

## ¿Qué significa premio de seguro?

Una prima es la cantidad específica que usted paga para un seguro médico. Si su póliza entró en vigor o fue renovada antes del primero de enero del 2014, el costo de su prima dependerá de varios factores que incluyen su edad, lugar de residencia, sexo, tiempo que ha tenido con su póliza, estado de su salud y los beneficios proporcionados por la póliza. Para una póliza que entra en vigor o se renueva en o después del primero de enero del 2014, su sexo, el tiempo que ha tenido su póliza y el estado de su salud, ya no serán usadas para establecer su prima.

Su premio de seguro también toma en cuenta los gastos esperados de:

- Los reclamos por atención médica (hospitales, médicos, farmacia, laboratorios y otras atenciones al paciente)
- Los costos administrativos del asegurador (el proceso de los reclamos, los programas administrativos para la atención, los sueldos del personal, los costos de mercadotecnia y los impuestos)
- Ganancias de las aseguradoras
- Reservas para cubrir reclamos más altos de lo previsto.

## Reembolsos por la tasa de pérdida medica

Los reembolsos por la tasa de pérdida medica (por sus siglas en inglés “MLR”) de la nueva ley de reforma de salud tiene como objetivo hacer el costo más efectivo para el cuidado de su salud, y requiere que se gaste un mínimo del 80% (en el mercado de las primas individuales y de grupos pequeños) y un 85% (en el mercado de los grupos grandes) de cada dólar del premio de seguro en la mejora de los servicios de atención médica y de la calidad de atención médica y no en los gastos generales o administrativos de la compañía. A partir del 2012, una aseguradora que no cumpla con el porcentaje MLR requerido debe otorgar reembolsos a las personas que están inscritas en el plan o al empleador que lo adquirió. Los reembolsos se deberán pagar el 1o. de agosto de cada año.

Puede encontrar más información en <http://ccio.cms.gov/resources/factsheets/mlrfinalrule.html>.

## Su participación en el proceso de revisión tarifas es **IMPORTANTE**:

Tiene la oportunidad de hacer comentarios, proporcionar sus opiniones o hacer preguntas acerca del registro de tarifas médicas enviando un correo electrónico al Departamento de seguros a [DOI.HealthRateReview@illinois.gov](mailto:DOI.HealthRateReview@illinois.gov). Le pedimos que incluya el número de registro y el nombre de la compañía en el registro, y sus comentarios o preguntas, en el correo electrónico o por correo a la dirección en EE.UU.:

Illinois Department of Insurance  
320 W Washington  
Springfield, IL 62767

El Departamento de Seguros le agradece su interés al proporcionarnos sus comentarios u opiniones para ayudar al Departamento en su evaluación de los registros de tarifas de salud. El personal del departamento tomará en consideración sus comentarios, así como los registros de revisión del cumplimiento de los requerimientos legales y los estándares actuariales. Tenga en cuenta que el Departamento no puede comentar sobre un registro de tarifas mientras está bajo revisión, pero responderemos a las preguntas de acuerdo a nuestra “póliza de comentarios”.

