

Cómo Comprar UN SEGURO DE SALUD

Una guía de compradores para las personas que buscan comprar un seguro de salud para usted o su familia.

¿Qué es lo que
necesitas saber
sobre Seguros Médicos?

Muchos de nosotros nos olvidamos lo que el seguro médico hasta que necesitamos utilizarlo. Incluso cuando tenemos seguro, algunas veces olvidamos los servicios de rutina y preventivos que nos ayudan a permanecer sanos. No es solo un gasto, es un plan. También es una decisión importante.

El Departamento de Seguros de Pennsylvania está aquí para ayudarte a elegir el plan indicado para usted. En las siguientes páginas usted aprenderá sobre los diversos tipos de seguros médicos, cuándo comprar un seguro, cosas importantes que debes buscar y en donde completar tu compra.

¿Por qué cada quien necesita un seguro?

Muchas personas que se sienten muy saludables, son activas y practican hábitos saludables, pueden pensar que no necesitan un seguro, en especial el costo adicional. Una gran parte de permanecer saludables es el hecho de recibir servicios esenciales rutinarios y preventivos. Incluso si te ves y te sientes saludable, no podrías prever que no consigas conseguir la atención rutinaria que necesitas para identificar lo inesperado, como por ejemplo:

- estudios de laboratorio rutinarios para prevenir, diagnosticar, detectar, supervisar y controlar la diabetes, una de las condiciones crónicas más frecuentes de los EE.UU.
- vacunas para prevenir enfermedades tales como el sarampión o el tétanos, y
- exámenes de detección de cáncer que puedan dar lugar a una detección temprana y tratamiento, tales como una mamografía o un examen de próstata.

Sin seguro, a menudo evitamos pensar en seleccionar un médico de atención primaria o en desarrollar un plan para las cuentas del hospital. Admitámoslo—, la vida esta llena de sorpresas. El seguro nos ayuda a prepararse para

Generalmente usted puede solamente comprar seguro durante un período de tiempo específico que ocurre una vez al año llamado inscripción abierta.

cualquier eventualidad, como por ejemplo: si tu hijo contrae una infección común que requiere de antibióticos para tratar algo como los estreptococos, un accidente durante un proyecto del hogar en el que estes trabajando y que requiera de puntos o un resbalón en el hielo durante invierno.

Estas cosas le pueden pasar a cualquiera, por eso es que es crítico e importante estar preparado y poder protegerte a usted y a su familia, así como a la familia. Algunas veces tener seguro puede ser una motivación para usarlo y cuidarnos mejor. Muchas veces el hecho de tener un seguro reduce la tensión en nuestras vidas diarias al saber que tenemos un plan para los “Y si...” imprevisible del futuro. Cada uno necesita un seguro médico.

Sin Seguro de Salud

Costo de un brazo fracturado



hasta **\$7,500** sin seguro salud

Coste de la estadia en un hospital



\$10,000/diario sin seguro

Source: Healthcare.gov, 2014 and AJMC.com, 2010

¿Cuál es el momento ideal para comprar un seguro?

Como Tim, es posible que cuando usted busca un plan de seguro médico se siente abrumado o no está seguro en donde comenzar. Solamente podrá comprar un seguro durante el periodo específico que sucede una vez al año; esto se llama el periodo de inscripción abierta. Durante la inscripción abierta, podrá comprar un plan nuevo o cambiar su plan de seguro. El periodo de inscripción abierta comienza en octubre o noviembre y termina en diciembre o enero. Puede encontrar las fechas del siguiente periodo de inscripción abierta visitando a Cuidadodesalud.gov.

Cuidadodesalud.gov es el sitio web de intercambio de seguros operado por el gobierno federal, un mercado

en donde podrá comparar opciones y comprar un seguro. Podrá comprar un plan médico fuera del periodo de inscripción abierta si tiene algún cambio de vida, incluyendo la pérdida de cobertura por parte de un

empleador, una mudanza, al casarse o al tener un bebé. Si usted no experimenta uno de estos cambios, deberá esperar al siguiente periodo de inscripción abierta.

