

1 de agosto de 2012

7 Resumen de Beneficios y Cubiertas y Glosario Uniforme de Términos de Seguro

En conformidad con la Sección 2715 de la Ley PHS, los Departamentos del Tesorería, Trabajo y Salud y Servicios Humanos publicaron el 14 de febrero de 2012 los reglamentos finales efectivos el 16 de abril de 2012, para el nuevo resumen de cubierta de beneficios (SBC por sus siglas en inglés) y glosario uniforme de términos de seguro que todos los planes y aseguradoras de salud que ofrecen cubiertas grupal o individual estarán obligados a distribuir. Los administradores del plan deben entregar este resumen de cuatro páginas (por ambos lados) a los participantes del plan, además de las divulgaciones ya requeridas, tales como el resumen de la descripción del plan. Los reglamentos finales disponen los estándares que regirán el SBC, incluyendo quién provee y recibe el SBC, cuándo se debe proveer el SBC, y cuál debe ser el formato y distribución del SBC.

Los departamentos también anunciaron la disponibilidad de una plantilla para el SBC y orientación adicional que contiene las instrucciones y una muestra del lenguaje para llenar la plantilla propuesta, así como el glosario uniforme de términos para la divulgación. La plantilla, las instrucciones, la muestra del lenguaje y el glosario de términos fueron preparados por los Departamentos, en consulta con la NAIC. La orientación del SBC proporcionada por los Departamentos no es final. (El texto completo de la guía para el cumplimiento: http://www.regulations.gov/#!documentDetail;D=HHS_FRDOC_0001-0441).

Este documento resume los requisitos de la regla final. Personal de MCS debe revisar estos requisitos para proveer oportunamente el SBC. (Para el texto completo de la regla final, visite http://www.regulations.gov/#!documentDetail;D=HHS_FRDOC_0001-0442)

Fecha de efectividad

Los requisitos de proveer un SBC, el aviso de modificación, y el glosario uniforme son aplicables para divulgaciones a los participantes y asegurados que se inscriban o renueven la cubierta de salud grupal a través de un período de inscripción abierta (incluso los que renuevan y los que se inscriben tarde) a partir del primer día para el período de inscripción abierta comenzando el **23 de septiembre 2012**. Para las divulgaciones a los participantes y asegurados que se inscriban en la cubierta del plan de salud grupal que no sean a través de un período de inscripción abierta (incluso los individuos que son elegibles por primera vez para la cubierta y afiliados especiales), estos requisitos se aplican a partir del primer día del primer año del plan que comience a partir del **23 de septiembre 2012**.

Provisión del SBC

El SBC no reemplaza ninguno de los documentos de divulgación requeridos para la cubierta del plan de salud grupal, tales como el resumen de la descripción del plan (SPD, por sus siglas en inglés). La Regla Final establece tres escenarios bajo los cuales se deben proveer los SBC.

- I. SBC provisto por una aseguradora de seguros de salud grupal a un plan de salud grupal

Este documento se desarrolló para proveer información útil a los patronos, agentes y corredores, proveedores y suscriptores. Sin embargo, esta comunicación no constituye cualquier tipo de consejería legal, ni sustituye la opinión de cualquier profesional que se consulte.



- a. A través de Solicitud – Una aseguradora deberá proveer el SBC tras la solicitud del plan de salud grupal o tan pronto como sea posible a partir de una solicitud de información, pero no más tarde de 7 días laborables después de la solicitud. Si el plan posteriormente solicita cubierta, se deberá proveer un segundo SBC si se ha producido un cambio en el SBC. Además, si hay algún cambio en el SBC antes de que se ofrece la cubierta o del primer día de cubierta, la aseguradora tiene que proveer un SBC actualizado a más tardar en la fecha de la oferta o el primer día de cubierta, según corresponda.
 - b. Al Renovar – Una aseguradora tiene que proveerle un SBC a un plan de salud grupal cuando una póliza se haya renovado o re-emitido. Si se requiere una solicitud por escrito, la aseguradora deberá proveer el SBC no más tarde de la fecha en que se distribuyan los materiales. Para las renovaciones automáticas, la aseguradora deberá proveer el SBC por lo menos 30 días antes del primer día del año de póliza nuevo. Sin embargo, si la cubierta no ha sido renovada antes del período de 30 días antes de la primera fecha de la cubierta, el SBC debe proporcionarse tan pronto como sea posible, pero no más tarde de siete días laborables después de la emisión de la nueva cubierta o el recibo de la confirmación por escrito de la intención de renovar, lo que ocurra primero.
 - c. Al Requerirse – Una aseguradora tiene que proveerle un SBC a un plan de salud grupal tan pronto como sea posible requerírsela solicitud, pero no más tarde de 7 días laborables después de la solicitud.
2. SBC provisto por una aseguradora de seguro de salud grupal y un plan de salud grupal a participantes y beneficiarios
 - a. Al inscribirse - El plan debe proveer un SBC para todas las opciones para las cuales un individuo es elegible para inscribirse junto con los materiales escritos distribuidos por el plan, relacionados con la solicitud. Si el plan no distribuye materiales escritos de solicitud para afiliación, el SBC se debe distribuir no más tarde del primer día en que el participante es elegible para afiliarse. Además, si hay algún cambio al SBC antes del primer día de cubierta, el plan debe proporcionar un SBC actualizado no más tarde del primer día de cubierta. El plan también debe proporcionar un SBC a los afiliados especiales de HIPAA dentro de los primeros 7 días laborables a partir de una solicitud de afiliación. La regla le permite al plan enviarle un solo SBC a los participantes y beneficiarios que residen en una misma dirección, a menos que el plan tenga una última dirección conocida en sus archivos para alguna de las personas cubiertas.
 - b. Al Renovar – El plan debe proveer un SBC para la opción en la cual el individuo esté afiliado al realizarse la renovación. El plan también deberá proveer SBC para las opciones para las cuales el participante o beneficiario es elegible, pero no está afiliado, según se requieran. Si se requiere una solicitud por escrito para la renovación, el plan deberá proveer el SBC no más tarde de la fecha en que se distribuyan los materiales de

