

# *¡Ayuda*

**CON EL SEGURO DE SALUD!**

---

PLANES MINISTERIALES DE ATENCIÓN MÉDICA COMPARTIDA: LO QUE DEBE SABER

## Un plan ministerial de atención médica compartida, conocido a veces como un plan médico compartido, en realidad no es un plan de seguro.

Estos tipos de planes son acuerdos en los que un grupo de personas se unen voluntariamente para compartir los gastos médicos de los demás. Los planes son un programa de reparto cooperativo en el que los afiliados pagan una cuota mensual, similar a una prima, que se deposita en una cuenta para pagar las facturas médicas de los afiliados elegibles.

Es importante entender que hay muy poca supervisión de los planes compartidos porque no están incluidos en las normas que cubren los planes de seguros. De hecho, ninguno de los requisitos de las leyes federales diseñadas para proteger a los usuarios de atención médica, como la Ley de Protección al Paciente y Atención médica asequible (Patient Protection and Affordable Care Act), se aplica a los planes compartidos. Esto significa que los planes compartidos pueden no ofrecer las características habituales de los seguros, como la cobertura de una lista normal de servicios mínimos o la limitación de la parte de los gastos de atención médica que puede tener que pagar de su propio bolsillo.

El seguro de salud tradicional debe cubrir una serie de beneficios de salud esenciales y no puede excluir a personas por enfermedades preexistentes.

Otro punto importante que hay que entender sobre los planes de seguro de salud compartido es su énfasis en los “gastos médicos elegibles”. No todos los gastos médicos pueden “compartirse” entre los grupos, y cada plan de seguro de salud compartido establece sus propias normas sobre lo que pagará.

Muchos planes de salud compartidos, sobre todo los basados en principios religiosos, establecen sus normas en base a determinados estilos de vida. Esto significa que determinados servicios o “enfermedades preexistentes” pueden no ser “compartidos” o, en otras palabras, no ser elegibles para el pago del plan compartido.

Si necesita un servicio de atención médica que se considera un gasto “no compartido”, es posible que tenga que pagar de su bolsillo gastos no esperados. Si usted forma parte de un ministerio de atención médica compartida, se le considera un paciente que paga por sí mismo cuando hace uso de los servicios de atención médica. Por lo tanto, aunque su ministerio o grupo de atención médica compartida puede o no darle una tarjeta de identificación para que la muestre a los proveedores de atención médica, usted es responsable de todos los gastos de su atención.

Estos planes tampoco están obligados a informar de sus finanzas a los Departamentos estatales de Banca y Seguros, por lo que puede resultar difícil conocer su estabilidad financiera. Esto puede poner en peligro a sus afiliados si el plan de salud compartido tiene problemas financieros.

Un “plan a corto plazo de duración limitada” es otro tipo de plan de salud al que no se aplican determinadas protecciones al consumidor ni requisitos de cobertura. Aunque estos planes no se venden en New Jersey, las personas que trabajan o están de visita procedentes de otros estados que tienen estos planes podrían tener que hacer frente a costos más elevados si necesitan servicios de atención médica.

Decidir cuál es el mejor plan de seguro médico para usted o su familia depende de factores como su estado de salud, su situación económica y las opciones de planes de salud disponibles. Es importante conocer las características específicas de cada plan y saber qué servicios estarán cubiertos y cuáles no.