

Taller de Promoción de Salud/Sesión Informativa Entendiendo de qué se trata un seguro médico

¡LA LEY DE ATENCIÓN MÉDICA ASEQUIBLE ES UN HECHO! USTED DEBE OBTENER UN SEGURO MÉDICO PARA EVITAR RECIBIR MULTAS.

¿Qué es la Ley de Atención Médica Asequible?

- La Ley de Atención Médica Asequible (ACA, por sus siglas en inglés) u "ObamaCare" es ley estadounidense desde el 23 de marzo de 2010.
- La ley exige que todos los individuos estén cubiertos por un seguro médico
- Lo más probable es que usted obtenga una multa si no posee un seguro

Cómo funciona un seguro médico

La atención médica es costosa. Sin un seguro médico, es difícil que las personas puedan pagar sus facturas médicas.

Un seguro médico lo protege de los altos costos médicos si de repente se enfermara de gravedad, y le garantiza tener acceso a la atención médica cuando la necesite.

A menudo, usted debe poseer una tarjeta de seguro médico para que un doctor pueda verlo.

- Un seguro médico lo protege de los altos costos médicos
- Un seguro médico puede ofrecerle servicios gratuitos como vacunas, exámenes y chequeos
- Un seguro médico le permite ver al médico cuando lo necesita

Dependiendo de su situación, puede que usted necesite un seguro médico público o privado. La cobertura de la atención médica pública o del seguro médico financiado por los contribuyentes es financiado por los impuestos estatales y federales. La cobertura de la atención médica privada o de un seguro médico privado patrocinado por el empleador, es financiada principalmente a través de planes de beneficios que ofrecen los empleadores o el mercado de seguros.

Seguro médico público

Algunos ejemplos son:

Medicaid: Un programa de atención médica social financiado por el Estado para familias/personas que deben cumplir con ciertos requisitos de ingresos.

- Si usted recibe el beneficio SSI, automáticamente es elegible para Medicaid
- Si sus ingresos son bajos, sus hijos menores de 21 años de edad tienen la posibilidad de recibir Medicaid
- El Departamento de Servicios Sociales (DSS) procesa las solicitudes para Medicaid.

Medicare: Es un programa nacional de seguro social para estadounidenses de 65 años o más que han trabajado y pagado en el sistema.

Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP): Es un programa público que provee seguro médico a los niños cuando las familias no pueden pagar un seguro médico privado.

Seguro médico privado

Seguro a través del empleador:

- Los empleados pagan una prima y obtienen una tarjeta de seguro
- Los empleadores pueden ofrecer distintos planes de cobertura
- Los costos pueden variar

Algunos ejemplos de seguro médico privado son:

- Blue Cross y Blue Shield
- Coventry Health Care of the Carolinas, Inc
- Cigna
- Aetna
- Humana
- United healthcare of North Carolina, Inc

Del mercado de seguros

Dependiendo de sus ingresos y de los miembros de su familia, usted puede ser o no elegible para obtener subsidios en el mercado de seguros.

- Usted puede encontrar facilitadores locales que pueden ayudarlo con sus solicitudes
- Puede que tenga que pedir cita para verse con un facilitador
- Algunos sitios podrían aceptar pacientes sin cita
- Información de contacto del mercado de seguros: 1.800.318.2596
o www.healthcare.gov

Planes del Mercado

Bronce: Su plan de salud paga un promedio del 60 %. Usted paga el 40 %.

Plata: Su plan de salud paga un promedio del 70 %. Usted paga el 30 %.

Oro: Su plan de salud paga un promedio del 80 %. Usted paga el 20 %.

Platino: Su plan de salud paga un promedio del 90 %. Usted paga el 10 %.

Dele prioridad a su salud

Para vivir una vida larga y saludable, tome ventaja de su salud. Usted debe verse con un doctor con regularidad. Además, usted también puede mantenerse saludable de la siguiente manera:

- Teniendo hábitos alimenticios saludables
- Relajándose
- Durmiendo bien
- Asistiendo al médico con regularidad
- Aprendiendo más sobre lo que puede hacer para mantenerse saludable y compartiendo lo que aprenda con sus familiares y amigos
- Haciendo ejercicios con regularidad

Atención médica preventiva

- Los servicios médicos preventivos incluyen exámenes, chequeos, y asesoramiento al paciente, los cuales se utilizan para evitar enfermedades y otros problemas de salud
- Ayuda a detectar temprano una enfermedad para que el tratamiento pueda funcionar mejor.
- Estos servicios no tienen ningún costo para usted

Diferencia de costo de la consulta médica

Médico de Atención Primaria (PCP)

- Por cita
- Algunas veces puede ser sin cita
- Muy asequible (ejemplo, un monto pequeño de copago)
- Usted acude al PCP cuando posee una enfermedad menor (ejemplo: resfriado)

Atención de urgencias

- Clínicas sin cita previa
- Costos más altos (ejemplo: copagos más altos)
- El mejor lugar cuando usted no puede asistir a su PCP

Emergencia

- Más costosa
- Cuando usted posee una condición médica seria como un paro cardíaco, fractura en los huesos, etc.
- Copagos mucho más altos

Vocabulario relacionado con los seguros que es importante y que usted debe conocer

Prima

Es la cantidad que debe pagar por su plan o seguro médico. Usted y/o su empleador normalmente pagan una prima mensual, trimestral o anual. No está incluida en su deducible, copago o coaseguro. Si usted no paga su prima, podría perder su cobertura.

