



Seguro de salud

Guía rápida sobre acumuladores de copagos, maximizadores de copagos y programas de financiamiento alternativos

El costo de los medicamentos recetados puede ser un gran desafío económico para las personas que se enfrentan a un condición médica grave o crónica. Para ayudar, algunos fabricantes de medicamentos y organizaciones sin fines de lucro ofrecen asistencia financiera para cubrir los costos que los pacientes normalmente tendrían que pagar de su propio bolsillo. Algunos planes de seguro médico han cambiado la manera en que manejan esta asistencia financiera, a través de programas llamados acumuladores de copagos, maximizadores de copagos y programas de financiamiento alternativo. Comprender estos programas puede ayudarle a planificar mejor los costos reales que tendrá que pagar, conocer sus derechos y encontrar opciones de ayuda financiera.

¿Qué es un copago?

Copago: una cantidad fija que usted paga de su bolsillo por una receta cubierta, generalmente en la farmacia. El monto de su copago depende del formulario de su plan, que es la lista de medicamentos que cubre su plan. El formulario agrupa los medicamentos en niveles o categorías, con un costo diferente para usted en cada nivel. En niveles más bajos, usualmente paga un copago (p.ej., \$10). En niveles más altos, puede que tenga que pagar un coseguro, que es un porcentaje (p.ej., 20%).

¿Qué es un máximo que paga de su bolsillo?

Máximo que paga de su bolsillo: una cantidad fija en dólares que es el monto máximo que tendrá que pagar de su propio bolsillo por gastos médicos durante el año. Generalmente, usted alcanza su máximo de bolsillo pagando su deducible, más cualquier copago y coseguro que pague durante el año. Una vez que alcanza su máximo de bolsillo, continuará pagando sus primas mensuales, pero su seguro cubrirá el 100% de sus gastos médicos cubiertos por el resto del año. Es importante saber cuál es el máximo de bolsillo de su plan y qué costos están incluidos. Su plan puede tener un máximo de bolsillo separado para medicamentos recetados.

¿Qué es un Programa de asistencia para copagos?

Los programas de asistencia para copagos suelen ser ofrecidos por:

- **Fabricantes de medicamentos** para medicamentos de marca
- **Organizaciones sin fines de lucro** que ayudan a pacientes con condiciones específicas



Estos programas ayudan a pagar sus costos de bolsillo para medicamentos recetados. Por ejemplo, si su copago es de \$100, el fabricante proporciona una tarjeta de copago de \$100, por lo que usted pagaría \$0 cuando recoja su receta en la farmacia.

¿Qué es un Programa de acumulación de copagos?

Un **acumulador de copagos** es un programa utilizado por algunos planes de seguro médico que impide que la asistencia para el copago cuente para su deducible o máximo de bolsillo.

Ejemplo:

- Costos de bolsillo de la receta de Maya: \$1,000/mes
- Máximo de bolsillo del plan de Maya: \$6,000/año
- Monto de la asistencia para copagos: \$1,000/mes hasta \$6,000/total

Sin acumulador de copagos (la asistencia cuenta)

Mes	Cuánto paga la asistencia de copago	Cuánto paga Maya	Monto aplicado al máximo de bolsillo	Total pagado para el máximo de gastos de bolsillo
Ene	\$1,000	\$0	\$1,000	\$1,000
Feb	\$1,000	\$0	\$1,000	\$2,000
Mar	\$1,000	\$0	\$1,000	\$3,000
Abr	\$1,000	\$0	\$1,000	\$4,000
May	\$1,000	\$0	\$1,000	\$5,000
Jun	\$1,000		\$1,000	\$6,000 <input checked="" type="checkbox"/> alcance el máximo de bolsillo

Guía rápida sobre acumuladores de copagos, maximizadores de copagos y programas de financiamiento alternativos

Sin un acumulador de copagos, Maya no paga nada cuando recoge su receta y alcanzaría su máximo de paga de su bolsillo en junio. No pagaría nada más por atención médica cubierta durante el resto del año.

Con acumulador de copagos (la asistencia NO cuenta)

Mes	Cuánto paga la asistencia de copago	Cuánto paga Maya	Monto aplicado al máximo de bolsillo	Total pagado para el máximo de gastos de bolsillo
Ene	\$1,000	\$0	\$0	\$0
Feb	\$1,000	\$0	\$0	\$0
Mar	\$1,000	\$0	\$0	\$0
Abr	\$1,000	\$0	\$0	\$0
May	\$1,000	\$0	\$0	\$0
Jun	\$1,000	\$0	\$0	\$0
Jul	\$0	\$1,000	\$1,000	\$1,000
Ago	\$0	\$1,000	\$1,000	\$2,000
Sep	\$0	\$1,000	\$1,000	\$3,000
Oct	\$0	\$1,000	\$1,000	\$4,000
Nov	\$0	\$1,000	\$1,000	\$5,000
Dic	\$0	\$1,000	\$1,000	\$6,000 <input checked="" type="checkbox"/> alcance el máximo de bolsillo

Con el acumulador de copagos, Maya no avanza hacia alcanzar el máximo de bolsillo mientras usa la asistencia para copagos, y termina pagando \$6,000 de su propio bolsillo.

