

Guía básica sobre seguros



GUÍA PARA NAVEGAR POR LOS PLANES Y LAS OPCIONES DE COBERTURA

Sabemos que los seguros de salud pueden ser complicados. Pero es importante conocer las opciones disponibles para poder tomar una decisión adecuada.

Nota: La elegibilidad para los planes de seguro varía según el plan. Es probable que no califique para todos los planes de seguro que se mencionan en esta guía.

LOS SEGUROS DE SALUD

Hay dos categorías de seguros de salud: **comerciales** y **financiados por el gobierno**. A continuación, le ofrecemos una visión detallada de cada tipo.

COMERCIAL

Hay dos tipos de planes comerciales: **los planes grupales** y **los planes individuales**.



PLANES GRUPALES

¿Tiene un trabajo a tiempo completo?

Es probable que su empleador ofrezca un plan grupal.

Esto implica que un empleador o una organización de empleados le proporciona la cobertura.

► **Recuerde:** si tiene 26 años o menos, se lo puede incluir en la póliza grupal que proporciona el empleador de sus padres o tutores.



PLANES INDIVIDUALES

¿No puede acceder a un plan grupal?

Aun así, puede adquirir el seguro de salud por su cuenta.

El Mercado de Seguros de Salud, creado como parte de la Ley del Cuidado de la Salud (ACA), permite que las personas y las familias busquen y se inscriban en seguros médicos asequibles. También puede averiguar si tiene derecho a primas mensuales más bajas o a ahorros en función de sus ingresos.

La cobertura se puede adquirir directamente de una aseguradora privada o a través del Mercado de Seguros de Salud (también llamado Intercambio).

Para obtener más información sobre los planes del Mercado de Seguros de Salud, visite www.HealthCare.gov.



Antes de adquirir un plan individual, verifique si califica para Medicaid o incluso para Medicare. Obtendrá más información sobre estas dos opciones en las siguientes páginas.

FINANCIADOS POR EL GOBIERNO

Hay dos tipos principales de atención médica financiada por el gobierno: **Medicaid** y **Medicare**.



MEDICAID

¿Tiene ingresos o recursos limitados?

Entonces, Medicaid puede ser la opción correcta para usted.

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que ayuda a cubrir los gastos médicos de algunos adultos, niños, mujeres embarazadas, adultos mayores y personas con discapacidades que tienen bajos ingresos. Ofrece la siguiente cobertura:

- ▶ Atención médica gratuita o de bajo costo para las personas de bajos ingresos que califiquen.
- ▶ Servicios de hospitalización y ambulatorios, visitas médicas, servicios de enfermería y de atención médica en el hogar, y servicios de laboratorio y de rayos X.

Asegúrese de revisar las pautas de elegibilidad de su estado para Medicaid antes de adquirir un plan individual.

Tenga en cuenta que la cobertura y la elegibilidad de Medicaid varían de un estado a otro y que algunos estados pueden poner límites a los medicamentos. Visite www.Medicaid.gov para obtener información más detallada sobre Medicaid y su elegibilidad.



MEDICARE

También puede calificar para Medicare.

Medicare es el programa federal de seguro de salud dirigido no solo a las personas de 65 años o más, sino también a ciertas personas más jóvenes con discapacidades y a las personas con enfermedad renal que se encuentran en la etapa final.

Para obtener información más detallada sobre la cobertura de Medicare, visite www.Medicare.gov.



Recuerde que aún puede haber gastos de bolsillo para quienes tienen planes de seguro financiados por el gobierno, como Medicare y Medicaid. Además, el inicio o la renovación de cualquier tipo de cobertura puede afectar a los gastos de bolsillo. Tenga en cuenta que algunos planes tienen límites para los gastos de bolsillo.

**MÁS
INFO**

¿Está por elegir un nuevo plan de seguro? Esto es lo que debe tener en cuenta.

Puede llamar a cada una de las compañías de seguros para averiguar lo siguiente:

- ▶ ¿El plan ofrece cobertura para los médicos, los especialistas, la atención de emergencia y los ingresos hospitalarios de su preferencia?
- ▶ ¿El plan cubre sus recetas? (por ejemplo, si están en el formulario o no, si se exige un copago, si cuentan para los deducibles)
- ▶ ¿Los cambios en la cobertura afectarán su capacidad de acudir a los médicos o a las farmacias a los que acude en la actualidad?
- ▶ ¿Se requiere alguna autorización previa?



