



Guía Para Los Programas De Seguros Y Atención Médica Para Personas Con Discapacidades

Información Y Consejos Para Personas Con Discapacidades Cubiertas Por Sistemas De Atención Médica Públicos O Privados En Delaware

Mensaje Del Comisionado De Seguros De Delaware, Karen Weldin Stewart

Esta guía tiene como objetivo responder a muchas de las interrogantes que enfrentan personas con discapacidades en relación a la cobertura de su seguro o plan de salud: desde lo que pueden esperar cuando se trata de contratar distintos tipos de seguros, hasta situaciones a las que pueden verse enfrentadas cuando buscan cobertura para tratamiento, o hasta cómo asegurar su equipo médico.

No podríamos haber producido esta guía sin la ayuda de un gran número de dedicados Delawareanos: Brian Hartman de la Sociedad de Asistencia Legal de la Comunidad; Kyle Hodges del Consejo Estatal para Personas con Discapacidades; Christine Long de la División de Servicios de Discapacidades de Desarrollo; Patricia Maichle del Consejo de Discapacidades de Desarrollo de Delaware; Rita Marocco de la Asociación Nacional para Personas con Enfermedades Mentales de Delaware; Wendy Strauss del Consejo Asesor del Gobernador para Ciudadanos con Necesidades Especiales; y Jamie Wolfe del DDDC y SCPD. Gracias a cada uno de ellos.



¿Cómo Es Su Cobertura?

Para qué beneficios califica, qué procesos debe seguir para obtenerlos e incluso de quién reciba ayuda, en caso de algún problema, depende del tipo de cobertura de salud que usted tenga. Las personas con discapacidad pueden quedar cubiertas bajo cualquiera de los siguientes programas o planes, o podrían quedar cubiertas por alguna combinación de ellos. Si está cubierto en más de una forma, es importante saber cuál es su plan principal y cuál es el secundario. Una póliza de empleador activo siempre es primordial sobre cualquier póliza estatal o federal.

- **Medicare:** El programa federal que ofrece cobertura de salud a personas de la tercera edad y a personas con discapacidades en el sistema de discapacidad del Seguro Social.
- **Plan de salud del empleador/privado/comercial:** Si su discapacidad está cubierta por una compañía de seguros privada, con una póliza obtenida a través de un empleador o mediante una póliza que usted haya contratado como individuo, cae en esta categoría.
- **Medicaid:** Un programa gubernamental federal que brinda beneficios de salud a adultos y niños con discapacidades que cumplen con las normas financieras.
- **Beneficios de los padres:** Para aquellas personas que nacieron con una discapacidad o la adquirieron antes de llegar a cierta edad, frecuentemente están cubiertas por el seguro de salud de sus padres contratado por un empleador privado.
- **Beneficios para veteranos militares:** Si la discapacidad fue adquirida durante el servicio militar,

probablemente está cubierto bajo beneficios para veteranos administrados por el Departamento Federal de Asuntos de Veteranos (VA).

- **Militar activo:** Los niños con discapacidades cuyos padres son militares activos están cubiertos por el plan de salud gubernamental federal para las fuerzas armadas denominado TRICARE.
- **Programas financiados por el estado:** Hay un gran número de programas financiados por el estado que pueden brindar alguna forma de asistencia o cubrir algunos servicios para personas con discapacidades. Para adultos, puede incluir el Programa de Asistencia de Farmacia de Delaware para costear los medicamentos de venta bajo receta médica. Para niños, el Programa para Niños Sanos de Delaware cubre los costos médicos para aquellos que cumplen con los requisitos de elegibilidad.
- **Compensación a trabajadores:** Administrada por el Ministerio del Trabajo de Delaware, cubre discapacidades por causas laborales.

Términos Que Se Deben Conocer

ADA – La Ley de 1990 para Estadounidenses con Discapacidades prohíbe la discriminación contra individuos con discapacidades en empleo, vivienda, educación y acceso a servicios públicos. El Ministerio Federal de Justicia y la Comisión de Igualdad de Oportunidades de Empleo se encargan de aplicar muchas de las disposiciones de la ADA.

Administrador de terceros – En algunos casos, se refiere a un asegurador que administra un plan autofinanciado (véase “ERISA”). En otras ocasiones, el término se refiere a una compañía contratada por una compañía aseguradora para que administre un conjunto específico de beneficios. Por ejemplo, muchas compañías aseguradoras usan un administrador de terceros para administrar beneficios de salud mental.

Asistencia de apoyo – Asistencia en actividades cotidianas, ya sea en un centro residencial de salud o en el hogar, incluyendo, pero sin limitarse a estos ítemes, la ayuda para caminar, bañarse, preparar comidas y supervisar el uso de medicamentos. La asistencia de apoyo normalmente no exige contar con un profesional médico entrenado.