¿Qué es un programa de maximización de copagos?

Un maximizador de copagos funciona de manera diferente a un acumulador de copagos. En vez de aplicar la asistencia financiera primero, hasta que se acabe, la compañía de seguros distribuirá el monto total de la asistencia para el copago a lo largo del año del plan.

Ejemplo:

- Costos de bolsillo de la receta de Maya: \$1,200/mes
- Máximo de bolsillo del plan de Maya: \$6,000/año
- Monto de la asistencia para copagos: \$12,000/total por el año

Con un maximizador, el plan ajusta su costo de bolsillo para equipararlo al total de la asistencia para copagos disponible y lo distribuye a lo largo de todo el año.

Esto significa que Maya pagaría \$0 de su bolsillo por su medicamento recetado, pero no avanzaría hacia alcanzar el máximo de bolsillo y tendrá que pagar sus costos de bolsillo por otros servicios de salud que reciba.

Con un maximizador de copagos

Mes	Cuánto paga la asistencia de copago	Cuánto paga Maya	Monto aplicado al máximo de bolsillo	Asistencia para copagos que queda
Ene	\$1,000	\$0	\$0	\$11,000
Feb	\$1,000	\$0	\$0	\$10,000
Mar	\$1,000	\$0	\$0	\$9,000
Abr	\$1,000	\$0	\$0	\$8,000
May	\$1,000	\$0	\$0	\$7,000
Jun	\$1,000	\$0	\$0	\$6,000
Jul	\$1,000	\$0	\$0	\$5,000
Ago	\$1,000	\$0	\$0	\$4,000
Sep	\$1,000	\$0	\$0	\$3,000
Oct	\$1,000	\$0	\$0	\$2,000
Nov	\$1,000	\$0	\$0	\$1,000
Dic	\$1,000	\$0	\$0	\$0

Sin un maximizador de copagos

Mes	Cuánto paga la asistencia de copago	Cuánto paga Maya	Monto que se aplica al máximo de bolsillo	Asistencia para copagos que queda
Ene	\$1,200	\$0	\$1,200*	\$10,800
Feb	\$1,200	\$0	\$1,200*	\$9,600
Mar	\$1,200	\$0	\$1,200*	\$8,400
Abr	\$1,200	\$0	\$1,200*	\$7,200
May	\$1,200	\$0	\$1,200*	\$6,000
Jun	\$1,200	\$0	\$1,200*	\$4,800
Jul	\$1,200	\$0	\$1,200*	\$3,600
Ago	\$1,200	\$0	\$1,200*	\$2,400
Sep	\$1,200	\$0	\$1,200*	\$1,200
Oct	\$1,200	\$0	\$1,200*	\$0
Nov y Dic	\$0	\$1,200	\$0	\$0

La asistencia se acaba en octubre. Es posible que Maya deba \$1,200 en noviembre y \$1,200 en diciembre, si no ha alcanzado su máximo que paga de bolsillo con otros gastos de atención médica durante el año.

*Si la asistencia para el copago cuenta para el máximo de bolsillo depende de si su plan también utiliza un acumulador de copagos.

Guía rápida sobre acumuladores de copagos, maximizadores de copagos y programas de financiamiento alternativos

¿Se permiten los acumuladores y maximizadores de copagos?

Depende de **dónde viva** y del **tipo de plan de seguro médico que tenga**.

Normas federales

- Las regulaciones federales actualmente permiten que los planes de salud utilicen programas de acumuladores y maximizadores, excepto cuando el medicamento no tiene un equivalente genérico.
- Las normas federales han cambiado varias veces en los últimos años, por lo que este es un tema en evolución.

Leyes estatales

- A partir de 2026, más de 25 estados han aprobado leyes que prohíben o limitan los programas de acumuladores de copagos. Visite: [TriageHealth.org/StateLaws](https://www.TriageHealth.org/StateLaws) para obtener más información.
- Nota: estas leyes estatales solo se aplican a planes totalmente asegurados (por ejemplo, planes del Mercado de Seguros Médicos, planes de empleadores asegurados). Estas leyes estatales no se aplican a planes de empleadores auto-asegurados.

¿Qué es un Plan auto-asegurado?

- Plan de salud auto-asegurado (o auto-financiado): el empleador paga directamente las reclamaciones médicas de los empleados, en lugar de comprar una póliza de una compañía de seguros.
- Un administrador externo (TPA, por sus siglas en inglés) puede administrar beneficios, procesar reclamaciones y gestionar el beneficio de medicamentos recetados para el empleador. Esto puede ser confuso porque esos TPA suelen ser compañías de seguros y un empleado puede tener una tarjeta de seguro con el logotipo de una compañía de seguros, pero es el empleador quien asume el costo de los reclamos.
 - Las tarjetas de seguro para planes auto-asegurados normalmente incluyen algún tipo de descargo de responsabilidad como: “Proporciona únicamente el procesamiento de reclamaciones y no asume ningún riesgo financiero por las mismas.”



¿Cómo saber si su plan es auto-asegurado?

