

Tipos de planes de seguro médico

- [Planes de atención médica administrada](#)
- [Planes de pago por servicio](#)
- [Otros tipos de cobertura de salud](#)

Existen muchos tipos de planes de seguro médico:

- Planes de atención médica administrada: organizaciones de mantenimiento de salud (HMOs), planes de punto de servicio (POS), planes de proveedores preferidos (PPOs)
- [Planes de pago por servicio](#)¹
- [Cobertura para enfermedades catastróficas](#)²
- Cuentas de ahorros para gastos médicos
- Pólizas de indemnización médica
- Seguro contra el cáncer y otros seguros suplementarios

Todos estos planes requieren que usted pague una cuota mensual, referida como la **prima**. La mayoría también requiere que pague ya sea una cuota fija para las consultas con el médico y otros servicios (lo cual se conoce como el copago), o un porcentaje del costo (referido como el **coaseguro**). Algunos servicios requieren que usted pague un copago y un coaseguro. Cada año, la mayoría de las personas también paga cierta cantidad de los costos de su atención médica (conocida como el **deducible**) antes de que su seguro comience a cubrir sus gastos médicos. Una vez haya cubierto el deducible, su seguro pagará un porcentaje establecido de las facturas de su atención médica durante el resto del año.

Deducible: la cantidad que usted debe pagar cada año por los servicios de salud antes de que el plan médico pague por algo.

Copagos: la cantidad que usted debe pagar al momento de acudir por un servicio, comúnmente una tarifa fija cada vez que visita al médico o recibe otros servicios. A veces se confunden con el **coaseguro**, pero no son lo mismo.

Coaseguro: un porcentaje de cada factura médica que usted debe pagar, incluso tras haber pagado la cantidad deducible anual.

Si su médico acepta su plan médico, a menudo la oficina enviará la factura a la aseguradora, y luego le enviaría una factura a usted por la cantidad que su seguro de salud no cubra. De no ser así, puede que tenga que pagar sus facturas médicas y luego completar los formatos y enviarlos a la compañía de seguros para que le rembolsen los gastos de atención médica.

Usted tiene que mantener un registro de sus propios gastos médicos y los pagos que realizan usted y su compañía de seguro. Estos registros pueden serle de gran ayuda en caso de que se realice una disputa sobre sus pagos o algún otro problema en el futuro. Para más información, consulte [Guarde copias de los informes médicos importantes](#)³.

Los planes de salud se explican brevemente a continuación. A pesar de que vamos a describir los tipos de planes de salud que usted puede encontrar en el sector privado (planes provistos por empleadores y planes de seguro individuales), muchos de los planes patrocinados por el gobierno utilizan algunos de los mismos enfoques y términos que los planes privados. Puede obtener más información sobre [planes de salud financiados por el gobierno](#)⁴, como Medicare, Medicaid y CHIP.

Es importante saber que algunos planes de salud podrían no cubrir todas sus necesidades de atención médica. A continuación se mencionan algunas cosas a considerar al momento de seleccionar un plan:

- Verifique que el plan esté clasificado como un [Plan de Salud Calificado](#)⁵.
- Confirme que sus médicos, especialistas y farmacias formen parte de la nueva red de proveedores. En caso de no ser así, compruebe los costos por servicios de proveedores fuera de la red.
- Confirme que sus medicamentos actuales estén cubiertos en el formulario de fármacos del plan.
- Revise todos los servicios de atención médica cubiertos por el plan, así como los **servicios excluidos y de cobertura limitada**.

Cada plan de salud es distinto, pero algunos de los servicios comúnmente excluidos y de cobertura limitada incluyen: terapias no probadas y experimentales contra el cáncer,

acupuntura, medicamentos homeopáticos o herbáceos, atención de largo plazo, enfermería privada, medicamentos o servicios que no sean recetados, equipo y productos que puede que *no sean médicamente necesarios* para su atención médica.

Los estafas de seguro de salud están en todas partes

Esté bien alerta de las [estafas de seguro de salud](#)⁶ (anuncios o agentes que ofrezcan tarjetas médicas de descuento, o seguros médicos “auspiciados por el gobierno” y por lo tanto de muy bajo costo). También hay “especialistas en seguros” o “agentes del gobierno” que llaman y preguntan por datos personales o información de crédito y bancaria. Estos estafadores operan por Internet, por teléfono y puerta por puerta.

