

Preguntas y Respuestas sobre Seguros de Salud



Guía para el
Consumidor



Agency for Healthcare Research and Quality
Advancing Excellence in Health Care • www.ahrq.gov



AHIP
America's Health
Insurance Plans

Nota para el lector:

Esta guía ofrece sólo información general. Usted no debe depender únicamente de esta guía al tomar decisiones sobre seguros de salud.

Los planes de seguro de salud varían mucho, tanto en costo como en beneficios. Antes de inscribirse en un plan de seguro de salud, debe consultar el folleto del plan y leer la póliza para obtener información específica sobre los beneficios y costos, así como también la forma como el plan funciona.

Esta guía fue desarrollada conjuntamente por la agencia federal Agency for Healthcare Research and Quality y el America's Health Insurance Plans para ofrecer a los consumidores información general sobre las opciones de seguro de salud.



En este folleto

| | Page |
|--|------|
| Introducción a la guía | 1 |
| Cambios y opciones | 2 |
| Preguntas frecuentes sobre seguros de salud..... | 3 |
| 1. ¿Por qué necesita un seguro de salud? | 3 |
| 2. ¿Cómo se obtiene un seguro de salud? | 4 |
| 3. ¿Qué tipo de seguro de salud es adecuado para usted?..... | 5 |
| 4. ¿Qué es cobertura dirigida al consumidor?..... | 12 |
| 5. ¿Cómo funciona la cobertura de Medicare? | 16 |
| 6. ¿Qué otros programas del gobierno están disponibles? | 20 |
| 7. ¿Existen otros tipos de cobertura relacionados con la salud? | 22 |
| 8. ¿Qué ocurre si tiene una condición preexistente?..... | 25 |
| 9. ¿Qué ocurre si tiene seguro de salud a través de su empleador y deja su trabajo? | 26 |
| Cierre | 27 |
| Glosario | 29 |
| Recursos | 32 |



Introducción a la guía

Esta guía describe brevemente los diferentes tipos de planes de seguro de salud disponibles hoy día. Estos incluyen los planes basados en redes, cobertura que no está basada en redes, y planes de salud dirigidos al consumidor. También, encontrará respuestas a muchas preguntas comunes que puede tener sobre seguros de salud. Al final del folleto se ofrecen recursos para ayudarle a encontrar información adicional y más detallada.

Al final de la guía, aparece un glosario con términos de seguros de salud. Los términos en el glosario se subrayan con negrilla la primera vez que aparecen en la guía.

Cambios y opciones

Hoy día, existen muchas más clases de seguro de salud para escoger, de lo que había disponible sólo unos años atrás. Las diferencias tradicionales que existían entre los planes, puede que ya no se apliquen. También existe un mayor énfasis en el papel que juegan los consumidores para manejar su atención médica y las finanzas de su atención médica. Existe un enfoque en ofrecer información sobre los costos de la atención y la calidad de la atención médica – al nivel del médico, grupo de médicos y hospital – para ayudar a los consumidores y empleadores a escoger entre las muchas opciones que les están disponibles.

● ● ● ● **Un nuevo mercado de seguros de salud**

Las cosas han cambiado mucho desde la década de 1970, cuando la mayoría de las personas en los Estados Unidos con seguro médico

tenían **seguro de indemnización**. El seguro de indemnización también se conoce usualmente como **pago por servicio** o seguro de salud tradicional. Este tipo de cobertura generalmente asume que al proveedor médico (usualmente un médico u hospital) se le pagará un honorario por cada servicio que le ofrece al paciente—eso quiere decir, usted o el miembro de su familia amparado en la póliza.

Con el seguro de pago por servicio, usted va al médico de su elección y presenta un reclamo a la compañía de seguro para recibir un reembolso. Usualmente, su médico u hospital presenta el reclamo por usted. Usted sólo será reembolsado por gastos médicos con cobertura; esto es, los servicios que se cubren y aparecen listados en el resumen de beneficios del plan.

Cuando el servicio está cubierto en su póliza, usted puede esperar que se le reembolse por parte—pero generalmente no todo—del gasto. Cuánto va a recibir depende del **coaseguro** de su póliza y los deducibles. Usted será responsable por la porción de la cuenta que la compañía de seguro no reembolsa. Ver la sección sobre Seguro de Indemnización (página 7 de este folleto) para más información sobre coaseguros y deducibles.

Hoy día, muchos estadounidenses con seguro de salud están inscritos en planes de **atención prepagada**, tales como una **Organización de Mantenimiento de Salud (HMO, por sus siglas en inglés)** o una **Organización de Proveedor Preferido (PPO, por sus siglas en inglés)**. Para más información sobre los HMO o los PPO, ver la sección sobre atención prepagada, la cual comienza en la página 8 de este folleto.

Al hablar de seguro de salud, usualmente nos referimos al tipo de seguro que paga cuentas médicas, cuentas de hospital y típicamente los gastos de medicamentos por prescripción. Este tipo de cobertura incluye **Medicare y Medicaid**, dos programas gubernamentales que ofrecen cobertura de seguro de salud para ciertas poblaciones, tales como personas de la tercera edad, personas incapacitadas, así como también personas y familias de bajos ingresos. Sin embargo,

también existen otros tipos de cobertura de salud, incluyendo el seguro por incapacidad, seguro a largo plazo, u otras coberturas que pueden ofrecer protección financiera adicional para usted y su familia. La información sobre estos tipos de planes se ofrece más adelante en la guía.

Preguntas frecuentes sobre seguros de salud

● ● ● ● 1. ¿Por qué necesita un seguro de salud?

A medida que avanza la atención médica y los tratamientos aumentan, los gastos por atención médica también aumentan. El propósito del seguro de salud es ayudarlo a pagar por la atención. Le protege a usted y a su familia financieramente en el evento de que una enfermedad seria no esperada o lesión, pueda ser bien costosa. Además, usted tiene una mayor probabilidad de recibir atención de rutina y preventiva si cuenta con un seguro de salud.

Usted necesita seguro de salud debido a que no puede predecir lo que serán sus cuentas médicas. En algunos años, sus gastos pueden ser bajos. En otros años, puede que tenga gastos médicos bien altos. Si tiene seguro de salud, tendrá paz mental al saber que está protegido de la mayoría de los gastos. No debe esperar a que usted o un miembro de su familia se enferme gravemente para tratar de comprar seguro de salud.

También sabemos que existe una conexión entre tener seguro de salud y obtener una mejor atención médica. Las investigaciones demuestran que las personas con seguro de salud tienen una mayor probabilidad de tener un médico regular y de recibir atención cuando la necesitan.

● ● ● ● 2. ¿Cómo se obtiene un seguro de salud?

La mayoría de las personas obtienen seguro de salud a través de su empleador o de las organizaciones a las cuales pertenecen. Esto se conoce como **seguro colectivo**. Algunas personas no tienen acceso a un seguro colectivo. Puede que decidan comprar su propio **seguro de salud individual** directamente de la compañía de seguros. Muchos estadounidenses obtienen seguro de salud a través de los programas gubernamentales que operan a nivel nacional, estatal o local. Por ejemplo: Medicare, Medicaid, y los programas que administra el Department of Veteran Affairs (Departamento de Asuntos de Veteranos) y el Department of Defense (Departamento de Defensa).

Seguro Colectivo

El seguro colectivo lo ofrecen típicamente los empleadores. O, si usted es miembro de un sindicato, asociación profesional, u otro grupo, puede que obtenga cobertura colectiva por medio de esa organización.

