



Entendiendo de Una Vez los Gastos Médicos Mayores

Miguel Angel Chavez

Aprender cómo funciona el Seguro de Gastos Médicos no es tan complicado como pareciera. Al contrario, solo es conocer algunos conceptos o vocabulario, algunos temas importantes y conocer qué cubre y qué no cubre. Así que ánimos que será fácil.

Este documento lo divido en dos partes. Una básica e indispensable de conocer, y una complementaria con una complicación de temas importantes. Te recomiendo leer la primer parte y solo aquellos conceptos de tu interés en la segunda parte.

PRIMERA PARTE: CONCEPTOS BASICOS DE GASTOS MEDICOS

Conceptos Principales.

Como en toda nueva materia, las aseguradoras utilizamos un lenguaje en particular, donde las palabras principales son:

Suma Asegurada: Es la cantidad máxima que gastaría la aseguradora en un siniestro.

Deducible: Es la primera cantidad, fija, que queda a cargo del asegurado. Un gasto abajo del deducible no está cubierto. Un gasto que supera el deducible ya estará amparado por la aseguradora.

Coaseguro: Es la segunda cantidad, en porcentaje, que queda a cargo del asegurado. Luego de pagar el deducible, sobre el importe restante se aplica un 10% (generalmente) que también paga el asegurado.

Tope de Coaseguro: El coaseguro llega a un tope máximo para que una enfermedad catastrófica no sea tan onerosa para el asegurado.

Para conocer ejemplos y mayor información de estos conceptos da click [AQUI](#).

¿Qué cubre el Seguro de Gastos Médicos?

La póliza de gastos médicos cubre en general todas las enfermedades y accidentes que se lleguen a presentar en conceptos tales como

- Hospitalización
- Honorarios médicos y consultas
- Medicamentos
- Tratamientos médicos
- Aparatos ortopédicos
- Estudios de laboratorio y gabinete
- Enfermera fuera de hospital
- Rehabilitación
- Ambulancia
- Maternidad según suma asegurada contratada

Las aseguradoras agregan o cambian ligeramente entre estos conceptos colocando algunas condiciones, limitantes, requisitos, etc. que se especifican en sus Condiciones Generales en una sección llamada "Gastos Médicos Amparados"

¿Qué NO está cubierto por el Seguro de Gastos Médicos?

Ya vimos que las pólizas de gastos médicos cubren en general todas las enfermedades y accidentes que se lleguen a presentar, con excepción de lo siguiente que NO se cubre:

Entendiendo de Una Vez los Gastos Médicos Mayores

1. **Padecimientos Preexistentes.** Aquellos que antes de tener el seguro, ya han sido diagnosticados, o ya hayan generado gastos para el tratamiento de los mismos.
2. **Padecimientos con Periodos de Espera:** es el periodo que hay que pasar para que ciertas enfermedades tengan cobertura. Los seguros tienen periodos de espera de 30 días en todas las enfermedades. De ahí hay enfermedades con periodos de espera de 6 meses, 1 año, 2 años, y alguna de hasta 4 años. Hay un listado según la aseguradora de los periodos de espera dentro de sus condiciones generales. Si no está mencionada la enfermedad, la espera será de 30 días solamente.

Por poner un ejemplo, las hernias tienen un periodo de espera de 2 años. Si el asegurado tiene una hernia, no es que deba esperarse 2 años y estará amparada. Esa hernia no estaría cubierta porque apareció antes de cumplirse los 2 años con la póliza, o porque era preexistente. En cambio, si la hernia aparece a los 2 años y medio de tener la póliza, sí estaría cubierta.

Si la aseguradora reconoce la antigüedad de otra póliza eliminaría los periodos de espera de casi todas las enfermedades, excepto de Maternidad, Sida, y alguna otra.

1. **Exclusiones Generales de las Pólizas de Gastos Médicos.** Que también se encuentran en las Condiciones Generales de cada póliza. Son exclusiones lógicas como por ejemplo: efectos de droga y alcohol, cirugías plásticas, chequeos médicos que no son enfermedad, tratamientos psiquiátricos, de obesidad, de fertilidad e infertilidad, de medicina alternativa, etc.

Nivel Hospitalario

Las aseguradoras tienen convenios con hospitales de toda la República Mexicana.

