



LA ATENCIÓN ADMINISTRADA

Los beneficiarios de Medicare pueden inscribirse con organizaciones de salud preventiva (Health Maintenance Organizations—HMO) y otros planes de salud de atención administrada.



Resource ID#: 3946

Medicare- La Atención Administrada

Contenido

¿Es su decisión!	1
¿Cómo funcionan los sistemas de pago-por-servicio y de atención administrada?	1
¿Puedo inscribirme en un plan de atención administrada?	3
¿Cómo puedo pertenecer al plan y cuándo comienza mi cobertura?	4
¿Qué otros factores debo considerar?	5
Si me inscribo, ¿a dónde voy para recibir atención médica?	6
Beneficios de hospital y médicos del plan	8
¿Puedo elegir a mi médico?	8
Información sobre los especialistas y el hospital	8
¿Cómo puedo apelar una decisión de pago?	9
Ventajas al pertenecer a un plan de atención administrada	10
Desventajas al pertenecer a un plan de atención administrada	11
¿Cómo y cuándo puedo cancelar mi inscripción?	12
¿Necesito el seguro Medigap si voy a pertenecer a un plan de atención administrada?	12
Medicare SELECT	13
Información y asesoramiento sobre seguros de salud	16

¿Es su decisión!:

¿Será atención administrada o de pago-por-servicio?

Una decisión importante que quizá tenga que hacer como beneficiario de Medicare es cómo recibirá los beneficios de hospital y beneficios médicos. Si usted, como la mayoría de los beneficiarios, vive en un área donde un plan de atención administrada o dirigida presta sus servicios, tiene cómo escoger.

Usted puede recibir sus beneficios de Medicare a través del sistema que se brinda de pago-por-servicio o a través de un plan de atención administrada tal como una organización de salud o medicina preventiva (Health Maintenance Organization—HMO).

Ya sea que elija, pago-por-servicio o atención administrada, usted recibe todos los beneficios de hospital y médicos de

Medicare a los cuales está autorizado. La diferencia entre los dos sistemas es la forma en que brindan sus beneficios, cómo y cuándo se hacen los pagos y la cantidad que debe pagar usted de su bolsillo.

¿Cómo funcionan los sistemas de pago-por-servicio y de atención administrada?

Bajo el sistema de pago-por-servicio, usted puede elegir cualquier médico con licencia y hacer uso de los servicios de cualquier hospital, de un proveedor de cuidado de la salud o de una instalación médica certificada por Medicare.

Generalmente, cada vez que se recibe un servicio se hace un pago. Medicare paga una parte de los costos del hospital, del médi-

co y de otros servicios. Usted es responsable de pagar ciertos deducibles y los pagos del seguro complementario (coinsurance), la porción de la cuenta que Medicare no paga. Usted debe pagar además todos los cargos permitidos que excedan la cantidad aprobada por Medicare como también los cargos por los servicios no cubiertos por Medicare.

Algunos de esos posibles costos que cubre con dinero de su bolsillo pueden ser evitados o reducidos al comprar un seguro privado para suplementar el de Medicare. Esto se llama seguro "Medigap" y está diseñado específicamente para pagar algunas de las partes que no cubre Medicare.

Los planes de atención administrada pueden ser vistos como una combinación de una compañía de seguro y un sistema que brinda atención de la sa-

lud (médico y hospital). Como cualquier compañía de seguros, cubre los costos de atención de la salud cobrando primas, y como cualquier médico u hospital, provee servicios de atención de la salud.

Además de ser llamados planes de atención administrada, son conocidos también como planes de atención coordinados o prepagados o simplemente HMOs.

Cada plan tiene su red de hospitales, clínicas de enfermería especializada, médicos y otros profesionales de atención de la salud. Generalmente, los servicios deben obtenerse a través de los médicos o profesionales que sean parte del plan.

Dependiendo de como estén organizados los planes, los servicios se proveen en una o más clínicas de salud localizadas en áreas céntricas o en los consultorios de práctica privada

de los médicos y otros profesionales del cuidado de la salud afiliados al plan.