PLANILLA DE EVALUACIÓN DEL SEGURO

Esta planilla puede ayudarlo a comparar los planes de salud, ya que le ofrece una descripción general de los beneficios de cada plan.

Si necesita ayuda para completar esta planilla o tiene alguna pregunta sobre un plan que esté considerando, comuníquese con el proveedor del plan de salud. Además, consulte el Glosario en las páginas siguientes para obtener las definiciones de los términos comunes de los seguros.

Plan de seguro A:

Plan de seguro B:

INFORMACIÓN DEL PLAN	PLAN A (\$ POR MES)		PLAN B (\$ POR MES)	
Prima •Individual				
Prima •Familiar o individual +1				
Costo anual	Dentro de la red (\$ por año)	Fuera de la red (\$ por año)	Dentro de la red (\$ por año)	Fuera de la red (\$ por año)
Deducible •Individual				
Deducible •Familiar o individual +1				
Gasto de bolsillo máximo •Individual				
Gasto de bolsillo máximo •Familiar o individual +1				

MIS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA ACTUALES		PLAN A		PLAN B	
Proveedor de atención médica	Nombre del médico	Cubierto (S/N)	Copago/coseguro (\$ o % por consulta)	Cubierto (S/N)	Copago/coseguro (\$ o % por consulta)
Atención primaria					
Neumólogo					

	MEDICAMENTOS RECETADOS DEL PLAN A			MEDICAMENTOS RECETADOS DEL PLAN B		
Mis medicamentos recetados	Cubierto (S/N)	Copago/coseguro (\$ o % por renovación)	Se requiere AP* (S/N)	Cubierto (S/N)	Copago/coseguro (\$ o % por renovación)	Se requiere AP (S/N)

Glosario de términos de seguros

Estos son algunos de los términos que puede haber visto en esta guía o durante su propia investigación sobre la cobertura de atención médica.



ACUMULACIÓN DE COPAGOS

Una póliza en la que los cupones del fabricante no cuentan para sus deducibles. Esto incluye los programas de asistencia de copago, las tarjetas de copago y los cupones tradicionales.

¿CÓMO FUNCIONA?

En el pasado, algunos planes de seguro de salud permitían que el total de la asistencia que recibían los afiliados de los programas de asistencia con copago cuente para un deducible anual y un máximo de gasto de bolsillo. Con los programas de acumulación de copagos, esa asistencia ya no se "acumulará" para los deducibles y el máximo de gasto de bolsillo.



ADMINISTRADOR DE BENEFICIOS FARMACÉUTICOS (PBM)

Un tercero que trabaja en nombre de un plan de salud para ayudar con el procesamiento y el pago de los reclamos. Actúan como coordinadores entre las compañías de seguros, los fabricantes de medicamentos, las farmacias y los asegurados. También ofrecen programas a los participantes que prestan servicios, como la ayuda con las farmacias de venta por correo y las iniciativas de manejo de enfermedades.

ATENCIÓN ADMINISTRADA

Un plan o sistema de atención médica que tiene como objetivo controlar los costos médicos mediante la contratación de una red de proveedores.

AUTORIZACIÓN PREVIA

Una autorización previa, o AP, puede ser un requisito que necesita la compañía de seguros antes de que usted pueda recibir sus medicamentos u otros procedimientos. Si es necesario, el médico trabaja con la farmacia para proporcionarle esta información. Además, es importante tener en cuenta que es probable que deba renovar una AP después de un cierto tiempo.

MÁS
INFO

Puede ser útil tener una lista actualizada de los medicamentos que requieren una AP para saber cuándo es necesario renovarla.



COPAGO/COSEGURO DENTRO DE LA RED

Una cantidad fija que usted paga por los servicios de atención médica cubiertos a los proveedores que tienen un contrato con su seguro o plan de salud. Esta cantidad suele ser inferior al costo de un copago/coseguro fuera de la red.

¿CÓMO FUNCIONA?

Supongamos que el médico le factura \$100 y que el copago o el coseguro de su plan de salud es del 20%. Usted pagaría el 20% del total de la factura (\$20) y su plan de seguro de salud pagaría el 80% restante (\$80) una vez que se alcance el deducible.