Algunos empleadores les permiten a los empleados escoger entre varios planes, incluyendo tanto el seguro de indemnización y el de atención prepagada. Otros empleadores ofrecen sólo un plan. Algunos planes colectivos ofrecen beneficios dentales o de la vista, así como también beneficios médicos. Por lo tanto, es importante comparar los planes para encontrar el que ofrece los beneficios que usted más necesita. Una vez se inscribe en un plan de seguro de salud, usualmente no se puede cambiar a otro plan, hasta el próximo período de **inscripción abierta**, que se ofrece generalmente una vez al año.

Cuando el seguro colectivo es un beneficio del empleado, su empleador usualmente paga una porción o todas las **primas**. Esto significa que sus gastos por primas de seguro de salud serán más bajos de lo que serían si usted pagara la prima total usted sólo.

Cuando tiene un seguro colectivo por medio de la membresía en una organización, usted usualmente se beneficia por ser un miembro de un grupo grande. Usted puede pagar menos por las primas que lo que una persona pagaría individualmente. Sin embargo, la organización generalmente no paga una porción de las primas, esto quiere decir que usted será responsable por pagar la prima en su totalidad.

Seguro Individual

Si usted es un empleado autónomo o su empleador no ofrece seguro de salud, puede que no tenga acceso a seguro colectivo. Sin embargo, puede comprar cobertura individual directamente de una compañía de seguros. Cuando compra su propio seguro de salud, usted será responsable de pagar la prima completa, en vez de compartir el costo con su empleador. Usted debe buscar varias opciones para poder encontrar el plan que se ajusta a sus necesidades y al precio que está dispuesto a pagar.

La mayoría de los trabajadores autónomos pueden descontar las primas de su seguro de salud del ingreso tributable federal, logrando así un ahorro importante en sus impuestos. La mayoría de los Estados también ofrecen privilegios tributarios similares. Si usted es un empleador autónomo y compra un seguro de salud individual, debe consultar a un asesor de impuestos para verificar si es elegible para esta deducción.

● ● ● ● 3. ¿Qué tipo de seguro de salud es adecuado para usted?

Ya sea que usted sea elegible para obtener seguro colectivo o escoja un plan individual, debe comparar cuidadosamente los costos y cobertura. Asegúrese de comparar:

1. Primas.
2. Cobertura/beneficios.
3. Acceso a médicos, hospitales, u otros proveedores.

4. Acceso después de horas de oficina y para atención de emergencia.
5. Gastos por cuenta propia (coaseguro, **copago** y deducibles).
6. **Exclusiones** y limitaciones.

Aunque usted no tenga la opción de escoger su seguro de salud—por ejemplo, si su empleador ofrece solamente un plan—aún así necesita entender su cobertura. ¿Qué tipo de servicios cubre el plan? ¿Qué pasos debe tomar para obtener la atención que usted y los miembros de su familia necesitan? ¿Cuándo necesita aprobación previa para asegurar la cobertura por atención? (por ejemplo, si elige ser hospitalizado por una cirugía programada) ¿Cómo se pagan los beneficios y si tiene que presentar un reclamo?

Asegúrese de comprender cómo funciona su plan. No espere hasta necesitar atención de emergencia para hacer preguntas.

Si usted está escogiendo entre planes de indemnización y de atención prepagada, recuerde que éstos pueden diferir de varias maneras importantes, incluyendo:

- Como se acceden los servicios.
- Como se obtiene atención especial.
- Cuánto y algunas veces cómo se paga por la atención.

A pesar de estas diferencias, los planes de indemnización y de atención prepagada comparten ciertas características. Por ejemplo, ambos tipos de planes cubren una amplia gama de servicios médicos, quirúrgicos y hospitalarios. La mayoría de los planes ofrecen cierta cobertura para obtener medicamentos por prescripción. Algunos planes también tienen por lo menos cobertura parcial para dentistas u otros proveedores.

La diferencia más grande entre los planes de indemnización (cobertura que no está basada en una red) y la atención prepagada (cobertura basada en una red) tiene que ver con la selección de médicos, hospitales u

Recuerde que los planes varían en cuanto a lo que pagan. Ningún plan pagará el 100 por ciento de sus gastos médicos, pero ciertos planes pagarán más que otros.

otros proveedores; gastos por cuenta propia por servicios con cobertura; y cómo se pagan las cuentas.

Asegúrese de verificar los médicos y hospitales que están incluidos en su plan.

Seguro de Indemnización

Este tipo de cobertura ofrece más flexibilidad para escoger médicos y hospitales. Usualmente, usted puede escoger cualquier médico que desee y puede cambiar a sus médicos en cualquier momento. Aunque usualmente no necesitará de un referido médico para ver a un especialista o para rayos X ó pruebas, usted necesitará documentos, tales como sus expedientes médicos por parte de su médico de cabecera. Asegúrese de preguntarle al médico si hay algún tipo de documento que usted necesita llevar consigo.

Si usted tiene seguro de indemnización, su plan sólo paga parte de sus gastos médicos. Usted es responsable por el resto. Sus gastos por cuenta propia pueden ser probablemente más altos por algunos servicios que con ciertos planes de atención prepagada. Usualmente, necesitará gastar una cierta cantidad anualmente, antes que su plan comience a pagar beneficios. Este monto se conoce como deducible.

Los deducibles son la cantidad del gasto con cobertura que usted debe pagar cada año antes que su plan comience a reembolsarle. Los deducibles pueden oscilar entre \$100 a \$300 anuales por persona con cobertura ó \$500 ó más al año por familia.

Si usted tiene un plan de indemnización, puede que tenga que hacer más papeleo. Algunos médicos pueden presentar el reclamo por usted. Una vez el médico recibe el pago de la compañía de seguros, él o ella le mandarán una cuenta por la diferencia. Con otros médicos, usted tendrá que pagar la cuenta en su totalidad y presentar el reclamo a su compañía de seguros para recibir el reembolso.

El seguro de indemnización paga una porción de la cuenta— usualmente el 80 por ciento, después que se cumple con el deducible,

aunque puede que esto varíe. Usted paga el saldo, usualmente el 20 por ciento del total de la cuenta. Esto se conoce como coaseguro.

Las pólizas de indemnización típicamente tienen un máximo para gastos por cuenta propia. Esto significa que una vez que los gastos alcanzan cierto monto en un año calendario dado, su compañía de seguro típicamente pagará completamente la tarifa de los beneficios con cobertura. Si su médico le cobra más de lo que es razonable y usual, posiblemente usted tendrá que pagar una parte de la cuenta. Si usted tiene cobertura con Medicare, existen límites sobre lo que un médico puede cobrarle más allá de la cantidad usual.

También puede que existan límites de por vida en los beneficios que se pagan bajo la póliza. La mayoría de los expertos recomiendan que busque una póliza con un límite de por vida que tenga por lo menos \$1 millón. Todo lo que esté por debajo de esa cantidad puede que no sea suficiente.

Atención Prepagada

Más de la mitad de todos los estadounidenses que tienen seguro de salud están inscritos en un plan de atención prepagada. Los planes de atención prepagada cubren una amplia gama de servicios médicos. Con estos planes, los costos son más bajos cuando los pacientes utilizan los médicos u otros proveedores que participan en el plan (red de proveedores).

En la mayoría de los casos, usted no tendrá que llenar ningún formulario de seguro o presentar ningún reclamo a la compañía de seguros cuando usa un proveedor de la red. Usualmente, usted pagará un copago (típicamente \$10 a \$20 por consulta) cada vez que va al médico o al hospital, o recibe un medicamento por prescripción. Su copago puede variar dependiendo si usted visitó a su médico de cabecera o a un especialista, o si recibe un medicamento por prescripción genérico o de marca.