la solicitud. Si los beneficios se renuevan automáticamente, el plan debe proveer el SBC al menos 30 días antes del primer día del nuevo año del plan. Sin embargo, si la cubierta no ha sido renovada antes del periodo de 30 días antes de la primera fecha de cubierta, el SBC se deberá proveer tan pronto sea posible, pero no más tarde de siete días laborables después de la emisión de la nueva cubierta o el recibo de una confirmación por escrito de la intención de renovar, lo que ocurra primero.

- c. Al Requerirse - Si un participante o beneficiario lo solicita, el plan deberá proveerle un SBC tan pronto sea posible, pero no más tarde de 7 días laborables después de la solicitud.
3. SBC provisto por una aseguradora de seguros de salud a individuos y dependientes en el mercado individual.
- a. Con la Solicitud – Una aseguradora debe proveer un SBC al hacerse la solicitud o tan pronto sea posible a partir de una solicitud de información, pero no más tarde de 7 días laborables después de la solicitud. Si un individuo posteriormente presenta una solicitud, se deberá proveer un segundo SBC si ha ocurrido un cambio en el SBC. Además, si ha ocurrido algún cambio en el SBC luego de haberse recibido la solicitud, la aseguradora deberá proveer un SBC actualizado tan pronto sea posible pero no más tarde de la fecha en que se realiza la oferta de cubierta. Si un individuo acepta una oferta de cubierta, la aseguradora debe proveer un SBC nuevo antes del primer día de cubierta si ha ocurrido un cambio en el SBC.
 - b. Al Renovar – La aseguradora debe proveerles anualmente un SBC nuevo a los tenedores de pólizas al menos 30 días antes del primer día de un nuevo año de la póliza. Sin embargo, si la cubierta no se ha renovado antes del periodo de 30 días antes de la primera fecha de cubierta, el SBC se debe proveer tan pronto sea posible, pero no más tarde de siete días laborables después de la emisión de la cubierta nueva o del recibo de una confirmación por escrito de la intención de renovar, lo que ocurra primero.
 - c. Al Requerirse - Si un tenedor de una póliza o un dependiente cubierto lo solicita, la aseguradora deberá proveer un SBC tan pronto sea posible, pero no más tarde de 7 días laborables después de la solicitud. Finalmente, a menos que la aseguradora de salud tenga conocimiento que un dependiente vive en una dirección diferente a la del individuo que solicita la cubierta, la obligación de proveerle un SBC al dependiente queda satisfecha enviándole el SBC a la dirección del solicitante.

Para evitar duplicidad innecesaria con respecto al SBC, los reglamentos finales establecen:

- 1. El requisito de proveer un SBC por lo general se considerará satisfecho para todas las entidades si es provisto por cualquier entidad, siempre que se satisfagan todos los requisitos de tiempo y contenido.
- 2. El segundo requisito establece que se puede proveer un solo SBC a un participante y cualquier beneficiario a la última dirección conocida del participante. Sin embargo, si la última dirección

conocida de un beneficiario es diferente a la última dirección conocida del participante, se requiere que se provea un SBC por separado al beneficiario a la última dirección conocida del beneficiario.

3. No se requiere que los SBC se provean automáticamente al hacerse la renovación para los paquetes de beneficios en los que el participante o beneficiario no está afiliado, un plan o aseguradora por lo general tendrá hasta siete días laborables para responder a una solicitud de proveer el SBC con relación a otro paquete de beneficio para el cual el participante o beneficiario es elegible.

Preparación del SBC

El SBC se debe proveer en un formato estandarizado para ayudar a proporcionar una información clara, uniforme y comparable sobre la cubierta del plan de salud y los beneficios. Como se mencionó anteriormente, los Departamentos han proporcionado una plantilla y un glosario uniforme de términos para este propósito.