Incluso si ya tiene un seguro, la inscripción abierta es una gran oportunidad para actualizar su seguro y asegurarse de que el plan que tiene es el mejor para usted. Todos los planes de seguro médico proporcionan una renovación garantizada de cobertura, lo que significa que se puede quedar con el plan que tiene si le gusta. Los costos de su plan médico podrán cambiar de un año al otro. Para saber si sus costos han aumentado y buscar otras opciones, visita Cuidadodesalud.gov para ver si hay un mejor plan disponible para usted. El Departamento de Seguros de Pennsylvania (PID, por sus siglas en inglés) revisa anualmente los cambios en

los costos de cada plan. Si quiere saber más sobre este proceso o hacer comentarios a los cambios propuestos, visite el sitio web del PID en <http://www.insurance.pa.gov/>.

Es importante saber que si no compra un seguro o no tiene seguro por un plazo de tres meses o más en un periodo de un año, usted tendrá que pagar una

El Affordable Care Act exige todos los servicios de salud preventivo están a disposición de los consumidores sin costo alguno.

multa al gobierno federal cuando presente su próxima declaración de impuestos. Esta multa aumenta cada año.

¿Qué cubre un seguro?

Los planes de seguros le ayudan a pagar aquellas cosas que necesita para estar y permanecer sano, incluyendo las visitas a los doctores y otros proveedores, medicamentos recetados y atención durante una enfermedad. Cualquier plan nuevo que compre cubrirá algunos o todos los costos de los siguientes artículos y servicios básicos, aunque es importante saber que ciertos servicios requieren de una autorización previa por parte de su plan médico antes de recibirlos. Los servicios que están cubiertos son:

- Hospitalización
- Medicamentos recetados específicos
- Servicios de emergencia
- Cuidado ambulatorio (atención médica recibida fuera de una hospitalización)
- Servicios preventivos tales como vacunas, prueba de Papanicolaou, mamografías y exámenes de la presión arterial
- Servicios de salud mental y trastorno de consumo de sustancias, tales como asesoramiento y psicoterapia
- Servicios de bienestar, tal como control de enfermedades

- Atención antes (maternidad/prenatal), durante y después del embarazo (postnatal y recién nacido)
- Servicios básicos de laboratorio
- Servicios pediátricos
- Servicios de rehabilitación y habilitación (tales como sillas de ruedas y dispositivos de generación del habla)
- Anticonceptivos
- Cuidado dental pediátrico y cuidado de a vista para niños de 18 años de edad o menos

Mientras que todos estos artículos están cubiertos por cada plan, la diferencia principal es cuáles artículos y servicios en cada una de estas categorías están cubiertos y cómo es que los planes cubren los costos de los mismos. Puede encontrar más información en la siguiente página de esta guía. Algunos planes también pueden ofrecer servicios adicionales tales como cuidado dental y de la vista para adultos, servicios de planificación familiar, detección de cáncer y más.

Sin importar qué plan elija, la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act) requiere que todos los servicios médicos preventivos estén disponibles para los consumidores sin costo alguno. No deberá pagar por recibir estos servicios.



Proveedores de Atención Primaria

Algunas veces, la forma de tener acceso a los diferentes tipos de doctores y proveedores puede variar, dependiendo del plan de seguro médico que tengas. Hay que entender cómo funcionan los distintos modelos para poder pensar en qué tipo de plan es el indicado para usted.

Por ejemplo, algunos planes de seguro requieren que vea a su médico de cabecera para obtener un pase antes de poder ir a un doctor de servicios especializados. Es su responsabilidad seleccionar un proveedor primario de atención médica (PCP, por sus siglas en inglés). Un ejemplo de este modelo es una Organización de Mantenimiento de Salud o HMO. Este modelo se enfoca en garantizar que un proveedor de atención médica maneje su cuidado médico de usted a través de un solo punto de coordinación, su PCP.

