



Información sobre el seguro en Illinois

Departamento de Seguros de Illinois

Preguntas frecuentes sobre el proceso de revisión de tarifas en Illinois

December 2014

Nota: Esta información fue desarrollada para brindarles a los consumidores información general y una guía acerca de la cobertura y las leyes sobre seguros. No tiene la intención de ofrecer una descripción o interpretación formal y definitiva de la política del Departamento. Para conocer la política específica del Departamento sobre un tema en particular, las entidades reguladas (la industria de seguro) y las partes interesadas deben contactarse con el Departamento.

La Revisión de tarifas es el proceso mediante el cual los expertos en seguros del Departamento de Seguros de Illinois (el “Departamento”) revisan todas las presentaciones para solicitar nuevas tarifas de seguros de salud antes de su aplicación. Esto incluye cambios en las tarifas para productos existentes así como tarifas para nuevos planes que se ofrecerán en 2014.

¿Qué es una tarifa?

Una tarifa básica es el costo mínimo de su cobertura, antes de que una compañía aseguradora analice otros factores.

¿Qué cubre una tarifa?

- Los reclamos de atención médica (hospitales, doctores, farmacia, laboratorios y otra atención de los pacientes)
- Los costos administrativos de la aseguradora (por ejemplo, procesamiento de reclamos, programas de gestión de la atención médica, salarios del personal, costos de marketing e impuestos)
- Las ganancias del asegurador
- Reservas para cubrir reclamos superiores a los esperados

¿Por qué las tarifas continúan incrementándose y por qué me interesa a mí?

Las tarifas son impulsadas por los gastos médicos, que crecen debido a muchos factores, entre los cuales se incluyen::

- Aumento en el uso de la atención y los servicios médicos
- Mayores costos de los medicamentos y mayor cantidad de recetas
- Aumento de los nuevos tratamientos y tecnologías
- Envejecimiento de la población
- Estilos de vida poco saludables
- Tratamiento de personas sin seguro

Estos costos más elevados de los reclamos de atención médica se reflejan en las tarifas que cobran las compañías aseguradoras por la cobertura del seguro médico.

¿Cómo funciona la revisión de tarifas en Illinois?

1. Una compañía aseguradora envía una presentación para solicitar nuevas tarifas al Departamento de Seguros de Illinois.
2. Los expertos del Departamento revisan la presentación para garantizar que esté completa, y que sea precisa y coherente.

Si falta información o si está incompleta, el Departamento le solicita a la aseguradora la información faltante.

Las tarifas se vuelven a revisar y se publican en el sitio web del Departamento.

3. Si el aumento de la tarifa propuesta es del 10% o más, los expertos del Departamento realizan una revisión más a fondo.
4. Las compañías de seguros deben de presentar una justificación de tarifas cada vez que propongan incrementar las tarifas de seguros de salud, incluyendo aquellos incrementos para pólizas individuales o de pequeños grupos que tienen un promedio de 10% o más, ante el Departamento de Salud y Servicios Sociales (por sus siglas en inglés “HHS”) y al Departamento.

Una “justificación de tarifas” es una serie de formas y documentos que le dan a la aseguradora razones e información de apoyo para una propuesta de incremento de tarifas. Es presentado en <https://ratereview.healthcare.gov/>.

5. Para incrementos de tarifas para pólizas individuales o de pequeños grupos que tienen un promedio de 10% o más, el Departamento conducen una revisión más a fondo para determinar si el incremento de la tarifa es “razonable”.

Nota: El Departamento no tiene autoridad para aprobar o desaprobar los aumentos de tarifas que se proponen. En consecuencia, es posible que un aumento de tarifa se pueda aplicar incluso si el Departamento determina que el aumento de la tarifa es “excesivo”.

En esta revisión más detallada, el Departamento considera muchos factores, que incluyen:

- Patrones de afiliación
- Tendencias médicas
- Gastos administrativos
- Ganancias
- Reservas
- Cambios en las prestaciones
- Antecedentes de cambios de tarifas de la empresa
- Tasa de pérdidas para la industria de seguros médicos (la porción gastada en atención médica)

- Comentarios de los consumidores enviados al Departamento
 - Otros factores que impulsan el aumento de las tarifas
 - Costos recientes y costos futuros proyectados de la atención médica y los medicamentos de venta bajo receta
6. El Departamento brinda su determinación final con respecto a la razonabilidad de un aumento del 10% o más a la compañía aseguradora y al HHS. En el sitio web del Departamento, se provee un enlace a esta información en <https://ratereview.healthcare.gov/>
7. Cuando el Departamento ha emitido su determinación final, se publica un resumen de la presentación para solicitar nuevas tarifas en el cuadro de cambios de tarifas propuestos en nuestro sitio web en <http://insurance.illinois.gov/hirc/rate-filings.asp>. Nota: un cambio en la tarifa que se publica siempre es una tarifa promedio, y su prima individual puede ser diferente.

