



Armando el rompecabezas:
*Su guía detallada para usar
el seguro de salud*

Cómo entender su cobertura en un vistazo

Cuando se inscribió en su plan de seguro, estuvo de acuerdo en seguir sus reglas. Pero, ¿qué significa eso? ¿Cómo usa su seguro? Repasemos las reglas del seguro para ayudarle a entender cada pieza y ponerlas todas juntas.

Primero, usted recibió un resumen de beneficios y documentos de su póliza cuando se inscribió. Estos son las piezas clave iniciales, conserve estos documentos y asegúrese de leerlos. Los documentos deberían ayudarle a contestar muchas de las preguntas que vaya teniendo a medida que aprende a usar su seguro dentro del sistema de atención de la salud. Y, si tiene preguntas específicas sobre su cobertura, llame a su compañía de seguros. El número se encuentra en su tarjeta de seguro.



Revise su tarjeta y documentos.

- En su tarjeta de seguro se encuentra información sobre ciertas responsabilidades de los costos compartidos, así como el número al que debe llamar si tiene preguntas.
- Sus documentos del seguro brindan los detalles de su cobertura de seguro, incluido lo que debe hacer y lo que no debe hacer al usar los servicios.



Comprenda lo que significa un proveedor dentro de la red en comparación con uno fuera de la red.

- No todos los proveedores participan en la red de una compañía de seguros. Si un proveedor no está en la red de la compañía de seguros, usted podría ser responsable de cargos adicionales.
- Al elegir a un proveedor, siempre verifique que esté dentro de la red.



Identifique los servicios que necesitan ser pre-aprobados por su compañía de seguros, los que pudieran estar excluidos de su cobertura y los que pudieran tener límites.

- A menudo, las compañías de seguro requieren que se obtenga la pre-autorización o pre-aprobación, por ejemplo, para servicios de terapia, imágenes por resonancia magnética, etc. Esto significa que la compañía de seguros verifica que el servicio sea necesario y apropiado.
- No todo servicio está cubierto bajo un plan de seguro determinado. Un servicio podría excluirse por diversas razones.
- Algunos servicios podrían tener límites en la cantidad de veces que puede recibirlos. Por ejemplo, a menudo las visitas para recibir terapia tienen límites.



Sepa lo que debe esperar después de recibir la atención.

- Si elige a un proveedor que no pertenece a la red en lugar de a uno que sí está dentro de la red, se le cobrará otro monto.
- Su compañía de seguro le enviará una Explicación de Beneficios. ¡Ese no es un cobro!
- Si no está de acuerdo con su compañía de seguro, tiene opciones, incluido el proceso de apelaciones.

Revise su tarjeta de seguro.

Su tarjeta de seguro puede proporcionar mucha información antes de que siquiera lea sus documentos. También, a menudo es una fuente de información sobre el tipo de plan de seguro que tiene. Podría encontrar una abreviatura en la tarjeta de identificación que le indica qué tipo de seguro tiene. O, para preguntar, puede llamar al número de servicios a los afiliados que aparece en la tarjeta. Además, probablemente su tarjeta muestre cuánto pagará (copago) por citas médicas y visitas al departamento de emergencia.



TIPOS DE PLANES

Abajo aparecen los tipos principales de planes. Es importante entender que distintos planes tienen reglas distintas. Las compañías de seguro de salud sólo pagan cuando se siguen todas sus reglas, como obtener la pre-aprobación para ciertos servicios y recibir atención de un proveedor que sea parte de la red de su compañía de seguro, lo que también se conoce como proveedor participante o dentro de la red.

Los proveedores pueden ser médicos, especialistas, hospitales o cualquier lugar o persona que brinde atención.

■ ORGANIZACIÓN PARA EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD (HMO, SIGLAS EN INGLÉS)

- Se requiere que los afiliados elijan a un proveedor de atención primaria (PCP, siglas en inglés)
- Los afiliados deben obtener referencias de su PCP para recibir atención especializada
- Los afiliados tienen que usar proveedores dentro de la red

Excepto en emergencias, las organizaciones para el mantenimiento de la salud generalmente no cubren la atención proporcionada fuera de la red. Para obtener cobertura de una HMO, es posible que se le exija que viva o trabaje en el área de servicio.