Los planes pueden cobrar a los asegurados una prima mensual, que puede variar de un plan a otro y está sujeta a cambios cada año. Los planes que tienen primas, generalmente, cobran de \$50 a \$75 por mes. Muchos planes no cobran una prima.

Comúnmente, los planes cobran, además de la prima mensual, un pequeño pago complementario (copayment) en cada visita y en cada prescripción de medicamentos.

Normalmente, los pagos complementarios varían entre \$5 y \$15. Por lo general, el plan no cobra cargos adicionales sin importar cuántas veces visita al médico, está hospitalizado o usa otros servicios cubiertos.

¿Puedo inscribirme en un plan de atención administrada?

La mayoría de los beneficiarios de Medicare son elegibles para inscribirse en un plan de atención administrada, y la mayoría de las partes del país reciben servicio de uno o más planes que tienen contratos con la Administración para el Financiamiento del Cuidado de la Salud (Health Care Financing Administration—HCFA) para prestar servicios a los beneficiarios de Medicare.

Los únicos requisitos para inscribirse son:

1. Usted ya debe pertenecer por lo menos a la Parte B de Medicare (esta parte paga las cuentas de los médicos), y debe continuar pagando la prima mensual de la Parte B. La prima es de \$42,50 mensuales en 1996.

2. Usted no puede haber elegido la atención de tipo sanatorio de parte de alguna agencia certificada por Medicare.*
3. No debe haber sido diagnosticado médicamente con una insuficiencia renal crónica terminal (end-stage renal disease—ESRD). * Sin embargo, si usted ya es miembro de un plan cuando es elegible por primera vez por Medicare y el plan tiene un contrato con Medicare, puede pasar a ser miembro de Medicare con el plan aun si tiene insufi-

ciencia renal crónica terminal.

4. Debe vivir en el área donde el plan tiene contrato con Medicare para proveer los servicios.

¿Cómo puedo pertenecer al plan y cuándo comienza mi cobertura?

Usted puede conseguir los nombres de los planes de atención administrada que se encuentran en su área llamando a la oficina de asesoramiento sobre seguros del estado donde

*Si usted elige la atención de tipo sanatorio para una enfermedad terminal después de inscribirse en un plan de atención administrada, recibirá los servicios de tipo sanatorio provistos por alguna agencia aprobada por Medicare y puede quedarse en el plan. Si es así, se requiere que el plan provea o se encargue de toda atención de la salud cubierta que no esté relacionada con la enfermedad terminal. Además, si después de iniciarse en un plan le diagnostican médicamente que tiene una deficiencia renal crónica terminal, se requiere que el plan provea o se encargue de su atención.

vive (vea la página 16) o llamando a Medicare al 1-800-638-6833.

Todos los planes que tienen contrato con Medicare deben tener un período anunciado de inscripción abierta, de por lo menos 30 días al año. Sin embargo, la mayoría de los planes tienen una inscripción abierta continua, así que usted puede inscribirse cuando quiera. A los beneficiarios de Medicare no se les puede negar la inscripción debido a su estado delicado de salud, a una incapacidad o a una condición previa.

Dependiendo del día del mes que usted se inscribe, puede elegir el comienzo de su cobertura, ya sea el primer día del mes siguiente al que el plan recibe la solicitud de inscripción o hasta tres meses después. El plan le debe dar por escrito la información detallada explicando su cobertura y la fecha de su comienzo.

Antes de pertenecer al plan, lea los materiales de la participación en el plan. Asegúrese de entender sus derechos como miembro del plan y de conocer los beneficios que usted recibiría.

Si usted vive en un área donde hay más de un plan, compare las primas, los pagos complementarios y los beneficios para determinar cuál es el plan que se ajusta más a sus necesidades y cuál es el precio que usted puede pagar.

¿Qué otros factores debo considerar?

Consiga información acerca de los médicos disponibles para servirle y de los hospitales y otras clínicas que proveen atención de la salud afiliados al plan.

