



CÓMO ELEGIR UNA PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD

cobertura hospitalaria

Cuando elija una póliza de seguro de salud, tendrá que pensar en sus propias necesidades de salud y las de su familia. Hágase las siguientes preguntas importantes sobre las pólizas de seguro hospitalario.

plazos de espera antes del pago de los beneficios

La mayoría de las aseguradoras exigen que transcurra un cierto período fijo conocido como *Plazo de espera (Waiting Period)*, antes de cubrir al asegurado en relación a ciertos beneficios.

La mayoría de las aseguradoras aplican los siguientes Plazos de espera al comenzar la cobertura:

- ▶ Una espera de dos meses para atención psiquiátrica, rehabilitación o atención paliativa (se trate o no de una dolencia existente antes de obtener la póliza).
- ▶ Una espera de doce meses para beneficios relacionados con cualquier *Dolencia existente previamente (Pre-existing Condition)*.
- ▶ Una espera de doce meses para los beneficios de tratamiento obstétrico (embarazo).
- ▶ Una espera general de dos meses para cualquier beneficio.

Si usted aumenta su cobertura, la mayoría de las aseguradoras aplicarán plazos de espera para los beneficios que no estaban cubiertos en su póliza anterior.

Su aseguradora debería informarle sobre los plazos de espera que le aplicará cuando usted obtenga cobertura como nuevo asegurado o cambie su cobertura existente. Si usted está afiliado a una mutual de seguro médico (health fund) y cancela su póliza, se le aplicarán plazos de espera cuando vuelva a afiliarse.

Algunas pólizas de seguro hospitalario también incluyen *Plazos de limitación de beneficios (Benefit Limitation Periods)* para algunos tipos de tratamiento hospitalario. Los Plazos de limitación de beneficios pueden aplicarse por hasta uno, dos o tres años además de los plazos de espera normales de doce meses. Durante este tiempo, la aseguradora solamente pagará un beneficio limitado con respecto a los servicios especificados.

Dolencias existentes previamente

La legislación define las Dolencias existentes previamente como cualquier problema de salud, enfermedad o dolencia del cual usted tuvo señales o síntomas durante los seis meses previos a la obtención de la cobertura hospitalaria o a la obtención de un nivel de cobertura superior.

Esta regla se aplica aun si usted y su doctor no hubiesen sabido que usted tenía dicha dolencia o si ésta no había sido diagnosticada. Si usted tiene prevista una hospitalización dentro de los primeros doce meses de afiliación o aumento de la cobertura, póngase en contacto con su aseguradora de inmediato para comprobar si estará cubierto.

Para obtener mayor información sobre los Plazos de espera, estudie nuestro folleto.

tratamientos que no recibirán beneficios hospitalarios completos

Algunas pólizas de seguro hospitalario excluyen ciertos tratamientos de los beneficios o limitan definitivamente el monto de beneficios que pagarán por ciertos tratamientos.

Si la póliza contiene *Exclusiones (Exclusions)*, la aseguradora no pagará beneficio alguno por los tratamientos que figuran en la lista de exclusiones.

Si la póliza contiene *Restricciones (Restrictions)*, la aseguradora solamente pagará beneficios limitados por los tratamientos que figuran en la lista de restricciones. Es probable que usted tenga que afrontar gastos sustanciales.

Compruebe qué tratamientos están excluidos o restringidos, y prepárese para asumir el riesgo de no estar totalmente cubierto para dichos tratamientos.

rescates o co-pago de las visitas hospitalarias

La mayoría de las aseguradoras ofrecen la opción de pagar un rescate o co-pago a cambio de reducir las primas. Si usted opta por un rescate o co-pago mayor, pagará una prima inferior a la que paga una persona que no tiene rescate o co-pago.

El *Rescate (Excess)* es una suma única que se paga por la hospitalización antes de que la aseguradora pague sus beneficios.

El *Co-pago (Co-payment)* es un monto que usted acepta pagar cada vez que la aseguradora le paga un beneficio. Normalmente el co-pago debe pagarse por cada día de hospitalización hasta un monto máximo anual, o por monto de hospitalización.

Verifique el monto de todo rescate o co-pago, si correspondieran, y compruebe si hay un límite sobre cuánto tendrá que pagar.