Planes de atención médica administrada

Estos tipos de planes típicamente coordinan o administran la atención médica de los inscritos. Hay varios tipos de planes de atención médica administrada. algunos planes, como las organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés), tienen una red de proveedores y hospitales más limitada, mientras que otros modelos, como las organizaciones de proveedores preferidos (PPO) tienen una red de proveedores más amplia.

No solamente las compañías de seguro médico, sino que muchos tipos diversos de instituciones y agencias también patrocinan los planes de atención médica administrada. Entre ellas se incluye empleadores, hospitales, sindicatos, grupos de consumidores y el gobierno, entre otros. Es útil saber los detalles del plan y cómo afectan en su atención médica. Los tipos más comunes de planes de atención médica administrada son:

- Organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO)
- Planes de punto de servicio
- Planes de proveedores preferidos

La mayoría de los planes de atención médica administrada tiene primas, copagos y/o coaseguros más bajos que los seguros de pago por servicio tradicionales. Los montos de primas, copagos y coaseguros pueden variar entre las compañías de atención médica administrada, e incluso entre los diversos servicios dentro de una misma compañía. Por lo general no se requiere tramitar formatos de reclamación.

Algunos planes de atención médica administrada requieren que sus afiliados usen un proveedor de atención médica primaria que coordina toda la atención de un paciente y

tiene la función de canalizar la atención hacia otros especialistas. Este médico que canaliza por lo general es un doctor de atención primaria responsable de la atención médica general del paciente, y es quien se encarga de organizar y aprobar los tratamientos médicos, pruebas, remisiones a especialistas y hospitalizaciones. Por ejemplo, si requiere consultar con un médico especializado en los pulmones, deberá ser referido por su médico de atención primaria antes de que el especialista pueda atenderle. De lo contrario, su plan podría no pagar por el servicio.

En la mayoría de los planes, los afiliados deberán hacer uso solamente de los servicios de ciertos proveedores e instituciones de atención médica con quienes tienen convenios. Puede que estos planes requieran que los afiliados deban optar por proveedores de una lista o una red de proveedores en particular. Cuando opta por recibir la atención de un proveedor fuera de la red, por lo general usted paga más, o incluso paga el total de la factura sin ayuda de su plan médico. Algunos de estos planes requerirán que pague al menos parte del costo por consultar a alguien fuera de la red en caso de conseguir la aprobación del plan antes de incurrir en la consulta o el servicio (referido también como [preautorización](#)⁷).

Organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMOs)

El plan HMO generalmente cubrirá la mayoría de los gastos después de su copago y usted paga su deducible. A menudo, los planes HMO limitan su selección de proveedores de atención médica a los aprobados en la red de proveedores. Esto quiere decir que usted debe revisar el listado para asegurarse que el médico que quiera consultar es uno de los médicos dentro de esta red. De lo contrario, puede que la factura no sea cubierta en parte o en su totalidad.

Planes de punto de servicio (POS)

Un plan POS es un tipo de HMO. Los médicos de atención primaria en un plan POS por lo general remiten los casos a otros médicos del plan o red de atención médica. Si su médico le remite a un médico que no forma parte del plan (fuera de la red), antes de acudir a éste, deberá verificar si el plan cubrirá parcial o completamente la factura. Pero si usted escoge un médico fuera de la red, usted deberá pagar un coaseguro, incluso si el servicio está cubierto por el plan.

Organizaciones de proveedor preferido (PPO)

Un plan PPO es un híbrido de un plan tradicional de pago-por-servicio (descrito a continuación) y un plan HMO. Al igual que un plan HMO, usted cuenta con cierto número de médicos y hospitales a los que puede acudir para obtener el costo

compartido más bajo. Al usar los servicios de dichos médicos (a veces referidos como **proveedores de preferencia** o **proveedores de la red**), la mayor parte de sus facturas están cubiertas. Usted tendrá que pagar más dinero cuando seleccione proveedores de atención médica que no formen parte de la red.

Acudir por atención médica fuera de la red

Algunas veces usted tendrá que acudir a un centro de atención externo a la red para recibir atención médica. Puede costar más, pero usted puede reducir sus costos si habla sobre este asunto con su administrador del plan de salud, ya que a veces pagan más si se entiende que esto es necesario. Contacte su aseguradora para saber qué pagará y cuánto tendrá usted que pagar, o si requiere de conseguir una autorización previa para obtener atención fuera de la red de proveedores.