Determine si quienes proveen el plan están localizados convenientemente y si el transporte está disponible a toda hora del día para que usted pueda lle-

gar a ellos. Considere cuidadosamente las ventajas y las desventajas de ser miembro de un plan si usted viaja mucho o vive parte del año en otro estado. Los planes deben proveer cobertura por un período determinado de tiempo cuando usted viaja.

Otro factor que debe tener en cuenta es que si usted se inscribe en un plan y más tarde se muda fuera del área de servicio del plan, va a tener que cancelar su inscripción al plan y regresar a Medicare bajo pago-por-servicio o inscribirse en un plan que presete sus servicios en el área donde usted se muda.

Si me inscribo, ¿a dónde voy para recibir atención médica?

Antes de inscribirse en un plan de atención administrada, vea si el plan tiene un contrato de “riesgo” o de “costo” con Medicare.

Hay una diferencia importante.

Planes de riesgo: Estos planes tienen condiciones “limitantes”. Eso significa que usted debe recibir, por lo general, toda la atención cubierta a través del plan o a través de referencias hechas por el plan.

Con pocas excepciones, si usted recibe servicios fuera del plan ni Medicare ni el plan pagarán por esos servicios. Usted tendrá que pagar el total de la factura con dinero de su bolsillo.

Las únicas excepciones reconocidas por todos los planes que tienen contrato con Medicare son los servicios de emergencia, los cuales puede recibir en cualquier lugar de los Estados Unidos, y la atención necesaria de urgencia que puede recibir cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan.

Si usted recibe atención necesaria de emergencia o urgencia, el médico u hospital que le provee el servicio le cobrará a usted o a su plan. Si le envían la factura a usted, presente la factura al plan y mantenga una copia para su archivo. Si es posible, hágale saber al plan cuando usted esté en una situación de emergencia.

Además de pagar por la atención necesaria de emergencia o urgencia recibida fuera del plan, pocos planes de riesgo ofrecen lo que se llama opción de “punto-de-servicio” (Point-Of-Service—POS).

Bajo la opción de “punto-de-servicio”, el plan le permite recibir ciertos servicios fuera de la red a la que pertenece el proveedor del plan, pagándole un porcentaje de los cargos. A cambio, debe pagar, por lo menos, 20% de la factura.

Planes de costo: Estos planes no tienen condicio-

nes limitantes. Si se inscribe en un plan de costo, puede visitar a un proveedor de atención de la salud afiliado al plan y pagar sólo el pago complementario que se le aplica o ir a un proveedor fuera del plan.

Si visita a un proveedor que esté fuera del plan, el plan probablemente no pagará pero Medicare lo hará. Medicare pagará su parte de los cargos aprobados.

Usted será responsable de pagar el seguro complementario de Medicare, los deducibles y otros cargos permitidos, tal como si estuviera recibiendo atención bajo el sistema de pago-por-servicio.

Debido a que los planes de costo no tienen condiciones limitantes, pueden ser una buena elección para usted si viaja frecuentemente o vive parte del año fuera del área de servicio del plan.

Beneficios de hospital y médicos del plan

Si bien el paquete de beneficios puede variar de un plan a otro, todos los planes deben proveer todos los beneficios de Medicare disponibles en las áreas de servicio respectivas.

Los planes pueden ofrecer también beneficios extras no cubiertos por el sistema de pago-por-servicio de Medicare. Los beneficios extras pueden incluir, por ejemplo: los exámenes físicos, el itinerario de vacunas y otras medidas de prevención, los medicamentos con receta médica, la atención dental, los dispositivos de audición y los anteojos, como también la cobertura para viajes a otro país.

Los planes con contratos de riesgo proveen los beneficios extras sin costo adicional o le piden que pague estos servicios como una condición para inscribirse en el plan.

Cualquier beneficio adicional ofrecido por los planes de costo pueden costarle más a los miembros.

¿Puedo elegir a mi médico?

