



Atención al comprador: Planes de salud de duración limitada a corto plazo para 2021

En 2018 se publicaron nuevas reglas federales para los planes de salud a corto plazo de duración limitada (planes de salud a corto plazo o planes a corto plazo). Los consumidores deben saber qué cubren y qué no cubren estos planes antes de comprar uno. La opción básica al considerar cualquier plan de seguro de salud es primas mensuales más bajas, menos cobertura y costos de bolsillo más altos en el consultorio del médico y en el hospital frente a primas mensuales más altas, más cobertura y costos de bolsillo más bajos en el consultorio del médico y en hospital.

Los planes con primas más bajas pueden parecer atractivos, pero es posible que no le ahorren dinero a largo plazo, o incluso no cubran los servicios básicos que necesita.

¿Qué es un plan de salud de duración limitada a corto plazo?

- Los planes a corto plazo se han comercializado tradicionalmente para personas que experimentan brechas temporales en la cobertura. A menudo tienen primas mucho más bajas que los planes que cumplen con la Ley del Cuidado de Salud Asequible (ACA), a menudo un 20% o menos que el plan bronce de menor costo disponible a través del Marketplace de ACA.
- ***Son menos costosos porque la cobertura es mucho más limitada;*** es posible que no cubran tratamientos con medicamentos recetados, visitas a especialistas, estancias para pacientes hospitalizados, tratamientos por abuso de sustancias o atención de maternidad.
- ***Los planes a corto plazo casi siempre tienen límites sustanciales en los beneficios.*** Si tiene una enfermedad o accidente grave, podría alcanzar ese límite muy rápidamente y tener que pagar enormes facturas médicas de su bolsillo. Piense si puede o no pagar esos costos.
- ***No es necesario que los planes a corto plazo cubran a todos.*** Si tiene una afección preexistente, es posible que no pueda comprar un plan a corto plazo o que los planes de salud le cobren más.
- Según las reglas federales, los planes de salud a corto plazo pueden durar hasta 12 meses y pueden renovarse por un período máximo de 36 meses. Sin embargo, varios estados han implementado reglas adicionales que limitan el período de tiempo que se pueden usar estos planes.
- Al final del período de cobertura, cuando los consumidores compran un segundo plan a corto plazo, se trata de un nuevo plan, no una renovación del primer plan. Las afecciones médicas por las que recibió atención en el primer plan pueden considerarse preexistentes en el segundo plan, y esos tratamientos no estarán cubiertos.

Una afección preexistente se puede definir como una situación en la que tuvo síntomas durante los cinco años anteriores que harían que una persona razonable buscara un diagnóstico, atención o tratamiento, independientemente de si realmente recibió atención. Por ejemplo, digamos que ahora tiene tos, pero no va al médico. Más tarde, cuando tenga un plan a corto plazo, se le diagnostica asma. No se cubrirán los costos asociados con el asma, desde el diagnóstico hasta el tratamiento, incluidos los medicamentos, aunque usted no supiera que lo tenía.



¿Cómo decido si un plan a corto plazo es la opción correcta?

Para un grupo pequeño de personas en circunstancias muy específicas, un plan a corto plazo podría ser una opción razonable durante un período de transición, como entre trabajos cuando ya tiene su próximo puesto alineado. Considere cuidadosamente si está financieramente preparado para apostar a que no se enfermará ni lesionará gravemente durante la cobertura del plan a corto plazo. Las preguntas a considerar incluyen:

1. ¿Tiene una afección preexistente?

Si tiene una afección preexistente, un plan a corto plazo puede negarle la cobertura, cobrarle una prima más alta debido a esa afección o excluir completamente esa afección de la cobertura. Es posible que las primas mensuales más bajas de un plan a corto plazo no lo ayuden a ahorrar dinero porque es posible que pague más de su bolsillo por todas las cosas que el plan no cubre.

2. ¿Con qué frecuencia necesita atención usted o su familia?

Nadie puede predecir el futuro, pero sus visitas médicas y facturas anteriores son un lugar para comenzar. Le darán una idea de los servicios médicos que podría necesitar en el futuro. Además, si sabe de algo que pueda afectar su salud, asegúrese de considerarlo también. Lo importante es llegar a un aproximado de las necesidades esperadas. Incluso si solo espera una cantidad moderada de atención de la salud necesaria durante el próximo año, un plan a corto plazo podría dejarlo responsable de la mayoría de sus facturas médicas. Y recuerde, si ha recibido tratamiento previamente por una enfermedad o accidente, cualquier tratamiento relacionado con esa enfermedad o accidente probablemente no esté cubierto en absoluto.

Muchos planes a corto plazo no tienen una red de médicos u hospitales (proveedores) contratados. Aunque esto significa que puede elegir cualquier proveedor que desee, también significa que pagará significativamente más por el tratamiento que necesita.

3. ¿Cuáles son los beneficios de rutina que necesita en un plan?

Los beneficios de rutina son las cosas que van a surgir, ya sea que las haya planeado o no, como la atención preventiva y de bienestar (controles anuales, análisis de laboratorio y vacunas), recetas, y atención de maternidad y de recién nacidos. Cuando se habla de planes que cumplen con la ACA, a menudo se les llama beneficios de salud esenciales y deben estar cubiertos. Los planes a corto plazo no tienen que cubrir estos beneficios comunes.

4. ¿Los medicamentos recetados son fundamentales para usted? ¿Toma medicamentos de mantenimiento con regularidad para afecciones como asma, EPOC u otras afecciones crónicas? ¿Espera someterse a algún tipo de procedimiento médico en el próximo año para el cual los medicamentos recetados serían parte del proceso de recuperación, como analgésicos o antibióticos?



Completar recetas es la forma más común de interacción que las personas tienen con su seguro de salud, por lo que tiene sentido comprender cómo funciona la cobertura de recetas para cualquier plan que esté considerando. Es mejor ver cómo cubre el plan las recetas en general, además de saber cómo se cubrirían sus medicamentos recetados específicos.

No es necesario que los medicamentos recetados estén cubiertos por planes a corto plazo. Tampoco están obligados a cubrir tratamientos para afecciones preeexistentes, que, para muchos, pueden incluir recetas. Si las recetas son importantes para usted o su familia, un plan a corto plazo podría ser insuficiente para su cobertura.

Los consumidores también deben verificar la asistencia financiera para la cobertura integral para la que podrían calificar en www.cuidadodesalud.gov antes de tomar cualquier decisión.

Fuentes:

Colorado Department of Regulatory Agencies Division of Insurance:

<https://www.colorado.gov/pacific/dora/short-term-health-plans>

Kaiser Family Foundation: www.kff.org

Commonwealth Fund: <https://www.commonwealthfund.org/blog/2017/new-executive-order-expanding-access-short-term-health-plans-bad-consumers-and-individual>