

profesionales de la salud que trabajen con ambos planes, uno tiene las mejores oportunidades de reducir o eliminar los desembolsos.

Hay que tener en cuenta que uno recibe atención médica de muchos profesionales que no son médicos. Hay que ver que la farmacia, el hospital y otros profesionales como por ejemplo los terapeutas del habla están incluidos en los planes de seguro médico.

4. ORGANICESE Y SIGA ORGANIZADO.

Esto es lo más importante cuando hay seguro por partida doble. Uno recibe dos cartas por cada servicio. Se trata del doble de papelería. Esto es lo que hay que hacer:

- ✓ **COMENZAR UN ARCHIVO.** Guardar todos los papeles juntos en una carpeta o en un cajón, para saber dónde hallarlos. Todos los papeles del mismo servicio deben ir en una carpeta.
- ✓ **GUARDAR COPIA DE TODO:** Guardar copia de todas las cartas que lleguen del plan de seguro. También guardar copias de todas las cartas y otras constancias escritas que uno le manda al seguro, sobre todo cartas del médico o del profesional de la salud. Las compañías de seguro médico son organizaciones grandes, y es fácil que se le pierdan los papeles.
- ✓ **LLEVAR CUENTA DE LAS LLAMADAS TELEFÓNICAS:** Uno habla con muchos profesionales de la salud y con personal de la compañía de seguros. Cuando uno llama a hablar de los servicios de salud, conviene tener a mano la tarjeta del seguro con el número de socio y de grupo. Apunte la fecha, el nombre de la persona con quien habló y de qué se habló.

5. NO LO HAGA SOLO. BUSQUE LA AYUDA DE UN EXPERTO.

Si resulta abrumador, no trate de manejarlo usted solo, sino consiga ayuda. Con frecuencia un familiar o un amigo puede ayudar a organizar las cosas. También hay agencias cuya misión es ayudar a quienes necesitan moverse por los vericuetos de su seguro médico. Use esos recursos.

RECURSOS DE REPRESENTACION:

- **STATE HEALTH INSURANCE PROGRAM (SHIP):** Es un programa del estado que imparte educación, alcance comunitario, consejería e información a beneficiarios de Medicare. El número de ayuda para cuestiones de beneficios (*Benefits Assistance*) es 1-800-432-4040.
- **MEDICARE RIGHTS CENTER:** Es una asociación civil nacional sin ánimo de lucro que da información y representación al público sobre Medicare. Su sitio web es www.medicarerights.org
- **CENTER FOR MEDICARE ADVOCACY:** Es una organización nacional de derechos de Medicare. Su sitio web es www.medicareadvocacy.org

RECURSOS ESTATALES Y FEDERALES:

- **Arizona Department of Insurance [Secretaría de Seguros de Arizona]:** Es la agencia estatal que supervisa las compañías de seguro médico. Su número gratuito es 1-800-325-2548.
- **Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS):** es la agencia de Medicaid en Arizona. Su sitio web es www.ahcccs.state.az.us
- **Centers for Medicare and Medicaid Services:** Esta es la agencia federal que supervisa a Medicare. El número gratis para el programa de coordinación de beneficios (COB) que coordina el proceso de pago de Medicare es 1-800-999-1118. Su sitio web es www.cms.hhs.gov/medicare



COMO MANEJAR LA COBERTURA DOBLE DE SEGURO MEDICO

Arizona Center for Disability Law

5025 E. Washington
Suite 202
Phoenix, Arizona 85034-2005

100 North Stone Avenue
Suite 305
Tucson, Arizona 85701

(602) 274-6287 (Voz/TTY)
1-800-927-2260 (sin costo)
(602) 274-6779 (Fax)

(520) 327-9547 (Voz/TTY)
1-800-922-1447 (sin costo)
(520) 884-0992 (Fax)

www.azdisabilitylaw.org
center@azdisabilitylaw.org

El manejo de los servicios de salud puede ser bastante complicado cuando uno tiene más de un tipo de seguro médico. La presente guía contiene información general y consejos de qué hacer cuando uno tiene que trabajar con más de un plan de seguro para conseguir servicios de salud. Es un tema complicado y depende en gran medida de la situación individual del paciente. Siempre es buena idea acudir con alguien que pueda estudiar las necesidades individuales del paciente. Esta guía también orienta dónde acudir para conseguir tal ayuda.

¿QUÉ ES LA COBERTURA DOBLE DE SEGURO MEDICO?

Cobertura doble de seguro médico significa que la persona está cubierta por más de un tipo de seguro médico. Algunos tipos comunes de situaciones donde hay cobertura doble pueden ser:

- Dos planes de seguro particular (el del trabajo de usted y el de su cónyuge)
- Medicare y un plan particular
- Medicare y Medicaid

Medicare es un seguro médico federal que presta servicios a personas ancianas y a personas con discapacidades que reciben pensiones del Seguro Social. Medicaid es un programa conjunto de los gobiernos federal y estatal que presta servicios médicos a personas de bajos ingresos. En Arizona AHCCCS (*Arizona Health Care Cost Containment System*) y ALTCS (*Arizona Long Term Care System*) son ambos programas de Medicaid.