Los SBC deben contener las siguientes disposiciones:

1. Definiciones uniformes de términos de seguros estándar y términos médicos, según lo especificado por los Departamentos;
2. Una descripción de la cubierta, incluyendo los costos compartidos, para cada categoría de los beneficios identificados por los Departamentos en la guía sub-regulatoria;
3. Las excepciones, reducciones y limitaciones de la cubierta;
4. Las disposiciones de costos compartidos de la cubierta, incluyendo las obligaciones del deducible, coaseguro y copago;
5. La capacidad de renovación y continuación de las disposiciones de cubierta;
6. Una “etiqueta de información sobre la cubierta” que incluya ejemplos para ilustrar los escenarios de beneficios comunes;
7. Una declaración que el SBC es sólo un resumen y que el documento del plan, la póliza, certificado o contrato de seguro debe ser consultado para determinar las disposiciones contractuales aplicables a la cubierta;
8. Información de contacto para preguntas y para obtener una copia del documento del plan o la póliza de seguro, certificado o contrato de seguro;
9. Una dirección de Internet para obtener una lista de proveedores de la red;

10. Una dirección de Internet para obtener información sobre el formulario de medicamentos recetados, y
11. Una dirección de Internet para obtener el glosario uniforme de términos relacionados con la cubierta de salud y términos médicos, así como un número de teléfono de contacto para obtener una copia impresa del glosario uniforme, y una divulgación de que hay copias en papel disponibles.
 - a. Si se solicita el glosario uniforme, se debe proveer dentro de los siete días laborables siguientes a la solicitud.

El reglamento final identifica tres elementos adicionales de contenido:

- Para los planes y las aseguradoras con una o más redes de proveedores, una dirección de Internet (o información de contacto similar) para obtener una lista de los proveedores de la red;
- Para los planes y las aseguradoras con un formulario de medicamentos recetados, una dirección de Internet (o información de contacto similar) para obtener información sobre la cubierta de medicamentos recetados;
- Una dirección de Internet para obtener el glosario uniforme de términos, un número de teléfono de contacto para obtener una copia impresa del glosario uniforme y una divulgación de que hay disponibles copias en papel del glosario uniforme.

Como se indica en la introducción, el SBC debe ser relativamente breve; no puede tener más de cuatro páginas y no puede tener partes impresas en tamaño de letra menor de 12 puntos. Los reglamentos finales interpretan la limitación de cuatro páginas como cuatro páginas por ambos lados.

Para proveer el SBC de una manera cultural y lingüísticamente apropiada, este requisito se cumple si el plan de salud grupal o aseguradora de seguro de salud cumple con los estándares cultural y lingüísticamente apropiados establecidos en los reglamentos sobre reclamaciones y apelaciones internas y externas contenidas en 45 CFR § 147.136 (e), según apliquen al SBC.

Aplicación para los Arreglos de Ciertos Tipos de Cuenta

No se requieren SBC para los planes, pólizas o paquetes de beneficios que constituyen beneficios excluidos de cubierta, incluso los planes dentales o de visión independiente, ciertos planes complementarios y FSA de salud (si el FSA constituye beneficios excluidos bajo los reglamentos del HHS). Los planes de expatriados y cuentas de ahorros de salud (HSA, por sus siglas en inglés) están exentos, ya que por lo general no están sujetos a ERISA. Sin embargo, los Acuerdos de Reembolso de Salud (HRA, por sus siglas en inglés) se consideran planes de salud grupales sujetos a ERISA y, por tanto, suelen estar sujetos a los requisitos de SBC.

Modificaciones

Se requiere que los planes y las aseguradoras notifiquen con al menos 60 días de anticipación cualquier modificación material en los términos del plan o de cubierta, si no se refleja en el SBC más reciente y ocurre fuera del contexto de una renovación o reemisión de la cubierta.

De acuerdo con los reglamentos finales, una "modificación material" incluye:

- Una mejora de los beneficios o servicios cubiertos, tales como la cubierta de beneficios previamente excluidos o la reducción de los costos compartidos;
- Una reducción material de los servicios o beneficios cubiertos, mediante el aumento de las primas o costos compartidos; o
- Requisitos más estrictos para recibir beneficios, tales como un requisito nuevo de referidos.

Penalidades

Si el plan de salud grupal o aseguradora de seguro de salud no proporciona el SBC de conformidad con la Regla Final, dicho plan de salud grupal o aseguradora de seguro de salud quedará sujeto a una multa que no excederá de \$1,000 por cada incumplimiento, y el incumplimiento con respecto a cada individuo afectado constituye una ofensa por separado.

Plan MCS

1. MCS desarrollará un SBC modelo para los productos grupales e individuales.
2. De acuerdo con el reglamento de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés), los SBC estarán disponibles para los grupos de patronos y participantes asegurados durante los procesos de ventas, en periodos de renovación y por solicitud.
3. El Glosario Uniforme, Formulario de Medicamentos Recetados y Directorio de Proveedores estarán disponibles a través de la Internet y por solicitud.

Referencias

- 45 CFR Part 147, 76 FR 52442 (22 de agosto de 2011), 77 FR 8668 (14 de febrero de 2012)
- <http://www.cciio.cms.gov/programs/consumer/summaryandglossary/index.html>
- <http://www.healthcare.gov>