Entendiendo de Una Vez los Gastos Médicos Mayores

Hay hospitales más costos y otros más económicos, así que divide los hospitales por niveles en Básico, Medio y Alto, dándoles un nombre en particular al plan. Según el nivel contratado por el asegurado, tendrá acceso solo a los hospitales de su nivel e inferiores. La atención en un nivel hospitalario mayor al contratado generaría penalizaciones o mayores coaseguros.

Los niveles hospitalarios de las aseguradoras generalmente pueden ser consultados en su página web.

Zona contratada

Las aseguradoras dividen la República en zonas de atención según su costo. Así la Ciudad de México es la zona más costosa, y de ahí las demás son zonas más económicas. La zona de contratación debe obedecer al lugar de residencia. Hay pólizas que dan protección en toda la República, y hay otras que requieren de un pago adicional para dar cobertura nacional, o podría penalizar la atención en una zona más costosa a la contratada.

Tabulador de Honorarios

A los médicos se les paga un honorario en las intervenciones quirúrgicas que se basa en un tabulador designado por la aseguradora según la complejidad de la operación. Esto evita el abuso médico o el sobreprecio, pues si el doctor desea cobrar más del tabulador designado, el asegurado absorbería la diferencia. La gran mayoría de los médicos se adaptan al tabulador de la aseguradora, pero algunos médicos más exclusivos, no lo hacen.

En las pólizas es posible contratar un tabulador mayor o menor para tener acceso a médicos de mayor o menor costo.

De lo que se le paga al médico tratante en una intervención quirúrgica, adicionalmente se paga un 30% al anestesiólogo y un 20% al ayudante.

Coberturas Adicionales

Según la aseguradora, existen diferentes coberturas adicionales que se contratan para enriquecer la póliza. Algunas veces ya forman parte de la cobertura básica de la póliza y no se pueden eliminar. Tales son como:

- Emergencia en el Extranjero.
- Eliminación del deducible en caso de Accidente.
- Cobertura Dental básica o más amplia.
- Maternidad más amplia.
- Cobertura Nacional o Multiregión.
- Preexistencias declaradas, ya sanas al momento.
- Enfermedades Graves en el Extranjero.
- Cobertura Internacional.
- Indemnizaciones por Muerte Accidental, Perdidas Orgánicas, Hospitalización.
- Indemnizaciones por Cancer u otras enfermedades.

Formas de Operar la póliza

Las pólizas pueden funcionar en:

Pago Directo: significa que el hospital cobrará directamente a la aseguradora la hospitalización. De tal forma que al salir el asegurado solo pagará al hospital el deducible y coaseguro que le corresponde, más algún gasto no cubierto por la aseguradora.

Entendiendo de Una Vez los Gastos Médicos Mayores

Reembolso: significa que el asegurado juntará sus gastos con facturas, y otros documentos (informe médico y aviso de accidente o enfermedad) para tramitar la recuperación de su gasto mediante el agente de seguros o directo en la aseguradora. La aseguradora realizará la transferencia al asegurado descontando el deducible y coaseguro que corresponda.

Una sola enfermedad puede empezar con gastos en pago directo, y luego el asegurado rembolsar los gastos hechos fuera del hospital. Recordemos que en un caso así el reembolso ya no retendría deducible, porque ya se pagó en el hospital y solo hay un deducible por enfermedad.

¿Cuánto debe costar mi póliza?

La póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores se cotiza de acuerdo con la edad y sexo de cada persona. En una familia se suma la prima (costo) de cada miembro.

El costo se abarata o encarece según factores que ya analizamos:

- Deducible. A mayor deducible, el costo es más económico. Esto es útil para personas mayores
- Coaseguro. A mayor coaseguro el costo es más económico.
- Suma Asegurada. A mayor Suma Asegurada la póliza cuesta más, pero no llega a influir tanto como el deducible.
- Nivel Hospitalario. A mayor nivel y acceso a hospitales más caros, la póliza cuesta más.
- Coberturas Adicionales. Con más coberturas adicionales la póliza costará más.
- Tabulador de Honorarios. A mayor tabulador la póliza cuesta más porque le pagará más a los médicos y sus consultas.