■ ORGANIZACIÓN DE PROVEEDORES PREFERIDOS (PPO, SIGLAS EN INGLÉS)

- A los afiliados se les anima, pero no se les exige, que elijan a un PCP
- Los afiliados pagan menos si usan proveedores dentro de la red, pero pueden usar proveedores fuera de la red
- Los afiliados generalmente no necesitan una referencia antes de recibir el servicio

Con un plan PPO, puede elegir no recibir tratamiento con un proveedor dentro de la red, pero entonces tendrá que pagar deducibles y copagos (también llamados costos compartidos) más altos de los que hubiera pagado si hubiera usado a un proveedor dentro de la red.

■ PLAN DE PUNTO DE SERVICIO (POS, SIGLAS EN INGLÉS)

- No se requiere que los afiliados elijan a un PCP
- Los afiliados pagan menos cuando usan proveedores dentro de la red, pero pueden usar proveedores fuera de la red
- Los afiliados generalmente deben obtener una referencia de su PCP para cualquier otro servicio que necesiten

■ ORGANIZACIÓN DE PROVEEDORES EXCLUSIVOS (EPO, SIGLAS EN INGLÉS)

- No se requiere que los afiliados tengan un PCP
- Los afiliados típicamente no necesitan referencias para obtener servicios dentro de la red
- Se requiere que los afiliados usen proveedores dentro de la red

Si decide obtener atención afuera de la red, el plan EPO no pagará la cuenta.

Copago

El pago por adelantado de una cantidad establecida para un servicio específico (como \$20 por una visita a un consultorio o \$10 por cada medicamento de venta con receta). Se requiere que lo pague cada vez que recibe el servicio o suministro de atención de la salud.

Ya sabe qué tipo de seguro tiene y ahora necesita encontrar a un médico.

¿Qué necesita saber?

- ¿Dentro o fuera de la red?
- ¿Necesito una referencia?
- ¿Necesito tener una pre-autorización?
- ¿Es un beneficio cubierto?
- ¿Hay exclusiones o limitaciones?

■ DENTRO DE LA RED VS. FUERA DE LA RED

La mayoría de las compañías de seguro tienen contratos con ciertos médicos y hospitales para que estén dentro de la red del plan y estos proveedores pertenecientes a la red acuerdan aceptar cierta tarifa de pago, llamada el monto contratado, de la compañía de seguro. Debe saber que no todos los médicos forman parte de los mismos planes de seguro que el hospital. Su aseguradora tiene una lista de médicos e instalaciones que están dentro de la red. Se requiere que estas listas se publiquen en el sitio de Internet de la compañía de seguro, o puede llamar al número telefónico para afiliados que aparece en su tarjeta de identificación para solicitar información o una copia.

Los proveedores fuera de la red son los que no tienen contrato con la compañía de seguro de salud. Dado que la compañía de seguro no tiene una tarifa establecida con estos proveedores, ellos cobrarán a la compañía de seguro el costo completo del servicio de atención de la salud. Su compañía de seguro podría no pagar para que usted vaya a un proveedor que no esté dentro de la red. En ese caso, usted será responsable de pagar toda la cuenta. Si la compañía de seguro paga para que usted use un proveedor fuera de la red, la cantidad que la compañía de seguro pague podría ser menor de lo que pagaría a un proveedor dentro de la red. Lo más probable es que usted deba pagar la diferencia entre la cantidad que paga la compañía de seguro y el monto del cobro.

Monto contratado

El monto que el seguro pagará a los proveedores de atención de la salud en sus redes por los servicios. Estas tarifas se negocian y establecen en los contratos con los proveedores dentro de la red.

Máximo desembolsado de su bolsillo

Una vez que satisfaga su deducible, será responsable de pagar una porción del resto de sus costos de atención de la salud durante el resto del año. Sin embargo, muchos planes de seguro tienen un monto máximo desembolsado de su bolsillo y, una vez que gaste ese monto en deducibles más coseguro y copagos, el seguro pagará el 100 por ciento de todos los demás costos de salud durante el año de la póliza. Esto sólo se aplica a los servicios cubiertos. Las primas mensuales no cuentan hacia el máximo desembolsado de su bolsillo.

