

Cómo elegir el mejor plan médico para usted



Resumen de
esta hoja
informativa

Todos los planes médicos ofrecidos en el Mercado de Seguros Médicos de su estado cubren servicios que se clasifican dentro de 10 categorías básicas. Pero los planes tienen diferencias. Cada uno cubrirá distintos servicios dentro de esas 10 categorías, le cobrarán un precio distinto por los servicios y por los medicamentos recetados, y le permitirán ir a distintos médicos y hospitales. Así que, estudie cada plan cuidadosamente para elegir el que más se ajuste a sus necesidades.

1. ¿Los planes de salud del Mercado de Seguros Médicos cubrirán todos los servicios de salud que necesito?

Todos los planes cubrirán por lo menos las mismas categorías básicas de servicios, pero los servicios podrían variar de un plan a otro (por ejemplo, un plan podría cubrir tratamientos de infertilidad como parte del cuidado durante el embarazo y otro plan no los cubre). Los planes también te cobrarán distintos precios por servicios y medicamentos recetados.

Preguntas que debes hacerse para elegir el mejor plan para usted:

- **¿El plan cubre los servicios y medicamentos recetados que necesito?** (por ejemplo, un plan paga por el cuidado dental y otro no lo paga)
- **¿Cuántas veces al año pagará el plan por los servicios específicos que necesito?** (por ejemplo, un plan paga por 20 terapias físicas y otro paga por 40)
- **¿Cuánto tendré que pagar por un servicio o medicamento recetado específico?** (por ejemplo, un plan cobra \$20 por cada cita médica y otro cobra \$10)

10 categorías básicas de servicios

- cuidado de salud infantil, incluidos servicios de la vista y, a menudo, servicios dentales
- cuidado de emergencia
- hospitalizaciones
- exámenes médicos, como laboratorios y radiografías
- cuidado prenatal y del recién nacido
- cuidado de salud mental y por abuso de sustancias
- cuidado ambulatorio, incluyendo citas médicas y cirugías ambulatorias
- medicamentos recetados
- servicios preventivos, como vacunas y pruebas de cáncer
- cuidado de rehabilitación y habilitación, incluidas la terapia física y del habla

- **¿Cuánto tengo que pagar de mi bolsillo antes de que el plan empiece a pagar por servicios de cuidado médico?** (por ejemplo, un plan podría hacerle pagar \$500 antes de empezar a cubrir su cuidado médico y otro podría hacerle pagar \$1,500. Esa cantidad es su deducible)

Los planes no tienen que cubrir los abortos voluntarios. Tampoco tienen que pagar por cuidado dental infantil si el Mercado vende un plan dental separado.

MÁS INFORMACIÓN



Para saber más sobre los distintos costos que debe tener en cuenta al escoger un plan médico, lea la hoja informativa de Families USA: ***Cómo escoger un plan médico que pueda pagar.***

2. ¿Cómo puedo averiguar si un plan cubre un servicio o medicamento que necesito?

Hay varias maneras de encontrar información sobre los servicios que cubre un plan:

- Lea el **“Resumen de beneficios y cobertura”** en el sitio web del Mercado. Este documento es un resumen general de lo que el plan cubre sin muchos detalles.
- Si quiere información más detallada, lea el documento **“Evidencia de cobertura”** del plan. Para obtenerlo, comuníquese con el plan de cuidado de salud.
- Revise el formulario del plan para ver por cuáles medicamentos pagará el plan y los copagos que usted pagará por ellos. El documento **“Resumen de beneficios y cobertura”** (ver arriba) de los planes disponibles en el sitio web del Mercado le indicarán cómo obtener una copia de la lista de medicamentos del plan.
- Si estos documentos no explican claramente cómo está cubierto un servicio, **pídale más información a un representante del plan** (y pídale que, si es posible, le dé esa información por escrito).

3. ¿Y si no encuentro un plan médico que cubra los medicamentos recetados que necesito?

Pregúntele a su médico otro medicamento cubierto por el plan funcionaría para usted. De no ser así, usted y su médico deben hablar con el plan para saber cómo pueden obtener ese medicamento. Todos los planes deben permitirle obtener los medicamentos recetados que necesite, incluso si no suelen pagar por ellos.

4. ¿Cómo puedo averiguar si un plan cubrirá las visitas a mi médico?

La mayoría de los planes trabajan con un grupo de médicos (y otros proveedores de servicios de salud, como los hospitales). A este grupo de médicos y proveedores se le llama “red de proveedores”.

