administrando el nuevo beneficio de medicinas de Medicare (Medicare Parte D). Recientes informes indican que algunas compañías están considerando eliminar el beneficio médico/medicinas recetadas de jubilados para aquellas personas que se inscriben a recibir el nuevo beneficio de Medicare. Calcule cuáles beneficios le convienen más en su situación particular.
- Tenga en cuenta fechas claves. El 15 de noviembre de 2006 fue la última fecha que usted pudo inscribirse para recibir los beneficios de Medicare Parte D para el año 2007.

Consideraciones de seguro médico/de salud para todas las etapas de vida

Al igual que con otros tipos de seguro, hay varios tipos de seguro de salud.

Los planes de médicos mayores (“major medical”), típicamente cubren una amplia variedad de necesidades de la salud, incluyendo consultas médicas, medicinas y cuidado en el hospital. Estos beneficios pueden ser ofrecidos en distintas maneras:

- *Planes de indemnización (“Indemnity Plans”)* – Estos planes de seguro de gastos médicos mayores (“major medical”), generalmente, tienen un deducible- la cantidad que usted debe pagar antes de que el asegurador empiece a pagarle los beneficios. Luego de que sus gastos cubiertos por el seguro exceden la cuantía de ese deducible, se pagan los beneficios como un porcentaje de los costos reales, normalmente en un 80%. Estos planes son los más flexibles, en término de poder escoger dónde ir para recibir los servicios médicos.
- *Planes de Organización de Proveedores Preferidos (“Preferred Provider Organization – PPO Plans”)* – En estos planes médicos mayores, el asegurador entra en un contrato con ciertos hospitales y médicos selectos para que le provean un servicio a descuento. Como miembro de un PPO, usted podrá buscar cuidado de un médico u hospital que no es un proveedor preferido, pero con toda probabilidad, tendrá que pagar un deducible o co-pago más alto.
- *Organizaciones de Servicios de Salud (“Health Maintenance Organizations - HMO Plans”)* – En estos planes mayores, usualmente, usted elige un médico primario (PCP) de una lista conocida como “red de proveedores”. Su médico primario (PCP) será responsable de manejarle todo su cuidado de salud. Si usted necesita atención médica de cualquier otro médico de la red, usted podría necesitar un referido de su médico primario, (PCP), para poder consultarle. Usted deberá recibir atención de los proveedores de la red para poder cobrar sus beneficios a través del HMO. El tratamiento médico recibido fuera de la red, por lo general, no tiene cubierta o si se cubre, es a un

nivel significativamente más bajo.

- *Planes de Punto de Servicio (“Point of Service – POS Plans”)* – Estos planes médicos mayores son un híbrido de los modelos de HMO y PPO ya mencionados. Son más flexibles que los HMO’s pero le requieren que escoja un médico primario (PCP). Como con los PPO, usted podrá ir con un médico fuera de la red de proveedores y pagar un poco más por el costo. Sin embargo, si el médico primario lo refiere a un médico fuera de la red, el plan **NO** le cubrirá el costo.

Hay Planes de Beneficios Limitados que le proveen cobertura para unas condiciones, enfermedades o situaciones limitadas.

Estas son algunas de las opciones que podrían estar disponibles para usted:

- *Cobertura Básica de Gastos de Hospital (“Basic Hospital Expense Coverage”)* – cubre un periodo que generalmente no es menor de 31 días de cuidado continuo en el hospital o de ciertos servicios fuera del hospital.
- *Cobertura Básica de Gastos Médicos-Quirúrgicos (“Basic Medical-Surgical Expense Coverage”)* – Cubre los costos asociados con una cirugía necesaria, incluyendo cierto número de días de cuidado en el hospital.
- *Cobertura de Indemnización por Hospitalización (“Hospital Confinement Indemnity Coverage”)* – Cubre una cantidad fija por cada día que usted está en el hospital.
- *Cobertura de Accidentes Solamente (“Accident Only Coverage”)* - Cubre muerte, desmembramiento, discapacidad o cuidado médico o de hospital causado por un accidente.
- *Cobertura de Enfermedad Específica (“Specified Disease Coverage”)* - Cubre una diagnóstico y tratamiento de enfermedades o condiciones específicas – como cáncer.
- *Otras coberturas limitadas (“Other Limited Coverage”)* – Usted también puede comprar un seguro que le cubra cuidado dental, visual u otro cuidado específico.

Otras coberturas le proveen protección adicional en caso que usted se discapacite, requiera cuidado prolongado o se acoja a Medicare:

- *Ingreso por Discapacidad (“Disability Income”)* – Esta cobertura le provee un pago de beneficios semanales o mensuales mientras usted esté discapacitado por una condición o daño cubierto por su póliza.
- *Seguro de Cuidado Prolongador (“Long-Term Care Insurance”)*– Esta póliza, usualmente, paga por cuidado experto, intermedio o de custodia de un hogar de ancianos o en otros sitios, como su hogar, un centro de hogar de ancianos o una facilidad de cuidado

supervisado (“assisted living facility”). La póliza normalmente paga una cantidad fija por día, mientras que la persona recibe los servicios.