La mayoría de los planes de atención prepagada tienen una **lista de los medicamentos** que el plan cubre, que se conoce en inglés como

formulary. Su copago por los medicamentos por prescripción probablemente dependerá si usted recibe un medicamento genérico, un medicamento de marca de la lista de medicamentos, o un medicamento de marca que nos está en la lista de medicamentos del plan. Por ejemplo, el copago puede ser \$10 por un medicamento genérico, \$25 por un medicamento de la lista de medicamentos, y \$40 por un medicamento de marca que no está en la lista de medicamentos. Verifique la lista de medicamentos del plan que está considerando para estar seguro que el plan cubrirá cualquier medicamento de rutina por prescripción que usted o los miembros de su familia toman.

Algunos planes de atención prepagada tienen una opción de farmacia por correo. Esto significa que usted envía la prescripción de su médico para obtener medicamentos de rutina y mantenimiento (por ejemplo, medicamentos para la presión alta, medicamentos para el control del azúcar en la sangre, u otros medicamentos que se utilizan regularmente) a la farmacia por correo. En la mayoría de los casos, recibirá un suministro de 3 meses de su medicamento por correo. Usted aún pagará un copago, pero su costo puede que sea más bajo que el de una farmacia al detalle.

Si usted decide inscribirse en un plan de atención prepagada en vez de un plan de indemnización, puede que los gastos por cuenta propia sean más bajos, por atención médica, mientras vea a los médicos que forman parte del plan (proveedores de la red).

Existen tres tipos principales de planes de atención prepagada:

- Organizaciones de Mantenimiento de Salud (HMO, por sus siglas en inglés).
- Organizaciones de Proveedor Preferido (PPO, por sus siglas en inglés).
- **Planes de Punto de Servicio** (POS, por sus siglas en inglés).

Los tres tipos de planes de atención prepagada tienen contratos con médicos, hospitales u otros proveedores. Ellos han acordado ciertos

honorarios con estos proveedores. Mientras que reciba su atención de un proveedor del plan, usted típicamente será responsable sólo por cualquier gasto compartido que su plan requiera.

Organizaciones de Mantenimiento de Salud

Los HMOs se han conocido siempre por su enfoque en la prevención y bienestar. Tradicionalmente, los HMOs requieren que usted reciba la mayoría de su atención por parte de un médico de cabecera, quien está al tanto de su panorama de salud total. Si usted forma parte de un HMO, usualmente debe recibir toda su atención médica de proveedores de la red, excepto en emergencias. Los HMOs usualmente tienen copagos fijos, en vez de deducibles y coseguro, y no tienen límites de por vida en la cobertura.

Después que usted se inscribe en un HMO, típicamente necesitará seleccionar a un médico de cabecera, quien será responsable por coordinar toda su atención. Los médicos de cabecera pueden ser médicos de medicina familiar, internistas, pediatras, obstetras-ginecólogos, o médicos generales.

Si usted se enferma, su médico de cabecera le verá primero, a menos que sea una emergencia. Su médico de cabecera le dará un referido médico si él o ella piensa que usted necesita ver a un especialista. Usualmente, su HMO no le ofrecerá cobertura para ver a un especialista, a menos que tenga este referido médico.

En la mayoría de los casos, usted deberá ver a un especialista que participa en su HMO. Algunas veces, en circunstancias especiales, los pacientes del HMO pueden ser referidos a proveedores fuera de la red del HMO y aún así recibir cobertura.

Si necesita ser ingresado al hospital y no es una emergencia, puede que tenga que obtener una pre certificación por parte de su plan. En la mayoría de los casos, su médico u hospital se encargarán de esto por usted. La atención hospitalaria que no es de emergencia puede que no se cubra sin una pre certificación. En caso de un ingreso por emergencia, usted o un miembro de su familia, su médico, o su hospital tendrán que contactar a su plan dentro de

cierto período de tiempo (usualmente dentro de las 48 horas después de la admisión) para obtener una confirmación por escrito de la cobertura para la estadía hospitalaria.

Hoy día, algunos HMOs no siguen este “modelo de médico de cabecera”. Por lo tanto, si usted está considerando un HMO tradicional, es importante que compare las características y requisitos entre los varios planes de HMO que le están disponibles.

Organizaciones de Proveedor Preferido y Planes de Punto de Servicio

Los planes PPO y POS combinan características tanto del pago por servicio y del HMO. Los planes PPO y POS ofrecen más flexibilidad que los HMO para escoger médicos u otros proveedores. Los planes POS tienen médicos de cabecera quienes coordinan la atención del paciente, pero en la mayoría de los casos, los PPO no los tienen. Las primas tienden a ser un poco más altas en los planes PPO y POS que en los HMOs tradicionales.

Generalmente, mientras mayor sea el énfasis en la atención de red, las primas serán más bajas y los beneficios más integrados. Los consumidores y empleadores hacen elecciones entre una cosa y otra, al decidir qué es más importante, si una mayor lista de proveedores o una prima más baja.

Si usted está inscrito en un plan PPO o POS, sus gastos por cuenta propia serán menos, si utiliza un proveedor que forma parte del plan (un proveedor que pertenece a la red). Sin embargo, aún así obtendrá algo de reembolso, si recibe un servicio con cobertura de un proveedor que no está en la red. En este caso, su reembolso estará en un nivel menor, que si utilizaba un proveedor parte de la red.

Si usted escoge irse fuera de la red para recibir atención, puede que tenga que cumplir con un deducible antes de que el plan comience a pagar beneficios. También puede que usted tenga que pagar la cuenta y presentar el papeleo al plan para recibir el reembolso por los gastos con cobertura.

Si usted está en un plan PPO, no necesitará un referido médico para ver a un especialista o recibir otros tipos de atención, pero necesitará llevar ciertos documentos con usted. Asegúrese de preguntarle a su médico si necesitará una orden escrita u otros documentos al ser referido a un especialista, laboratorio u otro proveedor.

Cuando usted se sale de la red de proveedores del plan para recibir atención, los planes PPO o POS funcionan como un plan de pago por servicio y le cobran un coaseguro. Para los PPO, este coaseguro puede que sea diferente al coaseguro que se cobra por los proveedores en la red. También, puede que tenga que pagar el total de la atención inmediatamente y después presentar el reclamo a la compañía de seguros para recibir el reembolso permitido para los casos de atención fuera del plan.

● ● ● ● 4. ¿Qué es cobertura dirigida al consumidor?

Los planes de cobertura dirigida al consumidor les permiten a las personas y familias tener un mayor control sobre su atención médica, incluyendo cuándo y cómo acceden a la atención, qué tipos de atención reciben, y cuánto gastan en servicios de atención médica. Los tipos principales de cobertura dirigida al consumidor son:

- **Las Cuentas de Ahorro de Salud**, usualmente se complementan con **Planes de Salud con Deducible Alto**.
- **Arreglos de Reembolso de Salud**.
- **Arreglos de Gasto Flexible**.
- **Cuentas de Ahorro Médico Archer**.

Cuentas de Ahorro de Salud

Una cuenta de ahorro de salud es un tipo de cuenta de ahorro médico que le permite ahorrar dinero para pagar gastos médicos actuales y futuros, libres de impuesto. Para ser elegible para una

cuenta de ahorro de salud, usted debe estar cubierto por un plan con deducible alto, no tener ningún otro tipo de seguro de salud (incluyendo Medicare) y no aparecer como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.

