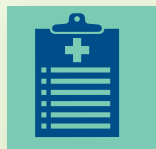
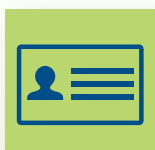


DE LA COBERTURA AL CUIDADO DE SU SALUD



Una Guía para Un Mejor Cuidado y Una Vida Más Saludable



SU INFORMACIÓN IMPORTANTE



Esta Guía le
Pertenece a: _____

Nombre del Plan Médico: _____

Número de Póliza: _____

Numero de Grupo: _____

Número de Teléfono del Plan Médico: _____

Proveedor de Cuidado Primario: _____

Otros Proveedores: _____

Farmacia: _____

Alergia: _____

Contacto de Emergencia: _____

Medicamentos: _____

Otro: _____

Proteja su Identidad: Mantenga segura su información personal, tanto si es en papel, en línea, o en sus computadoras y dispositivos móviles. Guarde y disponga de su información personal con seguridad, especialmente su número del Seguro Social.



1

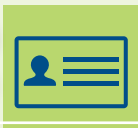


**COMIENCE
AQUÍ**

Dele prioridad a su salud

- Mantener su salud es importante para usted y para su familia.
- Lleve un estilo de vida saludable en su casa, en su trabajo, y en su comunidad.
- Hágase las pruebas médicas que le recomienden y maneje sus enfermedades crónicas.
- Guarde toda su información médica en el mismo lugar.

2



Entienda su cobertura de salud

- Comuníquese con su plan de seguro o con el programa estatal de Medicaid o CHIP para que vea qué servicios están cubiertos.
- Familiarícese con sus costos (primas, copagos, deducibles, coseguro).
- Entienda la diferencia entre los proveedores dentro de la red y fuera de la red.

3



Entienda dónde debe ir si necesita atención médica

- Vaya a la sala de emergencias si tiene una situación que ponga en peligro su vida.
- En caso de que no sea una emergencia, es preferible que vaya al médico primario.
- Entienda la diferencia entre cuidados primarios y cuidados de emergencia.

4



Encuentre un proveedor

- Pregúntele a sus amistades o investigue por Internet.
- Revise la lista de proveedores de su plan.
- Si le asignan un proveedor, comuníquese con su plan si quiere cambiarlo.
- Si está inscrito en Medicaid o en CHIP, comuníquese con el programa estatal de Medicaid o CHIP para que lo ayuden.


5

Haga una cita

- Dígalos si es un paciente nuevo o si ya ha estado antes ahí.
- Dé el nombre de su plan de seguro y pregunte si aceptan su seguro.
- Dígalos el nombre del proveedor que usted quiere ver y por qué quiere una cita.
- Pregunte si están disponibles en los días y horarios más convenientes para usted.


6

Esté preparado para la consulta

- Lleve su tarjeta de seguro.
- Investigue la historia médica de su familia y haga una lista de los medicamentos que esté tomando.
- Lleve una lista de preguntas y cosas de las que quiera hablar, y tome notas durante la consulta.
- Lleve a alguien para que lo acompañe si necesita ayuda.


No

Si quiere cambiar de proveedor, regrese al Paso 4.

7

Decida si el proveedor es el adecuado para usted

- ¿Se sintió cómodo con el proveedor que lo atendió?
- ¿Pudo comunicarse y entender a su proveedor?
- ¿Le parece que usted y su proveedor pueden tomar buenas decisiones juntos?
- Recuerde: ¡Cambiar de proveedor no es ningún problema!


Si

Próximos pasos después de su cita


8

- Siga las instrucciones de su proveedor.
- Ocúpese de que le surtan los medicamentos por receta que le hayan dado, y tómelos según le hayan indicado.
- Haga una cita para la siguiente visita si es necesario.
- Revise la explicación de beneficios y pague sus cuentas médicas.
- Comuníquese con su proveedor, plan de salud, o la agencia estatal de Medicaid o CHIP si tiene alguna pregunta.

