



Información sobre seguros en Illinois

Departamento de Seguros de Illinois

Reintegros y Tasa de pérdidas para la industria de seguros médicos en el mercado individual

Enero de 2015

Nota: Esta información fue elaborada para brindarles a los consumidores información y orientación generales sobre la cobertura del seguro y las leyes. No pretende brindar una descripción o interpretación formal y definitiva de la política del Departamento. Para conocer la política específica del Departamento sobre cada tema, las entidades reguladas (la industria del seguro) y las partes interesadas deben contactarse con el Departamento.

La Tasa de pérdidas para la industria de seguros médicos (MLR, por sus siglas en inglés) se refiere al porcentaje de primas de seguro que gasta una aseguradora en atención médica y costos para mejorar la calidad de la atención médica. La Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés) exige en el mercado individual que, como mínimo, el 80% de cada dólar de la prima se gaste en servicios de atención médica y en el mejoramiento de la calidad de la atención médica, y no en gastos generales y costos administrativos de la empresa. Las Regulaciones Federales sobre la MLR están codificadas como [45 CFR Parte 158](#).

Si una aseguradora tiene una MLR de menos del 80% para las pólizas emitidas en el mercado individual, entonces para ese período de informe de MLR en ese estado la aseguradora tiene que ofrecer un reintegro a los participantes en el plan.

A continuación hay información básica acerca de la manera en que la ley afecta a los planes en el mercado individual.

Antecedentes

- La Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (NAIC, por sus siglas en inglés) desarrolló directrices y definiciones para la manera en la que las aseguradoras deben medir la MLR, las cuales fueron adoptadas por el HHS en Regulaciones definitivas provisionales de 2010 y modificadas en 2011.

Todos los años, por cada estado en el que opere una aseguradora de salud se calcula una MLR para cada uno de los tres mercados en ese estado: el mercado individual, el mercado de grupos pequeños y el mercado de grupos grandes. En cada uno de estos tres mercados, el cálculo se realiza usando las primas, los reclamos y los gastos en mejoramiento de la calidad para todo ese mercado en ese estado.

¿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 reintegros se pagaron en agosto de 2012.
- Las MLR se basaron en las primas, los reclamos y los gastos en calidad durante el período enero-diciembre de 2011.
- Los cálculos de los reintegros para enero-diciembre de 2012 se pagaron en agosto de 2013.
- Los reintegros para el año natural 2013, y posteriores, se calcularán usando MLR basados en datos acumulados para el año actual y los dos años anteriores. Por ejemplo, la MLR usada para los reintegros de 2013 usó datos combinados de 2011, 2012 y 2013.

¿Qué planes están sujetos a los requisitos de MLR?

Las aseguradoras de salud que brindan prestaciones que consisten en atención médica en los mercados individual, de grupos pequeños y de grupos grandes, incluidos los planes protegidos, están sujetas a los requisitos de reembolso y presentación de informes.

¿Qué planes no están sujetos a los requisitos de MLR?

Los siguientes no están sujetos a los requisitos de MLR:

- Planes autofinanciados (planes de cobertura en los que el empleador paga los reclamos de salud, en lugar de depender de una empresa aseguradora que cubra los reclamos)
- Planes de prestaciones exceptuados

Ciertas prestaciones siempre son tratadas como prestaciones exceptuadas, según lo definido por el Departamento de Trabajo, porque **no son consideradas cobertura de salud**, como por ejemplo: Sólo accidentes; Seguro de ingreso por discapacidad; y Compensación por accidentes laborales.

Otras prestaciones son tratadas como prestaciones exceptuadas si se **ofrecen de manera separada o no forman parte integral del plan**, e incluyen: Seguro dental o de visión de alcance limitado y Prestaciones de cuidados a largo plazo.

Además, otras prestaciones son tratadas como prestaciones exceptuadas si se **ofrecen de manera separada y no coordinada** con prestaciones bajo otro [plan de salud grupal](#), e incluyen: Cobertura para una enfermedad específica e Indemnización hospitalaria u otros Planes de indemnización fija.

Por último, otras prestaciones son tratadas como prestaciones exceptuadas si se **ofrecen como una póliza de seguro separada y complementaria** de Medicare, cobertura de salud de las Fuerzas Armadas, o (en circunstancias muy limitadas) cobertura de plan de salud grupal.