Otros modelos de seguro le permiten ver a ciertos doctores, proveedores o especialistas en cualquier momento. Un ejemplo de este modelo es una Organización de Proveedores Preferidos o PPO. Los PPO se enfocan en dar acceso directo a los proveedores que son parte del plan de seguro o red de servicio. Aunque usted siempre debe tener un PCP, si tiene un PPO no necesitará la aprobación del PCP para ir a otro tipo de proveedor. Algunos servicios, tales como una tomografía computarizada o ciertos procedimientos, todavía podrán requerir de una autorización especial.

Considera la frecuencia con la que visita al doctor. ¿Visita más seguido a su PCP o a un especialista? Su respuesta puede ayudarle a decidir si un PPO o un HMO cubre mejor sus necesidades.



¿Cómo sé qué plan debo elegir?

Hay tres preguntas principales que se deben hacer para hacer más fácil la búsqueda de un plan apropiado:

1 ¿Necesita acceso a un doctor en específico o cualquier otro tipo de proveedor de atención médica específico?

Los doctores y otros cuidadores con los que trabaje un plan en específico, están en la red de proveedores del plan. Usted pagará menos al visitar proveedores que acepten su seguro médico específico. Esto se llama en la red. Pagará más al visitar proveedores que no acepten su plan de seguro médico. Esto se llama fuera de la red. Cada compañía de seguros publica una lista con los proveedores disponibles en el plan en su sitio web. Esta lista se llama el directorio de proveedores. Si le gusta el doctor que tiene, le puede preguntar sobre los planes de seguro que acepta o puede revisar el directorio en cualquier momento para ver si su doctor está en la red.

Algunos planes tienen más proveedores en su red que otros. Los planes con más doctores tienden a costar más, mientras que los planes con menos doctores cuestan menos. Piensa en relación a cuánto quiere pagar y qué tan importante es para usted tener muchas opciones de proveedores que pueda ver, al decidir sobre la red del plan que más le convenga.

2

¿Necesita un servicio médico específico o un plan para medicamentos con receta?

Si necesita algún tipo de servicio médico específico o necesita tomar un medicamento con receta, puede revisar la lista de servicios o medicamentos cubiertos por el plan de seguro que está considerando. Podrá ver si un servicio médico está cubierto al leer **el Resumen de Beneficios y Cobertura** (Summary of Benefits and Coverage - SBC) del plan, lo que es un resumen muy corto y fácil de entender del plan de beneficios y cobertura. Cada plan debe ofrecerle un SBC cuando lo esté investigando y encontrará un enlace al SBC de cada plan en Cuidadosalud.gov cuando esté comparando planes. Si el SBC no incluye la información sobre un servicio médico específico, podrá llamar al plan usando el número de teléfono incluido en la parte superior del SBC para preguntar si un servicio en particular tiene cobertura.

La lista de los medicamentos cubiertos por un plan de seguro se llama **el formulario**. En la misma forma que el directorio de proveedores, los formularios de cada plan están disponibles en línea. Los planes categorizan los medicamentos como preferido o no-preferido. Si un medicamento es preferido, quiere decir que la cuota pagada cuando se presente la prescripción será menor.

3

¿Qué mezcla de costos y cuotas le convenga?

Veamos los diferentes costos que pagará por su seguro médico.

Primas Mensuales

Cuando compre un seguro, la cuenta mensual de su compañía de seguros se llama **la prima**. Algunas veces una prima también se llama el precio de etiqueta, como cuando se compra un auto, porque es el primer precio que se ve, pero no es el costo total de su atención médica.

Las compañías de seguros fijan una tarifa base para cada persona que compra un plan de seguro médico y después ajustan la tarifa base dependiendo de ciertas cosas: el número de personas en su familia para las cuales está comprando un seguro, y su edad, ubicación y consumo de tabaco. El cálculo final de la tarifa como se le aplicará tomando estos factores en consideración,

se convierte en su tarifa fija, o prima mensual. Las compañías de seguros ya no podrán cobrarle una prima más alta basada en su estado de salud o debido a una condición médica pre-existente.