Usted también puede negociar los costos por adelantado con sus médicos, clínicas, y hospitales al momento de planear cirugías, procedimientos u otros tratamientos. Usted puede utilizar la información que obtiene de su plan médico para saber si el centro de atención médica (hospital, clínica, consultorio médico, etc.) está dispuesto a aceptar la cantidad pagada por el seguro como pago total. De no ser así, pregunte si están dispuestos a descontar la parte que le han pedido que pague.

También puede apelar la decisión de su plan si no están de acuerdo con cubrir la atención fuera de la red. Consulte [Qué hacer si su plan médico deniega su reclamación.](#)⁸

Planes de pago por servicio

Los planes de pago por servicio son los que presentan menos restricciones y ofrecen la gama más amplia de proveedores de atención médica. También se les conoce como planes de salud **tradicionales**. Si tiene este tipo de seguro médico, usted puede consultar cualquier médico u hospital que acepte su plan médico particular y cambiar de médicos en cualquier momento.

Otros tipos de cobertura de salud

Algunas otras clases de seguro sugieren que pagan por hospitalización y gastos médicos mayores, pero estas afirmaciones pueden ser engañosas ya que no se revela toda la información. Usted necesitará averiguar más para tomar una decisión basada en información.

Cobertura para enfermedades catastróficas

El tratamiento y manejo de la mayoría de los casos de cáncer cuesta mucho dinero. Algunos planes médicos ofrecen una cobertura complementaria llamada **cobertura catastrófica**. **Estos planes NO cubren los gastos médicos rutinarios, pero puede que solo ayuden a cubrir los casos más graves de salud, como una enfermedad o lesión grave.** Estos a menudo parecen atractivos porque tienen primas bastante bajas. Es importante saber que estos planes generalmente tienen deducibles altos y los gastos médicos rutinarios son responsabilidad del paciente (a menos que también tenga otro tipo de cobertura junto con la cobertura catastrófica).

Un ejemplo es un seguro que cubre enfermedad catastrófica que se conoce como un **plan solo hospitalario**. **Por lo general, este plan no ofrece cobertura por consultas con el médico, medicamentos ni atención médica de rutina, y solo comienza a cubrir cuando surge una hospitalización y gastos muy elevados.** Dependiendo de la póliza, se espera que usted pague unos cuantos miles de dólares (USD) solo por el deducible y cierto porcentaje del coaseguro sobre el resto de la factura. Además deberá pagar por el costo total de cualquier artículo y servicio que no cubra el plan.

Aun cuando algunas veces se les llama solo para hospital, los planes no cubrirán necesariamente toda o incluso la mayor parte de su factura de hospital. Resulta importante comprender exactamente lo que cubrirá el plan y no depender del plan para enfermedades catastróficas como cobertura de salud.

Los planes de cobertura para enfermedades catastróficas se pueden ofrecer en algunos [mercados de seguros médicos estatales](#)⁹ para personas de bajos ingresos o que están exentas de tener una cobertura de salud estándar. Las personas con esta exención a causa de condiciones de vida difíciles no tienen que pagar una penalización al momento de rendir la declaración de impuestos. Sin embargo, una persona que solicite que se le exima de la compra de un plan médico regular no puede recibir asistencia para pagar las primas de la cobertura para enfermedades catastróficas, aun cuando el ingreso sea muy bajo. Aun así, los planes de cobertura para enfermedades catastróficas en los mercados de seguros médicos tienen ventajas sobre los que no se adquieren en estos mercados. Los planes catastróficos vendidos en el mercado de seguros médicos tienen que cubrir tres visitas anuales al médico y beneficios preventivos.

Si tiene un plan de cobertura para enfermedades catastróficas y padece una enfermedad que conlleva muchos gastos como el cáncer, usted puede llegar a pagar de su bolsillo un alto deducible y hasta 40% de sus cuentas de hospital. La mayoría de los planes catastróficos tienen un límite de desembolso, pero los servicios que el plan no cubre no cuentan para ese límite. Por ejemplo, los planes catastróficos normalmente

no cubren medicamentos recetados, lo que puede ser costoso al considerar que algunos de los medicamentos más recientes del tratamiento contra el cáncer cuestan más de \$100,000 (USD) por año.

Además, los planes catastróficos pueden terminar costando más que el límite de desembolso si la persona recibe atención fuera de la red. Si usted opta por dicho plan, vea si los medicamentos recetados están cubiertos, pregunte por los costos que conlleva los servicios fuera de la red, y vea si cualquiera de estos gastos se incluirá en del límite de desembolso.