■ MI MÉDICO PIENSA QUE NECESITO CONSULTAR A UN ESPECIALISTA. ¿PUEDO ELEGIR A QUIEN YO QUIERA?

Muchos seguros de salud no pagarán para que consulte a un especialista a menos que su PCP (generalmente su médico familiar) considere que es necesario y le dé una referencia. Si consulta a un especialista, como un cardiólogo o dermatólogo, sin una referencia, probablemente tendrá que pagar más por la atención que reciba.

También, no se olvide de asegurarse de que el especialista que consulte esté dentro de la red o podría ser responsable de pagar la cuenta completa por la visita. Verifique con su compañía de seguro de salud para asegurarse de que el especialista al que su PCP lo envía esté dentro de la red.

■ MI MÉDICO CONSIDERA QUE NECESITO CIERTO SERVICIO DE ATENCIÓN DE LA SALUD. ¿PUEDO SIMPLEMENTE IR A OBTENERLO?

Si su médico decide que necesita ir al hospital, hacerse una cirugía o hacerse ciertos análisis, su compañía de seguro puede rehusarse a pagar a menos que el servicio haya estado pre-autorizado. Pre-autorización significa llamar a la compañía de seguro con anticipación para que autorice el servicio. En ocasiones, su médico hace esto en su nombre, pero asegúrese de confirmar esto de antemano.



¿Necesito pre-aprobación? Sepa antes de ir.

■ PRE-AUTORIZACIÓN/AUTORIZACIÓN PREVIA

Podría necesitar pre-autorización (o pre-aprobación o autorización previa) de su compañía de seguro de salud antes de recibir ciertos servicios de atención de la salud. Nunca se requiere pre-autorización para la atención de emergencia.

El proceso de pre-autorización verifica la necesidad médica, en otras palabras, que el servicio sea requerido y apropiado. Ejemplos de servicios de atención de la salud que generalmente requieren pre-autorización incluyen imágenes por resonancia magnética, atención de la salud en el hogar, servicios de terapia y mucho más. Si recibe el servicio de atención de la salud sin antes comprobar si recibió la pre-autorización, podría ser responsable de pagar la cuenta completa por el servicio. Revise detenidamente los documentos de su seguro para identificar los servicios de atención de la salud que puedan requerir pre-autorización. Si algún servicio de atención de la salud no aparece en la lista, verifique con su compañía de seguro de salud de antemano.

■ Tengo la pre-autorización para mi servicio. ¿Eso es todo lo que necesito?

Muchas veces, su médico puede recomendar un servicio o tratamiento en particular y su compañía de seguro de salud hasta podría pre-autorizarlo, pero la compañía de seguro de salud aun así podría no pagar por él. Las siguientes son algunas formas en que podría recibir un servicio y ser responsable de pagar por él de su propio bolsillo.

■ BENEFICIOS CUBIERTOS VS. MÉDICAMENTE NECESARIOS

■ Mi médico considera que necesito una vacuna contra el herpes zóster. Como tengo seguro, ¿está cubierta automáticamente verdad?

No. Las compañías de seguro establecen reglas para decidir los beneficios que cubrirán. Su médico puede pensar que una vacuna contra el herpes zóster podría ser necesaria médicamente por muchas razones, como por ejemplo, los antecedentes familiares. Sin embargo, su compañía de seguro podría tener reglas que establecen que las vacunas contra el herpes zóster no se cubren sino hasta que la persona cumpla los 50 años de edad. Debido a estas reglas, si se vacuna antes de cumplir 50 años de edad, no se cubrirá la vacuna. Esto significa que usted será responsable de pagar por la vacuna.

Asimismo, los servicios no cubiertos no cuentan hacia el máximo anual desembolsado de su bolsillo en virtud de su plan de salud.

QUÉ PREGUNTAR A SU COMPAÑÍA DE SEGURO: *No simplemente acepte la pre-aprobación como un indicador de que se realizará el pago. PREGUNTE: “¿Es este un beneficio cubierto en virtud de mi paquete de beneficios?”*

■ LIMITACIONES

■ Mi médico me recomendó 25 visitas de terapia. Los servicios de terapia son un beneficio cubierto. ¿Puedo programar las 25 visitas, verdad?