Autorización previa – Corresponde al paso activo que el médico y/o profesional que prescribe la receta médica debe llevar a cabo para obtener la aprobación para medicamentos que no están aprobados para el paso 1 de la terapia escalonada o no se incluyen en una lista de medicamentos preferenciales (PDL) que la mayoría de los aseguradores han desarrollado. Los aseguradores también exigen una autorización previa con antelación a muchos procedimientos médicos.

Condición preexistente – Un problema de salud actual o pasado que debe ser declarado en las solicitudes de seguros de salud. El incumplimiento de la declaración de una condición preexistente podría ser la causa de cancelación de la póliza de seguro de parte de la compañía. Algunas pólizas de seguro pueden excluir alguna cobertura de una condición preexistente. Si un plan de seguro de salud no contiene dicha exclusión, la compañía debe cubrir su condición preexistente, aunque frecuentemente sea después de un período de afiliación o de un período de prueba en el empleo. La ley federal restringe la forma en que los aseguradores pueden prohibir la cobertura y tratamientos médicos o tratamientos para condiciones preexistentes.

Co-pago – Corresponde a un cobro o contribución previamente establecido para visita médica o servicio médico que el paciente es responsable de pagar, y una póliza de seguro o plan de cobertura médica que paga el resto. Por ejemplo, una visita a la consulta médica puede tener un co-pago para el paciente de \$10, una visita a un especialista de \$20, ingreso a una sala de urgencias de \$135, etc.

Cuidados intensivos – Tratamiento médico de corto plazo, generalmente en un hospital, para pacientes que sufran una enfermedad grave o lesión, o que se estén recuperando de una cirugía.

Cuidados intermedios – Cuidado institucional menos intensivo que el hospitalario en sus servicios médicos y de asistencia, pero que incluye procedimientos cuya administración requiere de la capacitación y habilidades de una Enfermera Registrada.

Elegibilidad dual – Alguien que cumple con las calificaciones tanto para Medicare como para Medicaid.

Equipo médico durable – Se puede usar equipo médico durable una y otra vez, se usa normalmente para objetivos médicos y generalmente no es útil para una persona que no esté enferma, lesionada o discapacitada. Los ejemplos incluyen bastones, muletas, andadores, sillas de rueda, camas de hospital, orinales, asientos especiales para inodoros y máquinas de asistencia respiratoria.

ERISA – Algunos planes de salud se conocen como “auto-financiados,” lo que significa que en vez de que una compañía de seguros asuma el riesgo y la posibilidad de perder dinero cuando se pagan los reclamos, la organización que brinda su cobertura está en riesgo. Una compañía puede administrar un plan autofinanciado (en dicha situación se denomina “administrador de terceros”), pero finalmente no es responsable de sus pérdidas, normas, procedimientos o decisiones. Los planes auto financiados fueron eximidos de la supervisión por parte del Ministerio de Seguros del estado de acuerdo a la Ley Federal de Seguridad de Ingresos de Jubilación para los Empleados, y entonces, a veces se conocen como planes ERISA.

Exención de Medicaid – La capacidad del estado de permitir que las personas se inscriban en programas de Medicaid bajo normas financieras más liberales y otras, y ofrecer un menú mejorado de servicios.

Fuera de la red – Se refiere a profesionales para tratamientos que no han firmado contratos de profesionales con la compañía aseguradora que brinda la cobertura para su cuidado. Generalmente, un abonado a un seguro pagará un costo mayor o será responsable del honorario total por ver a un profesional para el tratamiento fuera de la red.

Necesidad médica – Una norma que usan los aseguradores para determinar si un tratamiento designado o deseado está cubierto. La norma varía de compañía en compañía, pero frecuentemente consigna si un tratamiento está en conformidad con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica, adecuado para la enfermedad, lesión o dolencia del paciente, y no es simplemente para la conveniencia del paciente o médico.

Paridad – Beneficios y restricciones equivalentes en cobertura de seguro para servicios de salud mental y para otros servicios de salud. En Delaware, la ley estatal exige que la cobertura de seguros de salud para el tratamiento de discapacidades mentales sea igual al tratamiento de trastornos físicos.

PDL – Una lista de medicamentos preferenciales es aquella que contiene medicamentos de cualquier clase, desarrollada por el asegurador, de la cual el médico y/o profesional que prescribe la receta médica puede escoger al momento de decidir la terapia con el mejor medicamento para su condición diagnosticada, y por el cual pagará el asegurador.

Seguro médico a largo plazo – Una póliza de seguro contratada para pagar los costos en caso de necesitar servicios médicos a largo plazo. Dependiendo de la póliza, los servicios médicos a largo plazo pueden incluir cuidados en el hogar, cuidados paliativos en centros diarios para adultos, cuidados en casas de reposo o en asilos.