Cuenta de ahorros para gastos médicos, planes de reembolso para gastos médicos, y más

Si usted se ha afiliado o contempla afiliarse a un plan de seguro que tiene un deducible alto, como un plan para enfermedades catastróficas, puede que quiera abrir una cuenta de ahorros para gastos médicos (*Health Savings Account*, [HSA]). Usted no tiene que pagar impuestos federales por las contribuciones que haga a la cuenta si el dinero se usa para pagar por gastos médicos elegibles. Si usa el dinero para cubrir cualquier otro gasto, se le requerirá que pague el impuesto que aplique, así como una penalización.

Una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) es diferente de una cuenta de gastos flexible (*Flexible Spending Account*, FSA). Por ejemplo, usted puede tener una FSA incluso si no tiene un plan de salud con deducible alto. Los fondos de una FSA se pueden establecer para pagar gastos médicos o para gastos correspondientes al cuidado de un dependiente. Usted tendrá que utilizar el monto completo para el final del año (“o lo usa, o lo pierde”). En una cuenta HSA, sin embargo, el dinero sigue siendo suyo. Para más información sobre cómo abrir una cuenta HSA, usted puede ponerse en contacto con su empleador, banco o cooperativa de crédito.

También hay un plan de reembolso (*Health Reimbursement Arrangement*, HRA) financiado por el empleador que consiste en un beneficio especial que paga los gastos médicos que no cubre el plan de salud, tales como deducibles y coaseguro. Sin embargo, es el empleador el que provee el dinero y el que decide cuáles gastos pagar. El empleador decide también si cualquier dinero sobrante en una HRA se puede trasladar al próximo año. Además, usted pierde el dinero si deja la empresa.

Pólizas de indemnización de hospital, seguro contra el cáncer y otro seguro suplementario o relacionado con la salud

Las pólizas de indemnización de hospital, referidas a veces como **pólizas complementarias de atención médica**, pagan una cantidad fija por cada día que

usted se encuentre internado en un hospital. Puede que haya un límite en el número total de días de hospitalización que serán pagados en un año calendario, o un tope en el número de días que serán cubiertos. El dinero que usted recibe por este tipo de póliza se puede usar de acuerdo con los deseos de la persona asegurada. Por lo general se usa para los costos de atención médica que no estén cubiertos por el plan médico, o para otros gastos que las familias afrontan cuando enferma uno de los familiares.

Estos planes suplementarios no ofrecen el tipo de cobertura necesaria para una enfermedad como el cáncer. Por lo tanto, si esta es su única forma de cobertura, usted también pagará una cantidad de dinero considerable en efectivo si se le diagnostica una enfermedad grave.

Pólizas de seguro de enfermedad crítica y cáncer

Existen otros tipos de pólizas que ofrecen dinero adicional en caso de ciertos tipos de problemas en su salud, como cáncer, derrame cerebrovascular o si sufre un accidente. Por lo general cubren una parte de los gastos que su seguro médico regular no cubre, como deducible y coaseguro. Otros solo ofrecen una cantidad fija de dinero de surgir el diagnóstico. Estas pólizas no pueden adquirirse tras el evento o diagnóstico, y generalmente conllevan limitaciones y periodos de espera. Resulta importante comprender exactamente lo que cubrirá el plan y no depender de este tipo de póliza para enfermedades catastróficas como cobertura de salud. Estas pólizas NO cubren la mayoría de los servicios de atención médica que un paciente necesita.

Seguro de cuidado a largo plazo

Este tipo de seguro **NO es de atención médica en sí**, pero ayuda a cubrir la atención de duración prolongada, ya sea médica o no médica, para personas que requieren de ayuda para llevar a cabo sus actividades cotidianas como comer, vestirse, caminar, ir al baño o bañarse. Los familiares no remunerados a menudo proporcionan este tipo de cuidado en el hogar, pero esa opción no está disponible para todo el mundo. Los servicios de larga duración podrían ofrecerse en casa por personal remunerado, o en hogares comunitarios, en residencias con asistencia o en asilos.

Los términos de las pólizas de seguro de larga duración varían. Por ejemplo, la mayoría de las pólizas no comienzan a realizar el pago por el servicio hasta que hayan transcurrido más de 90 días tras surgida la necesidad, pero algunas entran en vigor incluso hasta transcurrido un año. La atención médica en el hogar puede que quede cubierta por separado o que no esté cubierta en lo absoluto por ciertas pólizas. El seguro de atención de largo plazo puede ser demasiado costoso. Medicare y la

mayoría de los planes de seguro de atención médica no cubren el costo de la atención de larga duración. Algunos estados cubren la atención de largo plazo a través de Medicaid para personas que califican para este programa y que cumplen con otros requisitos del estado en el que viven.