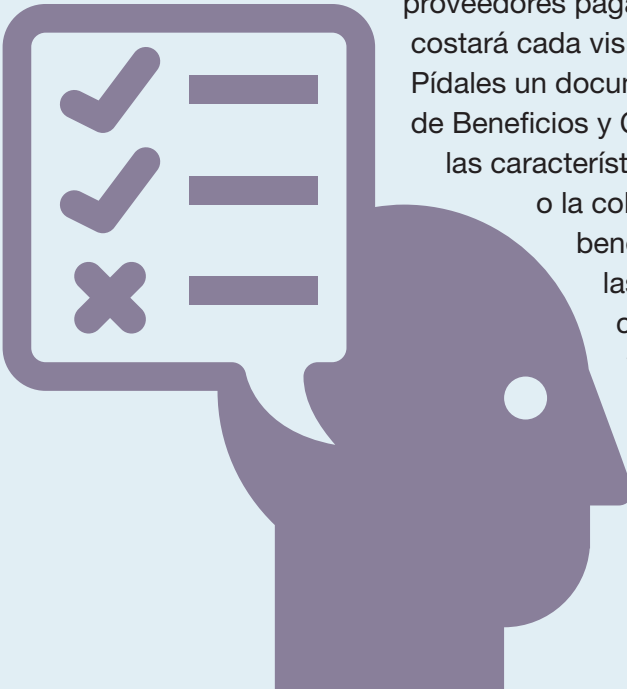


2 Entienda su cobertura de salud.

La cobertura de salud paga los servicios de los proveedores, los medicamentos, el cuidado de hospital, y el equipo médico necesario cuando está enfermo. También es importante cuando *no* está enfermo. La mayoría de las coberturas incluyen vacunas para niños y adultos, visitas anuales para las mujeres y las personas mayores, exámenes y asesoría de obesidad para las personas de todas las edades, y más, gratuitamente. Mantenga su cobertura pagando sus primas mensuales (si las tiene).

Los planes de seguro pueden ser distintos según los proveedores que visite y cuánto tenga que pagar. Los programas de Medicaid y CHIP también varían de un estado a otro. Consulte con su compañía de seguros o programa estatal de Medicaid y CHIP para asegurarse de entender qué servicios y

proveedores pagará su plan y cuánto costará cada visita o medicamento. Pídales un documento de Resumen de Beneficios y Cobertura que resuma las características claves del plan o la cobertura, como los beneficios cubiertos, las estipulaciones de costo compartido, y las limitaciones y excepciones de cobertura.



Aquí tiene explicaciones de palabras claves de seguro médico que es posible que oiga. Hay otras palabras claves que se explican en la parte de atrás de este manual.

- **Una Red** es los centros, proveedores, y suplidores que ha contratado su seguro o plan médico para facilitar servicios médico.
- Hable con su compañía de seguros para averiguar cuales proveedores están “dentro de la red.” A estos proveedores también se les pueden llamar “proveedores preferidos” o “proveedores participantes.”
- Si un proveedor está “fuera de la red,” puede que le cueste más la visita.
- Las redes pueden cambiar. Consulte con su proveedor cada vez que haga una cita para que sepa cuánto tendrá que pagar.
- **Un Deducible** es la cantidad que usted debe pagar por los servicios médicos, antes de que su seguro médico o plan comience a pagar la cobertura.

Por ejemplo, si su deducible es de \$1,000, su plan no pagará nada hasta que usted no satisfaga el deducible de \$1,000 para servicios médicos cubiertos y sujetos al deducible. El deducible quizás no sea aplicable a todos los servicios.

- **Coseguro** es la porción que paga por los servicios cubiertos, calculada como porcentaje (por ejemplo, 20%) de la cantidad aceptada para esos servicios. Usted paga el coseguro, más cualquier deducible que deba.

Por ejemplo, si la cantidad autorizada para el seguro médico o el plan para una visita al médico es \$100 y usted ya ha pagado el deducible, su pago del 20% por coseguro sería \$20. El seguro médico o el plan paga el resto de la cantidad aprobada.



- **Un Copago** es una cantidad fija que usted paga por un servicio médico cubierto, usualmente en el momento en que lo recibe. La cantidad puede variar según el tipo de servicio médico cubierto.

Por ejemplo, puede pagar \$10 o \$20 por una visita al médico, exámenes de laboratorio, o una receta.

Generalmente, los copagos son de entre \$0 y \$50, según su plan de seguros y el tipo de visita o servicio.

- **Una Prima** es la cantidad que debe pagar por su seguro o plan médico. Usted y/o su empleador usualmente pagan esa cantidad mensualmente, trimestralmente, o anualmente.
- **Límite de gastos de su bolsillo** es la cantidad máxima que usted paga durante el periodo de la póliza (generalmente un año) antes de que su seguro médico comience a pagar el 100% de las cantidades autorizadas. Este límite debe incluir deducibles, coseguros, copagos o cargos similares y cualquier otro gasto necesario de una persona considerado como un gasto médico calificado para los beneficios de salud esenciales. Este límite nunca incluye

su prima, facturas de saldos para los proveedores y otros costos compartidos fuera de la red, o gastos médicos para beneficios de salud no esenciales.