COPAGO/COSEGURO FUERA DE LA RED

Una cantidad o porcentaje fijo que usted paga por los servicios de atención médica cubiertos a los proveedores que no tienen un contrato con su seguro o plan de salud. Esta cantidad suele ser superior al costo de un copago/coseguro dentro de la red.

DEDUCIBLE

La cantidad que es probable que tenga que pagar por la atención médica o las recetas antes de que su seguro actúe.

¿CÓMO FUNCIONA?

Usted acude a un especialista que está fuera de la red dos veces al mes por \$100 la consulta. Su deducible para los servicios que están fuera de la red es de \$1000. Pagará \$100 por las primeras 10 sesiones, hasta llegar a los \$1000. Después de alcanzar el deducible de \$1000, su plan cubrirá las consultas al especialista durante el resto del año calendario.

Nota: Es probable que aún tenga que pagar un copago una vez que haya alcanzado el deducible.



EXCLUSIÓN O LIMITACIÓN

Se refiere a un medicamento específico, un tipo de cirugía, un acto o un problema de salud que su póliza de seguro de salud no cubre.

EXPLICACIÓN DE LOS BENEFICIOS

Un informe o una declaración que recibe por parte de su compañía de seguros que explica cómo pagaron su reclamo, de acuerdo con los beneficios descritos en su plan de salud.

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS

La lista de todos los medicamentos recetados que cubre su plan.

INSCRIPCIÓN ABIERTA

El periodo anual en el que puede inscribirse en un plan de seguro de salud.

LÍMITE DE GASTO DE BOLSILLO

Lo máximo que se paga durante el periodo de una póliza (generalmente, por año) antes de que el plan de seguro de salud comience a pagar el 100 % del monto permitido.

ORGANIZACIÓN DE PROVEEDORES EXCLUSIVOS (EPO)

Un tipo de plan que cubre los servicios únicamente cuando acude a médicos, especialistas u hospitales que se encuentran dentro de la red del plan. *Nota: Debe confirmar que su centro de atención de fibrosis quística (FQ) esté dentro de la red antes de inscribirse en un plan EPO.*

ORGANIZACIÓN DE PROVEEDORES PREFERIDOS (PPO)

Un tipo de plan de salud que le permite acudir a médicos que están tanto dentro como fuera de la red y obtener cobertura para ambos, pero usted paga menos por la atención de los proveedores que están dentro de la red.

ORGANIZACIONES DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD (HMO)

Este tipo de plan suele limitar la cobertura a la atención de los médicos que trabajan con las HMO. Por lo general, no cubre la atención médica fuera de la red, excepto en casos de emergencia, y puede requerir que usted trabaje o viva en su área de servicio para tener derecho a la cobertura.

PERIODO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL

Un periodo de tiempo fuera del Periodo de Inscripción Abierta en el que aún puede inscribirse en el seguro de salud. Califica para esta inscripción si han ocurrido sucesos o ha atravesado circunstancias inusuales en su vida y, por lo general, tiene hasta 60 días después de ocurrido el suceso para inscribirse en un plan.

PRIMA

La cantidad mensual que debe pagar por su plan o seguro de salud para mantener la cobertura activa.

PROVEEDOR DENTRO DE LA RED

Un médico que tiene un contrato con el plan de seguro de salud para prestar servicios a los asegurados a tarifas específicas previamente negociadas.

PROVEEDOR FUERA DE LA RED

Un médico que no tiene un contrato con su plan de seguro de salud. Cuando recibe atención de un proveedor que está fuera de la red, su compañía de seguros suele pagar menos o nada por todos los servicios que usted recibió.

REEMBOLSO

El sistema a través del cual la aseguradora les paga a los médicos por los servicios de salud.

RED DE SEGURO DE SALUD

El conjunto de médicos, proveedores e instalaciones que su plan de seguro de salud tiene contratados para prestarle servicios de atención médica.

RECLAMO

Una solicitud de pago para su compañía de seguro de salud que se presenta después de que usted reciba una factura médica. Usted o su proveedor de atención médica pueden presentar un reclamo por los servicios cubiertos.

¿Busca más recursos sobre estilo de vida con FQ?

Visite Everyday-CF.com para obtener consejos prácticos, recetas frescas y más.