Sabemos que las primas son costos mensuales por adelantado. Los otros costos son co-pagos, deducibles, co-seguros y límites de gasto corriente, que son costos pagados cuando se recibe atención médica.

Entre mas alto los costos mensuales, sus costo será menos cuando usted reciba atención.

Generalmente hay una compensación entre los costos mensuales y los costos que usted paga cuando recibe atención médica. Entre más elevado sea el costo mensual, los costos serán más bajos cuando reciba atención médica.

Co-pagos

Los honorarios cobrados al momento en el que se recibe el servicio, ya sea una visita al doctor o recoger un medicamento en la farmacia, se llaman **co-pagos**. Los co-pagos pueden ser diferentes dependiendo del tipo de servicio que recibe. Por ejemplo, un co-pago a su doctor en la red de servicios puede ser de \$20. Un co-pago al especialista puede ser de \$45. Un co-pago a la farmacia puede ser de \$5 por un medicamento preferido, o \$10 por un medicamento no-preferido.

Deducibles

Un **deducible** es la cantidad que debe pagar antes de que su compañía de seguros comience a cubrir el costo de su atención médica. Las primas y co-pagos por lo general no cuentan como parte del deducible. También, los deducibles no aplican a todos los servicios. La mayoría de los planes cubren las visitas rutinarias, los medicamentos necesarios con receta y el cuidado preventivo fuera del deducible. Una vez que haya cumplido con el deducible, usted y su compañía de seguros compartirán el costo de su atención médica hasta que haya cumplido con su límite de gastos corrientes.

Co-seguro

El co-seguro es similar a un co-pago. Es un cargo debido al momento de un servicio específico (usualmente no es rutinario), como una hospitalización, pero a un porcentaje del costo de dicho servicio en lugar de una cuota fija.

Límite de Gasto Corriente

El límite de gasto corriente es la cantidad máxima que tendrá que pagar cada año por los servicios cubiertos fuera de la prima/cuenta mensual. El gobierno Federal le indica a las compañías de seguros médicos qué tan altos pueden ser sus límites de gasto corriente. En 2015, el límite de gasto corriente para un individuo no podía ser mayor a los \$6,600 y no más de \$13,200 para una familia, aunque muchos planes ofrecen límites de gasto corriente menores a estos. Una vez que haya alcanzado el máximo de gasto corriente, el seguro pagará el 100 por ciento de su atención médica (solamente para los servicios cubiertos dentro de la red), aunque seguirá pagando su prima mensual. Los servicios fuera de la red se cubren de forma diferente y a menudo resultan en gastos corrientes mucho más altos. Investiga cómo es que su plan cubre estos servicios antes de pedir atención médica por parte de un proveedor de servicios médicos que esté fuera de la red.

Equilibrando Costos

¿Cómo se encajan estos costos? Las ilustraciones que se presentan son ejemplos que le ayudarán a entender estos costos.

Si el Límite de Gasto Corriente es alcanzado, usted solo deberá pagar:

Primas

Servicios no cubiertos

Cargas y saldos fuera de la red

Se pueden dejar de pagar los copagos, deducibles y co-seguros

Seguimiento

Su plan de seguro da seguimiento a sus costos. Cada vez que utilice el seguro, la compañía de seguros

FUERA DE SU LÍMITE DE DESEMBOLSO = DEDUCIBLE + COSEGURO + COPAGO

Si se cumple con su límite de desembolso, solo debe pagar:

Primas

Servicios no cubiertos

Cargas y Saldos Fuera de la Red

Usted puede dejar de pagar copagos, deducibles y coseguro una vez que se cumpla su límite de desembolso.

NIVELES METÁLICOS



60% DE SUS COSTOS CUBIERTOS



80% DE SUS COSTOS CUBIERTOS



70% DE SUS COSTOS CUBIERTOS



90% DE SUS COSTOS CUBIERTOS

le enviará un estado de cuenta que le indica cuántos beneficios ha usado. Es como un recibo. Se llama la Explicación de Beneficios (EOB). Un EOB le indicará cuánto le está cobrando su proveedor, cuánto cubrirá el plan de seguros y la cantidad que usted debe o por la que es responsable ante su proveedor. También le indicará cuánto le falta para alcanzar su deducible y su límite de gasto corriente. Si se le pide pagar ciertos costos, distintos a su prima mensual, una vez que haya alcanzado su límite de gasto corriente, deberá contactar con su compañía de seguros.