La mayoría de los planes de atención controlada requieren, cuando usted se inscribe, que elija un médico de atención primaria (de cabecera) entre los que están afiliados al plan. Si usted no elige alguno, se le asignará.

Los médicos de atención primaria controlan la atención médica y de hospital de sus pacientes. Si por alguna razón usted quiere cambiar de médico, por lo general el plan le permitirá hacerlo, siempre y cuando elija otro médico de atención primaria del plan.

Información sobre los especialistas y el hospital

Los planes de atención administrada tienen médi-

cos disponibles en todas las especialidades de la medicina. Sin embargo, para ver a un especialista usted debe ser recomendado por su médico de atención primaria si el plan paga por los servicios del especialista. Su médico de atención primaria le ayudará a elegir un especialista.

Por lo general, como el convenio con anticipación con médicos específicos para prestar atención de la salud a sus miembros, este plan tiene contratos con hospitales específicos, establecimientos de enfermería especializada, agencias de atención de la salud a domicilio y otros proveedores de la atención de la salud que le prestan servicio a sus miembros. Algunos de los planes grandes, sin embargo, tienen sus propios hospitales y otros establecimientos para prestar atención de la salud.

Al coordinar los tratamientos ya sean primarios o de especialidad, dentro y fuera del hospital, los planes pueden brindar atención apropiada y al mismo tiempo disminuir los servicios duplicados y no garantizados.

¿Cómo puedo apelar una decisión de pago?

Los planes de atención controlada que tienen contrato con Medicare tienen un sistema que usted puede usar para apelar las decisiones de pago. Usted puede completar una apelación si su plan:

- Se niega a pagar los servicios cubiertos por Medicare;
- Se niega a proveer los servicios que usted solicita; o
- Decide no pagar por la atención que usted recibió de parte de los médicos u hospitales que no forman parte del

plan, porque el plan determinó que la atención no fue por una emergencia ni una atención urgente fuera del área.

Si usted cree que la atención debe ser pagada o proporcionada y no fue así, debe completar una petición para que el plan lo reconsidere. Sus materiales de la afiliación al plan le dan detalles sobre sus derechos de apelación de Medicare.

Si necesita más información o ayuda, llame a la oficina de la Administración del Seguro Social, a su plan de salud o a la oficina de asesoramiento sobre seguros del estado donde vive.

Ventajas al pertenecer a un plan de atención administrada

Las personas se afilian a un plan de atención administrada por varias razones. Algunas de las razones más comunes son:

- Es más fácil recibir todos los servicios de una sola fuente (por ejemplo: los servicios de los médicos, la atención de los hospitales, las pruebas de laboratorio, las radiografías, etc.).
- La calidad de la atención puede mejorarse con la coordinación de los servicios.
- Es más fácil controlar los costos médicos porque usted sabe de antemano la cantidad de cualquier prima, y el total de otros costos que usted debe pagar de su bolsillo es más probable que sea menor que bajo el sistema de pago-por-servicio.
- Por lo general, usted paga sólo un valor nominal de pago complementario cuando recibe un servicio. Algunos planes no cobran el pago complementario por ciertos servicios específicos.

- En muchos casos, los beneficios que no están cubiertos por Medicare están disponibles a un cargo nominal o sin cargo adicional.
- Usted **no** necesitará el seguro Medigap para suplementar la cobertura de Medicare porque el plan le provee todos o la mayoría de los mismos beneficios sin costo adicional.
- El papeleo es casi eliminado en su totalidad.
- A diferencia de las compañías de seguros de Medigap, quienes en algunos casos pueden negarse a venderle una póliza si tiene un problema de salud, los planes generalmente deben aceptar a todos los candidatos a inscribirse en Medicare.

Desventajas al pertenecer a un plan de atención administrada

Las desventajas al inscribirse en un plan de atención administrada son:

- Usted no es libre de ir a cualquier médico u hospital que elija. Excepto cuando usted necesita servicios de emergencia o de atención urgente fuera del área donde vive, por lo general, debe usar los proveedores de los planes, de lo contrario el plan no pagará.
- Tal vez usted necesite tener con anticipación la aprobación de su médico para ver a un especialista, tener una cirugía electiva o programada u obtener equipo u otros servicios médicos.
- Puede tomarle hasta 30 días para cancelar su inscripción al plan y debe continuar usando los proveedores del

HMO hasta que su inscripción ya no sea válida.

