

# Para consumidores que estén considerando planes de salud de corto plazo...

Nuevas reglas publicadas por la administración Trump este año pueden ayudar a promover la venta de planes de salud de corto plazo, que generalmente tienen primas más bajas comparado con los planes que cumplen con la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA).

Todos los planes de salud de corto plazo deben incluir un aviso prominente a los consumidores para que "verifiquen su póliza cuidadosamente, para asegurarse de estar al tanto de cualquier exclusión o limitación con respecto a la cobertura de condiciones preexistentes o beneficios de salud..." Los planes de corto plazo son diferentes a los que cumplen con ACA en varios aspectos importantes. Esta hoja informativa identifica las características de los planes de salud de corto plazo que los consumidores pueden querer revisar cuidadosamente.

## Elegibilidad en base al estado de salud

Excepto en estados que prohíben su venta<sup>1</sup>, los planes de seguros de salud de corto plazo tienen un proceso para conocer su estado de salud (el término en inglés es "medical underwritten"). Eso significa que los consumidores pueden, y probablemente sean, rechazados si tienen condiciones de salud preexistentes. En las solicitudes de planes de corto plazo habrá preguntas sobre la salud, por ejemplo, si la solicitante está embarazada o planea quedar embarazada, o si la persona ha sido diagnosticada o tratada por cáncer, hepatitis, trastornos de salud mental o abuso de sustancias, VIH/SIDA u otras condiciones. Es muy probable que las aseguradoras se nieguen a vender planes de corto plazo a las personas que respondan "sí" a cualquiera de esas preguntas.

## Duración de la cobertura y "renovabilidad"

Bajo las nuevas reglas, los planes de corto plazo pueden brindar cobertura hasta 364 días. También se están vendiendo planes que duran 3 o 6 meses. Al final del período de la póliza, la cobertura termina. Pero ahora, algunos planes pueden incluir una opción para extender o renovar la cobertura cuando el plan termine. Sin embargo, le corresponde a la aseguradora decidir. Las personas que compran un plan de corto plazo y luego se enferman probablemente no podrán extender o renovar su cobertura.

**Es importante destacar que la pérdida de cobertura bajo un plan de corto plazo durante el año no vuelve a las personas elegibles para un período de inscripción especial (SEP) para cambiar a un plan del mercado que cumpla con ACA.** Tendrán que esperar hasta el próximo Período de Inscripción Abierta para comprar un plan que no pueda rechazarlos.

## Límites en los beneficios cubiertos

Los planes de corto plazo generalmente cubren beneficios médicos importantes, aunque a menudo se aplican límites. Por ejemplo:

- **Límites en las visitas médicas cubiertas.** Revise el plan de corto plazo para ver si limita el número de visitas cubiertas al doctor, por ejemplo, a no más de 3.
- **Límites de dólares en beneficios cubiertos.** Verifique si se aplican límites en dólares para beneficios cubiertos específicos, como por ejemplo \$1,000 por día en el hospital. Si un plan aplica límites de dólares, los cargos reales por encima del límite no se cubrirán. (Por ejemplo, según [cuidadodesalud.gov](http://cuidadodesalud.gov), el costo promedio de una estadía en el hospital de 3 días es de alrededor de \$30,000). Prácticamente todos los

planes de corto plazo aplican un tope general en dólares a todos los beneficios cubiertos que van, por ejemplo, desde \$100,000 a \$2 millones.

- **Límites en la cobertura de medicamentos recetados.** Si los medicamentos recetados están cubiertos, verifique si se aplican otros límites, por ejemplo, si están cubiertos solo durante una internación hospitalaria. Es posible que algunos planes de corto plazo no cubran los medicamentos, pero en su lugar ofrezcan una tarjeta de descuento para medicamentos. Una tarjeta de descuento no es lo mismo que la cobertura del seguro: el paciente tendrá que pagar el precio completo después del descuento, sin ningún reembolso por parte de la aseguradora.
- **Beneficios excluidos.** Lea cuidadosamente la información sobre lo que la póliza excluye. Los planes de corto plazo no cubren cuidado de maternidad, y muchos no cubren el tratamiento de las adicciones y servicios de salud mental.

**Los planes de corto plazo excluyen a las condiciones preexistentes.** Si realiza un reclamo bajo un plan de corto plazo, la aseguradora puede investigar si su condición existía antes de comprar la póliza. Las condiciones se considerarán preexistentes si recibió tratamiento antes de inscribirse en el plan. Según el plan y las leyes del estado en el que vive, la aseguradora también puede negarse a cubrir una condición que existía, incluso si no había sido diagnosticada, antes de que comprara la póliza (por ejemplo un cáncer que estaba desarrollándose). Algunos planes de corto plazo ofrecen una cobertura limitada para ciertas afecciones preexistentes, como alergias, si usted es lo suficientemente saludable como para comprar el plan.

## Costos compartidos para beneficios cubiertos

La mayoría de los planes de corto plazo tienen un límite de gastos de bolsillo para los costos compartidos. En los planes que cumplen con ACA, éste cubre lo que los consumidores pagan en un año para todos los tipos de costos compartidos: deducibles, copagos y coseguros. Para 2019, ese límite es de \$7,900 anuales para una sola persona. Sin embargo, en un plan de corto plazo, el límite podría no incluir el deducible y los copagos. Además, los límites de costos compartidos se restablecen al final del plazo de la póliza si se renueva la cobertura o si se compra un nuevo plan de corto plazo.

## Redes de proveedores

Asegúrese de verificar si el plan de corto plazo ofrece una red de proveedores. Si es así, tendrá que buscar atención dentro de la red para estar cubierto (o, en el caso de los planes "PPO", para obtener el nivel más alto de cobertura). Algunos planes de corto plazo se describen como pólizas de "indemnización". Eso significa que la aseguradora no limita la cobertura a una red de médicos y hospitales. También significa que la aseguradora no ha negociado ningún límite sobre lo que los médicos y hospitales pueden cobrarle. Un plan de indemnización le reembolsará hasta un monto que la aseguradora permita, y usted será responsable de la diferencia entre ese monto y el monto real facturado. Esta diferencia se llama "facturación de saldo" y puede ser muy costosa.

## Otras diferencias con los planes que cumplen con ACA

Los planes de corto plazo no pueden venderse en [cuidadodesalud.gov](http://cuidadodesalud.gov) ni en los sitios de internet de los mercados de seguros de salud estatales. Los consumidores elegibles para subsidios en el mercado de seguros no pueden usarlos para comprar planes de corto plazo.

---

<sup>1</sup> Hasta ahora, California, Hawaii, Massachusetts, New Jersey, New York, y Oregon prohíben la venta de planes de salud de corto plazo, que carecen de protecciones para las personas con condiciones preexistentes.