



Información sobre el seguro en Illinois

Noviembre de 2012

Departamento de Seguros de Illinois Reembolsos y Tasa de pérdidas para la industria de seguros médicos estándar en el mercado de pólizas grupales

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.

Antecedentes

- El 22 de octubre de 2010, se promulgó la disposición llamada Tasa de pérdidas para la industria de seguros médicos (MLR, por su sigla en inglés), una nueva regulación que formaba parte de la Ley de Atención Médica Asequible (Ley ACA, por su sigla en inglés). Esta regulación hará más transparente el mercado.
- Para estar seguro/a de que los dólares de su prima se gasten fundamentalmente en atención médica propiamente dicha, los estándares de la MLR de la ACA exigen que los aseguradores que operan en los mercados de pólizas individuales y de grupos pequeños cumplan con una MLR mínima de 80%. Para aquellos aseguradores que venden planes para grupos grandes, la MLR mínima es del 85%. Cada año en el que las compañías aseguradoras no cumplan con los estándares de MLR establecidos por la ACA para pólizas individuales, de grupos pequeños y de grupos grandes, deben ofrecer reembolsos a los participantes del plan.
- Se calculan tres MLR anualmente en cada estado en los que opere un vendedor de seguros de salud: el mercado individual, el mercado de grupos pequeños y el mercado de grupos grandes (si todos ellos corresponden). En cada uno de estos tres mercados, el cálculo se realiza utilizando los gastos en primas, reclamos y mejoras de la calidad para todo ese mercado en ese estado.
- En Illinois, los grupos pequeños son definidos como grupos con 50 empleados o menos. Los grupos grandes son aquellos con 51 empleados o más.
- Los requisitos federales de MLR son codificados como [45 CFR Parte 158](#).

¿Cuándo entró en vigencia la regla de la Tasa de pérdidas para la industria de seguros médicos?

- La regla de la Tasa de pérdidas para la industria de seguros médicos entró en vigencia en 2011, y los primeros reembolsos se pagaron en agosto de 2012. Las MLR estaban basadas en gastos de primas, reclamos y mejoras de la calidad para el período de enero - diciembre de 2011.

- Los cálculos de los reembolsos para enero-diciembre de 2012 se pagarán en agosto de 2013.
 - Los reembolsos para el año calendario 2013, y las posteriores, se calcularán usando las MLR basadas en los datos acumulados para el año actual y los dos años anteriores. Por ejemplo, la MLR usado para los reembolsos del año 2013 utilizará datos combinados para 2011, 2012 y 2013.

¿Qué planes grupales están sujetos a los requisitos de MLR?

Los planes de salud para grupos pequeños y grandes financiados con fondos propios, incluidos los planes protegidos. (Los planes de salud financiados con fondos propios son aquellos en los que las compañías aseguradoras asumen todo el riesgo por los gastos médicos en los que se incurra)

¿Qué planes grupales NO están sujetos a los requisitos de MLR?

- Las reglas de reembolsos de la MLR no se aplican a casos en los que un asegurador cuenta con menos de 1.000 afiliados en un estado o mercado en particular.
- El requisito de MLR no se aplica a los planes autofinanciados, que son planes de salud ofrecidos por empresas en los que el empleador asume el riesgo financiero por la atención médica.
- Los requisitos de las MLR de la ACA tampoco se aplican a las “prestaciones exceptuadas”, porque estas prestaciones no son consideradas seguro médico, conforme a la definición del Departamento de Trabajo. Estas incluyen: planes de cuidado a largo plazo, planes exclusivamente para accidentes, seguro por discapacidad, seguro por accidentes de trabajo, planes de seguro dental o de visión de alcance limitado.
- Otras prestaciones también son tratadas como prestaciones exceptuadas, y en consecuencia no están sujetas a los requisitos de MLR, si se las ofrece de manera separada, estas incluyen: planes para enfermedades específicas, planes de indemnización hospitalaria u otros planes de indemnización fija.
- Además, los siguientes planes tampoco están sujetos a los requisitos de MLR: Medicare Advantage, planes de cobertura suplementaria de Medicare y planes de medicamentos de venta bajo receta de Medicare

Requisitos de informes relacionados con primas y gastos

- En diciembre de 2010, el HHS publicó regulaciones interinas finales para implementar las disposiciones de MLR, basadas en gran medida en una regulación modelo esbozada por la NAIC. Desde entonces, el HHS ha emitido una regulación final el 16 de mayo de 2012.
- Las aseguradoras tienen la obligación de enviar un informe al HHS antes del 1º de junio de cada año, referente a los ingresos por las primas y los gastos relacionados con la cobertura de salud individual y grupal emitida durante el año calendario anterior (enero – diciembre). Si una aseguradora no ha utilizado el 80% de cada dólar de la prima en servicios de salud y en mejorar la calidad de la atención médica (en el mercado de pólizas individuales y de grupos pequeños) y el 85% en el mercado de grupos grandes, debe ofrecer un reembolso a los titulares de las pólizas en el mercado aplicable (ya sea de grupos pequeños o grandes) para el 1º de agosto del año siguiente.
- Para ayudar a la aseguradora a informar sobre su experiencia, el HHS ha desarrollado y publicado un Formulario de Informe Anual de MLR, con instrucciones para completar y enviar el informe.