No. En algunos casos, su seguro de salud tendrá limitaciones en cuanto a servicios o suministros cubiertos. Generalmente, esto se refiere a la cantidad de veces o las circunstancias de uso de un servicio o tratamiento en particular. Los límites pueden ser de cantidad de visitas o de cantidad especificada de días permitidos por año calendario. Algunos de los servicios que comúnmente tienen limitaciones incluyen visitas de fisioterapia, visitas de salud en el hogar y visitas a centros de enfermería especializada.

De forma similar al beneficio no cubierto, si se pasa de los límites del servicio, será responsable de pagar el cobro completo y el monto que pague no se aplicará al monto máximo desembolsado de su bolsillo. Lea detenidamente los documentos de su seguro para identificar las limitaciones que puedan existir.

QUÉ PREGUNTAR A SU COMPAÑÍA DE SEGURO: *No simplemente acepte la pre-aprobación y el hecho de que es un beneficio cubierto como un indicador de que se pagará. PREGUNTE: “¿Hay alguna limitación en la cantidad o el monto de este servicio?”*

■ EXCLUSIONES

■ Mi médico me ha recomendado visitas de terapia del habla para mi hijo. Tengo la pre-aprobación y sé cuáles son los límites de visitas. ¿No debo tener preocupación alguna al programar las citas, verdad?

A las compañías de seguro de salud no se les exige cubrir todos los servicios. Por eso, al leer los documentos de su seguro, preste atención especial al listado de exclusiones. Algunas de las exclusiones más comunes incluyen ciertos viajes en ambulancia, acupuntura, cirugía cosmética y atención experimental o de investigación.

Algunas exclusiones menos comunes pueden incluir servicios específicos si existe otro padecimiento. Por ejemplo, ciertas terapias pueden estar excluidas para los niños con autismo. O, cuando una persona recibe atención para personas desahuciadas, las terapias para sanar la enfermedad terminal no están cubiertas porque la atención para personas desahuciadas tiene el propósito de ser paliativa. Esto significa que se enfoca en la comodidad del paciente, usualmente porque la condición del paciente es incurable. Otras terapias para asuntos no relacionados con la enfermedad terminal podrían estar cubiertas.

Si recibe un servicio que está excluido, será responsable de pagar toda la cuenta.

QUÉ PREGUNTAR A SU COMPAÑÍA DE SEGURO:
Explique todos los demás padecimientos que tenga. Pregunte: “¿Hay algunos padecimientos o servicios que me excluirían de obtener este servicio?”

Hay muchas probabilidades de que se le exponga a costos de los que quizá no está consciente, por lo que es crítico que antes de usar su seguro de salud, lea detenidamente los documentos de su póliza. Esto le ahorrará dinero a la larga.

¿No puede encontrar ninguna de esta información? Consulte el inicio de esta publicación y revise sus documentos del seguro.

■ CÓMO FUNCIONA “FUERA DE LA RED”

Este es un ejemplo de cuánto podrían cobrarle si decide ir a proveedores fuera de la red. Recuerde, **si su plan de seguro no tiene un beneficio de fuera de la red, usted será responsable de pagar toda la cuenta!** En caso de que sí tenga un beneficio de fuera de la red, aun así los cargos podrían ser más altos de lo que podría pensar.

Ejemplo: Va al hospital a dar a luz. Supongamos que el precio es el mismo, \$10,000, en hospitales tanto fuera como dentro de la red. Consulte la gráfica a la derecha para ver un ejemplo de lo que pagaría si usara un beneficio fuera de la red (si lo tiene).

Deducible

El monto que una persona asegurada debe pagar por los servicios de atención de la salud antes de que la compañía de seguro de salud empiece a compartir los costos. Por ejemplo, si su deducible es \$1,000, su plan no pagará nada hasta que usted pague \$1,000 en servicios o suministros de atención de la salud.