- Planes Medicare Advantage y de Medicamentos recetados de Medicare
- Planes de duración limitada
- Planes independientes de visión, dentales y planes complementarios de Medicare

Requisitos de presentación de informes

- Las aseguradoras tienen que presentar un informe al HHS el 1° de junio de cada año mostrando cómo usaron sus ingresos por primas durante el año natural anterior. Si una aseguradora no ha usado el 80% de cada dólar de la prima en servicios de cuidado de la salud y mejoras de la atención médica (en el mercado individual) tiene que reembolsar a los titulares de pólizas en el mercado individual para el 1° de agosto.
- Para ayudar a la aseguradora a informar su experiencia, el HHS desarrolló y publicó un Formulario de informe anual de MLR, con instrucciones sobre cómo completar y presentar el informe.

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

Informes

2012

<http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Files/Downloads/mlr-report-02-15-2013.pdf>

2013

http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Final-MLR-Report_07-22-2014.pdf

Destinatarios de los reintegros en el mercado individual

- Una aseguradora tiene que cumplir con su obligación referida a la MLR de efectuar todo reintegro adeudado a un titular de póliza en el mercado individual entregándolo al participante para el 1° de agosto de cada año siguiente al período de informe de MLR correspondiente (el año natural previo).
- En el caso de las pólizas individuales que cubren a más de una persona, se puede ofrecer al titular de la póliza un reintegro mediante un pago único a nombre del participante y de todos los integrantes de su familia cubiertos por la póliza.

¿Cómo se deben efectuar los reintegros a los participantes en el mercado individual?

- Para los participantes actuales: por cheque, o emitiendo un crédito para la tarjeta de crédito o de débito que haya sido usada previamente para pagar las primas, o mediante un crédito sobre la prima para una sola factura futura (o para facturas sucesivas si el reintegro excede a la prima de un mes)
- Para ex participantes: por cheque, o emitiendo un crédito para la tarjeta de crédito o de débito que haya sido usada previamente para pagar las primas.

Reintegros no reclamados

Una aseguradora tiene que hacer un esfuerzo de buena fe para ubicar a un participante y enviarle cualquier reintegro al que tenga derecho. Si después de hacer dicho esfuerzo de buena fe, una aseguradora es incapaz de contactar al ex participante, la aseguradora tiene que cumplir con todas las leyes estatales aplicables.

Reintegros de *minimis* (piso mínimo)

- Una aseguradora no tiene que ofrecer un reintegro a un participante basado en la prima que pagó el participante en el mercado individual, si el reintegro total adeudado al participante es menor a \$5. En esos casos, la aseguradora debe sumar los reintegros sin pagar en cada mercado (en este caso, el mercado individual) en un Estado y usarlos para aumentar los reintegros ofrecidos a los afiliados que reciben basados en el mismo año natural de informe de MLR como los reintegros sin pagar sumados.
- Entonces la aseguradora tiene que distribuir estos reintegros otorgando crédito o pagos adicionales sobre las primas, divididos equitativamente entre los afiliados a los que se les está ofreciendo un reintegro. Por ejemplo, una aseguradora en el mercado individual tiene reintegros sin pagar globales que totalizan \$3000, y la aseguradora tiene 12.000 participantes con derecho a que se les ofrezca un reintegro por encima del piso mínimo para el año de informe de MLR correspondiente. Los \$3.000 tienen que ser redistribuidos a los 12.000 y sumados a sus montos de reintegros existentes. Los \$3.000 se dividen equitativamente entre los 12.000 participantes, de modo que los reintegros de cada participante aumenten en \$0,25.

¿Cómo se calcula la Tasa de pérdidas para la industria de seguros médicos?

$$\text{MLR} = \frac{(\text{reclamos de cuidado de la salud}) + (\text{gastos en mejoramiento de la calidad})}{(\text{Primas}) - (\text{impuestos, licencias y tarifas regulatorias})}$$

Primas: todas las primas pagadas por los titulares de pólizas.

Reclamos: pagos hechos por las aseguradoras por atención médica y medicamentos recetados.

Mejoramiento de la calidad: para que se incluyan en este cálculo, las actividades de mejoramiento de la salud tienen que conducir a mejoras mensurables en resultados de los pacientes o seguridad de los pacientes, evitar readmisiones en hospitales, promover el bienestar, o mejorar la tecnología de la información sobre salud de una manera que mejore la calidad, la transparencia y los resultados.

Impuestos, licencias y tarifas regulatorias: incluye a los impuestos y gravámenes federales, impuestos estatales y locales, y licencias y tarifas regulatorias.