Usted puede utilizar esta cuenta para pagar sus gastos de salud que califiquen, incluyendo gastos que el plan ordinariamente no cubre, tales como, gafas y dispositivos de audición. Los gastos que se pagan con el HSA, que son elegibles bajo su plan de salud con deducible alto, se tomarán en cuenta para el deducible del plan.

Durante el año, usted puede hacer contribuciones voluntarias a su cuenta de ahorro de salud utilizando dólares antes de impuesto. En algunos casos, los empleadores pueden establecer y ayudan aportando a las cuentas de ahorro de salud de sus empleados. Una cuenta de ahorro de salud gana interés. Si usted tiene un saldo en su cuenta de ahorro de salud al final del año, éste se “transferirá”, permitiéndole así crear un colchón para gastos de salud futuros. Una cuenta de ahorro de salud le permite acumular fondos y mantenerlos al cambiar de plan o cuando se jubile.

Planes de Salud con Deducible Alto

Hoy día, varias aseguradoras ofrecen planes de salud con deducible alto que pueden usarse con cuentas de ahorro de salud. Hasta el 2007, las personas que contribuían a una cuenta de ahorro de salud debían estar cubiertas por un plan de salud con un deducible anual de no menos de \$1,100 por cobertura individual y \$2,200 por cobertura familiar. El deducible generalmente se aplica a todos los gastos, incluyendo prescripciones y consultas médicas, pero en algunos casos, la atención preventiva no se toma en cuenta para llegar al deducible. Sin embargo, la mayoría de los planes cubren servicios preventivos, tales como visitas médicas de rutina, antes de que se haya alcanzado el monto del deducible.

Bajo un plan con deducible alto, los gastos por cuenta propia en el 2007 no podían exceder \$5,500 por cobertura individual y \$11,000 por cobertura familiar. Estos montos en dólares se ajustan

anualmente para reflejar la inflación, e incluyen deducibles, copagos, u otras cantidades, pero no las primas.

Después de alcanzar el deducible, algunos planes tienen un coaseguro del 10 al 15 por ciento de los gastos, pero solamente hasta el límite de los gastos por cuenta propia del plan. Después que usted alcanza el límite de gastos por cuenta propia, el plan le pagará el 100 por ciento de los gastos. Otros planes le pagarán el 100 por ciento después que haya alcanzado el monto del deducible.

Algunas aseguradoras han negociado precios que tienen un descuento con médicos participantes y hospitales, lo cual resulta en ahorros considerables para los consumidores que compran un plan de salud con deducible alto. Si usted está considerando este tipo de cobertura, asegúrese de preguntar sobre los precios con descuento.

Arreglos de Reembolso de Salud

Los empleadores pueden establecer arreglos de reembolso de salud para pagar los gastos médicos de los empleados. Un arreglo de reembolso de salud debe ser establecido por el empleador en representación de sus empleados y sólo el empleador puede contribuir en el mismo. El empleador decide cuánto dinero va a poner en el arreglo de reembolso de salud y el empleado puede retirar fondos de la cuenta para cubrir gastos aprobados. Los arreglos de reembolso de salud usualmente están establecidos conjuntamente con un plan de salud con deducible alto, pero pueden complementarse con cualquier tipo de seguro de salud o utilizarse como una cuenta independiente.

La ley federal permite que los empleadores decidan si los empleados pueden transferir todo o sólo una porción de los fondos que no fueron gastados de un año al otro. También, los empleadores pueden decidir si los saldos de la cuenta se pierden, si el empleado deja el trabajo o cambia de plan de salud.

Arreglos de Gasto Flexible

Los arreglos de gasto flexible lo establecen los empleadores para permitirle a los empleados ahorrar dinero antes de impuesto y pagar gastos médicos que califiquen durante el año. Sólo los empleadores pueden crear una cuenta, y pueden o no contribuir a la cuenta. También, puede que exista un límite en las cantidades que los empleadores y los empleados puedan contribuir en un arreglo de gasto flexible de salud.

Los arreglos de gasto flexible de salud pueden ser ofrecidos conjuntamente con cualquier tipo de plan de seguro de salud, o pueden ofrecerse de forma independiente. En el pasado, los arreglos de gasto flexible de salud eran sujetos a una regla de utilícelo o piérdalo. Ahora, los empleadores pueden darle a los empleados un período de gracia de 2-1/2 meses al final del año del plan para utilizar los fondos de la cuenta. Después de ese tiempo, los fondos que quedan del plan del año anterior se pierden. Si usted tiene un arreglo de gasto flexible de salud, debe tratar de anticipar sus gastos de atención médica para el próximo año y así evitar perder cualquier dinero que usted haya contribuido y que no gastó.

Cuentas de Ahorro Médico Archer

Las cuentas de ahorro médico Archer son cuentas individuales que pueden ser creadas por trabajadores autónomos y aquellos que trabajan para empresas pequeñas (menos de 50 empleados). Para crear una cuenta de ahorro médico Archer, usted debe estar cubierto por un plan de seguro con deducible alto. El empleador o el empleado pueden contribuir a la cuenta Archer, pero ambos no pueden contribuir a la cuenta durante el mismo año.

Las personas controlan el uso de los fondos en una cuenta de ahorro médico Archer y pueden retirar fondos para gastos médicos que califiquen. Usted puede transferir fondos de un año al otro, y los saldos en las cuentas de ahorro médico Archer son portátiles. Esto significa que usted se las lleva consigo cuando cambia de trabajo o se jubila.

5. ¿Cómo funciona la cobertura de Medicare?

Medicare es el programa federal de seguro para los estadounidenses de 65 años de edad o mayores, algunos estadounidenses con discapacidad, e individuos con enfermedad renal terminal (ESDR, por sus siglas en inglés). El plan de Medicare original, el cual está disponible a nivel nacional, es un plan de pago por servicio que administra el Gobierno Federal. Éste paga muchos servicios de salud y suministros, pero no paga todos sus gastos de atención médica.

Generalmente, usted debe inscribirse en Medicare cuando es elegible la primera vez. Si usted elige inscribirse en un tiempo posterior, usted pagará una multa por inscripción tardía.

Si usted ya tiene seguro de salud por medio de un empleador u otra fuente, hable con su administrador de beneficios para determinar si debe inscribirse en Medicare o no, mientras tiene cobertura.

El Medicare tiene cuatro partes: seguro de hospital, conocido como Parte A; seguro médico, conocido como Parte B, el cual ofrece pagos para médicos y servicios relacionados; y cobertura para medicamentos por prescripción, conocido como Parte D. La Parte C de Medicare, le ofrece la alternativa de recibir los beneficios de Medicare A, B y D a través de un plan de salud privado, como un HMO o PPO. Esta cobertura se conoce como Medicare Advantage (Ventaja Medicare) y se describe en la página 19 de este folleto.

La mayoría de las personas no pagan una prima por la Parte A, ya que la han pagado por medio de los impuestos de la planilla cuando trabajaban. Existe una prima mensual para el Medicare Parte B (\$93.50 por mes en el 2007, pero las personas con ingresos mayores de \$80,000 pagan más).

Usualmente, usted pagará una prima si decide inscribirse en el plan de medicamentos por prescripción de Medicare. Si no se inscribe en el momento que es elegible, su prima será más alta si decide inscribirse posteriormente. También, una vez haya pasado su primera elegibilidad, tendrá que esperar el período de inscripción

anual (generalmente, de noviembre 15 a diciembre 31 de cada año) para poder inscribirse en la cobertura de medicamentos por prescripción de Medicare.