Coseguro

Usted y su compañía de seguro de salud comparten los cargos cubiertos en una proporción especificada (por ejemplo, la aseguradora paga el 80 por ciento y el afiliado paga el 20 por ciento.)

Riesgo financiero

El riesgo financiero es el costo de pagar las reclamaciones médicas por servicios de atención de la salud proporcionados a las personas cubiertas en virtud del plan de seguro. Su riesgo financiero es el monto que usted podría tener que pagar una vez que el seguro cubra su porción.

{ RUTA 1 – DENTRO DE LA RED }

Cargo del hospital	\$10,000
La compañía de seguro paga la tarifa contratada	\$6,000
Usted paga el deducible	\$700
Usted paga copagos	\$100
Usted paga coseguro	\$950
SU TOTAL ES:	\$1,750

{ RUTA 2 – FUERA DE LA RED }

Cobro del hospital	\$10,000
Monto permitido por la compañía de seguro	\$8,000
La compañía de seguro paga 80% del monto permitido	\$6,400
Usted paga el 20% del monto permitido	\$1,600
Usted paga el saldo de \$10,000 – \$8,000	\$2,000
SU TOTAL ES:	\$3,600

Cuando tenga dudas, ¡llame a su compañía de seguro!

4. ¿Qué sucede después de mi atención?

- ¿Qué porción del costo es responsabilidad mía?
- Recibí una Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, “EOB, siglas en inglés”; ¿es un cobro?
- ¿Qué pasa si estoy en desacuerdo con la forma en que mi compañía de seguro pagó mi reclamación?

■ EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS Y APELACIONES

■ Recibí por correo una “Explicación de Beneficios”; ¿es un cobro?

No. Una Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits; EOB) es una carta de su compañía de seguro en donde se le indica cuánto le costarán los servicios, cuánto pagó la compañía de seguro y cuánto podría ser responsabilidad suya pagar a su médico u hospital y por qué. Los servicios que recibió se agruparán, ya sea según quién proporcionó los servicios o el día en que los recibió. A estos grupos de servicios se les llama reclamaciones y cada reclamación tendrá un número. Si tiene preguntas sobre su EOB cuando reciba una, tener el número de reclamación le ayudará a obtener respuestas más rápidamente.

Cuando reciba el cobro de su proveedor de atención de la salud, verifíquelo contra la EOB. Si el proveedor y la compañía de seguro le están diciendo que pague dos montos diferentes, llame a su compañía de seguro antes de pagar el cobro; podría haber habido un error.

■ No estoy de acuerdo con la decisión de mi compañía de seguro de salud sobre el monto que tendré que pagar. ¿Qué puedo hacer?

A todas las compañías de seguro de salud se les requiere que tengan un proceso de apelaciones. El proceso varía con base en las reglas para la forma en que su plan de seguro de salud está establecido. Los siguientes son algunos ejemplos comunes de la forma en que los planes están establecidos y a dónde acudir para obtener ayuda.



■ PLANES AUTOFINANCIADOS (LLAMADOS TAMBIÉN ERISA)

Algunos empleadores optan por autofinanciar el seguro de salud de sus empleados. Con este tipo de seguro, su empleador asume el riesgo financiero relacionado con proporcionar los beneficios de atención de la salud a sus empleados. De esta forma, su empleador también es su compañía de seguro de salud.

En ocasiones, los empleados ni siquiera se dan cuenta de que su plan es autofinanciado porque, a pesar de que el empleador paga todas las reclamaciones, con frecuencia el plan es administrado por una compañía de seguro de salud. Esto significa que la mayoría de personas con seguro de salud autofinanciado tienen tarjetas de identificación de seguro de una compañía de seguro de salud ampliamente reconocida.

Los planes autofinanciados cumplen con los requisitos federales establecidos en la Ley de Seguridad del Ingreso de Jubilación de Empleados (Employee Retirement Income Security Act; ERISA). Por esto, también se conocen como planes ERISA.

¿A DÓNDE ACUDO PARA OBTENER AYUDA? Si recibe su seguro mediante un empleador y no sabe con certeza el tipo de producto que tiene, pregunte a su empleador, “¿Nuestro seguro de salud es autofinanciado?”. Si tiene un plan autofinanciado, debe comunicarse con su departamento de recursos humanos para obtener más información sobre el proceso para presentar una apelación.