- *Cobertura Suplemental de Medicare (“Medicare Supplemental Coverage”)* – El programa federal de Medicare paga la mayor parte de los costos médicos de personas de 65 años o más, o de individuos menores de 65 años que reciben beneficios por discapacidad del Seguro Social. Sin embargo, Medicare no cubre todos los gastos. Por lo tanto, usted querrá adquirir una póliza suplemental de Medicare (“Medicare Supplemental Coverage”), que le ayuda a pagar por ciertos gastos, incluyendo los deducibles no cubiertos por Medicare.

A continuación dos tipos de servicios relacionados con la salud que **NO** son planes de seguro de salud:

- *Planes de descuento (“Discount Plans”)* – Usted puede recibir avisos o anuncios de planes que ofrecen descuentos en el cuidado de salud por una tarifa mensual. Estos no son planes de seguro de salud y los participantes no tienen las mismas protecciones que bajo un seguro de salud debidamente autorizado. Su Comisionado de Seguro le recomienda que investigue a fondo cualquier plan que le prometa descuentos significativos a cambio de una tarifa “baja” y que evalúe los beneficios en comparación con los costos.
- *Planes No Autorizados para Compartir Riesgos (“Non-Licensing Risk-Sharing Plans”)* – Usted puede también recibir ofertas para unirse a un grupo u organización que le tomará sus pagos mensuales, colocándolos en una cuenta de ahorros, o en un fideicomiso (“trust”) junto al dinero de otros participantes, para ayudarle a pagar algunos de sus gastos, según sea necesario. Este tipo de arreglo **NO** es un seguro autorizado y los participantes no tienen las protecciones disponibles para quienes compran un plan de seguro debidamente autorizado. Su Comisionado de Seguro le recomienda que usted investigue a fondo estos planes antes de escogerlos.

El seguro de salud – provisto por su empleador o comprado por usted, independientemente, puede ser costoso. Estas son algunas maneras en que usted puede controlar sus costos:

- Si usted está casado y tanto usted como su esposo (a) trabajan para patrones que proveen plan médico, compare las pólizas y sus costos para saber cuál es la que más le convenga. Vaya más allá del costo mensual de cada una y vea con cuidado los servicios que cada una cubre, los requisitos de co-pago, los deducibles y los niveles de reembolso. De modo que pueda hacer la mejor decisión para su familia y para su presupuesto.
- Muchos planes le ofrecen un menú de opciones. Revise su situación con regularidad y ajuste sus opciones según sea necesario.
- Quédese en la red de proveedores lo más que pueda, asegurándose de que cuando necesite ver a otro especialista, su médico primario lo recomiende.

- Muchos planes exigen una pre-certificación para ciertas pruebas y procedimientos. Conozca su plan y asegúrese de cumplir con todos los requisitos para que evite tener que pagar recargos.
- Guarde sus recibos de servicios médicos recibidos. Aún cuando su intención sea quedarse siempre en la red de proveedores, usted nunca sabe cuándo un accidente, una emergencia fuera de su pueblo, o una enfermedad inesperada lo lleve a tener que llevarse la mano al bolsillo para cubrir gastos que exceden aún el deducible más alto.
- Investigue si su empleador ofrece una cuenta de gastos flexible. Este tipo de plan, el cual permite que usted reserve dinero antes de pagar sus impuestos por gastos médicos y cuidado de niños, es una buena manera de reducir los costos de servicios médicos que salen de su propio bolsillo.
- Finalmente, considere combinar un plan catastrófico con un deducible alto con una Cuenta de Ahorros de Salud (“Health Savings Account”, “HSA”). Una HSA es una cuenta de ahorros libre de impuestos similar a una cuenta de retiro IRA, pero que se reserva para cubrir gastos médicos. Los depósitos son 100% deducibles para una persona que trabaja por su cuenta, y pueden ser fácilmente girados en un cheque o cargar el pago de su tarjeta de débito para cubrir cuentas médicas de rutina con dinero libre de impuestos. Los gastos médicos mayores se cubren a su vez, con una póliza de seguro de salud más barata, que tenga un deducible, alto. El dinero que sobre de la cuenta anualmente, permanece depositado y continúa ganando interés, libre de impuestos, para suplementar sus ingresos antes de jubilarse, al igual que una cuenta IRA. Muchos empleadores están empezando a ofrecer este tipo de arreglo a sus empleados como una opción a un plan de seguro de salud.

© 1990 - 2008 National Association of Insurance Commissioners. All rights reserved. SM Insure U and Stop. Call. Confirm are registered service marks of the National Association of Insurance Commissioners.