Puede obtener más información sobre los tipos de planes de seguro médico en healthcare.gov¹⁰.

Además puede referirse a la pestaña sobre recursos adicionales en la parte inferior de la página para las organizaciones que pueden darle más información sobre sus opciones de seguro de salud.

Hyperlinks

1. www.healthcare.gov/glossary/fee-for-service/
2. www.healthcare.gov/glossary/catastrophic-health-plan/
3. www.cancer.org/es/cancer/supervivencia/preocupaciones-de-salud-a-largo-plazo/guarde-copias-de-los-informes-medicos-importantes.html
4. www.cancer.org/es/cancer/asuntos-financieros-y-cobertura/compreension-del-seguro-medico/programas-financiados-por-el-gobierno.html
5. www.healthcare.gov/glossary/qualified-health-plan/
6. www.cancer.org/es/cancer/asuntos-financieros-y-cobertura/compreension-del-seguro-medico/estafas-alrededor-de-los-seguros-medicos.html
7. www.cancer.org/es/cancer/asuntos-financieros-y-cobertura/manejo-del-seguro-medico/obtencion-de-una-pre-aprobacion-o-pre-autorizacion-medica.html
8. www.cancer.org/es/cancer/asuntos-financieros-y-cobertura/manejo-del-seguro-medico/si-su-reclamacion-de-seguro-medico-es-denegada.html
9. www.cancer.org/es/cancer/asuntos-financieros-y-cobertura/compreension-del-seguro-medico/opciones-de-seguros-privados.html
10. www.healthcare.gov/fees/plans-that-count-as-coverage/

Recursos adicionales

Junto con la Sociedad Americana Contra El Cáncer, las siguientes organizaciones también cuentan con información y recursos (información disponible en inglés):

US Department of Health and Human Services, State Health Marketplaces & more

Toll-free number: 1-800-318-2596 (also in Spanish) TTY: 1-855-889-4325
Website: www.healthcare.gov

- Provides information on the new insurance law, takes you through the steps of finding insurance, and much more. If you don't have Internet access, the phone number will help you connect with your state's Marketplace to sign up for a plan. You can learn about **hardship exemptions** (which allow some people to avoid the penalty for not having health insurance) at <https://www.healthcare.gov/fees-exemptions/exemptions-from-the-fee/#hardshipexemptions>

US Department of Health and Human Services

- **Medicaid** Toll-free number: 1-877-696-6775
Website: www.medicaid.gov/index.html | **Medicare** Toll-free number: 1-800-633-4227 TTY: 1-877-486-2048 Website: www.medicare.gov Your state social service or human service agency can give you the best answers to questions about your benefits, eligibility, and fraud. To get to your state's Medicaid website, go to ¹¹www.medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-State/By-State.html ¹²Answers questions, provides literature, and gives referrals to state Medicare offices and local HMO's with Medicare contracts.

Department of Veterans Affairs Toll-free number: 1-800-827-1000
Website: www.va.gov

- For information on Veteran's medical benefits and whether you qualify for them
Toll-free number: 1-877-222-8387
Website: www.va.gov/healthbenefits/apply/veterans.asp

**Inclusion on these lists does not imply endorsement by the American Cancer Society.*

Referencias

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). *Find health and drug plans*. Accessed at www.medicaid.gov/index.html and www.medicare.gov on April 12, 2019.

Department of Veterans Affairs (VA). *Health care benefits*. Accessed at https://www.va.gov/opa/publications/benefits_book/Chapter_1_Health_Care_Benefits.asp on April 12, 2019.

Nardi E, Wolfson J, Benz E, et al. Value, access, and cost of cancer care delivery at academic cancer centers. *JNCCN*, 2016;4(7):837-847.

US Department of Health and Human Services (USDHHS). *Health marketplace*. Accessed at www.healthcare.gov on April 12, 2019.

Actualización más reciente: mayo 1, 2020

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la American Cancer Society (<https://www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html>)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

La información médica de la American Cancer Society está protegida bajo la ley *Copyright* sobre derechos de autor. Para solicitudes de reproducción, por favor refiérase a nuestra Política de Uso de Contenido (www.cancer.org/about-us/policies/content-usage.html) (información disponible en inglés).

cancer.org | 1.800.227.2345