Tecnología asistiva – Corresponde a todo artículo, equipo, o sistema de productos, ya sea adquirido comercialmente o en existencia, modificado, o hecho a la medida, que se use para aumentar,

mantener o mejorar las capacidades funcionales de individuos con discapacidades. La tecnología asistiva incluye los siguientes ítemes, pero sin limitarse a ellos, sillas de ruedas, máquinas para lectura y dispositivos para ayudar a la capacidad de comprensión. En el área computacional, las tecnologías asistivas incluyen lectores de pantalla, amplificadores para pantallas, sintetizadores de voz, software de entrada de voz y más.

Terapia escalonada – Comprende el inicio del tratamiento con un medicamento menos costoso (paso 1) y se cambia, sólo si se necesita, a un tratamiento más costoso (paso 2). Cuando el asegurador lo considera apropiado, los medicamentos del paso 2 pueden ser autorizados si los del paso 1 no son efectivos para su condición. Los programas de recetas médicas de las terapias escalonadas están diseñados para ahorrar en costos médicos brindando, a la vez, medicamentos que han sido considerados históricamente efectivos por el asegurador.

Equipo A Asegurar

Equipo médico durable, como andadores, sillas de rueda, y camas de hospital, generalmente son cubiertas por pólizas de seguro sobre la vivienda en caso de que el equipo resulte dañado en un desastre o sea robado. Sin embargo puede haber límites de cobertura en la póliza de seguro sobre la vivienda – para asegurarse, confirme con su agente o compañía de seguros. Tal vez necesite un adicional a su póliza – denominado respaldo, póliza flotante o cláusula adicional – para asegurarse que su equipo esté cubierto por su valor total.

Si usted arrienda su casa, sólo estará cubierto por daño o robo de su propiedad – incluyendo el equipo médico durable – si ha contratado un seguro para arrendatario. Converse con un agente o compañía de seguros.

Desde el año 2004, la ley exige que todos los nuevos dispositivos de tecnología asistiva vendidos o arrendados a los consumidores de Delaware tengan una garantía de un año. Si un dispositivo está defectuoso, y si el consumidor intenta que le reparen el dispositivo, o si informa un período de 30 días acumulados con el dispositivo fuera de servicio, el fabricante debe cambiar el artículo o refinanciar el precio de compra según sean las instrucciones del consumidor.

Derechos Y Privacidad

Bajo una ley federal denominada HIPAA (Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos), usted tiene amplios derechos de mantener su información médica en privado. Éstas son algunas cosas que usted debiera saber:

- Si usted desea que los miembros de su familia puedan discutir su condición con médicos o revisar su estado mientras usted esté en algún procedimiento, les debe otorgar específicamente la autorización. Incluso usted puede restringir lo que pueden ver aquellos a quienes les ha otorgado el permiso. Por ejemplo, si usted desea que su familia sepa sólo su diagnóstico médico, pero no desea compartir sus causas o su historial médico.
- Usted tiene el derecho a negar la autorización HIPAA, o rescindir su autorización de cualquiera – incluyendo médicos o su compañía de seguros. Sin embargo, si usted niega a su compañía de seguros o plan médico el acceso a sus registros, ellos pueden rechazar la cobertura.
- Cuando usted firma una autorización HIPAA para un médico nuevo, especialista o compañía aseguradora, puede ponerle fecha de vencimiento, como por ejemplo 6 meses o un año, después de lo cual su permiso debe volver a ser solicitado.

¿Qué ítemes Están Cubiertos En Su Plan De Salud?

Es importante saber lo que está o no está cubierto bajo su plan de salud. Asegúrese de revisar los siguientes ítemes.

- Tecnología asistiva
- Co-pagos
- Límites en los beneficios
- Dental
- Suministros para diabéticos
- Visitas médicas
- Equipo médico durable
- Ingreso a salas de emergencias
- Audífonos
- Hospitalizaciones
- Cuidado en el hogar
- Cuidado a largo plazo
- Salud mental – tratamiento para pacientes internados y ambulatorios
- Abuso de sustancias prohibidas – tratamiento para pacientes internados y ambulatorios
- Fuera de la red – ¿Cuáles son los niveles de beneficios y los costos de su bolsillo?
- Medicamentos de venta bajo receta médica
- Servicios de rehabilitación
- Chequeos de rutina y controles preventivos
- Terapia
- Visión y anteojos