Beneficios de Medicare para los medicamentos por prescripción

En enero del 2006, la cobertura para medicamentos por prescripción (Parte D) comenzó a estar disponible por primera vez para los beneficiarios de Medicare. A través de este nuevo beneficio, Medicare ahora paga por una porción de los costos de sus medicamentos por prescripción. Tanto los medicamentos por prescripción de marca como los genéricos están cubiertos en farmacias participantes alrededor del país. Todos las personas con Medicare son elegibles para inscribirse en esta cobertura, independientemente de sus ingresos y recursos, estado de salud, o gastos de prescripciones actuales.

Si usted decide tener esta cobertura, usted podrá obtener sus medicamentos de una de las dos maneras. Usted puede comprar un plan individual de medicamentos, o usted puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage, como un HMO o PPO. De cualquier forma usted pagará una prima mensual, la cual varía de acuerdo al plan, coaseguro o copagos por sus medicamentos, y en algunos casos un deducible anual (no más de \$265 en el 2007).

Existen muchos planes que participan en el programa de prescripción de medicamentos de Medicare. Esta amplia competencia entre los planes, debería tener un efecto positivo en los gastos por cuenta propia del consumidor. No obstante, los deducibles, gastos por cuenta propia, y medicamentos con cobertura varían de gran manera entre los planes. Algunos planes puede que ofrezcan más cobertura y medicamentos adicionales por una prima mensual más alta.

¿Tiene ingresos y recursos limitados?

De ser así, puede que sea elegible para recibir ayuda adicional para la cobertura de sus medicamentos por prescripción.

Si usted tiene un ingreso y recursos limitados y califica para recibir ayuda adicional, puede que no tenga que pagar una prima o deducible. Si usted es elegible, recibirá ayuda para pagar la prima mensual de su plan de medicamentos, deducible anual, y copagos de sus medicamentos. La cantidad de ayuda que reciba dependerá de su ingreso y recursos.

Para saber si usted califica para recibir ayuda adicional, contacte al Seguro Social al 1-800-772-1213 (para español, marque el #2) o en línea pulsando <http://www.socialsecurity.gov/espanol/index.htm>. O puede contactar a la oficina de asistencia médica Estatal. Llame a Medicare al 1-800-Medicare (para español, marque el #2) o pulse <https://s044a90.ssa.gov/apps6z/FOLO/fo001.jsp> (disponible en inglés) para obtener el teléfono de una oficina de asistencia médica en su Estado.

Si usted ya tiene cobertura para medicamentos por prescripción por parte de su empleador, previo empleador u otra fuente, puede que esté mejor manteniendo esa cobertura. Contacte a su administrador de beneficios para conocer como su cobertura existente funciona con la cobertura de medicamentos de Medicare antes de tomar una decisión. Puede que usted decida mantener la cobertura de medicamentos que tiene, o puede que quiera inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare en vez del suyo, o en adición a su plan actual.

Si usted piensa que es mejor cambiarse del plan de medicamentos que recibe por medio de su empleador, asegúrese de consultar con su empleador primero. Si deja la cobertura que recibe por medio de su empleador y después cambia de opinión, probablemente no podrá regresar al mismo plan para recibir cobertura de salud o de medicamentos por prescripción.

Su empleador, sindicato, u otro grupo es su mejor fuente de información sobre su cobertura de medicamentos actual. Si necesita más ayuda para decidir lo que debe hacer, puede llamar a su programa de Asistencia de Seguro de Salud Estatal para obtener consejería personalizada sobre sus opciones. Para obtener el número

de teléfono visite www.medicare.gov en línea y seleccione “Helpful Telephone Numbers and Web Sites” (Números de Teléfono y Sitios Web Útiles), disponible sólo en inglés.

Planes de Medicare Advantage

Otro tipo de cobertura de Medicare, conocida como Medicare Advantage Plans (Planes de Ventaja Medicare), está disponible en muchas áreas del país. Estos planes de Medicare incluyen HMOs, PPOs, planes privados de pago por servicio y planes para necesidades especiales.

En comparación con el Plan de Medicare Original, los planes de Medicare Advantage generalmente le ofrecen más opciones y algunas veces beneficios adicionales, tales como cobertura por más días en el hospital. Muchos incluyen la cobertura de medicamentos Parte D. Para afiliarse a un plan de Medicare Advantage, usted debe tener cobertura de Medicare Parte A y Parte B. Usted pagará la prima mensual por el Medicare Parte B, y puede que también tenga que pagar una prima en su plan de Medicare Advantage por los beneficios adicionales que ofrece.

Seguro Suplementario Medigap

Debido a que Medicare no cubre todos los gastos médicos, las personas que no tienen otro seguro médico y optan por no inscribirse en un plan de Medicare Advantage pueden decidir comprar una póliza Medigap. El Medigap es un seguro privado que ayuda a cubrir algunas de las brechas en los beneficios de Medicare.

Desde 1992, han existido 10 pólizas estándar de Medicare suplementario. Estas pólizas de Medigap fueron designadas con las letras de la A a la J. En el 2005, dos nuevas pólizas Medigap—designadas con las letras K y L—fueron añadidas. Las pólizas de Medigap K y L tienen gastos por cuenta propia más altos y primas más bajas que las pólizas de la A a la J. Aunque todas las 12 pólizas estándares puede que no estén disponibles donde usted vive, el Plan A suplementario está disponible a los beneficiarios de Medicare en todas partes.

Para más información sobre Medicare, pólizas de Medigap, y cobertura de medicamentos por prescripción de Medicare, contacte a los Centers for Medicare and Medicaid Services (Centros de Servicio de Medicare y Medicaid). Visite su sitio Web pulsando <http://www.medicare.gov/Spanish/Overview.asp> o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y marque el #2 para español.

● ● ● ● 6. ¿Qué otros programas del gobierno están disponibles?

Otros programas auspiciados por el gobierno para grupos específicos—tales como Medicaid y el Programa de Seguro de Salud Estatal para Niños (SCHIP, por sus siglas en inglés) para personas con bajos recursos y familias—y planes que cubren necesidades específicas, tales como atención a largo plazo, cobertura suplementaria, y seguro por incapacidad, también están disponibles.

Medicaid

El Medicaid ofrece cobertura de atención médica para ciertas personas con ingresos limitados que son elegibles para participar en el programa. El Medicaid es un programa Federal-Estatal, operado por los Estados. Cada Estado establece sus propias reglas sobre elegibilidad y los servicios que se cubren.

Muchos grupos de personas son elegibles para recibir cobertura de Medicaid. Algunos de los factores que afectan la elegibilidad incluyen la edad, si está embarazada, ciego, o incapacitado; su ingreso y recursos; y si usted es un ciudadano estadounidense o inmigrante legal. Su hijo puede ser elegible para recibir cobertura aunque usted no lo sea. La elegibilidad para los niños se basa en el estado del niño, no en el estado de los padres.

Si su ingreso es limitado y usted no puede pagar la atención que necesita, debe aplicar para recibir Medicaid sin importar si piensa que califica o no. Un trabajador social calificado en su estado evaluará su situación para ver si es elegible para recibir cobertura de Medicaid.

Para más información sobre el programa de Medicaid, visite www.cms.hhs.gov/MedicaidGenInfo (disponible sólo en inglés).

Programa de Seguro de Salud Estatal para Niños

El Congreso creó el Programa de Seguro de Salud Estatal para Niños (SCHIP, por sus siglas en inglés) en 1997. El SCHIP es una asociación Federal/Estatil similar al Medicaid. El SCHIP expandió el seguro de salud a los niños cuyas familias ganaban mucho dinero para ser elegibles para recibir Medicaid, pero no lo suficiente para comprar seguro privado.

