

División de Regulación Financiera

Preguntas Frecuentes Fin de la Emergencia de Salud Pública por COVID-19

P. ¿Cuándo termina la emergencia de salud pública por el COVID-19?

R. Con base en las tendencias actuales de COVID-19, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos está planificando que la Emergencia de Salud Pública federal por COVID-19 (Public Health Emergency o PHE), declarada bajo la Sección 319 de la Ley de Servicios de Salud Pública, con vencimiento al final del día **11 de mayo de 2023**.

P. ¿Cómo cubrirán los seguros de salud comerciales las pruebas, las vacunas y el tratamiento de COVID después de que finalice el PHE?

R. **Pruebas**- durante el PHE, la ley federal requería que las aseguradoras médicas cubrieran las pruebas de antígeno y PCR de COVID-19 de venta libre o sin receta y de laboratorio sin costos compartidos ni restricciones de su red médica. Estos requisitos se vincularon con el PHE y expiraron con el PHE el 11 de mayo.

- DFR espera que los planes de beneficios de salud continúen cubriendo las pruebas COVID-19 médicamente necesarias después de que finalice el PHE. Sin embargo, las pruebas de COVID-19 administradas a partir del 12 de mayo del 2023 pueden estar sujetas a costos compartidos, requisitos de red y revisión de gestión médica.
- La mayoría de las aseguradoras de salud ya no brindan pruebas de hogar gratuitas de COVID 19, pero aún puede obtener cuatro pruebas gratuitas del gobierno federal.
- Estas restricciones pueden variar según el plan, y se recomienda a los consumidores que se comuniquen con su aseguradora de salud para obtener la información más actualizada.
- La división alienta a las aseguradoras a continuar cubriendo las pruebas de COVID-19 sin costos compartidos ni revisión de gestión médica, y a notificar a los inscritos sobre cualquier cambio en su cobertura como resultado de la finalización del PHE.

Vacunas- tanto la ley estatal como la federal requieren que las aseguradoras cubran las vacunas COVID-19 aprobadas sin costo compartido. Algunos requisitos federales para la cobertura de vacunas, incluidos los requisitos para los proveedores fuera de la red, desaparecerán con el PHE, Oregon emitió una declaración de salud pública en virtud de ORS 743A.264 que permanece vigente. Se alienta a los consumidores a comunicarse con su proveedor de salud médica para obtener información sobre las vacunas.

- Conforme a esta declaración, los planes de beneficios de salud sujetos al Código de Seguros de Oregon deben continuar reembolsando las vacunas contra el COVID-19 sin costo compartido.

Tratamiento- De acuerdo con las prácticas durante la pandemia, la división espera que los planes de seguro médico continúen cubriendo los procedimientos, artículos y servicios médicamente necesarios para tratar el COVID-19 bajo los beneficios existentes para pacientes hospitalizados, ambulatorios, de emergencia y de farmacia. La cobertura para el tratamiento de COVID-19 generalmente puede estar sujeta a costos compartidos y cualquier límite o condición de la póliza.

P. ¿Cómo serán cubiertas las citas de tele-salud por el seguro de salud comercial después del final del PHE?

R. Durante la sesión legislativa del 2021, la legislatura de Oregon promulgó el proyecto de ley HB 2508, el cual estableció una cobertura ampliada de tele-salud para seguros privados y el Plan de Salud de Oregon (OHP). El proyecto de ley aumentó la cantidad y el tipo de tecnologías de tele-salud que deben reembolsarse y requiere que las aseguradoras reembolsen los servicios de tele-salud al mismo nivel que los servicios en persona.

- Bajo HB 2508, los planes de beneficios de salud deben cubrir cualquier servicio de salud médicamente necesario cubierto por el plan (incluyendo la salud física, oral y del comportamiento) siempre que el servicio pueda brindarse de manera segura y efectiva a través de tele-salud de acuerdo con las leyes de privacidad.
- HB 2508 permanece vigente y continuará aplicándose después de que finalice el PHE.