Red

Son las instalaciones, vendedores y proveedores que su aseguradora de salud ha contratado para ofrecer los servicios de atención médica.

- Contacte con su compañía de seguros para conocer los proveedores que se encuentran “en la red”. Estos proveedores también pueden llamarse “proveedores preferidos” o “proveedores participantes”.
- Si un proveedor se encuentra “fuera de la red”, puede costarle más verse con ellos.
- Las redes pueden cambiar. Verifique con su proveedor cada vez que realice una cita, de esa manera usted sabrá cuánto deberá pagar.

Copago

Es la cantidad que podría pedírsele que pague como parte del costo de un suministro o servicio médico, como la visita al médico, visita ambulatoria al hospital o una prescripción médica. El copago por lo general es una cantidad ya establecida, en vez de un porcentaje.

- Por ejemplo, usted podría pagar 10 \$ o 20 \$ por una visita al médico, exámenes de laboratorio, o por una prescripción. Los copagos normalmente se encuentran entre 0 \$ y 50 \$, dependiendo de su plan de seguro y el tipo de visita o servicio.

Coaseguro

Es su parte de los costos por un servicio cubierto de atención médica, calculada como un porcentaje (por ejemplo, el 20 %) de la cantidad permitida por el servicio. Usted paga el coaseguro más los deducibles que deba.

- Por ejemplo, si la cantidad permitida del plan o seguro médico por una visita al consultorio es de 100 \$ y usted ha cumplido con el deducible, el pago de su coaseguro del 20 % sería 20 \$. El plan o seguro médico paga el resto de la cantidad permitida.

Deducible

Es la cantidad que usted debe por los servicios de atención médica que su plan o seguro médico cubre antes de que su plan o seguro médico comience a pagar.

- Por ejemplo, si su deducible es de 1.000 \$, su plan no pagará nada hasta que usted haya alcanzado sus 1.000 \$ de deducible en los servicios de atención médica que están sujetos al deducible. El deducible puede que no aplique a todos los servicios.

Gasto máximo adicional

Es lo máximo que usted paga durante un período de vigencia de la póliza (por lo general un año) antes de que su plan o seguro médico comience a pagar el 100 % de los beneficios médicos esenciales cubiertos. Este límite incluye deducibles, coaseguros, copagos o cargos similares y cualquier otro gasto necesario de un individuo por un gasto médico calificado. No tiene por qué incluir primas o gastos para beneficios médicos no esenciales. El límite del costo máximo adicional para cualquier plan individual del mercado para el 2014 podía ser de no más de 6.350 \$ para un plan individual y 12 700 \$ para un plan familiar.

Explicación de los Beneficios (EOB)

Es un resumen de los cargos de atención médica que su plan de salud le envía después de ver a un proveedor u obtener un servicio. No es una factura. Se trata de un registro de la atención médica que usted o los individuos cubiertos en su póliza obtuvieron y cuánto su proveedor está cargando a su plan de salud. Si usted tiene que pagar más por su atención médica, su proveedor le enviará una factura por separado.

Proveedor de atención primaria

- Llame para pedir cita para chequeos regulares y cuando esté enfermo. Llegue antes de la hora de su cita, firme y espere a que lo llamen. Cada vez que vaya, por lo general verá al mismo proveedor, quien tendrá acceso a su expediente médico. Su

proveedor trabajará con usted para hacer seguimiento a cualquier condición que posea y para ayudarlo a mejorar su salud general revisando otros aspectos de su salud. Si usted necesita ver a otros proveedores para tratar su condición, su proveedor puede ayudarlo a hacer un plan, obtener los medicamentos necesarios, programar sus visitas de seguimiento recomendadas y/o que usted encuentre a los especialistas.

- Si usted posee copago de atención primaria, ello puede costarle entre 0 \$ y 50 \$.

Especialistas

Son quienes lo atenderán para ciertos servicios o para tratar condiciones específicas. Puede que usted deba ser Referido (u obtener una instrucción específica) de su proveedor de atención primaria antes de ir a un especialista para que su plan de salud pague su visita médica.

Departamento de Emergencia (ED)

- Asista solo cuando se encuentre seriamente herido o enfermo. Si va, deberá esperar hasta que puedan atenderlo, lo cual podría ser bastante tiempo (varias horas) dependiendo de la seriedad de su condición. Usted será visto por el proveedor que esté trabajando ese día, quien probablemente no tendrá acceso a su registro médico, de manera que puede que no conozca las condiciones que actualmente usted posee. El proveedor únicamente atenderá el problema de emergencia al cual fue para que lo trataran pero puede que no le pregunte por ningún otro problema. Cuando termine su consulta, usted será dado de alta con instrucciones para que asista a su proveedor de atención primaria y/o especialistas; pero puede que no haya ningún tipo de apoyo de seguimiento.
- Probablemente usted deberá pagar un copago, coaseguro, y cumplir con su deducible antes de que su plan médico cubra sus costos, en especial si no se trata de una emergencia. Su copago puede estar entre 50 \$ y 150 \$.