

Conceptos básicos sobre seguros: Comprender y usar su plan

Manejar una afección médica puede ser un desafío. Sepa cómo usar su plan de seguro para estar preparado cuando necesite atención. Esta hoja informativa cubre término de seguro básicos y consejos para hacer que su plan funcione para usted.

Términos sobre seguros

Hay muchos tipos diferentes de planes de seguro, y cada uno tiene una función diferente. Para obtener más información, consulte la [Hoja informativa sobre seguros privados](#). Los términos a continuación son comunes a la mayoría de los planes.

La prima es el costo de un plan de seguro. En general, las primas se pagan mensualmente.

El deducible es la cantidad que debe gastar el asegurado en servicios de atención médica cubiertos antes de que comience la cobertura del seguro. En general, los deducibles se renuevan al comienzo de cada año de cobertura, habitualmente el 1.º de enero.

El coseguro es una forma de compartir los costos cuando la persona asegurada ya cumplió con el deducible. Esto significa que el asegurador cubrirá un determinado porcentaje de los costos de los servicios y el asegurado pagará el porcentaje restante. Por lo tanto, si un médico cobra \$100 por un servicio, y el coseguro de la persona asegurada es del 30 %, el asegurado paga \$30, mientras que el seguro paga \$70.

El copago es una cantidad de dólares establecida que una persona asegurada debe pagar por los servicios de atención médica estipulados. Los copagos son otra forma de compartir los costos. Los planes de seguro pueden designar copagos para las visitas al médico, de atención urgente y a la sala de emergencias. Además, muchos planes tendrán copagos establecidos para las estadías en el hospital, los beneficios de fármacos recetados y otros servicios. Algunos planes de seguro usarán ambos métodos para compartir costos, copagos y coseguros. Nota: Los copagos y/o el coseguro pueden no contar para el deducible, por lo cual debe verificar su plan para saber.

El proveedor es una persona o una empresa que provee servicios de atención médica a los clientes.

La red de proveedores o proveedores “en red” son aquellos que fueron contratados por su plan de seguro. Algunos ejemplos incluyen hospitales específicos, farmacias, médicos, etc. Como tales, la cobertura del seguro y los beneficios están limitados a los proveedores en red. Los proveedores que no fueron contratados con su seguro están “fuera de la red”. En general, paga menos por la atención médica proporcionada por un proveedor “dentro de la red” que por uno “fuera de la red”.

El límite/máximo de gastos del propio bolsillo es la mayor cantidad de dinero que el asegurado debe pagar durante el período de una póliza (en general, un año) antes de que el costo de los servicios de atención médica cubiertos sea pagado en su totalidad por el asegurador. Los máximos de gastos del propio bolsillo incluyen copagos y deducibles, pero no incluyen los pagos de las primas.

Los límites de cobertura restringen la cantidad de determinados servicios cubiertos. Por ejemplo, su plan puede cubrir solamente 20 sesiones de terapia del lenguaje por año.

La explicación de los beneficios (Explanation of Benefits, EOB) es una declaración de parte de la compañía de seguros que proporciona una descripción general de todos los gastos médicos y de cuánto pagará usted y su plan. Para ver una EOB ilustrada de muestra, visite [Lectura de su explicación de beneficios](#) (Nota: Este documento es para los pacientes de Medicaid, pero contiene todos los componentes esenciales para que comprenda mejor su propia EOB).

Para obtener
más información
sobre estos
programas y
servicios,
comuníquese
con Indiana
Family Voices al
1-844-323-4636 o
visite
fvindiana.org.

Para obtener
más información
sobre estos
programas y
servicios,
comuníquese
con Indiana
Family Voices al
1-844-323-4636 o
visite
fvindiana.org.

Consejos para usar su plan de seguro

Obtenga una copia de su plan para su registro y consúltela según sea necesario. Sepa los conceptos básicos de su plan, como las cantidades del deducible y el copago y/o coseguro, para que pueda estar preparado para cubrir los costos de su atención.

Atención primaria: Con muchos planes, debe elegir un Médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP). Este es su médico principal que le proporciona atención que no es de emergencia, como visitas o exámenes de rutina, atención precisa cuando tiene una enfermedad o infección menor o cuando tiene un problema de salud que requiere un diagnóstico/tratamiento. Su PCP puede realizarle un examen, indicarle análisis y/o hacer una derivación a un especialista médico. Entonces tendrá que determinar qué médicos en esa área de especialidad están “en red” para su plan y hacer una cita.

Servicios en la sala de emergencias: Cuando se le presenta una emergencia potencialmente mortal, marque 911 y vaya a la sala de emergencias más cercana.

Recetas: Después de un examen, su PCP o especialista médico puede escribirle una receta para un medicamento para que la presente en la farmacia. Revise su plan para determinar las opciones de farmacia y la información de cobertura, incluidos los copagos. Algunos planes tienen un deducible por separado para los medicamentos recetados. Para analizar otras opciones de financiación, consulte la [Hoja informativa sobre fármacos recetados](#).

Preautorización o precertificación: Algunos servicios, como procedimientos quirúrgicos, servicios de terapia/rehabilitación, hospitalizaciones, equipo médico, etc., requieren una preautorización (PA) o precertificación de su compañía de seguros antes de que estos estén cubiertos. Revise su plan y trabaje de cerca con la oficina de facturación de su proveedor para gestionar su cobertura. Si necesita ayuda adicional o tiene preguntas con respecto a este proceso, llame a Indiana Family Voices al 1-844-323-4636.

Servicios de salud mental: Revise su plan para determinar cómo acceder a los servicios de salud mental y a los proveedores dentro de la red. Si necesita ayuda para explorar sus opciones, consulte la [Hoja informativa sobre salud mental](#). Si está experimentando una emergencia de salud mental, llame al 911 o visite la sala de emergencia más cercana.

Oftalmología y odontología: Su seguro puede incluir cobertura oftalmológica y odontológica. Algunos empleadores ofrecen estos como opciones adicionales, y el empleado puede pagar la totalidad o una parte de las primas. Revise su póliza para determinar si ofrece beneficios oftalmológicos u odontológicos. Para ver otras opciones de financiación para odontología, consulte la [Hoja informativa sobre atención odontológica](#). Para ver fuentes de financiación adicionales para oftalmología, comuníquese con Indiana Family Voices al 1-844-323-4636.

Apelaciones: Si su plan le deniega el pago de servicios médicos que usted cree que están cubiertos, puede presentar una apelación a su compañía de seguros. Si no puede resolver el problema con su compañía de seguros y necesita más ayuda, comuníquese con el Departamento de Trabajo de EE. UU. al 606-578-4680 (planes autofinanciados) o el Departamento de Seguros de Indiana al 1-800-622-4461 (planes con cobertura completa). Si no está seguro de qué tipo de plan tiene, comuníquese con el administrador de beneficios de su empleador o llame al número que aparece en el reverso de su tarjeta de seguro para obtener más información.

Si necesita más ayuda para usar su plan, asegurar la cobertura del seguro o encontrar otras opciones de financiación, comuníquese con Indiana Family Voices al 1-844-323-4636.

Los programas y los sistemas cambian con frecuencia. Es importante asegurarse de que esté usando la información más actualizada. Esta hoja de datos fue actualizada en Agosto 2018. Consulte http://fvindiana.org/fact_sheets/hojas_de_datos para ver la edición más reciente. Este servicio es financiado en parte por la Fundación Comunitaria del Condado de Hancock y de la Administración de Recursos y Servicios de la Salud (HRSA).