<http://insurance.illinois.gov/hirc/rate-filingsCommentPolicy.asp>

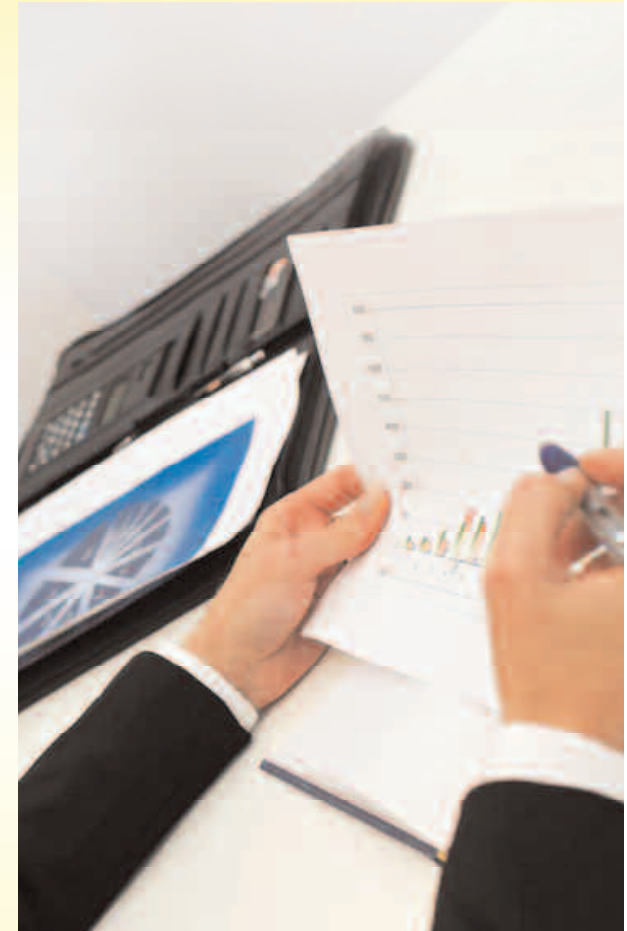
## Para obtener más información

Llame a la sección de servicios al cliente del Departamento de Seguros al (312) 814-2427 o al número gratuito de nuestra Oficina de Seguros Médicos del consumidor (877) 527-9431 o visite nuestra página web en <http://insurance.illinois.gov>.

*Nota: Esta información se ha desarrollado para brindar a los consumidores una información y una orientación general acerca de las leyes y coberturas de seguros. No tiene la intención de proporcionar una descripción ni una interpretación formal y definitiva de la política del Departamento. Para obtener información de una póliza sobre cualquier tema específico del Departamento, las entidades reguladas (sector de seguros) y las partes interesadas deberán ponerse en contacto con el Departamento.*



Estado de Illinois  
Departamento de Seguros



# Para entender las tarifas de los seguros médicos



## ¿Cómo funciona la revisión de tarifas en Illinois?

- Una compañía de seguros que vende seguros en Illinois debe presentar una solicitud para registrar cualquier cambio en las tarifas de sus productos ya existentes, así como las tarifas de sus nuevos productos al Departamento de Seguros de Illinois antes de aplicar dichos cambios.
- Las tarifas son revisadas detalladamente y luego se publican en la página de red del Departamento.
- Si el aumento de tarifas propuesto es del 10% o más, el Departamento necesita realizar un análisis más profundo para determinar si esas tarifas son “razonables”, como lo define la Ley “Affordable Care Act” (cuidado de salud de costo razonable).
- Desde el 1o. de septiembre del 2011, las compañías de seguros que proponen aumentos de tarifas para pólizas individuales o de grupos pequeños en un promedio del 10% o más, deben llenar una “justificación preliminar” como parte de su registro de tarifas ante el Departamento de Salud y Servicios Públicos de EE.UU. (por sus siglas en inglés “HHS”) y ante el Departamento.

- Una “justificación preliminar” es un formulario estandarizado para que los consumidores puedan ver las razones de la compañía de seguros para proponer dicho aumento. Se publica en <http://companyprofiles.healthcare.gov>.
- Cuando el Departamento ha emitido su determinación final sobre la razonabilidad, el resumen de la información del registro de tarifas se publica en una gráfica de cambios de tarifas propuestas en nuestra página de red <http://insurance.illinois.gov/hirc/rate-filings.asp>. Nota: un cambio de tarifas que se publica, siempre se presenta en tarifas promedio, y puede ser que su prima individual sea diferente.
- El Departamento les proporciona su determinación de razonabilidad a la compañía de seguros y al HHS.

*Nota: El Departamento no tiene la autoridad para aprobar o rechazar los aumentos de tarifas propuestos. Por lo tanto, es posible que un aumento de tarifa entre en vigor aunque el Departamento determine que “no es razonable”.*



## ¿Cómo me afecta a mí?

Como el costo de la atención médica sigue aumentando, muchas compañías de seguros se han visto en la necesidad de aumentar las tarifas de las primas. Las tarifas se rigen por los gastos médicos,



los cuales están creciendo por diferentes factores como pueden ser los cargos de los proveedores, el aumento en el uso de los servicios de salud, las nuevas tecnologías, los medicamentos que requieren receta, el envejecimiento de la población y los estilos de vida poco saludables. Los cambios en las tarifas pueden variar dependiendo de la situación financiera de la compañía y si las primas ya existentes cubren sus demandas proyectadas y sus gastos administrativos.

Usted y su familia son parte del “grupo de riesgo”. Usted paga una parte de los costos combinados a cambio de recibir la cobertura que adquirió. Esto significa que su tarifa puede aumentar incluso si usted y los miembros de su familia cubiertos están saludables y sólo han hecho reclamos menores.

Esto hace aún más crítica la obligación de rendir cuentas y mantener la transparencia de las compañías de seguros para que usted esté enterado por qué están cambiando las tarifas.

A través del proceso de revisión de tarifas, el Departamento pone a su disposición una manera de estar mejor informado acerca de sus tarifas de salud.