- Revise los documentos de su plan, incluyendo la Descripción Resumida del Plan (SPD). Puede indicar si el plan es “auto-asegurado” o “auto-financiado.”
- Pregunte a su administrador de recursos humanos o de beneficios: “¿Nuestro plan de salud grupal es auto-asegurado?”
- Declaraciones en los materiales del plan como “plan ERISA,” “plan de empleador auto-asegurado” o “solo procesamiento de reclamaciones” son indicios de que usted tiene un plan auto-asegurado.

¿Cómo averiguar si su plan utiliza estos programas?

- Revise su Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) o sus Documentos del Plan (también llamados Evidencia de Cobertura).
- Busque términos como “ajuste de acumulador de copagos,” “programa de compensación de copagos,” “maximizador de copagos,” “ajuste de cupones,” “programa de nivelación de copagos,” “programa de protección del plan de beneficios” o “programa de protección de gastos de bolsillo”.
- Comuníquese con el servicio de atención al miembro de su compañía de seguros y pregunte directamente: “¿Mi plan tiene un programa de acumulador o maximizador de copagos que afecte la asistencia para copagos?”
- Si su cobertura es a través de su empleador, pregunte a su departamento de recursos humanos o al administrador de beneficios si su plan incluye uno de estos programas.
- También es importante preguntar si el uso de estos programas es un requisito de su plan patrocinado por el empleador. En algunos casos, usted puede optar por no participar, si lo solicita.

Guía rápida sobre acumuladores de copagos, maximizadores de copagos y programas de financiamiento alternativos

¿Qué son los Programas de financiamiento alternativo (AFP, por sus siglas en inglés)?

Los Programas de financiamiento alternativo son utilizados por algunos empleadores para gestionar el costo de medicamentos costosos. Estos programas eliminan ciertos medicamentos de alto costo del formulario del plan, argumentando que esos medicamentos no están obligados a ser cubiertos (es decir, no son “beneficios esenciales de salud”). Luego, los empleados deben obtener asistencia financiera para pagar esos medicamentos.

Cómo funcionan:

- El AFP le informa al paciente que su medicamento no está cubierto por su plan de salud.
- El AFP aplica a programas de asistencia de fabricantes o de entidades sin fines de lucro en nombre del paciente.
- Si no hay fondos disponibles, el AFP puede intentar importar el medicamento desde el extranjero. Si esa no es una opción, el paciente puede tener que pagar el costo total del medicamento o cambiar a otro medicamento.

Preocupaciones clave:

- A los pacientes se les está negando la cobertura de medicamentos médicamente necesarios que de otro modo estarían cubiertos.
- Los AFP pueden retrasar el tratamiento mientras se solicita la asistencia financiera.
- Los AFP utilizan fondos benéficos destinados a pacientes sin seguro o con seguro insuficiente. Esto puede reducir el acceso a esos programas para quienes realmente los necesitan.
- El gasto de bolsillo del paciente puede no contar para su deducible ni para el máximo que paga de su bolsillo, porque el medicamento “no está cubierto” por el plan.

¿Cómo averiguar si su plan utiliza estos programas?

Aquí hay algunas señales de que su plan de salud patrocinado por el empleador está utilizando un AFP:

- Deja de cubrir todos o algunos medicamentos especializados
- Llama a los medicamentos especializados “beneficios de salud no esenciales”
- Indica que debe inscribirse, o será responsable del 100% del costo de sus medicamentos
- Le pide que firme un formulario de consentimiento para que puedan solicitar asistencia financiera en su nombre
- Indica que no puede apelar una denegación de cobertura
- Algunos ejemplos de proveedores de AFP incluyen: Archimedes, Horton, ImpaxRx, PaydHealth, SaveOnSP, PrudentRx, Payer Matrix, PriceMDs, SHARx, ScriptSourcing



¿Qué sucede si su plan no cubre su medicamento?

1. **Presente una apelación.** Usted tiene derecho a apelar una denegación de seguro, a través de una apelación interna y externa. Trabaje con su equipo de atención médica para explicar por qué un medicamento es médicamente necesario para usted. Obtenga más información sobre apelaciones: [TriageHealth.org/Espanol](https://www.triagehealth.org/Espanol)
2. **Verifique si existen Programas de asistencia para pacientes.**
3. **Cambie su plan de seguro.** Verifique si puede cambiar su plan de seguro durante el próximo período de inscripción abierta, a uno que no utilice un acumulador de copagos, maximizador o AFP.
4. **Hable con el Departamento de recursos humanos de su empleador.** Comparta su experiencia con programas de acumulador de copagos, maximizador o AFP, y anime a su empleador a cambiar sus opciones para el futuro.

Para obtener más información sobre cómo navegar el seguro médico, visite: [TriageHealth.org/Espanol#SeguroMedico](https://www.triagehealth.org/Espanol#SeguroMedico)

Descargo de responsabilidad: este folleto tiene como objetivo proporcionar información general sobre los temas presentados. Se proporciona en el entendido de que Triage Cancer no se dedica a prestar ningún servicio legal, médico o profesional mediante su publicación o distribución. Aunque este contenido fue revisado por un profesional, no debe utilizarse como sustituto de servicios profesionales.