¿Cómo y cuándo puedo cancelar mi inscripción?

Si usted se inscribe en un plan y más tarde decide volver al seguro de Medicare de pago-por-servicio, puede cancelar su inscripción en cualquier momento. Para cancelarla, exprese por escrito que usted desea abandonar el plan y regresar a la cobertura de pago-por-servicio de Medicare.

Dé su petición por escrito a la oficina administrativa del plan, a la Administración del Seguro Social del área donde vive o, si es apropiado, a la oficina de la Junta de Retiro de Ferrocarriles.

Su cobertura bajo el sistema de pago-por-servicio comenzará el primer día del mes siguiente.

Si desea cambiar de un plan de atención administrada a otro, lo puede hacer simplemente inscribiéndose en el otro plan siempre y cuando ese otro plan tenga contrato con Medicare. Se cancelará su inscripción al primer plan automáticamente.

¿Necesito el seguro Medigap si voy a pertenecer a un plan de atención administrada?

El seguro Medigap es otro tema que usted puede considerar si está pensando en inscribirse en un plan o si ya está en un plan y está pensando en cancelar su inscripción.

Si tiene un seguro Medigap y decide inscribirse en un plan, puede continuar con su seguro o cancelarlo, aun después de decidir que le gusta el plan. Por lo general, no necesitará el seguro Medigap si se inscribe en un plan que tenga contrato con Medicare.

Un seguro Medigap puede ser valioso para usted si deja el plan y regresa al sistema de pago-por-servicio de Medicare. Si anteriormente usted tuvo un seguro Medigap pero lo canceló cuando se inscribió en el plan o si nunca tuvo Medigap antes de inscribirse en el plan, no podrá comprar la póliza de su elección, sobre todo si tiene problemas de salud.

Antes de dejar su póliza Medigap o dejar que un período abierto de inscripción de Medigap se venza, usted debería considerar el discutir su situación personal con la oficina de asesoramiento de seguros del estado donde vive. El servicio es gratuito.

Las oficinas de asesoramiento sobre seguros también tienen copias gratis de la *Guía del seguro médico para usuarios de Medicare* (Guide to Health Insurance for People with Medicare).

Medicare SELECT

Medicare SELECT es otra opción de seguro de salud que tal vez usted quiera considerar. Ya que Medicare SELECT no es lo mismo que la atención controlada, incorpora algunas de las características de atención administrada y a veces se ofrece a través de HMOs como también a través de varias compañías de seguros.

Medicare SELECT es lo mismo que Medigap en casi todos los aspectos. Si usted compra una póliza Medicare SELECT, está comprando uno de los planes normalizados (standard) de Medigap aprobado para la venta en el estado donde vive.

La única diferencia entre Medicare SELECT y el seguro normalizado de Medigap es que cada compañía de seguros de Medicare SELECT tiene hospitales específicos y en algunos casos médicos es-

pecíficos que usted debe usar, con excepción de los casos de emergencia, con el fin de ser elegibles para recibir todos los beneficios. Las pólizas de Medicare SELECT, por lo general, tienen primas más bajas comparando con las otras pólizas de Medigap debido a sus requisitos.

Cuando usted va a los "proveedores preferidos" del seguro, Medicare paga su parte de los cargos aprobados y el seguro es responsable del total de los beneficios suplementarios cubiertos por la póliza.

Las pólizas Medicare SELECT, por lo general, no tienen que pagar ningún beneficio si usted no usa un proveedor preferido para servicios que no son de emergencia. Sin embargo, Medicare pagará su parte de los cargos aprobados sin importar el proveedor que haya escogido.