P. ¿Qué está pasando con las redeterminaciones de Medicaid del Plan de Salud de Oregon (OHP)?

R. La ley federal de Asignaciones Consolidadas del 2023 (Consolidated Appropriations Act 2023), fue firmada el 29 de diciembre del 2022, instruyó a las agencias estatales de Medicaid que continuaran las determinaciones normales de elegibilidad a más tardar el 1 de abril del 2023. La Autoridad de Salud de Oregon (OHA) está determinando la elegibilidad de los miembros del Plan de Salud de Oregon (OHP), utilizando un enfoque por etapas desde abril del 2023 hasta enero del 2024.

El momento de la cancelación de la inscripción se basará en los criterios establecidos por OHA, la agencia estatal responsable del OHP y el Mercado de Seguros Médicos de Oregon (OHIM). OHA y el Departamento de Servicios Humanos de Oregon están trabajando juntos preparando los próximos cambios a Medicaid para preservar los beneficios para individuos y familias.

Para aquellos que pierden los beneficios del OHP, hay un período de inscripción especial del mercado (Marketplace Special Enrollment Period, SEP) desde el 1 de abril del 2023 hasta el 30 de junio del 2024. Si un miembro ya no es elegible para los beneficios, ese miembro será referido al Mercado (Marketplace) para considerar otros beneficios razonables. OHP enviará la información del participante directamente al Mercado. El Mercado comunicará la información al participante y ayudará con la inscripción en un plan del Mercado.

También existe un periodo de inscripción especial del mercado (SEP) para los miembros del OHP que pierden la cobertura y tienen acceso a cobertura por medio del empleador. El empleado debe solicitar la inscripción en el plan del empleador dentro de los 60 días posteriores a la fecha de finalización del OHP.

En octubre del 2022, el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitió una regla para permitir un SEP para la inscripción en Medicare si la cobertura de Medicaid finaliza después de que termine el PHE de COVID-19 el 1 de enero del 2023 o después. Para más información visite: <https://es.medicare.gov/>

Para obtener más información sobre la cancelación de PHE Medicaid de Oregon, visite: <https://www.oregon.gov/oha/PHE/Documents/COVID-19-PHE-Unwinding-FAQ-Spanish.pdf>

P. Si mi seguro del Plan de Salud de Oregon se cancela debido a la finalización del PHE, ¿puedo comprar una póliza de seguro complementario de Medicare?

R. **Sí**, las pólizas de Seguro Complementario de Medicare están disponibles en Oregon con emisión garantizada para personas que:

- Están inscritas en un plan estatal de Medicaid como se describe en el Título XIX de la Ley del Seguro Social que brinda beneficios de salud que complementan los beneficios de Medicare, y el plan finaliza o el plan deja de brindar todos los beneficios de salud complementarios a la persona. Ver: OAR 836-052-0142(2)(a); y
 - Soliciten una póliza de seguro suplementario de Medicare durante los 63 días posteriores a la notificación de finalización o cancelación de la inscripción en Medicaid o la fecha de finalización de Medicaid, lo que suceda más tarde; y que también
 - Presenten evidencia de la fecha de finalización o desafiliación de Medicaid con la solicitud de una póliza suplementaria de Medicare.

Las reglamentaciones del Suplemento de Medicare de Oregon prohíben que las aseguradoras usen una condición preexistente para negar o condicionar la emisión de una póliza suplementaria de Medicare que esté disponible para participantes nuevos. Las aseguradoras tampoco pueden discriminar en el precio de dicha póliza suplementaria de Medicare debido al estado de salud, experiencia en reclamos, recibimiento de atención médica o condición médica.

Para información adicional u otras preguntas relacionadas con estas preguntas frecuentes pueden dirigirse al equipo de educación y representantes del consumidor de DFR al 1-888-877-4894 (llamada gratuita) o enviar un correo electrónico a DFR.InsuranceHelp@dcbs.oregon.gov.