<http://www.cciio.cms.gov/resources/files/mlr-annual-form-instructions051612.pdf>

Fórmula para calcular la MLR

$$\text{MLR} = \frac{(\text{reclamos de atención médica}) + (\text{gastos en mejoras de la calidad})}{(\text{Primas}) - (\text{impuestos, licencias y tarifas de regulación})}$$

Reclamos de atención médica: pagos efectuados por las aseguradoras para atención médica y medicamentos de venta bajo receta.

Gastos en mejoras de la calidad: para ser incluidas en este cálculo, las actividades de mejora de los servicios de salud deben llevar a mejoras medibles en los resultados o la seguridad de los pacientes, prevenir las readmisiones en el hospital, promover el bienestar o mejorar la tecnología de información sobre la salud de una forma que mejore la calidad, la transparencia o los resultados.

Primas: todas las primas cobradas a los titulares de pólizas

Impuestos, licencias y tarifas de regulación: incluye impuestos y evaluaciones federales, impuestos estatales y locales y licencias y tarifas de regulación.

Reembolsos a los titulares de pólizas

Los vendedores de seguros de salud que no cumplan con los requisitos mínimos de MLR incluidos en la ACA deben ofrecer reembolsos a los titulares de pólizas. Los reembolsos se deben emitir para el 1º de agosto de cada año posterior al año calendario usado para calcular la MLR (enero – diciembre). Las aseguradoras fueron obligadas a otorgar reembolsos en las primas del año calendario 2011 para el 1º de agosto de 2012. Los titulares de pólizas incluyen empleadores e individuos, y existen procedimientos levemente diferentes entre los planes patrocinados por los empleadores y aquellos pertenecientes al mercado individual, tal como se explica debajo.

¿Quién es elegible para obtener reembolsos en el mercado grupal?

- A los fines de determinar quién tiene derecho a un reembolso, el HHS ha definido a término “afiliado” para incluir al beneficiario, al titular de la póliza y/o a la entidad gubernamental que ha pagado la prima para la cobertura de atención médica recibida por una persona durante un año calendario respectivo.
- En el caso de cobertura patrocinada por el empleador, la aseguradora le pagaría un reembolso al empleador, quien luego distribuiría una parte del reembolso al afiliado (empleado). El monto del reembolso debido al empleador y al empleado se basa en sus partes relativas del pago de la prima original. Por lo tanto, si el empleador pagó el 70% de la prima y el empleado pagó el 30%, el reembolso se dividirá en 70%/30% en consecuencia. Además, los afiliados cubiertos por el seguro por solamente una parte del año calendario obtendrán su parte de cualquier reembolso ajustada a la cobertura anual parcial.
- Afiliados que pagaron primas para un plan de seguro que no cumplió con sus MLR requeridas tienen derecho a un reembolso, incluso aquellos que ya no están cubiertos

por el plan de seguro específico (**con ciertas excepciones**). Por ejemplo, si un empleador descubre que el costo de distribuir partes de un reembolso a un ex afiliado al plan es aproximadamente el valor del reembolso; el empleador puede asignar el reembolso a los afiliados actuales basándose en un método de asignación razonable, justo y objetivo.¹

¿Cómo funcionan los reembolsos en el caso de las pólizas grupales?

Muchos estadounidenses no pagan la prima del seguro completa porque obtienen cobertura a través de un empleador que asume una parte de los costos. En consecuencia, los reembolsos para pólizas grupales deben ser coordinados a través del empleador. Bajo la ACA, una aseguradora puede celebrar un acuerdo con el titular de póliza grupal (empleador) para distribuir reembolsos a nombre de la aseguradora, bajo las siguientes condiciones:

- La aseguradora sigue siendo responsable por el cumplimiento de los requisitos de la ACA.
- La aseguradora lleva registros que documentan que los reembolsos han sido distribuidos con exactitud.

La documentación debe incluir el monto de la prima pagada por el empleador, el monto pagado por el trabajador, el monto del reembolso a cada afiliado, y el monto de cualquier reembolso retenido por el empleador o que está sin reclamar y es distribuido.

