



Eligiendo su

SEGURO DE SALUD

Desde la implementación de la Ley de Atención Médica Asequible (ACA), la mayoría de los estadounidenses están obligados a tener un seguro médico, y aquellos que no tienen cobertura tienen la oportunidad de adquirir un seguro a través del Mercado de Seguros Médicos. Algunas personas que anteriormente pudieron haber tenido cobertura a través de un empleador ahora pueden ser elegibles para recibir asistencia con las primas al comprar a través del Mercado.

Incluso si está cubierto por su empleador, es posible que tenga más opciones de varios planes y niveles de cobertura. Si está en condiciones de decidir sobre la cobertura de seguro médico disponible para su familia, es importante comprender los beneficios que recibirá a cambio de las primas que pague.

Aquí hay algunos puntos claves a considerar al decidir que satisface mejor las necesidades de su familia:

1. Asequibilidad (el costo total)

- Generalmente, cuando Ud. paga menos por las primas del Seguro, pagará más en copagos, deducibles, etc. También es posible que Ud. tenga opciones más limitadas de médicos y servicios disponibles para usted.
- Comprender que todos los seguros médicos requieren que los consumidores paguen parte del costo de los servicios de atención médica cubiertos. Estos se denominan “costos compartidos” o costos “que salen de su bolsillo”. El costo compartido variará según los diferentes tipos de planes de salud, pero la mayoría incluyen copagos, coseguros o monto deducibles.
 - o Un plan podría requerir que Ud. pague antes de que el plan empiece a pagar. A esto se le llama deducibles. Algunos planes te cobran un deducible por ciertos servicios, como estadía de hospitales.
 - o Es posible que un plan requiera que usted pague una parte de cada visita. Esto se llama copago. (Por ejemplo, usted paga \$30 por cada visita al consultorio o \$10 por cada receta.)
 - o Algunos planes requieren que pague una parte de cada servicio como coseguro. (Por ejemplo, usted paga el 20 por ciento del costo de un servicio).





Eligiendo su seguro de salud

2. Beneficios y cobertura (que servicios se pagan y en que medida)

- Piense en como funcionarían los beneficios listados en el plan funcionará para cada miembro de la familia. Esto incluye a los niños, especialmente si alguno tiene necesidades especiales de atención médica. Considere la atención preventiva (controles de niño sano), así como la atención especializada.
- Observe si algún beneficio está "excluido" del plan (contratado por separado a través de un acuerdo con un grupo de proveedores), como servicios de salud mental o de la vista, y aprenda como podrá obtener estos servicios a través del plan.
- Revise su plan anualmente, incluso si ha estado cubierto por este plan durante muchos años. Es muy común que los planes de salud realicen cambios en los niveles de cobertura, por lo que no debe asumir que seguirá siendo el mismo año tras año.

3. Proceso de apelación (como puede solicitar que se reconsidere una negación de cobertura)

- La mayoría de las negaciones no se cuestionan porque las personas no comprenden su derecho a apelar o no seguir el proceso de apelación por escrito.

4. Formas de Pago

- Averigüe que métodos de pago tales como efectivo, cheque o tarjeta de crédito - se aceptarán para lo que tenga que pagar de su bolsillo. Recuerde llevar siempre consigo su tarjeta de seguro a cualquier visita.