Consejos

- Lea y entienda su póliza antes de enfrentar algún tema médico. Si no entiende algún contenido de su póliza, comuníquese con su agente de seguros o compañía y pídale que se la expliquen.
- Mantenga registros de todas sus comunicaciones con compañías de seguros con respecto a sus beneficios, incluyendo los nombres de las personas con las que usted conversó telefónicamente y las fechas de sus conversaciones.
- Escriba todos sus reclamos y use correo certificado de modo que tenga un registro de que sus reclamos fueron recibidos y la fecha de ello.
- Mantenga su tarjeta de seguro médico en todo momento a la mano o recuerde siempre el nombre de su compañía, su número de identificación y número de cuenta.
- Mantenga una lista de medicamentos que usted no puede ingerir, porque tal vez un futuro médico desee recetarle el medicamento nuevamente.
- Mantenga una copia de su historial médico.
- En caso de tener algún problema con su compañía de seguros, hable con el personal de recursos humanos de su empleador, si corresponde. Ellos son a quienes les responde la compañía de seguros.
- Infórmese de cuál es su seguro principal y cuál es su seguro secundario.
- A su seguro/doctores se les exige que le entreguen información de la forma en que usted la pueda

entender, lo que incluye el sistema Braille, lenguaje de señas, tamaño de letra grande. Pida información relacionada a su historia clínica y a un posible tratamiento médico en la modalidad que usted lo necesite.

- Usted tiene derecho a toda la información de su hoja clínica y derecho a tener copias que hagan para usted en un centro médico. Le pueden cobrar hasta \$25 por copia, pero no le pueden cobrar por ver sus historias clínicas. Los padres tienen el derecho a ver las historias clínicas de sus hijos.

¿Necesita Ayuda?

La Oficina del Director de Seguros de Delaware está aquí para ayudarle en caso de dudas o problemas con respecto a la cobertura de su seguro o la compañía de seguros.

Las preguntas con respecto al seguro o reclamos sobre una compañía de seguros o agente de seguros se pueden hacer a la división de Servicios al Consumidor del Director vía telefónica, fax o por carta, por correo electrónico, o mediante un formulario de reclamos en línea:

1-800-282-8611 línea gratis en Delaware ó (302) 674-7310

(302) 739-6278 fax

**841 Silver Lake Blvd.
Dover, DE 19904**

Correo electrónico: consumer@deins.state.de.us

Sitio en Internet: www.state.de.us/inscom/complaint.shtml

Si los reclamos a la Oficina del Director de Seguros no le brindan una solución adecuada, puede tomar parte de un proceso formal denominado "arbitraje." En un arbitraje, usted entabla un reclamo formal contra una compañía, algo así como un litigio, pero en vez de un juez o jurado, el caso lo decide un experto independiente. El arbitraje es realizable sólo después que varios intentos por resolver el asunto informalmente hayan fallado y exigen el cobro de un honorario administrativo de \$75 por materias de seguros médicos. El arbitraje no se realiza para objetar negativas basadas en necesidad médica. Para obtener más información con respecto al proceso de arbitraje, comuníquese con la oficina del Director de Seguros al (302) 739-4251, o visite el sitio de Internet www.state.de.us/inscom/departments/consumer/consumerhp.shtml.

Si usted cree que alguien ha tratado de estafarle, por favor infórmelo a:

- Unidad de Fraudes Médicos del Procurador General – (302) 577-8505; o
- Equipo de Recuperación y Auditoría Médica de DHSS (investigaciones y recuperación de fraudes sociales) – (302) 255-9008 Condado de New Castle o (302) 424-7100 Kent y Sussex.

Otros Recursos Para Personas Con Discapacidades

Servicios Médicos y Sociales de Delaware – Una gran variedad de servicios estatales para personas con discapacidades. Llame a la Línea de Ayuda de Delaware al 1-800-464-HELP(4357) o visite el sitio de Internet www.dhss.delaware.gov.

Ministerio del Trabajo – Maneja la compensación y rehabilitación vocacional de los trabajadores. Visite el sitio de Internet www.delawareworks.com o llame a uno de los siguientes números telefónicos TTY/de voz: (302) 761-8300 en Wilmington; (302) 368-6980 en Newark; (302) 326-8930 en New Castle; (302) 378-5779 en Middletown; (302) 739-5478 en Dover; o (302) 856-5730 en Georgetown.

Asuntos de Veteranos – Para preguntas sobre beneficios de salud para veteranos militares, llame al 1-877-222-8387 o TDD 1-800-829-4833. El número para el Centro Médico de VA ubicado en Elsmere es (302) 994-2511. El sitio en Internet de VA es www.va.gov.

Seguro Social – Para preguntas sobre beneficios por discapacidad, llame al 1-800-772-1213 o visite el sitio de Internet www.ssa.gov. TTY: 1-800-325-0778.

Centro para Servicios Medicare y Medicaid – Las preguntas sobre los beneficios de Medicare y Medicaid se pueden hacer a la cámara de compensación nacional al 1-877-267-2323 o en Internet en www.cms.hhs.gov. TTY: 1-866-226-1819

El Comisionado De Seguros Karen Weldin Stewart también ha publicado pautas generales para contratar seguros para automóviles, vivienda y de vida. Estos se encuentran disponibles en línea en www.state.de.us/inscom o llamando al 1-800-282-8611.