¿Recuerda la compensación entre los costos mensuales y los costos que paga cuando recibe atención médica? Esto significa que generalmente, los planes de seguros con primas bajas tienen deducibles y límites de gasto corriente altos, y viceversa. Una vez que encuentre el equilibrio en los costos que funcione mejor para usted, le será más fácil seleccionar un plan utilizando el sistema llamado “niveles metálicos”.

Cada nivel metálico representa la cantidad de costos que usted y su seguro médico comparten, fuera de

la prima, basados en un promedio. Por ejemplo, alguien con un plan de nivel bronce puede esperar pagar el 40% del costo de atención médica en promedio anual, 30% para plata, 20% para oro, y alrededor del 10% para platino y el resto será cubierto por el seguro médico. Dependiendo de cómo utilice su seguro y la cantidad de costos mensuales que pueda pagar, una de estas opciones será la ideal para usted.

¿Puedo recibir asistencia para pagar el seguro?

Hay muchas formas en las que uno puede calificar para recibir asistencia para reducir los costos de atención médica. La Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act) incluye dos formas en las que uno puede reducir los costos, los que se llaman **subsidios**. El primer subsidio reduce la prima y se

Muchas personas creen que no califican para recibir un subsidio, cuando en realidad si califican.

llama **la Prima al Impuesto Anticipado** (Advanced Premium Tax Credit - APTC). La APTC está basada en el tamaño de la familia, el ingreso estimado por hogar para el próximo año y el precio promedio de los planes de seguro. Si usted califica para recibir APTC, podrá escoger recibir el subsidio como un crédito fiscal o enviar la información sobre su subsidio directamente a su plan de seguro a través del mercado, en donde lo aplicarán a su prima mensual como un crédito, reduciendo su pago mensual. Usted recibirá un formato 1095 para ser presentado junto con su declaración anual de impuestos por parte del Mercado de Seguros Médicos para reconciliar sus ingresos si califica para recibir APTC. Este formato deberá ser presentado para garantizar que sus calificaciones y créditos sean exactos. Esto también podrá dar lugar a impuestos adeudados o a un reembolso adicional o crédito, si su ingreso era más alto o bajo de lo que se esperaba para el año.

El segundo subsidio se llama **la Reducción por Distribución de Costos** (Cost Sharing Reduction - CSR). Los individuos y las familias son elegibles para recibir reducciones por distribución de costos si son elegibles para recibir un crédito fiscal a la prima y compran un plan de nivel plata en el Mercado de Seguros Médicos. Las personas elegibles para recibir reducciones por distribución de costos recibirán automáticamente una versión del plan con cargos reducidos por la distribución de costos, tales como deducibles más bajos, máximos para pagos corrientes o co-pagos. A diferencia de los subsidios a las primas, las reducciones por distribución de costos no son

proporcionadas como un crédito fiscal y no tienen que ser “reconciliadas” cuando las personas presentan su declaración de impuestos para el año en el que la reducción por distribución de costos fue recibida.

Muchas personas creen que no califican para poder recibir un subsidio, cuando en realidad sí califican.

Por ejemplo, una familia de cuatro personas con un nivel de ingresos de \$95,000 en 2015 calificó para recibir un subsidio para bajar su prima. La única manera de recibir un subsidio es comprar el seguro a través del mercado en Cuidadodesalud.gov.

Dependiendo de sus circunstancias o nivel de ingresos, también podrá calificar para recibir otro tipo de asistencia como **Medicare**, **Medicaid** o el **Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program - CHIP)**. Cuidadodesalud.gov le proporcionará toda la información de estos programas si califica.

¿En dónde se puede comprar el seguro?