Implicaciones fiscales de los reembolsos por MLR en el mercado grupal

Los reembolsos ofrecidos a los trabajadores por parte de los empleadores en la forma de un pago único serán tratados como ingresos regulares y por lo tanto pueden ser gravados. En consecuencia, para evitar consecuencias fiscales, habrá un incentivo para que los empleadores ofrezcan reembolsos en la forma de créditos en la prima del período de afiliación.

Forma de reembolsos para ex empleados y empleados actuales

- La NAIC ha recomendado, y el HHS se mostró de acuerdo, que la entidad que distribuya los reembolsos puede escoger entre desembolsar pagos a afiliados actuales con un cheque por la suma total o un depósito a una tarjeta de crédito o débito.²
- Los afiliados actuales también pueden recibir reembolsos en la forma de un crédito para pagos de primas futuras. Si un empleador o aseguradora le ofrece crédito en la prima a un afiliado, el monto completo del reembolso se debe aplicar a la primera rima del plan a pagar el 1º de agosto o después de esa fecha.
- Si el monto del reembolso es mayor que el primer pago de prima, cualquier monto de dinero sobrante se aplicará a pagos futuros de la prima hasta gastar todo el reembolso.
- Los reembolsos a personas que son ex afiliados pueden ser a través de un cheque o una transferencia a una tarjeta de débito o crédito.

Reembolsos De Minimis (límite mínimo)

¹ Departamento de Trabajo, "Guidance On Rebates For Group Health Plans Paid Pursuant To The Medical Loss Ratio Requirements Of The Public Health Service Act," Publicación técnica 2011-04, 2 de diciembre de 2011,

<http://www.dol.gov/ebsa/pdf/tr11-04.pdf>

² Departamento de Salud y Servicios Humanos, 45 CFR Part 158, “Health Insurance Issuers Implementing Medical Loss Ratio (MLR) Requirements Under the Patient Protection and Affordable Care Act; Interim Final Rule,” *Registro federal*, 1 de diciembre de 2010, (§158.241); <https://www.federalregister.gov/articles/2010/12/01/2010-29596/healthinsurance-issuers-implementing-medical-loss-ratio-mlr-requirements-under-the-patient>.

Hay reglas especiales para los reembolsos de minimis, o menores, definidos como pólizas grupales donde el asegurador distribuye el reembolso al titular de la póliza (generalmente un empleador), y el reembolso total adeudado al titular de la póliza y a los afiliados combinados es menor a \$20 para un año determinado; o pólizas grupales donde el asegurador emite el reembolso directamente al afiliado y el reembolso para el afiliado es menor a \$5 para un año determinado; o pólizas individuales, donde el reembolso total adeudado por el asegurador a cada beneficiario es menor a \$5 para un año de informe de MLR determinado.⁴⁴³

En estos escenarios, no se exigen los reembolsos directos debido a que el costo de administrar beneficios tan pequeños puede ser superior a su valor. Los aseguradores que emiten los reembolsos no pueden quedarse con estos montos de minimis, sino que deben acumular el dinero y distribuirlo entre otros afiliados del estado a los que se les adeuda un reembolso.⁴

Además, los empleadores que supervisan planes no deben emitir reembolsos si el costo de hacerlo excede el costo de los reembolsos, pero deben usar los montos de minimis en actividades deducibles para beneficiar a los afiliados.

Requisitos de notificación

Requisitos de notificación de Tasa de pérdidas para la industria de seguros médicos **cuando se emite un reembolso**

Cada aseguradora debe notificar a:

- Todos los empleadores de grupos que reciben un reembolso;
- Todos los empleados actuales afiliados al plan donde el empleador recibe un reembolso;
- Todos los empleados actuales en el mercado grupal que reciben un reembolso directamente de parte de la aseguradora.

Los avisos son estándar y contienen información acerca de la MLR del asegurador y el reembolso. Las aseguradoras no pueden apartarse del contenido de los avisos estándar, a menos que llenen campos variables o agreguen el logotipo de la aseguradora o del plan.

Los avisos los tiene que suministrar la aseguradora, no el empleador. Los avisos en la forma establecida arriba se deben suministrar además del cheque de reembolso o el crédito en la prima reales.

Los avisos deben ser enviados por correo a los empleadores y beneficiarios a la dirección de correo registrada, a través del servicio de correo de primera clase de los Estados Unidos, con franqueo prepago. Los avisos pueden ser suministrados electrónicamente si la aseguradora se comunica regularmente por vía electrónica con sus titulares de pólizas y/o beneficiarios.