Al igual que Medicaid, la elegibilidad para el SCHIP y los servicios que se cubren, varía de Estado a Estado. En algunos Estados, el Medicaid y el SCHIP están combinados. En otros Estados operan como programas separados. Aunque los beneficios de salud que cubre el SCHIP varían, todos los Estados deben ofrecer cobertura para los controles de bebé sano y atención de niño sano, inmunizaciones y servicios de emergencia.

Usted puede obtener más información sobre el SCHIP en línea pulsando <http://www.insurekidsnow.gov/espanol/default.asp>. Este sitio ofrece un enlace donde puede acceder información específica sobre el SCHIP en su Estado. O para recibir información vía telefónica, llame gratis al 1-877-KidsNow (1-877-543-7669) y marque el #1 para español.

Fondos de Alto Riesgo

Un **fondo de alto riesgo** es un programa operado por el Estado que ofrece seguro de salud a las personas que no tienen acceso a cobertura a través de su empleador u otro grupo, y que tienen una condición médica seria que les previene comprar seguro de salud privado. Es similar a los fondos de riesgo para seguros de automóvil que garantizan cobertura a las personas que no pueden conseguirla en ningún otro lado. En la mayoría de los Estados, el fondo de riesgo es financiado a través de las primas, y complementado por los

ingresos tributarios o por una evaluación anual de las compañías de seguro de salud que operan en su estado.

Más de 30 Estados han establecido fondos de alto riesgo que ofrecen acceso a cobertura de salud integral para más de 180,000 personas alrededor del país. Un estimado de 1 millón de personas que son elegibles para recibir cobertura con los fondos de alto riesgo no participan. En pocos casos, los Estados no tienen el financiamiento adecuado para los fondos y no pueden inscribir a todas las personas elegibles.

Para saber si tiene la opción de recibir cobertura a través de un fondo de alto riesgo en su Estado, contacte al State Insurance Commissioner (Comisionado de Seguro Estatal). Fíjese en las páginas azules de su directorio telefónico local para la información de contacto.

● ● ● ● 7. ¿Existen otros tipos de cobertura relacionadas con la salud?

Otros tipos de cobertura relacionadas con la salud incluyen el seguro de atención a largo plazo, seguro por incapacidad y seguro suplementario.

Seguro de atención a largo plazo

El propósito de la atención a largo plazo es de ofrecer la ayuda que usted necesita para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana—tales como bañarse y vestirse por sí mismo. O usted puede necesitar supervisión debido a demencia u otro tipo de impedimento cognitivo. Además de esta atención con custodia, algunas personas también necesitan servicios de enfermería especializada debido a una enfermedad seria.

Usted puede recibir atención a largo plazo en un asilo, lugar de residencia de vivienda asistida, o en su propio domicilio. La necesidad de atención a largo plazo puede ocurrir en cualquier momento, independientemente de su edad. Las personas de edad

avanzada utilizan la mayoría de la atención a largo plazo, pero personas más jóvenes y de edad media a veces también necesitan atención a largo plazo. Puede que usted necesite atención a largo plazo debido a que tiene una enfermedad crónica o incapacidad que no le permite atenderse por sí mismo por un período de tiempo prolongado.

La atención a largo plazo puede ser bien costosa. En promedio, un año en una habitación semi privada en un asilo cuesta cerca de \$58,000 (costo anual estimado en el 2005). En algunas partes del país, puede que cueste más.

La atención a domicilio es menos costosa que la atención en un asilo, pero aún así es bien costosa. La atención a domicilio puede incluir atención de enfermería especializada de medio tiempo, terapia del habla, terapia física u ocupacional, auxiliares de salud domiciliaria, y amas de casas. El tener los servicios de un auxiliar en su domicilio sólo tres veces a la semana—para ayudarlo a vestirse, bañarse, preparar comidas, u oficios similares en el hogar—puede costarle fácilmente \$1,000 o más al mes. Si usted le añade el costo de la ayuda especializada, tales como terapia física, los costos pueden ser mucho más altos.

Atención a largo plazo—Ya sea que esté en un asilo, residencia de vivienda asistida, o su propio hogar—usualmente no está cubierto por el seguro de salud, excepto en una forma bien limitada. El Medicare generalmente no cubre la atención médica a largo plazo.

El seguro de atención a largo plazo puede ayudarlo a protegerse de los altos costos que conlleva este tipo de atención. La mayoría de las pólizas de atención a largo plazo pagan un monto fijo en dólares, el cual puede variar bastante—desde tan sólo \$40 al día a más de \$200 al día. El beneficio diario por atención a domicilio es usualmente cerca de la mitad del beneficio por atención en un asilo.

Para poder obtener las tarifas más bajas, debe aplicar con anticipación para obtener el seguro de atención a largo plazo. Su edad y cualquier condición médica que tenga afectará su

elegibilidad para recibir cobertura y cuánto costará (la prima). Cambios recientes en la ley Federal pueden permitirle que tome ciertas deducciones en los impuestos sobre la renta por algunos gastos de atención a largo plazo y primas de seguro. Adicionalmente, algunos Estados pueden darle una deducción parcial o un crédito a favor de sus impuestos sobre la renta estatales por estos gastos.

Tradicionalmente, el aumento de la tarifa anual por el costo de los servicios de atención a largo plazo sube rápidamente comparado con lo que suben otros servicios al consumidor. Esto significa que el beneficio que usted compra hoy, puede que no sea suficiente para cubrir costos más altos en el futuro. Usted puede escoger un plan con una característica de ajuste de inflación para estar protegido contra el aumento, que ocurre con el tiempo, de los costos de atención a largo plazo y hasta que necesite los servicios.

El seguro de atención a largo plazo puede que se ofrezca donde trabaja, o puede que sea elegible a través de un sindicato, grupo fraternal, u otra organización a la que pertenece. Adicionalmente, muchas compañías de seguro de vida ofrecen seguro de atención a largo plazo directamente al consumidor.

Seguro por Incapacidad

El seguro por incapacidad reemplaza el ingreso que usted pierde si tiene una enfermedad a largo plazo o una lesión y no puede trabajar. Este es un tipo de cobertura importante que las personas con edad para trabajar deben considerar.

El seguro por incapacidad no es usualmente considerado una forma de seguro de salud y no cubre los costos relacionados con la rehabilitación seguida a una lesión o enfermedad. Casi siempre, los costos son cubiertos bajo la mayor parte de su plan de seguro de salud. Los beneficios que se pagan con el plan por incapacidad pueden usarse para gastos a la discreción del asegurado, por ejemplo, alquiler, servicios públicos o comestibles.

Algunos empleadores ofrecen seguro por incapacidad colectivo. Verifique con su empleador para saber si este tipo de cobertura está disponible. El seguro por incapacidad será menos costoso si su empleador contribuye con el costo. También están disponibles muchos tipos diferentes de pólizas individuales. Contacte a su compañía de seguro para saber si ofrece cobertura con seguros por incapacidad.

Seguro Suplementario

Diferentes tipos de cobertura le están disponibles y que pagan beneficios cuando ocurren eventos de tipo específico, tales como hospitalización, o enfermedades graves. Esta cobertura usualmente paga un beneficio en efectivo que puede utilizarse para cubrir gastos adicionales que se incurren debido al evento. Este tipo de cobertura puede que esté disponible a través de su empleador o directamente con su compañía de seguro.

● ● ● ● 8. ¿Qué ocurre si tiene una condición preexistente?

