

Otros términos que debe de conocer

Beneficios – Los servicios por los que paga cuando compra un seguro médico.

Dependientes – Las personas que pueden obtener cobertura médica bajo su plan de seguro médico, como su esposo o esposa o sus hijos.

Servicios Excluidos – Servicios médicos que su plan de seguros médicos no cubre.

Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) – Un resumen de los cargos que su plan de seguro médico le envía después de que ha recibido un servicio médico. No es un cobro, es un registro de los servicios médicos recibidos. Muestra la cantidad que el proveedor o el hospital cobraron por los servicios, y cuánto de estos cargos va a pagar su seguro médico.

Formulario – Una lista de los medicamentos bajo prescripción médica que se incluye en el plan de medicamentos bajo prescripción, o un plan de seguro médico que incluye beneficios de medicamentos bajo prescripción. También se le llama lista de medicamentos.

Red – Los hospitales y clínicas, proveedores y abastecedores que están bajo contrato con su plan de seguro médico para ofrecerle servicios médicos.

Fuera de la Red – Un proveedor que no tiene contrato con su plan de seguro médico, para brindarle servicios médicos. Los costos que deberá pagar por servicios de proveedores fuera de la red son más altos.

Máximo por Gastos Personales – La mayor cantidad que deberá pagar durante el período de cobertura del seguro médico, antes que su plan empiece a pagar el 100% de los gastos por servicios médicos cubiertos.

Proveedor de Cuidados Primarios (PCP, por sus siglas en inglés) – Un doctor o cualquier otro proveedor que trata sus enfermedades comunes, le mantiene sano, y le dirige a un especialista cuando es necesario. Muchos planes de seguro médico exigen que vea a su PCP antes de poder consultar a cualquier otro proveedor. Nota: algunos programas que ayudan a pagar los servicios médicos se refieren a la frase “Proveedor de Cuidados Primarios” al hablar de la clínica donde recibe sus servicios de cuidados médicos.

Proveedor – Un profesional que le puede brindar servicios de cuidados médicos. Hoy en día usamos esta expresión porque hay varios tipos de profesionales de cuidados médicos que le pueden brindar estos servicios, además de los doctores, como por ejemplo las Enfermeras Profesionales o los Asistentes Médicos.

Referencias – Un tipo especial de autorización que los miembros de un plan de seguro médico deben obtener de su Proveedor de Cuidados Primarios (PCP) antes de consultar a un especialista u obtener un servicio.

Especialista – Un doctor que se enfoca en un área específica de la medicina, como por ejemplo un cardiólogo (un doctor de corazón).

Todos Merecen Tener un Seguro Médico
Hay Asistencia Financiera Disponible

¡Le podemos ayudar a aplicar!

Llame al 2-1-1, escoja la opción número 1, y pregunte por EnrollATX,
o visítenos en nuestra página de internet
GetEnrolledATX.com



ENTENDIENDO LOS SEGUROS MÉDICOS



¿Qué es un seguro médico?

Los seguros médicos protegen a las personas del alto costo de los cuidados médicos. Cuando compra un seguro médico, lo compra junto a muchas otras personas. Juntos, son miembros del plan de seguro médico. Cada miembro le paga al plan. Si usted o cualquier miembro del plan necesita cuidados médicos caros, no tendrán que pagar el verdadero valor de estos cuidados. El dinero saldrá del plan al que le ha estado pagando.

Cuando está enfermo, los seguros médicos cubren los costos por servicios médicos, medicamentos, cuidados hospitalarios y equipo especial. **Además, el seguro médico es muy importante cuando no está enfermo.** La mayoría de seguros médicos pagan los costos de vacunación y los chequeos anuales de niños y adultos. También es posible que cubran exámenes de salud, terapias y mucho más. (Los exámenes de salud son las evaluaciones necesarias para diagnosticar algunas enfermedades.)

¿Cómo obtengo un seguro médico?