El límite máximo de su propio bolsillo para

cualquier plan individual del Mercado para el año 2014 no puede ser más de \$6,350 para un plan individual y \$12,700 para un plan familiar.

- **Explicación de Beneficios [Explanation of Benefits (EOB) en inglés]** es un resumen de los cargos que le envía su plan después de que usted visita un proveedor o recibe un servicio. No es una factura. Es un registro de la atención médica que usted o las personas cubiertas en su póliza han recibido y cuánto le está cobrando su proveedor a su plan médico. Si tiene que pagar más por su cuidado, su proveedor le enviará una factura aparte.





Su Tarjeta de Seguro u Otro Documento

Probablemente ha recibido un paquete de socio con información acerca de su cobertura de su plan de seguro o de su programa estatal de Medicaid o CHIP. Lea esta información detalladamente porque la necesitará cuando visite un proveedor o si llama a su compañía de seguros para hacer una pregunta. Si no puede leerla o entenderla, llame a su plan médico o a su programa estatal de Medicaid o CHIP y pídale que se la expliquen.

Puede que haya recibido una tarjeta o algún otro documento como prueba de su seguro. Puede que su tarjeta tenga un aspecto distinto, pero debe tener el mismo tipo de información. Algunos planes médicos no tienen tarjetas, pero usted debe recibir esta información de alguna otra manera. Si no recibe tarjeta, póngase en contacto con su plan médico para ver si debería haberla recibido.

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Tipo de plan

4

Fecha de entrada en vigor

Nombre del Socio: Juan Torres

1

Número de Socio: XXX-XX-XXX

2

Número de Grupo: XXXXX-XXX

3

Grupo de Recetas # XXXXX:

Copago de Recetas Médicas
\$15.00 Genéricos
\$15.00 De Marca

7

Copago PCP \$15.00

5

Copago de Especialista: \$25.00

Copago de Sala de Emergencia: \$75.00

Servicio de Socio: 800-XXX-XXXX

6

La información siguiente puede estar incluida en su tarjeta de seguro u otro documento de su plan médico o programa estatal de Medicaid o CHIP.

- 1 Nombre y fecha de nacimiento del socio.** Generalmente, esto aparece impreso en la tarjeta.
- 2 Número de socio.** Este número se utiliza para identificarlo para que su proveedor sepa cómo enviarle la factura a su plan médico. Si su cónyuge o sus hijos también están en su cobertura, sus números de socio pueden tener apariencias muy parecidas.
- 3 Número de grupo.** Este número se utiliza para rastrear los beneficios específicos de su plan. También se utiliza para identificarlo para que su proveedor sepa cómo enviarle facturas a su seguro.
- 4 Tipo de plan.** Puede que su tarjeta tenga una etiqueta, como HMO, PPO, HSA, Abierto, u otra palabra que describa el tipo de plan que tiene. Esto le dice qué tipo de red tiene su plan y qué proveedores puede visitar que estén “dentro de la red” para usted.
- 5 Copago.** Estas son las cantidades que debe pagar usted cuando recibe atención médica.
- 6 Números de teléfono.** Puede llamar a su plan médico si tiene preguntas acerca de encontrar un proveedor o lo que incluye su cobertura. A veces, los números de teléfono aparecen en la parte de atrás de su tarjeta.
- 7 Copago de recetas médicas.** Éstas son las cantidades que debe pagar por cada receta que haya surtido.



Las preguntas que hay a continuación pueden ayudarlo a entender mejor su cobertura y a entender lo que pagará cuando reciba atención médica. Si no sabe las respuestas a estas preguntas, póngase en contacto con su plan de seguros o su agencia estatal de Medicaid o CHIP.

- ¿Cuánto tendré que pagar por una visita de cuidado primario? ¿Una visita de especialidad? ¿Una visita de salud mental/ conductual?
- ¿Tendría que pagar una cantidad distinta si visito a un proveedor “de dentro de la red” o “de fuera de la red”?
- ¿Cuánto tengo que pagar por medicamentos de receta?
- ¿Hay límites del número de visitas a un proveedor, como un proveedor de salud conductual o un terapeuta físico?
- ¿Cuánto me costará ir a la Sala de Emergencia si no es una emergencia?
- ¿Cuál es mi deducible?
- ¿Necesita referido para visitar a un especialista?
- ¿Qué servicios no cubre mi plan?

