

Fundamentos del seguro médico:

**Palabras y frases clave
que necesitas saber**



Buscar seguro médico puede ser confuso, pero la Ley de Cuidado de Salud lo hace más fácil. Esta guía sencilla te ayudará a tomar decisiones más sabias para ti y tu familia.

Lo que pagas

Hay varios tipos de gastos asociados con los seguros médicos. Al momento de seleccionar un plan, asegúrate de tomar en consideración todos los gastos de los planes.

Prima (Premium):

El dinero que tú le pagas a la compañía de seguros para comprar el plan. Usualmente la cantidad se paga mensualmente o cada periodo de pago, pero a veces la cantidad hay que pagarla cada tres meses o anualmente.

Si tienes un plan por medio de tu trabajo, quizás tu empleador también paga parte de tu prima.



Deducible (Deductible)

La cantidad que debes pagar cada año antes de que tu seguro médico empiece a cubrir gastos. Muchos planes médicos requieren que uno pague “de su bolsillo”

cierta cantidad antes de empezar a pagar por servicios, parecido a como funcionan los seguros de auto.

Por ejemplo, si tienes un deducible de \$300, te va a tocar pagar \$300 en gastos médicos antes de que el seguro cubra cualquier servicio. En algunos casos, el deducible solo aplica a servicios que recibes fuera de tu “red de proveedores.” Algunos planes también tienen un deducible separado para las medicinas recetadas. Usualmente el deducible no se aplica a servicios preventivos.



Lo que pagas

Copago/Coseguro (Copay/Co-insurance)



El dinero que tal vez tengas que pagar “de tu bolsillo” por cada servicio que recibes, como citas médicas, medicinas recetadas, radiografías u hospitalizaciones. Si la cantidad es una cantidad fija (por ejemplo, \$15) se le llama copago. Si la cantidad es un por ciento del costo del servicio (por ejemplo, 20 por ciento), se le llama coseguro. Los copagos y coseguros pueden variar, dependiendo del tipo de servicio y si quien lo proporciona es o no parte de la red de proveedores del plan. Ya no es necesario pagar copago o coseguro por muchos servicios preventivos.

Límite de gastos de tu bolsillo (Out-of-Pocket-Limit)



La cantidad máxima que vas a tener que pagar cada año por el cuidado que tu plan cubre. Una vez alcances ese límite, tu seguro empezará a pagar todos los gastos cubiertos.

Cómo obtener el cuidado médico que necesitas

Distintos planes tienen distintas reglas para obtener el cuidado médico que necesitas y hacer que el plan cubra tus gastos médicos. Vas a tener que conocer estas reglas para aprovechar los beneficios de cobertura de tu plan y ahorrar dinero.

Red de Proveedores (Provider Network)

Los médicos y otros proveedores de cuidado de la salud que han acordado trabajar con la compañía de seguro médico. Distintos tipos de planes tienen distintas reglas para sus redes de proveedores. La mayoría requerirá que pagues más de tu bolsillo si buscas atención médica fuera de su red, y otras no cubren ningún cuidado fuera de su red. Hay dos tipos básicos de redes de proveedores.

Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization o PPO) y Plan de Punto de Servicio (Point of Service o POS plan)

Planes que suelen cubrir algunos de los gastos de servicios recibidos fuera de su red de proveedores preferidos. Sin embargo, probablemente vas a tener que pagar deducibles y/o copagos/coseguros más altos por los servicios que recibes fuera de la red.



Cómo obtener el cuidado médico que necesitas

Organización de Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization o HMO) y Organización de Proveedores Exclusivos (Exclusive Provider Organization o EPO)



Planes que usualmente solo cubren cuidados provistos por su red. También suelen requerir que selecciones un “médico de cuidados primarios” (como un médico de familia, un internista, o un pediatra) al cual acudir para visitas de rutina y para obtener un permiso, o “referido,” para ver a un especialista.

Autorización Previa (Preauthorization)

Requisito de que ciertos servicios, tratamientos, medicamentos y equipo sean aprobados por adelantado por la compañía de seguros, excepto en casos de emergencia. Obtener autorización previa no garantiza que la compañía de seguros vaya a cubrir un servicio, pero probablemente vas a acabar pagando más por el servicio si no obtuviste autorización previa.

CONSEJO: Para obtener el mayor beneficio de tu seguro, conoce sus reglas. Para ahorrar lo más posible, usa en la medida de lo posible los proveedores de la red del seguro (de existir) y obtén los referidos debidos y las autorizaciones previas que hagan falta.

Cómo escoger el mejor plan para ti

No tomes la decisión de cuál plan médico es mejor para ti y tu familia basándote únicamente en la prima de los planes. Toma en cuenta todos los costos relacionados al seguro, como también lo que obtienes por el dinero que pagas. Piensa en lo siguiente cuando vayas a seleccionar un plan:

- **Por lo general, una prima baja significa un deducible más alto, y una prima alta significa un deducible más bajo.** La decisión que enfrentas es si quieres pagar menos cada mes pero pagar más en gastos médicos si te enfermas, o pagar más cada mes pero pagar menos en gastos médicos cuando necesites atención médica. (No incluyas en tus cálculos el cuidado preventivo como chequeos de rutina, vacunaciones, y mamografías, ya que usualmente no hay que pagar deducible por esos servicios.)
- **Algunos planes tienen deducibles separados para servicios diferentes.** Por ejemplo, un plan puede tener un deducible para medicinas y otro deducible para otros servicios.
- **Recuerda que los copagos y coseguros pueden ser distintos para diferentes planes.** Sin embargo, estos probablemente no aplicarán al cuidado preventivo.
- **No asumas que los deducibles y los copagos o coseguros son las únicas diferencias entre planes, incluso cuando estos tengan nombres similares y los ofrezca la misma compañía.** Asegúrate de chequear que los planes cubran los mismos servicios de salud, y averigua si tienen límites de cobertura. (Por ejemplo, el plan puede que solo cubra un número específico de días en el hospital o de citas de terapia física.)

Cómo escoger el mejor plan para ti

- **Asegúrate de chequear que el plan cubra las medicinas recetadas que tomas y a qué precio.** Muchos planes tienen distintos copagos o coseguros para distintas medicinas, y algunos pueden ser mucho más caros.
- **Recuerda que la mayoría de los planes tienen redes de proveedores que debes usar para obtener cuidado al precio más económico.** Asegúrate de que la red de proveedores del plan satisfaga tus necesidades. Y si quieres seguir atendiéndote con un proveedor particular, asegúrate de que sea parte de la red del plan.

¿Dónde puedo encontrar un plan para mí?

La inscripción general para seguros de salud para el 2017 empieza el 1 de noviembre del 2016 y termina el 31 de enero del 2017.

Puedes buscar un seguro de salud y solicitar asistencia financiera para ayudarte a pagar el plan que escojas. De hecho, la gran mayoría de personas recibe esta ayuda financiera.

Puedes inscribirte en cualquier momento si tienes un cambio de vida mayor, como serían casarte, tener un hijo o perder tu trabajo. Y no olvide que es posible inscribirse en Medicaid todo el año.



Visita www.cuidadodesalud.gov para conectarte con el mercado de seguros de tu estado.



También puedes llamar al **1-800-318-2596**.



Puedes encontrar ayuda en persona gratis en el **1-800-318-2596** o ayudalocal.cuidadodesalud.gov.





202-628-3030

info@familiesusa.org

www.familiesusa.org

 FamiliesUSA

 @FamiliesUSA



202-785-1670

policy@nclr.org

www.nclr.org

 Nationalcounciloflaraza

 @ NCLR