■ PLANES PLENAMENTE ASEGURADOS

Un plan de salud plenamente asegurado es uno en el que la compañía de seguro asume todo el riesgo. Esto puede hacerse ya sea por una persona al comprar una póliza independientemente o cuando un empleador compra el seguro de una compañía de seguro de salud y paga todas las primas o una parte de ellas.

La compañía de seguro de salud asume el riesgo financiero y paga las reclamaciones médicas con las primas que cobró. Los planes de salud plenamente asegurados deben cumplir con todas las reglamentaciones estatales y federales pertinentes.

¿A DÓNDE ACUDO PARA OBTENER AYUDA? Si tiene un producto plenamente asegurado, puede comunicarse con su compañía de seguro o el Departamento de Banca y Seguro estatal para obtener más información sobre cómo presentar una apelación. En New Jersey, la Oficina del Defensor del Cliente de Seguros (Office of the Insurance Ombudsman) está disponible para asistir a los consumi-

dores. Es posible comunicarse con el Defensor mediante el sitio de Internet www.state.nj.us/dobi/ins_ombudsman/ombudsfaq.html o llamando al 1-800-446-7467.

■ PLANES DE MINISTERIOS PARA COMPARTIR LA ATENCIÓN DE LA SALUD

Los planes de ministerios para compartir la atención de la salud no son planes de seguro. Son un mecanismo para compartir los costos en el que las personas pagan una cuota mensual, similar a una prima, misma que se deposita en una cuenta supervisada por el ministerio. Después, el ministerio desembolsa para cubrir los pagos de los cobros médicos elegibles. Si usted forma parte de un ministerio para compartir la atención de la salud, se le considera como

un paciente que paga de su propio bolsillo cuando usa servicios de atención de la salud.

¿A DÓNDE ACUDO PARA OBTENER AYUDA? Debido a que los planes de ministerios de atención de la salud en realidad no son un seguro, si tiene derechos o no depende del ministerio.

AL PONER TODAS LAS PIEZAS JUNTAS

Es importante tener la información adecuada sobre su seguro de salud. Si tiene otras preguntas o inquietudes, llame al número telefónico de servicio al cliente que aparece en su tarjeta del seguro.

AVISO LEGAL: La publicación *Putting The Pieces Together: Your Step-by-Step Guide to Using health Insurance (Armando el rompecabezas: Su guía detallada para usar el seguro de salud)* (en lo sucesivo denominado "materiales") de la Asociación de Hospitales de New Jersey (New Jersey Hospital Association; NJHA), está concebida para servir como herramienta que los hospitales puedan compartir con los consumidores para asistir en las labores educativas.

No se hace representación específica alguna, ni debiera entenderse que una existe, y ni NJHA ni cualquier otra parte que participe en crear, producir o entregar este material habrá de ser responsable en forma alguna, en lo absoluto, de cualesquiera daños directos, incidentales, resultantes, indirectos o punitivos que surjan del uso de estos materiales.

NJHA no hace representaciones ni brinda garantías, explícitas o implícitas, en cuanto a la precisión o exhaustividad de la información contenida o a la que se hace referencia en este material. Esta publicación se proporciona "TAL CUAL" SIN GARANTÍA DE TIPO ALGUNO YA SEA EXPLÍCITA O IMPLÍCITA, INCLUIDAS, ENTRE OTRAS, LAS GARANTÍAS IMPLÍCITAS DE COMERCIALIZACIÓN, ADECUACIÓN PARA UN PROPÓSITO EN PARTICULAR O DE NO INFRACCIÓN.

En algunas jurisdicciones no se permite la exclusión de garantías implícitas, de manera que la exclusión antes mencionada quizá no se aplique a usted.

Todas las imágenes y la información contenidas en estos materiales están protegidas por derechos de autor y de otra forma son de propiedad privada. No se permite usar en forma alguna esta información sin el previo consentimiento por escrito de NJHA.

Si tiene otras preguntas o inquietudes, llame al número telefónico de servicio al cliente que aparece en su tarjeta del seguro.