¿Qué tarifas de seguro de salud están sujetas a revisión por parte del Departamento?

Una empresa que venda seguros de salud en Illinois debe enviar todas las presentaciones para solicitar nuevas tarifas de seguros médicos al Departamento antes de aplicarlas. Esto incluye tanto los cambios en las tarifas de los productos existentes como las tarifas de los productos nuevos.

Los siguientes tipos de planes no están definidos como planes de salud y no están sujetos a esta revisión:

- La cobertura por accidentes o del seguro por discapacidad, o cualquier combinación de las dos
- El seguro de responsabilidad civil, incluido el seguro de responsabilidad civil general y el seguro de responsabilidad civil hacia terceros (automóvil)
- Un suplemento del seguro de responsabilidad civil
- El seguro por accidentes de trabajo
- El seguro médico por accidentes automovilísticos
- Otra cobertura de seguro similar donde las prestaciones para atención médica son derivadas de otras prestaciones de seguro

¿Qué es una prima?

Una prima es el monto específico que usted paga por el seguro de salud.

¿De qué forma las tarifas determinan mi prima del seguro de salud?

Su prima actual podrá ser mayor o menor que la tarifa base, dependiendo de varios factores que incluyen su edad, en donde vive, cuánto tiempo ha permanecido con su

póliza, su sexo y su estado de salud. *Nota: Las pólizas solamente puede basarse en sexo, condiciones de salud o historiales personales de salud si su póliza entra en vigor o se renueva antes del primero de enero del 2014.

Una vez que su póliza es emitida y la tarifa de su prima se ha establecido, usted formará parte de un grupo con otros individuos que tienen el mismo tipo de póliza. Cualquier incremento en la póliza no es determinado por sus reclamos individuales, sino por la experiencia de reclamos de todo el grupo.

¿Qué significa formar parte de un grupo?

Usted y su familia forman parte de un “grupo de riesgos”. Usted paga una parte de los costos grupales a cambio de obtener la cobertura que ha comprado.

El punto del seguro es compartir el costo de la atención médica con un grupo más grande de gente, para que aquellas personas con facturas médicas más altas sigan pudiendo pagar el seguro.

¿Qué es la Tasa de pérdidas para la industria de seguros médicos?

La Tasa de pérdidas para la industria de seguros médicos (MLR) hace referencia a la porción de las primas del seguro que gasta una compañía aseguradora en atención médica y las actividades que mejoran la calidad de la atención médica.

La nueva ley de reforma de la salud exige que un mínimo del 80% (en el mercado de las pólizas individuales y de grupos pequeños) y del 85% (en el mercado de los grupos grandes) de cada dólar de la prima sea gastado en servicios de salud y en mejorar la calidad de la atención médica, y no en gastos fijos y costos administrativos de las empresas.

A partir de 2012, una aseguradora que no cumpla con el porcentaje exigido de MLR debe otorgarle reembolsos a las personas afiliadas al plan o al empleador que lo ha comprado.

¿Cómo financia Illinois el proceso de revisión de tarifas?

Como parte de la ACA, el gobierno federal le ha entregado fondos de subvención a Illinois y otros estados para mejorar el proceso de revisión de tarifas y aumentar la educación y la participación de los consumidores.

Las solicitudes de subvención y los informes trimestrales enviados por el Departamento al HHS están disponibles en nuestro sitio web, en:
<http://insurance.illinois.gov/hirc/premium-rate.asp>

¿De qué manera pueden participar los consumidores en el proceso de revisión de tarifas?

El Departamento acepta [preguntas, inquietudes y comentarios relacionados](#) con su revisión de tarifas. Cuando presente sus comentarios, por favor identifique tanto a la compañía como al número de la póliza. El Departamento no puede responder a comentarios pero responderá a preguntas consistentes con nuestra [Política de Comentarios](#).

Para más información

Llame a la Sección de Servicios al Consumidor del Departamento del Seguro al (312) 814-2427 o a nuestra línea gratuita nuestra Oficina del Consumidor de Seguros de Salud al (877) 527-9431, o visítenos en nuestro sitio web en <http://insurance.illinois.gov>