Antes de que se aprobara la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) en 1997 las personas tenían que preocuparse sobre la cobertura de seguros de salud por condiciones preexistentes como diabetes, enfermedades del corazón o cáncer. Si usted se cambiaba de trabajo y tenía que cambiar de aseguradoras, puede que no pudiera tener cobertura para parte de su atención debido a la exclusión relacionada con condiciones preexistentes.

Hoy día, HIPAA le ayuda a garantizar cobertura continua a los empleados y sus dependientes, independientemente de las condiciones preexistentes. Las aseguradoras pueden imponer sólo un período de espera de 12 meses para cualquiera condición preexistente que haya sido diagnosticada o tratada dentro de los 6 meses previos. Mientras que usted haya mantenido una cobertura continua sin interrupción por más de 63 días, la cobertura de su

seguro de salud previo se le acreditará por el período de exclusión de la condición preexistente.

Si usted ha tenido seguro de salud colectivo por lo menos 1 año y se cambia de trabajo y de plan de salud, su nuevo plan no le puede imponer otro período de exclusión por condiciones preexistentes. Si usted nunca ha tenido cobertura por un plan colectivo de su empleador y usted inicia un trabajo que ofrece ese tipo de plan, puede que esté sujeto a un período de espera por condición preexistente de 12 meses. La ley Federal también le hace más fácil obtener seguro individual bajo ciertas situaciones. Sin embargo, puede que tenga que pagar una prima más alta por seguro individual si tiene una condición preexistente.

Si usted no ha tenido cobertura anteriormente y no puede obtener seguro por su propia cuenta, debe verificar con su Comisionado de Seguro Estatal para ver si su Estado tiene un fondo de alto riesgo (descrito previamente en este folleto). Usted puede encontrar el número de teléfono para el Comisionado de Seguro Estatal en las páginas azules de su directorio de teléfono local.

● ● ● ● 9. ¿Qué ocurre si tiene seguro de salud a través de su empleador y deja su trabajo?

Si deja el trabajo donde tenía un seguro de salud auspiciado por su empleador, debe asegurarse que tiene cobertura continua para cubrir gastos altos por atención médica. Ya sea que deje el trabajo por sí mismo o que sea forzado a dejarlo, existe una ley Federal que puede ayudarle a mantener cobertura.

Bajo la Ley Omnibus de Reconciliación del Presupuesto Consolidado (COBRA, por sus siglas en inglés) de 1985, a los planes de seguro colectivo auspiciados por empleadores con 20 o más empleados, se les requiere que ofrezcan cobertura continua a usted y a su familia por 18 meses, después que deja el trabajo. En algunos casos, el período de COBRA se puede extender pasado los 18 meses. Para poder mantener su cobertura bajo COBRA, debe

notificar a su empleador que pretende hacerlo, dentro de los 60 días después de perder la cobertura de seguro por parte de su empleador. Usted también tiene que pagar la prima completa por el costo de la cobertura.

Algunos Estados tienen leyes similares a COBRA que se aplican a los empleadores con menos de 20 empleados. Para verificar si esto se aplica a su Estado, contacte a su Comisionado de Seguro Estatal. Busque en las páginas azules de su directorio telefónico la información de contacto.

Si el COBRA no se aplica en su caso, puede que su póliza colectiva se pueda convertir a una cobertura individual. O puede que decida comprar una póliza a corto plazo si planea tomar otro trabajo en un futuro cercano. Si usted abre su propio negocio y se convierte en un trabajador autónomo, hay posibilidad que pueda obtener seguro de salud a través de una asociación profesional o industria.

Cierre

El tener seguro de salud ayuda a protegernos de los altos costos de atención médica que la mayoría de las personas no pueden afrontar de otra manera. Nos ayuda a pagar por la atención médica, y nos asegura que tenemos acceso a atención cuando la necesitamos. Las investigaciones demuestran que el tener seguro de salud está estrechamente relacionado con la calidad y puntualidad de la atención.

Este folleto tiene la intención de ayudarle a ver las diferentes opciones de seguro de salud disponibles. Sin embargo, presenta información general sobre los seguros de salud. Antes de tomar una decisión, asegúrese de consultar los folletos y pólizas de los planes que está considerando para obtener información más específica. El tiempo que usted invierte en investigar sus opciones de seguro de salud puede que hagan una gran diferencia, no solamente sobre

cuánto usted pagará por gastos por cuenta propia, sino también que tan fácil le será obtener atención y qué tan satisfecho estará con los servicios de atención médica que le están disponibles.

Si puede inscribirse en un seguro de salud en su trabajo o través de un grupo u organización al que pertenece, usted casi seguramente tendrá acceso a cobertura colectiva. Algunas veces, existe solamente un plan, pero en muchos casos, existen varios planes de los cuales puede escoger.

En esta guía, usted ha recibido información general sobre los varios tipos de seguro de salud. También ha aprendido sobre las cosas que debe considerar al escoger un plan de seguro médico.

Es muy importante que compare los planes cuidadosamente para poder encontrar el mejor para su situación. Lea y compare pólizas. Usted debe contactar cada plan que está considerando y solicitar un resumen de los beneficios. Asegúrese de hacer preguntas si algo no está claro. También, pregunte si su médico o el médico que está considerando participa en el plan. Para ir a lo seguro, también debe contactar al consultorio médico y confirmar si aceptan el plan.

En la parte posterior de la guía encontrará una lista de recursos donde puede conseguir información más detallada sobre muchos de los temas que se tocan en el folleto.

Arreglos de gasto flexible – Los empleados utilizan dólares antes de impuesto para establecer estas cuentas y hacen retiros para pagar gastos médicos que califiquen durante el año. Las cantidades que no se utilizan se pierden al final de cada año.

Arreglo de reembolso de salud – Una cuenta que establece el empleador para pagar por los gastos médicos de un empleado. Sólo el empleador puede contribuir a una cuenta de reembolso de salud.

Atención prepagada – Una manera organizada de obtener servicios de atención médica y de pagar por la atención. Los planes de atención prepagada ofrecen una red de médicos, hospitales u otros proveedores quienes participan en el plan. En algunos planes, las personas con cobertura deben ver a un proveedor de la red; en otros planes, las personas con cobertura pueden ir fuera de la red, pero pagarán una porción más grande del costo.

Coaseguro – La cantidad que debe pagar por atención médica después que haya alcanzado su deducible. Típicamente, su plan pagará el 80 por ciento de un monto aprobado, y su coaseguro será el 20 por ciento, pero esto puede variar de plan a plan.

Copago – La tarifa fija que usted paga cada vez que recibe atención médica. Por ejemplo, puede que usted pague \$10 cada vez que visita al médico. Su plan paga el resto.

Cargo razonable y usual – El costo vigente de un servicio médico en una área geográfica dada.

Cuenta de ahorros de salud – Una cuenta establecida por el empleador o un individuo para ahorrar dinero y pagar gastos médicos en una forma libre de impuesto. Cualquier saldo que quede al finalizar el año se “transfiere” al próximo año.

Cuentas de ahorro médico Archer – Cuentas individuales que pueden ser establecidas por trabajadores autónomos y aquellos que trabajan para empresas pequeñas. Los fondos en las cuentas se utilizan para pagar gastos médicos.

Deducible – La cantidad que usted debe pagar cada año antes que su plan comience a pagar.

Exclusiones – Servicios que un plan no cubre. Algunas veces se conocen como limitaciones. Estas exclusiones y limitaciones deben estar claramente especificadas en la literatura del plan.

Fondo de alto riesgo – Un programa operado por el estado que ofrece cobertura para las personas que no pueden obtener seguro de salud por medio de otra fuente debido a enfermedades graves.