Entendiendo de Una Vez los Gastos Médicos Mayores

La recomendación es tomar la póliza con un costo que pueda pagarse sin crear un desfaldo en el presupuesto de la familia, pero sí con un esfuerzo normal. Un Seguro de Gastos Médicos es un lujo, de no depender de la seguridad social, de tener el respaldo ante una enfermedad, de atenderse al momento que se requiere con buenos médicos y hospitales, sin perder patrimonios ni pedir prestado. El seguro puede ahorrar en una enfermedad miles o millones de pesos.

Saber qué presupuesto dedicarles es como comprar un auto: podría el cliente adquirir el auto más básico, antiguo y barato para satisfacer tus necesidades básicas. O podría adquirir un auto más amplio, que no lo deje tirado, con buenos lujos y más costoso. Se adapta a tu presupuesto. Malo es no tenerlo.

Considera también que no puedes tener el seguro más económico y a la hora de una enfermedad querer la atención de los mejores hospitales y médicos más exclusivos.

Agente de Seguros

La labor de nosotros como Agentes de Seguros Profesionales, Especialistas en Gastos Médicos, es guiarte y asesorarte en todo momento.

1. Para que al contratar sepas perfectamente la forma en que opera y qué Aseguradora y coberturas te convienen más según tus necesidades expresadas.
2. Para que la póliza siempre esté vigente, renovándose en tiempo, y cobrándose oportunamente.
3. Para que durante un siniestro sepas qué hacer para que funcione adecuadamente y sin problemas ante la aseguradora y hospital.

Es normal que un asegurado cuando tenga la necesidad de utilizar su póliza no sepa qué hacer, por dónde empezar, ni siquiera recuerde la explicación o un documento como éste... se le borra el cassette. En ese momento nos contacta al agente de Seguros para que lo orientemos y le demos los pasos a seguir para resolver el problema y atenderse. Es nuestro trabajo: atenderte profesionalmente.

SEGUNDA PARTE: CONCEPTOS ADICIONALES DE GASTOS MEDICOS

Maternidad

Las pólizas cubren enfermedades, accidentes, y adicionalmente Maternidad. No existen seguros como tal de maternidad, y no hay que verlo como aquel que se contrata para tener un bebé y luego se deja. El tener seguro es un buen hábito y es preventivo para todo, no solo para un bebé.

La maternidad no es una enfermedad ni accidente, y por tanto se le da un trato diferente. Se le asigna una suma asegurada desde cero, hasta 40,000 o más que funcionan para amparar el parto o cesarea (evento final). Generalmente no cubren gastos de recién nacido ni las consultas prenatales durante el proceso del embarazo.

Complicaciones del Embarazo y Enfermedades del Bebé

Más importante que la cobertura de Maternidad en sí, es la protección al bebé, quien nace asegurado desde el día cero, y que una enfermedad congénita con la que aparezca tendrá cobertura, pagando incubadoras, intervenciones, y demás asistencias para que salga adelante. También las enfermedades que llegue a presentar durante toda su vida. Para ello se da de alta en la póliza en los primeros 30 días de nacido, con lo que llega sin periodos de espera y todas las enfermedades congénitas amparadas.

Entendiendo de Una Vez los Gastos Médicos Mayores

También las complicaciones del embarazo que presente la mamá estarán amparadas por la póliza. Estos dos conceptos no se limitan a la suma asegurada de maternidad sino generalmente al total de la suma asegurada de la póliza, aplicando el deducible y coaseguro contratados.

Cambio de Aseguradora

Cuando tu seguro se ha encarecido o no estás conforme con el servicio, es posible cambiar de aseguradora. Sin embargo, siempre se debe valorar con un Agente de Seguros Profesional, Especialista en Gastos Médicos, su conveniencia. Cuando hay una enfermedad preexistente que pagó una aseguradora, la nueva aseguradora no seguirá pagando el mismo, ni sus posteriores consecuencias. Así que hay que valorar si hubiera el riesgo de que vuelva a aparecer el problema. En algunas aseguradoras se puede amparar la preexistencia declarada, siempre que sea por una enfermedad anterior, totalmente sana, no degenerativa ni crónica, no relacionada con la espalda.

Si no hay mayor problema, la persona puede cambiar de seguro. Si algún miembro de la familia no se puede cambiar, sí se podrían cambiar los demás.

Reconocimiento de Antigüedad de otra aseguradora

Cuando contratas la póliza comienza a correr tu antigüedad para efectos de eliminar los periodos de espera mencionados anteriormente. Así, al año ya se ganó la cobertura de muchas enfermedades y a los dos años prácticamente de todas.