PARA PREVENIR EL FRAUDE DE ATENCIÓN MÉDICA

Si otra persona utiliza su tarjeta de seguro o número de socio para obtener medicamentos de receta o atención médica, entonces está cometiendo un fraude. Ayude a prevenir el fraude de cuidado médica.

- No deje que nadie utilice nunca su tarjeta de seguro.
- Mantenga segura su información personal.
- Llame a su compañía de seguros inmediatamente si pierde su tarjeta de seguro o sospecha el fraude.

Aquí hay ejemplos de cómo podrían utilizar los términos de los que hemos hablado en esta sección su plan de seguros o su programa estatal de Medicaid o CHIP para cubrir su atención médica.

- Todos los planes médicos deben darle un Resumen de Beneficios y Cobertura, que tendrá estos ejemplos, indicando cómo podría el plan ayudarlo a pagar servicios.
- Los costos y el cuidado reales varían según sus necesidades de atención médica y su cobertura.
- Póngase en contacto con su plan médico o su programa estatal de Medicaid o CHIP para obtener más información.

Tener un bebé (parto normal)

- **Cantidad que se les debe a los proveedores:** \$7,540
- **El plan paga:** \$5,490
- **La paciente paga:** \$2,050

Ejemplos de costos de cuidado:

Cobros de hospital (madre)	\$2,700
Cuidado obstétrico de rutina	\$2,100
Cargos de hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Pruebas de laboratorio	\$500
Recetas	\$200
Radiología	\$200
Vacunas, que no sean preventivas	\$40
Total	\$7,540

La paciente paga:

Deducibles	\$700
Copagos	\$30
Coseguro:	\$1,320
Total	\$2,050

Control de diabetes de tipo 2 (1 año de mantenimiento de rutina y una condición crónica bien controlada)

- **Cantidad que se les debe a los proveedores:** \$5,400
- **El plan paga:** \$3,520
- **El paciente paga:** \$1,880

Ejemplos de costos de cuidado:

Recetas	\$2,900
Equipo e insumos médicos	\$1,300
Visitas y procedimientos de oficina	\$700
Educación	\$300
Pruebas de laboratorio	\$100
Vacunas, que no sean preventivas	\$100
Total	\$5,400

El paciente paga:

Deducibles:	\$800
Copagos	\$500
Coseguro	\$580
Total	\$1,880

Los números no son costos reales y no incluyen toda la información clave.

Fuente: <http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/sbc-template-spanish-second-year-pdf.pdf>

GLOSARIO

Apelación

Una solicitud para que su compañía de seguros o su plan revise una decisión o una queja nuevamente.

Copago

Una cantidad fija (por ejemplo, \$15) que usted paga por un servicio médico cubierto, usualmente en el momento en que lo recibe. La cantidad puede variar según el tipo de servicio médico cubierto.

Copago Fuera de la Red

Una cantidad fija (por ejemplo, \$30) que usted paga por cuidados médicos cubierto facilitados por proveedores que no tienen un contrato con su seguro o plan médico. El copago fuera de la red, por lo general cuesta más que el copago dentro de la red.

Coseguro

La porción que usted paga por los servicios cubiertos, calculada como porcentaje (por ejemplo, 20%) de la cantidad aceptada para esos servicios. Usted paga el coseguro, más cualquier deducible que deba. Por ejemplo, si la cantidad autorizada para el seguro médico o el plan para una visita al médico es \$100 y usted ya ha pagado el deducible, su pago del 20% por coseguro sería \$20. El seguro médico o el plan paga el resto de la cantidad aprobada.

Coseguro Dentro de la Red

El porcentaje (por ejemplo, el 20%) que usted paga de la cantidad autorizada por servicios de cuidado médico cubiertos para los proveedores que pertenecen a su seguro o plan médico. Usualmente el coseguro dentro de la red le cuesta menos que el coseguro fuera de la red.

Coseguro Fuera de la Red

El porcentaje (por ejemplo, el 40%) que usted paga de la cantidad autorizada por servicios médicos cubiertos facilitados por proveedores que no tienen un contrato con su seguro o plan médico. El coseguro fuera de la red, por lo general cuesta más que el coseguro dentro de la red.

Cuidado Ambulatorio en el Hospital

Cuidado en un hospital que usualmente no requiere quedarse una noche.