Inscripción abierta – Un período de tiempo durante el año cuando usted se puede inscribir en un seguro de salud o cambiar de un plan a otro sin tener ningún evento calificador (por ejemplo, matrimonio, divorcio, nacimiento de un infante/adopción, o muerte del esposo). La inscripción abierta usualmente ocurre a finales del calendario anual, aunque esto puede variar entre un plan u otro.

Lista de medicamentos – La lista de medicamentos que cubre una compañía de seguros, en inglés se conoce como *formulary*.

Medicaid – Un programa federal administrado por los Estados para ofrecer atención médica a ciertas personas pobres o con bajos ingresos y familias. La elegibilidad u otras características varían de Estado a Estado.

Medicare – Un programa de seguro Federal que ofrece cobertura de seguro de salud a las personas de 65 años de edad o mayores, y a ciertas personas incapacitadas, tales como aquellos con enfermedad renal terminal.

Médico de cabecera – Usualmente un médico de medicina general, internista, obstetra-ginecólogo, o pediatra. Él o ella es su primer punto de contacto con el sistema de salud, particularmente si usted está en un plan de atención prepagada.

Organización de mantenimiento de salud (HMO, por sus siglas en inglés) – Una forma de atención prepagada en la cual usted recibe toda su atención médica de proveedores participantes. Usted usualmente debe obtener un referido de su médico de cabecera antes de que pueda ver a un especialista.

Organización de proveedor preferido – Una forma del plan de atención prepagada en la cual usted tiene una mayor flexibilidad para escoger médicos u otros proveedores que en un HMO. Usted puede ver a proveedores participantes y no participantes, pero sus gastos por cuenta propia serán menores si usted ve sólo proveedores del plan.

Plan de punto de servicio – Una forma del plan de atención prepagada en la cual un médico de cabecera coordina la atención del paciente, pero hay más flexibilidad para escoger los médicos y hospitales que en un HMO.

Plan de salud con deducible alto – Un plan que ofrece una cobertura integral para eventos con altos gastos médicos. Tiene como característica un deducible alto y un límite en los gastos anuales por cuenta propia. Este tipo de plan usualmente se complementa con una cuenta de ahorro de salud o una cuenta de gastos de salud.

Prima – La cantidad que usted paga por pertenecer a un plan de salud. Si usted tiene un plan de seguro auspiciado por su empleador, su porción de las primas usualmente se deducen de su pago.

Red – Un grupo de médicos, hospitales, u otros proveedores que participan en un plan de atención prepagada.

Seguro colectivo – Planes de seguro que un empleador, asociación, sindicato u otra entidad ofrece a un grupo de personas.

Seguro de atención a largo plazo – Cobertura que paga por todo o parte de los gastos de servicios de atención médica a domicilio o atención en un asilo o residencia con vivienda asistida.

Seguro de indemnización – Seguro tradicional, de pago por servicio que no limita donde una persona con cobertura puede obtener atención.

Seguro de pago por servicio – Seguro de salud tradicional (de indemnización) donde usted y su plan cada uno pagan una porción de sus gastos médicos, usualmente después que usted alcanza su

deducible anual. En la mayoría de los casos, usted puede escoger cualquier médico, hospital, u otro proveedor (cobertura que no está basada en una red).

Seguro de salud individual – Cobertura que se compra de forma independiente (no como parte de un grupo), usualmente directamente de la compañía de seguros.

Seguro por incapacidad – Paga beneficios si usted está lesionado o está enfermo de gravedad y no puede volver a trabajar.

Recursos

AARP – Una organización defensora que cuenta con 35 millones de miembros. La AARP se enfoca en los temas que afectan a los hombres y mujeres de 50 años de edad y mayores. Diríjase a <http://www.aarp.org/espanol/> para encontrar muchas publicaciones u otros recursos sobre temas de salud, incluyendo Medicare u otros seguros de salud. Contacte a AARP por teléfono al 1-888-687-2277 (para español, diga “español”), o escriba a AARP, 601 E Street, N.W., Washington, DC 20049.

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) – Una agencia del gobierno federal. Diríjase al sitio Web de la agencia pulsando <http://www.ahrq.gov/consumer/espanoix.htm> para encontrar más información y herramientas que pueden ayudarle a evaluar planes de salud, así como también muchas publicaciones dirigidas al consumidor sobre varios temas de salud. La mayoría de los materiales para el consumidor están disponibles en inglés y español. Llame al AHRQ Clearinghouse al 1-800-358-9295 (para español, marque el #2) para ordenar copias gratuitas de las publicaciones.

America's Health Insurance Plans (AHIP) – Una asociación nacional que representa a los planes de seguro de salud que ofrecen atención médica a largo plazo, ingreso por incapacidad, dental, suplementario, límite de pérdida y reaseguro a más de 200 millones de estadounidenses. Diríjase a www.ahip.org (disponible sólo en inglés) y seleccione “Consumer Information” (Información para el Consumidor), donde puede acceder muchas guías para el consumidor sobre seguros de salud y donde también podrá enlazarse directamente con compañías que ofrecen cobertura de seguro de salud. O contacte a AHIP por teléfono al 202-778-3200 (disponible sólo en inglés), o escriba a AHIP, 601 Pennsylvania Avenue, N.W. Washington, DC 20004.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare

Organizations (JCAHO) – Evalúa y acredita a organizaciones de atención médica y programas, incluyendo hospitales, instalaciones de atención a largo plazo, u otras instalaciones de atención médica, así como también planes de salud, entidades de atención prepagada, u otras aseguradoras. Diríjase al sitio Web de JCAHO www.jointcommission.org (disponible sólo en inglés) o llame al 630-792-5000 (disponible sólo en inglés) o escriba a JCAHO, One Renaissance Boulevard, Oakbrook Terrace, IL 60181.

Medicaid – Información general sobre el programa de Medicaid está disponible en línea pulsando www.cms.hhs.gov/MedicaidGenInfo (disponible sólo en inglés). El Medicaid es un programa administrado por los Estados; por lo tanto, la elegibilidad y servicios con cobertura varían de Estado a Estado. Para información específica del programa de Medicaid en su Estado, contacte a su Comisionado de Seguro Estatal; vea las páginas azules de su directorio telefónico local para información de contacto.

Medicare – Diríjase al sitio Web de Medicare pulsando <http://www.medicare.gov/Spanish/Overview.asp> donde puede hacer una búsqueda por categorías, palabras claves, o frases para encontrar información sobre Medicare. Ayuda telefónica también está disponible, llamando al 1-800-MEDICARE (para español marque

el #2), 24 horas al día, 7 días a la semana. Tienen asistencia disponible en inglés y español. Usted podrá obtener información general sobre Medicare, ver los folletos de Medicare, y encontrar planes disponibles en su área.

National Committee for Quality Assurance – Un grupo que desarrolla estándares de calidad, medidas de rendimiento, y programas de reconocimiento para organizaciones e individuos, incluyendo planes de salud, grupos médicos, redes de médicos, y médicos individuales. Visite su sitio Web pulsando www.ncqa.org o llame al 202-955-3500 (ambos disponible sólo en inglés).

Utilization Review Accreditation Commission – Un grupo que acredita a los PPOs u otras redes de atención prepagada. Visite su sitio Web pulsando www.urac.org (disponible sólo en inglés) o llame al 202-216-9010 (disponible sólo en inglés) o escríbalas a URAC, 1220 L Street, N.W., Washington, DC 20005.



AHRQ Publication No. 07(08)-0043
December 2007