EL MAYOR RETO ES COORDINAR DOS FUENTES DE SEGURO MEDICO

Si usted tiene dos seguros médicos, ya sabe que es difícil coordinar los dos planes. Cada plan o seguro tiene sus propias reglas. No hay que darse por vencidos. Esto es lo que puede uno hacer para manejar el tener dos seguros:

1. INFORMESE QUIEN ES EL PRIMERO QUE PAGA POR SUS CUIDADOS MEDICOS.

Cuando uno tiene más de un tipo de seguro médico, es importante saber quién paga primero. Puede tomar mucho tiempo y esfuerzo el corregir errores en las cuentas de los servicios médicos. La compañía que paga primero se

denomina “pagador principal” (*primary payer*). El otro seguro médico se llama “pagador secundario” (*secondary payer*). Esto quiere decir que pagará las reclamaciones que queden después del pagador principal. Hay gentes que inclusive tienen un tercer pagador.

¿QUIEN ES MI PAGADOR PRINCIPAL?

Depende del seguro médico que uno tenga. Ahí es donde se pueden complicar las cosas, pero hay unas reglas generales a seguir:

- Cuando se trata de dos planes de seguro médico particular, el primario suele ser el seguro médico de su trabajo.
- Para casi todos los beneficiarios de Medicare, Medicare es el pagador principal. Sin embargo existen numerosas e importantes excepciones. Por ejemplo, si uno tiene seguro médico particular a través del trabajo del cónyuge, el seguro particular suele ser el principal.
- Medicaid (AHCCCS/ALTCS) siempre es el último recurso en cuanto a los pagos. Esto quiere decir que siempre paga al último.

Incluso si uno piensa que sabe, siempre es mejor confirmar con el seguro quién es el pagador principal. Si una persona tiene dos planes particulares, cualquiera de los dos o la compañía donde trabaja le podrán decir quién es el pagador principal. Si una persona tiene Medicare, hay varios organismos que pueden ayudar:

- **El State Health Insurance Program (SHIP) y el Center for Medicare and Medicaid Services/Coordination of Benefits (COB) Program.** Favor de ver el final de estas hojas para mayor información sobre estas organizaciones y otras.

2. CONOZCA LAS POLIZAS Y SIGA LAS REGLAS.

- Una vez que sepa quién es el pagador principal, debe saber qué servicios están cubiertos bajo su seguro médico principal. Uno debe saber esta información básica sobre su seguro médico:
 - ¿Qué servicios están cubiertos?

- ¿A qué doctores u otros profesionales puedo acudir?
- ¿Para qué servicios necesito una referencias a especialistas?
- ¿Cuándo necesito autorización previa?
- ¿Cuánto es el co-pago, co-seguro, o cantidad deducible?

Cuando usted ya conozca su seguro principal, infórmese de lo mismo en lo que respecta al segundo seguro. Sepa bajo el primer plan qué en qué costos va a incurrir usted, como co-pagos y las cantidades deducibles. Estas son las áreas donde el plan secundario debería ahorrarle a uno dinero. También es importante conocer el tipo de servicio que cubren ambos planes. Si el plan principal no cubre un servicio, como equipo médico durable, revise para ver si lo cubre el plan secundario. En tal caso, el plan secundario debería pagar tal servicio como si fuera el principal. Como con todos los seguros médicos, es importante seguir sus reglas en lo que se refiere a la referencias a especialistas y autorizaciones previas. Esto da las mejores oportunidades de valerse al máximo de los beneficios del seguro médico.

Hay que evitar los dolores de cabeza de las cuentas por servicios médicos. Pídale al profesional de la salud que lo atiende que le mande la cuenta primero al pagador principal. Después de que el seguro principal paga el reclamo, pídale al profesional de la salud que le mande una cuenta al pagador secundario. Si se les manda la cuenta a ambos planes al mismo tiempo, el pagador secundario siempre se negará a pagar hasta que el pagador principal haya pagado lo que le corresponde.

3. USE PROFESIONALES DE LA SALUD DE AMBOS PLANES.

La mejor manera de sacarle todo el partido a la cobertura doble, y de evitar dolores de cabeza, es hallar profesionales de la salud que tengan contratos con ambas compañías de seguro. Casi todos los consultorios de doctores le dirán con qué compañía de seguros trabajan, pero es mejor siempre preguntar a la compañía de seguros. Los doctores se unen y se separan con frecuencia de los planes de seguro, así que hay que tener cuidado. Si uno encuentra