Nota: si opta por un rescate de más de \$500 por persona, puede haber repercusiones tributarias según su nivel de ingresos (véase más abajo).

acuerdos entre aseguradoras y hospitales privados

Es importante que usted compruebe si su aseguradora tiene acuerdos con hospitales privados de su localidad o con otros hospitales privados a los que usted podría concurrir. Cada aseguradora tiene una red diferente de hospitales con los que ha firmado un acuerdo, y algunas aseguradoras se especializan únicamente en ciertas áreas o ciertos estados.

Cuando exista un acuerdo, usted no tendrá gastos o se le darán los datos de sus gastos.

Si usted recibe tratamiento en un hospital privado con el cual su aseguradora no tiene un acuerdo, es posible que usted tenga que pagar un monto considerable.

El sitio Web **www.privatehealth.gov.au** contiene toda la lista de los hospitales con los cuales las aseguradoras tienen acuerdos; como alternativa, llame a su mutual de seguro médico para informarse sobre los hospitales que ésta cubre.

pagos de la "brecha" y cobertura de los honorarios médicos en el hospital

El gobierno fija las tarifas de la Lista de beneficios de Medicare (Medicare Benefits Schedule o MBS) para la mayoría de los servicios médicos. La tarifa MBS se utiliza para calcular cuánto pagará Medicare. No obstante, los médicos pueden cobrar más de la tarifa MBS si lo desean, y muchos lo hacen.

Si su doctor cobra más de la tarifa MBS, es posible que usted tenga que pagar la diferencia entre la tarifa MBS y lo que cobra el doctor. Este monto extra se conoce como *brecha (the gap)*.

Usted tiene el derecho de preguntarle a su médico cuál será el monto de esta brecha antes de recibir el tratamiento. Cuando usted conoce el costo del tratamiento y da su acuerdo antes de recibir dicho tratamiento, está dando su *consentimiento financiero con conocimiento de causa* (*informed financial consent*).

Su aseguradora puede proporcionarle beneficios adicionales para ayudarle a cubrir esta brecha si tiene un acuerdo con el médico o si el médico decide participar en el *plan de cobertura de la brecha* (*gap cover scheme*) de la aseguradora. Pregunte al médico(s) si le va a cobrar de conformidad con el plan de cobertura de la brecha de su aseguradora. Pregunte a la aseguradora cuánto cubrirá su plan de cobertura de la brecha de la cuenta del médico.

Para obtener mayor información sobre las Facturas de los médicos consulte nuestro folleto.

cobertura para tratamiento general

Las pólizas para tratamiento general (también conocidas como cobertura complementaria o cobertura de extras) proporcionan beneficios para servicios complementarios tales como tratamientos de fisioterapia, odontología y de óptica.

Los siguientes pasos clave le ayudarán a seleccionar un seguro de salud que cubra los extras.

- ▶ Haga una lista de los tipos de servicios que probablemente quiera utilizar (por ejemplo: dentista, ortodoncia, óptica, terapias naturales, etc.)
- ▶ Compruebe que la póliza que está considerando pague beneficios por dichos servicios.
- ▶ Pregunte qué plazos de espera corresponden a cada tipo de servicio que usted podría usar.
- ▶ Pregunte cuál será el costo de cada servicio que cubrirán los beneficios de la aseguradora.
- ▶ Averigüe cuáles son los límites anuales y pregunte en qué fecha se vuelven a fijar los límites anuales.
- ▶ Averigüe si los límites aumentan con el tiempo si usted sigue con la misma aseguradora.

Si cambia su cobertura de extras a otra aseguradora, puede que su nueva aseguradora le imponga plazos de espera, aunque muchas no lo hacen. Vale la pena preguntar a la aseguradora si le eximirá de los plazos de espera o si los reducirá.

Como todas las aseguradoras aplican sus coberturas de extras en forma diferente, vuelva a examinar los beneficios así como los límites anuales si los hubiera, y cómo funcionan. Vale la pena preguntar a la nueva aseguradora si aceptaría los mismos límites extras que usted haya acumulado con su antigua aseguradora.

No obstante, en general las bonificaciones por lealtad como por ejemplo beneficios más elevados después de 5 años de afiliación, no son transferibles entre aseguradoras.

exenciones del gravamen extra del 1% para Medicare

La mayoría de los contribuyentes australianos paga un Gravamen para Medicare (Medicare Levy) del 1,5% con su impuesto sobre la renta.