Puede obtener su seguro médico por medio de su empleador o comprárselo a una persona que vende seguros (un agente o corredor de seguros). También puede adquirir su seguro médico a través del Mercado de Seguros Médicos. Para mantener activo su seguro, debe realizar pagos, llamados primas. Usted se compromete a pagar las primas por un período de tiempo determinado, por lo general un año. La mayoría de personas hacen pagos mensualmente. Debe renovar su plan de seguro médico antes de que venza este período.

¿Cómo selecciono el mejor plan de seguros médicos para mí?

Saber las siguientes cosas le ayudará a decidir qué plan debe comprar:

- Cualquier condición médica que tenga actualmente
- Cualquier medicamento que tome actualmente
- La cantidad de consultas médicas que cree que hará a lo largo del año
- Cualquier procedimiento médico como cirugía o terapia que podría necesitar
- Los nombres de los proveedores que están inscritos para trabajar con la compañía de seguros (al conjunto de los proveedores que tienen contrato para trabajar con una compañía de seguros se llama la red de proveedores)

Además, es muy importante saber cuánto pagará por:

- **Primas** – La cantidad que paga a la compañía de seguros médicos para mantener su seguro activo. Su empleador puede pagar parte o toda su prima.
- **Copagos** – La cantidad que podría tener que pagar para compartir el costo de los servicios o suministros médicos, como por ejemplo consultas al doctor, visitas a clínicas ambulatorias, o medicamentos bajo prescripción médica. Los copagos generalmente son una cantidad fija (por ejemplo, \$25).
- **Deducibles** – La cantidad que deberá pagar por servicios médicos **antes** que su plan de seguro médico empiece a pagar por usted.
- **Coaseguro** – Una cantidad **adicional** que podría tener que pagar para compartir el costo de los servicios médicos **después de usted haber pagado cualquier deducible**. Los coaseguros, por lo general, son un porcentaje de la cantidad total del costo del servicio (por ejemplo, 20%).

Algunos planes de seguro médico tienen una prima mensual baja con un deducible alto, mientras que otros planes tienen primas mensuales más altas y deducibles más bajos. Su salud y su nivel de ingresos son importantes para escoger el mejor plan para usted.

Tarjeta de Seguro o Programa Médico

Cuando compra un plan de seguro médico o se inscribe en un Programa Médico como Medicaid o CHIP, recibirá información acerca de su plan. ¡Lea esta información! Es importante que la conozca cuando vaya a visitar al doctor o al hospital.

Debería recibir una tarjeta de seguro médico como prueba que tiene seguro. Su tarjeta podría verse diferente a la que aparece a continuación, pero debería tener la misma información.

Nombre del Seguro Médico o del Programa	
1 Nombre del Miembro: Jane Doe Fecha de Nacimiento: 06/01/1989	5 Número de Grupo: XXXXX- XXX
2 Número del Miembro: XXX-XX-XXXX	6 Fecha de Vigencia:
3 Tipo de Plan:	7 Copago PCP \$15.00 Copago Especialista \$25.00 Sala de Emergencias \$75.00
4 Copago por Prescripciones \$15.00 Genérico \$20.00 De Marca	8 Servicio para Miembros: 800-XXX-XXXX

1. **Nombre y Fecha de Nacimiento del Miembro**

2. **Número del Miembro** - Número utilizado para identificarle.

3. **Tipo de Plan** - Le indica qué tipo de red de proveedores le ofrece su plan.

4. **Copago por Prescripciones** - La cantidad que deberá pagar por cada prescripción.

5. **Número de Grupo** - Número utilizado para identificar qué beneficios están incluidos en su plan.

6. **Fecha de Vigencia** - La fecha en que comienzan los beneficios de su seguro médico.

7. **Copagos** - Las cantidades que deberá pagar cada vez que visite un proveedor de cuidados primarios (PCP), un especialista o la sala de emergencias.

8. **Servicio para Miembros** - El número de teléfono al que puede llamar si no entiende qué debe o qué no debe pagar. También lo puede utilizar si necesita ayuda para encontrar un proveedor. A veces este número se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta.