

Usted acaba de conseguir Seguro de Salud. ¿Ahora qué?

Te has registrado para el seguro de salud. Pero, ¿cómo usar su plan? ¿Cómo encontrar un médico? Este folleto está destinado a ayudar a encontrar respuestas a este tipo de preguntas.

¿Cómo voy a pagar por mi plan de seguro?

Una **prima** es el dinero que debe pagar para su plan de seguro de salud. Generalmente, usted paga todos los meses, pero puede pagar trimestralmente (4 veces / año) o anual (1 vez / año) en función de su plan.

¿Cuánto voy a pagar por la atención?

Los copagos y coaseguro ambos son dinero que usted paga de su bolsillo para los servicios de salud, pero funcionan un poco diferente.

Los **copagos** son una cantidad fija que se paga por cada servicio. Por ejemplo, una visita al consultorio médico puede costar \$ 20, lo que usted paga cuando visite a su médico.

El **coaseguro** es cuando usted tiene que pagar parte del costo de un servicio en lugar de una cantidad fija. Por ejemplo, usted puede pagar el 20% del costo de la visita al consultorio del médico.

Lo que usted paga en copagos o coaseguros depende de su plan, el tipo de servicio, y si el proveedor de donde se obtiene el servicio está dentro o fuera de la red (ver más abajo).

Costo compartido es lo que tiene que pagar de su bolsillo, incluyendo los deducibles, copagos y coaseguro. Pero, esto no incluye las primas o los costes de los servicios que su plan no cubre.

¿Qué es un deducible? ¿Cómo es diferente de un fuera de límite de bolsillo?

Un **deducible** es la cantidad que tiene que pagar de su bolsillo antes de que su seguro cubra una parte del resto de sus costos. Por lo tanto, si su deducible es de \$ 3.000, una vez que usted paga \$ 3,000 en gastos de bolsillo, su seguro paga un porcentaje de todos los gastos después de eso.

Un deducible no es lo mismo que un fuera de límite de bolsillo (o fuera de la máxima de bolsillo). Su límite de bolsillo es la cantidad total que paga de su bolsillo (incluyendo copagos y coaseguros, pero no las primas), antes de su seguro entra en acción para cubrir todos los gastos.

¿Cómo puedo encontrar un médico que toma mi seguro?

Una red de proveedores está compuesto por los médicos, hospitales, clínicas, farmacias y su aseguradora tiene una relación con prestación de servicios. Estos lugares se consideran “en la red” por su plan. Algunos planes pueden cobrar más o no cubrir los servicios en absoluto si los obtiene fuera de la red. Por ejemplo, si normalmente tiene un copago de \$ 20 por visita al consultorio de un médico, es posible que tenga un \$ 50 de copago o que tenga que pagar el costo total por un fuera de visita a la oficina de la red.



Por lo tanto, es importante conocer las reglas de su plan y para conseguir los servicios de los proveedores en la red. Usted puede averiguar si un proveedor está en la red llamando a ellos y preguntar si aceptan su seguro o llamar a su aseguradora para preguntar sobre qué proveedores están en la red. También, usted puede ser capaz de encontrar esta información en línea en el sitio web de su compañía de seguros.

¿Debo ir a un médico de atención primaria o la sala de emergencias?

Un médico de atención primaria es un médico para ver por cosas como chequeos de rutina, lesiones menores, o cosas como los resfriados o la gripe. Este médico comenzará a conocer su historial médico y será capaz de utilizar esa información para ayudarle a tomar las mejores decisiones de salud.

El mejor lugar para tratar afecciones potencialmente mortales o graves - como tratamiento después de un grave accidente - es **la sala de emergencias** (ER). Usted será tratado por un médico de urgencias disponibles en ese momento, lo que probablemente no es su médico de atención primaria. El ir a la sala de emergencia puede ser muy caro.

¿Es cierto que la ACA requiere mi plan para cubrir ciertas cosas de forma gratuita?

En virtud de la ACA, su plan tiene que cubrir los servicios preventivos sin costos compartidos. Los **servicios preventivos** son los servicios que recibe para ayudar a evitar enfermarse o tener problemas de salud, tales como ciertos tipos de exámenes y pruebas y vacunas (como la vacuna contra la gripe).

¿Qué necesito saber acerca de ponerse en contacto con mi compañía de seguro de salud?

Cuando se comunique con su compañía de seguros, como llamando a su número de servicio al cliente, usted debe tener su tarjeta de seguro listos porque van a pedir información en la tarjeta. Si está llamando sobre un proyecto de ley o cargo específico, tienen que delante de usted para que pueda ser lo más específico posible. No tenga miedo de hacer preguntas si no entiende algo. También, puede ser útil para tomar notas de cualquier conversación que tiene en caso de que usted necesita para el seguimiento posterior.

¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión de mi compañía de seguros?

A veces se puede solucionar los problemas con su aseguradora con sólo llamar a la compañía de seguros y preguntar acerca de la decisión está en desacuerdo. Por ejemplo, es posible que haya sido acusado de un servicio preventivo que no se suponía que te cobren, y cuando se llama a la compañía de seguros, pueden revisar ese cargo.

Pero, si esto no funciona, puede **apelar**. Esta es una petición que la empresa revise la decisión está en desacuerdo. Usted puede obtener información acerca de proceso de apelación de su empresa en los materiales que recibió cuando se inscribió, llamando a la compañía de seguros, o mirando en su sitio web.

