

# Aspectos que debe considerar sobre el seguro

La obtención de un seguro médico es un paso importante en su transición hacia la atención médica para adultos. Los planes de seguros de diferentes tipos ofrecen distintas maneras en que puede brindársele atención médica y lo ayudan a pagar sus necesidades de salud. Al final encontrará definiciones de los términos que leerá en este folleto. Es bueno que las conozca cuando se afilie a un seguro médico y hable como otras personas al respecto.

A continuación, encontrará algunos aspectos que debe considerar cuando seleccione un plan de seguro médico:

## Costo (pago del seguro médico):

Tenga en cuenta el monto que puede permitirse para pagar mensualmente su prima y los gastos desembolsables (deducible, coaseguro, límite desembolsable y copagos).

- ¿Cuánto pagaré mensualmente como prima por mi cobertura de seguro médico?
- ¿Cuánto podré gastar en la prima de mi seguro médico?
- ¿Existe un deducible que deba pagar antes de que mi seguro comience a pagar mis necesidades de atención médica?
- Después de que pague mi deducible, ¿qué deberá pagar mi seguro por mis necesidades de atención médica?
- ¿Existe un máximo desembolsable anual?
- ¿Qué pagaré por una consulta con mi médico de atención primaria?
- ¿Qué pagaré por una consulta con mi especialista?
- ¿Pagaré algo adicional por ir a consulta con un médico fuera de la red?

## Cobertura (identificar el monto de los beneficios que se requieren):

Asegúrese de que su seguro médico cubrirá sus necesidades de atención.

- ¿Los beneficios farmacéuticos son parte del deducible, coaseguro o máximo desembolsable médico?
- ¿Los servicios odontológicos y oftalmológicos están cubiertos bajo mi plan de seguro médico?
- ¿Mi seguro cubre Equipos Médicos Duraderos (Durable Medical Equipment, DME) como sillas de ruedas, andaderas, muletas y otros?
- ¿Mi seguro médico tiene alguna limitación?
  - ¿Cuántas veces al año puedo ir a consulta con mi médico de atención primaria?
  - ¿Existe un máximo de recetas que pueda obtener?

## Tipos de planes de seguro

- **Organización Proveedora Exclusiva (Exclusive Provider Organization EPO):** plan de atención administrada en el que los servicios se cubren solo si usted usa médicos, especialistas u hospitales en la red del plan (excepto en caso de emergencia).
- **Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO):** tipo de plan de seguro médico que, por lo general, limita la cobertura a la atención de médicos que trabajan para la HMO o están contratados por ella. Generalmente, no cubren atención suministrada fuera de la red excepto en caso de emergencia. Una HMO puede requerir que usted viva o trabaje en su área de servicios para que usted sea elegible para la cobertura. Las HMO ofrecen atención integrada y se centran en la prevención y el bienestar.
- **Punto de servicio (Point of Service, POS):** tipo de plan en el que paga menos si se vale de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que pertenezcan a la red del plan. Los planes del POS requieren que obtenga una remisión de su médico de atención primaria a fin de que lo examine un especialista.
- **Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO):** tipo de plan de salud en el que paga menos si se vale de proveedores dentro de la red del plan. Puede valerse de médicos, hospitales y proveedores fuera de la red sin remisión, por un costo adicional.

### Fuente:

<https://www.healthcare.gov/choose-a-plan/plan-types/>

### Acceso a la atención médica:

Es importante que identifique a los médicos en la red que se ocuparán de sus necesidades médicas particulares para evitar costos fuera de la red. Quizá no todos los médicos se encuentren en la red de su plan de seguro médico.

- ¿Mis médicos actuales están en la red?
- ¿Qué hospitales de la red están en mi área?
- ¿Es posible conservar a mi especialista si está fuera de la red con mi plan de seguro médico?
  - De ser así, ¿cuánto debo pagar por una consulta con mi especialista?
- ¿Necesito una remisión de mi médico de atención primaria para ir a consulta con un especialista?
- ¿Mis recetas actuales están cubiertas?
- ¿Qué hospitales de la red están en mi área?
- ¿Es posible conservar a mi especialista si está fuera de la red con mi plan de seguro médico?
- De ser así, ¿cuánto debo pagar por una consulta con mi especialista?
- ¿Necesito una remisión de mi médico de atención primaria para ir a consulta con un especialista?
- ¿Mis recetas actuales están cubiertas?

## Términos clave

---

### Estos son algunos términos comunes que su seguro puede utilizar:

**Apelación:** la medida que se toma si usted no concuerda con la decisión sobre la cobertura o el pago que tome su compañía o plan de seguros.

**Beneficios o servicios cubiertos:** los servicios o suministros que su seguro o plan médico acuerda cubrir. Los beneficios, tanto cubiertos como no cubiertos, varían de un plan a otro.

**Coaseguro:** porcentaje que puede requerirse que usted pague como costo compartido entre usted y su seguro o plan médico después de que pague cualquier deducible.

**Copagos:** monto establecido que usted paga a un proveedor de atención por un servicio o suministro médico.

**Deducible:** monto que debe por servicios de atención médica antes de que su seguro o plan comience a pagar.

**Servicios excluidos:** servicios de atención médica por los que no paga su seguro ni plan médico.

**Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB):** resumen de costos por atención médica que su seguro o plan médico le envía después de que asiste a consulta con un médico o recibe un servicio. No es una factura.

**Formulario o vademécum (lista de medicamentos):** lista de fármacos recetados que cubre su plan farmacológico.

**En la red:** proveedor en convenio con su seguro o plan para prestar servicios de atención médica.

**Fuera de la red:** proveedor que NO tiene un convenio con su seguro o plan para prestarle servicios de atención médica a usted. Pagará más por ir a consulta con ellos.

**Máximo desembolsable:** la cantidad máxima que se requerirá que pague (generalmente por año) antes de que su plan o seguro comience a pagar la totalidad de sus beneficios de atención médica. Se trata de un monto que establece su seguro o plan.

**Preautorización (autorización previa):** autorización que se requiere de su plan o seguro médico antes de que le presten tratamiento por ciertos servicios.

**Prima:** el monto que paga a su seguro o plan cada mes para obtener cobertura médica o farmacológica.

**Médico de atención primaria:** médico que lo examina de primero ante la mayoría de los problemas de salud. Y puede enviarlo con otro médico que se especialice en cierta área profesional.

**Especialista:** médico que se especializa en un área particular de la medicina.

Fuente: <https://marketplace.cms.gov/outreach-and-education/downloads/c2c-roadmap.pdf>