



# Cómo funciona el seguro de salud

La atención médica en los Estados Unidos puede ser muy costosa. Una sola consulta médica puede costar varios cientos de dólares, y una estancia en el hospital de tres días puede costar decenas de miles de dólares (o incluso más), dependiendo del tipo de atención brindada.

Aquí es donde entra en juego el seguro de salud. Existe una gran variedad de seguros en los Estados Unidos. Por eso hay muchas reglas diferentes sobre cómo funcionan los seguros médicos. Todos los planes de salud calificados incluyen servicios de emergencia, hospitalización, pruebas de laboratorio y medicamentos recetados.

## PLANES DE SALUD CALIFICADOS

### Plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO)

En este plan, usted debe seleccionar un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) que viene siendo médico de cabecera o primordial de una lista dentro de la red de su plan. Este es el proveedor al quien deberá contactar en caso de tener cualquier problema. La aseguradora requiere que el PCP esté a cargo de su atención y sea una fuente centralizada de información. Si necesita atención fuera de lo que su PCP puede ofrecer, su PCP tendrá que proporcionar un referido a un especialista para que se cubra dicha necesidad.

### Plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO)

Este plan también permite que el paciente acceda a una red de proveedores preferidos, puede visitar cualquiera de ellos en cualquier momento sin recibir un referido primero. Usted pagará menos por sus gastos por cuenta propia si utiliza un proveedor dentro del plan, pero, si consulta a un médico fuera de la red, usted será responsable por una mayor parte del costo. Este tipo de plan suele ser más costoso, pero incluye una red más grande de médicos. Esto puede ser importante para las personas que viajan mucho o los estudiantes que viven fuera del área de su plan de salud.

### Plan de Punto de Servicio (Point of Service, POS)

Este tipo de plan ofrece más flexibilidad que un plan HMO y es similar a un plan PPO en el que se le permite consultar con especialistas sin un referido de su PCP. Sin embargo, pagará más si acude a médicos fuera de la red de proveedores.





## Plan de Salud de Deducible Alto (High Deductible Health Plan, HDHP)

Este plan es como el plan HMO o el PPO, pero además ofrece la opción de abrir una cuenta de ahorros de salud (Health Savings Account, HSA) a fin de ahorrar dinero para gastos médicos. Cuando retire fondos para usarlos en gastos médicos calificados, no tiene que pagar impuestos por ese dinero. Estos planes generalmente ofrecen primas más bajas, pero quizá puede pagar costos por cuenta propia más altos antes de alcanzar su deducible.

## Los planes de seguro de salud en caso de catástrofe

Tienen primas mensuales bajas y deducibles muy altos. Cubren la misma atención médica que otros planes del mercado, pero están diseñados para que usted pague la mayoría de los gastos médicos de rutina usted mismo. Las únicas personas que son elegibles para comprar planes en caso de catástrofe son personas menores de 30 años y cualquiera que haya recibido una excepción porque no pudieron pagar la cobertura a través de su trabajo o a través del mercado de seguros de salud.

## Planes de duración limitada a corto plazo

Estos planes tienen el objetivo de complementar las carencias de la cobertura en caso de, por ejemplo, que se quede sin empleo o si recientemente comenzó un nuevo trabajo y está esperando que comience la cobertura. Estos planes son muy limitados y a menudo no cubren la atención médica básica, como los servicios de maternidad o medicamentos recetados. Muchos estados limitan la venta de estos planes, y algunos prohíben su venta por completo, así que consulte con el administrador de seguros de su estado para solicitar más información.

## Glosario

**Deducible** – La cantidad total que usted paga por gastos médicos antes de que el seguro de salud comience a pagar.

**Copagos** – La cantidad total que usted le paga a un proveedor de asistencia médica al momento de recibir el servicio; generalmente es una cantidad fija.

**Coaseguro** – Un cierto porcentaje que pagará por los servicios de atención de salud después de alcanzar su deducible.

**Desembolso máximo por cuenta propia** – Lo máximo que pagará durante un año del plan por la cobertura. Esto incluye deducibles, copagos y coaseguro.

**Beneficio cubierto** – Un servicio de salud (parte o todo el costo) que está incluido en los beneficios del plan. “Cubierto” significa que una parte determinada del costo permitido de un servicio de salud será considerado para ser pagado por la compañía de seguros. Esto no quiere decir que la compañía pagará el 100 % del servicio.

**Beneficio no cubierto** – Un servicio de salud que no será elegible para ser pagado por la compañía de seguro de salud y que debe ser pagado en su totalidad por el paciente.

**Redes de seguro de salud** – Un grupo de médicos y otros proveedores de distintas especialidades que tienen un contrato para proporcionar servicios de atención médica a quienes están afiliados al plan de seguro de salud.

**Dentro de la red** – La compañía de seguros negocia la tarifa con el proveedor. | El proveedor médico acuerda aceptar el pago del seguro como cantidad total, en lugar de la cantidad facturada.

**Fuera de la red** – El proveedor no ha negociado una tarifa con su compañía de seguros. | El costo compartido será más alto. | Es posible que los copagos fuera de la red no se descuenten de los pagos máximos por cuenta propia. | Usted paga la diferencia entre la cantidad permitida y la cantidad facturada después de que el seguro pague la porción que les corresponde.

**Calculador de costos médicos** – Brinda un cálculo estimado de costos según su área geográfica. Consulte <http://fairhealthconsumer.org/medicalcostlookup.php> para obtener más información.

**Formulario de medicamentos** – Es una lista de los medicamentos recetados cubiertos por su plan. Si el medicamento no está incluido en el formulario, su seguro de salud no lo pagará. Los medicamentos se organizan con una clasificación que se correlaciona con la forma en la que el plan los pagará. Los medicamentos preferidos serán más baratos, mientras que los medicamentos no preferidos y especializados serán más costosos.

Debe pagar los medicamentos cuando los reciba. Si tiene dificultades para pagar los medicamentos, hable con su médico o farmacéutico para ver si hay tarjetas de descuento u otras formas de ahorrar dinero.