No obstante, si sus ingresos imposables superan cierto umbral, usted tendrá que pagar una Sobretasa de Medicare (Medicare Levy Surcharge) a menos que cuente con cobertura hospitalaria apropiada de una aseguradora médica autorizada.

Si usted se encuentra en esta situación, tendrá que comprobar que la póliza que esté considerando le exima del gravamen adicional.

Para evitar la Sobretasa tendrá que contar con una póliza hospitalaria que le cubra a usted y a las personas a su cargo y que tenga un rescate bajo. El rescate deberá:

- ▶ Ser igual o inferior a \$500 por año para las pólizas para solteros o
- ▶ Igual o inferior a \$1.000 por año para las pólizas de familia/pareja.

El umbral de la Sobretasa se indexa anualmente. En el ejercicio financiero 2010-2011, el umbral será de \$77.000 para las personas solteras y de \$154.000 para las familias. Para obtener información actualizada, consulte www.privatehealth.gov.au o póngase en contacto con la Australian Taxation Office (Oficina Australiana de Impuestos).

cobertura médica vitalicia

La Cobertura médica vitalicia (Lifetime Health Cover) tiene por objeto alentar a la población a obtener cobertura hospitalaria en su juventud, y mantenerla. Por lo tanto, las aseguradoras médicas tienen la obligación de cobrar un monto extra a las personas que se afilian a una póliza hospitalaria después de los 31 años de edad. (Existen ciertas reglas especiales para los nuevos residentes y las personas que se encontraban en el extranjero cuando cumplieron 31 años.)

El costo adicional es del 2% por encima de la prima normal por cada año que la persona supere los 30 años de edad. Por ejemplo:

- ▶ Si usted no obtuvo un seguro para cobertura hospitalaria hasta los 40 años de edad, se le cobrará un 20% adicional.
- ▶ Si usted espera hasta cumplir 50 años, será un 40% adicional.

La sobretasa por Cobertura médica vitalicia ya no se cobra una vez que la persona la ha pagado por diez años seguidos.

Para obtener mayor información sobre Cobertura médica vitalicia visite www.privatehealth.gov.au o consulte su mutual de seguro médico.

aproveche al máximo su seguro médico (y evite problemas)

- ▶ Considere la posibilidad de obtener el nivel más elevado de cobertura hospitalaria que pueda permitirse: Para ahorrar en la prima, elija un rescate más alto en lugar de una restricción.
- ▶ Mantenga sus pagos al día: Es su responsabilidad mantener los pagos al día. Si se atrasa demasiado con sus pagos (generalmente más de dos meses) la aseguradora podría anular su póliza y negarse a pagarle beneficio alguno. Si su póliza fuera anulada podrían aplicársele plazos de espera cuando vuelva a afiliarse.
- ▶ Hable con su aseguradora si va a hospitalizarse: Si se va a internar como paciente privado, póngase en contacto con su aseguradora para comprobar si cubrirá la factura del hospital y las facturas de los médicos, y cuánto tendrá que pagar usted. Antes de hablar con su aseguradora, pídale a su doctor que le dé los números de los rubros de Medicare que va a utilizar.
- ▶ Lea detenidamente la información que le envíe su aseguradora: La información importante sobre su póliza le será enviada en una carta personal; no la ignore.
- ▶ Compruebe su póliza cada año: Asegúrese de estar cubierto por los servicios y tratamientos que posiblemente necesite.
- ▶ Informe a su aseguradora: Si se muda, añade una pareja o un hijo.

Para obtener mayor información consulte nuestro folleto *Ten Golden Rules* (Diez reglas de oro)

mayor información

Teléfono: 1300 737 299

E-mail: website@phio.org.au

Sitio Web: www.privatehealth.gov.au

www.phio.org.au

Los consumidores sordos o con dificultades de audición o del habla deberán llamarnos por intermedio del National Relay Service (Servicio Nacional de Retransmisión) (Tel: 13 25 44).

Los consumidores que no sepan hablar inglés deberán llamarnos por intermedio del Servicio de Traducción e Interpretación (TIS) (Tel: 13 14 50).

Este folleto ha sido realizado por el Private Health Insurance Ombudsman