Cuidado Hospitalario para Pacientes Ambulatorios

Cuidado médico o quirúrgico que se obtiene en un hospital sin haber sido internado. Los cuidados hospitalarios para pacientes ambulatorios pueden incluir servicios de urgencia, servicios de observación, cirugía ambulatoria, pruebas de laboratorio o radiografías.

Cuidado Primario

Servicios de salud que abarcan la prevención, el bienestar y el tratamiento de enfermedades comunes. Los proveedores de servicios de salud primarios incluyen médicos, enfermeros practicantes y asistentes médicos. A menudo mantienen una relación a largo plazo con usted, lo aconsejan, y tratan en diferentes asuntos relacionados con la salud. También pueden coordinar sus cuidados de salud con especialistas.

Cuidados de Urgencia

Cuidados de una enfermedad, lesión, o condición tan grave, que cualquier persona razonable buscaría atención de inmediato, pero no tan graves como para necesitar cuidados en una sala de emergencias.

Deducible

La cantidad que usted debe pagar por los servicios médicos, antes de que su seguro médico o plan comience a pagar la cobertura. Por ejemplo, si su deducible es de \$1,000, su plan no pagará nada hasta que usted no satisfaga el deducible de \$1,000 para servicios médicos cubiertos y sujetos al deducible. El deducible quizás no sea aplicable a todos los servicios.

Especialista

Un médico especialista que se dedica en una área específica de la medicina o en un grupo específico de pacientes, para diagnosticar, administrar, prevenir, o tratar cierto tipos de síntomas y condiciones. Un especialista que no es un médico, es un proveedor que posee más entrenamiento en un área específica del cuidado médico.



Explicación de Beneficios

Un resumen de cargos de atención médica que le envía su compañía de seguros después de que usted visita a un proveedor o recibe un servicio. No es una factura. Es un registro de la atención médica que usted o personas cubiertas bajo su póliza han recibido y cuánto le está cobrando su proveedor a su compañía de seguros.

Formulario – Lista de Medicamentos

Una lista de medicamentos cubiertos por un plan de medicamentos recetados u otro plan médico que ofrezca beneficios de medicamentos recetados. También conocido como Lista de Medicamentos.

Fuera de la red

Un proveedor que no tiene contrato con su asegurador o plan médico para proveerle servicios. Pagará más para utilizarlos.

Límite de Gastos de su Bolsillo

Cantidad máxima que usted paga durante el periodo de la póliza (generalmente un año) antes de que su seguro médico comience a pagar el 100% de las cantidades autorizadas. Este límite debe incluir deducibles, coseguros, copagos o cargos similares y cualquier otro gasto necesario de una persona considerado como un gasto médico calificado para los beneficios de salud esenciales. Este límite nunca incluye su prima, facturas de saldos para los proveedores y otros costos compartidos fuera de la red, o gastos médicos para beneficios de salud no esenciales.

El límite máximo de su propio bolsillo para cualquier plan individual del Mercado para el año 2014 no puede ser más de \$6,350 para un plan individual y \$12,700 para un plan familiar. Estas cifras subirán en costo en el 2015.

Preautorización

Una decisión de su seguro o plan de que un servicio, tratamiento, receta o equipo médico es necesario por razones médicas. A veces se le conoce como autorización previa, preautorización o preaprobación. El plan o seguro pueden requerir esta autorización antes de que usted reciba ciertos servicios, excepto en casos de emergencia. La autorización previa no significa que el seguro o plan cubrirá el servicio o artículo.

Prima

La cantidad que debe pagar a su seguro o plan médico. Usted y/o su empleador usualmente pagan esa cantidad mensualmente, trimestralmente, o anualmente.

Proveedor de Cuidados Primarios

Un médico o doctor en medicina (M.D. en inglés), o doctor en osteopatía (D.O. en inglés), enfermera practicante, enfermera clínica especializada, o asistente médico, autorizado según la ley estatal, que facilita, coordina, o ayuda a un paciente a conseguir un conjunto de servicios médicos.

Red

Los centros, proveedores, y suplidores que ha contratado su seguro o plan médico para facilitar servicios médicos.

Servicios de Emergencia

Evaluación de una condición médica de emergencia y del tratamiento adecuado para evitar que esa condición empeore.

Servicios Excluidos

Servicios médicos que su seguro o plan médico no cubren y no pagan.

Servicios de Prevención

Servicios de salud de rutina que incluyen exámenes, chequeos, y consejos al paciente, para prevenir enfermedades, condiciones, u otros problemas de salud.



CMS Product No. 11839-S
Julio de 2014

marketplace.cms.gov/c2c