El Congreso creó a Medicare SELECT como

un programa experimental y aprobó, en un comienzo, su uso en quince estados. El año pasado lo extendió para incluir a todos los estados y lo prolongó por tres años más. Aun si el Congreso decidiera no continuarlo, se les pediría a las compañías de seguro que mantengan todas las pólizas de Medicare SELECT que existen.

Si usted tiene una póliza Medicare SELECT y el programa termina en el año 1998, usted podrá, ya sea:

1. Mantener la póliza Medicare SELECT sin cambios en los beneficios; o
2. Comprar otra póliza de Medigap ofrecida por la compañía de seguros, si ésta ofrece otra póliza de Medigap diferente a Medicare SELECT. La póliza que la reemplace debe proveer, los mismos beneficios que la anterior hasta donde sea

posible. No se le puede negar la cobertura debido a problemas de salud.

Medicare SELECT, si bien está autorizado para la venta en cada estado, tal

vez no esté aprobado para la venta en el estado donde usted vive. Comuníquese con la oficina de asesoramiento sobre seguros del estado para más información.

Información y asesoramiento sobre seguros de salud

Cada estado, además de Puerto Rico, las Islas Vírgenes y el Distrito de Columbia, tiene un programa de asesoramiento sobre seguros de salud que le brinda información gratis y asistencia acerca de Medicare, Medicaid, Medigap, atención por tiempo prolongado y de otros beneficios de seguro de salud. Usted puede llamar a la oficina de asesoramiento de su estado y pedir nombres de HMOs en su área. Se da una lista de números de teléfono a continuación (los números 800 funcionan solamente dentro del estado). Si tiene algún problema para comunicarse con la oficina de asesoramiento, llame a Medicare al número: 1-800-638-6833.

Alabama	1-800-243-5463
Alaska	1-800-478-6065
Arizona	1-800-432-4040
Arkansas	1-800-852-5494
California	1-800-434-0222
Colorado	1-800-544-9181
Connecticut	1-800-994-9422
Delaware	1-800-336-9500
District of Columbia	(202) 676-3900
Florida	1-800-963-5337
Georgia	1-800-669-8387
Hawaii	(808) 586-0100
Idaho	1-800-488-5725

Illinois	1-800-548-9034
Indiana	1-800-452-4800
Iowa	1-800-351-4664
Kansas	1-800-432-3535
Kentucky	1-800-372-2973
Louisiana	1-800-259-5301
Maine	1-800-750-5353
Maryland	1-800-243-3425
Massachusetts	1-800-882-2003
Michigan	1-800-803-7174
Minnesota	1-800-882-6262
Mississippi	1-800-948-3090
Missouri	1-800-390-3330
Montana	1-800-332-2272
Nebraska	(402) 471-2201
Nevada	1-800-307-4444
New Hampshire	1-800-852-3388
New Jersey	1-800-792-8820
New Mexico	1-800-432-2080
New York	1-800-333-4114
North Carolina	1-800-443-9354
North Dakota	1-800-247-0560

Ohio	1-800-686-1578
Oklahoma	1-800-763-2828
Oregon	1-800-722-4134
Pennsylvania	1-800-783-7067
Puerto Rico	(809) 721-8590
Rhode Island	1-800-322-2880
South Carolina	1-800-868-9095
South Dakota	1-800-822-8804
Tennessee	1-800-525-2816
Texas	1-800-252-3439
Utah	1-800-439-3805
Vermont	(802) 828-3302
Virginia	1-800-552-3402
Virgin Islands	(809) 774-2991
Washington	1-800-397-4422
West Virginia	1-800-642-9004
Wisconsin	1-800-242-1060
Wyoming	1-800-856-4398

Para más información acerca de Medicare, puede obtener una copia de *Su Manual de Medicare* en cualquier oficina de la Administración del Seguro Social o llamando al 1-800-638-6833.

**U.S. Department of Health and Human Services
Health Care Financing Administration
7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland 21244-1850**

**Official Business
Penalty for Private Use, \$300
Publication No. HCFA 10970
Revised July 1996**