Si la póliza se deja de pagar y se pierde la antigüedad, el periodo volverá a contar desde cero y tiene que volver a pasar tiempo para ganar la cobertura de enfermedades nuevamente.

Si se tiene una póliza vigente y se quiere hacer un cambio de aseguradora, se puede hacer pero analizando junto con el agente de seguros su viabilidad. No siempre conviene.

Entendiendo de Una Vez los Gastos Médicos Mayores

Es importante conservar la antigüedad, para no tener que cursar de nuevo los periodos de espera en la nueva aseguradora, para lo cual no pueden pasar más de 30 días sin póliza pagada. Esta te pedirá para reconocer la antigüedad una copia de la póliza anterior y la factura del último pago (complemento de pago fiscal).

Periodo de pago

Por Ley se tienen 30 días de plazo de pago para el primer recibo y para los posteriores puede ser menos (aunque generalmente también hay 30 días). Sin embargo en los seguros **no es conveniente pagar al final del plazo**, puesto que una hospitalización o reembolso que se requiera durante el llamado periodo de gracia, no procederá porque la póliza no está pagada y la aseguradora solo va a dar atención vía reembolso ya que esté la póliza con pago. Así que siempre procura pagar al principio de la vigencia de cada recibo.

En las pólizas mensuales se domicilia el pago a una tarjeta de crédito, débito o cuenta, para que la aseguradora cobre a principio de cada vigencia el recibo correspondiente y la póliza siempre está pagada y vigente.

Es de suma importancia saber que si se paga después del día 30 de vigencia, fuera del plazo de pago, se necesita rehabilitar la póliza, lo cual implica perder muchos derechos, como la cobertura de enfermedades anteriores a la rehabilitación. Es la diferencia de que una enfermedad esté cubierta o no por la aseguradora. Tu póliza siempre deberá estar pagada en tiempo, de forma estricta y cuidadosa.

Reconocimiento de Antigüedad VS Prexistencia

Es un error confundir estos términos. El reconocimiento de antigüedad que hace una aseguradora es para eliminar los periodos de espera de hasta 2 años, que ya hemos mencionado.

Entendiendo de Una Vez los Gastos Médicos Mayores

Sin embargo el reconocimiento de antigüedad no reconoce las preexistencias que vienen de las pólizas anteriores. No pagará enfermedades con un origen anterior a la contratación de la póliza con ellos.

En algunas aseguradoras se puede amparar la preexistencia declarada, siempre que sea por una enfermedad anterior, totalmente sana, no degenerativa ni crónica, no relacionada con la espalda.

Enfermedad o Accidente

La enfermedad es la alteración de la salud por agentes como virus o bacterias, o mal funcionamiento corporal, que amerita tratamiento médico o quirúrgico.

El accidente en cambio es un acontecimiento imprevisto, ocurrido por algo externo, súbito, fortuito y violento, que causa daños corporales que requieran atención médica. Es como una caída, choque, golpe.

Muchas aseguradoras le dan un trato diferente al accidente, pues no cobran deducible si así se contrató.

Cuestionario Médico y Falsas Declaraciones

Al contratar la póliza se hace un cuestionario de buena fe, con los datos generales de los asegurados y también con preguntas médicas sobre enfermedades actuales o anteriores. Es indispensable responder con cuidado y veracidad este cuestionario, sin omitir información, pues la aseguradora tiene derecho, por ley, a cancelar en cualquier momento la póliza si encuentra que el asegurado mintió en su cuestionario y ocultó información.

Entendiendo de Una Vez los Gastos Médicos Mayores

Por ejemplo. Un asegurado tiene hipertensión y no lo declara al contratar su póliza. A la hora de una hospitalización declara al médico que tiene hipertensión desde hace 10 años y la póliza solo tiene 5 años de vida, la aseguradora no solo rechaza el pago al hospital, sino que puede solicitar la cancelación de la póliza.

Felicidades

Ahora podrás saber interpretar de mejor forma tu póliza o las cotizaciones de Seguro de Gastos Médicos.

Esperamos hayas disfrutado de esta recopilación y siéntente en confianza de contactarnos para ayudarte en tu caso particular.



Av Inglaterra 2790, Arcos Sur, Guadalajara, Jal. México
Tel 33-200-201-70