Se deben realizar todos los esfuerzos razonables para garantizar que cada beneficiario y cada empleador reciban el aviso requerido.

Hay dos avisos estándar para el mercado grupal. Cada uno está rotulado con un número ubicado en la esquina superior derecha, para que la referencia sea más sencilla. (El Formulario N° 1 se refiere a los participantes en el mercado de pólizas individuales)

³ Departamento de Salud y Servicios Humanos, 45 CFR Parte 158, “Medical Loss Ratio Rebate Requirements for Non- Federal Governmental Plans; Interim Final Rule,” *Registro federal*, 7 de diciembre de 2011, § 158.243, p. 76596-76600, <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2011-12-07/>.

⁴ Centros para servicios de Medicare & Medicaid, Medical Loss Ratio (MLR) Annual Reporting Form Filing Instructions for all Parts, <http://cciio.cms.gov/resources/files/mlr-annual-form-instructions051612.pdf>.

Formulario N° 2 – A los titulares de pólizas y beneficiarios grupales cuando la aseguradora envía el reembolso al empleador, y también a cada empleado afiliado actualmente al plan grupal.

<http://www.cciio.cms.gov/resources/files/mlr-notice-2-group-markets-rebate-to-policyholder.pdf>

Formulario N° 3 – A los beneficiarios grupales cuando la aseguradora envía el reembolso directamente a los beneficiarios. Esto incluye (1) planes para iglesias que no han aceptado distribuir el reembolso de la misma forma en la que deben hacerlo los planes gubernamentales no federales, y (2) planes de salud grupales que han sido finalizados al momento en que el reembolso ha sido emitido y la aseguradora no puede ubicar al titular de póliza cuyos participantes del plan para empleados estaban afiliados al plan de salud grupal. <http://www.cciio.cms.gov/resources/files/mlr-notice-3-group-markets-rebate-to-subscribers.pdf> Los avisos se deben entregar para el 1º de agosto del año siguiente al año de informe de MLR para el cual se emite el reembolso. Por ejemplo, los avisos de reembolsos basados en el año de informe sobre MLR de 2011 se deben entregar para el 1º de agosto de 2012.

El reembolso mismo puede ser incluido junto con el Aviso, o bien ser enviado de forma separada, El Aviso puede ser enviado antes o después del pago del reembolso siempre y cuando ambos sean enviados para el 1º de agosto, o antes, del año siguiente al año de informe de MLR para el cual se ha emitido el reembolso.

Requisitos de notificación de Tasa de pérdidas para la industria de seguros médicos cuando no se emite un reembolso

- Para el año de informe de MLR 2011, un emisor cuyo MLR alcance o supere el estándar de MLR exigido por las regulaciones federales [§ 158.210](#) o [§ 158.211](#), debe brindar al titular de cada póliza en el mercado individual, un aviso que use un lenguaje estándar para informarle que la aseguradora ha cumplido con los estándares mínimos de MLR establecidos por la Ley ACA.
- Este aviso no incluirá la MLR de la aseguradora para el año del informe actual o anterior. Por el contrario, el aviso ayudará a educar a los consumidores acerca de las medidas de MLR y les indicará que visiten el sitio web HealthCare.gov para obtener información acerca de las MLR reales de la aseguradora.
- In Además, las aseguradoras sólo necesitan crear este aviso para el año de informe de MLR 2011, cuando el consumidor tiene poco conocimiento de la MLR y se pueden obtener los mayores beneficios brindando información valiosa sobre educación a los afiliados.
- Una aseguradora que alcance o supere el estándar de MLR correspondiente, puede brindar un aviso único de MLR, separado de otros documentos del plan, siempre y cuando lo hagan antes o junto con los documentos del plan que se le brindan a los participantes en o luego de julio de 2012 (los documentos del plan pueden ser, por ejemplo, pólizas, descripciones resumidas del plan y resúmenes de beneficios)

<http://cciio.cms.gov/resources/files/Files2/2012-0511-medical-loss-ratio-information.pdf>

Para más orientación:

Las pautas de MLR están disponibles en: <http://cciio.cms.gov/programs/marketreforms/mlr/index.html>.

El informe técnico de DOL 2011-2012 está disponible en: www.dol.gov/ebsa/newsroom/tr11-04.html.

Las preguntas frecuentes del IRS están disponibles en: www.irs.gov/newsroom/article/0,,id=256167,00.html.

Para más información

Llame a la Sección de Servicios al Consumidor del Departamento del Seguro al (312) 814-2427 o a nuestra línea gratuita de la Oficina del Consumidor de Seguros de Salud al (877) 527-9431. También puede visitar nuestro sitio web:

<http://insurance.illinois.gov>