Ahora que ya sabe que es lo que necesita para escoger un seguro médico, hablemos de donde se puede comprarlo.

Cuidadodesalud.gov es un gran lugar para comparar múltiples planes y opciones. Cuidadodesalud.gov también es el único lugar en donde se puede conseguir subsidios que le ayudarán a pagar su seguro.



Cuidadodesalud.gov también le puede conectar con los **navegadores**, quienes son personas y organizaciones en su comunidad que están capacitadas para ayudarle a solicitar un servicio, inscribirse y pueden contestar todas sus preguntas. Los navegadores están disponibles para proporcionarle ayuda en persona.

Cuidadodesalud.gov también tiene un centro telefónico disponible las 24 horas para contestar todas sus preguntas en 150 idiomas diferentes y también le pueden ayudar a inscribirse por teléfono. Podrá encontrar una lista de navegadores en su área en Cuidadodesalud.gov para poder programar una cita o

llamarles por teléfono. Si sabe qué plan quiere, podrá realizar su compra directamente a través del sitio web del seguro médico, tienda o agente de seguros.

Por favor sea cuidadoso cuando se le hagan ofertas inesperadas por parte de algún individuo vendiendo seguros. Como en el resto de las industrias, se puede convertir en una oportunidad para cometer un fraude. No proporcione ningún tipo de información financiera o privada hasta que esté seguro de la organización que le ofrece el servicio. Para estar más seguro, utilice Cuidadodesalud.gov.

Lista del comprador

¡Ahora ya sabe por qué son importantes los seguros, cuándo buscar un plan, los artículos y servicios básicos incluidos en un plan, los puntos importantes a considerar y en dónde comprar un plan; ya está listo para irse de compras!

Esta lista le ayudará a revisar y prepararse para comprar un seguro.

Asegúrese de que los proveedores y servicios que le interesan tengan disponible el plan que está considerando adquirir.

Revisa su presupuesto mensual y anual para determinar su rango de precios, así como la combinación apropiada de costos. Puede utilizar la guía de niveles metálicos como referencia.

Considere hacer su compra en el mercado federal en Cuidadodesalud.gov. Quedará sorprendido al descubrir que usted califica para recibir un subsidio para reducir sus costos.

Asegúrese de tener cobertura continua y siempre renovar o comprar su seguro durante el periodo de inscripción abierta.

Para revisar sus opciones, comprar seguros o recibir asistencia para escoger su cobertura, visita:

HealthCare.gov

Sitio web:

<https://www.cuidadodesalud.gov/es/contact-us/>

Buscar asistencia local:

<https://ayudalocal.cuidadodesalud.gov/es/#intro>

Número Telefónico:

1-800-318-2596 - TTY: 1-855-889-4325

Si tiene una pregunta general sobre el Seguro de Pennsylvania o quiere presentar una queja, puede contactar al Servicio al Consumidor del Departamento de Seguros de Pennsylvania en:

http://www.portal.state.pa.us/portal/server.pt/community/file_a_complaint/9258

O llámenos por teléfono al:

1-877-881-6388 - TTY/TDD: 717-783-3898

Departamento de Seguros de Pennsylvania

1209 Strawberry Square - Harrisburg, PA 17120

Fax: (717) 787-8585



Recursos Adicionales

Para recibir más información sobre Medicare, incluyendo instrucciones para solicitarlo, por favor visite:

Sitio web: <https://www.medicare.gov/> - Número Telefónico: **1-800-MEDICARE**



Para recibir más información sobre Medicaid de Pennsylvania/Asistencia Médica (Medical Assistance), incluyendo instrucciones para solicitarlo, por favor visite: Asistencia Médica de Pennsylvania

(Pennsylvania Medical Assistance - Medicaid)

Sitio web: <http://www.dhs.state.pa.us/applyforbenefits/index.htm>

Número Telefónico: **1-800-537-8862**



Para más información sobre el Programa de Seguro Médico Infantil de Pennsylvania, incluyendo cómo solicitarlo, por favor visite: Sitio web: <http://www.chipcoverspakids.com/>