Para pagar lo menos posible por servicios, a usted deberán atenderle médicos que sean parte de la red de su plan. Si desea que le siga atendiendo su doctor, vaya al sitio del Mercado de Seguros Médicos para averiguar si su médico es parte de la red de uno de los planes. Los Mercados tienen enlaces a las redes de todos los planes médicos.

Existen dos tipos de redes y cada una tiene sus propias reglas sobre quién podrá atenderle, si necesitará un referido de su proveedor de cuidado primario para ir a especialistas y la cantidad que usted pagará. Las redes son:

- organizaciones de proveedores preferidos (PPO) o planes de punto de servicio (POS)
- organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO) u organizaciones de proveedores exclusivos (EPO).

La tabla de abajo presenta más información sobre las distintas redes de proveedores.

DIFERENCIAS ENTRE LAS DISTINTAS REDES DE PROVEEDORES		
	Organizaciones de proveedores preferidos (PPO) y Planes de punto de servicio (POS)	Organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO) y Organizaciones de proveedores exclusivos (EPO)
Cobertura fuera de la red	El plan paga parte del costo del cuidado de salud ofrecido por médicos que no aceptan su seguro, pero usted tendrá que pagar el resto	El plan no pagará por ningún cuidado de salud ofrecido por médicos que no aceptan su seguro
¿Necesito un referido para ir a un especialista?	No	Sí

Preguntas que debe hacerse sobre las redes de proveedores de los planes:

- ¿La red incluye proveedores en lugares a los que puedo llegar fácilmente?
- ¿La red incluye médicos, especialistas y hospitales a los que desearía ir (como sus proveedores actuales)?
- ¿La red incluye proveedores que hablan el idioma que prefiero?
- Si tengo una discapacidad, ¿el plan incluye proveedores que tengan el equipo de accesibilidad que necesito?
- ¿Me parecen justas las reglas del plan sobre cuándo cubrirá el cuidado médico ofrecido por médicos fuera de la red o sin un referido? ¿Estas reglas me impedirán obtener el cuidado médico que necesito?

A partir del 2015, también habrá disponibles evaluaciones de calidad de los planes, para que así pueda determinar la calidad del cuidado que ofrece cada uno.

La serie *What You Need to Know about Insurance Health (Información esencial sobre el seguro médico)* incluye las siguientes publicaciones. Los títulos que han sido traducidos al español se incluyen en paréntesis junto al nombre en inglés.

Applying for Health Insurance

Answering Questions about Your Family When Applying for Health Insurance
Answering Questions about Your Family's Income When Applying for Health Insurance
Applying for a Marketplace Plan if You Can Get Health Insurance through Your Job
What to Do if You Are Uninsured after February 15, 2015

Getting Financial Assistance

Getting Financial Assistance to Pay for Health Insurance
Deciding How Much Financial Assistance to Use to Lower Your Monthly Premiums
Will I Be Able to Get Financial Help to Pay for Health Insurance?
How Getting Financial Assistance to Pay for Health Insurance Affects Your Taxes
Getting Extra Financial Assistance to Help Pay Health Care Costs

Choosing a Health Plan (Cómo elegir un plan médico)

Choosing the Health Plan that's Right for You (Cómo elegir el mejor plan médico para usted)
Choosing a Health Plan You Can Afford (Cómo elegir un plan médico que pueda pagar)
Understanding the Differences between Platinum, Gold, Silver, and Bronze Plans
(Diferencias entre los planes platino, oro, plata y bronce)
Understanding Catastrophic Health Insurance
Buying Children's Dental Coverage through the Marketplace

Keeping and Using Health Insurance (Cómo conservar y usar el seguro médico)

How to Use Your Health Insurance (Cómo usar su seguro médico)
How to Keep Your Marketplace Health Insurance (Cómo conservar su seguro del Mercado de Seguros Médicos)
What to Do after You Buy Health Insurance in the Marketplace
(Qué hacer después de comprar un seguro en el Mercado de Seguros Médicos)

Understanding the Requirement to Have Health Insurance

Understanding the Requirement to Have Health Insurance
Understanding Minimum Essential Coverage

Reference Charts and Graphics

Income Guidelines for Getting and Using Financial Assistance for Health Insurance
Income Guidelines for Getting Extra Financial Assistance to Pay for Health Care Costs
Types of Exemptions from the Requirement to Have Health Insurance

Usted podrá encontrar una lista con todas las publicaciones de Families USA en www.FamiliesUSA.org/resources/publications.

PUBLICATIONID: 019NAV102015