Consecuencias fiscales federales de los reintegros de MLR en el mercado individual

Tomando como referencia la sección de Preguntas frecuentes del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés), publicada el 19 de abril de 2012, el IRS trata a la devolución como un retorno sobre las primas, de la siguiente manera:

- Siempre que los pagos de la prima no hayan sido deducidos de la declaración de impuestos federales de la persona, la devolución de MLR no debe ser gravable.
- Si la persona dedujo los pagos de la prima, el reintegro de MLR será gravable en la medida en que la persona haya recibido un beneficio fiscal por dicha deducción.

Notificación de los reintegros

1. Requisitos de notificación de los reintegros de la Tasa de pérdidas para la industria de seguros médicos en el mercado individual cuando un reintegro no está siendo efectuado para el año de informe de MLR 2011.

- Un emisor cuya MLR cumpla o supere el estándar de MLR correspondiente exigido por las Regulaciones federales § 158.210 o § 158.211, tiene que proveerle a cada titular de póliza en el mercado individual una notificación usando un lenguaje estándar para informarle que la aseguradora ha cumplido con los estándares mínimos de MLR establecidos por la ACA.
- Esta notificación no incluirá la MLR de la aseguradora para el año de informe actual y anterior. En lugar de eso, la notificación ayudará a educar a los consumidores acerca de las mediciones de MLR y les dirigirá al sitio web HealthCare.gov para que encuentren información acerca de las MLR reales de las aseguradoras.
- Además, las aseguradoras sólo tendrán que producir esta notificación para el año de informe de MLR 2011, cuando el conocimiento de la MLR por parte del consumidor es bajo y se puede obtener el mayor beneficio suministrándoles información educativa a los afiliados.
- Una aseguradora que cumpla o supere el estándar de MLR aplicable puede suministrar una notificación única de la MLR de manera separada de los documentos de cualquier plan siempre y cuando lo haga antes de o junto con los primeros documentos del plan suministrados a los participantes en julio de 2012 o después de esa fecha. (Los ejemplos de documentos del plan incluyen pólizas, descripciones resumidas del plan y resúmenes de las prestaciones).

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

2. Requisitos de notificación de los reintegros de la Tasa de pérdidas para la industria de seguros médicos en el mercado individual cuando un reintegro está siendo efectuado para el año de informe de MLR 2012.

- Cada aseguradora tiene que enviar una notificación a todos los titulares de pólizas del mercado individual que reciban un reintegro. La notificación se tiene que enviar al titular de la póliza, y no precisa ser enviada a otros integrantes de la familia incluidos en la misma póliza.
- Las notificaciones son estándar y contienen información acerca de la MLR de la aseguradora y el reintegro. Las aseguradoras no se deben desviar del contenido de las notificaciones estándar, a menos que cubran campos variables o agreguen el logotipo de la aseguradora o del plan.

<http://www.cciio.cms.gov/resources/files/mlr-notice-1-to-subscribers-in-individual-market.pdf>

- Las notificaciones tienen que ser enviadas por la aseguradora para el 1° de agosto del año siguiente al período de informe de la MLR para el cual se está efectuando el reintegro.
- El reintegro mismo puede ser incluido en la notificación, o bien puede enviarse por separado. La notificación se tiene que enviar antes o después del pago del reintegro siempre y cuando cada uno se suministre para el 1° de agosto del año siguiente al período de informe de la MLR para el cual se está efectuando el reintegro.

¿Cómo se debe enviar la notificación?

En el mercado individual, las notificaciones tienen que enviarse por correo a los titulares de pólizas a la dirección de correo registrada en el correo de primera clase de los Estados Unidos, con franqueo prepago. En cambio, las notificaciones se pueden enviar electrónicamente si la aseguradora comunica electrónicamente de manera regular con sus titulares de pólizas. Se deben hacer todos los esfuerzos razonables para garantizar que todos los titulares de pólizas reciban la notificación exigida.

<http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2012-05-16/pdf/2012-11753.pdf>

Para mayor orientación:

La guía sobre la MLR está disponible en:

<http://cciio.cms.gov/programs/marketreforms/mlr/index.html>.

La publicación técnica del 2011-4 del Departamento de Trabajo (DOL, por sus siglas en inglés) está disponible en: <http://www.dol.gov/ebsa/newsroom/tr11-04.html>.

Las Preguntas frecuentes del IRS están disponibles en:

<http://www.irs.gov/newsroom/article/0,,id=256167,00.html>.

Busque los Informes de MLR por estado y nombre de la empresa:

<http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Data-Resources/mlr.html>

Para más información

Llame al Departamento de Seguros
Línea gratuita de la Oficina de Seguro de Salud del Consumidor al (877) 527-9431
o visítenos en nuestro sitio web en <http://insurance.illinois.gov>